

PROGRAMME DE PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

# Caractéristiques techniques des indicateurs

2026-2027

NOVEMBRE 2025

# Table des matières

But du présent document .....	4
Introduction .....	5
Questions prioritaires .....	5
Indicateurs .....	5
Sommaire des modifications aux indicateurs pour 2026-2027 .....	7
Les hôpitaux .....	9
Accès et flux .....	9
90 <sup>e</sup> percentile – temps de déchargement de l’ambulance .....	9
90 <sup>e</sup> percentile – temps d’attente aux urgences pour l’évaluation initiale par un médecin .....	10
Nombre moyen quotidien de patients en attente dans le service des urgences pour un lit d’hospitalisation à 8 h .....	11
90 <sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une faible acuité .....	12
90 <sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une acuité élevée .....	13
90 <sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients hospitalisés .....	14
90 <sup>e</sup> percentile – temps d’attente aux urgences pour un lit d’hospitalisation .....	15
Pourcentage de patients ayant visité les urgences et quitté sans avoir été examinés par un médecin .....	16
Pourcentage de patients ayant une fracture de la hanche dont le délai d’accès à la chirurgie est inférieur à 48 heures .....	17
Équité .....	19
Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d’équité, de diversité, d’inclusion et de lutte contre le racisme .....	19
Temps d’attente moyen aux urgences pour l’évaluation initiale par un médecin pour les personnes atteintes de drépanocytose (niveau 1 ou 2 de l’ÉTg) .....	20
Expérience .....	21
Les patients ont-ils eu le sentiment d’avoir reçu des informations adéquates sur leur santé et leurs soins à leur sortie de l’hôpital? .....	21
Sécurité .....	22
Taux d’apparition du delirium au cours de l’hospitalisation .....	22
Taux de bilan comparatif des médicaments à la sortie de l’hôpital .....	24
Taux d’incidents de violence au travail entraînant des préjudices avec interruption de travail .....	25
Les soins primaires interprofessionnels .....	26
Accès et flux .....	26
Perception des patients/clients de l’accès aux soins en temps opportun .....	26
Nombre de nouveaux patients/clients/nouvelles inscriptions .....	28
Pourcentage de clients atteints de diabète sucré de type 2 qui sont à jour avec la surveillance de la glycémie (l’hémoglobine glyquée) HbA1c .....	29
Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour avec le dépistage colorectal .....	30
Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour avec le dépistage du col de l’utérus (définition mise à jour) .....	31

Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour en matière de dépistage du cancer du sein .....	33
<b>Équité .....</b>	<b>35</b>
Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme .....	35
Réalisation de la collecte des données sociodémographiques .....	36
Pourcentage de clients qui reçoivent des soins de santé mentale de la part d'un fournisseur de soins traditionnels ....	37
Nombre d'événements et de participants pour l'enseignement, la guérison ou la cérémonie traditionnels .....	38
<b>Expérience .....</b>	<b>39</b>
Les patients/clients se sentent-ils à l'aise et bienvenus dans leur cabinet de soins primaires? .....	39
<b>Sécurité .....</b>	<b>40</b>
Nombre de télécopies envoyées par 1 000 patients inscrits .....	40
<b>Suite de solutions numériques provinciales</b> (7 indicateurs) : Pourcentage de médecins dans les soins primaires utilisant [aiguillage électronique, eConsultation, Système d'information de laboratoire de l'Ontario, gestionnaire de dossiers de santé, prescription électronique, réservation de rendez-vous en ligne, AI scribe] .....	41
<b>Les soins de longue durée .....</b>	<b>42</b>
<b>Accès et flux .....</b>	<b>42</b>
Taux de visites potentiellement évitables aux urgences pour les résidents des établissements de soins de longue durée .....	42
<b>Équité .....</b>	<b>43</b>
Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme .....	43
<b>Expérience .....</b>	<b>44</b>
Les résidents ont-ils le sentiment qu'ils peuvent s'exprimer sans crainte de conséquences? .....	44
Les résidents ont-ils le sentiment de pouvoir s'exprimer et d'être écoutés par le personnel? .....	45
<b>Sécurité .....</b>	<b>46</b>
Pourcentage de résidents de soins de longue durée non atteints de psychose qui ont reçu des médicaments antipsychotiques .....	46
Pourcentage de résidents de soins de longue durée ayant fait une chute au cours des 30 derniers jours.....	48
Pourcentage des résidents de foyers de soins de longue durée dont la plaie de pression de stade 2 à 4 s'est aggravée .....	49
Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée sur lesquels on a utilisé quotidiennement des contentions physiques .....	51
<b>Références .....</b>	<b>52</b>



## But du présent document

Ce document présente les indicateurs du programme de Plan d'amélioration de la qualité (PAQ) – les définitions des indicateurs, les méthodes de calcul, les périodes de référence et d'autres informations techniques.

Ce document accompagne le document *Programme de plan d'amélioration de la qualité : Document d'orientation 2026-2027*, qui décrit le programme du PAQ de Santé Ontario.

# Introduction

Chaque organisation de soins de santé doit donner la priorité à l'amélioration de la qualité afin de réaliser des changements locaux et systémiques dans les soins de santé dispensés en Ontario. Pour évaluer la qualité et l'amélioration de la qualité, les organisations de tous les secteurs – hôpitaux, soins primaires interprofessionnels et soins de longue durée – doivent intégrer des indicateurs dans leurs plans annuels d'amélioration de la qualité (PAQ).

## Questions prioritaires

Les questions prioritaires pour le système de santé de l'Ontario (et les indicateurs associés) ont été définies par Santé Ontario, après consultation avec des organisations externes, le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée.





Les questions prioritaires pour 2026-2027 sont les suivantes :

- **Accès et flux** : Un système de santé de grande qualité fournit aux gens les soins dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin.
- **Équité** : Un système de santé reposant sur la promotion de l'équité, de l'inclusion, de la diversité et de la lutte contre le racisme obtient de meilleurs résultats pour les patients et leurs familles.
- **Expérience** : De meilleures expériences donnent de meilleurs résultats. Le suivi et la compréhension de l'expérience sont des aspects importants des travaux de qualité.
- **Sécurité** : Un système de santé de haute qualité garantit aux citoyens des soins sûrs et efficaces.

## Indicateurs

On a défini certains indicateurs 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 prioritaires, les organismes devraient comparer les données actuelles sur le rendement aux normes provinciales (par exemple, la moyenne provinciale ou l'objectif fixé par le ministère de la Santé en fonction des données sectorielles) ou aux objectifs régionaux (c'est-à-dire les objectifs fixés dans une région particulière de Santé Ontario en fonction des priorités du système local ou des tendances en matière de rendement historiques). Les indicateurs optionnels peuvent être considérés comme étant un point de départ; les organismes peuvent souhaiter envisager d'inclure ces indicateurs dans leur plan d'amélioration de la qualité (PAQ), mais ils ne sont pas tenus de le faire. Collectivement, ces indicateurs soutiennent un objectif commun sur les principaux enjeux du système en Ontario – les indicateurs prioritaires et optionnels sont répertoriés par enjeu prioritaire pour chaque secteur dans le tableau (Tableau 1) et les renseignements pour chaque indicateur sont précisés dans les tableaux suivants.

Tableau 1. Matrice des indicateurs.

Issues prioritaires	Indicateurs (optionnels sauf s'ils sont indiqués comme étant prioritaires), par secteur		
	Hôpitaux	Soins primaires interprofessionnels	Soins de longue durée
 Accès et flux	<ul style="list-style-type: none"> <li>90<sup>e</sup> percentile – temps de déchargement de l'ambulance <b>prioritaire</b> <small>données préremplies</small></li> <li>90<sup>e</sup> percentile – temps d'attente aux urgences pour l'évaluation initiale par un médecin <b>prioritaire</b> <small>données préremplies</small></li> <li>Nombre moyen quotidien de patients en attente dans le service des urgences pour un lit d'hospitalisation à 8 h <b>prioritaire</b> <small>données préremplies</small></li> <li>90<sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une faible acuité <b>prioritaire</b> <small>données préremplies</small></li> <li>90<sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une acuité élevée <b>prioritaire</b> <small>données préremplies</small></li> <li>90<sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients hospitalisés <small>données préremplies</small></li> <li>90<sup>e</sup> percentile – temps d'attente aux urgences pour un lit d'hospitalisation <small>données préremplies</small></li> <li>Pourcentage de patients ayant visité les urgences et quitté sans avoir été examinés par un médecin <small>données préremplies</small></li> <li>Pourcentage de patients ayant une fracture de la hanche dont le délai d'accès à la chirurgie est inférieur à 48 heures <small>données préremplies</small></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perception des patients/clients de l'accès aux soins en temps opportun <b>prioritaire</b></li> <li>Nombre de nouveaux patients/clients/nouvelles inscriptions <b>prioritaire</b></li> <li>Pourcentage de clients atteints de diabète sucré de type 2 qui sont à jour avec la surveillance de la glycémie (l'hémoglobine glyquée) HbA1c</li> <li>Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour avec le dépistage colorectal</li> <li>Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour avec le dépistage du col de l'utérus (définition mise à jour)</li> <li>Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour en matière de dépistage du cancer du sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de visites potentiellement évitables aux urgences pour les résidents des établissements de soins de longue durée <b>prioritaire</b> <small>données préremplies</small></li> </ul>
 Équité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme</li> <li>Temps d'attente moyen aux urgences pour l'évaluation initiale par un médecin pour les personnes atteintes de drépanocytose (niveau 1 ou 2 de l'ÉTG) <small>données préremplies</small></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme</li> <li>Réalisation de la collecte des données sociodémographiques</li> <li>Pourcentage de clients qui reçoivent des soins de santé mentale de la part d'un fournisseur de soins traditionnel</li> <li>Nombre d'événements et de participants pour l'enseignement, la guérison ou la cérémonie traditionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme</li> </ul>
 Expérience	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients ont-ils eu le sentiment d'avoir reçu des informations adéquates sur leur santé et leurs soins à leur sortie de l'hôpital?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients/clients se sentent-ils à l'aise et bienvenus dans leur cabinet de soins primaires?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résidents ont-ils le sentiment qu'ils peuvent s'exprimer sans crainte de conséquences?</li> <li>Les résidents ont-ils le sentiment de pouvoir s'exprimer et d'être écoutés par le personnel?</li> </ul>
 Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'apparition du delirium au cours de l'hospitalisation <small>données préremplies</small></li> <li>Taux de bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital</li> <li>Taux d'incidents de violence au travail entraînant des préjudices avec interruption de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de télécopies envoyées par 1 000 patients inscrits <b>prioritaire</b></li> <li><b>Suite de solutions numériques provinciales (7 indicateurs) :</b> Pourcentage de médecins dans les soins primaires utilisant [aiguillage électronique, eConsultation, Système d'information de laboratoire de l'Ontario, gestionnaire de dossiers de santé, prescription électronique, réservation de rendez-vous en ligne, AI scribe]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de résidents de soins de longue durée non atteints de psychose qui ont reçu des médicaments antipsychotiques <small>données préremplies</small></li> <li>Pourcentage de résidents de soins de longue durée ayant fait une chute au cours des 30 derniers jours <small>données préremplies</small></li> <li>Pourcentage des résidents de foyers de soins de longue durée dont la plaie de pression de stade 2 à 4 s'est aggravée <small>données préremplies</small></li> <li>Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée sur lesquels on a utilisé quotidiennement des contentions physiques <small>données préremplies</small></li> </ul>

Abréviations : ÉTG, Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence.

## Sommaire des modifications aux indicateurs pour 2026-2027

### POUR LE SECTEUR HOSPITALIER

- Accès et flux
  - **Priorisé** : 90<sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une faible acuité
  - **Priorisé** : 90<sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une acuité élevée
  - **Nouveau, facultatif** : Pourcentage de patients ayant une fracture de la hanche dont le délai d'accès à la chirurgie est inférieur à 48 heures
- Équité
  - **Supprimé** : Pourcentage de visites aux urgences pour les personnes atteintes de drépanocytose ayant fait l'objet d'un triage de haute gravité (niveau 1 ou 2 de l'ÉTg)
  - **Supprimé** : Taux de visites répétitives à 30 jours aux urgences pour les personnes atteintes de drépanocytose

### POUR LE SECTEUR DES ORGANISMES INTERPROFESSIONNELS DE SOINS PRIMAIRES

- Accès et flux
  - **Priorisé** : Perception des patients/clients de l'accès aux soins en temps opportun
  - **Priorisé** : Nombre de nouveaux patients/clients/nouvelles inscriptions
  - **Mis à jour** : Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour avec le dépistage du col de l'utérus (définition mise à jour)
- Sécurité
  - **Priorisé** : Nombre de télécopies envoyées par 1 000 patients inscrits
  - **Nouveau, facultatif** : Pourcentage de médecins dans les soins primaires utilisant *AI scribe*

### POUR LE SECTEUR DES ORGANISMES DE SOINS DE LONGUE DURÉE

- Accès et flux
  - **Priorisé** : Taux de visites potentiellement évitables aux urgences pour les résidents des établissements de soins de longue durée
- Sécurité
  - **Nouveau, facultatif** : Pourcentage des résidents de foyers de soins de longue durée dont la plaie de pression de stade 2 à 4 s'est aggravée
  - **Nouveau, facultatif** : Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée sur lesquels on a utilisé quotidiennement des contentions physiques

## Notes générales pour les indicateurs

### Rajustement en fonction des risques

- Les indicateurs du PAQ ne sont pas rajustés au risque pour refléter de manière optimale les performances au fil du temps au sein d'une organisation.

### Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs

- Certains indicateurs tiennent compte de l'établissement d'objectifs. Lorsqu'aucun objectif n'est précisé, des renseignements supplémentaires sur la détermination des objectifs appropriés se trouvent dans le document [Déterminer des objectifs](#).
- Les organisations devraient s'efforcer d'améliorer leur rendement et éviter d'inclure des objectifs ministériels qui représentent un rendement inférieur au rendement actuel.

### Comment avoir accès aux données

- Lorsque cela est possible, les données pour les indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.
- Lorsque mentionnées, les données des rapports électroniques sont accessibles par le biais de OneID.

## Notes pour les indicateurs du secteur de soins de longue durée

### Source des données

- Les indicateurs de sécurité en soins de longue durée (*Pourcentage de résidents de soins de longue durée non atteints de psychose qui ont reçu des médicaments antipsychotiques, Pourcentage de résidents de soins de longue durée ayant fait une chute au cours des 30 derniers jours, Pourcentage des résidents de foyers de soins de longue durée dont la plaie de pression de stade 2 à 4 s'est aggravée, Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée sur lesquels on a utilisé quotidiennement des contentions physiques*) s'appuient sur des données recueillies au moyen des suivants :
  - l'Instrument d'évaluation des résidents – Ensemble minimal de données 2.0 (RAI-MDS), transmises au Système d'information sur les soins de longue durée;
  - l'instrument d'évaluation pour soins de longue durée en établissement interRAI (SLD interRAI), transmis au Système d'information intégré interRAI.

Dans le cadre d'une transition graduelle, certains établissements de soins de longue durée sont déjà passés du Système d'information sur les soins de longue durée (données d'évaluation RAI-MDS) au Système d'information intégré interRAI (données d'évaluation SLD interRAI). Le Système d'information sur les soins de longue durée hérité doit être entièrement mis hors service d'ici mars 2026.



### Avis de non-responsabilité

Bien que, de façon générale, les données d'indicateurs soient jugées comparables et se prêtent aux analyses de tendance dans le temps et entre instruments d'évaluation, des écarts de rendement peuvent survenir. Ces variations peuvent être attribuables, entre autres, à un meilleur apprentissage, à l'évolution des pratiques de codage ou à de réels changements dans la qualité des soins. Les résultats des indicateurs doivent donc être interprétés avec prudence.



# Les hôpitaux

## Accès et flux

### 90<sup>e</sup> percentile – temps de déchargement de l'ambulance

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Prioritaire
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Le <i>temps de déchargement de l'ambulance</i> est la durée (temps écoulé) entre l'arrivée de l'ambulance aux urgences et la fin du processus de transfert des soins par l'ambulance. Mesure d'évaluation : 90 <sup>e</sup> percentile
Unité de mesure	Minutes
Méthodes de calcul	<p>Pour le 90<sup>e</sup> percentile – <i>temps de déchargement de l'ambulance</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Calculer le <i>temps de déchargement de l'ambulance</i> selon le temps écoulé entre l'arrivée de l'ambulance (<i>Date et Heure d'arrivée de l'ambulance</i>) et la fin du processus de transfert des soins en ambulance (<i>Date et Heure de traitement du transfert de l'ambulance à l'hôpital</i>) pour les cas applicables (c'est-à-dire en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion des données).</li> <li>2) Trier les cas en fonction du <i>temps de déchargement de l'ambulance</i> (du plus court au plus long).</li> <li>3) Déterminer le délai dans lequel 90 % avaient achevé leur processus de transfert de soins en ambulance. (Si <math>N</math> est le nombre total de cas dans la liste, et <math>n = 0,9 \times N</math>, alors la valeur du 90<sup>e</sup> percentile est le <i>temps de déchargement de l'ambulance</i> du <math>n^{\text{e}}</math> cas dans la liste triée.)</li> </ol> <p><b>Inclusions :</b> Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'arrivée aérienne, terrestre ou combinaison de l'ambulance, pour les visites aux urgences (<i>Admission par ambulance</i> = A, G, ou C)</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b> Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le moment d'inscription ainsi que le moment que le triage soit complété sont tous les deux inconnus (<i>Date d'inscription ou de visite</i>; <i>Heure d'inscription ou de visite</i> = 9999 ou sont manquantes et <i>Date et Heure de triage</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le <i>Code de compte du centre d'activité des Normes SIG associé à la visite</i> ne relève pas de la catégorie Urgences générales ou de la catégorie Centre de soins d'urgence</li> <li>• La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite au service d'urgence</i> = 0)</li> <li>• Le moment de l'arrivée de l'ambulance ou de la fin du processus de transfert des soins en ambulance est inconnu (<i>Date et Heure d'arrivée de l'ambulance</i> ou <i>Date et Heure de traitement du transfert de l'ambulance à l'hôpital</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le <i>temps de déchargement de l'ambulance</i> calculé est négatif</li> <li>• Le <i>temps de déchargement de l'ambulance</i> calculé est supérieur ou égal à 1 440 minutes</li> </ul>
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er décembre 2024 au 30 novembre 2025, conformément au programme de financement axé sur les résultats
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'objectif suggéré par Santé Ontario est de <b>30 minutes ou moins</b> , en consultation avec les services médicaux d'urgence et les services paramédicaux.
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ. Pour les hôpitaux de l'IANSU : Les données sur le site sont également disponibles dans le rapport de l'exercice des services d'urgences de Santé Ontario.

Abréviations : IANSU, Initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences; SIG, système d'information de gestion; S. O., sans objet.

90<sup>e</sup> percentile – temps d’attente aux urgences pour l’évaluation initiale par un médecin

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d’indicateur	Prioritaire
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l’amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Le <i>temps d’attente aux urgences pour l’évaluation initiale par un médecin</i> est la durée (temps total écoulé) entre le moment du triage ou de l’inscription (selon ce qui se produit en premier) et l’heure de l’évaluation initiale par un médecin. Mesure d’évaluation : 90 <sup>e</sup> percentile
Unité de mesure	Heures
Méthodes de calcul	<p>Pour le 90<sup>e</sup> percentile – temps d’attente aux urgences pour l’évaluation initiale par un médecin :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Calculer le <i>temps d’attente aux urgences pour l’évaluation initiale par un médecin</i> selon le temps écoulé entre le triage ou l’inscription (<i>Date et Heure de triage</i> ou <i>Date d’inscription ou de visite; Heure d’inscription ou de visite</i>, selon ce qui se produit en premier) et la <i>Date et Heure de l’évaluation initiale du médecin</i>,<sup>a</sup> en appliquant les critères d’inclusion et d’exclusion.</li> <li>2) Trier les cas en fonction du <i>temps d’attente aux urgences pour l’évaluation initiale par un médecin</i> (du plus court au plus long).</li> <li>3) Déterminer le délai dans lequel 90 % des patients ont eu une évaluation initiale par un médecin. (Si <math>N</math> est le nombre total de cas dans la liste, et <math>n = 0,9 \times N</math>, alors la valeur du 90<sup>e</sup> percentile est le <i>temps d’attente aux urgences pour l’évaluation initiale par un médecin</i> du <math>n^{\text{e}}</math> cas dans la liste triée.)</li> </ol> <p><b>Exclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le moment d’inscription ainsi que le moment que le triage soit complété sont tous les deux inconnus (<i>Date d’inscription ou de visite; Heure d’inscription ou de visite</i> = 9999 ou sont manquantes et <i>Date et Heure de triage</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le <i>Code de compte du centre d’activité des Normes SIG associé à la visite</i> ne relève pas de la catégorie Urgences générales ou de la catégorie Centre de soins d’urgence</li> <li>• La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite au service d’urgence</i> = 0)</li> <li>• Le moment de l’évaluation est inconnu (<i>Date et Heure de l’évaluation initiale du médecin</i> = 9999 ou sont manquantes) ou le patient a quitté les urgences sans avoir été examiné (<i>Issue de la visite</i> = 61 ou 63)</li> <li>• <i>Date et Heure de l’évaluation initiale du médecin</i> sont après soit <i>Date et Heure de la décision concernant la sortie du patient</i> ou soit <i>Date et Heure de sortie du service d’urgence</i></li> <li>• Le <i>temps d’attente aux urgences pour l’évaluation initiale par un médecin</i> calculé est supérieur ou égal à 1 666 heures (100 000 minutes)</li> </ul>
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er décembre 2024 au 30 novembre 2025, conformément au programme de financement axé sur les résultats
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L’objectif suggéré par Santé Ontario est de <b>3,4 heures ou moins</b> .
Source des données	Système national d’information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ. Pour les hôpitaux de l’ANSU : Les données sur le site sont également disponibles dans le rapport de l’exercice des services d’urgences de Santé Ontario.

Abréviations : IANSU, Initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences; SIG, système d’information de gestion; S. O., sans objet.

<sup>a</sup> Si l’évaluation effectuée par un médecin (*Date et Heure de l’évaluation initiale du médecin*) est inférieure à 24 heures avant le triage ou l’inscription (*Date et Heure de triage* ou *Date d’inscription ou de visite; Heure d’inscription ou de visite*), le cas est inclus, avec *temps d’attente pour l’évaluation initiale du médecin* fixé à 0. Si l’évaluation effectuée par un médecin (*Date et Heure de l’évaluation initiale du médecin*) est supérieure à 24 heures avant le triage ou l’inscription (*Date et Heure de triage* ou *Date d’inscription ou de visite; Heure d’inscription ou de visite*), le cas est exclu.

## Nombre moyen quotidien de patients en attente dans le service des urgences pour un lit d'hospitalisation à 8 h

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Prioritaire
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Le nombre de patients dans le service des urgences qui attendaient un lit d'hospitalisation à 8 h (c.-à-d. pas d'admission à l'hôpital) est le nombre de personnes qui avaient été admises, mais qui, à 8 h, attendaient au moins 2 heures depuis la demande, étaient encore dans le service d'urgence (c.-à-d. qu'elles ne se trouvaient pas encore dans un lit d'hospitalisation) et quittaient le service d'urgence. Mesure d'évaluation : moyenne
Unité de mesure	Nombre de patients par jour
Méthodes de calcul	<p><b>Inclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients admis ont attendu dans des locaux conventionnels et non conventionnels du service d'urgence avant d'obtenir un lit à l'hôpital (inclure tous les types de service ou de lit).</li> <li>La visite au service d'urgence a entraîné l'admission (<i>Issue de la visite</i> = 06 ou 07)</li> <li>Le patient admis a attendu plus de 2 heures après la décision d'admission (le temps écoulé entre <i>Date et Heure de la décision concernant la sortie du patient</i> et <i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i> &gt; 2 heures)</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite au service d'urgence</i> = 0)</li> <li>L'heure ou la date de la décision de sortie est inconnue (<i>Date et Heure de la décision concernant la sortie du patient</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>Le moment auquel le patient a quitté les urgences est inconnu (<i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>Le temps écoulé entre la <i>Date et Heure de la décision concernant la sortie du patient</i> et la <i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i> est supérieur à 1 666 heures (100 000 minutes)</li> </ul>
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er avril 2024 au 31 mars 2025 (c'est à dire, exercice de 2024)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'objectif suggéré par Santé Ontario est <b>une réduction de 25 % par rapport au niveau de référence.</b> <sup>a</sup>
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ. Pour les hôpitaux de l'IANSU : Les données sur le site sont également disponibles dans le rapport de l'exercice des services d'urgences de Santé Ontario.

Abréviations : IANSU, Initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences; SIG, système d'information de gestion; S. O., sans objet.

<sup>a</sup> Ces données sont définies comme étant les données en matière de rendement les plus récentes et pertinentes disponibles (soit celles de l'organisme, soit celles d'établissements comparables, c'est à dire des milieux de soins et des démographies de patients similaires). Lorsque de telles données ne sont pas disponibles ou ne s'appliquent pas, un niveau de référence peut être établi au moyen des valeurs de référence provenant de la documentation publiée ou recommandées par des experts cliniques.

