

Cadre de mesure du rendement des soins primaires en Ontario

Rapport du Comité directeur pour la mesure du rendement des
soins primaires en Ontario : Étape 1

À propos de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) fait équipe avec le système de santé de l'Ontario afin d'améliorer l'expérience en matière de soins, les résultats pour les Ontariennes et Ontariens et la façon d'utiliser les ressources. Le mandat de QSSO en vertu de la [Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous](#) est de surveiller la qualité du système de santé et d'en rendre compte à la population de la province, de favoriser l'amélioration constante de la qualité et de promouvoir des soins de santé étayés par les meilleures preuves scientifiques qui soient. QSSO est un organisme indépendant qui relève du gouvernement de l'Ontario. Rendez-vous sur son [site Web](#) pour en savoir plus.

Sauf indication contraire, l'information contenue dans ce document peut être reproduite en tout ou partie et par n'importe quel moyen, sans frais et sans qu'il soit nécessaire d'en obtenir la permission de Qualité des services de santé Ontario, pour des raisons non commerciales, à condition qu'une diligence raisonnable soit exercée afin d'assurer l'exactitude de l'information reproduite, que Qualité des services de santé Ontario soit désigné comme l'organisme source, et que la reproduction ne soit pas présentée comme une version officielle de l'information reproduite ou faite en collaboration avec Qualité des services de santé Ontario ou avec son consentement.

Pour obtenir la permission de reproduire l'information contenue dans cette publication à des fins commerciales, veuillez envoyer un courriel à : info@hqontario.ca.

La mention recommandée pour ce rapport est : Cadre de mesure du rendement des soins primaires en Ontario: *Rapport du Comité directeur pour la mesure du rendement des soins primaires en Ontario : Étape 1*. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2014.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario finance Qualité des services de santé Ontario.

Pour obtenir des informations complémentaires :

Qualité des services de santé Ontario

130, rue Bloor Ouest, 10^e étage

Toronto (Ontario) M5S 1N5

Téléphone : 416 323-6868

Sans frais : 1 866 623-6868

Courriel : info@hqontario.ca

www.hqontario.ca/accueil

Pour recevoir ce rapport sur un média substitut, veuillez nous contacter par courriel ou par téléphone.

ISBN 978-1-4606-4461-4 (PDF)

© Queen's Printer for Ontario, 2014

Table des Matières

À propos de Qualité des services de santé Ontario	2
Remerciements	2
Abréviations, acronymes et termes	11
Abréviations et acronymes	11
Terms	12
Résumé analytique	14
Introduction	14
Cadre de MRSP	15
Disponibilité des mesures du rendement des soins primaires	15
Façon dont les mesures recommandées peuvent être utilisées	15
Mise en œuvre : Amélioration des mesures du rendement et de la qualité des soins primaires	16
Étapes suivantes	17
Introduction	18
But de l'initiative de mesure du rendement des soins primaires en Ontario (MRSP)	19
Objectifs de l'initiative de MRSP	19
Lien entre l'initiative de MRSP et d'autres initiatives de soins primaires en Ontario	19
Contexte	20
McMaster Health Forum	20
Groupe de planification des soins de santé primaire	20
Création du cadre de MRSP	21
Établissement des domaines et des priorités aux fins d'évaluation	21
Analyse conjoncturelle	21
Leçons supplémentaires tirées du sommet	24
Mise au point du cadre et sélection des mesures pour chaque domaine et priorité aux fins d'évaluation	24
Sources de données existantes	25
Enquêtes sur les populations	25
Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé et de longue durée (SESS)	25
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	26
Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de la santé	26
Sondage des soignants	26
Sondage national des médecins (SNM)	26
Enquête du Fonds du Commonwealth auprès médecins de soins primaires	26

Données administratives	26
Données sur le dossier médical électronique	27
Priorités aux fins d'évaluation et mesures recommandées	27
Accès	31
Système axé sur les patients	38
Intégration	48
Efficacité	57
Système centré sur la santé de la population	71
Efficiencia	82
Sécurité	91
Système adéquatement outillé	98
Équité	107
Mise en œuvre	109
Façon dont les mesures recommandées peuvent être utilisées	109
Que peut-on mesurer et signaler maintenant?	109
Prioriser un sous-ensemble de mesures pour la mise en œuvre à court terme	110
Développement de mesures agrégées	110
Développement/amélioration de l'infrastructure	110
Rôles et responsabilités des organismes au chapitre de la collecte et de l'analyse des données	112
Mise au point/modification d'instruments de collecte de données	112
Essai et validation	112
Gestion responsable des données, protection de la vie privée et accès	113
Harmonisation des initiatives	113
Amélioration des mesures du rendement et de la qualité des soins	113
Évaluation de l'initiative de MRSP	113
Structure et processus de mise à jour et de modification du cadre de MRSP	114
Résumé	115
Recommandations	115
Étapes suivantes	116
Documents de référence	117

Remerciements

Ce rapport sur l'initiative de mesure du rendement des soins primaires en Ontario n'aurait pu être établi sans les conseils, l'engagement et le dévouement de nombreux particuliers et organismes suivants :

Membres du comité directeur

Organisme

Qualité des services de santé Ontario
Association of Family Health Teams of Ontario*

Membre principal

Brian Hutchison, président
Angie Heydon

Substitut

Wissam Haj-Ali
Carol Mulder
Ancien membre :
Tim Burns

Association des centres de santé de l'Ontario*

Institut de recherche Bruyère*

Institut canadien d'information sur la santé

Adrianna Tetley

William Hogg

Caroline Heick

Jennifer Rayner

Non disponible

Mary Byrnes

Ancien membre :
Patricia Sullivan-Taylor

Action cancer Ontario

Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario

Dafna Carr

Rebecca Anas

Rebecca Comrie

Kathi Carroll

Kathi Carroll

C-CHANGE Initiative

cyberSanté Ontario

Peter Liu

Mel Casalino

Kimberly Walker

Radwan El-Ali

Ancien membre :
Wei Qiu

Institut de recherche en services de santé

Association Centre d'accès aux soins communautaires de l'Ontario*

Collège des médecins de famille de l'Ontario*

Richard Glazier

Catherine Brown

Non disponible

Lisa Droppo

Glenn Brown

Jessica Hill
Philip Christoff

Ontario Hospital Association*

Ontario Medical Association*

Imtiaz Daniel

Ron Sapsford

Ancien membre :

Peter Brown

Darren Larsen

Non disponible

Darren Larsen

OntarioMD

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Direction de l'analytique en matière de santé

Ashif Damji

Former member:

Alison Blair

Debbie Gibson

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Direction de la qualité des services de santé

Miin Alikhan

Jillian Paul

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Direction des soins primaires

Melissa Farrell

Margo Orchard

Ontario Patient Relations Association*

Brenda Tan

Non disponible

Patients Canada (autrefois Patients' Association of Canada)*

Sholom Glouberman

Not disponible

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario*

Doris Grinspun

Monique Lloyd

Membres du comité directeur

Organisme

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Membre principal

Michael Spinks

Substitut

Philip Christoff

Ancien remplaçant

Nota : L'astérisque (*) indique les organismes qui se sont joints au comité directeur après le sommet sur l'évaluation de la performance des soins primaires en Ontario (novembre 2012).

Équipe de Qualité des services de santé Ontario

Katherine Creighton-Taylor

Ancien membre

Naushaba Degani

Chef, Méthodes de recherche

Irfan Dhalla

Vice-président, Performance du système de santé

Gail Dobell

Directrice, Mesure de la performance

Lee Fairclough

Vice-président, Amélioration de la qualité

Wissam Haj-Ali

Chargé de projet, Soins primaires

Brian Hutchison

Conseiller principal

Saurabh Ingale

Ancien membre

Jennifer Modica

Conseillère principale en communications

Ryan Monte

Analyste, Soins primaires

Michelle Rey

Ancien membre

Joshua Tepper

Président-directeur général

Susan Wheeler

Directrice, Échange des connaissances

Naira Yeritsyan

Méthodologiste principale, Soins primaires

Groupe de travail sur les mesures**

Membre	Nom	Titre	Organisme
Président	Brian Hutchison	Conseiller principal	Qualité des services de santé Ontario
Chercheur en soins primaires	William Hogg	Directeur	Institut de recherche Bruyère
Représentantes et représentants des soignants/décideurs	Jonathan Kerr	Responsable des soins primaires	Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est
	Rachel Solomon	Directrice principale, Mesure de la performance et gestion de l'information	Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto
	Ross Male	Chef des soins primaires	Réseau local d'intégration des services de santé Hamilton Niagara Haldimand Brant
	Garrett Foley	Président de section	Ontario Medical Association, Section de médecine générale et familiale
	Carol Mulder	Responsable provinciale,	Association of Family Health Team of Ontario
	programme d'aide à la décision pour l'amélioration de la qualité	Association of Family Health Team of Ontario	Association of Family Health Team of Ontario
	Ancien membre :	Family Physician	North York Family Health Team
	Tim Burns		Nurse Practitioners' Association of Ontario
	Responsable provincial, programme d'aide à la décision pour l'amélioration de la qualité		Kingston Community Health Centre
	Association of Family Health Team of Ontario	Physician Advisor	Ontario Medical Association/ OntarioMD
	Michelle Greiver	Médecin de famille	Équipe de santé familiale de North York

Groupe de travail sur les mesures**

Membre	Nom	Titre	Organisme
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Theresa Agnew	Directrice générale	Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario
	Imaan Bayoumi	Médecin	Centre de santé communautaire de Kingston
	Darren Larsen	Médecin consultant	Ontario Medical Association/ OntarioMD
	Kathi Carroll	Chef, Pratique de soins primaires	Action cancer Ontario
	Représentantes et représentants des patients/du public	Sholom Glouberman	Président
	Jill Adolphe	Senior Policy Consultant	Health Quality Branch
	Cofondatrice et partenaire	Care 2 Collaborate	Primary Health Care Branch
	Sydney Graham	Cofondateur et partenaire	Care 2 Collaborate
	Brenda Tan	Présidente	Ontario Patient Relations Association
	Judy Baxter-Foreman	Relations avec les patients	Brant Community Health Care System
	Margo Orchard	Conseillère principale en politiques	Direction de la qualité des services de santé
	Ali Tawfik		
Ancien membre : Christine Bérubé	Conseiller principal en programmes	Direction des soins primaires	

Groupe de travail technique

	Membre	Titre	Organisme
Président	Brian Hutchison	Conseiller principal	Qualité des services de santé Ontario
Spécialistes des données	Kirk Miller	Business Services Manager	Guelph Family Health Team
	Kirk Miller	Senior Scientist	Institute for Clinical Evaluative Sciences
	Chef des services opérationnels	Guelph Family Health Team	Association of Ontario Health Centres
	Rick Glazier	Manager, Physician eHealth Program	eHealth Ontario
	Scientifique principal	Institut de recherche en services de santé	Canadian Institute for Health Information
	Jennifer Rayner	Director, Evaluation and Reporting	Cancer Care Ontario
	Aide à la décision	Association des centres de santé de l'Ontario	Association of Family Health Team of Ontario
	Radwan El Ali	Chef, Programme de cyberSanté pour les médecins	cyberSanté Ontario
	Brenda Tipper	Conseillère principale en programmes, Analyse des soins de santé primaire	Institut canadien d'information sur la santé
	Jason Garay	Directeur, Évaluation et production de rapports	Action cancer Ontario
	Carol Mulder	Responsable provinciale,	Health Quality Innovation Collaborative
	programme d'aide à la décision pour l'amélioration de la qualité	Association of Family Health Team of Ontario	South East Local Health Integration Network
	Ancien membre :	Business Consultant	Health Quality Branch
	Tim Burns	Senior Business Consultant	Primary Health Care Branch
	Responsable provincial, programme d'aide à la décision pour l'amélioration de la qualité	Association of Family Health Teams of Ontario	Health Analytics Branch
	Elizabeth Keller	Directrice, gestion des produits	OntarioMD
	Richard Birtwhistle	Senior Health Analyst	Analytics Reports and Tools Unit
	Principal chercheur et président		
	Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires		
	Sanjeev Goel	Médecin de famille	Health Quality Innovation Collaborative

Groupe de travail technique

	Membre	Titre	Organisme
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Michael Spinks	Directeur, gestion des connaissances	Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est
	Margo Orchard	Conseillère en gestion des activités	Direction de la qualité des services de santé
	Deborah Walton	Conseillère principale en gestion des activités	Direction des soins primaires
	Debbie Gibson	Analyste principal en matière de santé	Direction de l'analytique en matière de santé
	Paul Lee	Chef	Unité des mesures et d'aide à la décision
	Naomi Kasman	Analyste principal en matière de santé	Unité des rapports et outils analytiques

Nous remercions :

- les membres du groupe de planification des soins primaires et des cinq groupes de travail;
- nos collègues d'autres organismes et territoires pour leurs commentaires sur notre analyse conjoncturelle;
- tous les intervenants du secteur de la santé qui ont pris le temps de participer au sondage postérieur au sommet sur l'évaluation de la performance des soins primaires.

Qualité des services de santé Ontario souhaite aussi remercier l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), coorganisateur du sommet sur l'évaluation de la performance des soins primaires ainsi que les participants au sommet pour leurs conseils et points de vue, qui ont servi de base à l'initiative de MRSP.

Abréviations, acronymes et termes

Les termes à utiliser dans les discussions sur l'évaluation de la performance des soins primaires continuent d'évoluer. Le présent rapport contient un libellé technique et des termes se rapportant à l'évaluation de la performance des soins primaires que certains lecteurs pourraient ne pas connaître. Dans certains cas (p. ex., « soins primaires »), il n'y a pas de définition acceptée universellement. Voici une liste des abréviations, acronymes et termes utilisés dans le rapport.

Abréviations et acronymes

APAAF : Programme d'appareils et accessoires fonctionnels
AFHTO : Association of Family Health Teams of Ontario
CASSA : Centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones
ACSO : Association des centres de santé de l'Ontario
BIRT : Outils d'aide informatique et de présentation des rapports
CAHPS® : Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CAPE : Client Agency Program Enrolment
ACO : Action cancer Ontario
CSC : Centre de santé communautaire
ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ICIS : Institut canadien d'information sur la santé
ICIS-BDCP : Institut canadien d'information sur la santé–Base de données sur les congés des patients
CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
RCSSSP : Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires
CPDB : Corporate Provider Database
GMA : Groupes de maladies analogues
MCV : Maladie cardiovasculaire
DSE : Dossier de santé électronique
DME : Dossier médical électronique
EMRALD : Electronic Medical Record Administrative Data Linked Database
OSF : Organisation de santé familiale
RSF : Réseau de santé familiale
ESF : Équipe de santé familiale
SESS : Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé
QSSO : Qualité des services de santé Ontario
HRM : Hospital Report Manager
IRSS : Institut de recherche en services de santé
IHI : Institute for Healthcare Improvement
IOM : Institute of Medicine
RLISS : Réseau local d'intégration des services de santé
MEDLINE® : Medical Literature Analysis and Retrieval System
AIPO : Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario
NPLC : Clinique dirigée par du personnel infirmier praticien
SNM : Sondage national des médecins
OACCAC : Ontario Association of Community Care Access Centres
OCFP : Collège des médecins de famille de l'Ontario
ODB : Programme de médicaments de l'Ontario
OHA : Ontario Hospital Association
OMA : Ontario Medical Association
POI : Physician Office Integration
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité

RNAO : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
DMN : Description des mesures normalisées
SPIRE : Southwest Physician Office Interface to Regional EMR
ESFT/HTD : Équipe de santé familiale de Timmins/Hôpital de Timmins et du district

Terms

Disponibilité des données : disponibilité des données provinciales (par rapport aux données locales ou sectorielles)

Cadre conceptuel : tentative systématique de représenter les domaines des soins primaires en termes de caractéristiques, d'activités et notamment de résultats souhaités.

Domaine : dimension importante du rendement des soins primaires.

Ministère : dans ce rapport, se rapporte au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Soins axés sur les patients : Les soins axés sur le patient sont une approche en matière de planification, de prestation et d'évaluation des soins de santé reposant sur des partenariats mutuellement bénéfiques entre les soignants et les patients (adapté de <http://www.ipfcc.org/faq.html>).

Mesure du rendement : évalue la mesure dans laquelle les services de soins primaires atteignent les résultats souhaités. En ce qui concerne l'initiative en cours, l'évaluation du rendement est utilisée pour se rapporter aux données régulièrement recueillies et analysées afin d'appuyer tout ce qui suit : la planification des soins primaires, la gestion et l'amélioration de la qualité. Même si les mesures du rendement peuvent aussi servir aux fins de reddition des comptes, de financement et pour la rémunération des soignants, nous n'en avons pas tenu compte explicitement lors de leur sélection. L'évaluation systématique du rendement permet aux cliniciens et aux organismes de soins primaires de déterminer la façon dont ils peuvent améliorer leurs façons de procéder, de suivre l'impact de leurs initiatives d'amélioration et de prendre des décisions éclairées en ce qui a trait à l'organisation et à la gestion des services qu'ils fournissent. Au niveau du système de santé, on peut améliorer le rendement en investissant dans de nouveaux services ou programmes, en modifiant les services ou programmes existants ou en abandonnant les services ou programmes non performants. Lorsque les niveaux de rendement sont continuellement élevés, on peut en déduire qu'une modification des organismes ou du système n'est pas requise².

Mesure de la performance : mesure d'un processus ou d'un résultat dans le domaine des soins primaires utilisée à divers niveaux du système de santé (cabinet, organisation, collectivité, région ou province) afin d'appuyer la planification, la gestion ou l'amélioration de la qualité. Les mesures de la performance se concentrent sur les résultats ou processus de soins souhaités fondés sur des données probantes. Les mesures de la performance sont aussi appelées indicateurs de la performance.

Cadre de mesure du rendement : ensemble de domaines des soins primaires, de priorités aux fins d'évaluation (aspects des soins primaires qu'on se doit de mesurer) et mesures spécifiques qui saisissent ces priorités aux fins d'évaluation.

Optique des cabinets : du point de vue des cliniciens, des gestionnaires et des administrateurs (au niveau de cabinet ou de l'organisation).

Soins primaires : point de départ du système de santé où la majorité des services de santé sont prodigués et coordonnés, « Les soins primaires constituent les soins de premier contact, continus, complets et coordonnés fournis aux populations quel que soit le sexe, la maladie ou le système organique. Les éléments de premier contact, continuité, intégralité et coordination sont inclus dans la plupart des définitions proposées par les organismes professionnels, les agences et les commissions. »

Rapports publics : Les rapports publics sur le rendement des organisations peuvent aider les soignants à améliorer le rendement et possiblement aider les patients à choisir entre divers soignants. Les rapports publics contenant des données sur la mesure du rendement peuvent permettre des comparaisons au fil du temps et entre organisations ou systèmes et faciliter l'identification des principales caractéristiques des systèmes les plus performants. Les rapports publics constituent également une forme de transparence pour les intervenants et le public et appuient une culture de responsabilisation pour l'utilisation des ressources publiques et l'impact des services de santé financés par les deniers publics.

Amélioration de la qualité : initiative ayant pour but de pallier aux déficiences du système et d'améliorer l'efficacité et l'efficience des processus de santé. Le suivi du rendement identifie les écarts entre la performance actuelle et la performance souhaitée, qui peut alors devenir le but des initiatives d'amélioration de la qualité. Les valeurs de référence par rapport aux normes du rendement (ou la réalisation des organisations ou systèmes hautement performants) aident à établir les objectifs en matière de rendement et à quantifier le potentiel d'amélioration. L'évaluation continue du rendement permet de suivre l'impact des initiatives d'amélioration de la qualité.

Optique du système : du point de vue des décideurs et du public au niveau local, régional ou provincial.

Résumé analytique

Introduction

Un secteur des soins primaires vigoureux peut servir de base solide pour un système de santé hautement performant, ce qui explique pourquoi l'Ontario se concentre sur le renforcement de la prestation des soins primaires dans la province.

L'Ontario n'a pas d'approche coordonnée et complète pour recueillir et analyser le rendement du système de soins primaires et présenter des rapports sur le système, bien que les cliniciens, les gestionnaires et les décideurs reconnaissent de plus en plus qu'une rétroaction systématique et constante est essentielle à la création d'un secteur des soins primaires vigoureux.

Les données limitées disponibles sur le rendement de soins primaires au niveau provincial indiquent que la performance des soins primaires en Ontario se compare favorablement à celle d'autres provinces, mais qu'elle est à la traîne par rapport à celle d'autres pays, notamment au chapitre de l'accès en temps voulu aux soins et de l'infrastructure des soins primaires (p. ex., équipes de soins primaires, systèmes de DME et processus de mesure et d'amélioration de la performance). Il n'existe presque pas de renseignements sur le rendement des cabinets ou organisations de soins primaires individuels autres que les données qu'ils recueillent et analysent eux-mêmes et beaucoup, voire la plupart, n'ont pas la capacité de générer des données sur leur performance. En l'absence de tels renseignements, y compris les tendances en matière de temps et les comparaisons entre pairs, les fournisseurs de soins primaires ont de la difficulté à déterminer les domaines qui peuvent être améliorés.

Les partenaires provinciaux s'appliquent à atteindre le triple objectif d'une meilleure santé, de meilleurs soins et d'une meilleure valeur pour les Ontariennes et Ontariens. Depuis 2012, le Comité directeur pour la mesure du rendement des soins primaires s'applique à établir une structure pour mesurer le rendement des soins primaires au niveau des cabinets et du système. Ce comité se compose d'une vaste gamme d'organisations représentant les patients, les fournisseurs de soins primaires, les détenteurs de données, les chercheurs, les gestionnaires et les décideurs des quatre coins de l'Ontario. La première étape de ce travail est maintenant terminée et le résultat, Cadre de mesure du rendement des soins primaires, est présenté dans ce rapport.

Approche

Le cadre de MRSP est le produit d'un processus rigoureux de participation d'organisations et de personnes représentant une vaste gamme d'intervenants qui se sont appliqués à déterminer ce qu'il fallait mesurer régulièrement pour étayer la planification et la gestion des soins primaires et l'amélioration de la qualité. Ce processus comprenait ce qui suit :

- Une analyse environnementale, réalisée par QSSO, présentait un aperçu des initiatives passées et présentes entreprises au Canada et dans le monde pour mesurer la performance des établissements de soins primaires.
- Un sommet sur l'évaluation de la performance des soins primaires, qui a été organisé en novembre 2012 de concert avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIC), a réuni 61 intervenants importants dans le domaine des données sur les soins primaires et utilisateurs de l'information en Ontario. Les participants au sommet, qui ont utilisé les résultats de l'analyse environnementale, ont déterminé les domaines pour lesquels il fallait mesurer en priorité le rendement des soins primaires au niveau des cabinets et du système.
- Au cours du printemps 2013, plus de 850 personnes provenant d'organisations représentant les intervenants du secteur des soins primaires ont répondu à un questionnaire sur les aspects du rendement des soins primaires qu'il fallait mesurer en priorité.
- L'an dernier, le comité directeur, un groupe de travail sur les mesures et un groupe de travail technique ont collaboré pour sélectionner des mesures pour le cadre de travail et déterminer l'infrastructure requise pour la mise en œuvre. Les membres des groupes de travail ont apporté un mélange approprié de connaissances techniques et d'expériences de première ligne (patients, soignants et public). La principale priorité était d'harmoniser l'initiative de MRSP et les initiatives existantes de mesure de la performance et d'amélioration

de la qualité.

Cadre de MRSP

Le cadre de MRSP présente neuf domaines qui correspondent aux neuf attributs d'un système de santé hautement performant établi par Qualité des services de santé Ontario, à savoir :

- Accès
- Système axé sur les patients
- Intégration
- Efficacité
- Système centré sur la santé de la population
- Efficience
- Sécurité
- Système adéquatement outillé
- Équité

Chaque domaine a un ensemble de priorités aux fins d'évaluation et chaque mesure prioritaire comprend un ensemble de mesures recommandées au niveau des cabinets et du système. Certaines priorités aux fins d'évaluation s'appliquent à plusieurs domaines et sont reprises dans le cadre de travail. Le domaine Équité a été identifié comme un domaine transversal qui sera évalué en tenant compte de diverses variables économiques, démographiques et sociales. Les cliniciens, les organisations de soins primaires, les gestionnaires de système, les décideurs et les chercheurs peuvent utiliser les mesures du rendement pour répondre à leurs besoins divers (p. ex., déterminer les possibilités d'amélioration, sélectionner les mesures des résultats, évaluer les politiques, innover les programmes et le système).

Disponibilité des mesures du rendement des soins primaires

Le cadre de MRSP comprend 112 mesures recommandées pour les cabinets et 179 mesures recommandées pour le système. Quatre-vingt-douze mesures sont communes aux deux niveaux. Les mesures sont classées en fonction de leur disponibilité à l'échelle de la province, par exemple : elles font actuellement l'objet d'un rapport, elles font actuellement l'objet d'un rapport mais il est recommandé de modifier le libellé et les mesures ne sont pas disponibles actuellement. Les données sont actuellement disponibles pour 15(13 %) des mesures recommandées pour les cabinets et 73(41 %) des mesures recommandées pour le système. Le faible pourcentage de mesures recommandées actuellement disponibles à l'échelle de la province indique clairement qu'il est nécessaire de développer une infrastructure supplémentaire pour appuyer la collecte, l'analyse et la présentation des données.

Certaines des mesures recommandées qui sont incluses dans les questionnaires existants ne reflètent pas entièrement les réalités et tendances actuelles dans le secteur des soins primaires, comme le rôle de l'infirmière praticienne qui, pour beaucoup d'Ontariennes et Ontariens, est le principal fournisseur de soins primaires, les équipes de soins primaires, les patients et les familles à titre de partenaires, et la participation des patients, des aidants et du public dans la planification des services. Il faut poursuivre les efforts visant à adapter les mesures existantes qui sont le résultat des sondages pour modifier les attentes du public et l'organisation et la prestation des soins primaires. D'autres mesures recommandées ne sont pas actuellement incluses dans les sondages existants. Avant d'établir de nouveaux sondages et de modifier les sondages dans le futur, il faudra tenir compte des mesures recommandées dans ce rapport.

Façon dont les mesures recommandées peuvent être utilisées

Les mesures recommandées constituent une riche source de mesures de la performance des soins primaires qui ont été déterminés comme un excellent moyen d'évaluer le système régulièrement pour étayer la prise de décision. Les cliniciens, les organisations de soins primaires et les dirigeants du système, les chercheurs, les organismes représentant les patients et le public peuvent puiser dans cette banque de mesures recommandées pour s'en servir dans leur travail.

Pour certaines mesures, les données proviennent de sources de données ou de rapports existants. Dans d'autres cas,

les utilisateurs devront recueillir les données eux-mêmes en utilisant les mesures recommandées. Ces mesures peuvent aider :

- les cabinets de soins primaires à déterminer ce qui peut être amélioré;
- les cliniciens en soins primaires à évaluer et à étudier un aspect de leur champ d'exercice comme une activité d'apprentissage réfléchi;
- les chercheurs à sélectionner les mesures des résultats pour les utiliser dans les services cliniques, de santé et la recherche de politiques relatives aux soins primaires;
- les dirigeants du système de santé et les décideurs à suivre la performance du système et à évaluer l'impact des politiques et des innovations du système;
- les évaluateurs à évaluer la mise en œuvre et l'impact de programmes innovateurs sur les soins primaires;
- des organismes comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, cyberSanté Ontario et OntarioMD à sélectionner les investissements dans les DME/DSE et à établir des normes pour les données du DME et les spécifications concernant les fournisseurs;
- Qualité des services de santé Ontario à élargir et à améliorer son travail de production de rapports sur la performance des soins primaires;
- les planificateurs et les décideurs à planifier en tenant compte des besoins de la population;
- les groupes de défense des patients et la société civile à évaluer la façon dont le secteur des soins primaires répond aux besoins des patients, des aidants familiaux et du public.

Toutes ces utilisations pourraient aider le secteur ontarien des soins primaires à réaliser le triple objectif d'une meilleure santé, de meilleurs soins et d'une meilleure façon d'utiliser les ressources.

Mise en œuvre : Amélioration des mesures du rendement et de la qualité des soins primaires

Recommandations

Afin d'appuyer le travail d'amélioration de l'évaluation de la performance des soins primaires, le Comité directeur pour le cadre de MRSP dirigera la mise en œuvre du cadre de MRSP au cours des deux prochaines années. Tous les intervenants du secteur des soins primaires en partageront la responsabilité. Le comité directeur fait les recommandations suivantes :

1. Accélérer les efforts afin d'obliger les fournisseurs à intégrer des données normalisées de qualité supérieure, de faciliter la saisie de données normalisées, le transfert et l'échange de données et de simplifier les processus d'extraction et d'analyse des données. L'Institut canadien d'information sur la santé, cyberSanté Ontario, OntarioMD et Qualité des services de santé Ontario, de concert avec des fournisseurs de soins primaires qui utilisent déjà leurs propres données ont un rôle important à jouer pour faire avancer cette initiative.
2. Créer l'infrastructure nécessaire pour rendre les mesures disponibles dans toute la province au niveau des cabinets et du système, y compris : des mécanismes pour rassembler les données du DME afin d'informer régulièrement les cabinets sur leur performance et la façon dont ils se comparent à leurs homologues; un sondage auprès des patients des cabinets qui sera une source de rétroaction régulière pour les cabinets au fil du temps et leur permettra de se comparer à leurs homologues; un outil de collecte des données auprès des soignants individuels; un outil de collecte des données auprès des organisations et un mécanisme pour rassembler les mesures de la performance des soins primaires de sources multiples.
3. Créer des mesures agrégées de la performance des soins primaires afin de fournir des mesures globales du rendement au niveau des domaines (p. ex., Efficacité) ou des domaines secondaires (p. ex., Gestion des affections chroniques).
4. Déterminer qui, au sein des organisations, est chargé de produire des rapports clairs et cohérents à l'aide des données sur l'évaluation de la performance. Qualité des services de santé Ontario le fait déjà au niveau du système et commence à fournir ce genre de rapport au niveau des cabinets (rapports des cabinets de soins primaires).

