

PROGRAMME DE PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

---

# Document d'orientation

2026-2027

NOVEMBRE 2025



**Santé  
Ontario**

# Table des matières

But du présent document.....	2
Le programme PAQ.....	3
<i>Qu'est-ce que le plan d'amélioration de la qualité?</i> .....	3
<i>Objectif et priorités du programme</i> .....	3
<i>Exigences pour l'élaboration du PAQ</i> .....	4
Planifier pour l'amélioration de la qualité.....	5
<i>Cycle du programme PAQ</i> .....	5
Aperçu.....	5
Cycle d'élaboration, de mise en oeuvre et d'examen du PAQ.....	5
<i>Ressources et outils</i> .....	5
Les documents du programme PAQ.....	5
<i>Autres ressources et outils de planification</i> .....	6
Quorum.....	6
Navigateur de PAQ.....	6
Développer un PAQ.....	7
<i>Qui impliquer dans le processus de développement du PAQ</i> .....	7
Patients, clients, résidents et leurs familles et soignants.....	7
Personnel de première ligne.....	7
Conseil d'administration.....	7
Comité de qualité.....	7
Équipe de direction.....	8
Responsables cliniques.....	8
Régions de Santé Ontario.....	8
Groupe de travail du PAQ.....	8
Élaborer et soumettre un PAQ.....	9
<i>Utilisation du Navigateur de PAQ</i> .....	9
Composants du PAQ.....	9
Mise en œuvre du plan de travail du PAQ.....	16
<i>Maintenir les personnes qui ont contribué à l'élaboration du PAQ impliquées dans sa mise en œuvre</i> .....	16
<i>Utilise les données scientifiques sur l'amélioration de la qualité</i> .....	16
<i>Suivi serré du rendement</i> .....	16
<i>Établissement de partenariats visant l'amélioration</i> .....	16
<i>Consultez les ressources supplémentaires</i> .....	17
Spécialiste de l'amélioration de la qualité de Santé Ontario.....	17
Quorum.....	17
Téléchargement des PAQs et requêtes dans les PAQ.....	17
Ressources supplémentaires.....	18
Références.....	19



## But du présent document

Le présent guide a été élaboré à l'intention des personnes qui participent à l'élaboration et à la soumission d'un plan d'amélioration de la qualité (PAQ) pour l'organisme qui les emploie. Ce guide décrit le programme PAQ, la manière d'élaborer et de mettre en œuvre la planification de l'amélioration de la qualité (par exemple, qui doit être consulté et quelles ressources de soutien sont disponibles), la manière d'utiliser le Navigateur de PAQ (la plateforme de PAQ de Santé Ontario) dans le processus de créer et soumettre un PAQ, et les étapes suivantes, soit l'évaluation et le suivi de l'amélioration de la qualité. Ce document d'orientation sera le plus utile pour les personnes pour qui le processus de planification et de présentation du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) est une nouveauté ou pour celles qui cherchent à se réhabituer au programme du PAQ.

# Le programme PAQ

## Qu'est-ce que le plan d'amélioration de la qualité?

Un PAQ est un ensemble d'engagements visant à améliorer des questions de qualité spécifiques, pris par un organisme de soins de santé à l'égard de sa communauté. Un PAQ est élaboré, documenté et mis à la disposition du public chaque année par les organismes de soins de santé de l'Ontario.

## Objectif et priorités du programme

L'objectif du programme PAQ est d'apporter des améliorations de la qualité qui répondent aux priorités provinciales – lutter contre le racisme et faire progresser l'équité, l'inclusion et la diversité – dans plusieurs secteurs du système de soins de santé afin d'obtenir de meilleurs résultats pour tous les citoyens de l'Ontario grâce à des efforts cumulatifs.

### Mots clés

Le Navigateur de PAQ est la plateforme web par laquelle les informations et les documents relatifs à la planification de l'amélioration de la qualité sont partagés.

L'expression « **personnes** » signifie patients/résidents/familles/soignants. Nous pouvons être caractérisés par un ou plusieurs de ces termes à un moment quelconque de notre vie; par souci de simplicité, dans ce document, nous utilisons cette expression pour les englober tous.

Un **PAQ** (plan d'amélioration de la qualité) se compose de 3 éléments : un plan de travail, une narration et un rapport d'avancement. Chaque document reflète une partie intégrante du processus de planification de l'amélioration de la qualité.

Les **questions prioritaires** sont les 4 domaines d'intérêt à l'échelle de la province : accès et flux, équité, expérience et sécurité

Les **indicateurs** sont des variables utilisées par les organismes pour évaluer leur rendement et suivre leurs progrès. Les organismes peuvent choisir parmi une série d'indicateurs définis par Santé Ontario, qui caractérisent certains aspects des problèmes sous-jacents qui concernent tous les secteurs du système de soins de santé, ou définir et utiliser des indicateurs personnalisés.

**Secteur** : Les processus de planification de l'amélioration de la qualité peuvent varier selon les types d'organismes. Aux fins du programme PAQ, Santé Ontario comprend 3 secteurs : les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les soins primaires interprofessionnels.

Un **partenaire de soins** est une personne identifiée par un patient ou un résident qui fournit un soutien physique, psychologique ou émotionnel afin d'améliorer son bien-être. Cette personne peut être un membre de la famille, un ami proche ou une autre personne identifiée par le patient ou le résident.

