

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 2020-
2021

Novembre 2019
Révisé le 27 janvier 2020

ISBN 978-1-4868-3876-9 (PDF)
ISSN 2371-6010 (PDF)

**Qualité des services
de santé Ontario**

Améliorons notre système de santé

Qui fera bientôt partie de Santé Ontario

Ontario 

Révisions des caractéristiques techniques des indicateurs

Date	Titre de l'indicateur	Révision
27 janvier 2020	Nombre moyen, par jour, de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence	De nouvelles recommandations sont disponibles pour les hôpitaux, décrivant la meilleure façon d'aborder cette question.
27 janvier 2020	Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu	Des révisions ont été apportées au libellé de la spécification technique pour en assurer la clarté.
27 janvier 2020	Invites à la section narrative des PAQ	Les autres niveaux de soins (ANS) ont été supprimés dans les invites pour les hôpitaux, car cette question est abordée dans l'indicateur de taux d'ANS pour ce secteur.

Table des matières

Introduction	4
I. Indicateurs pour les hôpitaux	7
Indicateurs obligatoires pour les hôpitaux	7
Temps d'attente pour un lit à l'urgence	7
Nombre d'incidents de violence au travail (total)	8
Indicateurs prioritaires pour les hôpitaux	11
Pourcentage de jours de soins désignés comme autres niveaux de soins.....	11
Nombre moyen, par jour, de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence	13
Pourcentage de sommaires de congé envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé	13
Expérience des patients : Avez-vous reçu suffisamment de renseignements lorsque vous avez quitté l'hôpital?	15
Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les cinq jours ouvrables	16
Évaluation consignée des besoins en soins palliatifs des patients qui tirent avantage de ce type de soins et qui ont une maladie évolutive limitant la vie	17
Bilan comparatif des médicaments au congé.....	20
Consultations à l'urgence répétées en santé mentale	21
II. Indicateurs prioritaires pour les soins primaires	24
Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections – CSC.....	24
Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital (toute affection, tout fournisseur).....	24
Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires	26
Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins.....	27
Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu	29
Évaluation consignée des besoins en soins palliatifs des patients qui tirent avantage de ce type de soins et qui ont une maladie évolutive limitant la vie	31
III. Indicateurs prioritaires pour les soins de longue durée	34
Consultations aux urgences potentiellement évitables pour les résidents de foyers de soins de longue durée	34
Expérience des résidents : faire entendre sa voix.....	36
Expérience des résidents : pouvoir parler du foyer	37
Évaluation consignée des besoins en soins palliatifs des résidents qui tirent avantage de ce type de soins et qui ont une maladie évolutive limitant la vie	38
IV. Questions à développement	41
V. Abréviations	44

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 et les foyers de soins de longue durée pourront utiliser dans leur plan d'amélioration de la qualité (PAQ) 2020-2021. 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 (qui fera bientôt partie 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. Ces priorités sont également conformes aux priorités du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée. 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 2020-2021 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 indicateurs des autres secteurs en plus du vôtre, surtout si vous voulez faire partie d'une équipe Santé Ontario. 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](#).

Veuillez 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, 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 2020-2021

Hôpitaux	Soins primaires	Soins à domicile et communautaires**	Soins de longue durée
THÈME I : TRANSITIONS OPPORTUNES ET EFFICIENTES			
Autres niveaux de soins Collaboration et intégration (Section narrative)			
Efficient	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de jours de soins désignés comme autres niveaux de soins • 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 (2) • 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"> • Temps d'attente pour un lit* • Sommaires 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 • Temps d'attente pour une place en foyer de soins de longue durée 	
THÈME II : EXCELLENCE DU SERVICE			
Soins virtuels Relations et collaborations avec les patients et les résidents (Section narrative)			
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 • Plaintes dont la réception a été confirmée dans un délai raisonnable 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des patients satisfaits des services • Expérience des résidents (2)
THÈME III : SOINS SÉCURITAIRE ET EFFICACES			
Prévention de la violence au travail (Section narrative)			
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'incidents de violence au travail (total)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu (2) 	
Efficace	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation consignée des besoins en soins palliatifs des patients qui tirent avantage de ce type de soins • NOUVEAU Consultations à l'urgence répétées en santé mentale • Bilan comparatif des médicaments au congé 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation consignée des besoins en soins palliatifs des patients qui tirent avantage de ce type de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation consignée des besoins en soins palliatifs des résidents qui tirent avantage de ce type de soins
Equitable			
Objectif Quadruple Valeur et efficacité Expérience du patient Expérience du fournisseur Santé de la population			

