



**Santé
Ontario**

Caractéristiques techniques des indicateurs

Plans d'amélioration de la qualité

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
INDICATEURS POUR LES HÔPITAUX.....	7
Part des sommaires de congé envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé.....	7
Nombre de jours concernés par d'autres niveaux de soins (ANS) exprimé en pourcentage de l'ensemble des jours d'hospitalisation au cours de la même période	8
NOUVEAU : Taux de consultation des services d'urgence à titre de première ressource pour les soins en lien avec la santé mentale et les troubles de la dépendance.....	10
Expérience des patients : Avez-vous reçu suffisamment de renseignements à votre départ de l'hôpital?	12
Bilan comparatif des médicaments au moment du congé	14
Nombre de cas de violence au travail (total)	15
INDICATEURS DE SOINS PRIMAIRES INTERPROFESSIONNELS	17
NOUVEAU : Pourcentage de patientes admissibles à un dépistage dont les mammographies sont à jour.....	17
Pourcentage de patients admissibles au dépistage du cancer colorectal dont les examens sont à jour	19
Pourcentage de patientes admissibles au dépistage dont les tests PAP sont à jour	21
Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins	22
Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu.....	24
INDICATEURS DES SOINS DE LONGUE DURÉE	26
Consultations en services d'urgence potentiellement évitables de résidents de foyers de soins de longue durée	26
Expérience des résidents : faire entendre sa voix	28
Expérience des résidents : être en mesure d'aborder le sujet du foyer	29
Prescription de médicaments appropriée : utilisation potentiellement inappropriée de médicaments dans les foyers de soins de longue durée	30
INDICATEURS SUR LES SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE.....	33
Pourcentage de patients satisfaits par les services	33
Pourcentage de patients atteints d'un ulcère du pied diabétique qui s'est refermé dans un délai de 12 semaines.....	35
Nouveau : Pourcentage de patients atteints d'un nouvel ulcère du pied diabétique au cours d'une période de 6 mois (incidence)	36
QUESTIONS NARRATIVES	37
Vue d'ensemble	37

Réflexions formulées depuis la soumission de votre dernier PAQ	37
Relations et partenariat avec les patients, les clients et les résidents	37
Expérience des fournisseurs de services	37
Expérience des résidents.....	37
Rémunération des cadres	38
Coordonnées	38
Autre	38
ABRÉVIATIONS.....	38

Introduction

Ce document présente les méthodes de calcul, les périodes de référence et les définitions des indicateurs, ainsi que d'autres renseignements techniques que les hôpitaux, les organismes de soins primaires interprofessionnels, les services de soins à domicile et en milieu communautaire et les foyers de soins de longue durée pourront utiliser pour créer leurs plans d'amélioration de la qualité (PAQ) pour l'exercice 2022-2023. Il comprend aussi les questions auxquelles les organismes répondront dans la partie « Questions narratives » de leurs PAQ.

On a sélectionné les indicateurs décrits dans le présent document pour représenter les problèmes de qualité définis par Santé Ontario dans le cadre d'un processus de consultation. Ils permettront d'étudier certaines priorités précises des organismes et du secteur, en se concentrant particulièrement sur le rétablissement du système de santé. (On a élaboré d'autres indicateurs pour agir en faveur de priorités de transformation à l'échelle du système, dans le cas desquelles une amélioration du rendement est conditionnée à la collaboration avec d'autres partenaires du secteur. On abordera le sujet de ces indicateurs dans des PAQ collaboratifs, qui seront préparés et présentés par des équipes Santé Ontario.)

Chaque secteur et chaque organisme doit accorder la priorité à l'amélioration de la qualité pour parvenir à un changement dans l'ensemble du système. Une liste de recommandations concernant l'ordre de priorité des indicateurs est établie pour chaque secteur. Cette année, on n'a fixé aucun indicateur obligatoire pour le secteur hospitalier. Le tableau 1 présente les différents types d'indicateurs ainsi que la façon de les intégrer à votre plan de travail. La figure 1 présente un résumé des problèmes de qualité et des indicateurs pour les PAQ 2022-2023.