## Quels organismes doivent définir un PAQ?

Les PAQ sont soumis au niveau organisationnel. Les organismes de soins de santé de 3 secteurs – hôpitaux, foyers de soins de longue durée et la plupart des organismes interprofessionnels de soins primaires – sont tenus d’élaborer des PAQ. Les organismes suivants sont tenus d’élaborer un PAQ unique :

- Les hôpitaux qui sont
  - Des corporations hospitalières à site unique régies par un seul conseil d'administration
  - Des corporations hospitalières régies par un seul conseil d'administration sont autorisées à présenter une demande multisite
- Chaque foyer de soins de longue durée agréé
- Chaque équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par du personnel infirmier praticien et organisme interprofessionnel autochtone de soins primaires ou centre d'accès aux soins de santé autochtone, quel que soit le nombre de cabinets médicaux associés
- Organismes de services de santé multisectoriels régis par un seul conseil d'administration approuvés pour soumettre une demande multisectorielle

## Exigences pour l’élaboration du PAQ

Les plans d'amélioration de la qualité doivent être :

- Examinés et approuvés par le conseil d'administration de l'organisme de services de santé
- Soumis à Santé Ontario par le biais de la plateforme *Navigateur de PAQ* au plus tard le 1er avril de chaque année

Les hôpitaux doivent satisfaire à d’autres exigences aux termes de la [Loi de 2010 sur l’excellence des soins pour tous](#) et de ses règlements :

- Ils doivent consulter les patients dans le cadre de l’élaboration de leur PAQ.
- Ils doivent rendre public leur PAQ.
- Ils doivent tenir compte des données globales sur les incidents graves, des sondages menés auprès des patients ainsi que des données sur les relations avec les patients dans le cadre de l’élaboration de leur PAQ.
- La rémunération des cadres dépend de l’atteinte des objectifs d’amélioration du rendement indiqués dans le PAQ.

### Conseil

- **Une copie signée du PAQ (avec les noms des personnes responsables du PAQ) devrait être affichée publiquement.** Cette démarche est fortement encouragée pour les organisations de tous les secteurs.

# Planifier pour l'amélioration de la qualité

## Cycle du programme PAQ



### Aperçu

Le programme PAQ se déroule selon un cycle annuel. Documents du programme sont publiés et mis à jour chaque automne et devraient être révisés chaque année pour éclairer l'élaboration du PAQ. La date limite de soumission du PAQ est le 1er avril (c.-à-d. que les documents doivent être soumis dans le Navigateur de PAQ avant cette date).

### Cycle d'élaboration, de mise en oeuvre et d'examen du PAQ

Figure 1. Cycle d'élaboration, de mise en oeuvre et d'examen typique.



## Ressources et outils



### Les documents du programme PAQ

Les documents de programme PAQ suivants se trouvent sur la page d'accueil [du Navigateur de PAQ](#) et doivent être revus chaque année pour éclairer l'élaboration du PAQ :

- Note annuelle : Document résumant toute mise à jour apportée au programme de PAQ et présentant l'orientation, les objectifs et les nouvelles priorités visés par les PAQ.
- Matrice des indicateurs : Document présentant les domaines prioritaires et les indicateurs connexes auxquels s'attaqueront les organismes dans leur PAQ dans un format visuel facilement consultable

par le personnel, les patients ou les résidents et leur famille, ainsi que les membres du conseil d'administration.

- **Questions narratives :** Ce document résume le PAQ de votre organisme et fournit l'occasion d'exprimer à votre communauté la manière dont votre organisme prévoit d'améliorer la qualité des soins qu'il fournit. Chaque section comporte des questions d'orientation ou d'incitation qui permettent d'ouvrir la voie à la description des initiatives de votre organisme en matière de qualité.
- **Caractéristiques techniques des indicateurs :** Document détaillant chaque indicateur facultatif et prioritaire et la façon de le mesurer, qui sera particulièrement utile aux personnes participant directement à la collecte et à la surveillance des données sur le rendement.

### Conseil

- **Commencez tôt.** Entrez l'élaboration de votre projet à l'automne en examinant les documents de planification dès leur publication.

## Autres ressources et outils de planification



### Quorum

Vous trouverez plus de renseignements sur les indicateurs des PAQ ainsi que sur la façon de mener un projet d'amélioration de la qualité sur [Quorum](#), la communauté virtuelle d'amélioration de la qualité de Santé Ontario.



### Navigateur de PAQ

Le [Navigateur de PAQ](#) est la plateforme de Santé Ontario pour le programme PAQ, où les PAQ sont soumis et où des [ressources](#) sont fournies pour appuyer la planification et l'élaboration du PAQ. (Voir aussi la section de ce document intitulée *Utilisation du Navigateur de PAQ*)

# Développer un PAQ

## Qui impliquer dans le processus de développement du PAQ

Le processus du PAQ commence par l'évaluation de l'état actuel de l'organisme et la détermination de tout problème en matière de qualité. Il est essentiel de s'engager auprès des personnes qui participent directement à la réception et à la prestation des soins, afin de connaître leurs expériences, ce qui est important pour elles et ce qu'elles voudraient ou auraient besoin si les processus étaient améliorés. Cet engagement peut se faire par le biais de nombreuses méthodes différentes et doit représenter la diversité de la population locale.

### Patients, clients, résidents et leurs familles et soignants

La participation active de la population de l'Ontario à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un PAQ est essentielle pour garantir l'inclusion d'objectifs et d'activités d'amélioration de la qualité qui lui sont significatifs. Envisagez aussi d'impliquer la communauté par le biais de conseils de patients, de clients, de résidents et de familles, d'assemblées générales ou de groupes de discussion.