5. Inclure les mesures du cadre de MRSP dans les nouveaux outils de sondage ou actualiser ceux qui existent déjà, et souligner que ces mesures ont été établies à la suite d'un vaste processus de participation et sont étayées par les conclusions des consultations.
6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Qualité des services de santé et les associations représentant les fournisseurs de soins primaires, de concert avec les scientifiques et les éducateurs du secteur de la santé, les patients et les fournisseurs de soins primaires, travaillent ensemble pour faire connaître aux dirigeants du système de santé et aux décideurs le processus d'évaluation de la performance, les méthodes d'amélioration de la qualité et les pratiques exemplaires.
7. Mettre à jour et revoir, le cas échéant, le cadre de MRSP de façon à tenir compte des preuves émergentes, des nouveaux modèles de soins primaires, des priorités stratégiques changeantes, des nouvelles sources de données et de l'évolution des besoins en matière d'information sur les soins primaires, utiliser des structures et des processus inclusifs, auxquels peuvent participer divers intervenants, dont les patients, les aidants et le public.
8. Demander une évaluation formative indépendante de la mise en œuvre du cadre de MRSP afin de déceler et de surmonter les problèmes de mise en œuvre, et de souligner et de renforcer les réussites associées à la mise en œuvre.

Étapes suivantes

Voici les mesures qui peuvent être prises pour appuyer la transition vers une meilleure évaluation de la performance des soins primaires :

1. À court terme, le Comité directeur pour le cadre de MRSP sélectionnera deux sous-ensembles de priorités aux fins d'évaluation et a recommandé des méthodes de collecte de données afin de faciliter l'évaluation immédiate au niveau des cabinets et du système; ces mesures et méthodes seront disponibles début 2015.
2. À court terme, QSSO continuera de collaborer avec les intervenants clés pour établir et tester un sondage sur les expériences des patients que les cabinets de soins primaires pourront administrer et utiliser en 2015.
3. L'an prochain, QSSO, de concert avec plusieurs organismes intéressés, établira un plan pour détecter les lacunes et les obstacles dans l'évaluation de la performance et les moyens d'y remédier.
4. QSSO communiquera les recommandations du comité directeur relatives à la modification du libellé des mesures dans les sondages existants (p. ex., Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé) aux organismes responsables et participera aux discussions pancanadiennes avec le Fonds du Commonwealth sur la modification des questions des enquêtes du Fonds du Commonwealth auprès des médecins de soins primaires.
5. La Direction de l'analytique en matière de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée examinera les mesures recommandées du cadre de MRSP afin d'étudier la possibilité d'en ajouter au SESS.
6. S'inspirant des mesures du cadre de MRSP, QSSO étudiera s'il est possible de s'associer à des chercheurs afin d'élaborer des mesures agrégées qui faciliteront l'évaluation de la performance générale des divers domaines du secteur des soins primaires.

Le travail que nous avons réalisé jusqu'ici a renforcé les collaborations, amélioré le partage de l'information et approfondi notre connaissance des importantes initiatives d'évaluation de la performance des soins primaires en cours. Il est tout aussi important de souligner que nous avons décelé des lacunes en ce qui a trait à la disponibilité des données et la présentation des rapports. Nos recommandations portent sur les mesures nécessaires pour combler ces lacunes et améliorer l'utilité de ce qui est déjà disponible — pour une meilleure évaluation de la performance des soins primaires et, en fin de compte, de meilleurs soins primaires.

Il tarde à Qualité des services de santé Ontario et au Comité directeur pour le cadre de MRSP de passer à la prochaine étape de cette importante tâche et de continuer à y travailler ensemble.

Introduction

Un secteur des soins primaires vigoureux constitue la base d'un système de santé hautement performant. Depuis plus de dix ans, l'Ontario s'applique à renforcer la prestation des soins primaires. Toutefois, la province n'a pas d'approche coordonnée et exhaustive pour recueillir, analyser les données et produire des rapports sur la performance des soins primaires au niveau des cabinets ou du système. Le manque de commentaires réguliers au sujet des principaux aspects de la performance entrave les efforts déployés par les cabinets et les organisations pour déterminer les possibilités d'amélioration et suivre l'impact des initiatives d'amélioration. L'absence d'information au niveau du système fait en sorte qu'il est difficile d'établir et de mettre en œuvre les améliorations et de déterminer si les investissements et les changements apportés aux politiques portent leurs fruits.

Depuis quelques années, les cliniciens, dirigeants et décideurs reconnaissent de plus en plus la nécessité d'une rétroaction systématique et permanente sur la performance des soins primaires.

Les données limitées disponibles sur la performance des soins primaires au niveau provincial – en particulier celles provenant des enquêtes du Fonds du Commonwealth auprès des médecins de soins primaires et du public – indiquent que la performance des soins primaires en Ontario se compare favorablement à celle d'autres provinces, mais qu'elle est à la traîne par rapport à celle d'autres pays, notamment au chapitre de l'accès en temps voulu aux soins et de l'infrastructure des soins primaires (p. ex., équipes de soins primaires, systèmes de DME et processus d'évaluation du rendement et des améliorations (Schœn et coll. 2012, Schœn et coll. 2013, Hutchison 2013 et 2014). Les cabinets et les organisations de soins primaires ont accès à très peu de renseignements sur leur rendement autres que les données qu'ils recueillent et analysent eux-mêmes, et beaucoup, voire la plupart, n'ont pas la capacité de générer leurs propres données sur la performance. En l'absence de tels renseignements, y compris les tendances en matière de temps et les comparaisons avec les homologues, les fournisseurs de soins primaires ont de la difficulté à reconnaître les aspects de leur domaine d'exercice qui doivent et peuvent être améliorés.

Depuis 2012, une vaste gamme d'organisations représentant les patients, les fournisseurs de soins primaires, les détenteurs de données, les chercheurs, les dirigeants et les décideurs ontariens travaillent en équipe pour établir une approche formelle et structurée d'évaluation de la performance des soins primaires, réalisable au niveau des cabinets et du système.

Dans ce rapport, vous trouverez :

- un aperçu du but, des objectifs et du contexte de MRSP;
- le processus que QSSO, de concert avec le comité directeur, a suivi pour établir le cadre de MRSP;
- une description du cadre et de ses domaines, et les priorités recommandées aux fins d'évaluation ainsi que les mesures pour chaque domaine, au niveau des cabinets et du système;
- des recommandations pour mettre en œuvre le processus d'évaluation de la performance des soins primaires en Ontario.

Les annexes relatives à ce rapport sont présentées séparément.

But de l'initiative de mesure du rendement des soins primaires en Ontario (MRSP)

Qualité des services de santé Ontario collabore avec d'autres par l'entremise du Comité directeur pour la mesure du rendement des soins primaires en Ontario pour appuyer l'amélioration du système de santé en établissant une approche coordonnée et durable pour évaluer le rendement des soins primaires et établir des rapports à ce sujet au niveau des cabinets et du système (collectivités, régions et province).

Objectifs de l'initiative de MRSP

Les objectifs de cette initiative consistent à déterminer les aspects de la performance des soins primaires qui doivent être évalués de façon régulière et à déterminer les sources de données et l'infrastructure requise pour ce faire. Dans le travail que nous avons réalisé jusqu'ici, nous avons mis l'accent sur l'importance de l'information pour appuyer la prise de décisions au sujet de la disponibilité des données actuelles ou faciliter l'évaluation. Le processus est structuré de façon à tenir compte des écarts dans les besoins en matière d'information au niveau des cabinets et du système. Une entente sur l'utilité des mesures de la performance et la nécessité d'appuyer la collecte et l'analyse des données et la production de rapports facilitera le processus d'amélioration du système, permettra de déterminer si les investissements et les changements apportés aux politiques portent leurs fruits, et étayera la planification des services, le suivi de la performance et l'amélioration de la qualité au sein des cabinets. Le but ultime de cette initiative est d'appuyer la réalisation du triple objectif : une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure façon d'utiliser les ressources pour les Ontariens.

Lien entre l'initiative de MRSP et d'autres initiatives de soins primaires en Ontario

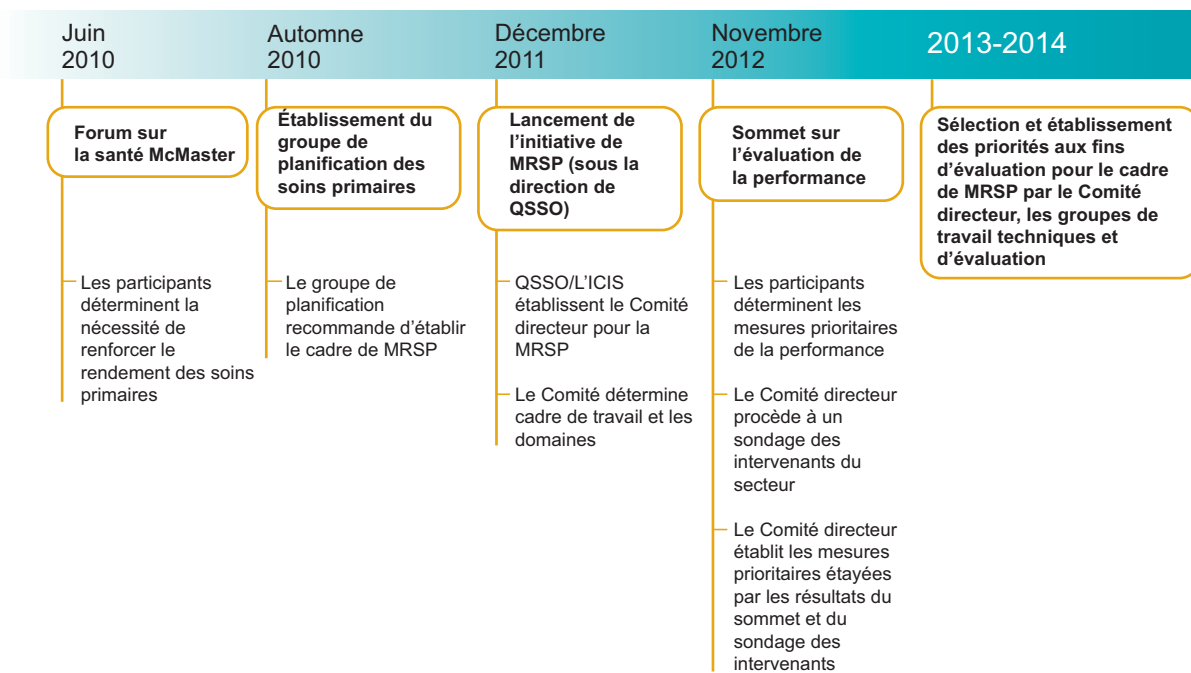
De nombreux organismes et personnes en Ontario entreprennent des initiatives d'amélioration de la qualité et d'évaluation de la performance. Ceux qui participent à l'initiative de MRSP se sont appliqués à tenir compte de ces autres initiatives, notamment en harmonisant le cadre de MRSP avec le [programme d'amélioration de la qualité](#) de QSSO (initiative sectorielle conçue pour aider le système à se concentrer sur un ensemble important de mesures de la performance)¹⁵ et les priorités des [plans d'amélioration de la qualité](#)¹⁶ pour les organismes de soins primaires.

Pourquoi mesurer la performance?

« Le processus d'évaluation de la performance est le moyen par lequel une organisation établit les paramètres dans le cadre desquels des programmes et services sont évalués et détermine si les résultats souhaités sont atteints. Il est important de mesurer le rendement, car cela permet de déterminer ce qui peut être amélioré, et facilite le suivi des progrès réalisés par rapport aux objectifs de l'organisation et la comparaison de la performance par rapport à des normes internes et externes. »

— Rapport du groupe de travail sur la qualité du groupe de planification des soins de santé primaires, août 2011

Contexte



Graphique 1 : Processus d'établissement du cadre de MRSP

McMaster Health Forum

La nécessité d'établir un cadre général pour renforcer les soins primaires en Ontario a été déterminée lors du McMaster Health Forum qui s'est tenu en juin 2010, intitulé « Supporting Quality Improvement in Primary Health Care in Ontario ». Le forum, qui avait été parrainé par le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation (qui fait maintenant partie de QSSO)³, s'est déroulé à Hamilton, en Ontario⁴.

Les participants au forum ont recommandé qu'un petit groupe de planification, y compris les représentantes et représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de l'Ontario Medical Association, de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, de l'Association des centres de santé de l'Ontario et du Collège des médecins de famille de l'Ontario, ont établi une stratégie préliminaire et sont parvenus à un consensus à propos de cette stratégie, afin de renforcer le secteur des soins primaires en Ontario.

Groupe de planification des soins de santé primaire

Après le McMaster Health Forum, au cours de l'automne 2010, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a établi et présidé le groupe de planification des soins de santé primaire. Le groupe avait été chargé de :

- parvenir à un consensus sur la stratégie de renforcement des soins primaires en Ontario;
- préparer une réunion au cours de laquelle un groupe multisectoriel d'intervenants discuterait de la stratégie et la mettrait au point⁵.

Au cours du printemps 2011, le groupe de planification des soins de santé primaire a établi cinq groupes de discussion sur les thèmes suivants: qualité, accès, efficience, responsabilisation et gouvernance, ainsi que les principes

directeurs pour chaque groupe. Chacun devait étudier les défis et les possibilités liés au thème dont il était responsable et formuler des recommandations aux fins d'amélioration.

Le groupe de discussion responsable de la qualité a recommandé que QSSO forme un groupe de travail composé d'un vaste éventail d'intervenants (y compris le public), afin d'élaborer un cadre d'évaluation de la performance⁶. Dans son rapport final, le groupe responsable de la planification des soins de santé primaires a recommandé qu'un « groupe de travail soit établi sous l'égide de Qualité des services de santé Ontario afin de concevoir un cadre de mesure du rendement comprenant des indicateurs pour examiner la performance du système de soins primaires par rapport à ses buts et objectifs au niveau des cabinets et du système (localité, région ou province. »

Pour répondre à ce besoin, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de concert avec Action Cancer Ontario, cyberSanté Ontario,

C-CHANGE, l'Institut de recherche en services de santé, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ont formé un comité directeur.

Création du cadre de MRSP

Établissement des domaines et des priorités aux fins d'évaluation

Le 21 novembre 2012, QSSO et l'ICIS, de concert avec leurs partenaires, ont organisé le sommet sur l'évaluation de la performance des soins primaires à Toronto. Des hauts dirigeants d'organismes partenaires producteurs de données sur les soins primaires et les usagers de l'information ont été invités à participer à ce sommet afin de poser les bases du processus d'évaluation de la performance des soins primaires en Ontario. Pour consulter un rapport détaillé et document d'information sur le sommet, cliquer sur www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/PHC_OPCPM_SUMPROC_FR.

Analyse conjoncturelle

Pour appuyer le sommet, QSSO a effectué une analyse conjoncturelle⁷, qui s'est penchée sur la situation actuelle de l'évaluation de la performance des soins primaires en Ontario, au Canada et dans le monde. Cette analyse a présenté une vue d'ensemble des projets en cours récemment menés à bien, qui portaient sur l'évaluation de la performance des cabinets de soins primaires. Elle comprenait :

- un examen détaillé de la littérature (en anglais) avec une recherche électronique dans MEDLINE, le Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) et les bases de données de Google Scholar à l'aide des mots clés suivants : « performance measurement », « performance standards », « conceptual framework », « outcome and process assessment », « quality indicators », « evaluation of primary care » et « design and performance measurement ».
- un examen de la littérature grise;
- des contacts avec des organismes de la province et du Canada à propos desquels l'équipe de QSSO savait qu'ils faisaient de la recherche pertinente ou établissaient des cadres d'évaluation de la performance des soins primaires.

L'analyse conjoncturelle décrit en détail le contexte de 19 cadres d'évaluation de la performance, des initiatives et des sources de données et les a résumés dans une matrice⁸. QSSO a utilisé ces conclusions pour :

- déterminer les domaines de soins primaires qui pourraient servir de fondement à un cadre général;
- sélectionner les priorités potentielles aux fins d'évaluation relatives à chaque domaine afin d'évaluer la performance des soins primaires au niveau des cabinets et du système.

L'analyse conjoncturelle a permis de déterminer que les neuf attributs de QSSO pour un système de santé hautement performant⁹ étaient le cadre le plus approprié d'examen de la performance des soins primaires en Ontario. Les neuf attributs s'inspirent du Triple Aim Framework (triple objectif) de l'Institute for Health Care Improvement (IHI)¹⁰ et six des attributs s'inspirent des Six Aims for Improvement of a Healthcare System (six objectifs d'amélioration) proposés par l'Institute of Medicine (IOM) dans un important rapport intitulé *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*¹¹ (voir le tableau 1). Dans son rapport de 2011, le groupe de planification des soins de santé primaire a recommandé de baser l'évaluation de la performance des soins primaires sur le triple objectif de l'IHI et les neuf attributs de QSSO d'un système de santé hautement performant.

Neuf attributs (QSSO)/Six objectifs d'amélioration (IOM)	Triple objectif (IHI)		
	Santé de la population (meilleure santé)	Expérience des patients (meilleurs soins)	Coût de la santé par habitant (meilleure façon d'utiliser les ressources)
Accès*/en temps voulu**	X	X	X
Intégration*		X	X
Efficience*,**			X
Efficacité*,**	X	X	X
Système centré sur la santé de la population*	X	X	
Sécurité*,**		X	X
Système axé sur les patients*/centrés sur la personne**		X	
Système adéquatement outillé*			X
Équité*,**	X	X	

* QSSO

** IOM

Tableau 1 : Neuf attributs de QSSO, six objectifs d'amélioration de l'IOM et triple objectif de l'IHI (adapté de Kates et coll. 2012)

Se basant sur le cadre de travail établi par QSSO, le comité directeur du sommet a établi huit domaines prioritaires (graphique 2) pour évaluer la performance des soins primaires pour les délibérations du sommet sur l'évaluation de la performance des soins primaires : accès, système axé sur les patients, intégration, efficacité, système centré sur la santé de la population, sécurité et équité. Pour l'instant, le neuvième domaine, « un système adéquatement outillé » a été omis, car il se rapporte essentiellement aux moyens dont dispose le système plutôt qu'à la performance.

Le Comité directeur du sommet a décidé d'appliquer trois critères pour établir une liste d'un petit nombre de priorités aux fins de discussion et de classement par ordre d'importance au cours du sommet:

1. Il est utile d'avoir cette information régulièrement sous la main dans un ou plusieurs buts (p. ex., planification des services, gestion ou amélioration de la qualité) au niveau des cabinets/de l'organisme ou à l'échelle du système (localité, région ou province).
2. Il est possible d'établir des comparaisons entre cabinets, organismes, localités, régions provinces/territoires et(ou) pays.
3. Cet aspect de la performance des soins primaires est relié à un ou plusieurs aspects du triple objectif de l'IHI :
 - Améliorer l'expérience des patients (meilleurs soins)
 - Améliorer la santé de la population (meilleure santé)
 - Réduire/contrôler les coûts de la santé par habitant (meilleure façon d'utiliser les ressources)

Pour faciliter les discussions et l'établissement de priorités pour les participants au sommet, avant la réunion, le comité directeur leur a préparé une fiche de 60 priorités potentielles aux fins d'évaluation et d'autres documents d'information. Le comité a encouragé les participants à partager l'information et à consulter leur organisme et les parties prenantes.

Soixante et un hauts dirigeants ont participé au sommet. Ils ont discuté des huit domaines et, pour chaque domaine, ont voté sur les principales priorités de leur organisation aux fins d'évaluation compte tenu de la question suivante :

Quels aspects de la performance des soins primaires devrait-on évaluer à intervalles réguliers pour étayer la prise de décision au niveau des cabinets et du système (localité, région, province)?

Les participants au sommet ont appliqué une optique des cabinets et une optique du système à leur discussion sur les priorités potentielles aux fins d'évaluation, classant séparément les priorités potentielles aux fins d'évaluation pour chaque optique.

Leçons supplémentaires tirées du sommet

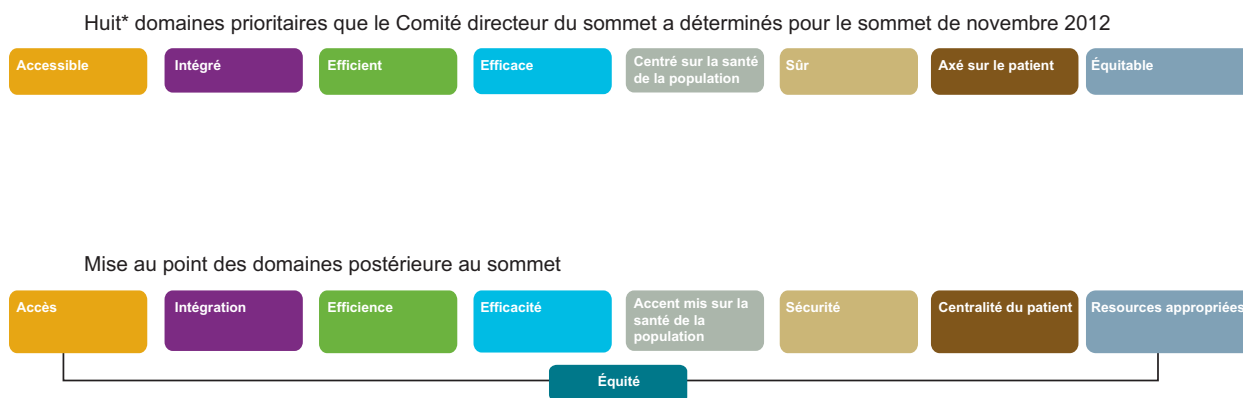
Trois thèmes de haut niveau se sont dégagés des séances de récapitulation postérieures au sommet dirigées par le comité directeur et d'une analyse des 1 200 commentaires formulés sur les fiches de travail des participants :

Inclure un « système adéquatement outillé » comme neuvième domaine, car les ressources (infrastructure comprise) influent sur les résultats (graphique 2)

Appliquer une optique « équité » dans tous les domaines

Tenir compte de « l'optique » des patients dans chaque domaine

Les conclusions du sommet ont aussi identifié des priorités aux fins d'évaluation supplémentaires au niveau des cabinets et du système.



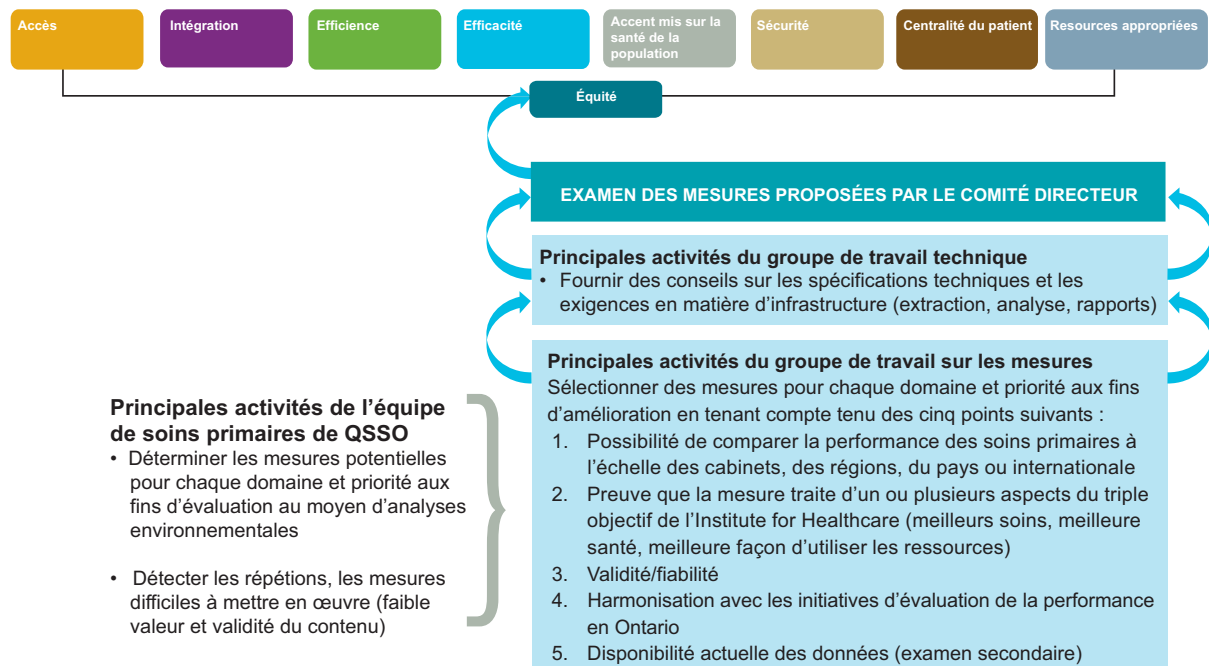
Graphique 2 : Évolution des domaines du cadre de MRSP

Au printemps 2013, les organisations représentées au sein du comité directeur ont distribué aux intervenants le questionnaire sur la performance des soins primaires postérieur au sommet afin de faire participer leurs membres et solliciter leurs vues sur les aspects de la performance des soins primaires qu'il faudrait évaluer en priorité. Plus de 850 personnes ont participé.

Mise au point du cadre et sélection des mesures pour chaque domaine et priorité aux fins d'évaluation

Qualité des services de santé Ontario, le comité directeur, le groupe de travail sur les mesures et le groupe de travail technique ont collaboré pour mettre au point des mesures pour le cadre (graphique 4). Ils avaient les responsabilités suivantes:

- Comité directeur : déterminer un ensemble de priorités aux fins d'évaluation pour le cadre de MRSP provenant du sommet et des rétroactions relatives au sommet
- Groupe de travail sur les mesures : sélectionner les mesures privilégiées pour chaque priorité aux fins d'évaluation
- Groupe de travail technique : fournir des conseils au sujet des spécifications techniques et des exigences matière d'infrastructure pour l'extraction, l'analyse et la présentation des données



Graphique 3 : Processus d'élaboration de mesures pour le cadre de MRSP

Les membres des groupes de travail ont apporté un mélange approprié de connaissances techniques et d'expériences de première ligne. Par exemple, le Groupe de travail sur les mesures comprenait une majorité de cliniciens de soins primaires et de patients. Les membres du groupe de travail technique possédaient une expérience plus importante en recherche, collecte de données, analyse et production de rapports.

Sources de données existantes

Cette section décrit brièvement les sources de données sur la performance des soins primaires en Ontario, soulignant leurs forces et limites.

Enquêtes sur les populations

Trois enquêtes sur les populations génèrent des données sur la performance des soins en primaires en Ontario : le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé (SESS) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et l'enquête du Fonds du Commonwealth.

Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé et de longue durée (SESS)

Le SESS est un sondage trimestriel d'un échantillon aléatoire d'Ontariennes et Ontariens âgés de 16 ans et plus, réalisé par l'Institute for Social Research de l'Université York au nom du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le sondage se concentre sur l'expérience de la population ontarienne en matière de soins primaires, y compris l'accès aux soins et génèrent des données au niveau des RLIS et de la province. Le dernier SESS réalisé avait un taux de réponse de 54 %, 95 % des patients ayant consenti à ce qu'un lien soit établi entre leurs réponses et les données administratives provinciales sur la santé. Le SESS permet aux patients de déterminer si un médecin de famille/généraliste ou une infirmière praticienne est le principal soignant du patient — un atout particulièrement intéressant de ce sondage.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

L'ESCC est un sondage réalisé par Statistique Canada auprès de Canadiennes et Canadiens âgés de 12 ans, qui portait sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé, et les déterminants de la santé. La stratégie d'échantillonnage est pondérée pour produire des données fiables au niveau des RLIS pour l'Ontario. Les données sont recueillies sur une base permanente et publiées annuellement. En 2012, le taux de réponse pour l'Ontario était de 66 %, 83 ayant consenti à ce qu'un lien soit établi entre leurs réponses et les données administratives sur la santé.

Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de la santé

Tous les trois ans, le Fonds du Commonwealth questionne la population adulte des pays participants (11 ces dernières années) au sujet de leurs expériences en matière de santé, plus récemment en 2013. Les données relatives à l'Ontario proviennent des sondages réalisés entre 2010 et 2013. En 2013, le taux de réponse au Canada était de 24 %.

Sondage des soignants

Le Sondage national des médecins (SNM) et l'enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de la santé auprès des médecins de soins primaires (enquête du Fonds du commonwealth auprès des MSP) fournissent des données au sujet des soins primaires en Ontario et au Canada.

Sondage national des médecins (SNM)

Le SNM est un partenariat entre le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'Association médicale canadienne. Entre 2004 et 2010, un sondage détaillé a été mené tous les trois ans. Depuis, les sondages sont plus fréquents et plus ciblés. En 2013, le taux de réponse des médecins de famille de l'Ontario était de 17,4 %. Les résultats sont présentés séparément pour les médecins de famille et les spécialistes à l'échelle du Canada et au niveau provincial. Limiter le sondage aux médecins réduit la valeur de l'évaluation de la performance des soins primaires dans le contexte ontarien — en raison du rôle croissant que jouent les fournisseurs de soins primaires interprofessionnels dans la province.

Enquête du Fonds du Commonwealth auprès médecins de soins primaires

Le Fonds du Commonwealth questionne les médecins de soins primaires des pays participants tous les trois ans; la dernière enquête a eu lieu en 2012 et couvrait 11 pays. L'enquête porte sur des échantillons aléatoires de médecins de soins primaires. D'autres fournisseurs de soins primaires ne font pas l'objet d'échantillons, ce qui limite aussi la portée de l'enquête en raison du rôle croissant des fournisseurs de soins primaires interprofessionnels en Ontario. En 2012, le taux de réponse des médecins primaires de l'Ontario était de 34 %. Les résultats se rapportant à l'Ontario sont signalés depuis 2009.