On a actualisé les aides offertes aux organismes pour l'examen de leur approche de la qualité : ces données sont accessibles sur [Quorum](#). Le document d'orientation présente des renseignements d'ordre général. L'équipe Santé Ontario qui gère la boîte de réception relative aux PAQ (QIP@ontariohealth.ca) est à votre disposition pour toute question. Vous trouverez les définitions et les descriptions des indicateurs du rendement ou de la qualité que Santé Ontario utilise déjà dans le [répertoire d'indicateurs](#).

Étant donné que la soumission de cette année est volontaire, vous n'êtes pas tenu de soumettre votre PAQ de l'exercice 2022-2023 à Santé Ontario (même si nous espérons que vous le ferez). Cependant, des obligations légales ou contractuelles existantes exigent que les organismes *remplissent* un PAQ. Pour respecter ces obligations, nous vous rappelons de publier votre PAQ de l'exercice 2022-2023 complet sur votre site Web et de le partager avec votre personnel administratif, vos cliniciens, vos patients ou résidents, et les membres de leur famille. Si vous avez des questions, veuillez écrire un courriel à l'adresse QIP@OntarioHealth.ca

Si vous choisissez de soumettre votre PAQ à Santé Ontario, le statu quo s'appliquera, y compris toutes les fonctions et tous les paramètres de travail standard dans le navigateur de PAQ. Cela nous permettra d'assurer la continuité en intégrant votre plan de travail dans un rapport d'avancement portant sur l'exercice 2023-2024.

Tableau 1 : Types d'indicateurs pour les PAQ 2022-2023

Type d'indicateur	Description
Prioritaire	<p>Les indicateurs de ce type visent à répondre à des problèmes locaux et systémiques déjà définis.</p> <p>Examinez les indicateurs prioritaires de votre secteur pour définir lesquels sont pertinents pour votre organisme.</p> <p>Comparez son rendement actuel aux données provinciales pour tous les indicateurs prioritaires.</p> <p>Nous encourageons fortement les organismes dont les résultats sont inférieurs aux moyennes provinciales et aux valeurs de référence à choisir ces indicateurs dans leur PAQ.</p> <p>Si votre organisme ne prévoit pas inclure un indicateur prioritaire (p. ex., parce que son niveau de rendement attendu a déjà été atteint, a dépassé la valeur de référence ou correspond au résultat théorique idéal), présentez la raison de l'exclusion dans la partie « Commentaires » du plan de travail.</p>
Supplémentaire	<p>Les indicateurs supplémentaires sont des indicateurs obligatoires pour les plans d'amélioration de la qualité collaboratifs (PAQc) que les équipes Santé Ontario créeront. Leur inclusion à l'échelle de l'organisme est facultative.</p> <p>Si votre organisme ne prévoit pas inclure ces indicateurs, il n'est pas nécessaire de préciser la raison de cette exclusion dans la partie « Commentaires » du plan de travail.</p>
Personnalisé*	<p>Les organismes peuvent inclure des indicateurs existants déjà utilisés par les programmes de Santé Ontario dans leurs PAQ.</p> <p>Vous pouvez décider d'ajouter des indicateurs personnalisés pour prendre en compte des initiatives locales ou renforcer la conformité des indicateurs aux mesures en vigueur dans votre organisme.</p>

*Au moment de l'impression, les fournisseurs de données n'avaient pas encore pu confirmer que les indicateurs décrits dans le présent document pouvaient être calculés pour le PAQ. Si les indicateurs spécifiques aux hôpitaux ne sont pas disponibles début mars 2022, nous encourageons les hôpitaux à choisir leurs propres indicateurs personnalisés.