## 90<sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une faible acuité

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Prioritaire
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	<p>La <i>durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une faible acuité</i> est la durée (temps total écoulé) entre le moment du triage ou de l'inscription (selon ce qui se produit en premier) et le moment où le patient quitte le service des urgences. Il s'adresse uniquement aux patients dont l'état est jugé moins graves et qui quittent le service des urgences sans être admis.</p> <p>Mesure d'évaluation : 90<sup>e</sup> percentile</p>
Unité de mesure	Heures
Méthodes de calcul	<p>Pour le 90<sup>e</sup> percentile – <i>durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une faible acuité</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Calculer la <i>durée de séjour aux urgences</i> selon le temps écoulé entre le triage ou l'inscription (<i>Date et Heure de triage</i> ou <i>Date d'inscription ou de visite; Heure d'inscription ou de visite</i>, selon ce qui se produit en premier) et le départ des urgences (<i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i>) pour chaque visite de patient, en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion. Soustraire toute période passée dans une unité de décision clinique (où <i>Indicateur de l'unité d'observation</i> = Oui et la période passée dans l'unité de décision clinique est calculée comme étant la <i>Date et Heure de sortie de l'unité d'observation</i> – <i>Date et Heure d'arrivée à l'unité d'observation</i>).</li> <li>2) Trier les cas en fonction de la <i>durée de séjour aux urgences</i> (du plus courte au plus longue).</li> <li>3) Déterminer le délai dans lequel 90 % des patients avaient terminé leur séjour aux urgences. (Si <i>N</i> est le nombre total de cas dans la liste, et <math>n = 0,9 \times N</math>, alors la valeur du 90<sup>e</sup> percentile est la <i>durée de séjour aux urgences</i> du <i>n<sup>e</sup></i> cas dans la liste triée.)</li> </ol> <p><b>Inclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La visite aux urgences n'a pas donné lieu à une admission (<i>Issue de la visite</i> est ni 06 ni 07), et le patient a été classé au triage comme ayant une faible acuité (<i>Niveau de triage (ETG)</i> = 4 ou 5)</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le moment d'inscription ainsi que le moment que le triage soit complété sont tous les deux inconnus (<i>Date d'inscription ou de visite; Heure d'inscription ou de visite</i> = 9999 ou sont manquantes et <i>Date et Heure de triage</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le <i>Code de compte du centre d'activité des Normes SIG associé à la visite</i> ne relève pas de la catégorie Urgences générales ou de la catégorie Centre de soins d'urgence</li> <li>• La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite au service d'urgence</i> = 0)</li> <li>• Le moment auquel le patient a quitté les urgences est inconnu (<i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le patient a quitté les urgences sans avoir été examiné (<i>Issue de la visite</i> = 61 ou 63)</li> <li>• La <i>durée de séjour aux urgences</i> calculée est supérieure ou égale à 1 666 heures (100 000 minutes)</li> </ul>
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er décembre 2024 au 30 novembre 2025, conformément au programme de financement axé sur les résultats
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'objectif fixé par le Programme de financement axé sur les résultats de Santé Ontario est de <b>4 heures</b> .
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	<p>Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.</p> <p>Pour les hôpitaux de l'IANSU : Les données sur le site sont également disponibles dans le rapport de l'exercice des services d'urgences de Santé Ontario.</p>

Abréviations : ÉTG, Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence; IANSU, Initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences; SIG, système d'information de gestion; S. O., sans objet.

## 90<sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une acuité élevée

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Prioritaire
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	<p>La <i>durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une acuité élevée</i> est la durée (temps total écoulé) entre le moment du triage ou de l'inscription (selon ce qui se produit en premier) et le moment où le patient quitte le service des urgences. Il s'adresse uniquement aux patients dont l'état est jugé plus grave au triage et qui quittent le service des urgences sans être admis.</p> <p>Mesure d'évaluation : 90<sup>e</sup> percentile</p>
Unité de mesure	Heures
Méthodes de calcul	<p>Pour le 90<sup>e</sup> percentile – <i>durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis triés comme ayant une acuité élevée</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Calculer la <i>durée de séjour aux urgences</i> selon le temps écoulé entre le triage ou l'inscription (<i>Date et Heure de triage</i> ou <i>Date d'inscription ou de visite</i>; <i>Heure d'inscription ou de visite</i>, selon ce qui se produit en premier) et le départ des urgences (<i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i>) pour chaque visite de patient, en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion. Soustraire toute période passée dans une unité de décision clinique (où <i>Indicateur de l'unité d'observation</i> = Oui et la période passée dans l'unité de décision clinique est calculée comme étant la <i>Date et Heure de sortie de l'unité d'observation</i> – <i>Date et Heure d'arrivée à l'unité d'observation</i>).</li> <li>2) Trier les cas en fonction de la <i>durée de séjour aux urgences</i> (du plus courte au plus longue).</li> <li>3) Déterminer le délai dans lequel 90 % des patients avaient terminé leur séjour aux urgences. Si <math>N</math> est le nombre total de cas dans la liste, et <math>n = 0,9 \times N</math>, alors la valeur du 90<sup>e</sup> percentile est la <i>durée de séjour aux urgences</i> du <math>n^{\text{e}}</math> cas dans la liste triée.)</li> </ol> <p><b>Inclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La visite aux urgences n'a pas donné lieu à une admission (<i>Issue de la visite</i> est ni 06 ni 07), et le patient a été classé au triage comme ayant une acuité élevée (<i>Niveau de triage (ETG)</i> = 1, 2, ou 3)</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le moment d'inscription ainsi que le moment que le triage soit complété sont tous les deux inconnus (<i>Date d'inscription ou de visite</i>; <i>Heure d'inscription ou de visite</i> = 9999 ou sont manquantes and <i>Date et Heure de triage</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le <i>Code de compte du centre d'activité des Normes SIG associé à la visite</i> ne relève pas de la catégorie Urgences générales ou de la catégorie Centre de soins d'urgence</li> <li>• La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite au service d'urgence</i> = 0)</li> <li>• Le moment auquel le patient a quitté les urgences est inconnu (<i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le patient a quitté les urgences sans avoir été examiné (<i>Issue de la visite</i> = 61 ou 63)</li> <li>• La <i>durée de séjour aux urgences</i> calculée est supérieure ou égale à 1 666 heures (100 000 minutes)</li> </ul>
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er décembre 2024 au 30 novembre 2025, conformément au programme de financement axé sur les résultats
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'objectif fixé par le Programme de financement axé sur les résultats de Santé Ontario est de <b>7 heures</b> .
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	<p>Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.</p> <p>Pour les hôpitaux de l'IANSU : Les données sur le site sont également disponibles dans le rapport de l'exercice des services d'urgences de Santé Ontario.</p>

Abréviations : ÉTG, Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence; IANSU, Initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences; SIG, système d'information de gestion; S. O., sans objet.

90<sup>e</sup> percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients hospitalisés

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	La <i>durée de séjour aux urgences pour les patients hospitalisés</i> est la durée (temps total écoulé) entre le moment du triage ou de l'inscription (selon ce qui se produit en premier) et le moment où le patient quitte le service des urgences pour être admis dans un lit d'hospitalisation ou dans une salle d'opération. Mesure d'évaluation : 90 <sup>e</sup> percentile
Unité de mesure	Heures
Méthodes de calcul	<p>Pour le 90<sup>e</sup> percentile – <i>durée de séjour aux urgences pour les patients hospitalisés</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Calculer la <i>durée de séjour aux urgences</i> selon le temps écoulé entre le triage ou l'inscription (<i>Date et Heure de triage</i> ou <i>Date d'inscription ou de visite; Heure d'inscription ou de visite</i>, selon ce qui se produit en premier) et le départ des urgences pour être admis dans un lit d'hospitalisation ou une salle d'opération (<i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i>), en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion. Soustraire toute période passée dans une unité de décision clinique (où <i>Indicateur de l'unité d'observation</i> = Oui et la période passée dans l'unité de décision clinique est calculée comme étant la <i>Date et Heure de sortie de l'unité d'observation</i> – <i>Date et Heure d'arrivée à l'unité d'observation</i>).</li> <li>2) Trier les cas en fonction de la <i>durée de séjour aux urgences</i> (du plus courte au plus longue).</li> <li>3) Déterminer le délai dans lequel 90 % des patients avaient terminé leur séjour aux urgences. (Si <i>N</i> est le nombre total de cas dans la liste, et <math>n = 0,9 \times N</math>, alors la valeur du 90<sup>e</sup> percentile est la <i>durée de séjour aux urgences</i> du <i>n<sup>e</sup></i> cas dans la liste triée.)</li> </ol> <p><b>Inclusions :</b> Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La visite aux urgences a donné lieu à une admission (<i>Issue de la visite</i> = 06 ou 07)</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b> Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le moment d'inscription ainsi que le moment que le triage soit complété sont tous les deux inconnus (<i>Date d'inscription ou de visite; Heure d'inscription ou de visite</i> = 9999 ou sont manquantes et <i>Date et Heure de triage</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le <i>Code de compte du centre d'activité des Normes SIG associé à la visite</i> ne relève pas de la catégorie Urgences générales ou de la catégorie Centre de soins d'urgence</li> <li>• La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite au service d'urgence</i> = 0)</li> <li>• Le moment auquel le patient a quitté les urgences est inconnu (<i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le patient a quitté les urgences sans avoir été examiné (<i>Issue de la visite</i> = 61 ou 63)</li> <li>• La <i>durée de séjour aux urgences</i> calculée est supérieure ou égale à 1 666 heures (100 000 minutes)</li> </ul>
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er décembre 2024 au 30 novembre 2025, conformément au programme de financement axé sur les résultats
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'objectif fixé par le Programme de financement axé sur les résultats de Santé Ontario est de <b>25 heures</b> .
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ. Pour les hôpitaux de l'IANSU : Les données sur le site sont également disponibles dans le rapport de l'exercice des services d'urgences de Santé Ontario.

Abréviations : IANSU, Initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences; SIG, système d'information de gestion; S. O., sans objet.



90<sup>e</sup> percentile – temps d’attente aux urgences pour un lit d’hospitalisation

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d’indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l’amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	<p>Le <i>temps d’attente aux urgences pour un lit d’hospitalisation</i> est la durée (temps écoulé) entre l’heure de la décision concernant la visite, telle que déterminée par le fournisseur de services principal, et l’heure à laquelle le patient a quitté les urgences pour être admis dans un lit d’hospitalisation ou dans une salle d’opération.</p> <p>Mesure d’évaluation : 90<sup>e</sup> percentile</p>
Unité de mesure	Heures
Méthodes de calcul	<p>Pour le 90<sup>e</sup> percentile – temps d’attente aux urgences pour un lit d’hospitalisation :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Calculer le <i>temps d’attente aux urgences pour un lit d’hospitalisation</i> selon le temps écoulé entre <i>Date et Heure de la décision concernant la sortie du patient</i> et <i>Date et Heure de sortie du service d’urgence</i> pour être admis dans un lit d’hospitalisation (ou une salle d’opération) pour chaque cas, en appliquant les critères d’inclusion et d’exclusion.</li> <li>2) Trier les cas en fonction du <i>temps d’attente aux urgences pour un lit d’hospitalisation</i> (du plus court au plus long).</li> <li>3) Déterminer le délai dans lequel 90 % des patients ont quitté le service des urgences pour être admis dans un lit d’hospitalisation ou dans une salle d’opération. (Si <math>N</math> est le nombre total de cas dans la liste, et <math>n = 0,9 \times N</math>, alors la valeur du 90<sup>e</sup> percentile est le <i>temps d’attente aux urgences pour un lit d’hospitalisation</i> du <math>n^{\text{e}}</math> cas dans la liste triée.)</li> </ol> <p><b>Inclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La visite aux urgences a donné lieu à une admission (<i>Issue de la visite</i> = 06 ou 07)</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite au service d’urgence</i> = 0)</li> <li>• L’heure ou la date de la décision de sortie est inconnue (<i>Date et Heure de la décision concernant la sortie du patient</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le moment auquel le patient a quitté les urgences est inconnu (<i>Date et Heure de sortie du service d’urgence</i> = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• Le <i>Code de compte du centre d’activité des Normes SIG associé à la visite</i> ne relève pas de la catégorie Urgences générales ou de la catégorie Centre de soins d’urgence</li> <li>• Le <i>temps d’attente aux urgences pour un lit d’hospitalisation</i> calculé est supérieur ou égal à 1 666 heures (100 000 minutes)</li> <li>• Le <i>temps d’attente aux urgences pour un lit d’hospitalisation</i> calculé est négatif</li> </ul>
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1 <sup>er</sup> décembre 2024 au 30 novembre 2025, conformément au programme de financement axé sur les résultats
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Système national d’information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	<p>Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.</p> <p>Pour les hôpitaux de l’IANSU : Les données sur le site sont également disponibles dans le rapport de l’exercice des services d’urgences de Santé Ontario.</p>

Abréviations : IANSU, Initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences; SIG, système d’information de gestion; S. O., sans objet.

## Pourcentage de patients ayant visité les urgences et quitté sans avoir été examinés par un médecin

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Le pourcentage de visites aux urgences qui se sont soldées par le départ du patient avant qu'il n'ait été examiné ou traité par un médecin.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$ <p><b>Inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les niveaux de triage (<i>Niveau de triage (ETG) = 1, 2, 3, 4, ou 5</i>)</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le <i>Code de compte du centre d'activité des Normes SIG associé à la visite</i> ne relève pas de la catégorie Urgences générales ou de la catégorie Centre de soins d'urgence</li> <li>La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite au service d'urgence = 0</i>)</li> </ul>
Numérateur	<p>Nombre de visites aux urgences au cours desquelles le patient a quitté le service sans avoir été examiné par un médecin, au cours de la période de référence.</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient a quitté les urgences sans avoir été examiné (<i>Issue de la visite = 61 ou 63</i>)</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient a quitté contre l'avis du médecin (<i>Issue de la visite = 62 ou 64</i>)</li> </ul>
Dénominateur	Nombre total de visites non planifiées aux urgences pendant la période de référence, conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion généraux
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er avril 2024 au 31 mars 2025 (c'est à dire, exercice de 2024)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	<p>Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.</p> <p>Pour les hôpitaux de l'IANSU : Les données sur le site sont également disponibles dans le rapport de l'exercice des services d'urgences de Santé Ontario.</p>

Abréviations : ÉTG, Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence; ; IANSU, Initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences; SIG, système d'information de gestion.

## Commentaires

Cet indicateur ne tient pas compte des patients qui se rendent aux urgences et en repartent sans aucune interaction (sans inscription, triage, évaluation ou traitement).