Données administratives

L'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et Action cancer Ontario (ACO) produisent des données sur la performance des soins primaires au niveau des cabinets à l'aide des données administratives sur la santé. Les deux organismes fournissent des données sur la performance aux médecins de soins primaires par l'entremise d'un portail protégé par mot de passe. ACO fournit une rétroaction sur le dépistage du cancer du sein, du côlon et du col de l'utérus aux médecins qui exercent dans le cadre de modèles d'inscription des patients. De concert avec l'IRSS, QSSO produit des données sur l'utilisation des soins de santé, le dépistage du cancer et le traitement du diabète dans le cadre du rapport public sur les soins primaires, actuellement disponibles temporairement, mais qui deviendra accessible à tous les médecins de soins primaires pendant l'automne 2014. Le rapport contient une comparaison entre la performance du cabinet et les moyennes des RLIS et provinciale, ce qui signifie que les mesures incluses dans le rapport des cabinets de soins primaires pourraient aussi être signalées au niveau du système. Par le biais d'une initiative distincte, l'IRSS produit aussi des données sur la performance pour les centres de santé communautaire (CSC), les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) et les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP).

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit des données administratives de niveau organisationnel aux médecins qui exercent selon un modèle d'inscription des patients pour certains indicateurs des plans d'amélioration de la qualité (PAQ) des organisations de soins primaires, dont un « suivi de sept jours après une hospitalisation pour certaines affections », disponible par l'entremise du portail protégé par mot de passe de la Direction des données sur la santé. Ces données sont disponibles par l'intermédiaire de l'IRSS pour les CSC, les CASSA et les CDPIP.

Données sur le dossier médical électronique

Trois initiatives fournissent une rétroaction sur la performance aux fournisseurs de soins primaires participants fondée sur les données regroupées incluses dans les dossiers médicaux électroniques (DME) : le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP), la base de données EMRALD (Electronic Medical Record Administrative Data-Linked Database) et la base de données Business Intelligence Reporting Tools (BIRT) des CSC. Un quatrième système, le prototype du Système de déclaration volontaire de l'ICIS, en exploitation de 2009 à 2013. Le Collège des médecins de famille du Canada parraine le RCSSSP et l'Agence de la santé publique du Canada le finance. Environ 204 praticiens de soins primaires dans 19 établissements situés en Ontario fournissent des données incluses dans le DME qui ont été rendues anonymes pour le RCSSSP et reçoivent une rétroaction régulière sur la performance ciblée sur les affections chroniques, qui comprend des comparaisons entre pairs. La base de données EMRALD est administrée par l'IRSS. Elle reçoit actuellement des données incluses dans le DME de plus de 300 cabinets de soins primaires de l'Ontario. Les données EMRALD peuvent être liées aux données administratives sur la santé détenues par l'IRSS. Les médecins de famille participants reçoivent une rétroaction sur les mesures de la qualité pour le diabète et les cardiopathies ischémiques, et sur les temps d'attente pour les consultations de spécialiste recommandées par les médecins de soins primaires. Certains cabinets participent au RCSSSP et à la base de données EMRALD. L'outil BIRT reçoit des données des CSC, puis leur fournit une rétroaction. Les principaux facteurs qui limitent ces initiatives sont la faible proportion de cabinets de soins primaires participants, la difficulté d'analyser des données largement non structurées et la capacité limitée d'expansion sans ressources supplémentaires. Il s'agit là de la principale raison pour laquelle le prototype SDV SSP de l'ICIS a été suspendu (voir http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/LESSONS_PHC_VRS_PROTO_FR)

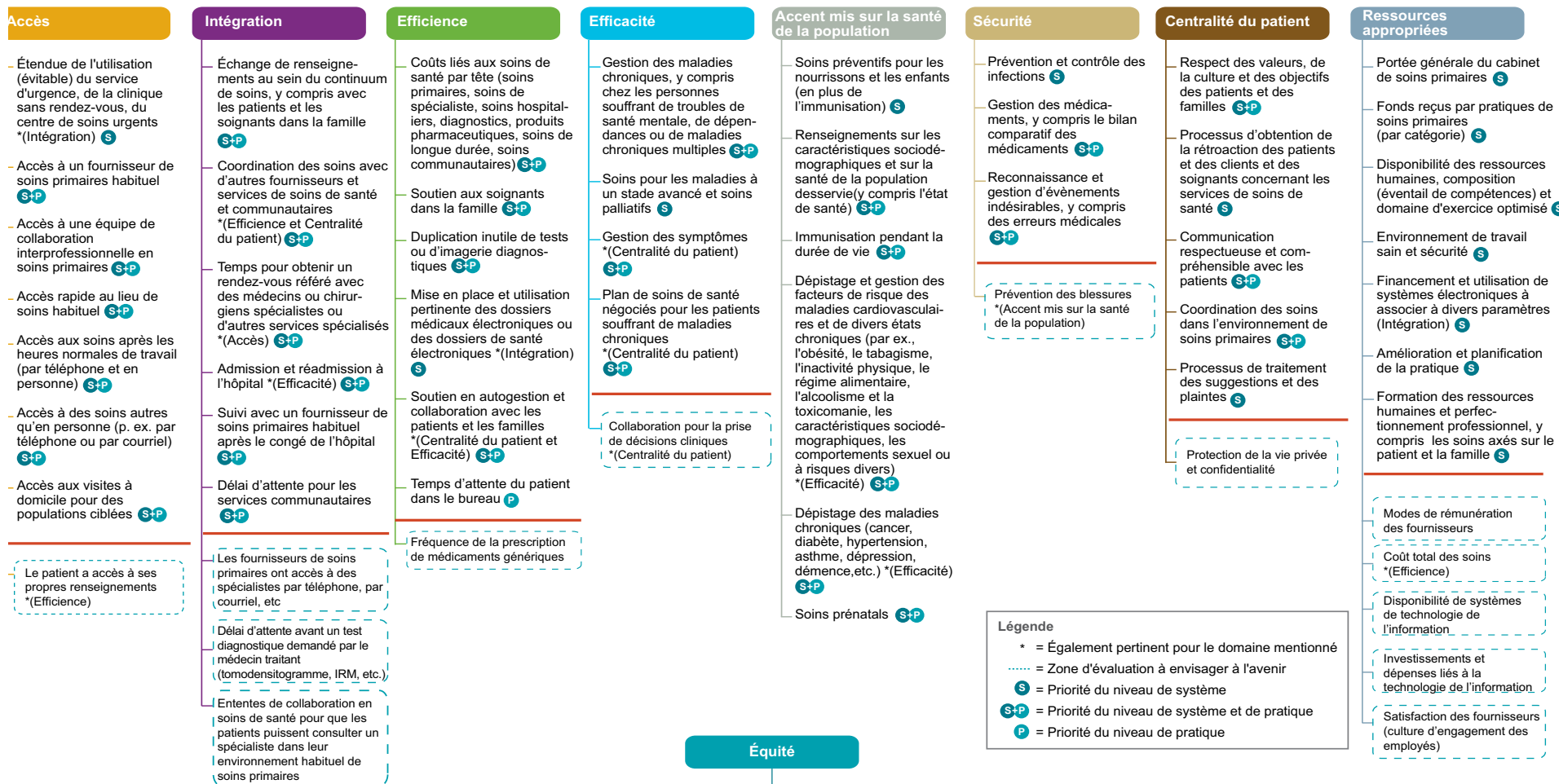
La section suivante de ce rapport traite des neuf domaines et des priorités aux fins d'évaluation, ainsi que des mesures recommandées pour chaque priorité.

Priorités aux fins d'évaluation et mesures recommandées

Le graphique 4 établit le Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP), ses neuf domaines et les priorités aux fins d'évaluation.

Cadre de mesure du rendement des soins primaires

(Comité directeur pour la mesure du rendement des soins primaires en Ontario, Mai 2014)



Équité a été définie comme un domaine transversal et elle sera évaluée selon diverses variables économiques et sociales, comme le revenu, le niveau de scolarité, le sexe, situation concernant l'invalidité, le soutien social, la santé mentale, le lieu de résidence (urbain ou rural), l'âge, l'orientation et l'identité sexuelles, la langue, le statut d'immigré, l'identité ethnoculturelle et le statut d'autochtone.

Cette section de notre rapport traite des priorités aux fins d'évaluation et des mesures recommandées pour les neuf domaines, dans l'ordre suivant :

- Accès
- Système axé sur les patients
- Intégration
- Efficacité
- Système centré sur la santé de la population
- Efficience
- Sécurité
- Système adéquatement outillé
- Équité (l'équité est considérée comme un domaine transversal qui sera évalué en tenant compte de diverses variables économiques, démographiques et sociales)

La section contient aussi une discussion sur ce qui suit :

- Ajustement des risques
- Analyse stratifiée

Les domaines

QSSO, qui a travaillé en collaboration avec le comité directeur, le Groupe de travail sur les mesures et le groupe de travail technique, a produit des illustrations graphiques (« encarts ») pour chacun des domaines du cadre de MRSP— pour les mesures liées aux cabinets et celles associées au système. Les tableaux se rapportant à chaque domaine pour les cabinets et le système comportent :

- un ensemble de priorités aux fins d'évaluation
- des mesures recommandées pour chaque priorité aux fins d'évaluation
- une légende codée par couleur (graphique 5) sur les mesures actuellement disponibles à l'échelle de la province

Legend	
	Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
	Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
	Mesure actuellement non disponible

Graphique 5 : Légende

Certaines priorités aux fins d'évaluation et les mesures recommandées correspondantes s'appliquent à plus d'un domaine et sont recoupées dans les encarts.

Les descriptions des mesures normalisées (DMN) pour chaque mesure recommandée pour les priorités aux fins d'évaluation relatives à chaque domaine se trouvent dans les annexes qui accompagnent le rapport. L'annexe contient :

- le nom de la mesure
- une description de la mesure
- une définition de la mesure
- la source de données existante ou potentielle pour la mesure
- toute autre information pertinente

Nous avons établi un aperçu des mesures recommandées pour chaque domaine et pour les cabinets et le système, groupées en fonction de la disponibilité des données.

L'annexe 4 contient un résumé de la disponibilité des données, tandis que l'annexe 5 contient les sources de données existantes ou potentielles pour tous les domaines. Lors de l'examen des sources de données pour l'évaluation de la performance des soins primaires, il faudrait aussi se reporter à la discussion ci-dessus sur les [sources de données existantes](#).

Accès

Le domaine Accès a huit mesures pour les cabinets et 16 mesures pour le système [Accès \(cabinet\)](#), [Accès \(système\) Partie 1](#), [Accès \(système\) Partie 2](#)).

Tableau 2 : Résumé des mesures disponibles pour le domaine Accès

Résumé des mesures disponibles* : Accès		
	Nombre de mesures	
	Cabinet	Système
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée*	1	7
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé	0	3
Mesures non disponibles actuellement, mais qui pourraient faire l'objet d'un rapport à l'aide de l'infrastructure existante†	0	1
Mesures non disponibles actuellement, mais incluses dans l'outil de sondage en cours d'élaboration‡; infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports	0	0
Mesures non disponibles actuellement; nouvelle infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports§	7	5
Total	8	16

* Disponibilité à l'échelle de la province (par rapport à locale)

† Par exemple, le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les rapports des cabinets de soins primaires de QSSO-IRSS

‡ Sondage de QSSO sur l'expérience des patients des cabinets de soins primaires

§ Par exemple, mesures fondées sur le DME et mesures signalées par les soignants ou les organisations

Comme le montre le tableau 2, les données sont disponibles actuellement pour une des huit mesures recommandées pour les cabinets et sept des 16 mesures recommandées pour le système.

L'annexe 6 contient la DMN pour ce domaine.

DOMAINE : Accès (cabinet)

Priorité aux fins d'évaluation	Accès à un fournisseur de soins primaires attitré	Accès en temps voulu au lieu de soins habituel	Accès aux soins après les heures (au téléphone et en personne)	Accès autrement qu'en personne (p. ex., téléphone, courriel, etc.)	Accès aux visites à domicile pour les populations ciblées	Accès à une équipe de soins primaires interprofessionnelle
Mesure recommandée	Pourcentage du total de consultations dans un cabinet de soins primaires par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou virtuellement inscrit Pourcentage de patients qui indiquent avoir un médecin de famille ou une infirmière praticienne	Pourcentage de patients qui indiquent pouvoir consulter leur médecin de famille/infirmière praticienne le même jour ou le jour suivant	Pourcentage de patients qui indiquent avoir eu de la difficulté à obtenir des services de soins primaires de routine ou réguliers de leur soignant au cours des 12 mois précédents, pour eux, leurs enfants, des proches âgés ou handicapés	Pourcentage de patients qui indiquent que, lorsqu'ils appellent le cabinet de leur médecin de famille ou infirmière praticienne attitré pour poser une question ou faire part de leurs préoccupations pendant les heures de bureau, ils reçoivent une réponse le même jour Pourcentage de patients qui indiquent avoir envoyé par courriel une question à leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents	Pourcentage de patients qui indiquent qu'il aurait été préférable pour leur santé que leur médecin de famille ou infirmière praticienne attitré vienne leur rendre visite à domicile plutôt que d'avoir à se déplacer au cabinet	Pourcentage de patients qui indiquent avoir accès à une équipe de soignants interprofessionnelle au cabinet où ils reçoivent habituellement des soins, par type de soignant

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine Accès (cabinet)

Au niveau des cabinets, il y a six priorités aux fins d'évaluation et huit mesures recommandées pour le domaine Accès (voir le [Accès \(cabinet\)](#)).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès à un fournisseur de soins primaires attitré*

- Pourcentage du total de consultations dans un cabinet de soins primaires par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou virtuellement inscrit

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès à un fournisseur de soins primaires attitré*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir un médecin de famille ou une infirmière praticienne

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès en temps voulu au lieu de soins habituel*

- Pourcentage de patients qui indiquent pouvoir consulter leur médecin de famille/infirmière praticienne le même jour ou le jour suivant

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès aux soins après les heures (au téléphone et en personne)*

- Pourcentage de patients qui indiquent qu'il est difficile d'obtenir des soins médicaux le soir, en fin de semaine ou les jours fériés

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès autrement qu'en personne (p. ex., téléphone, courriel, etc.)*

- Pourcentage de patients qui indiquent que, lorsqu'ils appellent le cabinet de leur médecin de famille ou infirmière praticienne attitré pour poser une question ou faire part de leurs préoccupations pendant les heures de bureau, ils reçoivent une réponse le même jour
- Pourcentage de patients qui indiquent avoir envoyé par courriel une question à leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès aux visites à domicile pour les populations ciblées*

- Pourcentage de patients qui indiquent qu'il aurait été préférable pour leur santé que leur médecin de famille ou infirmière praticienne attitré vienne leur rendre visite à domicile plutôt que d'avoir à se déplacer au cabinet

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès à une équipe de soins primaires interprofessionnelle*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir accès à une équipe de soignants interprofessionnelle au cabinet où ils reçoivent habituellement des soins, par type de soignant

DOMAINE : Accès (système) Partie 1

Priorité aux fins d'évaluation	Utilisation (potentiellement évitable) des urgences, des cliniques sans rendez-vous, des centres de soins d'urgence (se rapporte aussi au domaine Intégration)	Accès à un fournisseur de soins primaires attiré	Accès en temps voulu au lieu de soins habituel	Accès aux soins après les heures (au téléphone et en personne)
Mesure recommandée	Pourcentage de personnes qui indiquent être allées aux urgences pour des raisons qui étaient potentiellement évitables	Proportion du total de consultations dans un cabinet de soins primaires effectuées par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou virtuellement inscrit	Pourcentage de patients qui indiquent avoir pu consulter leur médecin de famille ou infirmière praticienne le même jour ou le jour suivant	Pourcentage de personnes qui indiquent avoir eu de la difficulté à obtenir des soins médicaux le soir, en fin de semaine ou les jours fériés
	Pourcentage de personnes qui indiquent être allées dans une clinique sans rendez-vous pour des raisons qui étaient potentiellement évitables	Pourcentage de patients qui indiquent avoir eu de la difficulté à obtenir des services de soins primaires de routine ou réguliers de leur soignant au cours des 12 mois précédents, pour eux, leurs enfants, des proches âgés ou handicapés		Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent être disponibles après les heures, le soir, la nuit, pendant la semaine et en fin de semaine
		Pourcentage de personnes qui indiquent avoir un médecin de soins primaires ou une infirmière praticienne		
		Pourcentage de cabinets ou d'organisations qui indiquent avoir pris des dispositions pour l'accès aux fauteuils roulants		

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Accès (système) Partie 2

Priorité aux fins d'évaluation	Accès autrement qu'en personne (p. ex., téléphone, courriel, etc.)	Accès aux soins à domicile pour les populations visées	Accès à une équipe de soins primaires interprofessionnelle
Mesure recommandée	Pourcentage de patients qui indiquent avoir envoyé par courriel une question à leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents	Pourcentage de patients qui indiquent qu'il aurait été préférable pour leur santé que leur médecin de famille ou infirmière praticienne attiré vienne leur rendre visite à domicile plutôt que d'avoir à se déplacer au cabinet	Pourcentage de patients qui indiquent avoir accès à une équipe de soignants interprofessionnelle au cabinet où ils reçoivent habituellement des soins, par type de soignant
	Pourcentage de patients qui indiquent que lorsqu'ils appellent le cabinet de leur médecin de famille ou infirmière praticienne pour lui poser une question ou lui faire part d'une préoccupation pendant les heures régulières peuvent obtenir une réponse le même jour	Pourcentage de cabinets/d'organisations de soins primaires qui offrent des visites à domicile par un médecin aux : • Patients confinés • Adultes atteints de maladie aiguë • Nourrissons et jeunes enfants atteints de maladies aiguës • Patients en soins palliatifs • Patients récemment hospitalisés • Patients ayant des besoins médicaux complexes qui ne sont pas confinés Pourcentage de cabinets/d'organisations de soins primaires qui offrent des visites à domicile par d'autres professionnels de la santé aux : • Patients confinés • Adultes atteints de maladie aiguë • Nourrissons et jeunes enfants atteints de maladies aiguës • Patients en soins palliatifs • Patients récemment hospitalisés • Patients ayant des besoins médicaux complexes qui ne sont pas confinés	Pourcentage de cabinets/ d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir plusieurs types de fournisseurs de soins de santé, par type de soignant

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine Accès (système)

Au niveau du système, il y a sept priorités aux fins d'évaluation et 16 mesures recommandées pour le domaine Accès ([Accès \(système\) Partie 1](#), [Accès \(système\) Partie 2](#)).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

Priorité aux fins d'évaluation : *Utilisation (potentiellement) évitable des urgences, des cliniques sans rendez-vous, des centres de soins d'urgence (se rapporte aussi au domaine Intégration)*

- Pourcentage de personnes qui indiquent être allées aux urgences pour des raisons qui étaient potentiellement évitables
- Pourcentage de personnes qui indiquent être allées dans une clinique sans rendez-vous pour des raisons qui étaient potentiellement évitables

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès à un fournisseur de soins primaires attitré*

- Pourcentage du total de consultations dans un cabinet de soins primaires par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou virtuellement inscrit
- Pourcentage de patients qui indiquent avoir eu de la difficulté à obtenir des services de soins primaires de routine ou réguliers de leur soignant au cours des 12 mois précédents, pour eux, leurs enfants, des proches âgés ou handicapés

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès en temps voulu au lieu de soins habituel*

- Pourcentage de patients qui indiquent pouvoir consulter leur médecin de famille/infirmière praticienne le même jour ou le jour suivant

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès autrement qu'en personne (p. ex., téléphone, courriel, etc.)*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir envoyé une question médicale à leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès aux visites à domicile pour les populations ciblées*

- Pourcentage de patients qui indiquent qu'il aurait été préférable pour leur santé que leur médecin de famille ou infirmière praticienne attitrée vienne leur rendre visite à domicile plutôt que d'avoir à se déplacer au cabinet

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès à un fournisseur de soins primaires attitré*

- Pourcentage de personnes qui indiquent avoir un médecin de famille ou une infirmière praticienne
- Pourcentage de cabinets/d'organisations qui indiquent avoir pris des dispositions pour faciliter l'accès aux fauteuils roulants

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès aux soins après les heures (au téléphone et en personne)*

- Pourcentage de personnes qui indiquent avoir eu de la difficulté à obtenir des soins médicaux le soir, en fin de semaine ou les jours fériés
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent être disponibles après les heures, le soir, la nuit, pendant la semaine et en fin de semaine

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès autrement qu'en personne (p. ex., téléphone, courriel, etc.)*

- Pourcentage de patients qui indiquent que, lorsqu'ils appellent le cabinet de leur médecin de famille ou infirmière praticienne attitré pour poser une question ou faire part de leurs préoccupations pendant les heures de bureau, ils reçoivent une réponse le même jour

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès aux visites à domicile pour les populations ciblées*

- Pourcentage de cabinets de soins primaires/ d'organisations qui offrent des visites à domicile par un médecin aux : patients confinés, adultes atteints de maladie aiguë, bébés et jeunes enfants atteints de maladies aiguës, patients en soins palliatifs, patients récemment hospitalisés, patients ayant des besoins médicaux complexes qui ne sont pas confinés
- Pourcentage de cabinets de soins primaires/ d'organisations qui offrent des visites à domicile par d'autres professionnels de la santé aux : patients confinés, adultes atteints de maladie aiguë, bébés et jeunes enfants atteints de maladies aiguës, patients en soins palliatifs, patients récemment hospitalisés, patients ayant des besoins médicaux complexes qui ne sont pas confinés

Priorité aux fins d'évaluation : *Accès à une équipe de soins primaires interprofessionnelle*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir accès à une équipe de soignants interprofessionnelle au cabinet où ils reçoivent habituellement des soins, par type de soignant
- Pourcentage de cabinets/d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir plusieurs types de fournisseurs de soins de santé, par type de soignant

Système axé sur les patients

Il a 18 mesures au niveau des cabinets et 19 mesures au niveau du système pour le domaine Système axé sur les patients ([Système axé sur les patients \(cabinet\) Partie 1](#), [Partie 2](#), [Système axé sur les patients \(système\) Partie 1](#), [Partie 2](#), [Partie 3](#)).

Tableau 3 : Résumé des mesures disponibles pour le domaine Système axé sur les patients

Résumé des mesures disponibles* : Système axé sur les patients		
	Nombre de mesures	
	Cabinet	Système
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée*	0	2
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé	0	2
Mesures non disponibles actuellement, mais qui pourraient faire l'objet d'un rapport à l'aide de l'infrastructure existante†	0	12
Mesures non disponibles actuellement, mais incluses dans l'outil de sondage en cours d'élaboration‡; infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports	9	0
Mesures non disponibles actuellement; nouvelle infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports§	9	3
Total	18	19

* Disponibilité à l'échelle de la province (et non locale)

† Par exemple, le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les rapports des cabinets de soins primaires de QSSO-IRSS

‡ Sondage de QSSO sur l'expérience des patients des cabinets de soins primaires

§ Par exemple, mesures fondées sur le DME et mesures signalées par les soignants ou les organisations

Comme le montre le tableau 3, il n'y a pas de donnée disponible actuellement pour les 18 mesures recommandées pour les cabinets et les données sont disponibles pour seulement deux des 19 mesures recommandées pour le système.

L'annexe 7 contient la DMN pour ce domaine.

DOMAINE : Système axé sur les patients (cabinet) Partie 1

Priorité aux fins
d'évaluation

Respect des valeurs, de la culture, des besoins et des objectifs
des patients et des familles

Mesure recommandée

Respect des valeurs, de la culture, des besoins et des
objectifs des patients et des familles

Pourcentage de patients qui indiquent être traités
avec respect par leurs fournisseurs de soins primaires

Pourcentage de patients qui indiquent que leur
médecin de famille, infirmière praticienne ou toute
autre personne au sein du cabinet les font participer
autant qu'ils veulent aux décisions concernant leurs
soins ou traitement

Pourcentage de patients atteints de maladie
chronique qui jugent leur discussion avec leur
fournisseur de soins primaires comme étant très
bonne ou excellente

Pourcentage de patients qui indiquent que leur
médecin de famille, infirmière praticienne ou toute
autre personne au sein du cabinet leur consacre
suffisamment de temps

Pourcentage de patients qui indiquent que leur
médecin de famille ou infirmière praticienne respecte
leurs culture, origines ethniques, croyances et valeurs

Pourcentage de patients qui indiquent que leur
médecin de famille ou infirmière praticienne est
capable de communiquer avec eux dans une langue
qu'ils peuvent comprendre

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour
laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Système axé sur les patients (cabinet) Partie 2

Priorité aux fins d'évaluation	Communication respectueuse et compréhensible avec les patients		Coordination des soins au sein du cabinet de soins primaires	
Mesure recommandée	Pourcentage de patients à qui on a prescrit de nouveaux médicaments et qui estiment avoir reçu assez de renseignements sur la raison, les bienfaits et les risques de ces médicaments	Pourcentage de patients qui jugent que le personnel d'accueil de leur cabinet se comporte de façon courtoise ou extrêmement courtoise	Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet leur donne la possibilité de poser des questions au sujet du traitement recommandé	Pourcentage de patients qui jugent que la façon dont leur soignant travaille en équipe pour coordonner leurs soins est très bonne ou excellente
	Pourcentage de patients qui estiment avoir reçu assez de renseignements sur la raison, les bienfaits et les risques des interventions et traitements	Pourcentage de patients qui ont établi un plan de traitement avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents et indiquent que ces derniers leur ont demandé quel genre de traitement ils préféraient	Pourcentage de patients qui indiquent avoir été informés de la durée de l'attente avant la consultation	
	Pourcentage de patients qui estiment que leur principal soignant leur donne de bonnes ou très bonnes explications faciles à comprendre	Pourcentage de patients qui ont établi un plan de traitement avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents et indiquent que ces derniers leur ont demandé s'ils pouvaient appliquer le plan de traitement recommandé	Pourcentage de patients qui indiquent recevoir des instructions claires de la part de leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet au sujet des symptômes à surveiller et du moment où ils doivent obtenir d'autres soins ou traitements	
	Pourcentage de patients qui indiquent se sentir assez à l'aise avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne pour leur parler de leurs problèmes personnels associés à leur état de santé			

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine **Système axé sur les patients (cabinet)**

Au niveau des cabinets, il y a trois priorités aux fins d'évaluation et 18 mesures recommandées pour le domaine **Système axé sur les patients** ([Système axé sur les patients \(cabinet\) Partie 1](#), [Système axé sur les patients \(cabinet\) Partie 2](#)).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée

- Aucune au niveau des cabinets.

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Respect des valeurs, de la culture, des besoins et des buts des patients et des familles*

- Pourcentage de patients qui indiquent pouvoir communiquer leurs préoccupations à leur médecin de famille ou infirmière praticienne
- Pourcentage de patients qui indiquent être traités avec respect par leurs fournisseurs de soins primaires
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet les fait participer autant qu'ils le souhaitent aux décisions concernant leurs soins ou traitement
- Pourcentage de patients atteints de maladie chronique qui jugent leur discussion avec leur fournisseur de soins primaires comme étant très bonne ou excellente
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet leur consacre suffisamment de temps
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne respecte leurs culture, origines ethniques, croyances et valeurs
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne est capable de communiquer avec eux dans une langue qu'ils peuvent comprendre

Priorité aux fins d'évaluation : *Communication respectueuse et compréhensible avec les patients*

- Pourcentage de patients à qui on a prescrit de nouveaux médicaments et qui estiment avoir reçu assez de renseignements sur la raison, les bienfaits et les risques de ces médicaments
- Pourcentage de patients qui estiment avoir reçu assez de renseignements sur la raison, les bienfaits et les risques des interventions et traitements
- Pourcentage de patients qui estiment que leur principal soignant leur a fourni de bonnes ou très bonnes explications faciles à comprendre
- Pourcentage de patients qui ont établi un plan de traitement avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents et indiquent que ces derniers leur ont demandé quel genre de traitement ils préféraient
- Pourcentage de patients qui ont établi un plan de traitement avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents et indiquent que ces derniers leur ont demandé s'ils pouvaient appliquer le plan de traitement recommandé
- Pourcentage de patients qui indiquent recevoir des instructions claires de la part de leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet au sujet des symptômes à surveiller et du moment où ils doivent obtenir d'autres soins ou traitements

- Pourcentage de patients qui indiquent se sentir assez à l'aise avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne pour leur parler de leurs problèmes personnels associés à leur état de santé
- Pourcentage de patients qui jugent que le personnel d'accueil de leur cabinet se comporte de façon courtoise ou extrêmement courtoise
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet leur donne la possibilité de poser des questions au sujet du traitement recommandé
- Pourcentage de patients qui indiquent avoir été informés de la durée de l'attente avant la consultation

Priorités aux fins d'évaluation : *Coordination des soins au sein de l'établissement de soins primaires*

- Pourcentage de patients qui jugent que la façon dont leur soignant travaille en équipe pour coordonner leurs soins est très bonne ou excellente

DOMAINE : Système axé sur les patients (système) Partie 1

Priorité aux fins
d'évaluation

Respect des valeurs, de la culture, des besoins et des objectifs
des patients et des familles

Mesure recommandée

Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet leur consacre suffisamment de temps

Pourcentage de patients qui indiquent pouvoir faire part de leurs préoccupations à leur médecin de famille ou infirmière praticienne

Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne respecte leurs cultures, ethnies, croyances et valeurs

Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet les fait participer autant qu'ils le souhaitent aux décisions au sujet de leurs soins ou traitement

Pourcentage de patients qui indiquent être traités avec respect par leur fournisseur de soins primaires

Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne est capable de communiquer avec eux dans une langue qu'ils peuvent comprendre

Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui jugent leur discussion avec leur fournisseur de soins primaire comme étant très bonne ou excellente

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Système axé sur les patients (système) Partie 2

Priorité aux fins
d'évaluation

Communication respectueuse et compréhensible avec les patients

Mesure recommandée

Pourcentage de patients qui estiment que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet leur donne des explications faciles à comprendre

Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet leur donne la possibilité de poser des questions au sujet du traitement recommandé

Pourcentage de patients qui indiquent recevoir des instructions claires de la part de leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet au sujet des symptômes à surveiller et du moment où ils doivent obtenir d'autres soins ou traitements

Pourcentage de patients à qui on a prescrit de nouveaux médicaments et qui estiment avoir reçu assez de renseignements au sujet de la raison, des avantages et des risques de ces médicaments

Pourcentage de patients qui estiment avoir reçu assez de renseignements au sujet de la raison, des avantages et des risques des interventions et traitements

Pourcentage de patients qui ont établi un plan de traitement avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents et indiquent que ces derniers leur ont demandé quel genre de traitement ils préféreraient

Pourcentage de patients qui ont établi un plan de traitement avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents et qui ont indiqué que leur médecin de famille ou infirmière praticienne leur a demandé s'ils pouvaient appliquer le plan de traitement recommandé.