### Personnel de première ligne

Les personnes directement impliquées dans la prestation des soins sont souvent les mieux placées pour savoir quelles mesures doivent être prises pour parvenir à des améliorations. Leur implication précoce pour identifier et définir les actions d'amélioration est essentielle au succès de toute initiative d'amélioration de la qualité. Envisagez aussi des forums afin d'impliquer le personnel de première ligne au sujet des priorités définies pour le PAQ.

### Conseil d'administration

Le conseil d'administration est responsable de la gouvernance organisationnelle et devrait participer à la supervision de l'élaboration, de l'examen et de l'approbation de votre PAQ annuel. En signant le PAQ, le président du conseil d'administration certifie l'approbation du PAQ par les membres et reconnaît la responsabilité ultime et la supervision de haut niveau du conseil d'administration dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du PAQ pour son organisme, ainsi que de tous les objectifs et activités d'amélioration de la qualité décrits dans le PAQ.

#### Conseil

- Prévoir de terminer le PAQ et de présenter une ébauche de la présentation au conseil d'administration de votre organisation en février ou au début du mois de mars pour approbation et signature. **Il s'agit d'une étape cruciale pour s'assurer que le PAQ de votre organisation est soumis avant la date limite, soit le 1er avril.**

### Comité de qualité

Le comité de qualité doit faire rapport au conseil d'administration sur l'évolution et les progrès du PAQ tout au long de l'année. En signant le PAQ, le président du comité qualité atteste l'approbation du PAQ par les membres.

#### Conseil

- Si votre organisme ne dispose pas d'un comité de qualité, envisagez d'en créer un.



## Équipe de direction

Le soutien et l'implication des dirigeants sont également essentiels à la réussite du PAQ; les dirigeants devraient être représentés au sein du groupe de travail sur le PAQ ou rester étroitement impliqués. L'équipe de direction, qui peut comprendre le président-directeur général, le directeur général ou le responsable administratif, travaille en collaboration avec le conseil d'administration, le comité de qualité et le personnel pour élaborer le PAQ. Ils ont pour rôle d'habiliter les équipes et les fournisseurs de première ligne à identifier les moyens de parvenir à des améliorations et à mettre activement en œuvre les changements nécessaires pour améliorer la qualité. À intervalles réguliers, le président-directeur général, le directeur général ou le responsable administratif présente au comité de qualité et au conseil d'administration des rapports sur l'élaboration et la mise en œuvre du PAQ, ainsi que sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs définis. Le directeur général, le directeur exécutif ou le responsable administratif certifie l'approbation du PAQ en le signant.

## Responsables cliniques

Les responsables cliniques d'un organisme sont essentiels aux efforts d'amélioration et au développement d'une culture de la qualité au sein de l'organisme. Les responsables cliniques, y compris le clinicien principal, devraient participer activement à l'élaboration du PAQ annuel et s'efforcer d'impliquer tous les cliniciens et le personnel de l'organisation dans l'élaboration et la mise en œuvre du PAQ. Toutes les personnes occupant des postes de direction sont responsables de la mise en œuvre et du soutien du PAQ dans leurs domaines respectifs. Il est important de saisir les occasions de reconnaître les réalisations de l'équipe et de présenter la manière dont les activités décrites dans le PAQ améliorent les soins au sein de l'organisme.

## Régions de Santé Ontario

Les régions de Santé Ontario sont l'équipe de coordination du système de santé au niveau local. Les organisations sont encouragées à s'engager avec leurs régions pour identifier les priorités régionales en matière de qualité.

## Groupe de travail du PAQ

Il peut être utile de créer un groupe de travail sur le PAQ et d'organiser des réunions régulières au cours de l'année pour élaborer le PAQ et évaluer les progrès. Le leadership devrait être représenté au sein du groupe de travail du PAQ ou être étroitement associé. Le groupe de travail doit inclure des personnes appartenant aux groupes décrits ci-dessus.

### Travail collaboratif et équipes Santé Ontario

D'autres organismes dans divers secteurs peuvent travailler à résoudre des problèmes de qualité similaires. Collaborer avec d'autres organismes peut souvent aider le vôtre à réaliser des améliorations à plus grande échelle sur ces enjeux. Les organisations qui soumettent un PAQ peuvent également envisager de mettre en évidence le travail collaboratif avec d'autres organismes de services de santé ou au sein de leur équipe Santé Ontario (pour celles qui font partie d'une équipe Santé Ontario) dans le PAQ.

# Élaborer et soumettre un PAQ

## Utilisation du Navigateur de PAQ

Le [Navigateur de PAQ](#) est la plateforme de PAQ de Santé Ontario. Les organismes mèneront la plupart des activités liées au programme PAQ par le biais de la plateforme. Des informations sur la manière d'accéder aux données et de soumettre des documents sont disponibles dans le [Guide de l'utilisateur du Navigateur de PAQ](#).



Recherchez ce symbole dans le Navigateur de PAQ et passez votre curseur dessus pour accéder à des ressources et des conseils supplémentaires.

### Conseils

- **Vérifiez le nom d'utilisateur et le mot de passe de votre organisme pour le Navigateur de PAQ** une fois celui-ci ouvert. Chaque organisme ne dispose que d'un seul ensemble d'informations d'identification (c'est-à-dire un nom d'utilisateur et un mot de passe)
- **Consultez les données du rendement actuel dans le Navigateur de PAQ lorsqu'elles seront disponibles.** Généralement, vers janvier ou février de chaque année, Santé Ontario télécharge les données du rendement actuel pour les indicateurs pour lesquels des données sont disponibles (par exemple, par l'intermédiaire de l'Institut canadien d'information sur la santé)
- **Assurez-vous que le PAQ est complet avant de le soumettre, puis utilisez la fonction « Valider » (Valider) dans le Navigateur de PAQ.** Cette fonction signalera tous les champs qui doivent encore être remplis. Un PAQ ne peut pas être soumis tant que l'étape de validation n'est pas terminée.