*Indicateur obligatoire (pour le secteur hospitalier seulement)
 **Ces indicateurs restent une priorité pour les services de soins à domicile et de soins communautaires des RLSS.
 Des renseignements complémentaires relatifs aux PAQ 2020-2021 seront fournis aux prestataires de ces services.
 ***Les caractéristiques techniques de cet indicateur sont sujettes à changement; consulter le document détaillant les caractéristiques techniques des indicateurs pour en savoir plus.
 Mise à jour : 19 nov. 2019

I. Indicateurs pour les hôpitaux

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

Indicateurs obligatoires pour les hôpitaux

Indicateur	Temps d'attente pour un lit à l'urgence
Obligatoire pour le PAQ 2020-2021	
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

	<ul style="list-style-type: none"> • Cas où le centre fonctionnel du SIG n'est pas sous Service d'urgence générale (713102000, 723102000 ou 733102000) ou Soins d'urgence (713102500, 723102500 ou 733102500) • Cas où le temps d'attente pour un lit est supérieur ou égal à 100 000 minutes (1 666 heures) • Cas où le temps d'attente pour un lit est inférieur à 0 (donc négatif)
Numérateur	S.O.
Dénominateur	S.O.
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	T3 de l'exercice 2019-2020 (c.-à-d., octobre 2019 à décembre 2019)
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'efficience 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 2020-2021	
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 par les travailleurs, ce qui comprend les médecins et les travailleurs</p>

	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 2019 à décembre 2019
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	<p>Un travailleur correspond à l'une ou l'autre des personnes suivantes :</p> <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.

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 2020-2021	
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

	<ul style="list-style-type: none"> • 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'occupation des lits de soins actifs de santé mentale pour enfants et adolescents • Jours en soins post-actifs = nombre total de jours d'occupation des lits de soins continus complexes + de réadaptation générale + de réadaptation spéciale + de santé mentale pour adultes <ul style="list-style-type: none"> ○ Jours en SCC = nombre total de jours d'occupation des lits de soins continus complexes ○ Jours en réadaptation = nombre total de jours d'occupation des lits de réadaptation générale + de réadaptation spéciale ○ Jours en soins de santé mentale = nombre total de jours d'occupation des lits de santé mentale pour adultes <p>Nota : Les données du Bed Census Summary [résumé du recensement des lits] suivent le format du Daily Bed Census Summary [résumé quotidien du recensement des lits] depuis juin 2017. La méthode de calcul du dénominateur a été modifiée à cette date.</p>
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Juillet 2019 à septembre 2019
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 2020.

	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
<i>L'indicateur mesurant les soins à des endroits inhabituels est en cours de révision, tandis que le ministère de la Santé travaille à l'élaboration d'une mesure qui reflète mieux cette question. Bien que nous nous efforcions de finaliser cette spécification technique le plus rapidement possible, nous savons que les organisations ont déjà commencé à élaborer leurs PAQ en prévision de la date limite du 1er avril. Pour les organisations qui souhaitent intégrer ce sujet dans leur PAQ, nous vous recommandons de sélectionner l'indicateur de soins à des endroits inhabituels dans votre PAQ, puis de sélectionner « collecte de données de base » au lieu de saisir des données. Cela vous permettra de documenter vos idées de changement pour ce sujet.</i>	

Indicateur	Pourcentage de sommaires de congé envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé
Prioritaire pour les PAQ 2020-2021	
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	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. <i>Critères d'inclusion :</i>

	<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>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 2020-2021	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Pourcentage de répondants qui ont répondu « complètement » 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 utilisé. Cette méthode fait référence aux répondants qui n'ont choisi que la réponse la plus positive.
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 2020-2021	
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>$(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100 \%$</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)

	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Évaluation consignée des besoins en soins palliatifs des patients qui tirent avantage de ce type de soins et qui ont une maladie évolutive limitant la vie
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	<p>Cet indicateur mesure la proportion des hospitalisations pour lesquelles le patient, atteint d'une maladie évolutive limitant la vie et jugé comme tirant avantage des soins palliatifs, a par la suite vu ses besoins en soins palliatifs déterminés au moyen d'une évaluation holistique complète (durant la période de traitement).</p> <p>Pourquoi est-ce important? La détermination précoce des besoins peut améliorer la qualité de vie par un soulagement adéquat de la douleur et des symptômes, et soulager émotionnellement le patient par la prise de décisions active axée sur la personne (Réseau ontarien des soins palliatifs, 2019).</p>
Unité de mesure	Pourcentage exprimé sous forme de proportion
Méthode de calcul	Numérateur / dénominateur
Numérateur	<p>Nombre d'épisodes d'hospitalisation inclus dans le dénominateur pour lesquels une évaluation holistique complète des besoins en soins palliatifs a été consignée dans le dossier d'hospitalisation.</p> <p>Pour en savoir plus, consultez l'Étape 2 : Évaluation de la trousse à outils du Réseau ontarien des soins palliatifs.</p>

