

Qualité des services de santé Ontario

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



Caractéristiques techniques des indicateurs

Plans d'amélioration de la qualité 2019- 2020

Décembre 2018
Révisé le 29 janvier 2019

ISSN 2371-6010 (PDF)
ISBN 978-1-4868-3085-5 (PDF)

Révisions des caractéristiques techniques de l'indicateur

Date	Nom de l'indicateur	Révision
24 janvier 2019	Nombre moyen, par jour, de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels (<i>nom original</i>)	Les patients hospitalisés recevant des soins sur des civières à l'urgence ont été ajoutés aux critères d'inclusion de cet indicateur. Le nom de l'indicateur a été modifié en conséquence.
29 janvier 2019	Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu	La définition de l'indicateur a été revue pour : <ul style="list-style-type: none"> mettre en évidence la nature systémique de l'indicateur (il mesure le nombre d'ordonnances rédigées par tous les fournisseurs du système de santé); préciser que cet indicateur ne s'adresse qu'aux ESF et aux CSC qui reçoivent les rapports <i>Mapratique</i>.
29 janvier 2019	Temps d'attente pour un lit à l'urgence	Des détails ont été ajoutés aux méthodes de calcul de cet indicateur.
29 janvier 2019	Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque (<i>titre révisé</i>) (<i>tous les secteurs</i>)	Le titre, le numérateur et le dénominateur de ces indicateurs ont changé. Des liens de ressources supplémentaires ont été ajoutés.
29 janvier 2019	Nombre médian de jours d'attente pour une place en foyer de soins de longue durée (soins actifs)	Les critères d'inclusion pour cet indicateur ont été modifiés pour plus de clarté.

Table des matières

Introduction	5
I. Indicateurs pour les hôpitaux	8
Indicateurs obligatoires pour les hôpitaux	8
Temps d'attente pour un lit à l'urgence	8
Nombre d'incidents de violence au travail (total)	9
Indicateurs prioritaires pour les hôpitaux	12
Pourcentage de jours de soins désignés comme autres niveaux de soins.....	12
Nombre moyen, par jour, de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence	14
Pourcentage de sommaires de congé envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins communautaires dans les 48 heures suivant le congé	16
Expérience des patients : Avez-vous reçu suffisamment de renseignements lorsque vous avez quitté l'hôpital?	18
Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les cinq jours ouvrables.....	19
Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque	20
Taux de réadmission dans les 30 jours pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie	23
Bilan comparatif des médicaments au congé.....	25
II. Indicateurs prioritaires pour les soins primaires	27
Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections – CSC, CASSA, CDIP	27
Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital (toute affection, tout fournisseur).....	27
Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires	28
Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins.....	30
Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu	32
Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque	34
III. Indicateurs prioritaires pour les soins à domicile et les soins communautaires	36
Consultation aux urgences non prévues dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital	36
Nombre médian de jours d'attente pour une place en foyer de soins de longue durée (soins communautaires)	37
Nombre médian de jours d'attente pour une place en foyer de soins de longue durée (soins actifs)	39
Pourcentage des patients satisfaits des services.....	40
Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les deux jours ouvrables.....	42

Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque	44
IV. Indicateurs prioritaires pour les soins de longue durée	47
Consultations aux urgences potentiellement évitables pour les résidents de foyers de soins de longue durée.....	47
Expérience des résidents : satisfaction globale.....	49
Expérience des résidents : faire entendre sa voix.....	51
Expérience des résidents : pouvoir parler du foyer	52
Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les 10 jours ouvrables	53
Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des résidents à risque	54
V. Questions à développement.....	57
VI. Abréviations	59

Introduction

Le présent document donne les définitions, les méthodes de calcul et les périodes de référence des indicateurs, ainsi que d'autres renseignements techniques à leur sujet, que les hôpitaux, les organismes de soins primaires interprofessionnels, les services de soins à domicile et de soins communautaires des RLISS et les foyers de soins de longue durée pourront utiliser dans leur plan d'amélioration de la qualité (PAQ) 2019-2020. Il comprend également des questions à développement par lesquelles les organisations abordent des aspects importants de la qualité.

Les indicateurs décrits dans ce document ont été choisis avec soin pour représenter les problèmes concernant la qualité correspondants de Qualité des services de santé Ontario et un certain nombre de collaborateurs*. Ces principaux problèmes concernant la qualité rendent compte des priorités propres à l'organisation et au secteur, ainsi que des priorités à l'échelle du système et des priorités en matière de transformation où l'amélioration du rendement dépend de la collaboration avec d'autres secteurs. La concrétisation de changements à l'échelle du système dans ces domaines exige que chaque secteur et chaque organisation ait pour priorité l'amélioration de la qualité.

Chaque secteur a sa propre liste d'indicateurs prioritaires recommandés pour mesurer le travail effectué pour remédier à ces problèmes concernant la qualité. Le secteur hospitalier a aussi des indicateurs obligatoires. Les définitions se trouvent dans le tableau 1. Le résumé des aspects de la qualité et des indicateurs pour les PAQ 2019-2020 est présenté dans la figure 1.

Tableau 1 : Définitions des indicateurs

Type d'indicateur	La description
Obligatoire (hôpitaux seulement)	<ul style="list-style-type: none">• Les indicateurs obligatoires ne s'appliquent qu'au secteur hospitalier.• Vous devez les inclure dans le PAQ de votre organisation.• Ils portent sur des problèmes pour lesquels une amélioration à l'échelle provinciale est urgente.• Le rendement relatif à ces problèmes/indicateurs a une incidence directe sur les patients, les résidents et les fournisseurs de soins de santé de la province.• Pour réussir à améliorer le rendement, toutes les organisations doivent faire de l'indicateur et du problème une priorité, et participer activement et soutenir les activités d'amélioration.• Les indicateurs obligatoires et les problèmes qu'ils évaluent seront clairement déterminés et transmis par des moyens divers.
Prioritaire	<ul style="list-style-type: none">• Passez en revue les indicateurs prioritaires pour votre secteur et déterminez lesquels sont pertinents pour votre organisation.• Comparez le rendement actuel aux données provinciales et aux valeurs de référence pour tous les indicateurs prioritaires.

	<ul style="list-style-type: none"> • Nous encourageons fortement les organisations qui obtiennent des résultats faibles par rapport aux moyennes provinciales et aux valeurs de référence à choisir les indicateurs concernés dans leur PAQ. • Si votre organisation prévoit ne pas inclure un indicateur prioritaire (par exemple, parce votre rendement atteint ou dépasse déjà la valeur de référence ou correspond au résultat théorique idéal), expliquez la raison de l'exclusion dans la section des commentaires du plan de travail.
Personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> • Vous pouvez aussi décider d'ajouter des indicateurs personnalisés pour refléter des initiatives locales ou adapter les indicateurs existants aux mesures de votre organisation.

Nous vous encourageons à passer en revue les problèmes et les indicateurs des autres secteurs en plus des vôtres. Bien que chaque secteur ait son propre ensemble de problèmes et d'indicateurs, bon nombre d'entre eux ne peuvent être abordés qu'en collaboration avec d'autres organisations. **Vous devriez donc vous familiariser avec le travail des autres organisations de la province ou de votre région afin de repérer les possibilités d'harmonisation ou de collaboration.** Pour télécharger des PAQ en particulier ou rechercher dans la base de données de PAQ, veuillez visiter le site Web du navigateur de PAQ (<https://qipnavigator.hqontario.ca/>).

Qualité des services de santé Ontario produit aussi des rapports sur des indicateurs qui ne font pas partie des indicateurs prioritaires du programme de PAQ – par exemple, les indicateurs mesurés dans le rapport annuel [À la hauteur](#). Les définitions et les caractéristiques techniques de tous les indicateurs figurant dans les rapports de Qualité des services de santé Ontario se trouvent dans notre [bibliothèque d'indicateurs](#).

Veillez noter que les résultats des indicateurs qui sont fondés sur de petits nombres (numérateurs inférieurs à 5; dénominateurs inférieurs à 30) doivent être interprétés avec prudence en raison de la forte variabilité potentielle des taux et du risque pour la vie privée des patients. À cause de ces risques, ces résultats pourraient être supprimés quand les données sont fournies à des organisations externes (p. ex., ministère de la Santé et des Soins de longue durée, navigateur de PAQ). Pour en savoir plus sur la suppression de données, veuillez écrire à Qualité des services de santé Ontario à l'adresse QIP@hqontario.ca.

Figure 1. Priorités pour les PAQ 2019-2020

	Hôpitaux	Soins primaires	Soins à domicile et communautaires	Soins de longue durée
THÈME I : TRANSITIONS OPPORTUNES ET EFFICIENTES				
Efficient	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de jours de soins désignés comme autres niveaux de soins NOUVEAU Nombre de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi 7 jours après le congé de l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Consultations aux urgences non prévues dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Consultations au service des urgences potentiellement évitables
Opportun	<ul style="list-style-type: none"> NOUVEAU Temps d'attente pour un lit* de congé envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins primaire dans les 48 heures suivant le congé 	<ul style="list-style-type: none"> Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires 	<ul style="list-style-type: none"> NOUVEAU Temps d'attente pour une place en foyer de soins de longue durée 	
THÈME II : EXCELLENCE DU SERVICE				
Axé sur le patient	<ul style="list-style-type: none"> Expérience des patients : Avez-vous reçu suffisamment de renseignements lorsque vous avez quitté l'hôpital? Plaintes dont la réception a été confirmée dans un délai raisonnable 	<ul style="list-style-type: none"> Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des patients satisfaits des services Plaintes dont la réception a été confirmée dans un délai raisonnable 	<ul style="list-style-type: none"> Expérience des résidents Plaintes dont la réception a été confirmée dans un délai raisonnable
THÈME III : SOINS SÉCURITAIRE ET EFFICACES				
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'incidents de violence au travail (total)* 	<ul style="list-style-type: none"> NOUVEAU Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu 		
Efficace	<ul style="list-style-type: none"> NOUVEAU Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque Taux de réadmission dans les 30 jours pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie Bilan comparatif des médicaments au congé 	<ul style="list-style-type: none"> NOUVEAU Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque 	<ul style="list-style-type: none"> NOUVEAU Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque 	<ul style="list-style-type: none"> NOUVEAU Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des résidents à risque
Équitable				

* Indicateur obligatoire (pour le secteur hospitalier seulement)

Mise à jour : 29 janv. 2019

I. Indicateurs pour les hôpitaux

Les nouveaux indicateurs portent la marque **NOUVEAU**.

Indicateurs obligatoires pour les hôpitaux

Indicateur NOUVEAU	Temps d'attente pour un lit à l'urgence
Obligatoire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Rapidité
Direction de l'amélioration	Réduction (plus basse)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure l'intervalle entre la date et l'heure d'attribution d'un code d'état (déterminé par le fournisseur de services principal) et la date et l'heure où le patient a quitté le service d'urgence pour être admis dans un lit ou à la salle d'opération.
Unité de mesure	Heures
Méthodes de calcul	<p>L'indicateur est mesuré en heures, en fonction du 90^e centile, qui représente le maximum de temps passé au service d'urgence pour 90 % des patients qui attendent d'avoir un lit ou d'entrer en salle d'opération.</p> <p>Temps d'attente à l'urgence = date et heure de départ de l'urgence - date et heure de décision de la destination</p> <p>Unité d'analyse : consultation unique à l'urgence (toutes les consultations)</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations à l'urgence non prévues suivies d'une admission • Consultations à l'urgence comportant une date et une heure d'attribution d'un code d'état valides et connues, et une date et une heure de départ de l'urgence valides et connues <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations à l'urgence prévues (c.-à-d. indicateur = « 0 ») • Consultations à l'urgence non prévues sans admission • Consultations pour lesquelles la date et l'heure d'attribution d'un code d'état sont inconnues ou invalides (9999) • Consultations pour lesquelles la date et l'heure d'enregistrement ET la date et l'heure de triage sont inconnues (9999) • Consultations pour lesquelles la date et l'heure de départ de l'urgence sont inconnues ou invalides (9999) • Cas en double dans le même centre fonctionnel où toutes les données ont les mêmes valeurs sauf le numéro d'identification de l'abrégié • Cas où le centre fonctionnel du SIG n'est pas sous Service