## Composants du PAQ

Un PAQ comporte 3 parties : un rapport d'étape, une section narrative, et un plan de travail. Réunis, ces éléments racontent l'histoire d'amélioration de la qualité d'un organisme pour l'année en cours et ses plans pour l'année à venir. Le Navigateur de PAQ comprend des invites et des conseils d'aide au survol pour chacune de ces composants.

### Conseil

- Vous pouvez exporter une copie transférable du rapport d'étape, de la section narrative et du plan de travail. Cela vous permet de transmettre une version provisoire du PAQ à vos parties prenantes.

## LE RAPPORT D'ÉTAPE

### À quoi sert le rapport d'étape?

Le rapport d'étape a pour but de mettre en évidence la façon dont les efforts d'amélioration d'un organisme ont eu une incidence sur les soins qu'il fournit. Cette composante du PAQ nécessite une réflexion sur la performance actuelle par rapport à celle de l'année précédente, ainsi que sur l'efficacité des idées de changement du PAQ précédent (c.-à-d. si elles ont conduit à une amélioration mesurable). Ces renseignements constituent un excellent point de départ pour déterminer les domaines d'amélioration, les objectifs et les idées de changement à inclure dans un PAQ pour l'année à venir.

## Quels renseignements doivent être inclus dans le rapport d'étape?

Informations **requises** et qui doivent être saisies manuellement (Figure 2):

- Rendement actuel pour les indicateurs mesurés grâce aux données auto-déclarées, telles que des données d'enquête
- Pour chaque idée de changement :
  - Indiquez si elle a été mise en œuvre, est en progrès ou n'a pas été mise en œuvre :
  - Décrivez les principaux enseignements tirés de votre expérience de travail sur l'idée de changement. Incluez les conseils que vous donneriez à d'autres qui essaient de mettre en œuvre une idée de changement similaire (par exemple, quels ont été les facteurs de réussite de l'idée de changement ou les obstacles qui ont empêché une mise en œuvre réussie?)
  - Utilisez la section des commentaires pour décrire tout autre obstacle à la réalisation des objectifs, inclure les détails que votre organisme souhaite partager avec d'autres au sujet de cette initiative, ou inclure des détails supplémentaires. (Cette section est obligatoire si votre organisme n'a pas réalisé les objectifs du PAQ de l'année précédente.)
  - Téléchargez des résultats (par exemple, un graphique ou un diagramme d'exécution) pour illustrer les progrès de votre organisme par rapport à l'indicateur

Figure 2. Renseignements figurant dans les rapports d'étape du PAQ.

Les informations : « l'ID », « l'ID de l'organisation », « l'Indicateur (l'unité, la population, la période, et les sources des données) », « Direction pour l'amélioration », « Type d'indicateur », « La performance actuelle telle qu'indiquée sur le PAQ précédent », « La cible de performance telle qu'indiquée sur le PAQ précédent », « La performance actuelle », « Pourcentage d'amélioration », « Commentaires supplémentaires et plans pour les améliorations à venir », « Résultats », et « Actions ». Celles qui seront générées automatiquement à partir de l'année précédente sont indiquées par des encadrés rouges. Les informations qui devront être saisies manuellement sont indiquées par des encadrés bleus.

ID	ORG ID	INDICATOR (UNIT; POPULATION; PERIOD; DATA SOURCE)	DIRECTION TO IMPROVE	TYPE OF INDICATOR	PERFORMANCE STATED IN PREVIOUS QIP	PERFORMANCE TARGET AS STATED IN PREVIOUS QIP	CURRENT PERFORMANCE	PERCENTAGE IMPROVEMENT	ADDITIONAL COMMENTS AND PLANS FOR FUTURE IMPROVEMENT	RESULTS	ACTIONS
----	--------	---	----------------------	-------------------	------------------------------------	--	---------------------	------------------------	--	---------	---------

Voici les renseignements qui seront saisis automatiquement dans le Navigateur de PAQ chaque année :

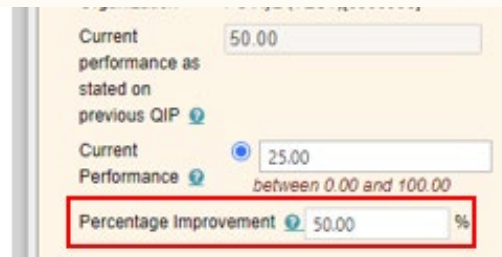
- Les indicateurs et les idées de changement que vous avez inclus dans le plan de travail de votre PAQ de l'année précédente;
- Le type d'indicateur (prioritaire, facultatif ou personnalisé);
- La direction du changement qui indique une amélioration (pour les indicateurs prioritaires et facultatifs);
- Votre rendement tel qu'indiqué dans votre PAQ précédent;
- Les cibles des indicateurs que vous avez établies dans votre PAQ précédent;
- Le rendement actuel en ce qui concerne les indicateurs pour lesquels Santé Ontario a accès aux données (par exemple, par l'entremise de l'Institut canadien d'information sur la santé) ;
- Pourcentage d'amélioration, qui correspond à la différence entre la performance actuelle indiquée dans le PAQ précédent et la performance actuelle du PAQ (voir Figure 3)



Les hôpitaux peuvent consulter le document [*Échange des progrès sur les mesures des processus dans les PAQ des hôpitaux*] pour obtenir des renseignements sur les changements apportés à la section du rapport d'étape du Navigateur de PAQ.