Figure 1 : Résumé des indicateurs et des problèmes principaux

	Hôpitaux	Soins primaires interprofessionnels	Soins de longue durée	Soins à domicile et en milieu communautaire
RÉTABLISSEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ À LA SUITE DE LA COVID-19				
Sujet n° 1 : Transitions opportuns et efficaces				
Un système de santé de haute qualité gère les transitions efficacement et assurent les soins dont le public a besoin, aux endroits et aux moments adéquats.				
Soins efficaces	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nombre de personnes pour qui un service d'urgence constitue la première ressource pour les soins en lien avec la santé mentale et les troubles de la dépendance ◆ Pourcentage de jours d'hospitalisation désignés comme nécessitant d'autres niveaux de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pourcentage de patientes admissibles au dépistage dont les tests PAP sont à jour ◆ Pourcentage de patientes admissibles à un dépistage dont les mammographies sont à jour ◆ Pourcentage de patients admissibles au dépistage du cancer colorectal dont les examens sont à jour 	Pourcentage de consultations en services d'urgence potentiellement évitables de résidents de foyers de soins de longue durée	
Soins en temps opportun	Pourcentage de sommaires de congé envoyés par l'hôpital aux fournisseurs de soins communautaires dans les 48 heures suivant le congé			
Sujet n° 2 : Expérience des patients				
Une amélioration des expériences des patients entraîne des avantages pour les patients. Le suivi et la compréhension de ces expériences sont des éléments importants de la protection de la qualité.				
Soins axés sur le patient	Les patients sont-ils d'avis qu'on leur a présenté les renseignements adéquats au sujet de leur santé et des soins nécessaires au moment de leur congé?	Les patients se sentent-ils impliqués dans la prise de décisions au sujet de leurs soins ?	Les résidents sont-ils d'avis qu'ils peuvent s'exprimer et que le personnel est à leur écoute? Les résidents considèrent-ils qu'ils peuvent s'exprimer sans craindre de représailles?	Les clients sont-ils satisfaits de soins et des services reçus?
Sujet n° 3 : Soins sécuritaires et efficaces				
Un système de santé de haute qualité collabore avec ses usagers pour s'assurer qu'ils ont accès aux meilleurs soins au vu de leur situation et que les soins sont assurés de façon sécuritaire et efficace.				
Soins sécuritaires	Nombre total d'incidents de violence au travail (expérience des fournisseurs de services)	Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu (à l'exception des traitements par agonistes) au cours d'une période de référence de 6 mois	Pourcentage des résidents de foyers de soins de longue durée à qui on a prescrit des médicaments antipsychotiques de façon inappropriée	Pourcentage de patients atteints d'un ulcère du pied diabétique qui s'est refermé dans un délai de 12 semaines
Soins efficaces	Part des patients qui ont reçu leur congé d'un hôpital et pour qui on a établi un bilan comparatif des médicaments			Pourcentage de patients atteints d'un nouvel ulcère du pied diabétique au cours d'une période de 6 mois (incidence)
SOINS ÉQUITABLES				
◆ Des indicateurs supplémentaires sont inclus aussi dans les PAQ collaboratifs. Les organismes qui collaborent avec des ESO peuvent décider d'adopter ces indicateurs à l'échelon de l'établissement.				

Besoin de ces informations dans un format accessible ?

1-877-280-8538,

TTY 1-800-855-0511

info@ontariohealth.ca

Les nouveaux indicateurs sont indiqués par la mention « **NOUVEAU** ».

Indicateurs pour les hôpitaux

Part des sommaires de congé envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Soins en temps opportun
Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage des patients qui ont reçu un congé de l'hôpital et pour qui un sommaire de congé a été transmis à leur fournisseur de soins primaires dans un délai de 48 heures suivant ce congé.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur × 100 %
Numérateur	<p>Nombre de patients qui ont reçu un congé d'un hôpital et pour qui l'hôpital a transmis un sommaire de congé au fournisseur de soins primaires dans un délai de 48 heures suivant ce congé (sous forme électronique ou par télécopieur) pour la période concernée.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i> Sommaires de congé de patients hospitalisés en soins actifs et post-actifs envoyés sous forme électronique à des fournisseurs de soins primaires qui ont accès au Système de gestion des rapports hospitaliers, à ClinicalConnect ou à un logiciel similaire, ou par télécopieur à ceux qui n'ont pas accès à Internet.</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> Congés de patients hospitalisés dont le dossier ne précise pas de fournisseur de soins primaires. Congés accordés hors du RLISS. Patients de services d'urgence. Sommaires présentant les nouveau-nés, les décès et les accouchements.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de patients hospitalisés qui ont reçu leur congé pendant la période concernée.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i> Congé de patients hospitalisés en soins actifs et post-actifs. <i>Critères d'exclusion :</i> Congés de patients hospitalisés dont le dossier n'indique pas de fournisseur de soins primaires. Patients de services d'urgence. Sommaires présentant les nouveau-nés, les décès et les accouchements.</p>