	<p>d'urgence générale (713102000, 723102000 ou 733102000) ou Soins d'urgence (713102500, 723102500 ou 733102500)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas où le temps d'attente pour un lit est supérieur ou égal à 100 000 minutes (1 666 heures)
Numérateur	S.O.
Dénominateur	S.O.
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	T3 de l'exercice 2018-2019 (c.-à-d., octobre 2018 à décembre 2018)
Source de données	Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Données fournies à QSSO par Action Cancer Ontario.
Accès aux données	Pour obtenir les données de votre organisme pour la période de référence, consultez le navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles à partir de février 2019. Par ailleurs, les utilisateurs inscrits peuvent aussi y accéder par l'outil iPort Access^{MC} d'Action Cancer Ontario.
Commentaires	<p>Le temps est un aspect essentiel de l'efficacité et des résultats des soins aux patients, surtout à l'urgence. Combiné à d'autres indicateurs, il peut servir à surveiller le taux de roulement des lits et le temps total passé à l'urgence par les patients admis, dans le but d'améliorer l'efficacité et, ultimement, les issues des soins aux patients.</p> <p>De nombreux facteurs peuvent influencer les résultats de l'indicateur, comme la disponibilité de lits, le pourcentage de patients ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS), la population globale de patients et les ressources de l'hôpital.</p> <p>Le 90^e centile de cet indicateur représente le maximum de temps passé au service d'urgence par 90 % des patients qui attendent d'avoir un lit ou d'entrer en salle d'opération.</p>

Indicateur	Nombre d'incidents de violence au travail (total)
Obligatoire pour 2019-2020	
Dimension	Sécurité
Direction de l'amélioration	Si votre organisation vise l'instauration d'une culture de signalement, la cible du PAQ pour cet indicateur peut être l'augmentation du nombre d'incidents rapportés. Si la culture de signalement est déjà bien établie dans votre organisation, la cible du PAQ peut être la diminution du nombre d'incidents.
Type d'indicateur	Résultat
Description	<p>Cet indicateur mesure le nombre d'incidents de violence au travail rapportés par des travailleurs du milieu hospitalier sur une période de 12 mois.</p> <p>À des fins d'amélioration de la qualité, on demande aux hôpitaux de recueillir des données sur le nombre d'incidents de violence rapportés</p>

	par les travailleurs, ce qui comprend les médecins et les travailleurs embauchés par un autre employeur (p. ex., services alimentaires, sécurité, etc.), selon la définition de la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i> .
Unité de mesure	Nombre d'incidents de violence au travail rapportés par des travailleurs du milieu hospitalier
Méthodes de calcul	Nombre d'incidents de violence au travail rapportés par des travailleurs du milieu hospitalier sur une période de 12 mois <i>Critères d'inclusion :</i> Incidents où les termes « travailleur » et « violence au travail » correspondent aux définitions établies dans la Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST, 2016)
Numérateur	S.O.
Dénominateur	S.O.
Ajustement du risque	S.O.
Période actuellement visée	Janvier 2018 à décembre 2018
Source de données	Collecte de données à l'interne Vous pouvez accéder au nombre d'incidents de violence au travail rapportés dans votre organisation par ses mécanismes de rapports internes.
Accès aux données	Les hôpitaux sont encouragés à utiliser les systèmes de signalement internes relatifs aux incidents et à la sécurité des patients pour déterminer le nombre d'incidents de violence au travail qui ont été rapportés.
Commentaires	Un travailleur correspond à l'une ou l'autre des personnes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Personne qui exécute un travail ou fournit des services contre rémunération en argent. • Élève du secondaire qui exécute un travail ou fournit des services sans rémunération en argent dans le cadre d'un programme d'initiation à la vie professionnelle autorisé par le conseil scolaire dont relève l'école où il est inscrit. • Personne qui exécute un travail ou fournit des services sans rémunération en argent dans le cadre d'un programme approuvé par un collège d'arts appliqués et de technologie, une université ou un autre établissement postsecondaire. • Personne qui reçoit une formation d'un employeur, mais qui, aux termes de la <i>Loi de 2000 sur les normes d'emploi</i>, n'est pas un employé pour l'application de cette loi du fait que les conditions énoncées au paragraphe 1 (2) de cette loi sont réunies. • Autres personnes prescrites qui exécutent un travail ou fournissent des services à un employeur sans rémunération en argent. <p>Selon la Loi sur la santé et la sécurité au travail, la violence au travail est l'emploi par une personne contre un travailleur, dans un lieu de travail, d'une force physique qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice corporel. Elle peut aussi se définir comme :</p>

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

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

Si le nombre d'incidents est inférieur ou égal à 5 et supérieur à 0, il ne s'affichera pas.

D'autres renseignements sur ces indicateurs de conséquences se trouvent dans le document d'orientation sur la violence au travail (<http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip/guidance-workplace-violence-en.pdf>).

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

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

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

[Diverses ressources](#) de l'Association de santé et sécurité des services publics

Indicateurs prioritaires pour les hôpitaux

Indicateur	Pourcentage de jours de soins désignés comme autres niveaux de soins
Prioritaire pour les PAQ 2019-2020	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Réduction (plus basse)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le nombre total de jours de soins désignés comme autres niveaux de soins (ANS) des patients requérant un ANS dans le mois ou le trimestre précis à partir de données presque en temps réel sur les ANS actifs et post-actifs et de données mensuelles de recensement des lits.
Unité de mesure	Taux pour 100 jours d'hospitalisation
Méthodes de calcul	(Numérateur/dénominateur) × 100 % Veuillez noter que seuls les établissements (de soins actifs et post-actifs) soumettant des données sur les autres niveaux de soins (dans le Système d'information sur les temps d'attente) et des données de recensement quotidien des lits (sur le portail Web de la base de données en santé) sont inclus dans le calcul du pourcentage de jours de soins désignés comme autres niveaux de soins. Les ensembles de données ne comprenant pas de jours d'hospitalisation indiqués dans le résumé du recensement des lits pour un mois ou un trimestre donné seront exclus du rapport pour ce mois ou ce trimestre.
Numérateur	<p>Nombre total de jours d'hospitalisation aux soins désignés comme autres niveaux de soins durant une période donnée (mois, trimestre et année).</p> <p>Méthode de calcul :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jours d'ANS en soins actifs = nombre total de jours d'ANS reçus par les patients requérant un ANS en attente de lits non chirurgicaux, chirurgicaux et de soins intensifs. • Jours d'ANS en soins post-actifs = jours d'ANS pour les patients hospitalisés en attente de soins continus, de réadaptation et de soins de santé mentale • Jours d'ANS en SCC = jours d'ANS pour les patients hospitalisés en attente de soins continus • Jours d'ANS et réadaptation = jours d'ANS pour les patients hospitalisés en attente de réadaptation • Jours d'ANS en soins de santé mentale = jours d'ANS pour les patients hospitalisés en attente de soins de santé mentale <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas d'ANS qui ne sont plus suivis pour cause d'erreur de saisie de données • Cas d'ANS avec service d'hospitalisation = destination après congé des soins post-actifs (* exception : réadaptation Bloorview, SCC à SCC) • Cas d'ANS exclus par l'établissement

	<p>Nota :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le jour de désignation d'ANS est compté dans le nombre de jours d'ANS, mais la date du congé ou de l'interruption ne l'est pas. • Dans les cas où la date de désignation d'ANS correspond au dernier jour d'une période de référence et où il n'y a pas de date de congé ou d'interruption, le nombre de jours d'ANS est égal à 1. • La méthode de l'indicateur du pourcentage de jours de soins désignés comme autres niveaux de soins présume que l'élément des données du service d'hospitalisation (défini dans le Système d'information sur les temps d'attente) est comparable à l'élément des données sur le type de lit (défini dans le résumé du recensement des lits)
Dénominateur	<p>Nombre total de jours d'hospitalisation dans une période donnée (mois, trimestre et année).</p> <p>Méthode de calcul :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jours en soins actifs = nombre total de jours d'hospitalisation des patients recevant des soins médicaux + chirurgicaux + médicaux et chirurgicaux combinés + intensifs et coronariens + obstétriques + pédiatriques + de santé mentale pour enfants et adolescents + de toxicomanie grave + pédiatriques en pouponnière + néonataux (niveau 1 – généraux + niveau 2 – intermédiaires + niveau 3 – intensifs + irréguliers) • Jours en soins post-actifs = nombre total de jours d'hospitalisation des patients recevant des soins chroniques + de réadaptation générale + de réadaptation spéciale + psychiatriques actifs + de toxicomanie + médicaux-légaux + d'intervention d'urgence psychiatrique + psychiatriques à long terme • Jours en SCC = nombre total de jours d'hospitalisation des patients dans un lit de soins continus complexes • Jours en réadaptation = nombre total de jours d'hospitalisation des patients en réadaptation générale + réadaptation spéciale • Jours en soins de santé mentale = nombre total de jours d'hospitalisation des patients recevant des soins psychologiques actifs + de toxicomanie + médicaux-légaux + d'intervention d'urgence psychiatrique + psychiatriques à long terme <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jours d'hospitalisation des patients à l'urgence (type de lit = urgence [urgence + PARR]).
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Juillet 2018 à septembre 2018
Source de données	Résumé du recensement des lits, Système d'information sur les temps d'attente. Données fournies à QSSO par Action cancer Ontario (CCO).
Accès aux données	Pour obtenir les données de votre organisme pour la période de référence, consultez le navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles à partir de février 2019.

	Par ailleurs, les hôpitaux peuvent accéder aux rapports sur les autres niveaux de soins sur le site Accès aux soins (https://share.cancercare.on.ca). Les personnes non inscrites peuvent écrire à Accès aux soins à l'adresse ATC@cancercare.on.ca .
Commentaires	Correspond à la mesure du rendement de l'entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers. Cette année, le PAQ contient trois indicateurs liés au débit de patients dans les hôpitaux. Les indicateurs du temps d'attente pour un lit et du nombre de lits à des endroits inhabituels sont des indicateurs avancés , qui reflètent les problèmes de débit de patients dans l'hôpital, mais qui sont liés aux problèmes de débit dans le système. Le troisième indicateur est le pourcentage de jours de soins désignés comme autres niveaux de soins, un indicateur retardé qui reflète le fonctionnement du système.

Indicateur	Nombre moyen, par jour, de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence
NOUVEAU	
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Réduction (plus basse)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le nombre moyen, par jour, de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence pendant une période donnée.
Unité de mesure	Moyenne
Méthodes de calcul	<p>Additionnez, pour chaque jour de la période visée, le nombre de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence (à minuit), puis divisez le résultat par le nombre de jours de soumission compris dans cette période.</p> <p>Endroits inhabituels (UNCONVENTIONALBEDSUSED): Un endroit inhabituel désigne un endroit de l'hôpital où des lits ont été ajoutés pour soigner des patients hospitalisés. Plus précisément, il s'agit d'un endroit assez spacieux pour permettre l'ajout de lits (p. ex., bureau, couloir aux services d'urgence ou sur une unité pour les patients hospitalisés, ou auditorium), mais qui ne répond pas aux normes en matière de sécurité et de protection contre les incendies.</p> <p>Les lits se trouvant dans des endroits inhabituels peuvent être des lits ou des civières (mais pas des civières roulantes), installés pour prodiguer des soins aux patients hospitalisés lors d'une pénurie de personnel ou d'un surplus de patients. Ces lits n'ont pas de personnel soignant attribué, mais du personnel est présent pour offrir des soins. Les patients qui occupent un lit situé dans un endroit inhabituel n'ont pas accès à une cloche d'appel ou à des toilettes, et ne se trouvent pas à proximité d'équipement de succion, d'administration d'oxygène, etc.</p>

	<p>Civières à l'urgence (ERSTRETCHERSUSED): Comprennent les lits et les civières (mais pas les civières roulantes), à l'urgence ou à d'autres endroits de soins actifs, de récupération ou de soins subséquents (p. ex., unité de soins post-anesthésie ou salle post-interventionnelle) où du personnel est assigné, qui se trouvent à un endroit respectant les normes matière de sécurité et de protection contre les incendies (les civières dans les couloirs sont exclues) et qui ont été utilisés pour fournir des services à des patients hospitalisés.</p> <p>N.B. : Si un patient est admis et obtient son congé le même jour, le résumé quotidien du recensement des lits tiendra uniquement compte de l'admission et du congé; l'occupation du lit n'est plus un élément pertinent puisque le lit est vide à minuit.</p> <p>Pour obtenir des renseignements détaillés sur les endroits inhabituels, consultez la foire aux questions sur le résumé quotidien du recensement des lits, mise à la disposition des utilisateurs inscrits au portail Web de la Direction des données sur la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.</p>
Numérateur	<p>Somme, pour chaque jour de la période visée, du nombre de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence (à minuit)</p> <p>Critère d'inclusion : Patients hospitalisés recevant des soins qui, à minuit, occupent une civière ou un lit situé dans un endroit inhabituel ou sur des civières à l'urgence</p> <p>Critère d'exclusion : Patients qui ont obtenu leur congé le jour de leur hospitalisation (donc qui n'occupent plus un lit à minuit)</p>
Dénominateur	Nombre de jours de soumission compris dans la période visée
Ajustement du risque	S.O.
Période actuellement visée	T3 de l'exercice 2018-2019 (octobre 2018 à décembre 2018)
Source de données	<p>Daily Bed Census Summary (Daily BCS) [résumé quotidien du recensement des lits]</p> <p>N.B. : Les données sont autodéclarées chaque jour par les hôpitaux et sont rendues disponibles le lendemain. Pour obtenir des renseignements généraux sur le résumé du recensement des lits, consultez le https://www.ontario.ca/fr/donnees/bed-census-summary-resume-du-recensement-des-lits.</p>
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	Cet indicateur donne des renseignements contextuels sur le nombre moyen de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence au cours du T3 de l'exercice 2018-2019. Il peut refléter les pics saisonniers d'hospitalisation et donne un aperçu du nombre moyen de lits de surcapacité occupés dans les hôpitaux ontariens durant cette période.