	<p>Les Normes de qualité – Définitions utilisées dans cet énoncé de qualité indiquent que 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 d’épisodes d’hospitalisation de patients atteints d’une maladie évolutive limitant la vie qui tirent avantage des soins palliatifs.</p> <p>Pour obtenir des précisions, voir l’Étape 1 : Définition dans la Trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs.</p> <p>Une liste des outils recommandés se trouve dans le document Outils d’aide à la détermination précoce des besoins en soins palliatifs produit par le Réseau ontarien des soins palliatifs.</p> <p>Exemples d’outils : Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) et le Hospital-patient One-year Mortality Risk (HOMR).</p> <p>Nota : 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
Sources de données	DME
Accès aux données	Collecte de données à l’interne
Commentaires	<p>L’indicateur vise à instaurer deux changements dans le système :</p> <p>1) que les professionnels identifient les personnes qui pourraient tirer avantage des soins palliatifs le plus tôt possible à l’aide d’un outil de dépistage; et 2) que les professionnels fassent une évaluation holistique des besoins plus tôt dans le développement de la maladie.</p> <p>Le patient nouvellement identifié ne doit pas être dirigé vers un spécialiste en soins palliatifs : il doit plutôt faire l’objet d’une évaluation holistique complète de ses besoins de tous genres.</p> <p>Quelle est la population visée par l’indicateur?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population de patients comprendra vraisemblablement des personnes dont le besoin de soins palliatifs a été identifié plus tôt que ce qui se faisait par le passé. • Personnes ayant une affection nouvellement diagnostiquée, grave et limitant la vie <ul style="list-style-type: none"> • Cancer nouvellement diagnostiqué dont le risque de progression est important • Défaillance terminale d’un ou de plusieurs organes • Fragilité • Démence • Troubles médicaux multiples • Personnes dont la maladie préexistante a évolué

Étape 1 : Identification précoce (dénominateur) – Demandez-vous quel processus de dépistage est actuellement en place dans votre organisation pour repérer plus tôt les patients atteints d'une maladie évolutive limitant la vie qui pourraient tirer avantage des soins palliatifs.

Identification précoce : Le dépistage 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 [Supportive and Palliative Care Indicators Tool \(SPICT\)](#) et le [Hospital-patient One-year Mortality Risk \(HOMR\)](#). Le document [Outils d'aide à la détermination précoce des besoins en soins palliatifs](#) du Réseau ontarien des soins palliatifs est d'une grande aide dans l'établissement du dénominateur.

Étape 2 : Évaluation des besoins en soins palliatifs (numérateur) – Une fois les patients qui pourraient tirer avantage des soins palliatifs identifiés, demandez-vous quel processus est actuellement en place dans votre organisation pour réaliser une évaluation holistique complète de leurs besoins.

Évaluation des besoins : Il faut évaluer les besoins et les préférences actuelles et futures du patient pour tous les domaines de soins. La [Trousse à outils pour les soins palliatifs](#) du Réseau ontarien des soins palliatifs énonce le processus et suggère des outils pour l'étape 2.

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

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	Bilan comparatif des médicaments au congé
Prioritaire pour les PAQ 2020-2021	
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	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. N.B. : Les hôpitaux devront fournir le nombre total de congés donnés pendant la période visée.
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	Octobre à décembre 2019 (T3 de 2019-2020)
Source de données	Collecte de données à l'interne
Accès aux données	Les données devraient être recueillies dans votre organisation.
Commentaires	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. Si vous avez besoin d'aide pour le suivi de vos processus actuels de bilan comparatif des médicaments, visitez la page Mesures: Bilan comparatif des médicaments sur le site Web de l'Institut canadien pour la sécurité des patients .