**Figure 3. Informations sur le pourcentage d'amélioration incluses dans le rapport d'étape du PAQ.**

La valeur du champ Pourcentage d'amélioration, délimitée par une case rouge, sera générée automatiquement pour chaque indicateur de matrice une fois les données de Performance actuelle remplies.



The screenshot shows a form with several input fields. The 'Current performance as stated on previous QIP' field has a value of 50.00. The 'Current Performance' field has a value of 25.00. The 'Percentage Improvement' field is highlighted with a red box and contains the value 50.00. Below the 'Current Performance' field, there is a note 'between 0.00 and 100.00'.

## SECTION NARRATIVE

### À quoi sert la section narrative?

La section narrative est un résumé du PAQ d'une organisation. Elle permet de décrire le contexte dans lequel les activités d'amélioration de la qualité se déroulent et à une organisation d'expliquer à la population de l'Ontario comment elle prévoit d'améliorer la qualité des soins qu'elle fournit.

### Comment compléter la section narrative dans le Navigateur de PAQ?

La section narrative du Navigateur de PAQ comprend des réponses en texte libre à des questions et des invites liées au travail de votre organisation sur quelques questions de qualité (voir *Questions narratives du PAQ*).

#### Conseils

- Utilisez la section narrative comme plateforme pour impliquer les patients et les résidents dans les discussions sur la planification de l'amélioration de la qualité
- Passez en revue la narration de votre organisme dans une optique d'équité et partagez vos réalisations et vos innovations pour répondre aux besoins uniques des populations et des personnes que vous servez
- Veiller à ce que le texte soit concis et qu'il soit facile à comprendre, qu'il trouve un écho auprès des Ontariens et qu'il fournisse suffisamment de détails pour que tout le monde puisse comprendre le PAQ.

## PLAN DE TRAVAIL

### À quoi sert le plan de travail?

Le plan de travail est la partie prospective du PAQ qui indique les indicateurs, les objectifs ambitieux pour chacun et les mesures (c'est-à-dire, les idées en matière de changement) auxquelles un organisme s'engage à entreprendre au cours de l'année à venir pour atteindre l'objectif précisé. Le plan de travail est la partie du PAQ qui cerne les indicateurs, les objectifs et les activités précis (p. ex. idées de changement) auxquels votre organisme consacrera son énergie au cours de la prochaine année. La réussite peut nécessiter des stratégies s'échelonnant sur plusieurs années dans certains domaines. Le cas échéant, il peut s'avérer judicieux d'établir des objectifs progressifs et pluriannuels.

Les organismes sont fortement encouragés à identifier les partenariats externes avec d'autres organismes de services de santé et au sein de leurs Équipes Santé Ontario (pour ceux qui en font partie) et à inclure ces collaborations dans leurs PAQ.

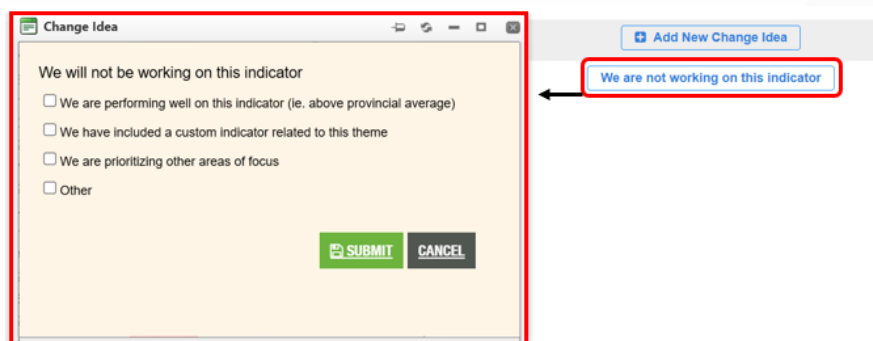
## Quels sont les différents types d'indicateurs qui peuvent être inclus dans le PAQ?

### Indicateurs prioritaires

Certains indicateurs ont été définis comme étant prioritaires pour un secteur en particulier, en fonction des consultations entre le ministère de la Santé, le ministère des Soins de longue durée et Santé Ontario. Pour les indicateurs jugés prioritaires, les organismes devraient comparer leur rendement actuel aux repères provinciaux et aux objectifs régionaux (la majorité des indicateurs dans le PAQ auront des données préremplies). Nous encourageons fortement tous les organismes – en particulier, les organismes dont le rendement actuel est inférieur aux repères provinciaux ou les organismes qui n'ont pas atteint les objectifs de l'année précédente – à inclure des indicateurs prioritaires dans leur PAQ. Si un organisme choisit de ne pas inclure un indicateur prioritaire dans son plan de travail, il doit en préciser la raison (voir Figure 4).

### Figure 4. Fenêtre contextuelle du Navigateur de PAQ dans laquelle il faut préciser la raison de ne pas sélectionner un indicateur

Cette capture d'écran présente l'endroit où les organismes doivent consigner la raison pour laquelle un indicateur n'est pas traité dans leur plan d'amélioration.



### Indicateurs facultatifs

Chaque année, Santé Ontario publie une liste d'indicateurs que chaque secteur doit envisager d'inclure dans son PAQ. Ces indicateurs sont judicieusement sélectionnés après consultation et contribution des partenaires et en fonction des priorités de Santé Ontario, du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée. Collectivement, ces indicateurs permettent de mettre l'accent sur les questions prioritaires du système afin d'améliorer la qualité des soins en Ontario.