Pourcentage de patients qui indiquent se sentir assez à l'aise avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne pour leur parler de leurs problèmes personnels associés à leur état de santé

Pourcentage de patients qui jugent que le personnel d'accueil de leur cabinet se comporte de façon courtoise ou extrêmement courtoise

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Système axé sur les patients (système) Partie 3

Priorité aux fins d'évaluation	Processus d'obtention des commentaires des patients/clients et aidants au sujet des soins de santé	Coordination des soins au sein de l'établissement de soins primaires	Processus pour donner suite aux suggestions/plaintes
Mesure recommandée	Pourcentage de cabinets/d'organisations qui indiquent avoir mis en place des processus pour obtenir les commentaires des patients et aidants au sujet de la planification et de l'organisation des services	Pourcentage de cabinets/d'organisations qui indiquent avoir des mécanismes en place pour favoriser la collaboration	Pourcentage de cabinets/d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir mis en place des processus pour obtenir des suggestions et répondre aux plaintes des patients et des familles/aidants

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine **Système axé sur les patients (système)**

Au niveau du système, il y a cinq priorités aux fins d'évaluation et 19 mesures recommandées pour le domaine **Système axé sur les patients** ([Système axé sur les patients \(système\) Partie 1](#), [Partie 2](#), [Partie 3](#)).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

Priorité aux fins d'évaluation : *Respect des valeurs, de la culture, des besoins et des buts des patients et des familles*

- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet leur consacre suffisamment de temps

Priorité aux fins d'évaluation : *Communication respectueuse et compréhensible avec les patients*

- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet leur donne des explications faciles à comprendre

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Respect des valeurs, de la culture, des besoins et des buts des patients et des familles*

- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet les fait participer autant qu'ils le souhaitent aux décisions concernant leurs soins ou traitement
- Pourcentage de patients qui indiquent pouvoir faire part de leurs préoccupations à leur médecin de famille ou infirmière praticienne
- Pourcentage de patients qui indiquent être traités avec respect par leurs fournisseurs de soins primaires
- Pourcentage de patients atteints de maladie chronique qui jugent leur discussion avec leur fournisseur de soins primaires comme étant très bonne ou excellente
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne respecte leurs culture, origines ethniques, croyances et valeurs
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne est capable de communiquer avec eux dans une langue qu'ils peuvent comprendre

Priorité aux fins d'évaluation : *Communication respectueuse et compréhensible avec les patients*

- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet leur donne la possibilité de poser des questions au sujet du traitement recommandé
- Pourcentage de patients à qui on a prescrit de nouveaux médicaments et qui estiment avoir reçu assez de renseignements sur la raison, les bienfaits et les risques de ces médicaments
- Pourcentage de patients qui estiment avoir reçu assez de renseignements sur la raison, les bienfaits et les risques des interventions et traitements
- Pourcentage de patients qui indiquent recevoir des instructions claires de la part de leur médecin de famille, infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet au sujet des symptômes à surveiller et du moment où ils doivent obtenir d'autres soins ou traitements
- Pourcentage de patients qui ont établi un plan de traitement avec leur médecin de famille ou infirmière

praticienne au cours des 12 mois précédents et indiquent que ces derniers leur ont demandé s'ils pouvaient appliquer le plan de traitement recommandé

- Pourcentage de patients qui ont établi un plan de traitement avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au cours des 12 mois précédents et indiquent que ces derniers leur ont demandé s'ils pouvaient appliquer le plan de traitement recommandé
- Pourcentage de patients qui indiquent se sentir assez à l'aise avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne pour leur parler de leurs problèmes personnels associés à leur état de santé
- Pourcentage de patients qui jugent que le personnel d'accueil de leur cabinet se comporte de façon courtoise ou extrêmement courtoise

Priorité aux fins d'évaluation : *Processus d'obtention des commentaires du patient/client au sujet des services de santé*

- Pourcentage de cabinets/d'organisations qui indiquent avoir mis en place des processus pour obtenir les commentaires des patients et aidants au sujet de la planification et de l'organisation des services

Priorité aux fins d'évaluation : *Coordination des soins au sein de l'établissement de soins primaires*

- Pourcentage de cabinets/d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir des mécanismes en place pour appuyer la collaboration

Priorité aux fins d'évaluation : *Processus de traitement des suggestions/plaintes*

- Pourcentage de cabinets/d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir mis en place des processus pour obtenir des suggestions et répondre aux plaintes des patients et des familles/aidants

Intégration

Le domaine Intégration a 13 mesures pour les cabinets et 19 mesures pour le système ([Intégration \(cabinet\) Partie 1](#), [Partie 2](#), [Intégration \(système\) Partie 1](#), [Partie 2](#)).

Tableau 4 : Résumé des mesures disponibles pour le domaine Intégration

Résumé des mesures disponibles* : Intégration		
	Nombre de mesures	
	Cabinet	Système
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée*	3	12
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé	0	2
Mesures non disponibles actuellement, mais qui pourraient faire l'objet d'un rapport à l'aide de l'infrastructure existante†	0	3
Mesures non disponibles actuellement, mais incluses dans l'outil de sondage en cours d'élaboration‡; infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports	1	0
Mesures non disponibles actuellement; nouvelle infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports§	9	2
Total	13	19

* Disponibilité à l'échelle de la province (et non locale)

† Par exemple, le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les rapports des cabinets de soins primaires de QSSO-IRSS

‡ Sondage de QSSO sur l'expérience des patients des cabinets de soins primaires

§ Par exemple, mesures fondées sur le DME et mesures signalées par les soignants ou les organisations

Comme le montre le tableau 4, les données sont disponibles actuellement pour trois des 13 mesures recommandées pour les cabinets et 12 des 19 mesures recommandées pour le système.

L'annexe 8 contient la DMN pour ce domaine.

DOMAINE : Intégration (cabinet) Partie 1

Priorité aux fins d'évaluation	Hospitalisations et réadmissions (se rapporte aussi au domaine Efficacité)	Partage de l'information à l'échelle du continuum de soins, y compris les patients et aidants familiaux	Coordination des soins avec d'autres fournisseurs et services de soins de santé et communautaires (se rapporte aussi aux domaines Efficience et Système axé sur les patients)
Mesure recommandée	Pourcentage de patients qui sont réadmis à l'hôpital après leur première hospitalisation au cours : • des 30 jours qui suivent la sortie • de l'année qui suit la sortie Taux d'hospitalisations pour 1 000 personnes, dues à certaines affections chroniques, par affection (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, défaillance cardiaque congestive, diabète), et à de multiples maladies combinées	Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, lorsqu'ils ont reçu des soins médicaux, il est arrivé que les résultats des examens ne soient pas disponibles lors de la consultation avec leur médecin de famille Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne était informé et au courant des soins qu'ils ont reçus de spécialistes Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne était informé et au courant des soins qu'ils ont reçus à l'hôpital Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les deux années précédentes, ils ont trop attendu avant d'être informés de résultats anormaux	Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, leur médecin de famille ou toute autre personne au sein du cabinet les a aidés à prendre rendez-vous ou a coordonné des soins de spécialistes Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, leur médecin de famille, une infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet les a aidés à recevoir ou a coordonné des soins de santé ou des services sociaux en milieu communautaire Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui estiment que leur médecin de famille ou infirmière praticienne a fourni de bons ou d'excellents services de coordination des soins et traitements avec d'autres secteurs et soignants au sein du système de santé

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Intégration (cabinet) Partie 2

Priorité aux fins d'évaluation	Temps d'attente pour un rendez-vous avec des spécialistes médicaux/chirurgicaux ou d'autres services spécialisés (se rapporte aussi au domaine Accès)	Suivi auprès du fournisseur de soins primaires attribué après la sortie de l'hôpital	Temps d'attente pour des services en milieu communautaire
Mesure recommandée	Temps d'attente signalé par les patients pour lesquels une consultation de spécialiste était recommandée	Pourcentage de patients qui voient leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours qui suivent la sortie de l'hôpital, pour certaines affections Pourcentage de patients qui indiquent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer des soins de suivi avec un médecin ou un autre professionnel de la santé	Les patients qui ont été orientés vers des services de santé ou sociaux en milieu communautaire disent avoir attendu un certain moment

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine Intégration (cabinet)

Au niveau des cabinets, il y a six priorités aux fins d'évaluation et 13 mesures pour le domaine Intégration ([Intégration \(cabinet\) Partie 1](#), [Partie 2](#)).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

Priorité aux fins d'évaluation : *Hospitalisations et réadmissions (se rapporte aussi au domaine Efficacité)*

- Pourcentage de patients qui sont réadmis à l'hôpital après leur première hospitalisation au cours : des 30 jours qui suivent la sortie; de l'année qui suit la sortie
- Taux d'hospitalisations pour 1 000 personnes, dues à certaines affections chroniques, par affection (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, défaillance cardiaque congestive, diabète), et à de multiples maladies combinées

Priorité aux fins d'évaluation : *Suivi auprès du fournisseur de soins primaires attribué après la sortie de l'hôpital*

- Pourcentage de patients qui voient leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours qui suivent la sortie de l'hôpital, pour certaines affections

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Partage de l'information à l'échelle du continuum des soins, patients et aidants familiaux compris*

- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, lorsqu'ils ont reçu des soins médicaux, il est arrivé que les résultats des examens ne soient pas disponibles lors de la consultation avec leur médecin de famille
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne était informé et au courant des soins qu'ils ont reçus de spécialistes
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne était informé et au courant des soins qu'ils ont reçus à l'hôpital
- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les deux années précédentes, ils ont trop attendu avant d'être informés de résultats anormaux

Priorité aux fins d'évaluation : *Coordination des soins avec d'autres fournisseurs de soins de santé et de services en milieu communautaire (se rapporte aussi aux domaines Efficience et Système axé sur les patients)*

- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, leur médecin de famille ou toute autre personne au sein du cabinet les a aidés à prendre rendez-vous ou a coordonné des soins de spécialistes
- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, leur médecin de famille, une infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet les a aidés à recevoir ou a coordonné des soins de santé ou des services sociaux en milieu communautaire
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui estiment que leur médecin de famille ou infirmière praticienne a fourni de bons ou d'excellents services de coordination des soins et traitements avec d'autres secteurs et soignants au sein du système de santé

Priorité aux fins d'évaluation : *Temps d'attente pour un rendez-vous avec des spécialistes médicaux/ chirurgicaux ou d'autres services spécialisés (se rapporte aussi au domaine Accès)*

- Temps d'attente signalé par les patients pour lesquels une consultation de spécialiste était recommandée

Priorité aux fins d'évaluation : *Suivi auprès du fournisseur de soins primaires attribué après la sortie de l'hôpital*

- Pourcentage de patients qui indiquent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer des soins de suivi avec un médecin ou un autre professionnel de la santé

Priorité aux fins d'évaluation : *Temps d'attente pour des services en milieu communautaire*

- Les patients qui ont été orientés vers des services de santé ou sociaux en milieu communautaire disent avoir attendu un certain moment

DOMAINE : Intégration (système) Partie 1

Priorité aux fins d'évaluation	Admission et réadmission à l'hôpital *(se rapporte aussi au domaine Efficacité)	Suivi auprès du fournisseur de soins primaires après la sortie de l'hôpital	Partage de l'information à l'échelle du continuum de soins, patients et aidants familiaux compris
Mesure recommandée	Pourcentage de patients qui sont réadmis à l'hôpital après leur première hospitalisation au cours : • des 30 jours qui suivent la sortie • de l'année qui suit la sortie Taux d'hospitalisations pour 1 000 personnes, dues à certaines affections chroniques, par affection (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, défaillance cardiaque congestive, diabète), et à de multiples maladies combinées	Pourcentage de patients qui voient leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours qui suivent la sortie de l'hôpital, pour certaines affections Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne était informé et au courant des soins qu'ils ont reçus de spécialistes	Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, lorsqu'ils ont reçu des soins médicaux, il est arrivé que les résultats des examens ne soient pas disponibles lors de la consultation avec leur médecin de famille Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne était informé et au courant des soins qu'ils ont reçus de spécialistes Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne était informé et au courant des soins qu'ils ont reçus à l'hôpital Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent avoir reçu les renseignements suivants après consultation d'un spécialiste par leurs patients : • Rapport du spécialiste contenant tous les renseignements pertinents sur la santé • Information au sujet des changements que le spécialiste a apportés au traitement médicamenteux ou au plan de soins du patient • Information fournie en temps voulu Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent avoir été informés que leur patient : • a été vu aux urgences • est sorti de l'hôpital Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent qu'en moyenne ils reçoivent l'information requise après la sortie de l'hôpital de leurs patients dans : • < 24 heures • 24 à 48 heures • 2 à 4 jours • 5 à 14 jours • 15 à 30 jours • >30 jours • Rarement ou jamais Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les deux années précédentes, ils ont trop attendu avant d'être informés de résultats anormaux Pourcentage de cabinets qui disposent de moyens de communication électroniques dans les deux sens (en plus d'un télécopieur et du téléphone) avec d'autres organisations de soins de santé

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Intégration (système) Partie 2

Priorité aux fins d'évaluation	Coordination des soins avec d'autres fournisseurs de soins de santé et de services en milieu communautaire (se rapporte aussi aux domaines Efficience et soins axés sur les patients)	Temps d'attente pour un rendez-vous avec des spécialistes médicaux/ chirurgicaux ou d'autres services spécialisés (se rapporte aussi au domaine Accès)	Temps d'attente pour des services en milieu communautaire
Mesure recommandée	Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, leur médecin de famille ou toute autre personne au sein du cabinet les a aidés à prendre rendez-vous ou a coordonné des soins de spécialistes Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent qu'ils ou une autre personne au sein du cabinet fournit des soins de la manière suivante • Gestion et coordination des soins pour les patients après leur sortie de l'hôpital • Coordination des soins avec des services sociaux ou d'autres fournisseurs en milieu communautaire Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent être capables de coordonner les soins avec des organismes de services en milieu communautaire pour la planification et la prestation de soins destinés aux patients qui ont des besoins très complexes Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, leur médecin de famille, une infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet les a aidés à recevoir ou a coordonné des soins de santé ou des services sociaux en milieu communautaire Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui estiment que leur médecin de famille ou infirmière praticienne a fourni de bons ou d'excellents services de coordination des soins et traitements avec d'autres secteurs et soignants au sein du système de santé	Temps d'attente signalés par les patients auxquels on a conseillé de consulter un spécialiste	Les patients qui ont été orientés vers des services de santé ou sociaux en milieu communautaire disent avoir attendu un certain moment

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine Intégration (système)

Au niveau du système, il y a six priorités aux fins d'évaluation et 19 mesures pour le domaine Intégration ([Intégration \(système\) Partie 1](#), [Partie 2](#)).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

Priorité aux fins d'évaluation : *Hospitalisations et réadmissions (se rapporte aussi au domaine Efficacité)*

- Pourcentage de patients qui sont réadmis à l'hôpital après leur première hospitalisation au cours : des 30 jours qui suivent la sortie; de l'année qui suit la sortie
- Taux d'hospitalisations pour 1 000 personnes, dues à certaines affections chroniques, par affection (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, défaillance cardiaque congestive, diabète), et à de multiples maladies combinées

Priorité aux fins d'évaluation : *Suivi auprès du fournisseur de soins primaires attribué après la sortie de l'hôpital*

- Pourcentage de patients qui voient leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours qui suivent la sortie de l'hôpital, pour certaines affections
- Pourcentage de patients qui indiquent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer des soins de suivi avec un médecin ou un autre professionnel de la santé

Priorité aux fins d'évaluation : *Partage de l'information à l'échelle du continuum des soins, patients et aidants familiaux compris*

- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, lorsqu'ils ont reçu des soins médicaux, il est arrivé que les résultats des examens ne soient pas disponibles lors de la consultation avec leur médecin de famille
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne était informé et au courant des soins qu'ils ont reçus de spécialistes
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur médecin de famille ou infirmière praticienne était informé et au courant des soins qu'ils ont reçus à l'hôpital
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent avoir reçu les renseignements suivants après consultation d'un spécialiste par leurs patients : rapport du spécialiste contenant tous les renseignements pertinents sur la santé, information au sujet des changements que le spécialiste a apportés au traitement médicamenteux ou au plan de soins du patient, information fournie en temps voulu
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent avoir été informés que leur patient : a été vu aux urgences; est sorti de l'hôpital
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent qu'en moyenne ils reçoivent l'information requise après la sortie de l'hôpital de leurs patients dans : < 24 heures; 24 à 48 heures, 2 à 4 jours, 5 à 14 jours, 15 à 30 jours, >30 jours, rarement ou jamais
- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les deux années précédentes, ils ont trop attendu avant d'être informés de résultats anormaux

Priorité aux fins d'évaluation : *Coordination des soins avec d'autres fournisseurs de soins de santé et de services en milieu communautaire (se rapporte aussi aux domaines Efficience et Système axé sur les patients)*

- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, leur médecin de famille ou toute autre personne au sein du cabinet les a aidés à prendre rendez-vous ou a coordonné des soins de spécialistes

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Partage de l'information à l'échelle du continuum des soins, patients et aidants compris*

- Pourcentage de cabinets qui disposent de moyens de communication électroniques dans les deux sens (en plus d'un télécopieur et du téléphone) avec d'autres organisations de soins de santé)

Priorité aux fins d'évaluation : *Coordination des soins avec d'autres fournisseurs de soins de santé et de services en milieu communautaire (se rapporte aussi aux domaines Efficience et Système axé sur les patients)*

- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent qu'ils ou une autre personne au sein du cabinet fournit des soins de la manière suivante : gestion et coordination des soins pour les patients après leur sortie de l'hôpital; coordination des soins avec des services sociaux ou d'autres fournisseurs en milieu communautaire
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent être capables de coordonner les soins avec des organismes de services en milieu communautaire pour la planification et la prestation de soins destinés aux patients qui ont des besoins très complexes
- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, leur médecin de famille, une infirmière praticienne ou toute autre personne au sein du cabinet les a aidés à recevoir ou a coordonné des soins de santé ou des services sociaux en milieu communautaire
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui estiment que leur médecin de famille ou infirmière praticienne a fourni de bons ou d'excellents services de coordination des soins et traitements avec d'autres secteurs et soignants au sein du système de santé

Priorité aux fins d'évaluation : *Temps d'attente pour un rendez-vous avec des spécialistes médicaux/ chirurgicaux ou d'autres services spécialisés (se rapporte aussi au domaine Accès)*

- Temps d'attente signalé par les patients pour lesquels une consultation de spécialiste était recommandée

Priorité aux fins d'évaluation : *Temps d'attente pour les services en milieu communautaire*

- Les patients qui ont été orientés vers des services de santé ou sociaux en milieu communautaire disent avoir attendu un certain moment

Efficacité

Le domaine Efficacité a 40 mesures pour les cabinets et 36 mesures pour le système ([Efficacité \(cabinet\) Partie 1](#), [Partie 2](#), [Partie 3](#), [Efficacité \(système\) Partie 1](#), [Partie 2](#), [Partie 3](#), [Partie 4](#)).

Tableau 5 : Résumé des mesures disponibles pour le domaine Efficacité

Résumé des mesures disponibles : Efficacité		
	Nombre de mesures	
	Cabinet	Système
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée*	6	9
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé	0	1
Mesures non disponibles actuellement, mais qui pourraient faire l'objet d'un rapport à l'aide de l'infrastructure existante†	7	9
Mesures non disponibles actuellement, mais incluses dans l'outil de sondage en cours d'élaboration‡; infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports	1	0
Mesures non disponibles actuellement; nouvelle infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports§	26	17
Total	40	36

* Disponibilité à l'échelle de la province (et non locale)

† Par exemple, le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les rapports des cabinets de soins primaires de QSSO-IRSS

‡ Sondage de QSSO sur l'expérience des patients des cabinets de soins primaires

§ Par exemple, mesures fondées sur le DME et mesures signalées par les soignants ou les organisations

Comme le montre le tableau 5, les données sont disponibles actuellement pour seulement six des 40 mesures recommandées pour les cabinets et neuf des 36 mesures recommandées pour le système.

L'annexe 9 contient la DMN pour ce domaine.

DOMAINE : Efficacité (cabinet) Partie 1

Priorité aux fins d'évaluation

Gestion des maladies chroniques, y compris les problèmes de santé mentale et de dépendance et les affections chroniques multiples

Mesure recommandée

Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus diabétiques auxquels on a prescrit des statines au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus diabétiques auxquels on a prescrit des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de patients diabétiques qui ont fait au moins une analyse du cholestérol à lipoprotéine de faible densité au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de patients diabétiques qui ont subi au moins deux analyses de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus qui prennent les médicaments recommandés (bêta-bloquant, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine et des statines) après une hospitalisation pour défaillance cardiaque congestive

Pourcentage de patients qui ont subi au moins un examen de la rétine au cours des 24 mois précédents

Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les médecins ont facturé le code K030 d'évaluation de la gestion du diabète au moins une fois au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus qui prennent les médicaments recommandés (bêta-bloquant, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine et des statines) après une hospitalisation pour infarctus du myocarde aigu

Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus nouvellement diagnostiqués comme ayant de l'hypertension à qui on a prescrit un médicament contre l'hypertension sous forme de thiazide

Pourcentage de patients qui ont eu une consultation de suivi en santé mentale auprès d'un médecin (fournisseur de soins primaires ou psychiatre) dans les 7 à 30 jours qui ont suivi une hospitalisation pour problème de santé mentale

Pourcentage de patients souffrant de défaillance cardiaque congestive depuis peu et qui ont subi un examen du fonctionnement du ventricule gauche

Pourcentage de patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dont le diagnostic a été confirmé à l'aide d'un examen de la fonction pulmonaire

Pourcentage de patients asthmatiques âgés de 6 à 55 ans auxquels on a dispensé des quantités élevées (plus de quatre flacons) de bêta-2-agonistes à courte durée d'action au cours des 12 mois précédents ainsi qu'un médicament de prévention/de contrôle (p. ex., corticostéroïde en inhalation)

Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes dont la pression sanguine au cours des 12 mois précédents était inférieure au niveau recommandé :

- Maladie coronarienne
- Hypertension
- Accident ischémique transitoire (AIT/AVC)
- Défaillance rénale chronique
- Diabète

Pourcentage de patients âgés de six ans et plus dont le diagnostic de l'asthme a été confirmé par spirométrie ou un test de provocation à la méthacholine

Pourcentage de patients asthmatiques dont les symptômes de l'asthme étaient sous contrôle au cours des quatre semaines précédentes

Pourcentage de patients atteints de maladie chronique (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], maladie coronarienne, défaillance cardiaque congestive, hypertension, diabète) qui ont fait l'objet d'un examen au cours des 12 mois précédents

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Efficacité (cabinet) Partie 2

Priorité aux fins
d'évaluation

Gestion des maladies chroniques, y compris les problèmes de santé mentale et de dépendance et les affections chroniques multiples

Mesure recommandée

Pourcentage de patients atteints de maladie coronarienne qui ont subi les tests suivants au cours des 12 mois précédents :

- HbA1c ou taux de sucre à jeun
- Profil lipidique
- Lecture de la pression sanguine
- Dépistage de l'obésité
- Tout ce qui précède

Pourcentage de patients ayant des antécédents d'infarctus du myocarde aigu qui ont été traités à l'aide des médicaments suivants :

- Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine
- Bêta-bloquant
- Statine

Pourcentage de patients atteints de maladie coronarienne qui ont été traités au moyen d'agents antiplaquettaire et des statines

Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes pour lesquelles les derniers résultats du test de cholestérol LDL au cours des 15 mois précédents étaient de 2 mmol/l ou inférieurs :

- Maladie coronarienne
- Antécédent d'accident ischémique transitoire (AIT/AVC)

Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les résultats de la dernière analyse du cholestérol LDL au cours des 12 mois précédents se situaient dans les échelles suivantes :

- $\leq 2,0$ mmol/l
- $> 2,0$ mmol/l

Pourcentage de patients âgés de 18 ans et plus souffrant d'hypertension et qui ont fait les tests suivants au cours des 12 mois précédents :

- Taux de sucre à jeun ou HbA1c
- Dépistage du profil lipidique à jeun
- Test de dépistage d'une défaillance rénale (p. ex., taux de créatinine sérique)
- Lecture de la pression sanguine
- Dépistage de l'obésité/du surpoids

Pourcentage de patients ayant subi un AVC non hémorragique ou ayant des antécédents d'accident ischémique transitoire (AIT) qui sont traités à l'aide d'un agent antiplaquettaire ou d'un anticoagulant

Pourcentage de personnes diabétiques dont le contrôle glycémique au cours des 12 mois précédents se situait dans les échelles suivantes :

- HbA1c ≤ 7 %
- HbA1c entre 7,1 % et 9 %
- HbA1c > 9 %

Pourcentage de patients atteints d'hypertension dont la pression sanguine a été enregistrée au cours des neuf mois précédents

Pourcentage de patients diabétiques dont l'indice de masse corporelle (IMC) a été enregistré au cours des 15 mois précédents

Pourcentage de patients diabétiques qui indiquent avoir subi un examen des pieds au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de patients diabétiques qui ont subi un test de la microalbuminurie au cours des 15 mois précédents

LÉGENDE

- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- ☐ Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Efficacité (cabinet) Partie 3

Priorité aux fins d'évaluation	Gestion des maladies chroniques, y compris les problèmes de santé mentale et de dépendance et les affections chroniques multiples	Plan de soins négocié pour les patients atteints d'affections chroniques (se rapporte aussi au domaine Système axé sur les patients)	Gestion des symptômes (se rapporte aussi au domaine Système axé sur les patients)
Mesure recommandée	Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels on a enregistré un taux estimatif de filtration glomérulaire ou un taux sérique de la créatinine au cours des 15 mois précédents Pourcentage de patients atteints de dépression pour lesquels un fournisseur de soins primaire a prescrit un antidépresseur et qui ont eu une consultation de suivi avec un autre professionnel au sein du même cabinet dans les deux semaines Pourcentage de patients atteints de dépression qui indiquent qu'un soignant leur a demandé s'ils avaient eu des idées de suicide Pourcentage de patients qui indiquent pouvoir demander de l'aide auprès d'un professionnel lorsqu'ils sont en détresse émotionnelle, comme l'anxiété ou la dépression, au cours des deux années précédentes Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes qui ont fait l'objet d'un examen au cours des 12 mois précédents : • Trouble bipolaire • Schizophrénie • Dépression • Démence	Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir reçu de l'aide pour planifier à l'avance afin qu'ils puissent gérer leur état de santé, même en cas de difficultés Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur offre plusieurs options de traitement Pourcentage de patients qui indiquent avoir établi un plan de soins avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au sujet de la façon de gérer leurs maladies chroniques Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur a demandé de proposer des idées lors de l'établissement d'un plan de soins Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur a demandé quels étaient leurs besoins lors de l'établissement d'un plan de soins Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir reçu une copie de leur plan de soins	

LÉGENDE

- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- ☐ Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine Efficacité (cabinet)

Au niveau des cabinets, il y a trois priorités aux fins d'évaluation et 40 mesures recommandées pour le domaine Efficacité (voir le tableau 5). Aucune mesure n'est recommandée pour la priorité aux fins d'évaluation Gestion des symptômes, car l'analyse conjoncturelle n'a pas permis de déterminer des mesures appropriées.