	Cet indicateur, combiné à d'autres indicateurs comme le temps d'attente pour un lit ou le taux d'autres niveaux de soins, peut servir à faire le suivi de la capacité d'un hôpital et aider à mieux comprendre la situation.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Pourcentage de sommaires de congé envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins communautaires dans les 48 heures suivant le congé
Prioritaire pour les PAQ 2019-2020	
Dimension	Rapidité
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ayant reçu leur congé de l'hôpital pour qui un sommaire de congé a été envoyé au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	(Numérateur/dénominateur) × 100 %
Numérateur	<p>Nombre de patients ayant reçu leur congé d'un hôpital pour qui un sommaire de congé a été envoyé par l'hôpital au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé (par Internet ou par télécopieur) pour la période donnée.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sommaires de congé de soins actifs et post-actifs à l'hôpital envoyés par Internet au fournisseur de soins primaires ayant accès au Système de gestion des rapports hospitaliers, à ClinicalConnect ou à un logiciel semblable, ou par télécopieur à ceux qui n'ont pas d'accès Internet <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Congés de patients hospitalisés qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires au dossier • Congés depuis l'extérieur du RLISS • Patients du service d'urgence • Nouveau-nés, décès et accouchements
Dénominateur	<p>Nombre de patients hospitalisés ayant reçu leur congé pendant la période.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Congé de soins actifs et post-actifs à l'hôpital <p><i>Exclusions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Congés de patients hospitalisés qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires au dossier • Patients du service d'urgence • Nouveau-nés, décès et accouchements
Ajustement du risque	Aucun

Période actuellement visée	Dernière période de 3 mois
Source de données	Collecte de données à l'interne
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>Nous recommandons aux organisations d'envisager de mettre cet indicateur à l'essai dans un programme ou une unité pour le PAQ 2019-2020.</p> <p>La distribution en temps opportun des sommaires de congé repose sur les principaux éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médecins (ou leur délégué) doivent dicter le sommaire de congé le plus près possible de l'heure du congé du patient (idéalement avant). • La transcription doit être effectuée dans les 24 heures suivant la dictée. • L'auto-authentification doit être activée pour garantir la distribution en une étape du sommaire de congé à sa signature (N.B. : dépendra du type de DME et pourrait exiger une approbation du comité consultatif médical ou d'une entité semblable). • Les efforts d'amélioration peuvent porter sur : 1) la préparation et la signature rapides des sommaires de congés, et 2) la distribution rapide des sommaires signés.

Indicateur	Expérience des patients : Avez-vous reçu suffisamment de renseignements lorsque vous avez quitté l'hôpital?
Prioritaire pour les PAQ 2019-2020	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Pourcentage de répondants qui ont répondu par l'affirmative à la question suivante : Le personnel hospitalier vous a-t-il fourni suffisamment de renseignements sur ce que vous pouviez faire si vous avez des inquiétudes au sujet de votre problème ou de votre traitement après votre départ de l'hôpital?
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	(Numérateur/dénominateur) × 100 % Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Question 38 : Le personnel hospitalier vous a-t-il fourni suffisamment de renseignements sur ce que vous pouviez faire si vous avez des inquiétudes au sujet de votre problème ou de votre traitement après votre départ de l'hôpital? <ul style="list-style-type: none"> • Complètement • Moyennement • Un peu • Pas du tout Pour les questions sur l'expérience des patients, une méthode utilisant les notes supérieures est recommandée. Cette méthode fait référence aux répondants qui n'ont choisi que la réponse la plus positive. <u>Directives sur la méthode des notes supérieures</u> : Comptez le nombre de personnes qui ont coché « Complètement » et divisez-le par le nombre de personnes qui ont donné une réponse à cette question (excluez les abstentions).
Numérateur	Nombre de personnes qui ont coché « Complètement »
Dénominateur	Nombre de personnes qui ont donné une réponse à cette question (en excluant les abstentions).
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Dernière période de 12 mois consécutifs
Source de données	Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
Accès aux données	Les données devraient être recueillies dans votre organisation.
Commentaires	La période actuellement visée a été ajustée pour atteindre 12 mois, plutôt qu'un trimestre.

Indicateur	Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les cinq jours ouvrables
Prioritaire pour les PAQ 2019-2020	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de plaintes adressées à un hôpital dont la réception a été confirmée à la personne qui les a déposées.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	<p>(Numérateur/dénominateur) × 100 %</p> <p>Pourcentage dont la réception a été confirmée dans les cinq jours ouvrables = nombre de plaintes dont on a accusé réception dans les cinq jours ouvrables divisé par le nombre total de plaintes reçues durant la période visée.</p> <p>Pour assurer l'uniformité des mesures, les hôpitaux devront dorénavant inscrire le numérateur et le dénominateur obtenus dans le plan de travail du PAQ; c'est le navigateur de PAQ qui calculera le pourcentage.</p>
Numérateur	Nombre de plaintes dont on a officiellement accusé réception dans les cinq jours ouvrables
Dénominateur	<p>Nombre total de plaintes reçues par l'hôpital durant la période visée</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes reçues durant la période visée, mais dont la confirmation de réception et la résolution ont eu lieu dans les 60 premiers jours de la période suivante • Plaintes dont la date et l'heure du dépôt ont été consignées • Plaintes reçues durant la période visée, dont celles reçues au premier et au dernier jour de la période, durant les jours non ouvrables et après les heures de travail • Plaintes concernant un même problème formulées par une même personne ou au nom d'un même patient/résident (comptent pour une seule plainte) • Plaintes dénonçant plusieurs problèmes à la fois (comptent pour une seule plainte) • Plaintes étayées selon le processus établi de traitement des plaintes • Plaintes formulées à l'oral, en personne ou par téléphone • Plaintes écrites sous forme de lettre, de courriel, de télécopie, de message texte, etc. <p><i>Critère d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes non étayées selon le processus de traitement des plaintes établi.

	<p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes dont la confirmation de réception et la résolution ont été immédiates (ajustement de la température d'une chambre) • Plaintes ne nécessitant aucune autre intervention
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Dernière période de 12 mois
Source de données	Collecte de données à l'interne
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>La réglementation exige que les hôpitaux confirment la réception d'une plainte dans les cinq jours ouvrables.</p> <p>Les hôpitaux doivent confirmer officiellement la réception d'une plainte à la personne qui l'a déposée.</p> <p>Pour en savoir plus sur les outils d'orientation en matière de relations avec les patients pour l'amélioration de la qualité, cliquez ici.</p> <p>D'autres indicateurs à envisager sont présentés dans la bibliothèque des indicateurs de Qualité des services de santé Ontario.</p>

Indicateur NOUVEAU	Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure la proportion de patients hospitalisés atteints d'une maladie évolutive potentiellement mortelle dont les besoins en soins palliatifs ont été déterminés tôt au moyen d'une évaluation holistique complète.
Unité de mesure	Pourcentage exprimé sous forme de proportion
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur
Numérateur	<p>Nombre de patients hospitalisés inclus dans le dénominateur dont l'évaluation des besoins en soins palliatifs a été consignée dans le dossier d'hospitalisation.</p> <p>Selon les Normes de qualité – définitions utilisées dans cet énoncé de qualité, les catégories habituelles de besoins en matière de soins palliatifs s'inscrivant dans une évaluation holistique peuvent faire référence à n'importe quel type de besoins d'une personne (physiques, psychologiques, sociaux, linguistiques, culturels, juridiques, éthiques ou spirituels), et ce, à toute étape de la maladie.</p>
Dénominateur	Nombre de patients hospitalisés ayant des besoins en soins

	<p>palliatifs.</p> <p>Pour en savoir plus, consultez l'étape 1 : définition, de la trousse à outils du Réseau ontarien des soins palliatifs.</p> <p>N.B. : Certains patients peuvent avoir été hospitalisés plus d'une fois.</p> <p>Des outils servant à repérer les personnes ayant besoin de soins palliatifs et à évaluer ces besoins sont mentionnés dans la section Commentaires.</p>
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Dernière période de 6 mois
Source de données	DME
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>La plupart des soins palliatifs et des soins de fin de vie ne sont pas prodigués par des spécialistes en soins palliatifs; le calcul des aiguillages vers des soins palliatifs n'est donc pas suffisant pour mesurer cet indicateur.</p> <p>Qui sont les patients à risque?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients en fin de vie • Affections nouvellement diagnostiquées, graves et limitant la vie <ul style="list-style-type: none"> • Cancer nouvellement diagnostiqué • Défaillance terminale d'un ou de plusieurs organes • Fragilité • Démence • Troubles médicaux multiples • Patients dont la maladie préexistante a évolué <p>Étape 1 : Identification précoce – Demandez-vous quel processus de dépistage est actuellement en place dans votre organisation pour repérer les patients atteints d'une maladie évolutive potentiellement mortelle susceptibles de présenter des besoins en soins palliatifs.</p> <p>Identification précoce : La trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs recommande des outils à consulter durant l'étape 1, soit celle de l'identification précoce. <i>À venir bientôt</i> : le guide d'identification précoce du Réseau ontarien des soins palliatifs (la référence sera ajoutée lorsque le guide sera disponible).</p> <p>L'identification précoce devrait avoir lieu après l'admission du patient à l'hôpital, au cours de l'évaluation d'admission dans l'unité. Parmi les outils utilisés en Ontario, notons le Gold Standards Framework (GSF) et le Hospital-patient One-year Mortality Risk (HOMR). Certains outils</p>

utilisent une question « surprise » comme dépistage initial. Un guide exhaustif sur ces outils sera bientôt publié par le Réseau ontarien des soins palliatifs.

Étape 2 : Évaluation des besoins en soins palliatifs – Demandez-vous quel processus est actuellement en place dans votre organisation pour évaluer de façon exhaustive les besoins en soins palliatifs.

Évaluation des besoins en soins palliatifs :

La [trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs](#) recommande des outils pour l'étape 2, soit celle de l'évaluation des besoins en soins palliatifs non comblés. Parmi ces outils se trouvent le Système d'évaluation des symptômes d'Edmonton, l'Échelle de performance pour soins palliatifs, l'Échelle de fragilité clinique en 9 points de Ken Rockwood et le Statut fonctionnel déclaré par le patient.

La [norme de qualité des soins palliatifs](#) de Qualité des services de santé Ontario inclut 13 énoncés de qualité, et le présent indicateur est étroitement relié au premier énoncé.

Plusieurs stratégies d'amélioration sont incluses dans les [Guides des pratiques innovantes](#) pour les patients ayant des besoins complexes, publiés par Qualité des services de santé Ontario.

Codes : Les codes existants servent à consigner les services de soins palliatifs reçus et non pas les résultats de l'identification et de l'évaluation; nous déconseillons donc leur utilisation pour la mesure de cet indicateur.

Parmi les limites de cet indicateur, notons le fait que les besoins changent au fil du temps, que les patients peuvent avoir été hospitalisés plus d'une fois, et que les besoins peuvent avoir été évalués dans un autre milieu de soins. La qualité des évaluations ne sera pas prise en considération; seule l'issue sera visible.