## Pourcentage de patients ayant une fracture de la hanche dont le délai d'accès à la chirurgie est inférieur à 48 heures

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Le <i>délai d'accès à la chirurgie pour une fracture de la hanche</i> est la durée (temps écoulé) entre l'arrivée initiale dans un hôpital et le début de la chirurgie pour une fracture de la hanche.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Pour obtenir le <i>délai d'accès à la chirurgie pour une fracture de la hanche</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pour les hospitalisations éligibles pour une fracture de la hanche (voir les critères d'inclusion et d'exclusion), calculer le délai d'accès à la chirurgie comme étant le temps écoulé entre <ul style="list-style-type: none"> <li>– la première arrivée au service d'urgence (<i>Date et Heure de triage</i> [du SNISA] ou <i>Date d'inscription ou de visite; Heure d'inscription ou de visite</i> [du SNISA]) et le début de la chirurgie (<i>Date et Heure du début de l'épisode d'intervention</i> [de la BDCP]), si le patient a été admis par le biais des services d'urgence (<i>Code d'entrée</i> [de la BDCP] = E)</li> <li>– L'admission du patient hospitalisé (<i>Date et Heure d'admission</i> [de la BDCP]) et le début de la chirurgie (<i>Date et Heure du début de l'épisode d'intervention</i> [de la BDCP]), si le patient n'a pas été admis par le biais des services d'urgence (admission directe, admission par le service de chirurgie d'un jour ou admission par l'intermédiaire d'une clinique de l'établissement déclarant [<i>Code d'entrée</i> [de la BDCP] = D, P, ou C])<sup>a</sup></li> </ul> </li> <li>2) Calculer le <i>pourcentage de patients ayant une fracture de la hanche dont le délai d'accès à la chirurgie est inférieur à 48 heures</i> comme (Numérateur ÷ Dénominateur) × 100 %</li> </ol> <p><b>Inclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les critères énumérés dans la section de Définition de la cohorte du document <a href="#">Quality Standards: Hip Fracture Technical Specifications</a> sont respectés (c'est à dire, <i>Code du diagnostic</i> [code CIM-10-CA, de la BDCP] = S72.01, S72.08, S72.09, S72.10, S72.19, ou S72.2)</li> <li>• L'admission est urgente ou facultative (<i>Catégorie d'admission</i> [de la BDCP])</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b></p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La carte Santé provinciale (<i>Province ou territoire émetteur du numéro d'assurance maladie</i>) n'est pas de l'Ontario ou le numéro de santé est invalide (<i>Numéro d'assurance maladie</i> = -99 ou est manquant)<sup>b</sup></li> <li>• Le Sexe est manquant<sup>c</sup></li> <li>• L'Âge ≥ 105 ans<sup>d</sup> ou manquant</li> <li>• La date ou l'heure de triage, de l'admission ou de la chirurgie est invalide ou inconnue (<i>Date et Heure de triage</i> [du SNISA], <i>Date et Heure d'admission</i> [de la BDCP], ou <i>Date et Heure du début de l'épisode d'intervention</i> [de la BDCP] = 9999 ou sont manquantes)</li> <li>• <i>Code du diagnostic</i> [code CIM-10-CA, de la BDCP] = S72.00</li> </ul>
Numérateur	Le nombre d'hospitalisations pour des fractures de la hanche ayant un délai entre l'arrivée à l'hôpital et la chirurgie de moins de 48 heures.
Dénominateur	Nombre total d'hospitalisations pour fractures de la hanche éligibles, conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er avril 2025 au 30 septembre 2025 (T1 et T2)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données sur les congés des patients
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.

Abréviations : BDCP, Base de données sur les congés des patients; CIM-10-CA, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e version, Canada; SNISA, Système national d'information sur les soins ambulatoires.

<sup>a</sup> L'admission sans passer par le service d'urgence pourrait également impliquer un transfert d'autres établissements de santé (*Établissement de provenance*), même si ce détail n'est pas explicitement mentionné. En raison des défis liés au suivi de tels cas de manière précise dans la Base de données sur les congés des patients, une enquête plus approfondie est recommandée pour justifier un jugement plus concluant.

<sup>b</sup> Un numéro de carte Santé valide de l'Ontario est requis pour effectuer le lien de données entre la Base de données sur les congés des patients et le Système national d'information sur les soins ambulatoires.

<sup>c</sup> Les cas où le sexe est manquant ne peuvent pas être traités ou imputés de manière appropriée dans le cadre analytique. Pour le sexe non binaire, la taille de l'échantillon est généralement inférieure au seuil minimum requis pour le rapport et l'inclusion pourrait poser un risque pour la vie privée en raison de la réidentification potentielle par rétro calcul.

<sup>d</sup> Les données des personnes âgées de plus de 105 ans sont habituellement exclues de l'analyse en raison de préoccupations concernant la qualité des données à des âges extrêmes.

## Commentaires

Les données du [rapport électronique](#) de Santé Ontario pour d'autres indicateurs liés aux soins pour fracture de la hanche (document [Quality Standards: Hip Fracture Technical Specifications](#)) sont également disponibles.

# Équité

Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Équité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme (p. ex., des cours de formation, des modules en ligne, des webinaires et des séances d'information)
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	<p>Nombre de membres du personnel<sup>a</sup> ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme au cours de la période de référence</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des résultats partiels, si une formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et d'éducation antiraciste étaient nécessaires pour le personnel</li> </ul>
Dénominateur	<p>Nombre total de membres du personnel visés<sup>a</sup> par une formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Personnel (travailleurs) travaillant activement au sein de l'organisation à tout moment de la période de déclaration</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, du système de gestion de l'apprentissage de l'organisme ou au moyen des taux de participation et d'achèvement des modules assignés sur la plateforme de formation.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

<sup>a</sup> Les organisations sont encouragées à utiliser cet indicateur pour l'ensemble de leur personnel. Si les données ne sont pas disponibles pour l'ensemble du personnel, le champ d'application peut être limité au niveau des gestionnaires ou des cadres, tant pour le numérateur que pour le dénominateur. La sélection de la population du personnel doit être rapportée dans le Navigateur de PAQ (dans la section des commentaires).

## Temps d'attente moyen aux urgences pour l'évaluation initiale par un médecin pour les personnes atteintes de drépanocytose (niveau 1 ou 2 de l'ÉTG)

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Équité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Le <i>temps d'attente aux urgences pour l'évaluation initiale par un médecin</i> pour les personnes atteintes de drépanocytose est la durée (temps écoulé) entre le triage et l'évaluation initiale par un médecin pour les patients atteints de drépanocytose qui ont été triés au niveau 1 ou 2 de l'ÉTG. Mesure d'évaluation : moyenne
Unité de mesure	Minutes
Méthodes de calcul	Numérateur ÷ Dénominateur  <b>Inclusions :</b> Cas <ul style="list-style-type: none"> <li>Avec les codes CIM-10-CA (dans le champ <i>Problème principal</i> ou <i>Autres problèmes</i>) pour la drépanocytose: D570, D571, D572, D578</li> <li>Lorsque l'état du patient est classé au triage comme nécessitant une <i>réanimation</i> ou comme étant <i>émergent</i> (<i>Niveau de triage (ETG)</i> = 1 ou 2)</li> </ul> <b>Exclusions :</b> Cas où <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Date d'inscription ou de visite; Heure d'inscription ou de visite</i> = 9999 ou sont manquantes and <i>Date et Heure de triage</i> = 9999 ou sont manquantes</li> <li>Le <i>Code de compte du centre d'activité des Normes SIG associé à la visite</i> ne relève pas de la catégorie Urgences générales ou de la catégorie Centre de soins d'urgence</li> <li>La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite au service d'urgence</i> = 0)</li> <li>Le moment de l'évaluation est inconnu (<i>Date et Heure de l'évaluation initiale du médecin</i> = 9999 ou sont manquantes) ou le patient a quitté les urgences sans avoir été examiné (<i>Issue de la visite</i> = 61 ou 63)</li> <li>Le <i>temps d'attente aux urgences pour l'évaluation initiale par un médecin</i> calculé est supérieur ou égal à 100 000 minutes (1 666 heures)</li> </ul>
Numérateur	Somme du nombre de minutes pendant lesquelles les patients atteints de drépanocytose triés au niveau 1 ou 2 de l'ÉTG ont attendu l'évaluation initiale d'un médecin.
Dénominateur	Nombre total de visites aux urgences pour des patients atteints de drépanocytose triés au niveau 1 ou 2 de l'ÉTG.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er avril 2025 au 30 septembre 2025 (T1 et T2)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'Association canadienne des médecins d'urgence définit comme suit le délai cible pour l'évaluation initiale par le médecin en fonction du niveau de l'ÉTG <sup>2</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour le niveau 1 de l'ÉTG – immédiat (par exemple, dans les 5 minutes)</li> <li>Pour le niveau 2 de l'ÉTG – dans les 15 minutes</li> <li>Pour le niveau 3 de l'ÉTG – dans les 30 minutes</li> <li>Pour le niveau 4 de l'ÉTG – dans les 60 minutes</li> <li>Pour le niveau 5 de l'ÉTG – dans les 120 minutes</li> </ul>
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ pour les hôpitaux ayant au moins 6 visites imprévues au service d'urgence pour les patients atteints de drépanocytose.

Abréviations : ÉTG, Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence; CIM-10-CA, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e version, Canada; SIG, système d'information de gestion.

### Commentaires

Les données du [rapport électronique](#) de Santé Ontario sont disponibles pour d'autres indicateurs liés aux soins de la drépanocytose (document [Quality Standards: Sickle Cell Disease Measurement Guide](#)).

## Expérience

Les patients ont-ils eu le sentiment d'avoir reçu des informations adéquates sur leur santé et leurs soins à leur sortie de l'hôpital?

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Expérience
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Axée sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de personnes ayant répondu « Complètement » à la question suivante : « Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre sortie de l'hôpital? »
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$ <p>Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens de l'Institut canadien d'information sur la santé<sup>3</sup> (également dans le sondage court des patients adultes hospitalisés de l'Association des hôpitaux de l'Ontario) :</p> <p>Question 38: Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre sortie de l'hôpital?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Complètement</li> <li>- Moyennement</li> <li>- Un peu</li> <li>- Pas du tout</li> </ul>
Numérateur	<p>Nombre de personnes ayant répondu « Complètement ».</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser la méthode de la boîte supérieure (c'est à dire, ne compter que les répondants qui choisissent la réponse la plus positive).</li> </ul>
Dénominateur	Nombre de répondants ayant fourni une réponse à cette question (ne pas inclure les non-répondants)
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Sondage sur l'expérience des patients administré par votre organisme
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

### Commentaires

Cette question, tirée du Sondage sur l'expérience des patients canadiens — Soins en milieu hospitalier, se trouve également à la question 7 du sondage court des patients adultes hospitalisés de l'Association des hôpitaux de l'Ontario.

Cet indicateur était précédemment formulé comme suit : « Avez-vous reçu suffisamment d'informations lorsque vous avez quitté l'hôpital? »

# Sécurité

## Taux d'apparition du delirium au cours de l'hospitalisation

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Sécurité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Non directionnel, pour le moment. Bien qu'il soit préférable que les taux de delirium soient bas, si votre organisation se concentre sur une meilleure identification et déclaration du delirium, votre direction d'amélioration peut être définie comme étant une augmentation.
Description	Le delirium acquis à l'hôpital parmi les hospitalisations en soins actifs comme pourcentage de toutes les hospitalisations.
Unité de mesure	Pourcentage par année
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	Nombre d'hospitalisations dans le dénominateur avec apparition d'un delirium au cours de l'hospitalisation (c'est-à-dire un delirium acquis à l'hôpital). Si un patient présente un delirium acquis à l'hôpital au cours de plusieurs hospitalisations différentes, tous ces cas seront comptabilisés dans le numérateur.  <b>Inclusions :</b> Les hospitalisations <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le delirium non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives (codes CIM-10-CA F05.x; c'est à dire F05.0, F05.1, F05.8, F05.9)</li> <li>• Avec <i>Type de diagnostic</i> = 2 (comorbidité postadmission)</li> </ul>
Dénominateur	Nombre total d'hospitalisations uniques en soins aigus. Si un patient est hospitalisé plusieurs fois, toutes les hospitalisations seront comptabilisées dans le dénominateur.  <b>Exclusions :</b> Les hospitalisations <ul style="list-style-type: none"> <li>• De nouveau-nés (<i>Catégorie d'admission</i> = N), de mort-nés (<i>Catégorie d'admission</i> = S), et de donneurs cadavériques (<i>Catégorie d'admission</i> = R)</li> <li>• Dans les centres de soins de réactivation ou les établissements de soins parallèles</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er avril 2025 au 30 septembre 2025 (T1 et T2), en fonction de la date d'obtention du congé ( <i>Date et Heure de sortie</i> )
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Base de données sur les congés des patients
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.

Abréviations : CIM-10-CA, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e version, Canada.

### Commentaires

Il est essentiel de pouvoir identifier avec précision le delirium pour mettre en place des soins de santé optimaux. Des données existantes suggèrent que le delirium est souvent méconnu et mal diagnostiqué comme autre trouble ou attribué à tort à la démence.<sup>4</sup> Bien que la série de codes de Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e version, Canada (CIM-10-CA) F05.x ait une valeur prédictive positive élevée pour l'identification du delirium, la sensibilité est faible, ce qui se traduit par une sous-déclaration du delirium.

Les fournisseurs de soins de santé doivent chercher à mieux détecter et signaler les cas de delirium. Pour ce faire, il est nécessaire d'identifier les facteurs de risque de delirium, comme un âge supérieur ou égal à 65 ans, des troubles cognitifs et/ou une démence, une fracture de la hanche présente, une maladie grave et un delirium antérieur.