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

Priorité aux fins d'évaluation : *Gestion des maladies chroniques, y compris les problèmes de santé mentale et de dépendance et les affections chroniques multiples*

- Pourcentage de patients diabétiques âgés de 65 ans et plus auxquels on a prescrit des statines au cours des 12 mois précédents
- Pourcentage de patients diabétiques âgés de 65 ans et plus auxquels on a prescrit des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine au cours des 12 mois précédents
- Pourcentage de patients diabétiques qui ont fait au moins une analyse du cholestérol à lipoprotéine de faible densité (LDL) au cours des 12 mois précédents
- Pourcentage de patients diabétiques qui ont subi au moins deux analyses de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au cours des 12 mois précédents
- Pourcentage de patients diabétiques qui ont subi au moins un examen de la rétine au cours des 24 mois précédents
- Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les médecins ont facturé le code K030 d'évaluation de la gestion du diabète au moins une fois au cours de l'année écoulée

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Gestion des maladies chroniques, y compris les problèmes de santé mentale et de dépendance et les affections chroniques multiples*

- Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus qui prennent les médicaments recommandés (bêta-bloquant, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine et des statines)
- Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus qui prennent les médicaments recommandés (bêta-bloquant, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine) après une hospitalisation en raison d'une défaillance cardiaque congestive
- Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus nouvellement diagnostiqués comme ayant de l'hypertension à qui on a prescrit un médicament contre l'hypertension sous forme de thiazide
- Pourcentage de patients qui ont eu une consultation de suivi en santé mentale auprès d'un médecin (fournisseur de soins primaires ou psychiatre) dans les sept à 30 jours qui ont suivi une hospitalisation en soins psychiatriques
- Pourcentage de patients souffrant de défaillance cardiaque congestive depuis peu et qui ont subi un examen du fonctionnement du ventricule gauche
- Pourcentage de patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dont le diagnostic a été confirmé à l'aide d'un examen de la fonction pulmonaire
- Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes dont la pression sanguine au cours des 12 mois

précédents était inférieure au niveau recommandé : maladie coronarienne, hypertension, accident ischémique transitoire (AIT/AVC), **défaillance rénale chronique. diabète**

- Pourcentage de patients âgés de six ans et plus dont le diagnostic de l'asthme a été confirmé par spirométrie ou un test de provocation à la méthacholine
- Pourcentage de patients asthmatiques dont les symptômes de l'asthme étaient sous contrôle au cours des quatre semaines précédentes
- Pourcentage de patients asthmatiques âgés de 6 à 55 ans auxquels on a dispensé des quantités élevées (plus de quatre flacons) de bêta-2-agonistes à courte durée d'action au cours des 12 mois précédents ainsi qu'un médicament de prévention/de contrôle (p. ex., corticostéroïde en inhalation)
- Pourcentage de patients atteints de maladie chronique (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], maladie coronarienne, défaillance cardiaque congestive, hypertension, diabète) qui ont fait l'objet d'un examen au cours des 12 mois précédents
- Pourcentage de patients atteints de maladie coronarienne qui ont fait plusieurs ou la totalité des tests suivants au cours des 12 mois précédents : taux de sucre à jeun ou HbA1c, dépistage du profil lipidique à jeun, test de dépistage d'une défaillance rénale (p. ex., taux de créatinine sérique), lecture de la pression sanguine, dépistage de l'obésité/du surpoids
- Pourcentage de patients ayant des antécédents d'infarctus du myocarde aigu qui ont été traités à l'aide des médicaments suivants : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, bêta-bloquant, statine
- Pourcentage de patients atteints de maladie coronarienne qui ont été traités au moyen d'agents antiplaquettaire et des statines
- Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes pour lesquelles les derniers résultats du test de cholestérol LDL au cours des 15 mois précédents étaient de 2 mmol/l ou inférieurs : maladie coronarienne, antécédent d'accident ischémique transitoire (AIT/AVC)
- Pourcentage de patients ayant subi un AVC non hémorragique ou ayant des antécédents d'accident ischémique transitoire (AIT) qui sont traités à l'aide d'un agent antiplaquettaire ou d'un anticoagulant
- Pourcentage de diabétiques dont le contrôle glycémique au cours des 12 mois précédents se situait dans les échelles suivantes : HbA1c $\leq$ 7%, HbA1c entre 7,1% et 9%, HbA1c $>$ 9 %
- Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les résultats de la dernière analyse du cholestérol LDL au cours des 12 mois précédents se situaient dans les échelles suivantes : $\leq$ 2,0 mmol/l, $>$ 2,0 mmol/l
- Pourcentage de patients âgés de 18 ans et plus souffrant d'hypertension et qui ont fait les tests suivants au cours des 12 mois précédents : taux de sucre à jeun ou HbA1c, dépistage du profil lipidique à jeun, test de dépistage d'une défaillance rénale (p. ex., taux de créatinine sérique), lecture de la pression sanguine, dépistage de l'obésité/du surpoids
- Pourcentage de patients atteints d'hypertension dont la pression sanguine a été enregistrée au cours des neuf mois précédents
- Pourcentage de patients diabétiques dont l'indice de masse corporelle (IMC) a été enregistré au cours des 15 mois précédents
- Pourcentage de patients diabétiques qui indiquent avoir subi un examen des pieds au cours des 12 mois précédents

- Pourcentage de patients diabétiques qui ont subi un test de la microalbuminurie au cours des 15 mois précédents
- Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels on a enregistré un taux estimatif de filtration glomérulaire ou un taux sérique de la créatinine au cours des 15 mois précédents
- Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes qui ont fait l'objet d'un examen au cours des 12 mois précédents : trouble bipolaire, schizophrénie, dépression, démence
- Pourcentage de patients atteints de dépression pour lesquels un fournisseur de soins primaires a prescrit un antidépresseur pour la première fois et qui ont eu une consultation de suivi avec un autre professionnel au sein du même cabinet dans les deux semaines
- Pourcentage de patients atteints de dépression qui indiquent qu'un soignant leur a demandé s'ils avaient eu des idées de suicide
- Pourcentage de patients qui indiquent pouvoir demander de l'aide auprès d'un professionnel lorsqu'ils sont en détresse émotionnelle, comme l'anxiété ou la dépression, au cours des deux années précédentes

Priorité aux fins d'évaluation : *Plan de soins négocié pour les patients atteints d'affections chroniques (se rapporte aussi au domaine Système axé sur le patient)*

- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir reçu de l'aide pour planifier à l'avance afin qu'ils puissent gérer leur état de santé, même en cas de difficultés
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur offre plusieurs options de traitement
- Pourcentage de patients qui indiquent avoir établi un plan de soins avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au sujet de la façon de gérer leurs affections chroniques
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur a demandé de proposer des idées lors de l'établissement d'un plan de soins
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur a demandé quels étaient leurs besoins lors de l'établissement d'un plan de soins
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir reçu une copie de leur plan de soins

DOMAINE : Efficacité (système) Partie 1

Priorité aux fins
d'évaluation

Gestion des maladies chroniques, y compris les problèmes de
santé mentale et de dépendance et les affections chroniques multiples

Mesure recommandée

Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus prenant les médicaments recommandés (bêta-bloquant, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine) après une hospitalisation pour un infarctus du myocarde aigu

Pourcentage de patients nouvellement atteints de défaillance cardiaque congestive qui ont subi un examen du fonctionnement du ventricule gauche

Pourcentage de patients diabétiques âgés de 65 ans et plus auxquels on a prescrit les médicaments recommandés (inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine) après une hospitalisation pour défaillance cardiaque congestive

Pourcentage de patients diabétiques depuis plus d'un an qui ont eu de graves complications dues au diabète (décès, crise cardiaque, AVC, amputation ou défaillance rénale) au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les médecins ont facturé le code K030 d'évaluation de la gestion du diabète au moins une fois au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de patients atteints d'hypertension, de maladie cardiaque ou de diabète qui indiquent avoir fait vérifier leur pression sanguine au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus nouvellement diagnostiqués comme ayant de l'hypertension à qui on a prescrit un médicament contre l'hypertension sous forme de thiazide

Pourcentage de patients qui ont eu une consultation de suivi en santé mentale auprès d'un médecin (fournisseur de soins primaires ou psychiatre) dans les 7 à 30 jours qui ont suivi une hospitalisation pour problème de santé mentale

Pourcentage de patients qui indiquent pouvoir demander de l'aide auprès d'un professionnel lorsqu'ils sont en détresse émotionnelle, comme l'anxiété ou la dépression, au cours des deux années précédentes

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent utiliser un diagramme schématisé ou une liste de vérification pour les maladies chroniques

Pourcentage de patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dont le diagnostic a été confirmé à l'aide d'un examen de la fonction pulmonaire

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Efficacité (système) Partie 2

Priorité aux fins
d'évaluation

Gestion des maladies chroniques, y compris les problèmes
de santé mentale et de dépendance et les affections chroniques multiples

Mesure recommandée

Pourcentage de patients atteints de maladie chronique (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], maladie coronarienne, défaillance cardiaque congestive, hypertension, diabète) qui ont fait l'objet d'un examen au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les résultats de la dernière analyse du cholestérol LDL au cours des 12 mois précédents se situaient dans les échelles suivantes :

- Maladie coronarienne
- Antécédent d'accident ischémique transitoire (AIT/AVVC)

Pourcentage de patients âgés de six ans et plus dont le diagnostic de l'asthme a été confirmé par spirométrie ou un test de provocation à la méthacholine

Pourcentage de patients asthmatiques âgés de 6 à 55 ans auxquels on a dispensé des quantités élevées (plus de quatre flacons) de bêta-2-agonistes à courte durée d'action au cours des 12 mois précédents ainsi qu'un médicament de prévention/de contrôle (p. ex., corticostéroïde en inhalation)

Pourcentage de personnes asthmatiques dont les symptômes de l'asthme étaient sous contrôle au cours des quatre semaines précédentes

Pourcentage de patients atteints de maladie coronarienne qui ont fait les tests suivants au cours des 12 mois précédents :

- HbA1c ou taux de sucre à jeun
- Profil lipidique
- Lecture de la pression sanguine
- Dépistage de l'obésité
- Tout ce qui précède

Pourcentage de patients atteints de maladie coronarienne qui ont été traités au moyen d'agents antiplaquettaire et des statines

Pourcentage de patients ayant des antécédents d'infarctus du myocarde aigu qui ont été traités à l'aide des médicaments suivants :

- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine
- Bêta-bloquant
- Statine

Pourcentage de patients ayant subi un AVC non hémorragique ou ayant des antécédents d'accident ischémique transitoire (AIT) qui sont traités à l'aide d'un agent antiplaquettaire ou d'un anticoagulant

Pourcentage de diabétiques dont le contrôle glycémique au cours des 12 mois précédents se situait dans les échelles suivantes :

- HbA1c $\leq 7\%$
- HbA1c entre 7,1% et 9%
- HbA1c $> 9\%$

LÉGENDE

- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- ☐ Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Efficacité (système) Partie 3

Priorité aux fins d'évaluation

Gestion des maladies chroniques, y compris les problèmes de santé mentale et de dépendance et les affections chroniques multiples

Maladie à un stade avancé/soins palliatifs

Mesure recommandée

Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les résultats de la dernière analyse du cholestérol LDL au cours des 12 mois précédents se situaient dans les échelles suivantes :

- $\leq 2,0$ mmol/l
- $> 2,0$ mmol/l

Pourcentage de patients diabétiques dont le taux d'albumine/de créatinine au cours des 12 mois précédents se situait dans les limites suivantes :

- Femmes $\leq 2,8$, hommes $\leq 2,0$
- Femmes $> 2,8$, hommes $> 2,0$

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent être capables de coordonner les soins avec des organismes de services en milieu communautaire pour la planification et la prestation de soins destinés aux patients qui ont des besoins très complexes

Pourcentage de cabinets/ d'organisations de soins primaires qui indiquent que tous les soignants dont les patients ont des besoins complexes disposent des mêmes renseignements

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent collaborer avec d'autres soignants au sein du cabinet pour établir les objectifs du processus de traitement et de gestion des patients ayant des besoins complexes

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, ils ont participé au programme de gestion de l'état de santé des personnes souffrant des troubles chroniques suivants :

- Défaillance cardiaque chronique
- Asthme
- Malaide pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Diabète

Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes qui ont fait l'objet d'un examen au cours des 12 mois précédents :

- Trouble bipolaire
- Schizophrénie
- Dépression
- Démence

Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes dont la pression sanguine au cours des 12 mois précédents était inférieure au niveau recommandé :

- Maladie coronarienne
- Hypertension
- Accident ischémique transitoire (AIT/AVC)
- Défaillance rénale chronique
- Diabète

Pourcentage de cabinets/ d'organisations qui indiquent fournir des soins de fin de vie/palliatifs 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

LÉGENDE

- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- ☐ Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Efficacité (système) Partie 4

Priorité aux fins
d'évaluation

Plan de soins négocié pour les patients atteints de maladie chronique (se rapporte aussi au domaine Système axé sur les patients)

Gestion des symptômes (se rapporte aussi au domaine Système axé sur les patients)

Mesure recommandée

Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir reçu de l'aide pour planifier à l'avance afin qu'ils puissent gérer leur état de santé, même en cas de difficultés

Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur offre plusieurs options de traitement

Pourcentage de patients qui indiquent avoir établi un plan de soins avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au sujet de la façon de gérer leurs maladies chroniques

Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur a demandé de proposer des idées lors de l'établissement d'un plan de soins

Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur a demandé quels étaient leurs besoins lors de l'établissement d'un plan de soins

Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir reçu une copie de leur plan de soins

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine Efficacité (système)

Au niveau du système, il y a quatre priorités aux fins d'évaluation et 36 mesures recommandées pour le domaine Efficacité (tableau 5). Aucune mesure n'est recommandée pour la priorité aux fins d'évaluation Gestion des symptômes, car l'analyse conjoncturelle n'a pas permis de déterminer des mesures appropriées.

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

Priorité aux fins d'évaluation : *Gestion des maladies chroniques, y compris la maladie mentale et les affections chroniques multiples*

- Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus qui prennent les médicaments recommandés (bêta-bloquant, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine et des statines) après une hospitalisation pour infarctus du myocarde aigu
- Pourcentage de patients souffrant de défaillance cardiaque congestive depuis peu et qui ont subi un examen du fonctionnement du ventricule gauche
- Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus qui prennent les médicaments recommandés (bêta-bloquant, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine et des statines) après une hospitalisation pour défaillance cardiaque congestive
- Pourcentage de patients atteints d'hypertension, de maladie cardiaque ou de diabète qui indiquent avoir fait vérifier leur pression sanguine au cours des 12 mois précédents
- Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus nouvellement diagnostiqués comme ayant de l'hypertension à qui on a prescrit un médicament contre l'hypertension sous forme de thiazide
- Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les médecins ont facturé le code K030 d'évaluation de la gestion du diabète au moins une fois au cours de l'année écoulée
- Pourcentage de patients qui indiquent pouvoir demander de l'aide auprès d'un professionnel lorsqu'ils sont en détresse émotionnelle, comme l'anxiété ou la dépression, au cours des deux années précédentes
- Pourcentage de patients qui ont eu une consultation de suivi en santé mentale auprès d'un médecin (fournisseur de soins primaires ou psychiatre) dans les sept à 30 jours qui ont suivi une hospitalisation en soins psychiatriques

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Gestion des maladies chroniques, y compris la maladie mentale et les affections chroniques multiples*

- Pourcentage de patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dont le diagnostic a été confirmé à l'aide d'un examen de la fonction pulmonaire
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent utiliser un diagramme schématisé ou une liste de vérification pour les maladies chroniques
- Pourcentage de patients atteints de maladie chronique (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], maladie coronarienne, défaillance cardiaque congestive, hypertension, diabète) qui ont fait l'objet d'un examen au cours des 12 mois précédents
- Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes pour lesquelles les derniers résultats du test de cholestérol LDL au cours des 15 mois précédents étaient de 2 mmol/l ou inférieurs : maladie coronarienne,

antécédent d'accident ischémique transitoire (AIT/AVC)

- Pourcentage de patients âgés de six ans et plus dont le diagnostic de l'asthme a été confirmé par spirométrie ou un test de provocation à la méthacholine
- Pourcentage de patients asthmatiques âgés de 6 à 55 ans auxquels on a dispensé des quantités élevées (plus de quatre flacons) de bêta-2-agonistes à courte durée d'action au cours des 12 mois précédents ainsi qu'un médicament de prévention/de contrôle (p. ex., corticostéroïde en inhalation)
- Pourcentage de patients asthmatiques dont les symptômes de l'asthme étaient sous contrôle au cours des quatre semaines précédentes
- Pourcentage de patients atteints de maladie coronarienne qui ont fait plusieurs ou la totalité des tests suivants au cours des 12 mois précédents : taux de sucre à jeun ou HbA1c, dépistage du profil lipidique à jeun, test de dépistage d'une défaillance rénale (p. ex., taux de créatinine sérique), lecture de la pression sanguine, dépistage de l'obésité/du surpoids
- Pourcentage de patients atteints de maladie coronarienne qui ont été traités au moyen d'agents antiplaquettaire et des statines
- Pourcentage de patients ayant des antécédents d'infarctus du myocarde aigu qui ont été traités à l'aide des médicaments suivants : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, bêta-bloquant, statine
- Pourcentage de patients ayant subi un AVC non hémorragique ou ayant des antécédents d'accident ischémique transitoire (AIT) qui sont traités à l'aide d'un agent antiplaquettaire ou d'un anticoagulant
- Pourcentage de diabétiques dont le contrôle glycémique au cours des 12 mois précédents se situait dans les échelles suivantes : HbA1c $\leq$ 7%, HbA1c entre 7,1% et 9%, HbA1c $>$ 9 %
- Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les résultats de la dernière analyse du cholestérol LDL au cours des 12 mois précédents se situaient dans les échelles suivantes : $\leq$ 2,0 mmol/l, $>$ 2,0 mmol/l
- Pourcentage de patients diabétiques dont le taux d'albumine/de créatinine au cours des 12 mois précédents se situait dans les limites suivantes : femmes $\leq$ 2,8, hommes $\leq$ 2,0; femmes $>$ 2,8, hommes $>$ 2,0
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent être capables de coordonner les soins avec des organismes de services en milieu communautaire pour la planification et la prestation de soins destinés aux patients qui ont des besoins très complexes
- Pourcentage de cabinets/ d'organisations de soins primaires qui indiquent que tous les soignants dont les patients ont des besoins complexes disposent des mêmes renseignements
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent collaborer avec d'autres soignants au sein du cabinet pour établir les objectifs du processus de traitement et de gestion des patients ayant des besoins complexes
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, ils ont participé au(x) programme(s) de gestion de l'état de santé des personnes souffrant des troubles chroniques suivants : défaillance cardiaque chronique, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), diabète
- Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes qui ont fait l'objet d'un examen au cours des 12 mois précédents : trouble bipolaire, schizophrénie, dépression, démence

- Pourcentage de patients atteints des maladies suivantes dont la pression sanguine au cours des 12 mois précédents était inférieure au niveau recommandé : maladie coronarienne, hypertension, accident ischémique transitoire (AIT/AVC), défaillance rénale chronique, diabète

Priorité aux fins d'évaluation : *Maladie à un stade avancé/soins palliatifs*

- Pourcentage de cabinets/d'organisations qui indiquent fournir des soins de fin de vie/palliatifs 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- **Priorité aux fins d'évaluation :** *Plan de soins négocié pour les patients atteints d'affections chroniques* (se rapporte aussi au domaine Système axé sur les patients)
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir reçu de l'aide pour planifier à l'avance afin qu'ils puissent gérer leur état de santé, même en cas de difficultés
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur offre plusieurs options de traitement
- Pourcentage de patients qui indiquent avoir établi un plan de soins avec leur médecin de famille ou infirmière praticienne au sujet de la façon de gérer leurs maladies chroniques
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur a demandé de proposer des idées lors de l'établissement d'un plan de soins
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent qu'on leur a demandé quels étaient leurs besoins lors de l'établissement d'un plan de soins
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir reçu une copie de leur plan de soins

Système centré sur la santé de la population

Le domaine Système centré sur la santé de la population a 19 mesures recommandées pour les cabinets et 28 mesures recommandées pour le système ([Système centré sur la santé de la population \(cabinet\) Partie 1](#), [Partie 2](#), [Système centré sur la santé de la population \(système\) Partie 1](#), [Partie 2](#), [Partie 3](#)).

Tableau 6: Résumé des mesures disponibles pour le domaine Système centré sur la santé de la population

Résumé des mesures disponibles* : Système centré sur la santé de la population		
	Nombre de mesures	
	Cabinet	Système
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée*	4	20
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé	0	4
Mesures non disponibles actuellement, mais qui pourraient faire l'objet d'un rapport à l'aide de l'infrastructure existante†	2	2
Mesures non disponibles actuellement, mais incluses dans l'outil de sondage en cours d'élaboration‡; infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports	1	0
Mesures non disponibles actuellement; nouvelle infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports§	12	2
Total	19	28

* Disponibilité à l'échelle de la province (et non locale)

† Par exemple, sondage du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur l'expérience en matière de soins de santé, Rapport du cabinet de soins primaires QSSO-IRSS

‡ Sondage de QSSO sur l'expérience des patients des cabinets de soins primaires

§ Par exemple, mesures fondées sur le DME et mesures signalées par les soignants ou les organisations

Comme le montre le tableau 6, les données sont disponibles actuellement pour quatre des 19 mesures recommandées pour les cabinets et 20 des 28 mesures recommandées pour le système.

L'annexe10 contient la DMN pour ce domaine.

DOMAINE : Système centré sur la santé de la population (cabinet) Partie 1

Priorité aux fins d'évaluation

Information sociodémographique et sur la santé de la population desservie (y compris l'état de santé)

Immunisation tout au long du cycle de vie

Mesure recommandée

Information démographique sur la population de patients:

- Âge (années)
- Revenu
- Lieu de résidence
- Invalidité
- Immigration
- Statut autochtone
- Santé mentale
- Sexe
- Éducation
- Orientation sexuelle
- Langue
- Identité ethnoculturelle
- Soutien social
- Emploi

Pourcentage de patients qui indiquent avoir été informés des affections suivantes:

- Asthme
- Maladie pulmonaire chronique, comme bronchite chronique, emphyseme ou MPOC
- Cancer
- Dépression, anxiété ou autre trouble de santé mentale
- Diabète
- Maladie cardiaque ou crise cardiaque
- Pression sanguine élevée ou hypertension
- Taux de cholestérol élevé
- Tout autre maladie ou trouble de la santé à long terme (préciser)

Pourcentage de patients obèses, en surpoids, ayant un poids insuffisant ou un poids normal, compte tenu du poids et de la taille indiqués par le patient:

- Adultes de 18 ans et plus
- Enfants âgés de 12 à 17 ans (obèse, en surpoids ou ni l'un ni l'autre)

Pourcentage de patients âgés de 12 ans et plus qui indiquent être physiquement inactifs

Pourcentage de patients âgés de 12 ans et plus qui indiquent fumer tous les jours ou de temps à autre

Pourcentage de patients qui indiquent s'être fait vacciner contre la grippe saisonnière au cours de l'année précédente

Pourcentage d'élèves âgés de sept ans qui ont reçu tous les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la polio ainsi que la rougeole, les oreillons et la rubéole

Pourcentage de filles de 8e année qui ont reçu tous les vaccins contre le virus du papillome humain

Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus qui ont reçu le vaccin antipneumococcique au cours des 12 mois précédents

Pourcentage d'enfants âgés de 13 ans qui ont reçu une dose du vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque le jour de leur 13e anniversaire ou avant

Pourcentage d'élèves de 7e année qui ont reçu tous les vaccins contre l'hépatite B avant la fin de la 7e année

Pourcentage d'enfants qui ont reçu les vaccins suivants à l'âge approprié :

- Avant deux mois : DCaT-VPI-Hib*, vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent†, vaccin antirotavirus ORAL‡
- Avant quatre mois : DCaT-VPI-Hib*, vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent †, vaccin antirotavirus ORAL‡
- Avant six mois : DCaT-VPI-Hib*
- Avant 12 mois: vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent †, vaccin conjugué contre le méningocoque§, MMR~
- Avant 15 mois : vaccin contre la varicelle
- Avant 18 mois : DCaT-VPI-Hib*
- Entre quatre et six ans : DCaT-VPI-Hib*, MMR~ et varicelle

Marques de commerce : * Pediacel, Prevnar-13,‡ Rotarix, §Menjugate, # Quadracel

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Système centré sur la santé de la population (cabinet) Partie 2

Priorité aux fins d'évaluation	Dépistage des maladies chroniques (p. ex., cancer, diabète, hypertension, asthme, dépression, démence) (se rapporte aussi au domaine Efficacité)	Dépistage et gestion des facteurs de risque associés à la maladie cardiovasculaire et à d'autres maladies chroniques (p. ex., obésité, tabagisme, inactivité physique, alimentation, alcoolisme et toxicomanie, caractéristiques sociodémographiques, promiscuité et autres comportements à risque élevé)	Soins prénatals
Mesure recommandée	Pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans qui ont eu une mammographie au cours des deux années précédentes Pourcentage de patients âgés de 50 à 74 ans qui ont fait l'objet d'un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes, d'une sigmoïdoscopie ou d'un lavement baryté au cours des cinq années précédentes ou d'une coloscopie au cours des 10 années précédentes Pourcentage de patients âgés de 50 à 74 ans qui ont effectué un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont fait l'objet d'un test de Papanicolaou (Pap) au cours des trois années précédentes Pourcentage de patients patients qui indiquent avoir fait vérifier leur pression sanguine la dernière fois comme suit : • Moins de six mois • Six mois ou moins d'un an • Un an à moins de deux ans • Deux ans à moins de cinq ans • Cinq ans et plus	Pourcentage de patients qui indiquent avoir eu une discussion au cours des deux années précédentes avec leur fournisseur de soins de santé au sujet des comportements/facteurs de risque suivants : • Alimentation saine • Exercice ou activité physique • Risque pour la santé du tabagisme et moyens de cesser de fumer • Consommation d'alcool • Blessures accidentelles (facteur de risque au domicile) • Comportements sexuels à risque • Stress psychosocial non géré	Pourcentage de femmes qui ont accouché et consulté au cours du premier trimestre de la grossesse

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine **Système centré sur la santé de la population (cabinet)**

Au niveau des cabinets, il y a cinq priorités aux fins d'évaluation et 19 mesures recommandées pour le domaine Système centré sur la santé de la population (voir le tableau 6).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

Priorité aux fins d'évaluation : *Dépistage des maladies chroniques (p. ex., cancer, diabète, hypertension, asthme, dépression, démence)* (se rapporte aussi au domaine Efficacité)

- Pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans qui ont une mammographie au cours des deux années précédentes
- Pourcentage de patients âgés de 50 à 74 ans qui ont fait l'objet d'un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes, d'une sigmoïdoscopie ou d'un lavement baryté au cours des cinq années précédentes ou d'une coloscopie au cours des 10 années précédentes
- Pourcentage de patients âgés de 50 à 74 ans qui ont fait l'objet d'un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes
- Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont fait l'objet d'un test de Papanicolaou (Pap) au cours des trois années précédentes

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou la mesure n'est pas disponible actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Information sur la santé et sociodémographique au sujet de la population servie (y compris l'état de santé)*

- Information démographique sur la population de patients : âge (années), sexe, revenu, éducation, lieu de résidence, orientation sexuelle, invalidité, langue, immigration, identité ethnoculturelle, statut autochtone, soutien social, santé mentale
- Pourcentage de patients âgés de 12 ans et plus qui indiquent fumer tous les jours ou de temps à autre
- Pourcentage de patients âgés de 12 ans et plus qui indiquent être physiquement inactifs
- Pourcentage de patients qui indiquent avoir été informés des affections suivantes : asthme, maladie pulmonaire chronique, comme bronchite chronique, emphysème ou MPOC, cancer, dépression, anxiété ou autre trouble de santé mentale, diabète, maladie cardiaque ou crise cardiaque, pression sanguine élevée ou hypertension, taux de cholestérol élevé, tout autre maladie ou trouble de la santé à long terme (préciser)
- Pourcentage de patients obèses, en surpoids, ayant un poids insuffisant ou un poids normal, compte tenu du poids et de la taille indiqués par le patient : adultes de 18 ans et plus, enfants âgés de 12 à 17 ans (obèse, en surpoids ou ni l'un ni l'autre)

Priorité aux fins d'évaluation : *Immunisation tout au long du cycle de vie*

- Pourcentage de patients qui indiquent s'être fait vacciner contre la grippe saisonnière au cours de l'année précédente
- Pourcentage d'écoliers âgés de sept ans qui ont reçu tous les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la polio ainsi que la rougeole, les oreillons et la rubéole
- Pourcentage d'élèves de 7^e année qui ont reçu tous les vaccins contre l'hépatite B avant la fin de la 7^e année
- Pourcentage de filles de 8^e année qui ont reçu tous les vaccins contre le virus du papillome humain

- Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus qui ont reçu le vaccin antipneumococcique au cours des 12 mois précédents
- Pourcentage d'enfants âgés de 13 ans qui ont reçu une dose du vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque le jour de leur 13^e anniversaire ou avant
- Pourcentage d'enfants qui ont reçu les vaccins suivants à l'âge approprié : avant deux mois : DCaT-VPI-Hib*, vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent†, vaccin antirotavirus ORAL‡; avant quatre mois : DCaT-VPI-Hib*, vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent †, vaccin antirotavirus ORAL‡; avant six mois : DCaT-VPI-Hib*; avant 12 mois: vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent †, vaccin conjugué contre le méningocoque§, MMR~; avant 15 mois : vaccin contre la varicelle; avant 18 mois : DCaT-VPI-Hib*; entre quatre et six ans : DCaT-VPI#, MMR~ et varicelle; **Marques de commerce** : *Pediace, † Prevnar-13, ‡ Rotarix, §Menjugate, # Quadracel

Priorité aux fins d'évaluation : *Dépistage et gestion des facteurs de risque associés à la maladie cardiovasculaire et à d'autres maladies chroniques (p. ex. obésité, tabagisme, inactivité physique, alimentation, alcoolisme et toxicomanie, caractéristiques sociodémographiques, promiscuité et autres comportements à risque élevé)*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir eu une discussion au cours des deux années précédentes avec leur fournisseur de soins de santé au sujet des comportements/facteurs de risque suivants : alimentation saine, exercice ou activité physique, risque pour la santé du tabagisme et moyens de cesser de fumer, consommation d'alcool, blessures accidentelles (facteur de risque au domicile), comportements sexuels à risque, stress psychosocial non géré

Priorité aux fins d'évaluation : *Dépistage des maladies chroniques (p. ex., cancer, diabète, hypertension, asthme, dépression, démence) (se rapporte aussi au domaine Efficacité)*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir fait vérifier leur pression sanguine la dernière fois comme suit : moins de six mois, six mois à moins d'un an, un an à moins de deux ans, deux ans à moins de cinq ans, cinq ans et plus

Priorité aux fins d'évaluation : *Soins prénatals*

- Pourcentage de femmes qui ont accouché et ont eu une visite prénatale au cours du premier trimestre

DOMAINE : Système centré sur la santé de la population (système) Partie 1

Priorité aux fins d'évaluation

Information sociodémographique et sur la santé de la population desservie (y compris l'état de santé)