Rajustement en fonction du risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Dernière période de 3 mois.
Sources des données	Collecte de données locales
Accès aux données	Collecte de données locales
Commentaires	<p>Les éléments suivants sont indispensables à la distribution en temps opportun des sommaires de congé :</p> <p>Les médecins (ou leurs délégués) dictent le sommaire de congé aussi près du moment du congé du patient que possible (dans l'idéal : avant le congé). La transcription doit être effectuée dans un délai de 24 heures une fois la dictée effectuée.</p> <p>L'activation de « l'auto-authentification » est nécessaire pour garantir la distribution en une étape du sommaire de congé dès sa signature (remarque : ce processus dépendra du type de solution informatique de RH et pourrait nécessiter l'approbation du comité consultatif médical [ou d'une entité semblable]).</p> <p>On peut axer les efforts d'amélioration : (1) la rédaction et la signature des sommaires de congés en temps opportun, et (2) la distribution en temps opportuns des sommaires signés.</p>

Nombre de jours concernés par d'autres niveaux de soins (ANS) exprimé en pourcentage de l'ensemble des jours d'hospitalisation au cours de la même période	
Supplémentaire pour 2022-2023	
Dimension	Soins efficaces
Direction de l'amélioration	Réduction (chiffres plus bas)
Type d'indicateur	Processus
Description	Pourcentage de jours d'hospitalisation au cours desquels un médecin (ou un délégué) a indiqué qu'un patient qui occupait un lit de soins actifs a achevé la phase de soins actifs de son traitement. On peut stratifier cet indicateur en fonction de certaines caractéristiques, telles que l'âge ou la destination après le congé (pour plus de renseignements, consultez la partie « Commentaires »).
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Les jours d'ANS sont ceux au cours desquels un médecin (ou un délégué) a indiqué qu'un patient qui occupait un lit de soins actifs n'avait pas besoin de ressources ni de services aussi intensifs que ceux fournis dans les services de soins actifs. Cette catégorie inclut les congés des hôpitaux de soins actifs et exclut les nouveau-nés et les mortinaissances.

	(Nombre total de jours d'hospitalisation désignés comme jours d'ANS au cours d'une période donnée / nombre total de jours d'hospitalisation au cours d'une période donnée) multiplié par 100.
Numérateur	<p>Nombre total de jours d'hospitalisation désignés comme jours d'ANS au cours de la période de référence.</p> <p>Étapes de calcul : Sélectionnez le nom du champ de données de la BDCP : durée de séjour ANS. Calculez le nombre total (somme) de jours d'hospitalisation désignés comme jours d'ANS au cours d'une période donnée.</p> <p>Critères d'inclusion : Données en provenance d'hôpitaux de soins actifs, y compris ceux qui comptent des lits en service de psychiatrie (code AP) qui n'ont pas de lits en service de psychiatrie (code AT). Personnes placées dans la catégorie ANS.</p> <p>Critères d'exclusion : Nouveau-nés et mortinaissances. Dossiers pour lesquels la « date de congé » est manquante ou invalide.</p> <p>Remarque : Il est possible que d'autres critères d'inclusion ou d'exclusion existent, en fonction des variables de stratification utilisées.</p>
Dénominateur	<p>Nombre total de jours d'hospitalisation au cours de la période de référence.</p> <p>Étapes de calcul : Sélectionnez le nom du champ de la BDCP : Durée de séjour totale. Calculez le nombre total (somme) de jours d'hospitalisation au cours d'une période donnée.</p> <p>Critères d'inclusion : Données en provenance d'hôpitaux de soins actifs, y compris ceux qui comptent des lits en service de psychiatrie (code AP) qui n'ont pas de lits en service de psychiatrie (code AT).</p> <p>Critères d'exclusion : Nouveau-nés et mortinaissances; Dossiers pour lesquels la « date de congé » est manquante ou invalide.</p> <p>Remarque : Il est possible que d'autres critères d'inclusion ou d'exclusion existent, en fonction des variables de stratification utilisées.</p>
Rajustement en fonction du risque	S. O.
Rendement actuel : période de référence	D'avril 2020 à mars 2021 (EF 2020)
Sources des données	BDCP (Base de données sur les congés des patients)
Accès aux données	Pour accéder aux données de votre organisme pour cet indicateur, consultez le rapport des indicateurs de votre organisme sur la page Votre système de santé