Indicateur NOUVEAU	Consultations à l'urgence répétées en santé mentale
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Réduction (plus basse)
Type d'indicateur	Processus
Description	Pourcentage des consultations à l'urgence pour un trouble de santé mentale non prévues qui sont jugées répétées
Unité de mesure	Pourcentage
Méthode de calcul	<p>L'indicateur est présenté comme une proportion de toutes les consultations à l'urgence en santé mentale.</p> <p>On considère une consultation comme répétée si elle concerne un trouble de santé mentale ou lié à la consommation de substances psychoactives et survient dans les 30 jours suivant une consultation de référence (première consultation) pour un trouble de santé mentale.</p> <p>La consultation de référence doit porter sur un trouble de santé mentale. La consultation répétée peut toutefois concerner tout diagnostic du chapitre 5 de la CIM-10-CA (santé mentale OU problème lié à la consommation de substances).</p> <p>La période des consultations visées a été modifiée afin que les résultats sortent plus rapidement, et inclut 30 jours supplémentaires à la période de l'exercice financier visée pour éviter la sous-évaluation des consultations répétées. L'indicateur tient compte des consultations de référence survenues dans les 60 premiers jours du trimestre à l'étude et dans les 30 derniers jours du trimestre précédent. Les consultations répétées peuvent avoir lieu pendant le trimestre à l'étude et pendant les 30 derniers jours du trimestre précédent.</p>
Numérateur	<p>Numérateur : Nombre de consultations à l'urgence pour un trouble de santé mentale non prévues qui sont survenues dans les deux premiers mois du trimestre à l'étude et dans les 30 derniers jours du trimestre précédent et qui ont été suivies, dans les 30 jours, d'une consultation à l'urgence concernant un trouble de santé mentale ou lié à la consommation de substances psychoactives. Pour la période du PAQ visée (T1 de l'exercice financier), le numérateur comprend les consultations à l'urgence effectuées entre le 1^{er} mars et le 31 mai, et les consultations répétées allant jusqu'au 30 juin.</p> <p>Étapes du calcul :</p> <p>Nombre de consultations pour trouble de santé mentale non prévues suivies d'une autre consultation dans les 30 jours, pendant le trimestre à l'étude.</p> <ol style="list-style-type: none"> Repérer les consultations à l'urgence en santé mentale et en lien avec la consommation de substances psychoactives : choisir les consultations non prévues qui concernaient un diagnostic principal figurant au chapitre 5 de la CIM-10-CA et qui ont eu lieu pendant le trimestre visé et dans les 30 derniers jours du trimestre précédent.

	<p>2. Identifier les consultations de référence : trier les consultations par numéros de carte santé puis selon la date et l'heure d'enregistrement. Calculer le délai entre le congé associé à la première consultation et l'enregistrement de la consultation suivante. Si le délai est de 30 jours ou moins, la première consultation est une consultation de référence.</p> <p>3. Classer les consultations de référence selon leur appartenance à la catégorie Santé mentale ou Utilisation de substances, en fonction du diagnostic principal : les codes allant de F10 à F19 indiquent une consultation en lien avec la consommation de substances, tandis que tous les autres codes indiquent une consultation en santé mentale (F00 à F09 et F20 à F99).</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations non prévues à l'urgence d'un hôpital de l'Ontario concernant un trouble de santé mentale ou lié à la consommation de substances psychoactives, définies par un diagnostic principal figurant au chapitre 5 de la CIM-10-CA. • Consultations de référence dont le code de diagnostic principal dans la CIM-10-CA commence par un F. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations de personnes n'ayant pas de carte santé valide. • Consultations de personnes n'ayant pas de date d'enregistrement valide.
Dénominateur	<p>Dénominateur : Nombre total de consultations à l'urgence pour un trouble de santé mentale non prévues qui sont survenues dans les deux premiers mois du trimestre à l'étude et les 30 derniers jours du trimestre précédent. Pour la période du PAQ visée (T1 de l'exercice financier), le dénominateur comprend les consultations à l'urgence effectuées entre le 1^{er} mars et le 31 mai.</p> <p>Étapes du calcul :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repérer les consultations à l'urgence en santé mentale et en lien avec la consommation de substances psychoactives : choisir les consultations non prévues qui concernaient un diagnostic principal figurant au chapitre 5 de la CIM-10-CA et qui ont eu lieu dans les 60 premiers jours du trimestre visé et les 30 derniers jours du trimestre précédent. 2. Isoler les consultations appartenant à la catégorie Santé mentale, selon le diagnostic principal : les codes allant de F10 à F19 indiquent une consultation en lien avec la consommation de substances, tandis que tous les autres codes indiquent une consultation en santé mentale (F00 à F09 et F20 à F99). <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations non prévues à l'urgence d'un hôpital de l'Ontario concernant un trouble de santé mentale, définies par un diagnostic principal figurant au chapitre 5 de la CIM-10-CA. • Consultations dont le code de diagnostic principal de la CIM-10-CA commence par un F, à l'exception des codes liés à l'utilisation de substances (F10 à F19).