Dépistage et gestion des facteurs de risque associés à la maladie cardiovasculaire et à d'autres maladies chroniques (p. ex., obésité, tabagisme, inactivité physique, alimentation, alcoolisme et toxicomanie, caractéristiques sociodémographiques, promiscuité et autres comportements à risque élevé)

Mesure recommandée

Information démographique sur la population de patients :

- Âge (années)
- Sexe
- Revenu
- Éducation
- Lieu de résidence
- Orientation sexuelle
- Invalidité
- Langue
- Immigration
- Identité ethnoculturelle
- Statut autochtone
- Soutien social
- Santé mentale
- Emploi

Pourcentage de patients âgés de 12 ans et plus qui indiquent fumer tous les jours ou de temps à autre

Pourcentage de patients obèses, en surpoids, ayant un poids insuffisant ou un poids normal, compte tenu du poids et de la taille indiqués par le patient :

- Adultes de 18 ans et plus
- Enfants âgés de 12 à 17 ans (obèse, en surpoids ou ni l'un ni l'autre)

Pourcentage de patients âgés de 12 ans et plus qui indiquent être physiquement inactifs

Taux de prévalence des quatre types de cancer les plus fréquents : cancer de la prostate, cancer du sein (femmes), cancer du côlon et du rectum, cancer des poumons

Taux annuel de nouveaux cas (incidence) des cancers suivants :

- Hommes :
- Prostate
 - Côlon et rectum
 - Lymphome non hodgkinien
 - Leucémie
 - Estomac
 - Tous les autres cancers
 - Poumon et bronche
 - Vessie
 - Mélanome
 - Rein
 - Pancréas

- Femmes :
- Sein
 - Côlon et rectum
 - Lymphome non hodgkinien
 - Ovaire
 - Mélanome
 - Pancréas
 - Tous les autres cancers
 - Poumon et bronche
 - Thyroïde
 - Utérus
 - Col de l'utérus
 - Leucémie

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent tenir un registre ou avoir accès à un registre de patients présentant les maladies chroniques suivantes :

- Asthme
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Maladie coronarienne
- Défaillance cardiaque congestive
- AVC
- Maladie rénale chronique
- Troubles de santé mentale
- Maladies chroniques multiples
- Hypertension
- Diabète

Pourcentage de patients qui indiquent avoir été informés des affections suivantes :

- Asthme
- Maladie pulmonaire chronique, comme bronchite chronique, emphysème ou MPOC
- Cancer
- Dépression, anxiété ou autre trouble de santé mentale
- Maladie cardiaque ou crise cardiaque
- Pression sanguine élevée ou hypertension
- Taux de cholestérol élevé
- Tout autre maladie ou trouble de la santé à long terme (préciser)
- Diabète

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Système centré sur la santé de la population (système) Partie 2

Priorité aux fins d'évaluation	Soins préventifs administrés aux nourrissons et aux enfants (autres que les vaccins)				Soins prénatals		Immunisation tout au long du cycle de vie			
Mesure recommandée	Pourcentage de nouveau-nés en bonne santé qui ont été examinés par un fournisseur de soins primaires au cours de la première semaine qui a suivi la naissance				Pourcentage de femmes qui ont accouché et avaient eu une visite prénatale au cours du premier trimestre de la grossesse		Pourcentage de personnes qui indiquent s'être fait vacciner contre la grippe saisonnière au cours de l'année précédente		Pourcentage d'écoliers âgés de sept ans qui ont reçu tous les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la polio ainsi que la rougeole, les oreillons et la rubéole	
	Pourcentage de nouvelles mamans qui indiquent allaiter ou essayer d'allaiter				Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent offrir les services suivants au sein de leur cabinet : • Soins prénatals • Soins intrapartum • Soins postpartum		Pourcentage d'enfants âgés de 13 ans qui ont reçu une dose du vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque le jour de leur 13e anniversaire ou avant		Pourcentage d'élèves de 7e année qui ont reçu tous les vaccins contre l'hépatite B avant la fin de la 7e année	
	Pourcentage de femmes qui ont accouché à terme (≥37 semaines) et allaitaient exclusivement au moment de la sortie de l'hôpital						Pourcentage d'enfants qui ont reçu les vaccins suivants à l'âge approprié : • Avant deux mois : DCaT-VPI-Hib*, vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent†, vaccin antirotavirus ORAL‡ • Avant quatre mois : DCaT-VPI-Hib*, vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent †, vaccin antirotavirus ORAL‡ • Avant six mois : DCaT-VPI-Hib* • Avant 12 mois: vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent †, vaccin conjugué contre le méningocoque§, MMR~ • Avant 15 mois : vaccin contre la varicelle • Avant 18 mois : DCaT-VPI-Hib* • Entre quatre et six ans : DCaT-VPI#, MMR~ et varicelle Marques de commerce : * Pediacel, Prevnar-13,‡ Rotarix, §Menjugate, # Quadracel		Pourcentage de filles de 8e année qui ont reçu tous les vaccins contre le virus du papillome humain	
	Proportion d'enfants âgés de 17 à 24 mois qui ont fait l'objet d'une visite de suivi approfondie				Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus qui ont reçu le vaccin antipneumococcique au cours des 12 mois précédents					
	Pourcentage de parents ayant des enfants de moins de deux ans qui indiquent avoir été informés sur la prévention des blessures à la maison									
LÉGENDE Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé Mesure actuellement non disponible										

DOMAINE : Système centré sur la santé de la population (cabinet) Partie 3

Priorité aux fins
d'évaluation

Dépistage des maladies chroniques (p. ex., cancer, diabète, hypertension, asthme, dépression, démence) (se rapporte aussi au domaine Efficacité)

Mesure recommandée

Pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans qui ont eu une mammographie au cours des deux années précédentes

Pourcentage de patients âgés de 50 à 74 ans qui ont fait l'objet d'un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes, d'une sigmoïdoscopie ou d'un lavement baryté au cours des cinq années précédentes ou d'une coloscopie au cours des 10 années précédentes

Pourcentage de patients âgés de 50 à 74 ans qui ont effectué un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes

Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont fait l'objet d'un test de Papanicolaou (Pap) au cours des trois années précédentes

Pourcentage de patients patients qui indiquent avoir fait vérifier leur pression sanguine la dernière fois comme suit :

- Moins de six mois
- Six mois à moins d'un an
- Un an à moins de deux ans
- Deux ans à moins de cinq ans
- Cinq ans et plus

LÉGENDE

- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- ☐ Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine **Système centré sur la santé de la population (système)**

Au niveau du système, il y a six priorités aux fins d'évaluation et 28 mesures recommandées pour le domaine Système centré sur la santé de la population (voir le tableau 6).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

Priorité aux fins d'évaluation : *Information sociodémographique et sur la santé de la population desservie (y compris l'état de santé)*

- Information démographique sur la population de patients : âge (années), sexe, revenu, éducation, lieu de résidence, orientation sexuelle, invalidité, langue, immigration, identité ethnoculturelle, statut autochtone, soutien social, santé mentale, emploi
- Pourcentage de patients âgés de 12 ans et plus qui indiquent fumer tous les jours ou de temps à autre
- Pourcentage de patients obèses, en surpoids, ayant un poids insuffisant ou un poids normal, compte tenu du poids et de la taille indiqués par le patient : adultes de 18 ans et plus, enfants âgés de 12 à 17 ans (obèse, en surpoids ou ni l'un ni l'autre)
- Pourcentage de patients âgés de 12 ans et plus qui indiquent être physiquement inactifs
- Taux annuel de nouveaux cas (incidence) des cancers suivants : Hommes : prostate, poumon et bronche, côlon et rectum, vessie, lymphome non hodgkinien, mélanome, leucémie, rein, estomac, pancréas, tous les autres cancers; femmes : sein, poumon et bronche, côlon et rectum, thyroïde, utérus, lymphome non hodgkinien, ovaire, col de l'utérus, mélanome, leucémie, pancréas, tous les autres cancers
- Taux de prévalence des quatre types de cancer les plus fréquents : cancer de la prostate, cancer du sein (femmes), cancer du côlon et du rectum, cancer des poumons

Priorité aux fins d'évaluation : *Soins préventifs administrés aux nourrissons et aux enfants (autres que les vaccins)*

- Pourcentage de nouveau-nés en bonne santé qui ont été examinés par un fournisseur de soins primaires au cours de la semaine qui a suivi la naissance
- Pourcentage de nouvelles mamans qui indiquent allaiter ou essayer d'allaiter
- Pourcentage de femmes qui ont accouché à terme (≥ 37 semaines) et allaitaient exclusivement au moment de la sortie de l'hôpital

Priorité aux fins d'évaluation : *soins prénatals*

- Pourcentage de femmes qui ont accouché et consulté au cours du premier trimestre de la grossesse

Priorité aux fins d'évaluation : *Immunisation tout au long du cycle de vie*

- Pourcentage de personnes qui indiquent s'être fait vacciner contre la grippe saisonnière au cours de l'année précédente
- Pourcentage d'enfants âgés de 13 ans qui ont reçu une dose de vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque le jour de leur 13^e anniversaire ou avant
- Pourcentage d'écoliers âgés de sept ans qui ont reçu tous les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la polio ainsi que la rougeole, les oreillons et la rubéole
- Pourcentage d'élèves de 7^e année qui ont reçu tous les vaccins contre l'hépatite B avant la fin de la 7^e année
- Pourcentage de filles de 8^e année qui ont reçu tous les vaccins contre le virus du papillome humain

Priorité aux fins d'évaluation : *Dépistage des maladies chroniques (p. ex., cancer, diabète, hypertension, asthme, dépression, démence) (se rapporte aussi au domaine Efficacité)*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir fait vérifier leur pression sanguine la dernière fois comme suit : moins de six mois, six mois à moins d'un an, un an à moins de deux ans, deux ans à moins de cinq ans, cinq ans et plus
- Pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans qui ont eu une mammographie au cours des deux années précédentes
- Pourcentage de patients âgés de 50 à 74 ans qui ont fait l'objet d'un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes, d'une sigmoïdoscopie ou d'un lavement baryté au cours des cinq années précédentes ou d'une coloscopie au cours des 10 années précédentes
- Pourcentage de patients âgés de 50 à 74 ans qui ont effectué un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes
- Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont fait l'objet d'un test de Papanicolaou (Pap) au cours des trois années précédentes

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Information sociodémographique et sur la santé de la population desservie (y compris l'état de santé)*

- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent tenir un registre ou avoir accès à un registre de patients présentant les maladies chroniques suivantes : asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), maladie coronarienne, défaillance cardiaque congestive, AVC, hypertension, diabète, maladie rénale chronique, troubles de santé mentale, affections chroniques multiples
- Pourcentage de patients qui indiquent avoir été informés des affections suivantes : asthme, maladie pulmonaire chronique, comme bronchite chronique, emphysème ou MPOC, cancer, dépression, anxiété ou autre trouble de santé mentale, diabète, maladie cardiaque ou crise cardiaque, pression sanguine élevée ou hypertension, taux de cholestérol élevé, tout autre maladie ou trouble de la santé à long terme (préciser)

Priorité aux fins d'évaluation : *Dépistage et gestion des facteurs de risque associés à la maladie cardiovasculaire et à d'autres affections chroniques (p. ex., obésité, tabagisme, inactivité physique, alimentation, alcoolisme et toxicomanie, caractéristiques sociodémographiques, promiscuité et autres comportements à risque élevé)*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir eu une discussion au cours des deux années précédentes avec leur fournisseur de soins de santé au sujet des comportements/facteurs de risque suivants : alimentation saine, exercice ou activité physique, risque pour la santé du tabagisme et moyens de cesser de fumer, consommation d'alcool, blessures accidentelles (facteur de risque au domicile), comportements sexuels à risque, stress psychosocial non géré

Priorité aux fins d'évaluation : *Soins préventifs administrés aux nourrissons et aux enfants (autres que les vaccins)*

- Pourcentage de parents ayant des enfants de moins de deux ans qui indiquent avoir été informés sur la prévention des blessures à la maison

Priorité aux fins d'évaluation : Soins prénatals

- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent offrir les services suivants au sein de leur cabinet : soins prénatals, soins intrapartum, soins postpartum

Priorité aux fins d'évaluation : Immunisation tout au long du cycle de vie

- Proportion d'enfants âgés de 17 à 24 mois qui ont fait l'objet d'une visite de suivi approfondie
- Pourcentage d'enfants qui ont reçu les vaccins suivants à l'âge approprié : avant deux mois : DCaT-VPI-Hib*, vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent†, vaccin antirotavirus ORAL‡; avant quatre mois : DCaT-VPI-Hib*, vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent †, vaccin antirotavirus ORAL‡; avant six mois : DCaT-VPI-Hib*; avant 12 mois: vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent †, vaccin conjugué contre le méningocoque§, MMR~; avant 15 mois : vaccin contre la varicelle; avant 18 mois : DCaT-VPI-Hib*; entre quatre et six ans : DCaT-VPI#, MMR~ et varicelle; **Marques de commerce** : *PediaceL, † Pevnar-13, ‡ Rotarix, §Menjugate, # Quadracel
- Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont reçu le vaccin antipneumococcique au cours des 12 mois précédents

Efficiencia

Pour le domaine Efficience, il y a 10 mesures au niveau des cabinets et 13 mesures au niveau du système ([Efficience \(cabinet\) Partie 1](#), [Partie 2](#), [Efficience \(système\) Partie 1](#), [Partie 2](#)).

Tableau 7 : Résumé des mesures disponibles pour le domaine Efficience

Résumé des mesures disponibles* : Efficience		
	Nombre de mesures	
	Cabinet	Système
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée*	1	6
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé	0	1
Mesures non disponibles actuellement, mais qui pourraient faire l'objet d'un rapport à l'aide de l'infrastructure existante†	5	3
Mesures non disponibles actuellement, mais incluses dans l'outil de sondage en cours d'élaboration‡; infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports	0	0
Mesures non disponibles actuellement; nouvelle infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports§	4	3
Total	10	13

* Disponibilité à l'échelle de la province (et non locale)

† Par exemple, sondage du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur l'expérience en matière de soins de santé, Rapport du cabinet de soins primaires QSSO-IRSS

‡ Sondage de QSSO sur l'expérience des patients des cabinets de soins primaires

§ Par exemple, mesures fondées sur le DME et mesures signalées par les soignants ou les organisations

Comme le montre le tableau 7, les données sont disponibles actuellement pour seulement une des 10 mesures recommandées pour les cabinets et six des 13 mesures recommandées pour le système.

L'annexe 11 contient la DMN pour ce domaine.

DOMAINE : Efficience (cabinet) Partie 1

Priorité aux fins
d'évaluation

Coût des soins de santé par habitant (soins primaires, soins de spécialistes, soins hospitaliers, diagnostics, médicaments, soins de longue durée et soins en milieu communautaire)

Temps d'attente des patients au cabinet

Mesure recommandée

Coût des soins de santé par habitant par catégorie :

- Hospitalisation
- Chirurgie d'un jour
- Soins en clinique de dialyse
- Soins en clinique de cancérologie
- Programme de médicaments de l'Ontario
- Réadaptation
- Soins complexes et continus
- Services de soins à domicile
- Facturation des médecins à l'Assurance-santé, y compris la plupart des factures pro forma
- Demandes de remboursement des laboratoires à l'Assurance-santé
- Frais non facturés par les médecins
- Capitation OSF/RSF
- Soins de longue durée
- Admissions-lits réservés aux soins psychiatriques
- Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF)

Les patients indiquent avoir attendu un certain temps à partir du moment où ils ont été dirigés vers la salle d'examen jusqu'au moment où le soignant est arrivé

Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, ils ont vu le fournisseur de soins primaires après une attente de 20 minutes :

- Toujours
- Habituellement

Les patients indiquent avoir attendu un certain temps à partir du moment où ils ont été dirigés vers la salle d'examen jusqu'au moment où le soignant est arrivé

Pourcentage de patients qui ont évalué la durée de l'attente à partir du moment où on les a dirigés vers la salle d'examen jusqu'à celui où le fournisseur de soins de santé est arrivé comme étant :

- Très bonne
- Excellente

Pourcentage de patients qui jugent la durée de l'attente avant le début de la consultation à partir du moment où le rendez-vous a été pris jusqu'au moment où le fournisseur de soins de santé est arrivé comme étant :

- Très bonne
- Excellente

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Efficience (cabinet) Partie 2

Priorité aux fins d'évaluation	Soutien pour l'autogestion et collaboration avec les patients et les familles (se rapporte aussi aux domaines Système axé sur les patients et Efficacité)	Répétition inutile des tests de diagnostic/ d'imagerie diagnostique	Aide fournie aux aidants familiaux
Mesure recommandée	Pourcentage de patients qui indiquent avoir reçu, lors des visites au cabinet de soins primaires, des conseils/ renseignements pertinents et utiles sur la façon de rester en bonne santé et d'éviter de tomber malade Pourcentage de patients qui indiquent que leur principal soignant les a soutenus en : - leur expliquant que leurs activités quotidiennes, dont une alimentation et un mode de vie sains, font une différence dans leur santé - leur expliquant qu'ils peuvent prévenir certains problèmes de santé - les encourageant à gérer leur santé - leur expliquant qu'en suivant fidèlement leur traitement ils pourraient se sentir mieux - les aidant à prendre conscience qu'ils sont capables de prendre soin de leur santé Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir été informés des programmes en milieu communautaire ayant pour but de les aider à gérer leurs maladies chroniques	Pourcentage de patients qui indiquent qu'à un moment donné, au cours des deux années précédentes, le médecin a prescrit un test médical qui leur a semblé inutile, car il avait déjà été effectué	

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine Efficience (cabinet)

Au niveau des cabinets, il y a cinq priorités aux fins d'évaluation et 10 mesures recommandées pour le domaine Efficience (voir le tableau 7). Aucune mesure n'est recommandée pour la priorité aux fins d'évaluation, aide destinée aux aidants familiaux, car l'analyse conjoncturelle n'a pas permis de déterminer des mesures appropriées.

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée:

Priorité aux fins d'évaluation : *Coût des soins de santé par habitant (soins primaires, soins de spécialistes, soins hospitaliers, diagnostics, médicaments, soins de longue durée et soins en milieu communautaire)*

- Coût des soins de santé par habitant par catégorie : hospitalisation, chirurgie d'un jour, soins en clinique de dialyse, soins en clinique de cancérologie, Programme de médicaments de l'Ontario, réadaptation, soins complexes et continus, services de soins à domicile, facturation des médecins à l'Assurance-santé, y compris la plupart des factures pro forma, demandes de remboursement des laboratoires à l'Assurance-santé, frais non facturés par les médecins, capitation OSF/RSF, soins de longue durée, admissions-lits réservés aux soins psychiatriques, Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF).

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Temps d'attente des patients au cabinet*

- Temps d'attente signalé par les patients à partir du moment où le rendez-vous a été fixé jusqu'à celui où ils ont rencontré le fournisseur de
- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, ils ont vu le fournisseur de soins primaires après une attente de 20 minutes : toujours; habituellement
- Les patients indiquent avoir attendu un certain temps à partir du moment où ils ont été dirigés vers la salle d'examen jusqu'au moment où le soignant est arrivé
- Pourcentage de patients qui jugent la durée de l'attente avant le début de la consultation à partir du moment où le rendez-vous a été pris jusqu'au moment où le fournisseur de soins de santé est arrivé comme étant : très bonne; excellente
- Pourcentage de patients qui jugent la durée de l'attente avant le début de la consultation à partir du moment où celle-ci a été établie jusqu'au moment où le fournisseur de soins de santé est arrivé comme étant : très bonne; excellente

Priorité aux fins d'évaluation : *Soutien pour l'autogestion et collaboration avec les patients et les familles (se rapporte aussi aux domaines Système axé sur les patients et Efficacité)*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir reçu, lors des visites au cabinet de soins primaires, des conseils/renseignements pertinents et utiles sur la façon de rester en bonne santé et d'éviter de tomber malade
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur principal soignant les a soutenus en : leur expliquant que leurs activités quotidiennes, dont une alimentation et un mode de vie sains, font une différence dans leur santé; leur expliquant qu'ils peuvent prévenir certains problèmes de santé; les encourageant à gérer leur santé; leur expliquant qu'en suivant fidèlement leur traitement ils pourraient se sentir mieux; les aidant à prendre conscience qu'ils sont capables de prendre soin de leur santé

- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir été informés des programmes en milieu communautaire ayant pour but de les aider à gérer leurs maladies chroniques

Priorité aux fins d'évaluation : *Répétition inutile des tests de diagnostic/d'imagerie diagnostique*

- Pourcentage de patients qui indiquent qu'à un moment donné, au cours des deux années précédentes, le médecin a prescrit un test médical qui leur a semblé inutile, car il avait déjà été effectué

DOMAINE : Efficience (système) Partie1

Priorité aux fins d'évaluation

Mise en place et utilisation efficace des dossiers médicaux électroniques/dossiers de santé électroniques (se rapporte aussi au domaine Intégration)

Coût des soins de santé par habitant (soins primaires, soins de spécialistes, soins hospitaliers, diagnostics, médicaments, soins de longue durée et soins en milieu communautaire)

Mesure recommandée

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent être capables de générer les renseignements suivants à l'aide de leur système de dossiers électroniques actuel :

- Liste de patients par diagnostic (p. ex., diabète ou cancer)
- Liste de patients par résultats de laboratoire (p. ex., HbA1c >9,0)
- Liste de patients pour lesquels il est temps de prescrire des tests ou des soins préventifs (p. ex., vaccin contre la grippe)
- Liste de tous les médicaments pris par un patient (y compris ceux que d'autres médecins pourraient avoir prescrits)
- Liste de tous les patients qui prennent un médicament particulier
- Liste de tous les résultats de laboratoire se rapportant à un patient (y compris ceux prescrits par d'autres médecins)
- Résumé des visites cliniques pour les patients

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent être capables d'échanger par voie électronique l'information suivante avec d'autres médecins ne faisant pas partie de leur cabinet :

- Résumés cliniques concernant les patients
- Tests de laboratoire et de diagnostic

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent utiliser des dossiers électroniques au lieu de tableaux papier pour saisir et retirer les notes cliniques concernant les patients

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent utiliser les technologies suivantes dans leur cabinet :

- Prescription de tests de laboratoire par voie électronique
- Alertes ou rappels par voie électronique de problèmes potentiels associés à des doses ou interactions de médicaments
- Orientation à des spécialistes par voie électronique
- Prescription de médicament par voie électronique

Coût des soins de santé par habitant par catégorie :

- Hospitalisation
- Soins en clinique de dialyse
- Programme de médicaments de l'Ontario
- Soins complexes et continus
- Frais non facturés par les médecins
- Demandes de remboursement des laboratoires à l'Assurance-santé
- Facturation des médecins à l'Assurance-santé, y compris la plupart des factures pro forma
- Soins de longue durée
- Admissions-lits réservés aux soins psychiatriques
- Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF)
- Chirurgie d'un jour
- Soins en clinique de cancérologie
- Réadaptation
- Services de soins à domicile
- Capitation OSF/RSF

Frais pour les secteurs suivants, par habitant, en pourcentage du total des coûts des soins de santé provinciaux :

- Médecins et praticiens (c.-à-d., remboursements par l'Assurance-santé)
- Fonctionnement des hôpitaux
- Foyers de soins de longue durée
- Tous les autres
- Médicaments sur ordonnance
- Soins en milieu communautaire

Frais de fonctionnement moyens annuels par personne associés aux soins primaires pour :

- Ressources en santé
 - Médecins généralistes/de famille
 - Personnel infirmier praticien
 - Autres fournisseurs de soins primaires
- Fournitures
- Frais d'administration/généraux
- Matériel
- Autre

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Efficience (système) Partie2

Priorité aux fins d'évaluation	Répétition inutile des tests de diagnostic/ d'imagerie diagnostique	Soutien pour l'autogestion et collaboration avec les patients et les familles (se rapporte aussi aux domaines Système axé sur les patients et Efficacité)	Soutien aux aidants familiaux
Mesure recommandée	Pourcentage de patients qui indiquent qu'à un moment donné, au cours des deux années précédentes, le médecin a prescrit un test médical qui leur a semblé inutile, car il avait déjà été effectué Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent que les incidents suivants se sont produits avec leurs patients au cours du mois précédent : • Le dossier électronique ou d'autres renseignements cliniques pertinents n'étaient pas disponibles au moment de la consultation prévue d'un patient • Les tests ou interventions ont dû être répétés car les résultats n'étaient pas disponibles • Un patient a eu des problèmes en raison du manque de coordination entre divers établissements ou soignants	Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent donner régulièrement aux patients atteints d'affections chroniques des instructions sur la façon de gérer leurs soins à domicile Pourcentage de patients qui indiquent avoir reçu, lors des visites au cabinet de soins primaires, des conseils/ renseignements pertinents et utiles sur la façon de rester en bonne santé et d'éviter de tomber malade Pourcentage de patients qui indiquent que leur principal soignant les a soutenus en : • leur expliquant que leurs activités quotidiennes, dont une alimentation et un mode de vie sains, font une différence dans leur santé • leur expliquant qu'ils peuvent prévenir certains problèmes de santé • les encourageant à gérer leur santé • leur expliquant qu'en suivant fidèlement leur traitement ils pourraient se sentir mieux • les aidant à prendre conscience qu'ils sont capables de prendre soin de leur santé Pourcentage de patients atteints d'affections	chroniques qui indiquent qu'on les a informés au sujet des programmes disponibles en milieu communautaire pour les aider à gérer leurs maladies chroniques

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine Efficience (système)

Au niveau du système, il y a cinq priorités aux fins d'évaluation et 13 mesures recommandées pour le domaine Efficience (voir le tableau 7). Aucune mesure n'est recommandée pour la priorité aux fins d'évaluation, soutien fourni aux aidants familiaux, car l'analyse conjoncturelle n'a pas permis de déterminer des mesures appropriées.

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée

Priorité aux fins d'évaluation : *Mise en place et utilisation efficace des dossiers médicaux électroniques/dossiers de santé électroniques (se rapporte aussi au domaine Intégration)*

- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent être capables de générer les renseignements suivants à l'aide de leur système de dossiers électroniques actuel : liste de patients par diagnostic (p. ex., diabète ou cancer); liste de patients par résultats de laboratoire (p. ex., HbA1c >9,0); liste de patients pour lesquels il est temps de prescrire des tests ou des soins préventifs (p. ex., vaccin contre la grippe); liste de tous les médicaments pris par un patient (y compris ceux que d'autres médecins pourraient avoir prescrits); liste de tous les patients qui prennent un médicament particulier; liste de tous les résultats de laboratoire se rapportant à un patient (y compris ceux prescrits par d'autres médecins); résumé des visites cliniques pour les patients
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent être capables d'échanger par voie électronique l'information suivante avec d'autres médecins ne faisant pas partie de leur cabinet; résumés cliniques concernant les patients; tests de laboratoire et de diagnostic
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent utiliser des dossiers électroniques au lieu de tableaux papier pour saisir et retirer les notes cliniques concernant les patients
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent utiliser les technologies suivantes dans leur cabinet : prescription de tests de laboratoire par voie électronique; alertes ou rappels par voie électronique de problèmes potentiels associés à des doses ou interactions de médicaments; orientation à des spécialistes par voie électronique; prescription de médicament par voie électronique

Priorité aux fins d'évaluation : *Coût des soins de santé par habitant (soins primaires, soins de spécialistes, soins hospitaliers, diagnostics, médicaments, soins de longue durée et soins en milieu communautaire)*

- Coût des soins de santé par habitant par catégorie : hospitalisation, chirurgie d'un jour, soins en clinique de dialyse, soins en clinique de cancérologie, Programme de médicaments de l'Ontario, réadaptation, soins complexes et continus, services de soins à domicile, facturation des médecins à l'Assurance-santé, y compris la plupart des factures pro formats, demandes de remboursement des laboratoires à l'Assurance-santé, frais non facturés par les médecins, capitation OSF/RSF, soins de longue durée, admissions-lits réservés aux soins psychiatriques, Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF)

Priorité aux fins d'évaluation : *Soutien pour l'autogestion et collaboration avec les patients et les familles (se rapporte aussi aux domaines Système axé sur les patients et Efficacité)*

- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent donner régulièrement aux patients atteints d'affections chroniques des instructions sur la façon de gérer leurs soins à domicile

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Coût des soins de santé par habitant (soins primaires, soins de spécialistes, soins hospitaliers, diagnostics, médicaments, soins de longue durée et soins en milieu communautaire)*

- Frais pour les secteurs suivants, par habitant, en pourcentage du total des coûts des soins de santé provinciaux : médecins et praticiens (c.-à-d., remboursements par l'Assurance-santé); fonctionnement des hôpitaux; médicaments sur ordonnance; foyers de soins de longue durée; soins en milieu communautaire; tous les autres
- Frais de fonctionnement moyens annuels par personne associée aux soins primaires pour : ressources en santé (médecins généralistes/de famille, personnel infirmier praticien, autres fournisseurs de soins primaires); fournitures; matériel; frais d'administration/généraux; autre

Priorité aux fins d'évaluation : *Répétition inutile des tests de diagnostic/d'imagerie diagnostique*

- Pourcentage de patients qui indiquent qu'à un moment donné, au cours des deux années précédentes, le médecin a prescrit un test médical qui leur a semblé inutile, car il avait déjà été effectué
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent que les incidents suivants se sont produits avec leurs patients au cours du mois précédent : le dossier électronique ou d'autres renseignements cliniques pertinents n'étaient pas disponibles au moment de la consultation prévue d'un patient; les tests ou interventions ont dû être répétés car les résultats n'étaient pas disponibles; un patient a eu des problèmes en raison du manque de coordination entre divers établissements ou soignants

Priorité aux fins d'évaluation : *Soutien pour l'autogestion et collaboration avec les patients et les familles (se rapporte aussi aux domaines Système axé sur les patients et Efficacité)*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir reçu, lors des visites au cabinet de soins primaires, des conseils/renseignements pertinents et utiles sur la façon de rester en bonne santé et d'éviter de tomber malade
- Pourcentage de patients qui indiquent que leur principal soignant les a soutenus en : leur expliquant que leurs activités quotidiennes, dont une alimentation et un mode de vie sains, font une différence dans leur santé; leur expliquant qu'ils peuvent prévenir certains problèmes de santé; les encourageant à gérer leur santé; leur expliquant qu'en suivant fidèlement leur traitement ils pourraient se sentir mieux; les aidant à prendre conscience qu'ils sont capables de prendre soin de leur santé
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent avoir été informés des programmes en milieu communautaire ayant pour but de les aider à gérer leurs maladies chroniques

Sécurité

Le domaine Sécurité a quatre mesures pour les cabinets et 19 mesures pour le système ([Sécurité \(cabinet\)](#), [Sécurité \(système\) Partie 1](#), [Partie 2](#)).