	(VSS) : En profondeur du SNISA et vérifiez l'indicateur « <i>Pourcentage de jours de soins désignés comme autres niveaux de soins</i> » pour 2020–2021.
Commentaires	<p>Limitations particulières</p> <p>Le nombre de jours d'ANS présenté est établi en s'appuyant sur les renseignements relatifs aux congés des hôpitaux : cette mesure ne comprend donc pas les patients qui occupent des lits d'ANS et n'ont pas reçu leur congé.</p> <p>Renseignements supplémentaires relatifs au calcul, à l'interprétation, aux sources de données, etc.</p> <p>L'indicateur ANS est souvent stratifié selon certaines variables, telles que l'âge ou la destination après le congé.</p> <p>L'établissement de la destination après le congé s'appuie sur le type d'établissement vers lequel chaque patient est transféré. Le code « Transfert vers » est manquant sur 12 à 14 % des séparations d'ANS environ, ce qui indique que les patients n'ont pas été transférés vers d'autres services, ou bien que les renseignements relatifs à ce transfert n'étaient pas disponibles.</p> <p>En 2006-2007, l'établissement de rapports sur les activités des services psychiatriques pour adultes a été déplacé de la BDCP vers le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).</p> <p>Action Cancer Ontario assure le calcul des jours ouverts d'ANS. Pour de plus amples renseignements sur les jours ouverts d'ANS, communiquez avec RIS@ontario.ca.</p> <p>Veuillez noter que ces indicateurs sont aussi inclus dans les PAQc à l'échelon des ESO. Les données à l'échelle de l'organisme peuvent s'avérer utiles pour les partenaires qui participent aussi à l'élaboration des PAQc d'ESO.</p>

NOUVEAU : Taux de consultation des services d'urgence à titre de première ressource pour les soins en lien avec la santé mentale et les troubles de la dépendance

Supplémentaire pour 2022-2023

Dimension	Soins efficaces
Direction de l'amélioration	Réduction (chiffres plus bas)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le nombre de personnes pour qui un service d'urgence constitue la première ressource pour les soins en lien avec la santé mentale et les troubles de la dépendance, en pourcentage de la population de 0 à 105 ans qui ont consulté un SU pour des troubles en matière de SMD.
Unité de mesure	Pourcentage de la population