	<p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations de personnes n'ayant pas de carte santé valide. • Consultations de personnes n'ayant pas de date d'enregistrement valide.
Ajustement du risque	Aucun
Période actuellement visée	T1 de l'exercice financier 2019-2020 (avril 2019 à juin 2019)
Sources de données	Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), données fournies à Qualité des services de santé Ontario 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 organisation pour la période visée, consultez le navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront disponibles en février 2020.
Commentaires	<p>Nous avons constaté une tendance à la hausse dans le nombre de consultations à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de dépendance. Ce nouvel indicateur nous servira à mieux comprendre le problème et à déterminer les meilleures façons dont le système peut venir en aide à ces patients. Il remplace l'indicateur sur les réadmissions dans les 30 jours pour cause de santé mentale ou de toxicomanie inclus dans les PAQ 2019-2020.</p> <p>L'indicateur fait partie des ententes de responsabilisation en matière de services des hôpitaux, donc les hôpitaux le connaissent déjà. Il cadre avec les efforts pancanadiens en matière de consultations fréquentes à l'urgence, particulièrement avec l'indicateur choisi par les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux pour agir sur les priorités partagées en santé.</p> <p>Les organisations devraient fixer leurs cibles en tenant compte de la population locale et de la gravité des cas. L'utilisation des services d'urgence est appropriée pendant les épisodes graves, dans les cas d'arrestation en vertu de la <i>Loi sur la santé mentale</i> et pour les patients qui ont besoin d'un suivi hospitalier ou dont l'état doit être stabilisé. Ainsi, une cible de zéro n'est pas appropriée.</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	Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital (toute affection, tout fournisseur)
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021		
Instructions	Les centres de santé communautaire (CSC) ont un indicateur de suivi dans les sept jours suivant le congé à part. Les CSC doivent utiliser l'indicateur Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections – CSC, tandis que tous les autres organismes doivent opter pour l'indicateur Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital (toute affection, tout fournisseur). Ne PAS choisir les deux.	
Dimension	Efficacité	
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)	
Type d'indicateur	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 (%)	
Méthode de calcul	$(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100 \%$	
Numérateur	Nombre de congés après lesquels le patient a vu, dans les sept jours, 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.

Indicateur	Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections – CSC	Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital (toute affection, tout fournisseur)
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	
Période actuellement visée	1 ^{er} avril 2018 au 31 décembre 2018	Dernière période de 12 mois consécutifs
Sources de données	Base de données sur les congés des patients (BDPCP), 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	Pour les PAQ de 2020-2021, les données seront accessibles dans les profils des centres de santé communautaire , à partir du compte de l' Alliance pour des communautés en santé (ACS) (72 CSC sur 73).	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>À noter que la période visée est différente cette année. La prudence est donc de mise dans la comparaison des données sur différentes périodes.</p> <p>Les données seront relayées dans les rapports Mapratique une fois que les problèmes de migration des données contenues dans les DME seront réglés, après la date limite de soumission du PAQ, soit le 1^{er} avril 2020.</p>	Cet indicateur a été créé par l'Association of Family Health Teams of Ontario [Association des équipes de santé familiale de l'Ontario] (AFHTO), et s'utilise quel que soit le modèle.

Indicateur	Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021	
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	<p>$(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100 \%$</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>« 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?</p> <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 2019 à mars 2020 (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.</p> <p>Pour accéder au sondage ainsi qu'à un guide de soutien exhaustif sur sa mise en œuvre, cliquez ici. Cette page comprend 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).</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.</p> <p>Cet indicateur concorde avec 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. Consulter le lien suivant pour voir les données de rendement des soins primaires de Qualité des services de santé Ontario.</p>
--------------	--

Indicateur	Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021	
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	$(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100 \%$ 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 .

	<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 2019 à mars 2020 (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.</p> <p>Pour accéder au sondage ainsi qu'à un guide de soutien exhaustif sur sa mise en œuvre, cliquez ici. Cette page comprend 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).</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</p>

	avec le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du gouvernement et les enquêtes du Fonds du Commonwealth.
--	---

Indicateur	Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu	
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021		
Dimension	Sécurité	
Instructions	À l'usage des équipes de santé familiale (ESF) qui appliquent un modèle d'inscription des patients et des centres de santé communautaire (CSC) associés à l'Alliance pour des communautés en santé	À l'usage des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP), des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA), des ESF qui appliquent un modèle sans inscription, et des CSC non associés à l'Alliance pour des communautés en santé (un seul en 2020-2021)
Direction de l'amélioration	Réduction (plus basse). Cependant, la prescription d'opioïdes est parfois appropriée. Les données ne permettent pas de comparer les avantages et les dommages potentiels associés, mais elles peuvent guider la réflexion des professionnels quant à leurs habitudes de pratique.	
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.	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients en soins non palliatifs qui ont fait exécuter une nouvelle ordonnance d'opioïde prescrit par un fournisseur de votre organisme au cours de la période de six mois visée.
Unité de mesure	Pourcentage (%)	
Méthode de calcul	$(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100 \%$	
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>	<p>Nombre de patients qui ont fait exécuter une nouvelle ordonnance d'opioïde prescrit par un fournisseur de votre organisme 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 »