Tableau 8 : Résumé des mesures disponibles pour le domaine Sécurité

Résumé des mesures disponibles* : Sécurité		
	Nombre de mesures	
	Practice	Système
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée*	0	3
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé	0	3
Mesures non disponibles actuellement, mais qui pourraient faire l'objet d'un rapport à l'aide de l'infrastructure existante†	0	3
Mesures non disponibles actuellement, mais incluses dans l'outil de sondage en cours d'élaboration‡; infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports	0	0
Mesures non disponibles actuellement; nouvelle infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports§	4	10
Total	4	19

* Disponibilité à l'échelle de la province (et non locale)

† Par exemple, le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les rapports des cabinets de soins primaires de QSSO-IRSS

‡ Sondage de QSSO sur l'expérience des patients des cabinets de soins primaires

§ Par exemple, mesures fondées sur le DME et mesures signalées par les soignants ou les organisations

Comme le montre le tableau 8, actuellement, il n'y a pas de données disponibles pour les quatre mesures recommandées pour les cabinets et les données sont disponibles pour seulement trois des 19 mesures recommandées pour le système.

L'annexe 12 contient la DMN pour ce domaine.

DOMAINE : Sécurité (cabinet)

Priorité aux fins
d'évaluation

Gestion des médicaments, y compris le bilan comparatif
des médicaments

Reconnaissance et gestion des événements indésirables,
y compris les erreurs médicales

Mesure recommandée

Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, ils ont discuté avec leur fournisseur de soins primaires les médicaments qui leur sont prescrits

Pourcentage des patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, un fournisseur de soins de santé leur a expliqué les effets indésirables potentiels des médicaments qui leur sont prescrits

Pourcentage de patients qui indiquent avoir pris un nouveau médicament qui leur a été prescrit au cours des deux années précédentes sans savoir à quoi ce médicament servait et comment il fallait le prendre

Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent que, durant les six mois précédents, on leur a demandé s'ils avaient eu des problèmes liés à la prise de médicaments

LÉGENDE

- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- ☐ Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine Sécurité (cabinet)

Au niveau des cabinets, il y a deux priorités aux fins d'évaluation et quatre mesures recommandées pour le domaine Sécurité (voir le tableau 8).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

- Aucune mesure ne fait actuellement l'objet d'un rapport pour le domaine Sécurité.

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Gestion des médicaments, y compris le bilan comparatif des médicaments*

- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, ils ont discuté avec leur fournisseur de soins primaires les médicaments qui leur sont prescrits
- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, un médecin ou pharmacien leur a expliqué les effets indésirables potentiels des médicaments qui leur sont prescrits
- Pourcentage de patients qui indiquent avoir pris un nouveau médicament qui leur a été prescrit au cours des deux années précédentes sans savoir à quoi ce médicament servait et comment il fallait le prendre

Priorité aux fins d'évaluation : *Reconnaissance et gestion des événements indésirables, y compris les erreurs médicales*

- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent que, durant les six mois précédents, on leur a demandé s'ils avaient eu des problèmes liés à la prise de médicaments

DOMAINE : Sécurité (système) Partie 1

Priorité aux fins
d'évaluation

Gestion des médicaments, y compris le bilan comparatif des médicaments

Mesure recommandée

Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, ils ont discuté avec leur fournisseur de soins primaires les médicaments qui leur sont prescrits

Pourcentage des patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, un fournisseur de soins de santé leur a expliqué les effets indésirables potentiels des médicaments qui leur sont prescrits

Pourcentage des patients qui indiquent prendre au moins deux médicaments sur ordonnance et que, durant les 12 mois précédents, un fournisseur de soins de santé leur a donné une liste écrite de tous les médicaments sur ordonnance

Pourcentage de patients qui indiquent avoir pris un nouveau médicament qui leur a été prescrit au cours des deux années précédentes sans savoir à quoi ce médicament servait et comment il fallait le prendre

Pourcentage de fournisseurs/d'organisations de soins primaires qui indiquent utiliser la fonction alerte aux médicaments de leur DME

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Sécurité (système) Partie 2

Priorité aux fins d'évaluation	Reconnaissance et gestion des effets indésirables, y compris les erreurs médicales			Prévention et contrôle des infections
Mesure recommandée	Pourcentage de patients qui pensent avoir été victimes d'une erreur médicale au cours des deux années précédentes	Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir un processus en place pour signaler les erreurs médicales de façon confidentielle et sans préjudice	Pourcentage de cabinets/ d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir le matériel et les médicaments requis d'urgence pour traiter l'anaphylaxie	Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent surveiller l'observation des politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections
	Pourcentage de patients qui indiquent que le professionnel de la santé impliqué leur a dit qu'une erreur médicale avait eu lieu dans leur traitement	Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir un processus en place pour signaler les erreurs médicales de façon confidentielle et sans préjudice pour les membres du personnel médical susceptibles de faire des erreurs	Pourcentage de cabinets/ d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir un système de vérification des dates de préemption des médicaments d'urgence au moins une fois par an	Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent fournir des séances d'information et de formation sur l'hygiène des mains au personnel, aux fournisseurs de services et aux bénévoles
	Pourcentage de patients qui indiquent que le professionnel de la santé impliqué leur a dit qu'une erreur médicale avait eu lieu dans leur traitement	Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir en place un système de signalement des incidents afin de déterminer et de traiter les événements indésirables potentiellement graves		Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent évaluer la façon dont ils observent leurs méthodes acceptées d'hygiène des mains
	Pourcentage de patients qui indiquent avoir subi un problème sérieux par suite d'une erreur médicale produite au cours des deux années précédentes	Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent que, durant les six mois précédents, on leur a demandé s'ils avaient eu des problèmes liés à la prise de médicaments		Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent sensibiliser les patients et les familles aux méthodes de prévention des infections et leur fournir des renseignements à ce sujet

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine Sécurité (système)

Au niveau du système, il y a trois priorités aux fins d'évaluation et 19 mesures recommandées pour le domaine Sécurité (voir le tableau 8).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée

Priorité aux fins d'évaluation : *Gestion des médicaments, y compris le bilan comparatif des médicaments*

- Pourcentage de patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, ils ont discuté avec leur fournisseur de soins primaires les médicaments qui leur sont prescrits

Priorité aux fins d'évaluation : *Reconnaissance et gestion des effets indésirables, y compris les erreurs médicales*

- Pourcentage de patients qui croient avoir fait l'objet d'une erreur médicale au cours des deux années précédentes
- Pourcentage de patients qui indiquent que le professionnel de la santé concerné leur a dit qu'une erreur médicale avait été commise dans leur traitement

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

Priorité aux fins d'évaluation : *Gestion des médicaments, y compris le bilan comparatif des médicaments*

- Pourcentage des patients qui indiquent que, durant les 12 mois précédents, un fournisseur de soins de santé leur a expliqué les effets indésirables potentiels des médicaments qui leur sont prescrits
- Pourcentage des patients qui indiquent prendre au moins deux médicaments sur ordonnance et que, durant les 12 mois précédents, un fournisseur de soins de santé leur a donné une liste écrite de tous les médicaments sur ordonnance
- Pourcentage de patients qui, au cours des deux années précédentes, ne savait pas pourquoi on leur avait prescrit un nouveau médicament ou quand ou comment le prendre
- Pourcentage de fournisseurs/d'organisations de soins primaires qui indiquent utiliser la fonction médicaments à haut risque dans leur DME

Priorité aux fins d'évaluation : *Reconnaissance et gestion des événements indésirables, y compris les erreurs médicales*

- Pourcentage de patients qui indiquent avoir subi de graves problèmes par suite d'une erreur médicale commise au cours des deux années précédentes
- Pourcentage de patients qui indiquent avoir eu une réaction négative à un médicament prescrit par leur fournisseur de soins primaires ayant donné lieu à une visite à l'hôpital au cours des deux années précédentes
- Pourcentage de cabinets/ d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir un système de vérification des dates de préemption des médicaments d'urgence au moins une fois par an
- Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir un processus en place pour signaler les erreurs médicales de façon confidentielle et sans préjudice
- Pourcentage d'organismes de soins primaires qui indiquent avoir un processus en place pour signaler les erreurs médicales de façon confidentielle et sans préjudice pour les membres du personnel médical susceptibles de faire des erreurs

- Pourcentage d'organismes de soins primaires qui indiquent avoir en place un système de signalement des incidents afin de déterminer et de traiter les événements indésirables potentiellement graves
- Pourcentage de patients atteints d'affections chroniques qui indiquent que, durant les six mois précédents, on leur a demandé s'ils avaient eu des problèmes liés à la prise de médicaments
- Pourcentage de cabinets/d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir le matériel et les médicaments requis d'urgence pour traiter l'anaphylaxie

Priorité aux fins d'évaluation : *Prévention et contrôle des infections*

- Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent surveiller l'observation des politiques et procédures de prévention et de contrôle des infections
- Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent fournir des séances d'information et de formation sur l'hygiène des mains au personnel, aux fournisseurs de services et aux bénévoles
- Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent évaluer la façon dont ils observent leurs méthodes acceptées d'hygiène des mains
- Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent sensibiliser les patients et les familles aux méthodes de prévention des infections et leur fournir des renseignements à ce sujet

Système adéquatement outillé

Au niveau du système, il y a six priorités aux fins d'évaluation et 29 mesures pour ce domaine. Il n'y a pas de mesure au niveau des cabinets pour ce domaine ([Système adéquatement outillé \(système\) Partie 1](#), [Partie 2](#), [Partie 3](#), [Partie 4](#), [Partie 5](#)).

Tableau 9 : Résumé des mesures disponibles pour le domaine Système adéquatement outillé

Résumé des mesures disponibles* : Système adéquatement outillé		
	Nombre de mesures	
	Cabinet	Système
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport sous la forme recommandée*	s.o.	14
Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé	s.o.	1
Mesures non disponibles actuellement, mais qui pourraient faire l'objet d'un rapport à l'aide de l'infrastructure existante†	s.o.	0
Mesures non disponibles actuellement, mais incluses dans l'outil de sondage en cours d'élaboration‡; infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports	s.o.	0
Mesures non disponibles actuellement; nouvelle infrastructure requise pour la collecte de données, l'analyse et l'établissement de rapports§	s.o.	14
Total	s.o.	29

* Disponibilité à l'échelle de la province (et non locale)

† Par exemple, le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les rapports des cabinets de soins primaires de QSSO-IRSS

‡ Sondage de QSSO sur l'expérience des patients des cabinets de soins primaires

§ Par exemple, mesures fondées sur le DME et mesures signalées par les soignants ou les organisations

Comme le montre le tableau 9, les données sont disponibles actuellement pour 14 des 29 mesures.

L'annexe 13 contient la DMN pour ce domaine.

DOMAINE : Système adéquatement outillé (système) Partie 1

Priorité aux fins
d'évaluation

Financement et utilisation de systèmes électroniques pour communiquer avec d'autres établissements (voir aussi Efficience – Mise en place et utilisation efficace des dossiers médicaux électroniques/dossiers de santé électroniques)

Mesure recommandée

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent être capables de transférer les prescriptions par voie électronique à la pharmacie

LÉGENDE

- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- ☐ Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- ☐ Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Système adéquatement outillé (système) Partie 2

Priorité aux fins
d'évaluation

Composition des ressources humaines disponibles (compétence) et optimisation du champ d'exercice

Mesure recommandée

Nombre d'heures que les médecins de soins primaires indiquent consacrer en moyenne aux activités suivantes :

- a) Prestation directe de soins sans composante éducation
- b) Prestation directe de soins avec composante éducation
- c) Composante enseignement/éducation sans prestation directe de soins
- d) Prestation indirecte de soins
- e) Comités sur les installations de santé
- f) Administration
- g) Recherche
- h) Gestion du cabinet
- i) Éducation médicale permanente/ perfectionnement professionnel
- j) Autre

Fréquence moyenne d'utilisation et impact des activités de perfectionnement professionnel sur les cabinets de soins primaires

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent que leur temps est de plus en plus sollicité au travail en raison des facteurs suivants :

- Vieillesse de la population
- Accroissement de la complexité des cas
- Gestion des patients atteints de maladies/troubles chroniques
- Accroissement des attentes des patients
- Augmentation de la charge de travail et des formalités administratives
- Absence de services médicaux locaux/régionaux dans ma spécialité
- Absence de services médicaux locaux/régionaux dans d'autres spécialités
- Absence de services professionnels de soins de santé locaux/régionaux
- Inquiétudes au sujet de la responsabilité des médecins
- Autre
- Aucun des facteurs ci-dessus

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent exercer en équipe

Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent que leur équipe de médecins de soins primaires est complète

Nombre moyen d'employés du personnel administratif équivalent à temps plein travaillant dans des cabinets de soins primaires

Nombre moyen et équivalent à temps plein d'employés cliniques qui travaillent dans des cabinets de soins primaires, par discipline clinique

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent que leur organisation leur fournit un soutien (financier, sous forme de temps, autre) pour participer à des programmes de perfectionnement professionnel permanent, par type de soignant

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Système adéquatement outillé (système) Partie 3

Priorité aux fins
d'évaluation

Composition des ressources humaines disponibles (compétence) et optimisation du champ d'exercice

Mesure recommandée

Nombre moyen de médecins équivalent à temps plein travaillant dans des cabinets de soins primaires

Nombre moyen de patients que les médecins de soins primaires prennent en charge au sein de leur cabinet

Nombre moyen de soignants non médecins équivalent à temps plein travaillant dans des cabinets de soins primaires

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent exercer au cours d'une année :

Pourcentage de médecins de soins primaires qui, l'an dernier :

- ont fait appel à des médecins suppléants
- ont personnellement fourni des services de médecin suppléant à un autre médecin

- une petite partie de leur champ d'exercice complet
- environ la moitié de leur champ d'exercice complet
- la plus grande partie de leur champ d'exercice
- leur champ d'exercice complet

Nombre moyen d'heures exercées par les médecins de soins primaires par semaine

Pourcentage de temps que les médecins de soins primaires indiquent passer face à face avec les patients dans une semaine typique

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Système adéquatement outillé (système) Partie 4

Priorité aux fins
d'évaluation

Fonds reçus par les cabinets de soins primaires (par catégorie) (voir aussi Efficience – Coût des soins de santé par habitant)

Milieus de travail sains et sécurité

Mesure recommandée

Pourcentage du revenu que les médecins de soins primaires indiquent consacrer aux frais généraux

Pourcentage du financement des coûts de fonctionnement des organisations de soins primaires qui vient de ce qui suit :

- a) Frais généraux pour les médecins
- b) Entreprises privées (sociétés, pharmacies, dons, fondations)
- c) Frais facturés aux patients (p. ex., frais d'ouverture ou de gestion des dossiers)
- d) Budget du système de santé (hôpital)
- e) Subvention de fonctionnement de l'infrastructure ou programme gouvernemental

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent avoir pris les dispositions nécessaires pour assurer leur sécurité en milieu de travail, par type de soignant

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent s'être absentés pendant deux semaines ou plus en raison d'un épuisement professionnel au cours des 12 mois précédents, par type de soignant

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent avoir subi une blessure au travail au cours des 12 mois précédents, par type de soignant

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui étaient satisfaits de la qualité générale de leur vie professionnelle et personnelle au cours des 12 mois précédents, par type de soignant

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

DOMAINE : Système adéquatément outillé (système) Partie 5

Priorité aux fins
d'évaluation

Planification et amélioration

Champ d'exercice complet

Mesure recommandée

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent recevoir de l'information sur la manière dont la performance clinique de leur cabinet se compare à celle d'autres cabinets :

- Régulièrement
- Occasionnellement

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent revoir certains domaines de leur performance clinique par rapport à des objectifs, au moins une fois par an

Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent que leur cabinet reçoit et examine régulièrement des données sur les aspects suivants des soins prodigués à leurs patients :

- Résultats cliniques
- Sondages sur la satisfaction des patients et les expériences en matière de soins
- Hospitalisations des patients ou utilisation des urgences
- Fréquence des prescriptions de tests de diagnostic
- Fréquence de diverses affections
- Fréquence des orientations vers les services de spécialistes/spécialisés

Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir mis en place des processus pour obtenir des commentaires de la collectivité pour la planification de leurs services

Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent avoir participé à des initiatives de l'amélioration de la qualité au sein de leur cabinet :

- Régulièrement
- Rarement

Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir mis en place un ou plusieurs changements dans les pratiques cliniques après avoir déployé des initiatives d'amélioration de la qualité au cours des 12 mois précédents

Pourcentage de médecins de soins primaires qui fournissent un vaste éventail de services médicaux en soins primaires

LÉGENDE

- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport
- Mesure faisant actuellement l'objet d'un rapport pour laquelle il est recommandé de modifier le libellé
- Mesure actuellement non disponible

Aperçu des mesures relatives au domaine **Système adéquatement outillé (système)**

Au niveau du système, il y a six priorités aux fins d'évaluation et 29 mesures recommandées pour le domaine Système adéquatement outillé (voir le tableau 9).

A. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport

Priorité aux fins d'évaluation : *Financement et utilisation de systèmes électroniques pour communiquer avec d'autres établissements*

- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent être capables de transférer les prescriptions par voie électronique à la pharmacie
- **Priorité aux fins d'évaluation :** *Composition des ressources humaines disponibles (compétences) et optimisation du champ d'exercice*
- Nombre d'heures que les médecins de soins primaires indiquent consacrer en moyenne aux activités suivantes : a) prestation directe de soins sans composante éducation; b) Prestation directe de soins avec composante éducation; c) Composante enseignement/éducation sans prestation directe de soins; d) Prestation indirecte de soins; e) Comités sur les installations de santé; f) administration; g) recherche; h) gestion du cabinet; i) éducation médicale permanente/ perfectionnement professionnel; j) autre
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent que leur temps est de plus en plus sollicité au travail en raison des facteurs suivants : vieillissement de la population, accroissement de la complexité des cas, gestion des patients atteints de maladies/troubles chroniques, accroissement des attentes des patients, augmentation de la charge de travail et des formalités administratives, absence de services médicaux locaux/régionaux dans ma spécialité, absence de services médicaux locaux/régionaux dans d'autres spécialités, absence de services professionnels de soins de santé locaux/régionaux, inquiétudes au sujet de la responsabilité des médecins, autre, aucun des facteurs ci-dessus
- Nombre moyen de médecins équivalent à temps plein travaillant dans des cabinets de soins primaires
- Nombre moyen de soignants non médecins équivalent à temps plein travaillant dans des cabinets de soins primaires
- Nombre moyen d'heures exercées par les médecins de soins primaires par semaine
- Pourcentage de temps que les médecins de soins primaires indiquent passer face à face avec les patients dans une semaine typique
- Nombre moyen de patients que les médecins de soins primaires prennent en charge au sein de leur cabinet
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui, l'an dernier : ont fait appel à des médecins suppléants; ont personnellement fourni des services de médecin suppléant à un autre médecin

Priorité aux fins d'évaluation : *Fonds reçus par cabinet de soins primaires (par catégorie)*

- Pourcentage du revenu que les médecins de soins primaires indiquent consacrer aux frais généraux
- **Priorité aux fins d'évaluation :** *Planification et amélioration*
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent recevoir de l'information sur la manière dont la performance clinique de leur cabinet se compare à celle d'autres cabinets : régulièrement; occasionnellement
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent revoir certains domaines de leur performance clinique par rapport à des objectifs, au moins une fois par an

Priorité aux fins d'évaluation : *Champ d'exercice complet*

- Pourcentage de médecins de soins primaires qui fournissent un vaste éventail de services médicaux en soins primaires

B. Mesures faisant actuellement l'objet d'un rapport pour lesquelles il est recommandé de modifier le libellé ou mesures non disponibles actuellement

- Priorité aux fins d'évaluation : *Composition des ressources humaines disponibles (compétences) et optimisation du champ d'exercice*
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent que leur organisation leur fournit un soutien (financier, sous forme de temps, autre) pour participer à des programmes de perfectionnement professionnel permanent, par type de soignant
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent exercer en équipe
- Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent que leur équipe de médecins de soins primaires est complète
- Nombre moyen d'employés du personnel administratif équivalent à temps plein travaillant dans des cabinets de soins primaires
- Nombre moyen et équivalent à temps plein d'employés cliniques qui travaillent dans des cabinets de soins primaires, par discipline clinique
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent exercer au cours d'une année : une petite partie de leur champ d'exercice complet, environ la moitié de leur champ d'exercice complet, la plus grande partie de leur champ d'exercice, leur champ d'exercice complet

Priorité aux fins d'évaluation : *Fonds reçus par cabinet de soins primaires (par catégorie)*

- Pourcentage du financement des coûts de fonctionnement des organisations de soins primaires qui vient de ce qui suit : a) frais généraux pour les médecins; b) entreprises privées (sociétés, pharmacies, dons, fondations); c) Frais facturés aux patients (p. ex., frais d'ouverture ou de gestion des dossiers); d) Budget du système de santé (hôpital); e) subvention de fonctionnement de l'infrastructure ou programme gouvernemental

Priorité aux fins d'évaluation : *Milieus de travail sains et sécurité*

- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent avoir pris les dispositions nécessaires pour assurer leur sécurité en milieu de travail, par type de soignant
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent s'être absentes pendant deux semaines ou plus en raison d'un épuisement professionnel au cours des 12 mois précédents, par type de soignant
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent avoir subi une blessure au travail au cours des 12 mois précédents, par type de soignant
- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui étaient satisfaits de la qualité générale de leur vie professionnelle et personnelle au cours des 12 mois précédents, par type de soignant

Priorité aux fins d'évaluation : *Planification et amélioration*

- Pourcentage de fournisseurs de soins primaires qui indiquent avoir participé à des initiatives de l'amélioration de la qualité au sein de leur cabinet : régulièrement, rarement

- Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir mis en place des processus pour obtenir des commentaires de la collectivité pour la planification de leurs services
- Pourcentage d'organisations de soins primaires qui indiquent avoir mis en place un ou plusieurs changements dans les pratiques cliniques après avoir déployé des initiatives d'amélioration de la qualité au cours des 12 mois précédents
- Pourcentage de médecins de soins primaires qui indiquent que leur cabinet reçoit et examine régulièrement des données sur les aspects suivants des soins prodigués à leurs patients : résultats cliniques, sondages sur la satisfaction des patients et les expériences en matière de soins, hospitalisations des patients ou utilisation des urgences, fréquence des prescriptions de tests de diagnostic, fréquence de diverses affections, fréquence des orientations vers les services de spécialistes/spécialisés

Équité

Il est extrêmement important de se pencher sur l'équité dans les soins primaires en raison des inégalités bien reconnues et persistantes liées à l'accès aux services de soins primaires et à l'attention de tels services de qualité supérieure parmi les populations vulnérables. La meilleure façon de régler ces problèmes d'inégalité serait de mesurer régulièrement le domaine équité et d'en rendre compte. On parvient à établir l'équité dans les soins primaires lorsque l'accès, la qualité et les résultats sont égaux parmi les sous-groupes de la population présentant des caractéristiques socio-économiques et démographiques différentes. L'équité est un concept commun aux autres domaines associés à la performance des soins primaires. Pour évaluer l'équité, il faut examiner les mesures du rendement se rapportant aux aspects des soins primaires (comme l'accès, un système axé sur les patients, l'efficacité et la sécurité) par rapport aux caractéristiques de la population pouvant être associées aux inégalités dans les soins de santé.

Le Comité directeur pour le cadre de MRSP a recommandé 14 caractéristiques démographiques à utiliser lors de l'évaluation de l'équité dans les soins primaires : âge, genre/sexe, lieu (localité urbaine/rurale), identité ethnoculturelle, handicap, soutien social, revenu, éducation, orientation/identité sexuelle, langue, immigration, santé mentale, statut d'autochtone et emploi.

Le groupe de travail technique a établi des définitions opérationnelles pour ces caractéristiques dans les sources de données existantes et a choisi une mesure recommandée pour chacune des 14 caractéristiques aux fins d'inclusion dans les sondages des patients et des populations et, dans la mesure du possible, dans les ensembles de données administratives sur la santé (annexe 14). Comme l'annexe l'indique, nous recommandons d'utiliser le genre plutôt que le sexe pour évaluer l'équité.

Treize des quatorze caractéristiques se trouvent dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et six sont incluses dans le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé (SESS) du ministère de la Santé et des Soins de longue. L'information sur les caractéristiques socio-économiques incluses dans les ensembles de données administratives sur la santé se limite habituellement à l'âge, au sexe, au lieu (urbain/rural) comme l'indiquent le code postal et le niveau de revenu dans le quartier. Toutefois, il est possible de relier les données administratives détenues par le ministère et l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) au niveau individuel avec les données de l'ESCC et du SESS pour les patients qui ont participé au sondage et consentent à ce que le lien avec les données administratives soit établi lorsqu'ils répondent au questionnaire. Pour cet échantillon de la population, l'équité peut être évaluée en rapport avec n'importe laquelle des caractéristiques socio-économiques que le sondage mesure.

Ajustement des risques

Pour que la comparaison entre la performance de divers établissements soit valide (p. ex., différents cabinets de soins primaires ou différentes régions), les différences dans les caractéristiques sociales et de santé de la population et dans l'accès aux ressources de santé doivent souvent être prises en compte par le biais d'un processus statistique « ajustement des risques » conçu pour réduire au minimum les répercussions de ces différences. Le groupe de travail technique a proposé un ensemble d'outils pour ajuster les risques potentiels indiqués dans le tableau 10. Il y a encore du travail à faire pour recommander un ensemble prioritaire d'outils d'ajustement des risques, définir et déterminer les sources de données pour les outils d'ajustement recommandés et déterminer la façon d'intégrer les variables dans des modèles d'ajustement des risques.

Tableau 10 : Ajustement potentiel des risques variables

Ajustement potentiel des risques variables			
Caractéristiques des patients/de la population	Caractéristiques de la collectivité	Caractéristiques du système de santé local	Caractéristiques de l'organisation/du soignant
Âge Sexe Ruralité État de santé	Taille de la population Bien-être économique Inégalité des revenus Ratio de dépendance Indice de privation sociale Indice de marginalisation de l'Ontario Pourcentage de la population composé de : Immigrants Autochtones Francophones Itinérants	Médecins de soins primaires ETP par habitant Fournisseur de soins primaires non-médecin Fournisseurs de soins ETQ par habitant Médecins spécialistes par habitant Lits d'hôpital par habitant Lits de soins de longue durée par habitant	Taille du comité

Analyse stratifiée

Pour étudier la relation entre les caractéristiques de la santé spécifiques ou les caractéristiques du système de santé et la performance des soins primaires, il est peut-être souhaitable de réaliser des analyses stratifiées en plus de celles effectuées pour l'évaluation de l'équité. Ces analyses pourraient servir à répondre des questions pour étayer l'établissement de politiques, à savoir :

- La performance des soins primaires varie-t-elle d'un modèle de soins primaires à l'autre?
- La performance des soins primaires varie-t-elle avec la présence et le nombre de troubles de santé chroniques?

Lorsque le cadre de MRSP est mis en œuvre et peaufiné, il sera important de réfléchir à la capacité de réaliser ce type d'analyse et de la renforcer.

Mise en œuvre

Façon dont les mesures recommandées peuvent être utilisées

Les mesures recommandées constituent une riche source de mesures de la performance des soins primaires. Elles sont pour une vaste gamme d'intervenants un outil très utile qui peut être utilisé régulièrement pour étayer la prise de décision. Les cliniciens, les organisations de soins primaires et les dirigeants du système, les chercheurs, les organismes représentant les patients et le public peuvent puiser dans cette banque de mesures recommandées pour répondre à leurs besoins. Pour certaines mesures, les données proviendront de sources de données ou de rapports existants. Dans d'autres cas, les utilisateurs devront recueillir les données eux-mêmes en utilisant les mesures recommandées. Ces mesures peuvent aider :

- les cabinets de soins primaires à déterminer ce qui peut être amélioré;
- les cliniciens en soins primaires à évaluer et à étudier un aspect de leur champ d'exercice comme une activité d'apprentissage réfléchi;
- les chercheurs à sélectionner les mesures des résultats pour les utiliser dans les services cliniques, de santé et la recherche de politiques relatives aux soins primaires;
- les dirigeants du système de santé et les décideurs à suivre la performance du système et à évaluer l'impact des politiques et des innovations du système;
- les évaluateurs à évaluer la mise en œuvre et l'impact de programmes innovateurs sur les soins primaires;
- des organismes comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, cyberSanté Ontario et OntarioMD à sélectionner les investissements dans les DME/DSE et à établir des normes pour les données du DME et les spécifications concernant les fournisseurs;
- Qualité des services de santé Ontario à élargir et à améliorer son travail de production de rapports sur la performance des soins primaires;
- les planificateurs et les décideurs à planifier en tenant compte des besoins de la population;
- les groupes de défense des patients et la société civile à évaluer la façon dont le secteur des soins primaires répond aux besoins des patients, des aidants familiaux et du public.