Par souci d'uniformité, nous encourageons toutes les organisations à choisir parmi cette série d'indicateurs facultatifs plutôt que d'ajouter un indicateur personnalisé (c.-à-d. des indicateurs qui ne sont pas inclus dans la série d'indicateurs facultatifs fournis par Santé Ontario), particulièrement lorsqu'il est possible d'améliorer la performance actuelle d'un indicateur (par exemple, en s'efforçant d'atteindre la moyenne provinciale, un point de référence ou une valeur théorique optimale).

### Indicateurs personnalisés

Les organismes peuvent choisir d'inclure dans leur PAQ des indicateurs personnalisés (c'est-à-dire des indicateurs qui ne sont pas inclus dans la série d'indicateurs fournis par Santé Ontario) qui visent à apporter des améliorations à des questions importantes pour vos communautés ou qui s'alignent sur l'une des quatre enjeux prioritaires identifiés. Nous vous recommandons d'inclure des indicateurs personnalisés lorsque votre organisme ou équipe affiche un rendement très élevé pour tous les indicateurs facultatifs. Nous vous encourageons également à ajouter des indicateurs personnalisés permettant de déterminer et de réduire les disparités en matière d'accès à la santé, d'expériences et de résultats dont sont victimes les communautés racisées et les populations hautement prioritaires. Ces populations englobent :

- les personnes n'ayant pas accès aux prestations de soins de santé et les personnes à faible revenu;

- les populations noires, autochtones et autres populations racisées;
- les personnes francophones;
- les personnes de la communauté 2SLGBTQIA+;
- les personnes handicapées;
- les personnes vivant dans des régions isolées;
- les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance;
- les personnes âgées.

## Qu'est-ce qui doit figurer au plan de travail?

Le plan de travail a été conçu pour s'harmoniser avec le modèle d'amélioration<sup>1</sup> et les questions fondamentales du modèle guident tout processus en ce sens :

- **Objectif** : Que tentons-nous d'accomplir?
- **Mesure** : Comment savons-nous qu'un changement entraîne une amélioration?
- **Changement** : Quels changements pouvons-nous apporter pour qu'il y ait amélioration?

Objectif : Que tentons-nous d'accomplir?

L'objectif décrit le problème ciblé par un indicateur (p. ex., des soins sûrs et efficaces) et s'aligne sur les enjeux prioritaires – accès et flux, équité, expérience et sécurité. Il y en a pour chaque indicateur dans le Navigateur de PAQ.

Mesure : Comment savons-nous qu'un changement entraîne une amélioration?

Pour savoir qu'un changement se traduit par une amélioration des résultats, des indicateurs sont utilisés comme substituts. Les progrès doivent être mesurés et comparés à un niveau de référence (c'est à dire, le rendement actuel de votre organisme pour l'indicateur, comme saisi dans le Navigateur de PAQ ou les sources de données internes). Fixer un objectif ambitieux nécessite une évaluation du rendement actuel de votre organisme concernant l'indicateur et des références provinciales ou régionales actuelles (si disponibles), ainsi qu'une évaluation minutieuse de l'amélioration théorique potentielle et réalisable du résultat en fonction de la capacité interne, de la disponibilité des ressources et du contexte systémique élargi dans lequel votre organisme opère. Le Tableau 1 contient une description des champs inclus dans la section Mesure du plan de travail du PAQ.

Tableau 1. Champs de mesure du plan de travail.

Champ	Description
<b>Indicateur</b>	Sélectionnez des indicateurs prioritaires ou facultatifs (consultez <a href="#">Caractéristiques techniques des indicateurs</a> pour obtenir les définitions complètes) et ajoutez des indicateurs personnalisés (voir la section <i>Indicateurs personnalisés</i> ), le cas échéant.
<b>Rendement actuel</b>	Incluez les données de rendement actuel de votre organisme pour chaque indicateur. (Lorsque cela est possible, les données du rendement actuel seront préremplies dans le Navigateur de PAQ par Santé Ontario, au moyen des données validées provenant des sources précisées dans le document <a href="#">Caractéristiques techniques des indicateurs</a> .)
<b>Objectif</b>	Saisissez l'objectif que votre organisme s'attend à atteindre ou à dépasser pour l'année à venir. Les objectifs rétrogrades, dans lesquels le but est d'avoir un moins bon rendement que le rendement actuel, ne devraient pas être saisis. (Pour plus de renseignements, consultez <a href="#">Déterminer des objectifs</a> .)
<b>Justification de l'objectif</b>	Décrivez la raison pour laquelle votre organisme a sélectionné chaque valeur cible pour l'année à venir. Expliquez si l'objectif est fondé sur le respect d'une norme recommandée, de la moyenne provinciale ou de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes.
<b>Collaborateurs externes</b>	Énumérez tous les organismes partenaires de services de santé externes ou les équipes Santé Ontario avec lesquels votre organisme prévoit de travailler sur cet indicateur.

Tableau 2. Autres renseignements demandés (obligatoires uniquement pour les hôpitaux) dans le plan de travail.

Champ	Description
Cet indicateur est-il lié à la rémunération des dirigeants?	Indiquez si cet indicateur est lié à la rémunération des dirigeants. (Pour obtenir plus de renseignements, consultez le document <a href="#">Rémunération axée sur le rendement et PAQ.</a> )
Cet indicateur est-il lié au plan d'action du financement axé sur les résultats?	Indiquez si l'indicateur fait également partie du plan d'action du financement axé sur les résultats de votre organisme.
Cet indicateur est-il lié aux audits du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences?	Indiquez si l'indicateur est lié au Plan de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences de votre organisme.