Indicateur	Taux de réadmission dans les 30 jours pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie
Prioritaire pour les PAQ 2019-2020	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Réduction (plus basse)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le taux d'épisodes de soins en santé mentale ou en toxicomanie qui sont suivis dans les 30 jours par une nouvelle admission pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie.
Unité de mesure	Taux pour 100 congés
Méthodes de calcul	<p>Le taux de réadmission équivaut au nombre de d'épisodes de soins en santé mentale ou en toxicomanies suivis d'une réadmission dans les 30 jours pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie, divisé par le nombre d'épisodes de soins en santé mentale ou en toxicomanie durant la période visée.</p> <p>Le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) et la Base de données sur les congés des patients (BDGP) sont utilisés pour repérer les hospitalisations initiales et subséquentes pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie.</p>
Numérateur	<p>Nombre d'épisodes de soins en santé mentale ou en toxicomanie suivis d'une réadmission dans les 30 jours pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie.</p> <p>Pour tous les épisodes de soins uniques en santé mentale ou en toxicomanie durant la période visée (dénominateur), calculez le nombre qui sont suivis (dans les 30 jours) d'une réadmission pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie (numérateur), selon les définitions suivantes :</p> <p>Maladie mentale ou toxicomanie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BDGP : code diagnostique 1 de la CIM-10-CA, F04 à F99 2. SIOSM : codes du DSM-IV ou du DSM-V – toute hospitalisation (y compris celles avec diagnostic manquant sauf pour les codes 290.x à 294.x du DSM-IV) <p>Auto-mutilation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Si le code diagnostique 1 du CIM-10-CA n'est pas égal aux codes F04 à F99, les codes diagnostiques 2 à 25 comprennent les codes X60 à X84 ou Y10 à Y19 (type de diagnostic = 9). <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients sans numéro d'assurance maladie valide • Patients non résidents de l'Ontario • Patients dont le sexe n'est pas inscrit comme étant masculin ou féminin • Personnes de plus de 105 ans • Date de naissance, date et heure d'admission, date et heure de congé invalides • Personnes qui décèdent dans les 30 jours suivant le congé (selon la BDPI) avant qu'un suivi ou un résultat n'aient lieu (la personne est décédée avant d'être réadmise)

	<ul style="list-style-type: none"> • Admissions pour des problèmes autres que la maladie mentale, la toxicomanie ou l'auto-mutilation <p>Nota :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les admissions en soins de courte durée pour le traitement de l'auto-mutilation sont considérées comme des admissions en santé mentale. • Les épisodes de soins inclus dans le dénominateur sont limités à l'année civile visée, mais la période de 30 jours avant la réadmission peut se terminer durant l'année suivante. • La raison de la réadmission peut être une maladie mentale ou une toxicomanie autre que celle de l'admission initiale.
Dénominateur	<p>Nombre total d'épisodes de soins en santé mentale ou en toxicomanie durant la période visée.</p> <p>Les épisodes de soins en santé mentale ou en toxicomanie sont des séjours à l'hôpital contigus pour des problèmes admissibles (décrits ci-dessous). Deux ou plusieurs dossiers d'hôpitaux peuvent être utilisés pour définir un seul épisode. Cette situation se produit lorsque le patient est transféré. Les transferts sont définis comme les situations où :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) une admission a lieu moins d'un jour après le congé; 2) les numéros d'établissement sont différents dans les dossiers contigus (cela comprend les transferts entre l'unité de soins médicaux actifs et l'unité de soins de santé mentale d'un même hôpital). <p>Pour créer les épisodes de soins, tous les dossiers de la BDCP et du SIOSM qui mentionnent un problème admissible sont extraits et classés en ordre chronologique pour chaque personne (à l'aide de numéros d'assurance maladie cryptés).</p> <p>La réadmission est évaluée à partir de la date finale de congé d'un épisode de soins.</p> <p>Les conditions d'admissibilités sont déterminées comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • selon le code principal de la CIM-10-CA dans la BDCP (F04 à F99 sont admissibles); • si le code principal de la CIM-10-CA n'est pas égal aux codes F04 à F99, les codes diagnostiques 2 à 25 comprennent les codes X60 à X84 ou Y10 à 19 (type de diagnostic = 9); • les codes principaux du DSM dans le SIOSM (tous les codes du DSM sauf 290.x à 294.x sont admissibles); • si aucun code du DSM n'est présent dans le dossier du SIOSM en question, la catégorie provisoire du DSM placée en premier dans le SIOSM (toutes les catégories provisoires sont admissibles). <p><i>Critère d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • De 0 à 105 ans, inclusivement <p><i>Critères d'exclusion :</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Patients sans numéro d'assurance maladie valide • Patients non résidents de l'Ontario • Patients dont le sexe n'est pas inscrit comme étant masculin ou féminin • Personnes de plus de 105 ans • Date de naissance, date et heure d'admission, date et heure de congé invalides • Personnes qui décèdent dans les 30 jours suivant le congé (selon la BDPI) avant qu'un suivi ou un résultat n'aient lieu (la personne est décédée avant d'être réadmise)
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Janvier 2017 à décembre 2017
Source de données	Base de données sur les congés des patients (BDP), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) Données fournies à QSSO par la Direction de l'analytique en matière de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Accès aux données	Pour obtenir les données de votre organisme pour la période de référence, consultez le navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles à partir de février 2019.
Commentaires	Consultez la bibliothèque des indicateurs de QSSO pour connaître les limites et les mises en garde : https://www.hqontario.ca/Rendement-du-système/Mesurer-le-rendement-du-système/Bibliothèque-des-indicateurs

Indicateur	Bilan comparatif des médicaments au congé
Prioritaire pour les PAQ 2019-2020	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Nombre total de patients ayant reçu leur congé pour qui le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) au congé a été créé, par rapport au nombre total de patients ayant reçu leur congé.
Unité de mesure	Taux par rapport au nombre total de patients sortants
Méthodes de calcul	Numérateur / dénominateur Pour assurer l'uniformité des mesures, les hôpitaux devront dorénavant inscrire le numérateur et le dénominateur obtenus dans le plan de travail du PAQ; c'est le navigateur de PAQ qui calculera le résultat.
Numérateur	Nombre de patients ayant reçu leur congé pour lesquels le meilleur schéma thérapeutique possible a été créé à la sortie de l'hôpital. Exclut les congés qui sont des décès, des naissances ou des mortinaissances. Toute autre exclusion doit être expliquée dans la section des commentaires du PAQ.

Dénominateur	<p>Nombre de patients ayant reçu leur congé de l'hôpital durant la même période. Exclut les congés qui sont des décès, des naissances ou des mortinaissances. Toute autre exclusion doit être expliquée dans la section des commentaires du PAQ.</p> <p>N.B. : Les hôpitaux devront fournir le nombre total de congés donnés pendant la période visée.</p>
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Octobre à décembre 2018 (T3 de 2018-2019)
Source de données	Collecte de données à l'interne
Accès aux données	Les données devraient être recueillies dans votre organisation.
Commentaires	<p>Les organisations devraient indiquer leur rendement actuel et établir des cibles pour le bilan comparatif des médicaments au congé à l'échelle organisationnelle (c.-à-d. pour tout l'hôpital). Les hôpitaux devront fournir le nombre total de congés donnés pendant la période visée. Ils devront aussi indiquer les programmes ou les patients qui ne sont pas inclus dans leurs calculs du bilan comparatif des médicaments.</p> <p>Si vous avez besoin d'aide pour le suivi de vos processus actuels de bilan comparatif des médicaments, visitez la page des mesures sur le site Web Soins de santé plus sécuritaires maintenant! ou envoyez un courriel à l'adresse metrics@saferhealthcarenow.ca.</p>

II. Indicateurs prioritaires pour les soins primaires

Indicateur	Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections – CSC, CASSA, CDIP	Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital (toute affection, tout fournisseur)
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020		
Instructions	Choisir UN seul des indicateurs ci-dessous. Ne PAS choisir les deux.	
Dimension	Efficacité	Efficacité
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Processus	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients qui, dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital, ont fait l'objet d'un suivi médical par un fournisseur de soins primaires (médecin ou infirmier praticien) pour l'une des affections suivantes : pneumonie, diabète, accident vasculaire cérébral, maladie gastro-intestinale, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique, problème cardiaque.	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients dont le congé de l'hôpital a été signalé en temps opportun (dans les 48 heures) et qui ont fait l'objet d'un suivi (de tout type, par tout clinicien et pour quelque affection que ce soit) dans les sept jours suivants.
Unité de mesure	Pourcentage (%)	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100 \%$	$(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100 \%$
Numérateur	Nombre de patients qui, dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital, ont vu un fournisseur de soins primaires (médecin ou infirmier praticien) pour l'une des affections suivantes : pneumonie, diabète, accident vasculaire cérébral, maladie gastro-intestinale, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique, problème cardiaque.	Nombre de patients dont le congé de l'hôpital a été signalé en temps opportun (dans les 48 heures) et qui ont fait l'objet d'un suivi (de tout type, par tout clinicien et pour quelque affection que ce soit) dans les sept jours suivants.
Dénominateur	Nombre de congés des soins de courte durée faisant partie d'une période de traitement pour laquelle l'une des affections susmentionnées est inscrite au dossier à la première hospitalisation, durant un même exercice (moins 30 jours, pour le suivi).	Nombre de congés signalés en temps opportun (dans les 48 heures).

Ajustement du risque	Aucun	Aucun
Période actuellement visée	Dernière période de 12 mois consécutifs	Dernière période de 12 mois consécutifs
Source de données	Base de données sur les congés des patients (BDPC), Base de données des médecins de l'IRSS (BDMI), Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), données sur les consultations des CSC	DME
Accès aux données	Ressource Centres de santé communautaire, centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, profils des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien , parrainée par l'Alliance pour des communautés en santé	Collecte de données à l'interne
Commentaires	Cet indicateur est conforme aux caractéristiques techniques présentées dans la ressource Centres de santé communautaire, centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, profils des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien , parrainée par l'Alliance pour des communautés en santé.	Cet indicateur est conforme aux caractéristiques techniques de l'indicateur visant le taux de suivi après une hospitalisation élaboré par l'Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO), rapport <i>Data to Decisions</i> 6.0.

Indicateur	Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Rapidité
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients et de clients qui peuvent consulter un médecin ou un infirmier praticien le jour même ou le lendemain de la sollicitation de services.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	(Numérateur/dénominateur) × 100 % On s'attend à ce que les organisations mesurent leurs progrès à l'égard de cet indicateur en se servant, <i>mot pour mot</i> , de la question suivante, parue dans le Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires . « Q6b. La dernière fois que vous avez été malade ou qu'un problème de santé vous inquiétait, combien de jours se sont passés entre le moment où vous avez essayé de prendre rendez-vous avec votre médecin ou votre infirmier praticien et le moment où vous L'AVEZ VU ou avez vu une autre personne de son bureau?

	<ul style="list-style-type: none"> • Vous avez eu rendez-vous la même journée • Vous avez eu rendez-vous le lendemain • 2 à 19 jours (écrivez le nombre de jours : _____) • 20 jours ou plus • Sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire) » <p>Pour calculer le résultat de l'indicateur, faites la somme des participants qui ont déclaré avoir eu rendez-vous la même journée ou le lendemain, et divisez-la par le nombre de participants qui ont répondu à la question (ne comptez pas les participants qui n'ont pas donné de réponse ou qui ont répondu « Sans objet [je ne sais pas / je refuse de le dire] »).</p>
Numérateur	Nombre de participants qui ont déclaré avoir eu un rendez-vous la même journée ou le lendemain.
Dénominateur	<p>Nombre de participants qui ont répondu à la question.</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participants qui n'ont pas répondu à la question • Participants qui ont répondu « Sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire) »
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Avril 2018 à mars 2019 (ou la plus récente période de 12 mois consécutifs)
Source de données	Sondages à l'interne
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>L'utilisation du Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires est encouragée, car ce dernier comprend l'ensemble des questions portant sur les indicateurs prioritaires, et plus encore. Élaboré par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec l'Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO), l'Alliance pour des communautés en santé (anciennement l'Association des centres de santé de l'Ontario [ASCO]), le Collège des médecins de famille de l'Ontario et l'Ontario Medical Association, ce sondage est conçu pour être mené par les cabinets de médecins; ses résultats peuvent être acheminés à l'échelle de l'organisation afin de soutenir les efforts d'amélioration du personnel. Les questions du sondage portent sur deux aspects de l'expérience des patients : des éléments très précis de leur plus récente consultation avec leur fournisseur de soins primaires et leur expérience cumulée des soins reçus.</p> <p>Pour accéder au sondage ainsi qu'à un guide de soutien exhaustif sur sa mise en œuvre, cliquez ici. Pour accéder à une version du sondage conçue pour les centres de santé communautaire (CSC) et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA), cliquez ici.</p> <p>Envisagez le recours à des indicateurs comme le troisième rendez-vous disponible, à des mesures obtenues au moyen du logiciel de gestion d'horaires et à des questions telles que « Avez-vous eu un rendez-vous à la date voulue? », qui peuvent servir d'indicateurs de processus pour l'indicateur susmentionné. Les organisations peuvent également choisir d'ajouter ces</p>