Pour appliquer une définition de cas plus précise, les cas possibles de delirium peuvent être saisis à l'aide des codes F05.x combinés à des codes de substitution, tels que R41.0 (désorientation) et R41.8x (autres symptômes et signes non précisés impliquant les fonctions cognitives et la conscience). Ces codes de substitution peuvent prendre en compte certains patients qui auraient dû recevoir un diagnostic de delirium, mais pour lesquels le terme « delirium » n'est pas documenté dans leur dossier ou dans le résumé de sortie; cependant, cette méthode est moins précise puisque certains cas avec les codes R41.0 et R41.8x pourraient ne pas avoir été un véritable delirium.

L'étiologie du delirium est multifactorielle et reflète souvent les conséquences d'une combinaison de maladies aiguës et de complications médicales. En utilisant les hospitalisations comme unité d'analyse, il est possible d'approfondir les investigations sur les patients présentant plusieurs cas de delirium acquis à l'hôpital au cours de différentes hospitalisations. Si chaque patient unique devait être utilisé comme unité d'analyse, le même patient ne serait pris en compte qu'une seule fois.

## Taux de bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Sécurité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Nombre de patients sortants pour qui un Meilleur schéma thérapeutique au congé a été établi, par rapport au nombre total de patients sortants.
Unité de mesure	Pourcentage par année
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$ <p>Afin de garantir une approche standardisée pour la mesure, les hôpitaux devront fournir le numérateur et le dénominateur dans leur plan de travail du PAQ; le navigateur de PAQ calculera le taux.</p>
Numérateur	<p>Nombre de patients sortants pour qui un Meilleur schéma thérapeutique au congé a été établi.</p> <p><b>Exclusions<sup>a</sup> :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sortie d'hôpital pour cause de décès, de naissance ou de naissance d'un enfant mort-né</li> </ul>
Dénominateur	<p>Nombre de patients sortants de l'hôpital.</p> <p><b>Exclusions<sup>a</sup> :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sortie d'hôpital pour cause de décès, de naissance ou de naissance d'un enfant mort-né</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, provenant du système de gestion des renseignements ou le système de dossiers médicaux électroniques.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

<sup>a</sup> Toute exclusion supplémentaire doit être documentée dans la section des commentaires du navigateur de PAQ.

## Commentaires

Les organismes doivent rendre compte de leurs performances actuelles et fixer des objectifs pour le bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital au niveau de l'organisation (c'est-à-dire pour l'ensemble de l'hôpital). Les hôpitaux doivent également indiquer les programmes ou les patients qui ne sont pas pris en compte dans le calcul du bilan comparatif des médicaments.



## Taux d'incidents de violence au travail entraînant des préjudices avec interruption de travail

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Sécurité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable); toutefois, si votre organisation se concentre sur le développement de la culture de signalement, la direction d'amélioration peut être définie comme étant une augmentation. Si la culture de signalement de votre organisation est déjà bien établie, la direction d'amélioration peut être définie comme étant une diminution.
Description	Taux d'incidents de violence au travail signalés par le personnel hospitalier et ayant entraîné un préjudice avec interruption de travail au cours d'une période de 12 mois. À des fins d'amélioration de la qualité, les hôpitaux doivent recueillir des données sur le nombre d'incidents de violence signalés par les travailleurs et ayant entraîné un préjudice avec interruption de travail, y compris les médecins et les personnes sous contrat avec d'autres employeurs (par exemple, services de restauration, sécurité), conformément à la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i> . <sup>5</sup>
Unité de mesure	Pourcentage par année
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$ Nombre d'incidents de violence au travail ayant entraîné une interruption de travail ayant été signalés par les travailleurs de l'hôpital pour 100 travailleurs équivalents temps plein au cours d'une période de 12 mois, les termes « travailleur » et « violence au travail » étant définis dans la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i> . <sup>5</sup>
Numérateur	Nombre d'incidents de violence au travail <sup>a</sup> ayant entraîné un préjudice avec interruption de travail signalés par les employés de l'hôpital. <b>Exclusions :</b> • Décès
Dénominateur	Nombre total d'employés de l'hôpital en équivalent temps plein
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Le nombre d'incidents de violence au travail signalés ayant entraîné un préjudice avec interruption de travail est disponible via les mécanismes de rapport internes de votre organisation.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

<sup>a</sup> Si le nombre d'incidents est supérieur à 0 mais inférieur ou égal à 5, la valeur doit être supprimée.

## Commentaires

Les incidents de violence au travail entraînant un préjudice avec interruption de travail comprennent les situations dans lesquelles le travailleur est absent du travail au-delà du jour de l'incident, subit une perte de salaire ou de revenus, ou présente une incapacité ou une déficience permanente.

# Les soins primaires interprofessionnels

Pour tous les indicateurs interprofessionnels de soins primaires, les termes décrivant le patient (ou client), le fournisseur (ou clinicien) et d'autres aspects de l'indicateur ont été choisis pour tenir compte des différents modèles de soins. Les organisations sont invitées à utiliser les indicateurs énumérés ci-dessous plutôt que de les adapter pour en faire des indicateurs personnalisés, même si les termes utilisés pour décrire ces concepts sont légèrement différents.

## Accès et flux

### Perception des patients/clients de l'accès aux soins en temps opportun

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Prioritaire
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de patients (ou clients) qui déclarent que la dernière fois qu'ils ont été malades ou ont eu un problème de santé, ils ont eu un rendez-vous à la date voulue.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$ <p>Les organisations devraient mesurer les progrès réalisés par rapport à cet indicateur en utilisant la formulation suivante pour la question de l'enquête, comme dans le Sondage sur l'expérience des patients au chapitre des soins primaires<sup>5</sup> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Q6 La dernière fois que vous avez été malade ou qu'un problème de santé vous inquiétait, avez-vous eu un rendez-vous à la date voulue? » <ul style="list-style-type: none"> <li>– a. Oui</li> <li>– b. Non</li> </ul> </li> </ul>
Numérateur	Nombre de patients (ou clients) ayant répondu « Oui » à la question du sondage, indiquant que la dernière fois qu'ils étaient malades ou qu'un problème de santé les inquiétait, ils ont eu un rendez-vous à la date qu'ils souhaitaient.
Dénominateur	<p>Nombre total de patients (ou clients) ayant répondu à la question du sondage</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-répondants</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Le corridor cible établi par l'Alliance pour des communautés en santé est de <b>85 % à 100 %</b> . <sup>6</sup>
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, au moyen d'un sondage sur l'expérience des patients ou clients, comme le Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

### Commentaires

Cet indicateur peut être utilisé dans tous les contextes interprofessionnels de soins primaires et se fonde sur [les indicateurs communs de l'Alliance pour des communautés en santé \(en anglais\)](#).

L'utilisation du [Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires](#) est encouragée. Ce sondage a été élaboré par Santé Ontario (Qualité des services de santé Ontario) en collaboration avec l'Association of Family Health Teams of Ontario, l'Alliance pour des communautés en santé, l'Ontario College of Family Physicians et l'Ontario Medical Association. Il a été conçu pour être administré par les cabinets et peut être étendu au niveau de l'organisation afin de soutenir ses efforts d'amélioration de la qualité.

Un [Guide pratique du sondage](#) complet et [d'autres versions du sondage pour les centres de santé communautaires et les centres d'accès aux soins de santé pour les Autochtones](#) sont également disponibles.

Un [indicateur](#) similaire, sur l'accès le jour même ou le lendemain à un fournisseur de soins primaires, est disponible dans le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du ministère de la Santé.

## Nombre de nouveaux patients/clients/nouvelles inscriptions

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Prioritaire
Dimension de la qualité	Efficiencia
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	<p>Nombre de nouveaux patients (ou clients) nets rattachés ou inscrits auprès d'un médecin de soins primaires ou d'une infirmière praticienne au sein de l'organisation de soins primaires ou du centre de santé communautaire au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Cet indicateur prend en compte les patients (ou clients) qui ont été ajoutés à l'organisation de soins primaires ou au centre de santé communautaire (c'est-à-dire nouvelles inscriptions), ainsi que ceux qui ont quitté.</p>
Unité de mesure	Nombre de patients
Méthodes de calcul	<p>Pour le nombre net de nouveaux patients (ou clients, nouvelles inscriptions) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Compter le nombre de patients/clients nouvellement rattachés ou inscrits au cours de la période de référence.</li> <li>2) Soustraire les patients (ou clients) qui ont quitté l'organisation de soins primaires ou le centre de santé communautaire (par exemple, décédés, désinscrits).</li> </ol>
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, provenant du système de gestion des renseignements ou le système de dossiers médicaux électroniques.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

Abréviations : S. O., sans objet.

## Commentaires

Des informations sur l'identification du nombre de nouveaux clients pour les centres de santé communautaires de l'Alliance pour des communautés en santé sont disponibles à la page 25 du [manuel sur la taille des panels \(en anglais\) de l'Alliance pour des communautés](#).

## Pourcentage de clients atteints de diabète sucré de type 2 qui sont à jour avec la surveillance de la glycémie (l'hémoglobine glyquée) HbA1c

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Efficience
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de clients atteints de diabète sucré de type 2 pour lesquels la surveillance du taux de glycémie HbA1c a été effectuée au moins 2 fois au cours des 12 derniers mois
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	Nombre de clients atteints de diabète sucré de type 2 pour lesquels la surveillance du taux de glycémie HbA1c a été effectuée au moins deux fois au cours de la période de déclaration.
Dénominateur	Nombre de clients actifs atteints de diabète sucré de type 2
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, provenant du système de gestion des renseignements ou le système de dossiers médicaux électroniques.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales. Équipes de santé familiale : Les données sont accessibles par l'intermédiaire de <a href="#">Mapratique : Soins primaires</a> . Centres de santé communautaires et cliniques de personnel infirmier praticien : Les données sont accessibles par demande du dossier médical électronique au sein de l'organisation.

Abréviations : HbA1c, hémoglobine A1c (ou hémoglobine glyquée).

### Commentaires

Adapté à partir d'indicateurs des *Indicateurs trimestriels de l'Accord de contribution de l'Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC)*.

## Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour avec le dépistage colorectal

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour avec le dépistage colorectal
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	<p>Nombre total de personnes dans le dénominateur qui effectuent un dépistage du cancer colorectal dans les délais désignés (voir les critères d'inclusion).</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans qui ont effectué l'un des tests de dépistage du cancer colorectal et dont votre cabinet a reçu les résultats : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un test immunochimique fécal accompagné d'un résultat valide au cours des 2 années précédentes</li> <li>– Une sigmoïdoscopie flexible au cours des 10 années précédentes</li> </ul> </li> </ul>
Dénominateur	<p>Nombre total de personnes admissibles au dépistage au sein de votre organisme à la date de référence. La date de référence est définie comme étant le point médian de la période de déclaration.</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Si possible) les personnes qui ont eu une colectomie ou qui ont des antécédents de cancer colorectal.</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	T2 de 2025 (couvrant 2 ans de participation pour les tests immunochimiques fécaux et 10 ans de participation pour la sigmoïdoscopie flexible ou la coloscopie jusqu'en septembre 2025)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'objectif fixé par Santé Ontario est de <b>65 %</b> .
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, provenant du système de gestion des renseignements ou le système de dossiers médicaux électroniques.
Comment avoir accès aux données	<p>Collecte de données locales.</p> <p>Équipes de santé familiale : Les données sont accessibles par l'intermédiaire de <a href="#">Mapratique : Soins-primaires</a>.</p> <p>Centres de santé communautaires et Centres d'accès aux services de santé destinés aux Autochtones : des profils d'entraînement sont disponibles par l'entremise de l'Alliance pour des collectivités en santé.</p> <p>Les médecins de soins primaires peuvent également avoir accès aux données par l'intermédiaire de l'outil du <a href="#">rapport sur les activités de dépistage</a>.</p> <p>Cliniques de personnel infirmier praticien : Les données sont accessibles par demande du dossier médical électronique au sein de l'organisation.</p>

## Commentaires

Cet indicateur a été adapté à partir d'*indicateurs trimestriels de l'Accord de contribution de Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC)*. Dans le cas des organisations de soins primaires interprofessionnels autochtones qui souhaitent faire rapport sur le dépistage du cancer colorectal dans le cadre de leur PAQ, l'utilisation de cet indicateur facultatif est encouragée (plutôt que d'utiliser un indicateur personnalisé) et il peut être sélectionné malgré des différences mineures dans la méthode de calcul ou la nuance par rapport à l'indicateur de l'IPHCC. Des renseignements supplémentaires sont disponibles : [ressources sur le dépistage du cancer destinées aux Premières Nations, aux Inuits, aux Métis et aux Autochtones en milieu urbain](#).

## Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour avec le dépistage du col de l'utérus (définition mise à jour)

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour avec le dépistage du col de l'utérus au cours des 5 années précédentes.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	<p>Nombre total de personnes dans le dénominateur qui ont eu au moins un test de dépistage du VPH au cours des 66 derniers mois ou un test cytologique (test Pap) au cours des 42 derniers mois</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <p>Personnes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayant un col de l'utérus âgées de 21 à 69 ans</li> <li>• Qui ont eu au moins un test cytologique (test Pap) au cours des 42 derniers mois ou un test de dépistage du VPH au cours des 66 derniers mois</li> </ul>
Dénominateur	<p>Nombre total de personnes admissibles au dépistage ayant un col de l'utérus âgées de 25 à 69 ans au sein de votre organisme à la date de référence. La date de référence est définie comme étant le point médian de la période de déclaration.</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif avant la période de déclaration; le diagnostic de cancer du col de l'utérus était précédemment défini par le code CIM-O-3 : C53, une morphologie indicative d'un cancer du col de l'utérus ou confirmée par microscopie avec un rapport de pathologie.</li> <li>• Les personnes qui ont eu une colposcopie ou un traitement (codes de frais de la base de données sur les demandes de remboursement du RASO : Z732, Z724, Z766, S744, Z729) dans les 18 mois précédant la période de déclaration</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	T2 de 2025 (couvrant 42 mois de participation pour le dépistage cytologique (test Pap) et 66 mois de participation pour le dépistage du VPH jusqu'en septembre 2025)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'objectif fixé par Santé Ontario est de <b>60 %</b> .
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, provenant du système de gestion des renseignements ou le système de dossiers médicaux électroniques.
Comment avoir accès aux données	<p>Collecte de données locales.</p> <p>Équipes de santé familiale : Les données sont accessibles par l'intermédiaire de <a href="#">Mapratique : Soins-primaires</a>.</p> <p>Centres de santé communautaires et Centres d'accès aux services de santé destinés aux Autochtones : des profils d'entraînement sont disponibles par l'entremise de l'Alliance pour des collectivités en santé.</p> <p>Les médecins de soins primaires peuvent également avoir accès aux données par l'intermédiaire de l'outil du <a href="#">rapport sur les activités de dépistage</a>.</p> <p>Cliniques de personnel infirmier praticien : Les données sont accessibles par demande du dossier médical électronique au sein de l'organisation.</p>

Abréviations : CIM O 3, Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition; RASO, Régime d'assurance santé de l'Ontario; VPH, virus du papillome humain.

### Commentaires

Depuis mars 2025, l'Ontario a transitionné du dépistage par cytologie (test Pap) au dépistage primaire du virus du papillome humain (VPH) comme méthode recommandée de dépistage du cancer du col de l'utérus. Dans le cadre de ce changement, l'âge de début pour le dépistage passera à 25 ans avec des tests de dépistage du VPH, remplaçant l'âge de

début précédent de 21 ans pour les tests Pap. Au moyen de ce changement, l'intervalle de dépistage passera également de 3 ans à 5 ans pour la plupart des personnes admissibles. Pendant la période de transition, une approche mixte qui intègre à la fois les tests Pap et le dépistage du VPH sera utilisée pour les indicateurs de dépistage du col de l'utérus, en fonction de l'étape de la personne dans le cycle de dépistage.

Cet indicateur a été adapté à partir des *indicateurs trimestriels de l'Accord de contribution de Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC)*. Dans le cas des organismes de soins primaires interprofessionnels autochtones qui souhaitent faire rapport sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans le cadre de leur PAQ, l'utilisation de cet indicateur facultatif est encouragée (plutôt que d'utiliser un indicateur personnalisé) et il peut être sélectionné malgré des différences mineures dans la méthode de calcul ou la nuance par rapport à l'indicateur de l'IPHCC. Des renseignements supplémentaires provenant de Santé Ontario sont disponibles : [Ressources sur le dépistage du cancer destinées aux Premières Nations, aux Inuits, aux Métis et aux Autochtones en milieu urbain](#).



## Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui sont à jour en matière de dépistage du cancer du sein

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de personnes admissibles au dépistage qui ont effectué un dépistage pour un cancer du sein au moyen d'une mammographie au cours des 2 dernières années.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	<p>Nombre total de personnes dans le dénominateur qui ont eu une mammographie au cours des 2 dernières années</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes âgées de 50 à 74 ans qui ont eu une mammographie de dépistage au cours des 2 dernières années et dont votre cabinet a reçu les résultats.</li> </ul>
Dénominateur	<p>Nombre total de personnes admissibles au dépistage âgées de 50 à 74 ans qui sont admissibles à une mammographie de dépistage au sein de votre organisme à la date de référence. La date de référence est définie comme étant le point médian de la période de déclaration.</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes qui sont des femmes à la naissance et personnes de diverses identités de genre qui reçoivent des œstrogènes.</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les personnes ayant eu une mastectomie ou ayant des antécédents de cancer du sein.</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	T2 de 2025 (couvrant 2 ans de participation pour la mammographie jusqu'en septembre 2025)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'objectif fixé par Santé Ontario est de <b>65 %</b> .
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, provenant du système de gestion des renseignements ou le système de dossiers médicaux électroniques.
Comment avoir accès aux données	<p>Collecte de données locales.</p> <p>Équipes de santé familiale : Les données sont accessibles par l'intermédiaire de <a href="#">Mapratique : Soins-primaires</a>.</p> <p>Centres de santé communautaires et Centres d'accès aux services de santé destinés aux Autochtones : des profils d'entraînement sont disponibles par l'entremise de l'Alliance pour des collectivités en santé.</p> <p>Les médecins de soins primaires peuvent également avoir accès aux données par l'intermédiaire de l'outil du <a href="#">rapport sur les activités de dépistage</a>.</p> <p>Cliniques de personnel infirmier praticien : Les données sont accessibles par demande du dossier médical électronique au sein de l'organisation.</p>

### Commentaires

Cet indicateur a été adapté à partir d'*indicateurs trimestriels de l'Accord de contribution de Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC)*. Dans le cas des organisations de soins primaires interprofessionnels autochtones qui souhaitent faire rapport sur le dépistage du cancer du sein dans le cadre de leur PAQ, l'utilisation de cet indicateur facultatif est encouragée (plutôt que d'utiliser un indicateur personnalisé) et il peut être sélectionné malgré des différences mineures dans la méthode de calcul ou la nuance par rapport à l'indicateur de l'IPHCC.

Des renseignements supplémentaires sont disponibles : [ressources sur le dépistage du cancer destinées aux Premières Nations, aux Inuits, aux Métis et aux Autochtones en milieu urbain](#).

À l'automne 2024, les personnes âgées de 40 à 49 ans sont admissibles à la mammographie; nous nous attendons à ce qu'un indicateur distinct soit utilisé au niveau du système (à l'extérieur du PAQ) pour comprendre le dépistage dans ce groupe d'âge de personnes plus jeunes.

# Équité

Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Équité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme (p. ex., des cours de formation, des modules en ligne, des webinaires et des séances d'information)
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	<p>Nombre de membres du personnel<sup>a</sup> ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme au cours de la période de référence</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des résultats partiels, si une formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et d'éducation antiraciste étaient nécessaires pour le personnel</li> </ul>
Dénominateur	<p>Nombre total de membres du personnel<sup>a</sup> visés par une formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Personnel (travailleurs) travaillant activement au sein de l'organisation à tout moment de la période de déclaration</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, du système de gestion de l'apprentissage de l'organisme ou au moyen des taux de participation et d'achèvement des modules assignés sur la plateforme de formation.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

<sup>a</sup> Les organisations sont encouragées à utiliser cet indicateur pour l'ensemble de leur personnel. Si les données ne sont pas disponibles pour l'ensemble du personnel, le champ d'application peut être limité au niveau des gestionnaires ou des cadres, tant pour le numérateur que pour le dénominateur. La sélection de la population du personnel doit être rapportée dans le navigateur de PAQ (dans la section des commentaires).

## Réalisation de la collecte des données sociodémographiques

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Équité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de patients (ou clients) ayant répondu à au moins une des quatre questions sociodémographiques posées parmi les clients ayant eu un contact individuel avec l'organisation de soins primaires au cours de la période de 12 mois consécutifs la plus récente.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	<p>Nombre de patients (ou clients) âgés de 13 ans et plus qui ont eu un contact individuel avec l'organisation de soins primaires au cours de la période de référence et qui ont répondu à au moins une des quatre questions sociodémographiques suivantes : groupe racial/ethnique, handicap, identité de genre ou orientation sexuelle.</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <p>Les patients qui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ont fourni des informations</li> <li>• ont indiqué qu'ils ne savaient pas ou ne voulaient pas répondre (c'est-à-dire qu'ils ont répondu « je ne sais pas » ou « je préfère ne pas répondre »).</li> </ul>
Dénominateur	<p>Nombre total de patients (ou clients) âgés de 13 ans et plus qui ont eu un contact individuel avec l'organisation de soins primaires au cours de la période de référence.</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients (ou clients) de groupe (par exemple, pas une visite de patient ou client individuel)</li> <li>• Patients (ou clients) âgés de moins de 13 ans</li> <li>• Patients (ou clients) ayant eu des rencontres sans inscription (par exemple, clients non inscrits)</li> <li>• Patients (ou clients) anonymes</li> <li>• Patients (ou clients) qui n'ont pas eu de contact avec l'organisation de soins primaires au cours de la période de référence</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Le corridor cible établi par l'Alliance pour des communautés en santé est de <b>65 % to 100 %</b> .
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, provenant du système de gestion des renseignements ou le système de dossiers médicaux électroniques.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

## Commentaires

Cet indicateur peut être utilisé pour tous les contextes interprofessionnels de soins primaires et se fonde sur une question du [Questionnaire actualisé sur l'équité en santé \(données sociodémographiques\)](#) de l'Alliance pour des communautés en santé.

La collecte de données sociodémographiques permet aux organisations de soins primaires de mieux comprendre les populations qu'elles desservent et la manière dont l'accès aux soins de santé et l'utilisation de ces derniers diffèrent entre les différents groupes méritant l'équité. Cet indicateur mesure les progrès réalisés dans la collecte de données sur l'équité. Un faible taux de participation peut indiquer que les clients ont du mal à répondre aux questions ou que les organismes de soins primaires ont de la difficulté à recueillir les données. Il est possible de définir des stratégies pour améliorer la participation. Les questions sociodémographiques doivent être facultatives pour que le patient (ou client) ait la possibilité de refuser de répondre à une partie ou à la totalité des questions. Ces questions doivent être posées aux patients (ou clients) lors de la première rencontre, puis tous les 3 ans pour déterminer s'il y a eu des changements.

## Pourcentage de clients qui reçoivent des soins de santé mentale de la part d'un fournisseur de soins traditionnel

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Équité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de clients qui reçoivent des soins de santé mentale d'un fournisseur de soins traditionnel, parmi tous les clients qui reçoivent des soins d'un fournisseur de soins traditionnel.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	Nombre de clients qui ont rencontré un fournisseur traditionnel de soins de santé mentale.
Dénominateur	Nombre de clients qui ont eu une rencontre avec un fournisseur de soins traditionnel. <i>Les fournisseurs de soins traditionnels peuvent inclure des rôles comme un guérisseur traditionnel, un coordonnateur culturel ou des fournisseurs similaires.</i>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Dernier trimestre de données disponibles
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, provenant du système de gestion des renseignements ou le système de dossiers médicaux électroniques.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

### Commentaires

Cet indicateur a été adapté à partir d'indicateurs trimestriels de l'Accord de contribution de Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC).

## Nombre d'événements et de participants pour l'enseignement, la guérison ou la cérémonie traditionnels

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Équité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Un indicateur en 2 parties; l'élément A est le nombre d'événements pour l'enseignement, la guérison ou la cérémonie traditionnels et l'élément B est le nombre de participants pour l'enseignement, la guérison ou la cérémonie traditionnels.
Unité de mesure	Nombre
Méthodes de calcul	Élément A : Calculer la somme du nombre d'événements pour l'enseignement, la guérison ou la cérémonie traditionnels <sup>a</sup> Élément B : Calculer la somme du nombre de clients qui ont eu accès à l'enseignement, à la guérison ou à la cérémonie traditionnels et du nombre de participants aux événements d'enseignement, de la guérison ou de la cérémonie traditionnels <sup>b</sup>
Numérateur	Pour la population ou le groupe culturel d'intérêt <sup>c</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élément A : Total des événements pour l'enseignement, la guérison ou la cérémonie traditionnels.</li> <li>• Élément B : Total du nombre de clients qui ont eu accès à l'enseignement, à la guérison ou à la cérémonie traditionnels plus le nombre de participants aux événements d'enseignement, de la guérison ou de la cérémonie traditionnels.</li> </ul>
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Dernier trimestre de données disponibles
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, provenant du système de gestion des renseignements ou le système de dossiers médicaux électroniques.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

Abréviations : S. O., sans objet.

<sup>a</sup> L'élément A apparaîtra dans la section des commentaires pour cet indicateur

<sup>b</sup> Les champs *Rendement actuel* et *Rendement prévu* s'appliquent à l'élément B.

<sup>c</sup> La population ou le groupe culturel d'intérêt devrait également être spécifié dans le champ *Population de soins primaires*.

### Commentaires

Cet indicateur a été adapté à partir d'un des *indicateurs trimestriels de l'Accord de contribution de Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC)*.

L'élément B, lié au nombre de clients et de participants, est le composant le plus important de cet indicateur et est lié au rendement actuel et au rendement prévu. L'inclusion de l'élément B est obligatoire pour sélectionner cet indicateur, bien que les organisations soient encouragées à saisir à la fois l'élément A et l'élément B.

## Expérience

### Les patients/clients se sentent-ils à l'aise et bienvenus dans leur cabinet de soins primaires?

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Expérience
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Axée sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de patients (ou clients) qui déclarent se sentir à l'aise et bienvenus dans le cabinet de soins primaires
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	<p>Nombre de patients/clients ayant répondu « Oui » à la question suggérée ci-dessous (indiquant qu'ils se sentent à l'aise et bienvenus dans le centre de santé communautaire ou le cabinet de soins primaires) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je me sens toujours à l'aise et bienvenu à [nom du centre/cabinet]? <ul style="list-style-type: none"> <li>– a. Oui</li> <li>– b. Non</li> </ul> </li> </ul>
Dénominateur	Nombre total de patients (ou clients) ayant répondu à la question du sondage
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Le corridor cible établi par l'Alliance pour des communautés en santé est de <b>90 % to 100 %</b> .
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, au moyen de sondages sur l'expérience des patients (ou clients).
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

#### Commentaires

Cet indicateur peut être utilisé dans tous les milieux de soins primaires interprofessionnels et a été fondé sur [des indicateurs communs de l'Alliance pour des communautés en santé](#).