	<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. <p>Pour obtenir la liste complète des médicaments opioïdes, consultez le tableau A du rapport Mapratique : soins primaires – Annexe technique (en anglais seulement).</p>	<p>exclut les opioïdes utilisés dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes ou d'un traitement contre la toux ou la diarrhée.</p> <p>Pour obtenir la liste complète des médicaments opioïdes, qui vous aidera à faire vos recherches dans les DME, consultez le tableau A du rapport Mapratique : soins primaires – Annexe technique (en anglais seulement).</p>
Dénominateur	<p>Nombre de patients et clients liés (inscription sur papier ou virtuelle) à l'organisme 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 (en anglais seulement).</p>	<p>Nombre de patients et clients qui reçoivent des soins de l'organisme</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Patients de moins d'un an Patients et clients en soins palliatifs <p>Pour connaître les codes de classification et de facturation, consultez l'annexe C du rapport Mapratique : soins primaires – Annexe technique (en anglais seulement). Ces codes vous aideront à faire vos recherches dans les DME et favoriseront l'uniformité dans la mesure des indicateurs entre les groupes utilisant différents modèles.</p>
Ajustement du risque	Aucun	
Période actuellement visée	Point de données : 31 mars 2019	Période de six mois se terminant au plus récent point de données ou à la fin de l'année civile
Sources 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</p>	Collecte de données à l'interne – DME

	Ontario par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS)	
Accès aux données	<p>Abonnez-vous aux rapports Mapratique : soins primaires de Qualité des services de santé Ontario (ESF et CSC).</p> <p>Les profils des centres de santé communautaire sont accessibles à partir du site de l'Alliance pour des communautés en santé (CSC seulement).</p>	Les recherches prédéfinies à effectuer dans les DME peuvent faciliter la mise en place d'un registre de vos prescriptions d'opioïdes. Elles peuvent être utilisées avec la Suite SC de TELUS, Accuro EMR et OSCAR. Pour en savoir plus, écrivez à improve@afhto.ca .
Commentaires	Le nombre d'ordonnances exécutées ne reflète pas toujours la consommation réelle	

Indicateur	Évaluation consignée des besoins en soins palliatifs des patients qui tirent avantage de ce type de soins et qui ont une maladie évolutive limitant la vie	
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021		
Dimension	Efficacité	
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)	
Type d'indicateur	Résultat	
Description	<p>Cet indicateur mesure la proportion des patients atteints d'une maladie évolutive limitant la vie et jugés comme tirant avantage des soins palliatifs dont les besoins en soins palliatifs ont par la suite été déterminés au moyen d'une évaluation holistique complète (durant la période de traitement).</p> <p>Pourquoi est-ce important? La détermination précoce des besoins peut améliorer la qualité de vie par un soulagement adéquat de la douleur et des symptômes, et soulager émotionnellement le patient par la prise de décisions active axée sur la personne (Réseau ontarien des soins palliatifs, 2019).</p>	
Unité de mesure	Pourcentage exprimé sous forme de proportion	
Méthode de calcul	Numérateur / dénominateur	
Numérateur	<p>Nombre de patients inclus dans le dénominateur qui ont une évaluation holistique complète des besoins en soins palliatifs consignée dans leur DME.</p> <p>Les Normes de qualité – Définitions utilisées dans cet énoncé de qualité indiquent que 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,</p>	

	<p>psychologiques, sociaux, linguistiques, culturels, juridiques, éthiques ou spirituels), et ce, à toute étape de la maladie.</p> <p>Pour en savoir plus, consultez l'Étape 2 : Évaluation de la trousse à outils du Réseau ontarien des soins palliatifs.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de patients atteints d'une maladie évolutive limitant la vie qui tirent avantage des soins palliatifs.</p> <p>Pour obtenir des précisions, voir l'Étape 1 : Définition dans la Trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs.</p> <p>Une liste des outils recommandés se trouve dans le document Outils d'aide à la détermination précoce des besoins en soins palliatifs produit par le Réseau ontarien des soins palliatifs.</p> <p>Exemple d'outil : Adaptation de l'outil britannique « Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance » pour l'Ontario (en anglais seulement)</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
Sources de données	DME
Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>L'indicateur vise à instaurer deux changements dans le système : 1) que les professionnels identifient les personnes qui pourraient tirer avantage des soins palliatifs le plus tôt possible à l'aide d'un outil de dépistage; et 2) que les professionnels fassent une évaluation holistique des besoins plus tôt.</p> <p>Le patient nouvellement identifié ne doit pas être dirigé vers un spécialiste en soins palliatifs : il doit plutôt faire l'objet d'une évaluation holistique complète de ses besoins de tous genres.</p> <p>Quelle est la population visée par l'indicateur?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population de patients comprendra vraisemblablement des personnes dont le besoin de soins palliatifs a été identifié plus tôt que ce qui se faisait par le passé. • Personnes ayant une affection nouvellement diagnostiquée, grave et limitant la vie <ul style="list-style-type: none"> • Cancer nouvellement diagnostiqué dont le risque de progression est important • Défaillance terminale d'un ou de plusieurs organes • Fragilité • Démence • Troubles médicaux multiples • Personnes dont la maladie préexistante a évolué

Étape 1 : Identification précoce (dénominateur) – Demandez-vous quel processus de dépistage est actuellement en place dans votre organisation pour repérer plus tôt les patients atteints d’une maladie évolutive limitant la vie qui pourraient tirer avantage des soins palliatifs.