	<p>questions comme indicateurs supplémentaires. Même si l'indicateur relatif au troisième rendez-vous disponible est mesuré à l'échelle du fournisseur de soins, celui de l'indicateur de PAQ susmentionné devait être mesuré à l'échelle de l'organisation.</p> <p>Ces indicateurs concordent avec le Cadre de mesure du rendement des soins primaires en Ontario de Qualité des services de santé Ontario, le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du gouvernement et les enquêtes du Fonds du Commonwealth, dont les résultats figurent dans les rapports À la hauteur, de Qualité des services de santé Ontario.</p> <p>Les résultats de l'indicateur susmentionné sont également présentés sur la page Web de QSSO sur le rendement des soins primaires.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients et de clients qui ont souvent ou toujours participé à la prise de décisions au sujet de leurs soins lors de leurs consultations avec leur médecin ou leur infirmier praticien.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	<p>(Numérateur/dénominateur) × 100 %</p> <p>On s'attend à ce que les organisations mesurent leurs progrès à l'égard de cet indicateur en se servant, <i>mot pour mot</i>, de la question suivante, parue dans le Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires.</p> <p>« Q7. Lorsque vous rendez visite à votre médecin ou votre infirmier praticien, est-ce que cette personne ou une autre personne du bureau vous inclut autant que vous le souhaitez dans les décisions touchant vos soins et votre traitement? Présentation de l'échelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toujours • Souvent • Parfois • Rarement • Jamais • Sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire) » <p>Pour calculer le résultat de l'indicateur, faites la somme des participants qui ont répondu « Toujours » ou « Souvent », et divisez-la par le nombre de participants qui ont répondu à la question (ne comptez pas les participants qui n'ont pas donné de réponse ou qui ont répondu « Sans objet [je ne sais pas / je refuse de le dire] »).</p>

Numérateur	Nombre de participants qui ont répondu « Toujours » ou « Souvent » à la question.
Dénominateur	<p>Nombre de participants qui ont répondu à la question.</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participants qui n'ont pas répondu à la question • Participants qui ont répondu « Sans objet (je ne sais pas / je refuse de répondre) »
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Avril 2018 à mars 2019 (ou la plus récente période de 12 mois consécutifs)
Source de données	Sondages à l'interne
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>L'utilisation du Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires est encouragée, car ce dernier comprend l'ensemble des questions portant sur les indicateurs prioritaires, et plus encore. Élaboré par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec l'Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO), l'Alliance pour des communautés en santé (anciennement l'Association des centres de santé de l'Ontario [ASCO]), le Collège des médecins de famille de l'Ontario et l'Ontario Medical Association, ce sondage est conçu pour être mené par les cabinets de médecins; ses résultats peuvent être acheminés à l'échelle de l'organisation afin de soutenir les efforts d'amélioration du personnel. Les questions du sondage portent sur deux aspects de l'expérience des patients : des éléments très précis de leur plus récente consultation avec leur fournisseur de soins primaires et leur expérience cumulée des soins reçus.</p> <p>Pour accéder au sondage ainsi qu'à un guide de soutien exhaustif sur sa mise en œuvre, cliquez ici. Pour accéder à une version du sondage conçue pour les centres de santé communautaire (CSC) et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA), cliquez ici.</p> <p>Les organisations qui sélectionnent cet indicateur devront indiquer dans le navigateur de PAQ le nombre de participants ayant donné chacune des réponses possibles.</p> <p>Les résultats de ces indicateurs sont présentés dans les rapports de QSSO sur le rendement des soins primaires. Ces indicateurs concordent avec le Cadre de mesure du rendement des soins primaires en Ontario de Qualité des services de santé Ontario, le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du gouvernement et les enquêtes du Fonds du Commonwealth.</p>

Indicateur NOUVEAU	Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Sécurité
Instructions	<p>Les données pour cet indicateur sont tirées des rapports Mapratique (versions pour les équipes de santé familiale [ESF] et les centres de santé communautaire [CSC]).</p> <p>Si votre organisation n'a pas ces données, indiquez-le dans la section Commentaires du plan de travail, puis remplissez un indicateur personnalisé.</p>
Direction de l'amélioration	<p>Réduction (plus basse)</p> <p>L'organisation devrait tenir compte de la direction de l'amélioration. La plupart des organisations viseront probablement une réduction (de l'exécution de nouvelles ordonnances d'opioïdes). Il est possible, dans certaines situations, qu'une organisation s'attende à une augmentation, par exemple si un plan de mesure est mis en œuvre pour la première fois. Si une augmentation est attendue, il faut en indiquer la raison dans le plan de travail, à la section prévue pour l'explication des cibles fixées.</p>
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients en soins non palliatifs qui ont fait exécuter une nouvelle ordonnance d'opioïde rédigée par tout fournisseur du système de santé au cours de la période de six mois visée.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	(Numérateur/dénominateur) x 100
Numérateur	<p>Nombre de patients qui ont fait exécuter une nouvelle ordonnance d'opioïde rédigée par tout fournisseur du système de santé au cours de la période de six mois visée.</p> <p>Une ordonnance d'opioïde est considérée comme étant nouvelle s'il s'est écoulé au moins six mois depuis la dernière exécution; autrement dit, aucune ordonnance ne doit avoir été exécutée dans les six mois précédant sa première exécution au cours de la période visée.</p> <p>Nota :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La définition d'« opioïde » exclut les opioïdes utilisés dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes ou d'un traitement contre la toux ou la diarrhée. • Pour obtenir la liste complète des médicaments visés, consulter le tableau A du rapport Mapratique : soins primaires – Annexe technique (CSC) [PDF] ou Mapratique : soins primaires – Annexe technique (médecins et ESF) (PDF).

Dénominateur	<p>CSC Nombre de clients que compte le CSC au cours de la période visée.</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Clients de moins d'un an • Clients en soins palliatifs repérés au moyen de données de facturation venant d'un hôpital ou d'un médecin <p>Pour connaître les codes de classification et de facturation, consultez l'annexe C du rapport Mapratique : soins primaires – Annexe technique (CSC) [PDF].</p>	<p>ESF Nombre de patients liés (inscription sur papier ou virtuelle) à un médecin au cours de la période visée.</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients de moins d'un an • Patients en soins palliatifs repérés au moyen de données de facturation venant d'un hôpital ou d'un médecin <p>Pour connaître les codes de classification et de facturation, consultez l'annexe C du rapport Mapratique : soins primaires – Annexe technique (médecins et ESF) [PDF].</p>
Ajustement du risque	Aucun	
Période actuellement visée	Publication en juin 2018 Point de données : 31 mars 2017	Publication en novembre 2018 Point de données : 31 mars 2018
Source de données	<p>Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients (BDPC), Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées</p> <p>Données calculées et fournies à Qualité des services de santé Ontario par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS)</p>	
Accès aux données	<p>Les rapports Mapratique : soins primaires de Qualité des services de santé Ontario sont offerts aux ESF et aux CSC. Pour vous inscrire, écrivez à l'adresse practicereport@hqontario.ca ou rendez-vous au https://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Rapport-de-pratique/Soins-primaires/Consent.</p> <p>Si votre organisation n'est pas admissible à la réception des rapports Mapratique : soins primaires (ESF ou CSC), écrivez à l'adresse gip@hqontario.ca.</p> <p>Pour obtenir plus d'information, visitez le https://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Rapport-de-pratique/Soins-primaires.</p>	

Indicateur NOUVEAU	Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure la proportion de patients de soins primaires atteints d'une maladie évolutive potentiellement mortelle dont les besoins en soins palliatifs ont été déterminés tôt au moyen d'une évaluation holistique complète.
Unité de mesure	Pourcentage exprimé sous forme de proportion
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur
Numérateur	<p>Nombre de patients inclus dans le dénominateur dont l'évaluation des besoins en soins palliatifs a été consignée dans le DME.</p> <p>Selon les Normes de qualité – définitions utilisées dans cet énoncé de qualité, les catégories habituelles de besoins en matière de soins palliatifs s'inscrivant dans une évaluation holistique peuvent faire référence à n'importe quel type de besoins d'une personne (physiques, psychologiques, sociaux, linguistiques, culturels, juridiques, éthiques ou spirituels), et ce, à toute étape de la maladie.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de patients ayant des besoins en soins palliatifs.</p> <p>Pour en savoir plus, consultez l'étape 1 : définition, de la trousse à outils du Réseau ontarien des soins palliatifs.</p> <p>Des outils servant à repérer les personnes ayant besoin de soins palliatifs et à évaluer ces besoins sont mentionnés dans la section Commentaires.</p>
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Dernière période de 6 mois
Source de données	DME
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>La plupart des soins palliatifs et des soins de fin de vie ne sont pas prodigués par des spécialistes en soins palliatifs; le calcul des aiguillages vers des soins palliatifs n'est donc pas suffisant pour mesurer cet indicateur.</p> <p>Qui sont les patients à risque?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients en fin de vie • Affections nouvellement diagnostiquées, graves et limitant la vie <ul style="list-style-type: none"> • Cancer nouvellement diagnostiqué • Défaillance terminale d'un ou de plusieurs organes • Fragilité • Démence • Troubles médicaux multiples

- Patients dont la maladie préexistante a évolué

Étape 1 : Identification précoce – Demandez-vous quel processus de dépistage est actuellement en place dans votre organisation pour repérer les patients atteints d’une maladie évolutive potentiellement mortelle susceptibles de présenter des besoins en soins palliatifs.

Identification précoce :

La [trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs](#) recommande des outils à consulter durant l’étape 1, soit celle de l’identification précoce. *À venir bientôt* : le guide d’identification précoce du Réseau ontarien des soins palliatifs (la référence sera ajoutée lorsque le guide sera disponible).

Parmi les outils utilisés en Ontario, notons le [Gold Standards Framework \(GSF\)](#) et le [Hospital-patient One-year Mortality Risk \(HOMR\)](#). Certains outils utilisent une question « surprise » comme dépistage initial. Un guide exhaustif sur ces outils sera bientôt publié par le Réseau ontarien des soins palliatifs.

Étape 2 : Évaluation des besoins en soins palliatifs – Demandez-vous quel processus est actuellement en place dans votre organisation pour évaluer de façon exhaustive les besoins en soins palliatifs.

Des **outils d’évaluation des besoins** sont fournis dans la [trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs](#).

La [norme de qualité des soins palliatifs](#) de Qualité des services de santé Ontario inclut 13 énoncés de qualité, et le présent indicateur est étroitement relié au premier énoncé.

Plusieurs stratégies d’amélioration sont incluses dans les [Guides des pratiques innovantes](#) pour les patients ayant des besoins complexes, publiés par Qualité des services de santé Ontario.

Codes : Les codes existants servent à consigner les services de soins palliatifs reçus et non pas les résultats de l’identification et de l’évaluation; nous déconseillons donc leur utilisation pour la mesure de cet indicateur.

Parmi les limites de cet indicateur, notons le fait que les besoins changent au fil du temps et que les besoins peuvent avoir été évalués dans un autre milieu de soins. La qualité des évaluations ne sera pas prise en considération; seule l’issue sera visible.

III. Indicateurs prioritaires pour les soins à domicile et les soins communautaires

Indicateur	Consultation aux urgences non prévues dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Réduction (plus basse)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients qui reçoivent des soins à domicile et qui ont fait une visite non prévue pour une urgence moyenne au service des urgences dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	(Numérateur/dénominateur) × 100 %
Numérateur	<p>Nombre de patients adultes qui reçoivent des soins à domicile et qui, dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital, ont fait une visite à l'urgence, durant laquelle ils ont été classés de niveau 4 ou 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), et qui n'ont pas été hospitalisés par la suite.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation aux urgences : indicateur lié aux urgences = 1 • Date d'enregistrement aux urgences dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de référence • Gravité faible : niveau sur l'ETG = 4 ou 5
Dénominateur	<p>Nombre total de patients adultes qui reçoivent des soins à domicile et qui ont obtenu un congé de l'hôpital.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients ayant demandé des services à domicile : programme de demande = 01 • Patients ayant eu un séjour court ou long : dernier SRC = 91, 92, 93, 94 • Patients actifs au congé de l'hôpital : date de début des soins à domicile ≤ date du congé de l'hôpital + 7 jours ET date de fin des soins à domicile INEXISTANTE OU > date du congé de l'hôpital • Patients ayant obtenu un congé d'un établissement de soins actifs : type d'établissement pour l'analyse = 1 • Patients recevant des soins à domicile dans les 30 jours suivant le congé : date du congé de l'hôpital < date de début des soins à domicile < date du congé de l'hôpital + 30 jours <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Numéros de carte santé invalides : HCN_index = D • Patients en soins palliatifs : dernier SRC = 95 • Congés pour les nouveau-nés et les mortinaissances : codes = N, S • Congés pour les donneurs décédés : catégorie = R

	<ul style="list-style-type: none"> • Services de gestion de cas : code = 10 • Patients ayant moins de 19 ans au moment du congé : âge < 19 ans • Transferts en soins actifs : Inst_to_type=1 ET code d'état à la sortie = 01 • Sorties et décès : codes d'état à la sortie = 06 ou 07 <p>L'hôpital est celui où a eu lieu la consultation de référence. Le code SRC du patient est le dernier consigné à son dossier. L'âge utilisé est celui du patient le jour du congé.</p>
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Juillet 2017 à juin 2018
Source de données	Base de données sur les congés des patients (BDSP), Base de données sur les soins à domicile (BDSO), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Données fournies à QSSO par Services communs pour la santé Ontario (SCSO).
Accès aux données	Pour obtenir les données de votre organisation pour la période visée, consultez le navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront disponibles en février 2019.