## Sécurité

### Nombre de télécopies envoyées par 1 000 patients inscrits

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Sécurité
Type d'indicateur	Prioritaire
Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Nombre de télécopies dans un quart pour 1 000 patients rattachés à l'organisation de soins primaires.
Unité de mesure	Nombre de télécopies
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 1\,000$ Nombre total de télécopies envoyées par l'organisation de soins de santé primaires au cours du dernier trimestre (3 mois) divisé par le nombre total de patients en attente, multiplié par 1 000.
Numérateur	Nombre de télécopies envoyées par l'organisation du soins primaires au cours de la période de déclaration.
Dénominateur	Nombre total de patients inscrits dans l'organisation de soins primaires.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Dernier trimestre de données disponibles (période de 3 mois consécutifs)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, à l'aide de systèmes d'information sur les patients et de données de télécopieurs.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

#### Commentaires

Cet indicateur est lié aux campagnes [« Éliminer le télécopieur »](#) et [« Les patients avant la paperasse »](#). L'adoption de solutions numériques contribue à réduire le fardeau administratif global et le taux de télécopie. Ces solutions peuvent également réduire les risques pour la sécurité des patients en atténuant les erreurs dans l'entrée et la communication de l'information.



**Suite de solutions numériques provinciales (7 indicateurs) : Pourcentage de médecins dans les soins primaires utilisant [aiguillage électronique, eConsultation, Système d'information de laboratoire de l'Ontario, gestionnaire de dossiers de santé, prescription électronique, réservation de rendez-vous en ligne, AI scribe]**

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Sécurité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Ensemble de 7 indicateurs représentant chacun le pourcentage de cliniciens de l'organisation de soins primaires qui utilisent la solution numérique provinciale précisée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aiguillage électronique</li> <li>• eConsultation</li> <li>• Système d'information des laboratoires de l'Ontario</li> <li>• Gestionnaire de dossiers de santé</li> <li>• Prescription électronique</li> <li>• Réservation de rendez-vous en ligne</li> <li>• AI scribe</li> </ul>
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$ Nombre de cliniciens utilisant la solution numérique divisé par le nombre total de cliniciens effectuant des soins primaires. Nous demanderons aux organisations de saisir les numérateurs et le dénominateur dans le navigateur du PAQ.
Numérateur	a. Nombre de cliniciens de l'organisation de soins primaires qui utilisent l'aiguillage électronique. b. Nombre de cliniciens de l'organisation de soins primaires qui utilisent eConsultation. c. Nombre de cliniciens de l'organisation de soins primaires qui utilisent le Système d'information des laboratoires de l'Ontario. d. Nombre de cliniciens de l'organisation de soins primaires qui utilisent le gestionnaire de dossiers de santé. e. Nombre de cliniciens de l'organisation de soins primaires qui utilisent la prescription électronique. f. Nombre de cliniciens de l'organisation de soins primaires qui utilisent la réservation de rendez-vous en ligne. g. Nombre de cliniciens de l'organisation de soins primaires qui utilisent le AI scribe
Dénominateur	Nombre total de cliniciens dans l'organisation de soins primaires.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Les renseignements les plus récents disponibles
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation par l'intermédiaire de communications avec les cliniciens.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

### Commentaires

Cet indicateur est lié aux campagnes « [Éliminer le télécopieur](#) » et « [Les patients avant la paperasse](#) ». L'adoption de solutions numériques contribue à réduire le fardeau administratif global et le taux de télécopie. Ces solutions peuvent également réduire les risques pour la sécurité des patients en atténuant les erreurs dans l'entrée et la communication de l'information. De plus, les solutions numériques ont le potentiel d'améliorer la continuité et la coordination des soins en permettant un accès plus rapide et fiable aux renseignements de santé entre les prestataires, en réduisant le dédoublement et en soutenant une prise de décision plus éclairée, contribuant ainsi à une expérience de soins plus connectée.

# Les soins de longue durée

## Accès et flux

### Taux de visites potentiellement évitables aux urgences pour les résidents des établissements de soins de longue durée

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Accès et flux
Type d'indicateur	Prioritaire
Dimension de la qualité	Efficiences
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Nombre de visites aux urgences pour une liste modifiée d'affections sensibles aux soins ambulatoires <sup>a</sup> par 100 résidents de soins de longue durée.
Unité de mesure	Taux par 100 résidents
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100$ <p>Nombre de visites non planifiées aux urgences effectuées par des résidents de foyers de soins de longue durée pour les affections sélectionnées, divisé par la population active des résidents de foyers de soins de longue durée.</p>
Numérateur	<p>Total des visites non planifiées aux urgences pour une liste modifiée des affections sensibles aux soins ambulatoires<sup>a</sup></p> <p><b>Inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les transferts entre services d'urgence et les visites aux urgences ayant entraîné une admission ou un décès pour tous les résidents actifs des foyers de soins de longue durée de l'Ontario</li> </ul> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite au service d'urgence</i> = 0)</li> <li>Visites pour les résidents qui ont été admis pour la première fois dans le foyer de soins de longue durée avant l'âge de 65 ans</li> </ul>
Dénominateur	<p>Nombre total de résidents actifs dans les établissements de soins de longue durée</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les personnes dont le numéro de carte Santé n'est pas valide</li> <li>Les résidents qui ont été admis pour la première fois dans le foyer de soins de longue durée avant l'âge de 65 ans</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Du 1er octobre 2024 au 30 septembre 2025 (du T3 à la fin du T2 suivant)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Données du Système d'information sur les soins de longue durée et du Système national d'information sur les soins ambulatoires fournies par la Direction générale des suggestions et de l'analytique de la santé en collaboration avec le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée.
Comment avoir accès aux données	<p>Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.</p> <p>Les données trimestrielles pour cet indicateur sont disponibles auprès du ministère via <a href="#">Ontario Long-term Care Homes Portal</a></p>

<sup>a</sup> La liste modifiée des affections sensibles aux soins ambulatoires traitées aux urgences et potentiellement évitables est la suivante : angine, asthme, cellulite, bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque congestive, septicémie, déshydratation, affections dentaires, diabète, gastro-entérite, grand mal et crises d'épilepsie, hypertension, hypoglycémie, blessures dues à des chutes, troubles mentaux et du comportement, pneumonie, affections graves de l'oreille, du nez et de la gorge.

# Équité

Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Équité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme (p. ex., des cours de formation, des modules en ligne, des webinaires et des séances d'information).
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	<p>Nombre de membres du personnel<sup>a</sup> ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme au cours de la période de référence</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des résultats partiels, si une formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et d'éducation antiraciste étaient nécessaires pour le personnel</li> </ul>
Dénominateur	<p>Nombre total de membres du personnel visés<sup>a</sup> par une formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme</p> <p><b>Inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Personnel (travailleurs) travaillant activement au sein de l'organisation à tout moment de la période de déclaration</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, du système de gestion de l'apprentissage de l'organisme ou au moyen des taux de participation et d'achèvement des modules assignés sur la plateforme de formation.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

<sup>a</sup> Les organisations sont encouragées à utiliser cet indicateur pour l'ensemble de leur personnel. Si les données ne sont pas disponibles pour l'ensemble du personnel, le champ d'application peut être limité au niveau des gestionnaires ou des cadres, tant pour le numérateur que pour le dénominateur. La sélection de la population du personnel doit être rapportée dans le navigateur de PAQ (dans la section des commentaires).

## Expérience

### Les résidents ont-ils le sentiment qu'ils peuvent s'exprimer sans crainte de conséquences?

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Expérience
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Axée sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de résidents ayant répondu positivement à l'affirmation suivante : « Je peux exprimer mon opinion sans craindre les conséquences. »
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>(Numérateur ÷ Dénominateur) × 100 %</p> <p>Les établissements qui utilisent l'enquête interRAI sur la qualité de vie<sup>7</sup> doivent mesurer ce domaine en calculant le pourcentage de résidents qui ont répondu positivement à l'énoncé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F3. « Je peux exprimer mon opinion sans craindre les conséquences. » <ul style="list-style-type: none"> <li>– 0 = Jamais</li> <li>– 1 = Rarement</li> <li>– 2 = Parfois</li> <li>– 3 = La plupart du temps</li> <li>– 4 = Toujours</li> <li>– 6 = Je ne sais pas</li> <li>– 7 = Je refuse de répondre</li> <li>– 8 = Pas de réponse ou impossible à coder à partir de la réponse</li> </ul> </li> </ul>
Numérateur	Nombre de personnes ayant répondu par 3 ou 4 à l'énoncé
Dénominateur	Nombre total de personnes ayant répondu à l'énoncé (réponses de 0 à 8), y compris les non-répondants (6, 7, 8)
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, moyen de l'enquête interRAI sur la qualité de vie.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

Abréviations : interRAI, International Resident Assessment Instrument.

#### Commentaires

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'enquête interRAI sur la qualité de vie, consultez le [site Web d'interRAI](#) (en anglais).

Cet indicateur a également été appelé « être capable de s'exprimer à propos du foyer ».

## Les résidents ont-ils le sentiment de pouvoir s'exprimer et d'être écoutés par le personnel?

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Expérience
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Axée sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Description	Pourcentage de résidents qui ont répondu positivement (9 ou 10) à la question : « Quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer la qualité de l'écoute du personnel? »
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$ <p>Les établissements qui utilisent <a href="#">l'enquête CAHPS auprès des résidents de foyers de longue durée (en anglais)</a><sup>8</sup> doivent mesurer ce domaine en calculant le pourcentage de résidents qui ont répondu avec un 9 ou 10 (les réponses sont codées de 0 à 10, où 0 = le pire possible et 10 = le meilleur possible) à la question : « Quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer la qualité de l'écoute du personnel? »</p>
Numérateur	Pour les foyers ayant recours à l'enquête CAHPS auprès des résidents de foyers de longue durée, le nombre de personnes qui ont répondu par un 9 ou un 10 à la question
Dénominateur	<p>Pour les foyers ayant recours à l'enquête CAHPS auprès des résidents de foyers de longue durée, nombre total de résidents ayant enregistré une réponse à la question.</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-répondants</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence pour performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, au moyen d'un sondage comme l'enquête CAHPS auprès des résidents de foyers de longue durée.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

Abréviations : CAHPS, Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems.

## Commentaires

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'enquête CAHPS auprès des résidents de foyers de longue durée, consultez [le site Web \(en anglais\) de Healthcare Research and Quality](#).

Cet indicateur a également été appelé « Faire entendre sa voix ».

## Sécurité

### Pourcentage de résidents de soins de longue durée non atteints de psychose qui ont reçu des médicaments antipsychotiques

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Sécurité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée non atteints de psychose ayant reçu des médicaments antipsychotiques dans les 7 jours précédant l'évaluation du résident.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$ Le numérateur et le dénominateur sont calculés sur la base de 4 trimestres mobiles de données pour le trimestre cible et les 3 trimestres précédents. <sup>a</sup>
Numérateur	Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée ayant reçu des médicaments antipsychotiques pendant un ou plusieurs jours au cours de la semaine précédant l'évaluation cible. <sup>b</sup> <b>Inclusions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Résidents qui ont reçu un médicament antipsychotique au cours des 7 jours précédant l'évaluation. (RAI-MDS O4a = 1, 2, 3, 4, 5, 6, ou 7; SLD interRAI N7a = 1)</li> </ul>
Dénominateur	Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée ayant fait l'objet d'une évaluation RAI-MDS valide <sup>b</sup> <b>Exclusions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Résidents en phase terminale (RAI-MDS J5c = 1; SLD interRAI J6c = 1) ou recevant des soins palliatifs (RAI-MDS P1ao = 1; SLD interRAI O2m = 2 or 3)</li> <li>Les résidents qui ont un diagnostic de schizophrénie (RAI-MDS I1ii = 1; SLD interRAI I1q = 1, 2 or 3) ou de chorée de Huntington (RAI-MDS I1x = 1; SLD interRAI I2ab = G10 or G3080*), ou qui éprouvent des hallucinations (RAI-MDS J1i = 1; SLD interRAI J2i = 1, 2, 3 or 4) ou des délires (RAI-MDS J1e = 1; SLD interRAI J2h = 1, 2, 3 or 4)</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun. Non rajusté pour le PAQ
Période de référence pour performance courante	Du 1er juillet 2025 à 30 septembre 2025 (T2), comme trimestre cible de la moyenne mobile sur 4 trimestres <sup>a</sup>
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (les données provenant des rapports électroniques du SISLD sont fournies par l'ICIS) ou le Système d'information intégré interRAI
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ. Les données non ajustées peuvent également être consultées au moyen des rapports électroniques du SISLD de votre organisme au <a href="#">site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé</a> .

Abréviations : SISLD, Système d'information sur les soins de longue durée; ICIS, l'Institut canadien d'information sur la santé; SLD interRAI, Instrument international d'évaluation par les résidents de soins de longue durée en établissement; RAI-MDS, instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal version 2.0.

<sup>a</sup> L'indicateur est calculé comme une moyenne mobile sur 4 trimestres par l'Institut canadien d'information sur la santé. Une moyenne mobile sur 4 trimestres pour le T2 de 2025-2026 est calculée sur la base des données du T3 de 2024-2025, du T4 de 2024-2025, du T1 de 2025-2026 et du T2 de 2025-2026.