Étape 1 : Identification précoce (dénominateur) – La [Trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs](#) recommande des outils de référence pour l’Étape 1. Produit par le même réseau, le document [Outils d’aide à la détermination précoce des besoins en soins palliatifs](#) est d’une grande aide dans l’établissement du dénominateur.

Parmi les outils utilisés dans la province, notons l’[adaptation de l’outil britannique « Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance » pour l’Ontario](#).

Étape 2 : Évaluation des besoins en soins palliatifs (numérateur) – Une fois les patients qui pourraient tirer avantage des soins palliatifs identifiés, demandez-vous quel processus est actuellement en place dans votre organisation pour réaliser une évaluation holistique complète de leurs besoins.

Évaluation des besoins : Il faut évaluer les besoins et les préférences actuelles et futures du patient pour tous les domaines de soins. La [Trousse à outils pour les soins palliatifs](#) du Réseau ontarien des soins palliatifs énonce le processus et suggère des outils pour l’étape 2.

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

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 de longue durée

Indicateur	Consultations aux urgences potentiellement évitables pour les résidents de foyers de soins de longue durée
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021	
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 2018 à septembre 2019
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 : faire entendre sa voix
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021	
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 2019 à mars 2020 (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 de l'Agency for Healthcare Research and Quality .

Indicateur	Expérience des résidents : pouvoir parler du foyer
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021	
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 2019 à mars 2020 (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	Évaluation consignée des besoins en soins palliatifs des résidents qui tirent avantage de ce type de soins et qui ont une maladie évolutive limitant la vie
Prioritaire pour le PAQ 2020-2021	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type d'indicateur	Résultat
Description	<p>Cet indicateur mesure la proportion des résidents atteints d'une maladie évolutive limitant la vie et jugés comme tirant avantage des soins palliatifs dont les besoins en soins palliatifs ont par la suite été déterminés au moyen d'une évaluation holistique complète (durant la période de traitement).</p> <p>Pourquoi est-ce important? La détermination précoce des besoins peut améliorer la qualité de vie par un soulagement adéquat de la douleur et des symptômes, et soulager émotionnellement le patient par la prise de décisions active axée sur la personne (Réseau ontarien des soins palliatifs, 2019).</p>
Unité de mesure	Pourcentage exprimé sous forme de proportion
Méthode de calcul	Numérateur / dénominateur
Numérateur	<p>Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée inclus dans le dénominateur qui ont une évaluation des besoins en soins palliatifs consignée à leur dossier.</p> <p>Exemple d'outil : Outil d'évaluation clinique de la fragilité (en anglais seulement)</p> <p>Les Normes de qualité – Définitions utilisées dans cet énoncé de qualité indiquent que 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 atteints d'une maladie évolutive limitant la vie qui tirent avantage des soins palliatifs.</p> <p>Pour obtenir des précisions, voir l'Étape 1 : Définition dans la Trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs.</p> <p>Une liste des outils recommandés se trouve dans le document Outils d'aide à la détermination précoce des besoins en soins palliatifs produit par le 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
Sources de données	Outil RAI-MDS ou autres outils sélectionnés par l'organisation

Accès aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>L'indicateur vise à instaurer deux changements dans le système : 1) que les professionnels identifient les personnes qui pourraient tirer avantage des soins palliatifs le plus tôt possible à l'aide d'un outil de dépistage; et 2) que les professionnels fassent une évaluation holistique des besoins plus tôt.</p> <p>Le patient nouvellement identifié ne doit pas être dirigé vers un spécialiste en soins palliatifs : il doit plutôt faire l'objet d'une évaluation holistique complète de ses besoins de tous genres.</p> <p>Dans le milieu des soins de longue durée, on s'attend à ce qu'un pourcentage élevé des bénéficiaires soient jugés comme tirant avantage des soins palliatifs. Les résidents et les familles doivent disposer de plus de temps, plus tôt après l'admission, pour avoir ces discussions fondamentales.</p> <p>Quelle est la population visée par l'indicateur?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population de résidents comprendra vraisemblablement des personnes dont le besoin de soins palliatifs a été identifié plus tôt que ce qui se faisait par le passé. • Personnes ayant une affection nouvellement diagnostiquée, grave et limitant la vie <ul style="list-style-type: none"> • Cancer nouvellement diagnostiqué dont le risque de progression est important • Défaillance terminale d'un ou de plusieurs organes • Fragilité • Démence • Troubles médicaux multiples • Personnes dont la maladie préexistante a évolué <p>Étape 1 : Identification précoce (dénominateur) – Demandez-vous quel processus de dépistage est actuellement en place dans votre organisation pour repérer plus tôt les patients atteints d'une maladie évolutive limitant la vie qui pourraient tirer avantage des soins palliatifs.</p> <p>La Trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs recommande des outils de référence pour l'Étape 1. Produit par le même réseau, le document Outils d'aide à la détermination précoce des besoins en soins palliatifs est d'une grande aide dans l'établissement du dénominateur.</p> <p>Étape 2 : Évaluation des besoins en soins palliatifs (numérateur) – Une fois les résidents qui pourraient tirer avantage des soins palliatifs identifiés, demandez-vous quel processus est actuellement en place dans votre organisation pour réaliser une évaluation holistique complète de leurs besoins, et à quelle fréquence il est exécuté.</p> <p>Évaluation des besoins : Il faut évaluer les besoins et les préférences actuelles et futures du résident pour tous les domaines de soins. La</p>