Indicateur NOUVEAU	Nombre médian de jours d'attente pour une place en foyer de soins de longue durée (soins communautaires)
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Rapidité
Direction de l'amélioration	Réduction (plus basse)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le nombre médian de jours pendant lesquels les résidents ont attendu pour avoir une place dans un foyer de soins de longue durée à partir du dépôt de la demande ou du consentement jusqu'à la date de placement, selon le nombre le plus élevé.
Unité de mesure	Jours

Méthodes de calcul	<p>Temps d'attente médian (en jours) de tous les placements compris dans le calcul, à partir de la date du dépôt de la demande de placement ou de la date du consentement à la date de placement, selon celle qui survient le plus tôt. La médiane correspond au nombre de jours pendant lesquels 50 % des personnes ont attendu avant d'être placées, à partir de la date de dépôt de la demande ou de la date du consentement jusqu'à la date de placement.</p> <p>Le temps médian peut être stratifié selon l'endroit où la personne se trouvait avant son placement (hôpital, milieu communautaire, etc.).</p> <p>La médiane calculée pour cet indicateur s'applique aux placements suivants :</p> <p>Placement à partir d'un milieu communautaire</p> <p><i>Critère d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents qui, avant leur placement, se trouvaient à domicile, dans une maison de retraite ou dans un logement avec services de soutien <p><i>Critère d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents dont la provenance ou le code de localisation antérieure est inconnu
Numérateur	S.O.
Dénominateur	S.O.
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Exercice 2017-2018 (c.-à-d. avril 2017 à mars 2018)
Source de données	Base de données des profils des clients modernisée. Données fournies à QSSO par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
Accès aux données	Pour obtenir les données de votre organisation pour la période visée, consultez le navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront disponibles en février 2019. Vous pouvez également accéder à ces données sur la page Web de QSSO sur le temps d'attente pour une place dans un foyer de soins de longue durée .
Commentaires	<p>Mises en garde et limites</p> <p>La mesure du temps d'attente pour une place dans un foyer de soins de longue durée tient uniquement compte des personnes qui ont été placées; elle ne tient pas compte des personnes qui sont décédées ou qui ont trouvé une autre solution avant d'être placées. Cet indicateur exclut également le temps d'attente pour un transfert d'un foyer de soins de longue durée à un autre.</p> <p>Commentaires détaillés</p> <p>Les résultats des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) représentent le temps médian pendant lequel les résidents ont attendu avant d'être placés dans un foyer d'un RLISS donné (c.-à-d. qu'ils représentent le temps d'attente médian dans le RLISS où les placements</p>

	ont eu lieu [selon l'emplacement du foyer], sans égard au RLISS d'origine). La médiane a été choisie comme mesure sommaire en raison de la distribution très asymétrique des temps d'attente due à certains délais particulièrement longs.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur NOUVEAU	Nombre médian de jours d'attente pour une place en foyer de soins de longue durée (soins actifs)
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Rapidité
Direction de l'amélioration	Réduction (plus basse)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le nombre médian de jours pendant lesquels les résidents ont attendu pour avoir une place dans un foyer de soins de longue durée à partir du dépôt de la demande ou du consentement jusqu'à la date de placement, selon le nombre le plus élevé.
Unité de mesure	Jours
Méthodes de calcul	<p>Temps d'attente médian (en jours) de tous les placements compris dans le calcul, à partir de la date du dépôt de la demande ou de la date de consentement à la date de placement, selon celle qui survient le plus tôt. La médiane correspond au nombre de jours pendant lesquels 50 % des personnes ont attendu avant d'être placées, à partir de la date de dépôt de la demande ou de la date du consentement jusqu'à la date de placement.</p> <p>Le temps médian peut être stratifié selon l'endroit où la personne se trouvait avant son placement (hôpital, milieu communautaire, etc.)</p> <p>La médiane calculée pour cet indicateur s'applique aux placements suivants :</p> <p>Placement à partir d'un milieu de soins actifs</p> <p><i>Critère d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents qui, avant leur placement, se trouvaient dans un hôpital de soins actifs <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents qui, avant leur placement, se trouvaient dans un établissement de réadaptation, de SCC, etc. • Résidents dont la provenance ou le code de localisation antérieure est inconnu
Numérateur	S.O.
Dénominateur	S.O.
Ajustement du risque	Aucun

Période actuellement visée	Exercice 2017-2018 (c.-à-d. avril 2017 à mars 2018)
Source de données	Base de données des profils des clients modernisée. Données fournies à QSSO par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
Accès aux données	Pour obtenir les données de votre organisation pour la période visée, consultez le navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront disponibles en février 2019. Vous pouvez également accéder à ces données sur la page Web de QSSO sur le temps d'attente pour une place dans un foyer de soins de longue durée .
Commentaires	<p>Mises en garde et limites</p> <p>La mesure du temps d'attente pour une place dans un foyer de soins de longue durée tient uniquement compte des personnes qui ont été placées; elle ne tient pas compte des personnes qui sont décédées ou qui ont trouvé une autre solution avant d'être placées. Cet indicateur exclut également le temps d'attente pour un transfert d'un foyer de soins de longue durée à un autre.</p> <p>Commentaires détaillés</p> <p>Les résultats des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) représentent le temps médian pendant lequel les résidents ont attendu avant d'être placés dans un foyer d'un RLISS donné (c.-à-d. qu'ils représentent le temps d'attente médian dans le RLISS où les placements ont eu lieu [selon l'emplacement du foyer], sans égard au RLISS d'origine). La médiane a été choisie comme mesure sommaire en raison de la distribution très asymétrique des temps d'attente due à certains délais particulièrement longs.</p>

Indicateur	Pourcentage des patients satisfaits des services
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur donne de l'information sur l'expérience globale des patients qui reçoivent des soins à domicile. Il indique le pourcentage de patients soignés à domicile qui sont satisfaits des services de soins à domicile et communautaires fournis par les organisations des RLISS, de la gestion de leurs soins par les coordonnateurs de soins des CASC et des services offerts par des organisations de fournisseurs.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	Pourcentage de patients qui, dans le cadre d'un sondage sur leur expérience, ont répondu « Bons », « Très bons ou « Excellents » (sur une échelle de cinq points allant de « Mauvais » à « Excellents ») à trois questions relatives au premier indicateur de rendement clé : <ul style="list-style-type: none"> Évaluation globale des services de soins à domicile et communautaires du RLISS

	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation globale de la prise en charge et de la gestion des soins par le coordonnateur de soins • Évaluation globale des services offerts par le fournisseur de services <p>Critères généraux d'inclusion au sondage : Patients qui, au cours de la période visée, sont en cours de traitement ou ont obtenu leur congé et reçoivent des soins à domicile, ou qui ont obtenu leur congé en vue d'un placement et appartiennent à l'une des catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admission définitive • Retrait, admission provisoire devenue définitive • Retrait, placement par une autre organisation de soins à domicile et communautaires du RLISS • Lit refusé <p>Critères généraux d'exclusion au sondage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients qui reçoivent uniquement des services en milieu scolaire • Services d'une clinique de soins infirmiers • Services de relève • Équipement et fournitures médicales • Patients en fin de vie (SRC 95) • Clients non encore classés dans une catégorie (SRC 99) • Patients qui reçoivent des soins à domicile et qui sont catégorisés comme étant à l'extérieur de leur région • Patients qui reçoivent des services de convalescence <p>Autres critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital et qui reçoivent des soins à domicile ou qui sont décédés • Patients en attente à l'hôpital • Patients qui ont fait une réclamation contre les services de soins à domicile et communautaires du RLISS ou qui en ont déposé une auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé <p>Critère d'exclusion lié à une question précise :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients qui ne connaissent pas le questionnaire de cas, qui ne l'ont jamais vu ou qui ne lui ont jamais parlé, patients qui ne se souviennent plus de leur expérience avec les services de soins à domicile et patients qui ont été sondés sur des services de placement
Numérateur	Nombre total de réponses positives (« Bons », « Très bons » ou Excellents ») données à chacune des trois questions sur le premier indicateur de rendement clé permettant d'évaluer l'expérience globale des patients. $(N^{\text{bre}} \text{ de réponses positives à la Q4}) + (n^{\text{bre}} \text{ de réponses positives à la Q24}) + (n^{\text{bre}} \text{ de réponses positives à la Q39})$

	<p>Question 4 : Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les services de soins à domicile et communautaires que vous avez reçus du RLSS et les personnes qui vous les ont fournis?</p> <p>Question 24 : Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la prise en charge et la gestion de vos soins par votre gestionnaire de cas?</p> <p>Question 39 : Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous le service X fourni par Y (où X est l'un des services suivants : soins infirmiers, soutien à la personne, physiothérapie, ergothérapie, nutrition/diététique, orthophonie ou travail social, et où Y est le nom du fournisseur de services)?</p> <p>* La somme des réponses pondérées est utilisée. Une pondération est effectuée après l'échantillonnage pour compenser un échantillonnage disproportionné et veiller à ce que les résultats publiés du sondage soient représentatifs de la population recevant des soins à domicile et communautaires du RLSS.</p>
Dénominateur	Nombre total de réponses valides données aux questions susmentionnées.
Ajustement du risque	Les résultats sont pondérés pour rendre compte de la population de patients recevant des soins à domicile admissible au sondage dans chacun des RLSS (c.-à-d. que les données des patients qui reçoivent des soins à domicile et qui font partie de l'échantillon sont normalisées selon la population du RLSS).
Période actuellement visée	Avril 2017 à mars 2018
Source de données	Sondage <i>Client and Caregiver Experience Evaluation</i> (CCEE). Données fournies à QSSO par Services communs pour la santé Ontario (SCSO).
Accès aux données	Pour obtenir les données de votre organisation pour la période visée, consultez le navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront disponibles en février 2019. Vous pouvez également accéder à ces données sur la page Web des rapports électroniques du CNRC .

Indicateur	Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les deux jours ouvrables
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de plaintes adressées aux services de soins à domicile et communautaires d'un RLSS et dont la réception a été confirmée aux personnes qui les ont déposées. Son calcul dépend du nombre de plaintes reçues durant la période visée.
Unité de mesure	Pourcentage (%)

Méthodes de calcul	<p>$(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100 \%$</p> <p>Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée dans les deux jours ouvrables = nombre de plaintes dont on a accusé réception dans les deux jours ouvrables, divisé par le nombre total de plaintes reçues durant la période visée.</p> <p>Pour assurer l'uniformité des mesures, les organisations de soins à domicile et communautaires des RLISS devront dorénavant inscrire le numérateur et le dénominateur obtenus dans le plan de travail du PAQ; c'est le navigateur de PAQ qui calculera le résultat.</p>
Numérateur	Nombre de plaintes dont la réception a été officiellement confirmée dans les deux jours ouvrables.
Dénominateur	<p>Nombre total de plaintes reçues par les services de soins à domicile et communautaires d'un RLISS au cours de la période visée.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes reçues durant la période visée, mais dont la confirmation de réception et la résolution ont eu lieu dans les 60 premiers jours de la période suivante • Plaintes dont la date et l'heure du dépôt ont été consignées • Plaintes reçues durant la période visée, dont celles reçues au premier et au dernier jour de la période, durant les jours non ouvrables et après les heures de travail • Plaintes concernant un même problème formulées par une même personne ou au nom d'un même patient/résident (comptent pour une seule plainte) • Plaintes dénonçant plusieurs problèmes à la fois (comptent pour une seule plainte) • Plaintes étayées selon le processus établi de traitement des plaintes • Plaintes formulées à l'oral, en personne ou par téléphone • Plaintes écrites sous forme de lettre, de courriel, de télécopie, de message texte, etc. • Plaintes concernant les soins à domicile adressées à un fournisseur de service ou au personnel des soins à domicile et communautaire d'un RLISS et dont la résolution immédiate n'est pas possible <p><i>Critère d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes non étayées selon le processus établi de traitement des plaintes <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes dont la confirmation de réception et la résolution ont été immédiates (p. ex., ajustement de la température d'une chambre) • Plaintes ne nécessitant aucune autre intervention
Ajustement du risque	Aucun