Changement : Quels changements pouvons-nous apporter qui entraîneront des améliorations?

En général, il faut beaucoup d'idées de changement pour influencer un résultat. Il existe de nombreux types de changements qui entraîneront une amélioration. Les idées de changement sont des stratégies particulières et pratiques qui visent à améliorer des aspects d'un système, d'un processus ou d'un comportement. Les idées de changement peuvent provenir de la recherche, des pratiques exemplaires ou d'autres organismes qui ont démontré qu'ils avaient amélioré leur approche sur un sujet particulier.



Tableau 3. Champs d'idées de changement du plan de travail.

À l'exception des commentaires, tous les champs de la section sur le changement ont une limite minimale de 15 caractères.

Champ	Description
<b>Initiatives d'amélioration planifiées (idées de changement)</b>	<p>Ajoutez des stratégies particulières et pratiques qui se concentrent sur l'amélioration des aspects d'un système, d'un processus ou d'un comportement. Les idées de changement devraient être testables et mesurables afin que les résultats puissent faire l'objet d'un suivi.</p> <p><b>Exemples :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépister tous les nouveaux résidents pour identifier ceux qui sont à risque de chutes et leurs facteurs de risque de chute.</li> <li>• Indiquer les interventions appropriées de prévention des chutes pour tous les nouveaux résidents.</li> </ul> <p>Énumérez chaque idée de changement séparément (c'est-à-dire, ne les regroupez pas dans une cellule). Les idées de changement incluses dans cette section du plan de travail de votre organisme apparaîtront dans le rapport d'étape de l'année prochaine afin que votre organisme puisse rendre compte des résultats pour chacune d'entre elles.</p>
<b>Méthodologie (la manière dont les idées de changement seront mises en œuvre)</b>	<p>Indiquez les principaux processus qui composent l'idée de changement et précisez les outils que votre organisme utilisera au cours de la mise en œuvre de l'idée de changement. Incluez des renseignements sur la manière, la personne (par exemple, quel service ou organisme partenaire) et le moment (par exemple, la date à laquelle les idées de changement devraient être mises en œuvre).</p>
<b>Mesures du processus (la manière dont le progrès de la mise en œuvre sera mesuré)</b>	<p>Précisez la manière dont les progrès dans la mise en œuvre de l'idée de changement seront évalués, en définissant la façon dont les principaux processus qui composent l'idée de changement seront quantifiés (c'est-à-dire par des mesures de processus, qui sont habituellement des taux [proportions, pourcentages ou décomptes sur des périodes particulières]).</p> <p><b>Exemples :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des nouveaux résidents ayant des évaluations du risque de chute effectuées dans la semaine suivant l'admission.</li> <li>• Pourcentage des nouveaux résidents ayant des interventions mises en place pour les risques indiqués et qui sont documentées dans les 14 premiers jours suivant l'admission.</li> </ul>
<b>Objectif pour la mesure du processus (la manière de définir le succès de la mise en œuvre)</b>	<p>Énoncez des objectifs SMART (spécifiques, mesurables [en incorporant la mesure du processus dans l'énoncé], atteignables, réalistes et temporels) pour chaque processus qui sera utilisé pour évaluer la mise en œuvre réussie de cette étape.</p> <p><b>Exemples :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 % des nouveaux résidents auront une évaluation du risque de chute effectuée au cours de leur première semaine suivant leur arrivée au foyer.</li> <li>• 100 % des nouveaux résidents auront une liste de vérification de la prévention des chutes remplie dans les 14 premiers jours suivant leur arrivée au foyer.</li> </ul>
<b>Commentaires</b>	<p>Ajoutez d'autres commentaires sur l'initiative d'amélioration prévue dans cette section (facteurs de réussite, partenariats, liens avec d'autres programmes, etc.) Si votre organisme choisit de ne pas inclure un indicateur prioritaire, alors la raison (par exemple, parce qu'il a déjà atteint le rendement ou qu'il dépasse les normes provinciales) doit être documentée dans cette section.</p> <p>Ce champ peut également être utilisé par les foyers de soins de longue durée pour fournir des renseignements supplémentaires pour la présentation d'un rapport d'initiative d'amélioration continue de la qualité (voir la <i>Foire aux questions du Navigateur de PAQ concernant les soins de longue durée</i>).</p>



# Mise en œuvre du plan de travail du PAQ

Il ne suffit pas de créer un document et de le soumettre à Santé Ontario pour suivre un PAQ. Il faut faire des efforts toute l'année durant pour mettre en œuvre les changements qui y sont prévus. C'est ainsi que vous pourrez réaliser des améliorations par rapport aux indicateurs choisis.

## Maintenir les personnes qui ont contribué à l'élaboration du PAQ impliquées dans sa mise en œuvre

Les progrès réalisés dans le cadre du PAQ de l'organisation devraient être examinés régulièrement et communiqués à ses partenaires et collaborateurs internes et externes.