Méthodes de calcul	<p>La consultation de référence est prise en compte pour les personnes qui ont quitté l'hôpital sans qu'on les ait examinées comme celles qui y ont été admises.</p> <p>On ne considère pas que les consultations qui ont eu lieu le même jour que la consultation de référence constituent un contact antérieur.</p> <p>Le suivi des consultations antérieures peut comprendre les consultations en SU planifiées.</p> <p>Indicateur à l'échelon individuel : une consultation de référence par personne. Les catégories de diagnostics représentent les raisons de la consultation en question au SU (c.-à-d. le dénominateur).</p> <p>Les dénominateurs spécifiques aux diagnostics n'atteignent pas les chiffres du dénominateur global.</p> <p>Des comportements d'automutilation peuvent être présents à titre de diagnostic secondaire dans des diagnostics de n'importe quel autre type. Le terme « comportements d'automutilation » désigne des comportements d'automutilation résiduels, c.-à-d. qu'il concerne des diagnostics de comportement d'automutilation lors de consultations dont la raison principale n'est pas liée à la SMD.</p>
Numérateur	<p>Nombre de résidents de l'Ontario pour lesquels une rétrospective sur 2 ans n'a pas permis de révéler une consultation en lien avec la SMD; ce chiffre comprend uniquement les personnes pour lesquelles une rétrospective sur 2 ans n'a pas permis de révéler une consultation ambulatoire auprès d'un psychiatre, d'un fournisseur de soins primaires ou d'un pédiatre pour une raison en lien avec la SMD, ou une consultation en SU pour les mêmes raisons (que la consultation ait été planifiée ou non), ni aucune hospitalisation en lien avec la SMD au cours des 2 années précédant la consultation de référence en SU.</p> <p>Le numérateur est un sous-ensemble du dénominateur.</p> <p>Référence : Date de la consultation en SU</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> Personnes de plus de 105 ans Personnes ne résidant pas en Ontario Personnes dont le numéro de carte Santé n'est pas valide Renseignements sur le sexe manquants</p>
Dénominateur	<p>Nombre de résidents individuels de l'Ontario de 0 à 105 ans pour lesquels on constate une consultation en service d'urgence (SU) (première pour l'année calendaire) non planifiée en lien avec la santé mentale et les dépendances (SMD) au cours de la période de référence.</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> Personnes de plus de 105 ans Personnes ne résidant pas en Ontario Personnes dont le numéro de carte Santé n'est pas valide Renseignements sur le sexe manquants Consultations planifiées en SU (du dénominateur uniquement).</p>

Rajustement en fonction du risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	D'avril 2020 à mars 2021
Sources des données	BDCP (Base de données sur les congés des patients), SIOSM (Système d'information ontarien sur la santé mentale), SNISA (Système national d'information sur les soins ambulatoires), ASO (Assurance-santé Ontario), CSC (Centre de santé communautaire), BDPI (Base de données sur les personnes inscrites), FCCP (Fichier de conversion des codes postaux).
Accès aux données	Les données seront préremplies dans l'outil de navigation des PAQ d'ici mars 2022. Les données sont présentées par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).
Commentaires	<p>Dans les cas où les moyens d'accès rapide à des services communautaires d'évaluation et de traitement de la santé mentale sont inadéquats, certaines personnes peuvent s'adresser aux services d'urgence (SU) à titre de première ressource. C'est la raison pour laquelle un taux élevé de recours aux SU à titre de première ressource pour les soins de santé mentale et liés aux dépendances (SMD) peut être utile pour révéler un accès inadéquat aux soins ambulatoires et communautaires.</p> <p>Limitations et mises en garde :</p> <p>Les données sur les CSC n'étaient disponibles ni pour l'exercice 2010-2011 ni après le 31 mars 2017, et celles qui étaient accessibles concernaient uniquement l'échelon de l'organisme.</p> <p>Les données ne présentaient pas la majeure partie des services de santé mentale et en lien avec les dépendances qui ne sont pas assurés par d'autres intervenants que des médecins (c.-à-d. des psychologues, des conseillers et des travailleurs sociaux).</p> <p>Les limitations d'ordre général concernant les données administratives sur la santé comprennent la possibilité d'erreurs de codage et le manque de détails cliniques.</p> <p>Veuillez noter que ces indicateurs sont aussi inclus dans les PAQc à l'échelon des ESO. Les données à l'échelle de l'organisme peuvent s'avérer utiles pour les partenaires qui participent aussi à l'élaboration des PAQc d'ESO.</p>

Expérience des patients : Avez-vous reçu suffisamment de renseignements à votre départ de l'hôpital?	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Pourcentage de répondants qui ont choisi la réponse « Tout à fait » à la question suivante :

	Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni des renseignements suffisants sur la marche à suivre en cas d'inquiétudes au sujet de votre problème de santé ou de votre traitement après votre départ de l'hôpital?
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Numérateur/dénominateur × 100 %</p> <p>Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)</p> <p>Question 38 : Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni des renseignements suffisants sur la marche à suivre en cas d'inquiétudes au sujet de votre problème de santé ou de votre traitement après votre départ de l'hôpital?</p> <p>Tout à fait Relativement En partie Pas du tout</p> <p>Pour les questions sur l'expérience des patients, on utilise une méthode basée sur les notes supérieures. Autrement dit, elle prend en compte les répondants qui ont choisi la réponse la plus positive.</p>
Numérateur	Nombre de répondants qui ont choisi « Tout à fait »
Dénominateur	Nombre de répondants qui ont choisi n'importe quelle réponse pour cette question (les abstentions sont exclues).
Rajustement en fonction du risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Dernière période de 12 mois consécutifs
Sources des données	Collecte de données locales
Accès aux données	On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme.
Commentaires	<p>On a ajusté la période de référence actuelle pour l'étude du rendement pour observer 12 mois à partir du trimestre précédent.</p> <p>On a analysé cet indicateur par le passé en s'appuyant sur des données recueillies dans le cadre du <i>Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)</i>, que les hôpitaux n'utilisent pas actuellement. On a conservé les questions du sondage original dans la mesure où la méthodologie et les calculs relatifs à l'indicateur restent les mêmes. Les hôpitaux peuvent avoir recours aux questions du <i>SEHPC</i> pour autodéclarer cet indicateur dans leurs PAQ pour 2022-2023.</p>

Bilan comparatif des médicaments au moment du congé	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Nombre total de patients qui ont reçu leur congé pour lesquels on a établi le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) au congé, exprimé en pourcentage du nombre total des patients qui ont reçu leur congé.
Unité de mesure	Taux par rapport au nombre total de patients qui ont reçu leur congé
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur Pour garantir la normalisation des mesures, on demandera désormais aux hôpitaux de préciser le numérateur et le dénominateur dans le plan de travail du PAQ. L'outil de navigation des PAQ calculera le taux.
Numérateur	Nombre de patients qui ont reçu leur congé pour lesquels on a établi le meilleur schéma thérapeutique possible. Les congés correspondant à des décès, des naissances ou des mortinaissances sont exclus. Toute autre exclusion doit être documentée dans la partie « Commentaires » du PAQ.
Dénominateur	Nombre de patients qui ont reçu leur congé de l'hôpital au cours de la même période. Les congés correspondant à des décès, des naissances ou des mort-nés sont exclus. Toute autre exclusion doit être documentée dans la partie « Commentaires » du PAQ. Remarque : On demandera aux hôpitaux d'indiquer le nombre total de congés accordés pendant la période de référence.
Rajustement en fonction du risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	D'octobre 2021 à décembre 2021 (T3 de 2021-2022)
Sources des données	Collecte de données locales
Accès aux données	On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme.
Commentaires	Les organisations doivent indiquer leur rendement actuel et définir des objectifs pour le bilan comparatif des médicaments au congé à l'échelle de l'organisme (c.-à-d. pour tout l'hôpital). On demandera aux hôpitaux d'indiquer le nombre total de congés accordés pendant la période de référence. On leur demande aussi d'indiquer les programmes ou les patients qui ne sont pas inclus dans les calculs concernant le bilan comparatif des médicaments. Pour obtenir de l'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.