Toutes ces utilisations pourraient aider le secteur ontarien des soins primaires à réaliser le triple objectif d'une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure façon d'utiliser les ressources.

Que peut-on mesurer et signaler maintenant?

Au niveau du système, 48 (27 %) des 179 mesures recommandées sont actuellement disponibles au niveau des réseaux locaux d'intégration des services de santé et 90 mesures (50 %) sont disponibles au niveau provincial. L'annexe 4 présente un aperçu des mesures disponibles, les mesures du cadre de MRSP proviennent de sources multiples, y compris le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé (SESS) du ministère, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth sur les politiques de la santé et les ensembles de données administratives détenues par l'IRSS et Action cancer Ontario. La régularité et la fréquence des rapports varient entre les sources. Les mesures existantes pourraient être rassemblées pour former des rapports intégrés sur la performance des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et du système de soins primaires provincial. Nous pourrions accroître le nombre de mesures recommandées disponibles à court terme en ajoutant de nouvelles questions au SESS et en accroissant le nombre de mesures dérivées des données administratives détenues par l'IRSS.

Seulement 15 (13 %) des 112 mesures du niveau des cabinets dans le cadre de MRSP seront largement disponibles dans un proche avenir aux cliniciens du secteur des soins primaires, principalement par le biais des rapports des cabinets de soins primaires de l'IRSS-HQO et d'Action cancer Ontario (ACO). Toutefois, un nombre croissant de cabinets de soins primaires (en particulier les équipes de santé familiale et les centres de santé communautaires) et d'organismes représentatifs (p. ex., l'Association des centres de santé de l'Ontario et l'Association of Family Health Team of Ontario) génèrent leurs propres données sur la performance par l'entremise de leurs DME et des sondages des patients. QSSO, de concert avec les intervenants clés, élabore et teste un sondage sur l'expérience des patients que les cabinets pourront utiliser en 2015.

Plusieurs centaines de cabinets de soins primaires de l'Ontario soumettent les données du DME au Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP), à la base de données EMERALD et aux Business and Intelligence Reporting Tools (BIRT) des CSC, et reçoivent des rapports réguliers sur les mesures du rendement fondées sur le DME, y compris des comparaisons avec les homologues.

Prioriser un sous-ensemble de mesures pour la mise en œuvre à court terme

Conscient du nombre important de mesures recommandées et de la disponibilité limitée des données associées à ces mesures, particulièrement au niveau des cabinets, le comité directeur a identifié la nécessité d'entreprendre un processus de priorisation. Ce processus, qui utilise une approche systématique et s'inspire de processus similaires menés à bien ou actuellement en cours, inclura des intervenants importants. Il déterminera deux sous-ensembles de 10 à 20 mesures de la performance à forte valeur ajoutée — le premier au niveau du système, l'autre au niveau des cabinets. Le processus de priorisation favorisera les mesures pour lesquelles les données sont disponibles et se concentrera sur la validité et l'utilité des principaux intervenants : les patients, les aidants, les fournisseurs de soins primaires et les décideurs. Le processus de priorisation se déroulera pendant l'automne 2014, et les sous-ensembles de mesures priorisées seront disponibles fin 2014 ou début 2015.

Développement de mesures agrégées

Pour améliorer la qualité, il est utile d'avoir un grand nombre de mesures spécifiques afin de déterminer avec précision les domaines nécessitant une attention. Toutefois, en ce qui concerne d'autres buts (p. ex., établir un aperçu d'une organisation de la performance d'un organisme de soins primaires ou du système), il est préférable d'avoir un ensemble plus petit de mesures. Une approche consiste à déterminer un sous-ensemble de priorités aux fins d'évaluation, comme il est décrit ci-dessus. Une autre approche consiste à combiner des mesures au sein d'un domaine des soins primaires afin de produire une évaluation globale du rendement. Cette agrégation peut être réalisée au niveau du domaine (p. ex., efficacité) ou du sous-domaine (p. ex., gestion des affections chroniques au sein du domaine efficacité) ou d'autres manières (p. ex., les composantes du triple objectif : santé, expérience du patient et coût). Les méthodes d'établissement des mesures composées sont bien établies (p. ex., <http://www.oecd.org/std/42495745.pdf>).

En ce qui concerne l'établissement de mesures agrégées de la performance il est très important de décider si et comment pondérer les mesures individuelles qui contribuent au résultat total. Les options comprennent une pondération égale des éléments ou de la pondération fondée sur un ou plusieurs des éléments suivants : preuve reliant les mesures individuelles aux résultats pour la santé, préférences du clinicien ou des patients/du public. Le travail d'établissement des mesures agrégées de la performance des soins primaires pourrait être réalisé de concert avec des chercheurs.

Développement/amélioration de l'infrastructure

La plupart des mesures incluses dans le cadre (87,5 % des mesures recommandées pour les cabinets et 57 % des mesures recommandées pour le système) exigent des données qui ne sont pas disponibles actuellement. L'évaluation de la performance concernant ces mesures exigera la mise en place d'une nouvelle infrastructure. Les principaux besoins à cet égard se présentent comme suit :

- Un répertoire commun des données provenant des DME qui fournirait aux cabinets une rétroaction régulière sur leur rendement au fil du temps et la manière dont ils se comparent avec d'autres. Une telle rétroaction fournirait

l'information nécessaire pour prendre les mesures qui s'imposent au niveau du patient individuel dans le cadre d'un processus de ré-identification du patient au sein du cabinet. Il existe déjà trois répertoires (RCSSSP, EMERALD et l'outil BIRT des CSC), mais ils ne comprennent actuellement qu'une petite proportion de fournisseurs de soins primaires en Ontario. Il faudra à un moment donné établir un répertoire de données provenant des DME ayant la capacité de répondre aux besoins de tous les patients, cabinets et fournisseurs de soins primaires. L'Ontario Medical Association a entrepris d'établir un plan d'activité pour un service appelé insights4Care, qui aurait la capacité de servir cette fonction (et d'autres) pour tous les cabinets médicaux de la province. Ce programme sera lancé à l'essai à la mi-2014. QSSO est un partenaire logique dans cette initiative.

- Une enquête sur l'expérience des patients qui fournirait aux cabinets médicaux une rétroaction régulière au fil du temps sur leur rendement et en comparaison avec celui d'autres cabinets (65 mesures au niveau des cabinets). Comme il est indiqué ci-dessus, QSSO, de concert avec plusieurs partenaires du secteur des soins primaires, publiera les résultats d'une enquête sur l'expérience des patients que les cabinets de soins primaires pourront utiliser s'ils le souhaitent. Étant donné que l'accès aux ressources financières et techniques nécessaires à l'administration d'une telle enquête sur l'expérience des patients varie entre les cabinets de soins primaires, il est probable que la mise en œuvre sera aussi variable. Par conséquent, la capacité d'établir des comparaisons entre les cabinets sera limitée. En fin de compte, il serait peut-être souhaitable de procéder à une enquête normalisée couvrant tous les cabinets de soins primaires, soit en fournissant un financement et un soutien technique aux cabinets pour qu'ils effectuent l'enquête et publient les résultats agrégés de manière centrale (p. ex., QSSO) ou comme en Angleterre, par le biais d'un sondage de la population effectué par un organisme central qui génère des données au niveau des cabinets qui leur sont ensuite retransmises. (<https://gp-patient.co.uk/>).
- Un mécanisme de collecte de données par les soignants individuels, soit au moyen d'un sondage régulier des fournisseurs de soins primaires ou d'un questionnaire associé au renouvellement de l'adhésion annuelle à l'association ou à l'ordre professionnel des soignants. Cette approche fondée sur le renouvellement de l'adhésion a l'avantage de fournir des données plus complètes que celles qui seraient obtenues dans le cadre d'un sondage mené auprès des fournisseurs de soins. Le contenu de ces questionnaires et l'accès aux données agrégées devraient être négociés avec les organismes respectifs. Ceux-ci pourraient ne pas vouloir divulguer des données au niveau des soignants individuels, en particulier si elles sont utilisées dans des rapports publics ou pour la rémunération des soignants. Le Sondage national des médecins (SNM) de 2010 comprenait un petit nombre (neuf) de mesures recommandées pour les soignants. Cependant, les changements apportés au format du questionnaire rendent la disponibilité future de ces mesures incertaine. Le SNM et l'enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de la santé auprès des soins primaires fournissent des données uniquement au niveau provincial et seulement de la part de médecins. Étant donné le nombre croissant d'équipes de soins primaires interprofessionnelles en Ontario, les sondages ou d'autres méthodes de collecte des données qui comprennent des fournisseurs de soins primaires autres que des médecins doivent être mis au point, bien que l'absence d'un registre complet de fournisseurs de soins primaires rende cette tâche difficile.
- Un mécanisme de collecte de données par les organisations. Comme les mesures concernant les soignants, les données requises pourraient être obtenues soit dans le cadre d'un nouveau sondage ou via des mécanismes déjà utilisés pour recueillir des données. Par exemple la collecte de données pourrait être reliée à la soumission des plans d'amélioration de la santé.
- Un mécanisme pour combiner les mesures du rendement des soins primaires provenant de sources multiples. Pour être vraiment utiles aux utilisateurs au niveau des cabinets et du système, les données provenant de sources multiples devront être rassemblées dans des rapports cohérents et clairs. Dans une certaine mesure, QSSO remplit déjà cette fonction au niveau du système en raison de ses activités en matière de présentation de rapports et commence à le faire au niveau des cabinets (au moyen du *Rapport des cabinets de soins primaires*), bien que ce document ne contienne que des données administratives.

Rôles et responsabilités des organismes au chapitre de la collecte et de l'analyse des données

Dans le cadre de l'initiative de MRSP, les nombreux intervenants représentés au sein du comité directeur ont souligné l'importance d'utiliser une approche intégrée pour publier des rapports sur la performance des soins primaires dans lesquels les données provenant de sources multiples seront disponibles et accessibles. Par nécessité, plusieurs organismes (dont l'IRSS, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ACO, QSSO, l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et autres) recueilleront, intégreront et analyseront les données pour le cadre de MRSP. L'IRSS détient déjà un grand nombre des ensembles de données pertinents et est bien placé pour assumer le rôle élargi d'organismes chargés d'intégrer les données. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le rassemblement des données provenant des DME pourrait appuyer l'évaluation de la performance des soins primaires. Un organisme existant ou nouveau devra être désigné et recevoir le soutien nécessaire pour s'acquitter de cette fonction. Il existe plusieurs organismes ou réseaux en Ontario qui pourraient se réunir pour assumer cette fonction ou travailler dans le cadre d'un nouveau partenariat. Des initiatives comme EMERALD et le projet insights4Care proposé pourraient devoir combiner plusieurs sources de données (p. ex., données des DMO et données administratives au niveau des cabinets).

Mise au point/modification d'instruments de collecte de données

Quarante-neuf des 68 mesures recommandées fondées sur le sondage de la population pour le système ne sont pas incluses actuellement dans le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé (SESS) du ministère de la Santé et des Soins de longue. La Direction de l'analytique en matière de santé examinera les mesures recommandées afin de décider celles qui pourraient être ajoutées à ce sondage et, pour limiter la longueur du questionnaire, voir si certaines mesures non recommandées peuvent être retirées. De même, 53 des 65 mesures recommandées fondées sur le sondage sur l'expérience des patients ne sont pas incluses actuellement dans le sondage que QSSO et ses partenaires mettent au point et testent. Ces mesures pourraient être incluses dans les futures éditions du sondage.

Pour 17 mesures recommandées pour le système, le groupe de travail technique a recommandé que le libellé se rapportant aux mesures incluses dans les sondages existants soit modifié (p. ex., SESS, enquêtes du Fonds du Commonwealth auprès des médecins de soins primaires). QSSO communiquera ses recommandations aux organismes responsables de la conception de ces sondages.

Le nombre et le manque de normalisation des produits du DME existants compliquent le processus d'extraction et de partage des données aux fins d'évaluation de la performance et d'amélioration, même pour les utilisateurs les plus chevronnés et déterminés. Il faut absolument renouveler d'efforts pour obliger les fournisseurs à intégrer des éléments pour obtenir des données normalisées de qualité supérieure, à tenir compte des soignants autres que les médecins et des soins prodigués en équipe, à faciliter le transfert et l'échange de données, y compris sur les patients (et à simplifier les processus d'extraction et d'analyse des données. CyberSanté Ontario et OntarioMD, qui s'appuient sur le travail déployé en permanence par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIC) au sujet du contenu standard du DME, jouent un rôle déterminant pour faire progresser ce travail. Le contenu normalisé du DME de l'ICIS comprend un sous-ensemble de données prioritaires afin de faciliter la saisie de données codifiées normalisées au lieu de soins¹². Il faut aussi songer à la formation des soignants, au soutien technique et aux incitatifs pour encourager la saisie de données structurées.

Essai et validation

Les mesures de la performance recommandée fondées sur les sondages des patients et des populations proviennent de plusieurs sources. Dans la plupart des cas il s'agit de sondages qui ont fait l'objet de nombreux tests et sont utilisés partout au Canada et dans d'autres cadres. Cependant, étant donné qu'elles n'ont pas été utilisées ensemble au sein du même outil de sondage, nous recommandons vivement que les nouveaux tests mis au point à l'aide des mesures provenant du cadre de MRSP soient testés et validés de manière appropriée.

Gestion responsable des données, protection de la vie privée et accès

Les organismes qui détiennent des renseignements sur la santé comprennent les cabinets et les organisations qui détiennent ou contrôlent des renseignements personnels sur la santé, y compris des fournisseurs de soins de santé et des cabinets et organisations qui sont désignés comme détenteurs de l'information sur la santé. Toute transmission de renseignements personnels sur la santé ou de données individuelles est assujettie aux règles de protection de la vie privée et de confidentialité énoncées dans la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession¹³. Un processus de consentement sera nécessaire pour communiquer les données au niveau des soignants ou des cabinets avec tout autre organisme. Il faudra déployer des efforts collectifs pour informer le public et les professionnels de la santé sur la façon dont l'information est utilisée et dans quels buts et obtenir leur participation.

Harmonisation des initiatives

On a réfléchi à l'harmonisation de l'initiative de MRSP avec d'autres initiatives de mesures du rendement et d'amélioration de la qualité existantes lors de l'établissement du cadre. Nous continuerons à étudier cette harmonisation tout au long de l'application et de la mise au point du cadre au fil du temps. Chaque fois que plusieurs mesures répondaient à nos critères de sélection pour régler une priorité aux fins d'évaluations particulières, le groupe de travail sur les mesures a sélectionné des mesures faisant actuellement l'objet de rapports en Ontario si elles étaient disponibles. Les membres du comité directeur et des groupes de travail comprennent des organismes qui dirigent d'autres initiatives d'évaluation de la performance et d'amélioration de la qualité. Cette façon de procéder a facilité le processus d'harmonisation et nous continuerons de procéder ainsi à l'avenir.

Amélioration des mesures du rendement et de la qualité des soins

Au fur et à mesure que l'initiative évoluait, le comité directeur a insisté sur l'importance de mettre au point un processus pour la mise en œuvre globale du cadre de MRSP et la nécessité de soutenir les patients, les soignants et les décideurs tout au long de cette initiative d'évaluation et d'amélioration. Le cadre de MRSP décrit ce qu'il faut mesurer – première étape de l'initiative. De concert avec plusieurs organismes partenaires, QSSO établira un plan de haut niveau afin d'identifier les lacunes et les obstacles à l'évaluation de la performance, et un cheminement potentiel pour l'an prochain. Les associations professionnelles représentant les fournisseurs de soins primaires ont un rôle important à jouer dans la mise en œuvre du cadre.

L'évaluation de la performance peut détecter des possibilités d'amélioration et les répercussions de ces efforts, mais les données sur la performance ne peuvent à elles seules déterminer les changements nécessaires ou la façon de les réaliser. Pour améliorer la performance, les fournisseurs et organisations de soins primaires, les dirigeants du système de santé et les décideurs doivent comprendre les méthodes d'amélioration de la qualité, avoir la capacité de les appliquer et accéder à l'information sur les pratiques exemplaires. Pour surmonter ce défi, il faudra que les divers intervenants, dont le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, QSSO et les associations représentant les fournisseurs de soins primaires travaillent de concert avec des scientifiques et éducateurs du secteur de la santé, les patients et, surtout, les fournisseurs de soins primaires eux-mêmes.

Évaluation de l'initiative de MRSP

Qualité des services de santé Ontario et ses partenaires ont investi énormément de temps et de ressources dans l'initiative de MRSP. Bien qu'il ne soit peut-être pas possible d'attribuer les changements dans la santé, les expériences des patients et les coûts des soins de santé directement à cette initiative, étant donné les nombreuses autres influences concurrentes sur ces résultats, l'évaluation du processus de mise en œuvre est à la fois réalisable et appropriée. Nous recommandons de demander une évaluation informative indépendante de la mise en œuvre du cadre de MRSP. Cette évaluation servirait à déterminer les réussites et les défis. Pour être vraiment utiles, la mise en œuvre et l'évaluation du cadre devraient commencer simultanément.

Structure et processus de mise à jour et de modification du cadre de MRSP

Le cadre de MRSP devra être revu de façon à tenir compte des preuves émergentes, des nouveaux modèles de soins primaires, des priorités stratégiques changeantes, des nouvelles sources de données et de l'évolution des besoins en matière d'information sur les soins primaires. Les rôles et le point de vue des soignants autres que les médecins, des patients et des aidants doivent notamment être mieux reflétés dans les futures éditions du cadre et des mesures. On prévoit que ce processus se reproduira trois à cinq fois par an, voire plus fréquemment si besoin est. Il faut aussi établir des structures et des processus auxquels participeront les intervenants clés, dont les patients, les aidants et le public, pour diriger la mise à jour et la révision de ce cadre.

Résumé

Recommandations

Afin d'appuyer la transition vers une meilleure évaluation de la performance des soins primaires, le Comité directeur pour le cadre de MRSP dirigera la mise en œuvre du cadre de MRSP au cours des deux prochaines années. Tous les intervenants du secteur des soins primaires en partageront la responsabilité. Le comité directeur recommande ce qui suit :

1. Accélérer les efforts afin d'obliger les fournisseurs à intégrer des données normalisées de qualité supérieure, de faciliter la saisie de données normalisées, le transfert et l'échange de données et de simplifier les processus d'extraction et d'analyse des données. L'ICIS santé, cyberSanté Ontario, OntarioMD et QSSO, de concert avec des fournisseurs de soins primaires qui utilisent déjà leurs propres données ont un rôle important à jouer pour faire avancer cette initiative.
2. Créer l'infrastructure nécessaire pour rendre les mesures disponibles dans toute la province au niveau des cabinets et du système, y compris : des mécanismes pour rassembler les données du DME afin d'informer régulièrement les cabinets sur leur performance et la façon dont ils se comparent à leurs homologues; un sondage auprès des patients des cabinets qui sera une source de rétroaction régulière pour les cabinets au fil du temps et leur permettra de se comparer à leurs homologues; un outil de collecte des données auprès des soignants individuels; un outil de collecte des données auprès des organisations et un mécanisme pour rassembler les mesures de la performance des soins primaires de sources multiples.
3. Créer des mesures agrégées de la performance des soins primaires afin de fournir des mesures globales du rendement au niveau des domaines (p. ex., Efficacité) ou des domaines secondaires (p. ex., gestion des affections chroniques).
4. Déterminer qui, au sein des organisations, est chargé de produire des rapports clairs et cohérents à l'aide des données sur l'évaluation de la performance. Qualité des services de santé Ontario le fait déjà au niveau du système et commence à fournir ce genre de rapport au niveau des cabinets (rapports des cabinets de soins primaires).
5. Inclure les mesures du cadre de MRSP dans les nouveaux outils de sondage ou actualiser ceux qui existent déjà, et souligner que ces mesures ont été établies à la suite d'un vaste processus de participation et sont étayées par les conclusions des consultations.
6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, QSSO et les associations représentant les fournisseurs de soins primaires font équipe avec les scientifiques et les éducateurs du secteur de la santé, les patients et les fournisseurs de soins primaires, travaillent ensemble pour faire connaître aux dirigeants du système de santé et aux décideurs le processus d'évaluation de la performance, les méthodes d'amélioration de la qualité et les pratiques exemplaires.
7. Mettre à jour et revoir le cadre de MRSP, au besoin, afin de tenir compte des preuves émergentes, des priorités stratégiques changeantes, des nouvelles sources de données et des besoins changeants en matière d'information, en utilisant des structures et des processus auxquels peuvent participer divers intervenants, dont les patients, les aidants et le public.
8. Commander une évaluation formative indépendante de la mise en œuvre du cadre de MRSP afin de détecter et de résoudre les problèmes de mise en œuvre et de déterminer les réussites et de les renforcer.

Étapes suivantes

Afin d'appuyer la transition vers une meilleure évaluation de la performance des soins primaires :

1. À court terme, le Comité directeur pour le cadre de MRSP sélectionnera deux sous-ensembles de priorités aux fins d'évaluation et a recommandé des méthodes de collecte de données afin de faciliter l'évaluation immédiate au niveau des cabinets et du système; ces mesures et méthodes seront disponibles fin 2014 ou début 2015.
2. À court terme, QSSO continuera de collaborer avec les intervenants clés pour établir et tester un sondage sur les expériences des patients que les cabinets de soins primaires pourront administrer et utiliser en 2015.
3. L'an prochain, QSSO, de concert avec plusieurs organismes intéressés, établira un plan pour détecter les lacunes et les obstacles dans l'évaluation de la performance et les moyens d'y remédier.
4. QSSO communiquera les recommandations du comité directeur relatives à la modification du libellé des mesures dans les sondages existants (p. ex., Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé) aux organismes responsables et participera aux discussions pancanadiennes avec le Fonds du Commonwealth sur la modification des questions des enquêtes du Fonds du Commonwealth auprès des médecins de soins primaires.
5. La Direction de l'analytique en matière de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée examinera les mesures recommandées du cadre de MRSP afin d'étudier la possibilité d'en ajouter au SESS.
6. S'inspirant des mesures du cadre de MRSP, QSSO étudiera s'il est possible de s'associer à des chercheurs afin d'élaborer des mesures agrégées qui faciliteront l'évaluation de la performance générale des divers domaines du secteur des soins primaires.

Le travail que nous avons réalisé jusqu'ici a renforcé les collaborations, accru le partage de l'information et approfondi notre connaissance des importantes initiatives d'évaluation de la performance des soins primaires en cours. Il est tout aussi important de souligner que nous avons décelé des lacunes en ce qui a trait à la disponibilité des données et la présentation des rapports. Nos recommandations portent sur les mesures nécessaires pour combler ces lacunes et améliorer l'utilité de ce qui est déjà disponible — pour une meilleure évaluation de la performance des soins primaires et, en fin de compte, de meilleurs soins primaires.

Il tarde à Qualité des services de santé Ontario et au Comité directeur pour le cadre de MRSP de passer à la prochaine étape de cette importante tâche et de continuer à y travailler ensemble.

Documents de référence

1. Strategic directions for strengthening primary care in Ontario : *Overview of process and recommendations of the Primary Healthcare Planning Group*. (Décembre 2011). Extrait de http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.trilliumresearchday.com%2Fdocuments%2F2012_PHPG_Overview%2520of%2520Process%2520and%2520Recommendations_Final.pdf&ei=uclTU7LNO4SNygGx2oHQDQ&usg=AFQjCNGpRXqP9Pt_gODzCdgjck1_F9Br3w&bvm=bv.61965928.d.aWc
2. Behn R. *Why measure performance? Different purposes require different measures* (sept./oct. 2003). *Public Administration Review* 63 (5), 586-606.
3. Santé Canada. *À propos des soins de santé primaires*. (2006; mentionné le 24 janvier 2012). Extrait de www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-fra.php
4. Organisation mondiale de la santé. (2008; mentionné le 24 janvier 2012). *Rapport sur la santé dans le monde : Soins de santé primaires (Pourquoi un renouveau des soins de santé primaires (SSP) et pourquoi maintenant plus que jamais?)*. Extrait de www.who.int/whr/2008/overview/fr/
5. Starfield, Barbara. (22 octobre 1994). *Is primary care essential? The Lancet*. Extrait de <http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/isprimarycare.pdf>
6. Smith P, E. Mossialos et I. Papanicolas. (2008; mentionné le 30 juin 2012) *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Extrait du site Web de l'Organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/management/district/performance/PerformanceMeasurementHealthSystemImprovement2.pdf>
7. Hogg W. et E. Dyke. (2011). *Improving measurement of primary care system performance*. *Canadian Family Physician* 57:758-760.
8. Hailey J. et M. Sorgenfrei. (Février 2009; mentionné le 14 mai 2012). *Measuring success: Issues in performance measurement*. Extrait de <http://dspace.cigilibrary.org/jspui/bitstream/123456789/21759/1/Measuring%20Success%20Issues%20in%20Performance%20Measurement.pdf?1>
9. Bornstein, T. (Printemps 2001). *Quality improvement and performance improvement: Different means to the same end? Quality Assurance Brief* 9(1), 6-12.
10. Mainz, J. (2003). *Defining and classifying clinical indicators for quality improvement*. *International Journal for Quality in Health Care* 15(6), 525-530. Extrait de <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/6/523.full.pdf+html>
11. Schoen, C., R. Osborn, D. Squires et coll. (2012). *A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas*. *Health Affairs* 31:2805-16.
12. Schoen C., R. Osborn, D. Squires, M. M. Doty. (2013). *Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries*. *Health Affairs* 32(12): 2205-2215.
13. Hutchison B. (2013). *Reforming Canadian Primary Care – Don't Stop Half-Way*. *Healthcare Policy* 9(1): 12-24.
14. Hutchison, B. (13 février 2014). *The evolution of primary care in Canada: Diverse approaches, uneven progress, continuing challenges (presentation)*. Colloque Jean-Ives Rivard, Université de Montréal. Extrait de http://www.mdas.umontreal.ca/rayonnement/colloque_jean_ives_rivard/documents/Hutchison.pdf
15. Qualité des services de santé Ontario. (Novembre 2013). *Partnering for a common quality agenda*. Extrait de <http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hqontario.ca%2FPortals%2F0%2FDocuments%2Fhome%2Fhqt2013-common-quality-agenda-en.pdf&ei=Sm-tU7CJK9eyyASxxlLQCw&usg=AFQjCNFP8hQKMNy883LQzKBkKDY5OeFLNw&bvm=bv.69837884.d.aWw>
16. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Plans d'amélioration de la qualité*. Extrait de www.health.gov.on.ca/fr/pro/

17. Le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation (PAMQI) précède le QSSO. Il a été intégré à QSSO en 2011. www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2011/hb_20110404.aspx, consulté le 7 avril 2014.
18. Lavis, J.N. (Juin 2010) *Issue brief: Supporting quality improvement in primary healthcare in Ontario*. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum. Extrait de http://digitalcommons.mcmaster.ca/mhf_issue-briefs/6/
19. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2011). *Strategic directions for strengthening primary care in Ontario: Overview of process and recommendations of the primary healthcare planning group*. Toronto (Ontario). Extrait de : http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.trilliumresearchday.com%2Fdocuments%2F2012_PHPG_Overview%2520of%2520Process%2520and%2520Recommendations_Final.pdf&ei=fmqU9qxJoiZyAT7voLIDQ&usq=AFQjCNGpRXqP9Pt_gODzCdgjck1_F9Br3w&bvm=bv.69620078,d.aWw
20. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2011). *Strategic directions for strengthening primary care in Ontario: Overview of process and recommendations of the primary healthcare planning group*. Toronto (Ontario). Extrait de http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.trilliumresearchday.com%2Fdocuments%2F2012_PHPG_Overview%2520of%2520Process%2520and%2520Recommendations_Final.pdf&ei=fmqU9qxJoiZyAT7voLIDQ&usq=AFQjCNGpRXqP9Pt_gODzCdgjck1_F9Br3w&bvm=bv.69620078,d.aWw
21. Qualité des services de santé Ontario. (2013). *Analyse environnementale Primary care performance measurement*. Toronto (Ontario). Disponible auprès de Qualité des services de santé Ontario.
22. Qualité des services de santé Ontario. (2013). *Analyse environnementale Primary care performance measurement*. Toronto (Ontario). Extrait de http://www.hqontario.ca/research/PCPM_Matrix.xlsx
23. Qualité des services de santé Ontario. *Attributs d'un secteur des soins de longue durée de qualité*. Extrait de www.hqontario.ca/rapports/soins-de-longue-dur%C3%A9e/attributs-du-secteur-des-soins-de-longue-dur%C3%A9e-de-qualit%C3%A9
24. Institute for Healthcare Improvement. *The IHI triple aim initiative*. Extrait de <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>
25. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm : A new health system for the 21st century*. Washington (DC) : National Academies Press. Extrait de <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/AcrossTheChasmSixAimsforChangingTheHealthCareSystem.aspx>
26. Kates N., B. Hutchison, P. O'Brien, B. Fraser, S. Wheeler, C. Chapman (2012). *Framework for Advancing Improvement in Primary Care*. *Healthcare Papers* 12(2): 8-21.
27. Qualité des services de santé Ontario and Canadian Institute for Health Information. (Janvier 2013). *Ontario primary care performance measurement summit : Proceedings report*. Extrait de <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/pc-summit-proceedings-report-en.pdf>
28. Ibid.
29. Ibid.
30. Nardo, M., Saisana, M., Saltelli, A., Tarantola, S., Hoffman, A., & Giovannini, E. (2005). *Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide* (No.2005/3). OECD publishing.
31. Institut canadien d'information sur la santé. (2014). *Pan-Canadian PHCEMR content standard*. ICIS : Ottawa (Ontario). Extrait de http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/INFO_PHC_EMR_STD_EN
32. National Aboriginal Health Organization. (2007). *OCAP: Ownership, Control, Access and Possession* : Ottawa (Ontario). Extrait de <http://cahr.uvic.ca/nearbc/documents/2009/FNC-OCAP.pdf>