- Tout en travaillant sur le rapport d'étape, passez régulièrement en revue les progrès relatifs au PAQ et transmettez chaque fois l'information aux parties prenantes. Réservez du temps pour cela et mettez systématiquement ce point à l'ordre du jour de vos rencontres (p. ex. du conseil d'administration, du conseil consultatif des patients et des familles). Soulignez vos réussites et prenez le temps de parler des prochaines étapes si vous ne constatez aucune amélioration.
- Envisagez d'afficher vos progrès sur un site Web ou un babillard.
- Engagez les membres du conseil consultatif des patients et des familles, ainsi que les membres du conseil d'administration dans le groupe de travail PAQ

## Utilise les données scientifiques sur l'amélioration de la qualité

Bien qu'on puisse suivre plusieurs voies, la structure du PAQ est conçue pour ressembler au modèle d'amélioration<sup>1</sup> – le processus d'amélioration de la qualité est continu et non linéaire. Vous trouverez une introduction à cette science sur [Quorum](#).

## Suivi serré du rendement

L'un des principes centraux du modèle d'amélioration repose sur l'examen régulier du rendement dans le but de vérifier que les résultats des changements mis en œuvre sont bel et bien positifs.

- Effectuer un suivi régulier en ce qui a trait à vos indicateurs, et non vous contenter d'une évaluation annuelle dans la foulée de l'élaboration du rapport d'étape du PAQ. Peut-être devriez-vous organiser une collecte de données locales à partir de votre système de dossier médical informatisé, ou trouver d'autres moyens de mesurer le processus?
- Établir un calendrier pour faire régulièrement rapport sur les progrès et communiquer les tendances au reste de votre organisation. Cela permettra d'identifier rapidement les problèmes de performance émergents afin que votre équipe puisse travailler à les corriger en temps opportun. Il est essentiel d'établir un échéancier pour vos rapports réguliers, d'annoncer les tendances dans votre organisme et de cerner les problèmes de rendement rapidement pour les régler rapidement.

## Établissement de partenariats visant l'amélioration

L'un des objectifs du programme de PAQ est d'amener les organismes à réaliser un effort concerté en vue d'améliorer les choses sur quelques thèmes en phase avec les priorités du système. Les plans d'amélioration de la qualité sont structurés de façon à ce que tous les organismes qui soumettent des PAQ aient la possibilité de travailler sur les mêmes thèmes, bien que les organismes d'autres secteurs

mesurent différents indicateurs. La collaboration peut contribuer grandement aux progrès des différents organismes par leur PAQ.

- Réfléchir aux partenariats dans lesquels votre organisation est engagée pour différentes questions de qualité au moyen d'un rapport de collaborateur externe dans le Navigateur de PAQ. Ce rapport téléchargeable présente les autres organisations avec lesquelles votre organisation travaille en partenariat sur des indicateurs ou des thèmes spécifiques et identifie les organisations qui ont marqué votre organisation dans leur PAQ en tant que partenaire ou collaborateur.

Nous encourageons les organismes à continuer de trouver des manières de collaborer, avec leurs partenaires du système, à l'atteinte de leurs objectifs d'amélioration de la qualité.

## Consultez les ressources supplémentaires

### Spécialiste de l'amélioration de la qualité de Santé Ontario

Les spécialistes de l'amélioration de la qualité de Santé Ontario peuvent vous aider pour toute question relative au PAQ. Ils peuvent, par exemple :

- Vous donner des conseils sur l'élaboration du PAQ (p. ex., sélection des idées de changement, établissement d'objectifs);
- Vous fournir du soutien technique pour la soumission;
- Vous orienter vers des ressources plus précises;
- Vous aider à en apprendre plus sur les initiatives d'amélioration de la qualité et sur ce qui se passe dans votre région. Ils peuvent aussi vous mettre en lien avec d'autres organismes qui œuvrent à la qualité dans votre région.



Pour communiquer avec un spécialiste de l'amélioration de la qualité, envoyez un courriel à l'adresse [QIP@ontariohealth.ca](mailto:QIP@ontariohealth.ca).

### Quorum

Visitez [Quorum](#) pour en savoir plus sur l'amélioration de la qualité :

- En savoir plus sur certains des indicateurs figurant dans les PAQ de cette année
- Lire une introduction à la science de l'amélioration de la qualité et accéder à des liens vers des outils, des ressources et des guides spécifiques
- Lire [des articles](#) sur les initiatives décrites dans les PAQ d'autres organismes
- Poser [des questions](#) auxquelles répondront vos pairs ou les spécialistes de l'amélioration de la qualité de Santé Ontario
- Rejoindre la [communauté de pratique du programme de qualité et de sécurité des patients](#) pour partager votre apprentissage et vous tenir au courant de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients ici.
- En savoir plus sur les autres [communautés de pratique](#) hébergées par Santé Ontario

### Téléchargement des PAQs et requêtes dans les PAQ

- Téléchargement des PAQs
  - À la page de [téléchargement des PAQs](#) du Navigateur de PAQ, vous pouvez télécharger la version intégrale du PAQ de chaque organisme des années précédentes.

- Requêtes PAQs
  - [Requêtes PAQs](#) vous permet de rechercher un quelconque composant du plan, indicateur ou mot clé dans tous les PAQ soumis. C’est un excellent moyen de trouver de nouvelles idées de changement. Vous pouvez filtrer les résultats (p. ex., par type d’indicateur, par type d’organisme, par lieu) et les télécharger dans plusieurs formats.

## Ressources supplémentaires

- Pour plus d’informations sur la façon de mobiliser les patients, les clients, les résidents et leurs familles, veuillez consulter le guide [Engaging with Patients and Caregivers about Quality Improvement](#) et cette [liste de ressources](#)

# Références

---

1. Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. Improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance 2nd ed. Jossey-Bass Publishers; 2009.

ISBN 978-1-4868-9244-0 (PDF)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible? 1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, [info@ontariohealth.ca](mailto:info@ontariohealth.ca)