Période actuellement visée	Dernière période de 12 mois
Source de données	Collecte de données à l'interne
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>La réglementation exige que les services de soins à domicile et communautaires des RLSS confirment la réception des plaintes dans les deux jours ouvrables.</p> <p>Ces services doivent officiellement confirmer la réception des plaintes aux personnes qui les ont déposées. Ainsi, ils leur font savoir que le responsable ou le bureau des plaintes a pris connaissance du problème et que l'enquête est entamée.</p> <p>Cet indicateur mesure à quel point le processus de traitement des plaintes est réactif et axé sur le patient.</p> <p>Pour en savoir plus sur les outils d'orientation en matière de relations avec les patients pour l'amélioration de la qualité, cliquez ici.</p> <p>D'autres indicateurs à considérer sont présentés ici.</p>

Indicateur NOUVEAU	Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des patients à risque
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure la proportion de patients recevant des soins à domicile atteints d'une maladie évolutive potentiellement mortelle dont les besoins en soins palliatifs ont été déterminés tôt au moyen d'une évaluation holistique complète.
Unité de mesure	Pourcentage exprimé sous forme de proportion
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur
Numérateur	<p>Nombre de patients recevant des soins à domicile inclus dans le dénominateur dont l'évaluation des besoins en soins palliatifs a été consignée dans le dossier.</p> <p>Selon les Normes de qualité – définitions utilisées dans cet énoncé de qualité, les catégories habituelles de besoins en matière de soins palliatifs s'inscrivant dans une évaluation holistique peuvent faire référence à n'importe quel type de besoins d'une personne (physiques, psychologiques, sociaux, linguistiques, culturels, juridiques, éthiques ou spirituels), et ce, à toute étape de la maladie.</p> <p>Les outils InterRAI permettent d'évaluer les besoins en soins palliatifs. Le plan de soins coordonnés (PSC) des maillons santé comporte une section pour les soins palliatifs, qui comprend une évaluation.</p>

Dénominateur	<p>Nombre de patients recevant des soins à domicile et ayant des besoins en soins palliatifs.</p> <p>Des outils servant à repérer les personnes ayant besoin de soins palliatifs et à évaluer ces besoins sont mentionnés dans la section Commentaires.</p> <p>N.B. : Un patient peut avoir reçu des soins à domicile durant des périodes de traitement différentes.</p> <p>Pour en savoir plus, consultez l'étape 1 : définition, de la trousse à outils du Réseau ontarien des soins palliatifs.</p> <p>Les outils InterRAI peuvent également faciliter le repérage des patients ayant des besoins en soins palliatifs.</p>
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Dernière période de 6 mois
Source de données	Outils InterRAI ou autres outils sélectionnés par l'organisation
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>La plupart des soins palliatifs et des soins de fin de vie ne sont pas prodigués par des spécialistes en soins palliatifs; le calcul des aiguillages vers des soins palliatifs n'est donc pas suffisant pour mesurer cet indicateur.</p> <p>Qui sont les patients à risque?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients en fin de vie • Affections nouvellement diagnostiquées, graves et limitant la vie <ul style="list-style-type: none"> • Cancer nouvellement diagnostiqué • Défaillance terminale d'un ou de plusieurs organes • Fragilité • Démence • Troubles médicaux multiples • Patients dont la maladie préexistante a évolué <p>Étape 1 : Identification précoce – Demandez-vous quel processus de dépistage est actuellement en place dans votre organisation pour repérer les patients atteints d'une maladie évolutive potentiellement mortelle susceptibles de présenter des besoins en soins palliatifs.</p> <p>Identification précoce : La trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs recommande des outils à consulter durant l'étape 1, soit celle de l'identification précoce. <i>À venir bientôt</i> : le guide d'identification précoce du Réseau ontarien des soins palliatifs (la référence sera ajoutée lorsque le guide sera disponible).</p> <p>Parmi les outils utilisés en Ontario, notons le Gold Standards</p>

[Framework \(GSF\)](#) et le [Hospital-patient One-year Mortality Risk \(HOMR\)](#). Certains outils utilisent une question « surprise » comme dépistage initial. Un guide exhaustif sur ces outils sera bientôt publié par le Réseau ontarien des soins palliatifs.

Étape 2 : Évaluation des besoins en soins palliatifs – Demandez-vous quel processus est actuellement en place dans votre organisation pour évaluer de façon exhaustive les besoins en soins palliatifs.

Les services de soins à domicile et de soins communautaires utilisent l'outil de soins palliatifs InterRAI pour évaluer les besoins en soins palliatifs. Certains RLISS se servent également d'autres outils.

Des **outils d'évaluation des besoins** sont fournis dans la [trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs](#).

La [norme de qualité des soins palliatifs](#) de Qualité des services de santé Ontario inclut 13 énoncés de qualité, et le présent indicateur est étroitement relié au premier énoncé.

Plusieurs stratégies d'amélioration sont incluses dans les [Guides des pratiques innovantes](#) pour les patients ayant des besoins complexes, publiés par Qualité des services de santé Ontario.

Codes : Les codes existants servent à consigner les services de soins palliatifs reçus et non pas les résultats de l'identification et de l'évaluation; nous déconseillons donc leur utilisation pour la mesure de cet indicateur.

Parmi les limites de cet indicateur, notons le fait que les besoins changent au fil du temps, que les patients peuvent avoir reçu des soins à domicile durant plus d'une période de traitement, et que les besoins peuvent avoir été évalués dans un autre milieu de soins. La qualité des évaluations ne sera pas prise en considération; seule l'issue sera visible.

IV. Indicateurs prioritaires pour les soins de longue durée

Indicateur	Consultations aux urgences potentiellement évitables pour les résidents de foyers de soins de longue durée
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Réduction (plus basse)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le nombre de consultations aux urgences pour des affections figurant sur une liste modifiée des conditions propices aux soins ambulatoires*, par tranche de 100 résidents de foyers de soins de longue durée.
Unité de mesure	Taux pour 100 résidents
Méthodes de calcul	<p>Nombre total de consultations aux urgences, y compris les transferts entre services d'urgence et les consultations suivies d'une admission ou d'un décès, effectuées par les résidents actifs des foyers de soins de longue durée ontariens au cours d'une année donnée.</p> <p>Numérateur Nombre de consultations non prévues aux urgences faites par les résidents de foyers de soins de longue durée pour une des affections susmentionnées, multiplié par 100.</p> <p>Dénominateur Nombre total de résidents actifs des foyers de soins de longue durée.</p>
Numérateur	<p>Nombre total de consultations aux urgences, y compris les transferts entre services d'urgence et les consultations suivies d'une admission ou d'un décès, effectuées par les résidents actifs des foyers de soins de longue durée ontariens au cours d'une année donnée.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents actifs se trouvant dans un foyer de soins de longue durée ontarien au cours de la période visée • Consultations aux urgences, dont les transferts entre services d'urgence et les consultations suivies d'une admission ou d'un décès • Consultation aux urgences pour une affection figurant sur une liste modifiée de conditions propices aux soins ambulatoires : <ul style="list-style-type: none"> - Angine de poitrine - Asthme - Blessures attribuables à une chute - Cellulite - Déshydratation - Diabète - Gastroentérite - Grand mal et troubles convulsifs - Hypertension

	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoglycémie - Insuffisance cardiaque congestive - Maladie pulmonaire obstructive chronique - Pneumonie - Septicémie - Troubles de santé mentale et troubles comportementaux - Troubles dentaires - Troubles otorhinolaryngologiques graves <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations à l'urgence planifiées • Personnes admises en foyer de soins de longue durée avant l'âge de 65 ans
Dénominateur	<p><i>Critère d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents actifs des foyers de soins de longue durée <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes dont le numéro de carte santé est invalide • Personnes admises en foyer de soins de longue durée avant l'âge de 65 ans
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Octobre 2017 à septembre 2018
Source de données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Données fournies à QSSO par la Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD.
Accès aux données	Le ministère mettra les données à la disposition des organisations sur le site https://ltchomes.net .
Commentaires	Des conseils sur l'amélioration de cet indicateur sont offerts sur le site de Qualité des services de santé Ontario ainsi que dans le programme INTERACT (Interventions to Reduce Acute Care Transfers) .

Indicateur	Expérience des résidents : satisfaction globale	
	Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Axé sur le patient	
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)	
Type d'indicateur	Résultat	
Description	<p>Cet indicateur mesure le pourcentage de résidents qui ont donné une réponse positive à la question ou à l'énoncé suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> « Recommanderiez-vous ce foyer de soins à d'autres personnes? » (Sondage NHCAHPS destiné aux résidents des foyers de soins de longue durée) OU « Je recommande cet établissement ou cet organisme. » (Sondage sur la qualité de vie InterRAI) 	
Unité de mesure	Pourcentage (%)	
Méthodes de calcul	(Numérateur/dénominateur) × 100 %	
(Choisir le NHCAHPS OU l'InterRAI. Les deux sondages évaluent le même élément, mais en se servant de méthodes différentes.)	<p>Les foyers qui choisissent de se servir du sondage NHCAHPS destiné aux résidents des foyers de soins de longue durée devraient mesurer cet indicateur en calculant le pourcentage de résidents qui ont donné une réponse positive à la question : « Recommanderiez-vous ce foyer de soins à d'autres personnes? »</p> <p>Les réponses vont de 1 à 4, où :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 = Pas du tout 2 = Probablement pas 3 = Probablement 4 = Tout à fait 	<p>Les foyers qui choisissent de se servir du sondage sur la qualité de vie InterRAI devraient mesurer cet indicateur en calculant le pourcentage de résidents qui ont donné une réponse positive à l'énoncé suivant : « D2. Je recommande cet établissement ou cet organisme. »</p> <p>Les réponses vont de 0 à 8 (0, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8), où :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 = Jamais. 1 = Rarement 2 = Parfois 3 = La plupart du temps 4 = Toujours 6 = Ne sais pas 7 = Refuse de répondre 8 = Aucune réponse ou réponse ne pouvant pas être codée
Numérateur	Pour les foyers se servant du sondage NHCAHPS : Calculez le nombre de personnes ayant répondu « 4 » à la question.	Pour les foyers qui se servent du sondage InterRAI : Calculez le nombre de personnes ayant répondu « 3 » ou « 4 » à l'énoncé.
Dénominateur	Pour les foyers se servant du sondage NHCAHPS :	Pour les foyers qui se servent du sondage InterRAI :

	Calculez le nombre total de personnes ayant répondu à la question. Ne comptez pas les personnes qui n'y ont pas répondu.	Calculez le nombre total de personnes ayant répondu à l'énoncé. Comptez les personnes qui n'y ont pas répondu.
Ajustement du risque	Aucun	
Période actuellement visée	Avril 2018 à mars 2019 (ou la dernière période de 12 mois). Si vous avez déjà mené votre sondage cette année, vous n'avez pas à le soumettre de nouveau.	
Source de données	Collecte de données à l'interne, sondage sur la qualité de vie InterRAI, sondage NHCAHPS destiné aux résidents des foyers de soins de longue durée	
Accès aux données	Les données devraient être recueillies dans votre organisation.	
Commentaires	<p>Pour en savoir plus sur le sondage NHCAHPS destiné aux résidents des foyers de soins de longue durée, consultez le site Get Nursing Home Surveys and Instructions de l'Agency for Healthcare Research and Quality.</p> <p>Pour en savoir plus sur le sondage sur la qualité de vie InterRAI, consultez le site Web d'InterRAI.</p> <p>Les foyers qui utilisent un outil validé autre que les sondages NHCAHPS et InterRAI devraient se servir des questions qui, dans leur outil, se rapprochent le plus de celles susmentionnées. Ceux qui élaborent et mènent leurs propres sondages devraient envisager d'y ajouter des questions concordant avec celles du NHCAHPS ou de l'InterRAI.</p>	

Indicateur	Expérience des résidents : faire entendre sa voix
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de résidents qui ont donné une réponse positive à la question : « Quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer le niveau d'écoute du personnel à votre égard? »
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	<p>$(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100 \%$</p> <p>Les foyers qui se servent du sondage NHCAHPS destiné aux résidents des foyers de soins de longue durée devraient mesurer cet indicateur en calculant le pourcentage de résidents qui ont donné une réponse positive à la question : « Quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer le niveau d'écoute du personnel à votre égard? »</p> <p>Les réponses vont de 0 à 10, où 0 = pire écoute possible et 10 = meilleure écoute possible.</p>
Numérateur	Pour les foyers qui se servent du sondage NHCAHPS : Calculez le nombre de personnes ayant répondu « 9 » ou « 10 » à la question.
Dénominateur	Pour les foyers qui se servent du sondage NHCAHPS : Calculez le nombre total de personnes ayant répondu à la question. Ne comptez pas les personnes qui n'y ont pas répondu.
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Avril 2018 à mars 2019 (ou la dernière période de 12 mois). Si vous avez déjà mené votre sondage cette année, vous n'avez pas à le soumettre de nouveau.
Source de données	Collecte de données à l'interne, sondage NHCAHPS destiné aux résidents des foyers de soins de longue durée
Accès aux données	Les données devraient être recueillies dans votre organisation.
Commentaires	Pour en savoir plus sur le sondage NHCAHPS destiné aux résidents des foyers de soins de longue durée, consultez le site Get Nursing Home Surveys and Instructions de l'Agency for Healthcare Research and Quality.