[Trousse à outils pour les soins palliatifs du Réseau ontarien des soins palliatifs](#) énonce le processus et suggère des outils pour l'étape 2.

La [norme de qualité des soins palliatifs](#) de Qualité des services de santé Ontario comprend 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 pertinente pour le secteur canadien des soins de longue durée.

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.

IV. 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 vous adressez à un membre du public et que vous lui parlez de certains faits intéressants, de votre travail, de vos patients et de vos résidents, et que vous lui expliquez vos priorités de soins.

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.

Longueur recommandée : 250 mots

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
- Traitement de la douleur et utilisation d'opioïdes
- Soins palliatifs

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

Longueur recommandée : 250 mots

Collaboration et intégration

Nous savons que pour obtenir des améliorations à grande échelle, beaucoup des indicateurs des PAQ requièrent une collaboration avec des partenaires externes. Dans cette section, veuillez décrire

les partenaires de votre organisation dans son travail d'amélioration de l'intégration et de la continuité des soins pour les patients recevant des soins de diverses sources dans le système de santé.

Si votre organisation a été sélectionnée comme équipe Santé Ontario, décrivez vos objectifs de collaboration dans cette section. Quel est l'engagement conjoint de votre équipe Santé Ontario à l'égard de la qualité? Par exemple : quelle est votre population cible? Comment votre équipe améliorera-t-elle l'expérience des patients? Quelles seront les mesures de la qualité prioritaires pour votre équipe?

Précisez le nom de votre équipe Santé Ontario dans votre description. N'oubliez pas aussi de décrire le travail de votre équipe dans le plan de travail de votre PAQ en nommant vos collaborateurs pour les indicateurs pertinents et en donnant de l'information sur votre travail de collaboration en lien avec vos idées de changement.

Les organisations qui en sont aux premières étapes du processus de candidature pour les équipes Santé Ontario sont aussi fortement encouragées à présenter leurs efforts de collaboration dans cette section.

Longueur recommandée : 250 mots

Relations et collaborations avec les patients 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?

Longueur recommandée : 250 mots

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? Comme c'est la troisième année que ceci apparaît dans le PAQ, qu'avez-vous fait différemment et que comptez-vous faire différemment cette année?

Longueur recommandée : 250 mots

Autres niveaux de soins (secteurs des soins primaires et des soins de longue durée seulement)

Les autres niveaux de soins (ANS) font référence aux patients qui n'ont plus besoin d'être traités dans un hôpital, mais qui continuent d'occuper des lits d'hôpital en attendant de recevoir leur congé ou d'être transférés dans un autre milieu de soins. Bien que le PAQ comprenne depuis longtemps un indicateur associé à cet enjeu pour le secteur hospitalier, les ANS représentent en fait un problème intersectoriel. De nombreux facteurs sont associés aux ANS, dont des problèmes de capacité. Dans cette section, expliquez-nous comment votre organisation s'attaque aux problèmes d'ANS, en décrivant notamment les améliorations des processus au sein de votre organisation qui peuvent avoir une incidence sur les ANS, ainsi que la collaboration avec vos partenaires.

Longueur recommandée : 250 mots

Soins virtuels

Pour que les soins soient efficaces, ils doivent être donnés au bon moment et dans un environnement approprié. Les soins virtuels pourraient contribuer à améliorer la conception et la prestation des services. Décrivez comment vous utilisez ou soutenez les soins virtuels pour améliorer la prestation des soins de santé à vos patients ou à vos résidents. Voici des exemples de soins virtuels : visites virtuelles, prise de rendez-vous en ligne, courriels sécurisés avec des fournisseurs de soins et consultations numériques.

Longueur recommandée : 250 mots

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.

V. Abréviations

ACS	Alliance pour des communautés en santé
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 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