<sup>b</sup> Pour qu'une évaluation soit valide et incluse dans le calcul de l'indicateur de qualité, l'évaluation sélectionnée doit être la plus récente du trimestre, être effectuée plus de 92 jours après la date d'admission et ne pas être une évaluation complète de l'admission.

#### Commentaires

Aux fins de la planification de l'amélioration de la qualité, on devrait utiliser des données non ajustées. Cependant, cet indicateur est cohérent avec celui présenté par le document Rendement des foyers de soins de longue durée en Ontario accessible sur le site Web de Santé Ontario, qui utilise des données ajustées en fonction du risque. Pour l'indicateur ajusté en fonction du risque, la Coalition pour l'utilisation appropriée recommande de viser une diminution annuelle de 15 % d'une année à l'autre jusqu'à ce qu'une valeur d'indicateur de 15 points de pourcentage soit atteinte.

Santé Ontario établit des rapports confidentiels sur les pratiques des médecins qui exercent dans des établissements de soins de longue durée et y inclut des indicateurs relatifs à la prescription d'antipsychotiques. Ces rapports sont destinés à compléter les autres sources d'information que reçoivent les médecins (par exemple, les rapports pharmaceutiques). Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site suivant : [Mapratique : Soins de longue durée](#).

## Pourcentage de résidents de soins de longue durée ayant fait une chute au cours des 30 derniers jours

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Sécurité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée ayant fait une chute dans les 30 jours précédant leur évaluation.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%$ Le numérateur et le dénominateur sont calculés sur la base de 4 trimestres mobiles de données pour le trimestre cible et les 3 trimestres précédents. <sup>a</sup>
Numérateur	Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée ayant fait une chute dans les 30 jours précédant la date de leur évaluation clinique trimestrielle. <sup>b</sup>  <b>Inclusions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidents qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours (RAI-MDS J4a = 1; SLD interRAI J1a = 1 or 2)</li> </ul>
Dénominateur	Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée ayant fait l'objet d'une évaluation RAI-MDS valide.
Rajustement en fonction des risques	Aucun. Non rajusté pour le PAQ
Période de référence pour performance courante	Du 1er juillet 2025 à 30 septembre 2025 (T2), comme trimestre cible de la moyenne mobile sur 4 trimestres <sup>a</sup>
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (les données provenant des rapports électroniques du SISLD sont fournies par l'ICIS) ou le Système d'information intégré interRAI
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ. Les données non ajustées peuvent également être consultées au moyen des rapports électroniques du SISLD de votre organisme au <a href="#">site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé</a> .

Abréviations : SISLD, Système d'information sur les soins de longue durée; ICIS, l'Institut canadien d'information sur la santé; SLD interRAI, Instrument international d'évaluation par les résidents de soins de longue durée en établissement; RAI-MDS, instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal version 2.0.

<sup>a</sup> L'indicateur est calculé comme une moyenne mobile sur 4 trimestres par l'Institut canadien d'information sur la santé. Une moyenne mobile sur quatre trimestres pour le T2 de 2025-2026 est calculée sur la base des données du T3 de 2024-2025, du T4 de 2024-2025, du T1 de 2025-2026 et du T2 de 2025-2026.

<sup>b</sup> Pour qu'une évaluation soit valide et incluse dans le calcul de l'indicateur de qualité, l'évaluation sélectionnée doit être la plus récente du trimestre, être effectuée plus de 92 jours après la date d'admission et ne pas être une évaluation complète de l'admission.

### Commentaires

Cet indicateur est conforme à celui présenté sur le site Web de [Rendement des foyers de soins de longue durée](#) de Santé Ontario; toutefois, ce site Web présente publiquement des taux rajustés. Dans le cadre de la planification de l'amélioration de la qualité, il convient d'utiliser les taux non rajustés (c'est-à-dire non rajustés au risque).

Santé Ontario établit des rapports confidentiels sur les pratiques des médecins qui exercent dans des établissements de soins de longue durée et y inclut des indicateurs relatifs aux chutes. Ces rapports sont destinés à compléter les autres sources d'information que reçoivent les médecins. Pour plus de renseignements, consultez [Mapratique : Soins de longue durée](#).



## Pourcentage des résidents de foyers de soins de longue durée dont la plaie de pression de stade 2 à 4 s'est aggravée

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Sécurité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée qui ont développé une plaie de pression de stade 2 à 4 qui s'est aggravée pendant la période entre 2 évaluations.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p><math>(\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}) \times 100 \%</math></p> <p>Le numérateur et le dénominateur sont calculés en utilisant une moyenne mobile sur 4 trimestres (le trimestre de référence actuel et les 3 trimestres précédents).<sup>a</sup></p> <p><b>Inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les résidents ayant <math>\geq 2</math> évaluations valides (une <i>évaluation cible</i> et une <i>évaluation antérieure</i> du trimestre précédent), avec une période de 45 à 165 jours entre les évaluations. Si plusieurs évaluations du trimestre précédent se situent dans cette période, la plus récente d'entre elles est sélectionnée comme l'<i>évaluation antérieure</i>.</li> </ul>
Numérateur	<p>Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée qui, pour toute évaluation donnée (l'évaluation cible), ont une plaie de pression de stade 2 à 4 (RAI-MDS M2a = 2, 3 ou 4; SLD interRAI L1 = 2, 3, 4 ou 5) et le stade au moment d'une évaluation antérieure valide était inférieur.<sup>b</sup></p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Résidents ayant une plaie de pression de stade 4 (RAI-MDS M2a = 4; SLD interRAI L1 = 4, 5) à la première des 2 évaluations (ne peut pas empirer)</li> </ul>
Dénominateur	Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée ayant des évaluations RAI-MDS valides. <sup>b</sup>
Rajustement en fonction des risques	Aucun. Non rajusté pour le PAQ
Période de référence pour performance courante	Du 1er juillet 2025 à 30 septembre 2025 (T2), comme trimestre de déclaration pour la moyenne mobile sur 4 trimestres <sup>a</sup>
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (les données provenant des rapports électroniques du SISLD sont fournies par l'ICIS) ou le Système d'information intégré interRAI
Comment avoir accès aux données	<p>Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.</p> <p>Les données non ajustées peuvent également être consultées au moyen des rapports électroniques du SISLD de votre organisme au <a href="#">site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé</a>.</p>

Abréviations : SISLD, Système d'information sur les soins de longue durée; ICIS, l'Institut canadien d'information sur la santé; SLD interRAI, Instrument international d'évaluation par les résidents de soins de longue durée en établissement; RAI-MDS, instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal version 2.0. RAI-MDS, instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal version 2.0.

<sup>a</sup> L'indicateur est calculé par l'Institut canadien d'information sur la santé comme une moyenne mobile sur 4 trimestres. Le T2 de 2025-2026 est calculé sur la base des données d'évaluations cibles du T3 de 2024-2025, du T4 de 2024-2025, du T1 de 2025-2026 et du T2 de 2025-2026.

<sup>b</sup> Pour qu'une évaluation soit valide et incluse dans le calcul de l'indicateur de qualité, l'évaluation sélectionnée doit être la plus récente du trimestre, être effectuée plus de 92 jours après la date d'admission et ne pas être une évaluation complète de l'admission.

### Commentaires

Cet indicateur est conforme à celui présenté sur le site Web de [Rendement des foyers de soins de longue durée](#) de Santé Ontario; toutefois, ce site Web présente publiquement des taux rajustés. Dans le cadre de la planification de l'amélioration de la qualité, il convient d'utiliser les taux non rajustés (c'est-à-dire non rajustés au risque).

Santé Ontario établit des rapports confidentiels sur les pratiques des médecins qui exercent dans des établissements de soins de longue durée. Ces rapports sont destinés à compléter les autres sources d'information que reçoivent les médecins. Pour plus de renseignements, consultez [Mapratique : Soins de longue durée](#).

Santé Ontario établit des rapports confidentiels sur les pratiques des médecins qui exercent dans des établissements de soins de longue durée. Ces rapports sont destinés à compléter les autres sources d'information que reçoivent les médecins. Pour plus de renseignements, consultez [Mapratique : Soins de longue durée](#).

## Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée sur lesquels on a utilisé quotidiennement des contentions physiques

Nom abrégé	S. O.
Question prioritaire	Sécurité
Type d'indicateur	Facultatif
Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Description	Pourcentage des résidents de foyers de soins de longue durée sur lesquels on a utilisé quotidiennement des contentions physiques pendant les 7 jours précédant leur évaluation en tant que résident.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	(Numérateur ÷ Dénominateur) × 100 % Le numérateur et le dénominateur sont calculés sur la base de 4 trimestres mobiles de données pour le trimestre cible et les 3 trimestres précédents. <sup>a</sup>
Numérateur	<b>Inclusions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les résidents sur lesquels on a utilisé quotidiennement des contentions physiques au cours des 7 jours précédant leur évaluation cible : « Contention du tronc » (RAI-MDS <i>P4c</i> = 2; SLD interRAI <i>O7b</i> ≥ 2), « Contention d'un membre » (RAI-MDS <i>P4d</i> = 2; SLD interRAI : S. O.), ou « Confinement en fauteuil » (RAI-MDS <i>P4e</i> = 2; SLD interRAI <i>O7c</i> ≥ 2)</li> </ul> <b>Exclusions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Résidents qui sont dans le coma (RAI-MDS <i>B1</i> = 1; SLD interRAI <i>C1</i> = 5) ou quadriplégiques (RAI-MDS <i>I1bb</i> = 1; SLD interRAI <i>I1i</i> = 1)</li> </ul>
Dénominateur	Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée ayant fait l'objet d'une évaluation RAI-MDS valide. <sup>b</sup> <b>Exclusions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Résidents qui sont dans le coma (RAI-MDS <i>B1</i> = 1; SLD interRAI <i>C1</i> = 5) ou quadriplégiques (RAI-MDS <i>I1bb</i> = 1; SLD interRAI <i>I1i</i> = 1)</li> </ul>
Rajustement en fonction des risques	Aucun. Non rajusté pour le PAQ
Période de référence pour performance courante	Du 1er juillet 2025 à 30 septembre 2025 (T2), comme trimestre cible de la moyenne mobile sur 4 trimestres <sup>a</sup>
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Aucune précision
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (les données provenant des rapports électroniques du SISLD sont fournies par l'ICIS) ou le Système d'information intégré interRAI
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ. Les données non ajustées peuvent également être consultées au moyen des rapports électroniques du SISLD de votre organisme au <a href="#">site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé</a> .

Abréviations : SISLD, Système d'information sur les soins de longue durée; ICIS, l'Institut canadien d'information sur la santé; SLD interRAI, Instrument international d'évaluation par les résidents de soins de longue durée en établissement; S. O., sans objet; RAI-MDS, instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal version 2.0.

<sup>a</sup> L'indicateur est calculé comme une moyenne mobile sur 4 trimestres par l'Institut canadien d'information sur la santé. Une moyenne mobile sur 4 trimestres pour le T2 de 2025-2026 est calculée sur la base des données du T3 de 2024-2025, du T4 de 2024-2025, du T1 de 2025-2026 et du T2 de 2025-2026.

<sup>b</sup> Pour qu'une évaluation soit valide et incluse dans le calcul de l'indicateur de qualité, l'évaluation sélectionnée doit être la plus récente du trimestre, être effectuée plus de 92 jours après la date d'admission et ne pas être une évaluation complète de l'admission.

### Commentaires

Cet indicateur est conforme à celui présenté sur le site Web de [Rendement des foyers de soins de longue durée](#) de Santé Ontario; toutefois, ce site Web présente publiquement des taux rajustés. Dans le cadre de la planification de l'amélioration de la qualité, il convient d'utiliser les taux non rajustés (c'est-à-dire non rajustés au risque).

Santé Ontario établit des rapports confidentiels sur les pratiques des médecins qui exercent dans des établissements de soins de longue durée. Ces rapports sont destinés à compléter les autres sources d'information que reçoivent les médecins. Pour plus de renseignements, consultez [Mpratique : Soins de longue durée](#).

# Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Manuel de saisie de l'information du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2021-2022.
2. Beveridge R, Clark B, Janes L et coll. Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : lignes directrices de mise en œuvre. JCMU, 1999;1(suppl): S2-28.
3. Sondage canadien sur l'expérience des patients. Institut canadien d'information sur la santé; 2019
4. Pendlebury ST, Lovett NG, Thomson RJ, Smith SC. Impact of a system-wide multicomponent intervention on administrative diagnostic coding for delirium and other cognitive frailty syndromes: observational prospective study. *Clin Med (Lond)*. 2020;20(5):454-464. Accessible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7539726/pdf/clinmed-20-5-454.pdf>
5. Province de l'Ontario, 1990, Loi sur la santé et la sécurité au travail, L.R.O. 1990, chap. O.1. <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90o01>
6. Alliance pour des communautés en santé, 2022, Common Quality Improvement Plan Indicators for Comprehensive Primary Healthcare: Technical Specifications. Accessible à l'adresse : <https://www.allianceon.org/fr/resource/Common-Quality-Improvement-Plan-Indicators-Comprehensive-Primary-Healthcare-Technical?language=en>
7. interRAI. Quality of Life [Internet]. Site consulté le 30 août 2024. Accessible à l'adresse : <https://interrai.org/instrument-category/quality-of-life/>
8. Agency for Healthcare Research and Quality. CAHPS Nursing Home Surveys. Mise à jour en août 2023. Site consulté le 30 août 2024. Accessible à l'adresse <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/nh/index.html>

ISBN 978-1-4868-9240-2 (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)