Indicateur	Expérience des résidents : pouvoir parler du foyer
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de résidents qui ont donné une réponse positive à l'énoncé suivant : « Je peux exprimer mon opinion sans craindre de représailles. »
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	(Numérateur/dénominateur) × 100 % Les foyers qui se servent du sondage sur la qualité de vie InterRAI devraient mesurer cet indicateur en calculant le pourcentage de résidents qui ont donné une réponse positive à l'énoncé : « F3. Je peux exprimer mon opinion sans craindre de représailles. » Les réponses vont de 0 à 8 (0, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8), où : <ul style="list-style-type: none"> • 0 = Jamais • 1 = Rarement • 2 = Parfois • 3 = La plupart du temps • 4 = Toujours • 6 = Ne sais pas • 7 = Refuse de répondre • 8 = Aucune réponse ou réponse ne pouvant pas être codée
Numérateur	Calculez le nombre de personnes ayant répondu « 3 » ou « 4 » à l'énoncé
Dénominateur	Calculez le nombre total de personnes ayant répondu à l'énoncé, en incluant les personnes qui n'y ont pas répondu (6, 7, 8).
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Avril 2018 à mars 2019 (ou la dernière période de 12 mois. Si vous avez mené votre sondage cette année, vous n'avez pas à le soumettre de nouveau.
Source de données	Collecte de données à l'interne, sondage sur la qualité de vie InterRAI
Accès aux données	Les données devraient être recueillies dans votre organisation.
Commentaires	Pour en savoir plus sur le sondage sur la qualité de vie InterRAI, consultez le site Web d'InterRAI .

Indicateur	Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les 10 jours ouvrables
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de plaintes adressées à un foyer de soins de longue durée et dont la réception a été confirmée aux personnes qui les ont déposées. Son calcul dépend du nombre de plaintes reçues durant la période visée.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Méthodes de calcul	<p>(Numérateur/dénominateur) × 100 %</p> <p>Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée dans les 10 jours ouvrables = nombre de plaintes dont on a accusé réception dans les 10 jours ouvrables, divisé par le nombre total de plaintes reçues durant la période visée.</p> <p>Pour assurer l'uniformité des mesures, les foyers de soins de longue durée devront dorénavant inscrire le numérateur et le dénominateur obtenus dans le plan de travail du PAQ; c'est le navigateur de PAQ qui calculera le résultat.</p>
Numérateur	Nombre de plaintes dont la réception a été officiellement confirmée dans les 10 jours ouvrables.
Dénominateur	<p>Nombre total de plaintes reçues par le foyer de soins de longue durée durant la période visée.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes reçues durant la période visée, mais dont la confirmation de réception et la résolution ont eu lieu dans les 60 premiers jours de la période suivante • Plaintes dont la date et l'heure du dépôt ont été consignées • Plaintes reçues durant la période visée, dont celles reçues au premier et au dernier jour de la période, durant les jours non ouvrables et après les heures de travail • Plaintes concernant un même problème formulées par une même personne ou au nom d'un même patient/résident (comptent pour une seule plainte) • Plaintes dénonçant plusieurs problèmes à la fois (comptent pour une seule plainte) • Plaintes étayées selon le processus établi de traitement des plaintes • Plaintes formulées à l'oral, en personne ou par téléphone • Plaintes écrites sous forme de lettre, de courriel, de télécopie, de message texte, etc. <p><i>Critère d'exclusion :</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Plaintes non étayées selon le processus établi de traitement des plaintes <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes dont la confirmation de réception et la résolution ont été immédiates (p. ex., ajustement de la température d'une chambre) • Plaintes ne nécessitant aucune autre intervention
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Dernière période de 12 mois
Source de données	Collecte de données à l'interne
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>La réglementation exige que les foyers de soins de longue durée confirment la réception des plaintes et traitent ces dernières dans les 10 jours ouvrables.</p> <p>Les foyers doivent officiellement confirmer la réception des plaintes aux personnes qui les ont déposées. Ainsi, ils leur font savoir que le responsable ou le bureau des plaintes a pris connaissance du problème et que l'enquête est entamée.</p> <p>Cet indicateur mesure à quel point le processus de traitement des plaintes est réactif et axé sur le patient.</p> <p>Pour en savoir plus sur les outils d'orientation en matière de relations avec les patients pour l'amélioration de la qualité, cliquez ici.</p> <p>D'autres indicateurs à considérer sont présentés ici.</p>

Indicateur NOUVEAU	Identification précoce : évaluation précoce et consignée des besoins en soins palliatifs des résidents à risque
Prioritaire pour le PAQ 2019-2020	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure la proportion de résidents de foyers de SLD atteints d'une maladie évolutive potentiellement mortelle dont les besoins en soins palliatifs ont été déterminés tôt au moyen d'une évaluation holistique complète.
Unité de mesure	Pourcentage exprimé sous forme de proportion
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur
Numérateur	Nombre de résidents de foyers de SLD inclus dans le dénominateur dont l'évaluation des besoins en soins palliatifs a été consignée dans le dossier.

	<p>Selon les Normes de qualité – définitions utilisées dans cet énoncé de qualité, les catégories habituelles de besoins en matière de soins palliatifs s’inscrivant dans une évaluation holistique peuvent faire référence à n’importe quel type de besoins d’une personne (physiques, psychologiques, sociaux, linguistiques, culturels, juridiques, éthiques ou spirituels), et ce, à toute étape de la maladie.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de résidents de foyers de SLD ayant des besoins en soins palliatifs.</p> <p>Pour en savoir plus, consultez l’étape 1 : définition, de la trousse à outils du Réseau ontarien des soins palliatifs.</p> <p>Des outils servant à repérer les personnes ayant besoin de soins palliatifs et à évaluer ces besoins sont mentionnés dans la section Commentaires.</p>
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Dernière période de 6 mois
Source de données	Outil RAI-MDS ou autres outils sélectionnés par l’organisation
Accès aux données	Collecte de données à l’interne
Commentaires	<p>La plupart des soins palliatifs et des soins de fin de vie ne sont pas prodigués par des spécialistes en soins palliatifs; le calcul des aiguillages vers des soins palliatifs n’est donc pas suffisant pour mesurer cet indicateur.</p> <p>Qui sont les résidents à risque? La plupart des résidents de foyers de SLD répondent probablement aux critères de risque. L’outil RAI-MDS comprend des questions de dépistage facilitant l’identification précoce des patients ayant des besoins en soins palliatifs.</p> <p>Étape 1 : Identification précoce – Demandez-vous quel processus est actuellement en place dans votre organisation pour repérer les résidents susceptibles de présenter des besoins en soins palliatifs.</p> <p>La trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs recommande des outils à consulter durant l’étape 1, soit celle de l’identification précoce. Un outil pertinent en soins de longue durée est l’outil Risk Evaluation for Support (RESPECT). <i>À venir bientôt</i> : le guide d’identification précoce du Réseau ontarien des soins palliatifs (la référence sera ajoutée lorsque le guide sera disponible).</p> <p>Étape 2 : Évaluation des besoins en soins palliatifs – Demandez-vous quel processus est actuellement en place dans votre organisation pour évaluer de façon exhaustive les besoins en soins palliatifs.</p>

Des **outils d'évaluation des besoins** sont fournis dans la [trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs](#).

La [norme de qualité des soins palliatifs](#) de Qualité des services de santé Ontario inclut 13 énoncés de qualité, et le présent indicateur est étroitement relié au premier énoncé.

La [trousse d'outils Quality Palliative Care in Long Term Care](#) est une ressource canadienne pertinente pour les foyers de SLD.

Codes : Les codes existants servent à consigner les services de soins palliatifs reçus et non pas les résultats de l'identification et de l'évaluation; nous déconseillons donc leur utilisation pour la mesure de cet indicateur.

Parmi les limites de cet indicateur, notons le fait que les besoins changent au fil du temps. La qualité des évaluations ne sera pas prise en considération; seule l'issue sera visible.

V. Questions à développement

Aperçu

Décrivez brièvement votre organisation et présentez les grandes lignes de son plan d'amélioration de la qualité (PAQ).

Imaginez que vous décrivez votre organisation à un membre du public : allez droit à l'essentiel, et donnez des renseignements sur ses travaux, ses clients et ses priorités de soins. Montrez également comment ses travaux améliorent les soins prodigués à toute population mal desservie faisant partie de sa clientèle.

Commencez votre PAQ par un aperçu des principaux objectifs de votre organisation. Voyez cette présentation comme un résumé vous permettant de contextualiser les différents éléments du PAQ et de les lier entre eux.

Suggestion : Téléversez le logo de votre organisation.

Présentation de la plus importante amélioration de la qualité faite par votre organisation au cours de la dernière année

Décrivez une initiative d'amélioration de la qualité qui fait la fierté de votre organisation. Essayez de voir cela comme une « bonne idée » qui peut être présentée à d'autres organisations. Votre exemple devrait aussi faire état des résultats de l'initiative (p. ex., y ajouter des données mettant en évidence les retombées du projet ou du programme).

Cette section a pour but de montrer ce qui peut être accompli et d'inspirer les équipes de votre organisation à faire encore mieux dans l'année à venir.

Suggestion : Téléversez des graphiques ou des photos montrant vos résultats.

Cette année, nous cherchons tout particulièrement des exemples d'amélioration dans les domaines suivants :

- Accès et transitions – p. ex., initiatives favorisant la prestation des bons soins, au bon endroit et au bon moment
- Santé mentale et dépendances
- Opioides

Suggestion : En panne d'inspiration? Rendez-vous sur [Quorum](#) pour découvrir les plus grandes réalisations d'autres organisations.

Relations et collaborations avec les patients, les clients et les résidents

Expliquez brièvement comment vous avez collaboré avec les patients, les clients et les résidents dans le cadre de vos initiatives d'amélioration de la qualité cette année, y compris lors de l'élaboration de votre PAQ. Y a-t-il des moments où leurs commentaires ont influencé vos initiatives? Par exemple, les patients, les clients et les résidents vous ont-ils aidé à déterminer les domaines prioritaires de votre PAQ? Ont-ils apporté des idées de changement? Vous ont-ils aidé à concevoir ou à mettre sur pied des activités d'amélioration de la qualité? Avez-vous noté des effets à grande échelle sur le

personnel, sur les patients, les clients et les résidents ayant participé ou sur la clientèle de votre organisation?

Prévention de la violence au travail

La prévention de la violence au travail fait-elle partie des priorités stratégiques de votre organisation? (Oui ou non.)

Si oui, décrivez en quoi elle est prioritaire – p. ex., est-elle comprise dans votre plan stratégique? Produisez-vous des rapports sur le sujet à l'intention de votre conseil d'administration? Avez-vous effectué d'importants investissements pour améliorer la situation?

Rémunération (hôpitaux seulement)

Expliquez comment vous avez intégré la question de la rémunération des cadres aux priorités de votre PAQ en portant une attention particulière aux indicateurs obligatoires et prioritaires. Pour obtenir des conseils sur la mise en œuvre d'une rémunération axée sur le rendement, consultez le document *La rémunération axée sur le rendement et le Plan d'amélioration de la qualité* à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/legislation/performancecomp/psc_update_20111122.pdf.

VI. Abréviations

ACSO	Association des centres de santé de l'Ontario
AFHTO	Association of Family Health Teams of Ontario
AMFQ	Actes médicaux fondés sur la qualité
ANS	Autres niveaux de soins
BDCP	Base de données sur les congés des patients
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CASSA	Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones
CNRC	Conseil national de recherches du Canada
CSC	Centre de santé communautaire
DME	Dossier médical électronique
FCCP	Fichier de conversion des codes postaux
GPH-MAS	Groupes de patients hospitalisés du modèle d'allocation fondée sur la santé
HCAHPS	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
InterRAI	International research network's Resident Assessment Instrument
MAS	Modèle d'allocation fondée sur la santé
NHCAHPS	Nursing Home Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
PAQ	Plan d'amélioration de la qualité
SCC	Soins continus complexes
SISLD	Système d'information sur les soins de longue durée
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
USI	Unité des soins intensifs