Nombre de cas de violence au travail (total)	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Sécurité
Direction de l'amélioration	Si votre organisation travaille à la création d'une culture de notification, la cible du PAQ pour cet indicateur peut être l'augmentation du nombre d'incidents signalés. Si une culture de notification est déjà bien établie au sein de votre organisme, la cible du PAQ peut être la diminution du nombre d'incidents.
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le nombre de cas de violence au travail signalés par des travailleurs de l'hôpital au cours d'une période de 12 mois. Aux fins d'amélioration de la qualité, on demande aux hôpitaux de recueillir des données sur le nombre de cas de violence signalés par leurs travailleurs, y compris les médecins et les travailleurs sous contrat avec un autre employeur (p. ex., ceux qui assurent des services alimentaires, de sécurité, etc.), conformément à la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i> .
Unité de mesure	Nombre de cas de violence au travail signalés par des travailleurs de l'hôpital
Méthodes de calcul	Nombre d'incidents de violence au travail rapportés par des travailleurs de l'hôpital au cours d'une période de 12 mois <i>Critères d'inclusion :</i> On utilise les définitions de la Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST, 2016) des termes « travailleur » et « violence au travail »
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction du risque	S. O.
Rendement actuel : période de référence	De janvier 2021 à décembre 2021
Sources des données	Collecte de données locales Le nombre de cas de violence au travail signalés au sein de votre organisme est accessible par ses mécanismes de rapports internes.
Accès aux données	On encourage les hôpitaux à utiliser les systèmes de signalement internes pour les incidents et les questions relatives à la sécurité des patients pour établir le nombre de cas de violence au travail signalés.
Commentaires	Le terme « travailleur » désigne les personnes correspondant à l'une des définitions suivantes :

	<p>une personne qui exécute un travail ou fournit des services contre une compensation monétaire;</p> <p>un élève du secondaire qui exécute un travail ou fournit des services sans compensation monétaire 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;</p> <p>une personne qui exécute un travail ou fournit des services sans compensation monétaire dans le cadre d'un programme approuvé par un collège des arts appliqués et de technologie, une université ou un autre établissement postsecondaire;</p> <p>une personne qui suit une formation auprès d'un employeur mais qui, aux termes de la <i>Loi sur les normes d'emploi</i> de 2000, n'est pas considéré comme un employé car les conditions énoncées à son paragraphe 1(2) sont réunies;</p> <p>toute autre personne prescrite qui exécute un travail ou fournit des services à un employeur sans compensation monétaire.</p> <p>Aux termes de la Loi sur la santé et la sécurité au travail, on définit la violence au travail comme le recours à l'encontre d'un travailleur par toute personne, sur le lieu de travail, d'une force physique qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice corporel. La définition recouvre aussi : toute tentative de recours contre un travailleur, dans un lieu de travail, d'une force physique qui pourrait lui causer un préjudice corporel; tout propos ou 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.</p> <p>Bien qu'aucun dénominateur ne corresponde à cet indicateur, on demande aux hôpitaux d'inclure le nombre total d'équivalents temps plein (ETP) travaillés par le personnel dans la partie « Mesures » du plan de travail du PAQ. On peut accéder à ce nombre, qui servira à l'analyse et à l'interprétation du PAQ (taille de l'organisme), dans les systèmes d'information sur les ressources humaines de l'hôpital. Par définition, il est possible qu'il ne comprenne pas tous les « travailleurs » qui correspondent aux définitions ci-dessus. Ces renseignements sont néanmoins utiles pour préciser le contexte.</p> <p>Si le nombre de cas est inférieur ou égal à 5 et supérieur à 0, il sera supprimé.</p> <p>Vous trouverez de plus amples renseignements dans les ressources suivantes, qui présentent des recommandations de pratiques, des idées de changements, des termes clés, des références...</p> <p>Prévention de la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé</p> <p>Termes et concepts clés utilisés par le ministère du Travail en matière de violence et de harcèlement sur le lieu de travail</p> <p>Diverses ressources de l'Association de santé et sécurité des services publics</p>
--	--

Indicateurs de soins primaires interprofessionnels

NOUVEAU : Pourcentage de patientes admissibles à un dépistage dont les mammographies sont à jour	
Supplémentaire pour 2022-2023	
Dimension	Soins en temps opportun
Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Processus
Description	Pourcentage de patientes de sexe féminin admissibles à un dépistage et âgées de 52 à 69 ans qui ont subi une mammographie au cours des deux dernières années
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Nombre total de femmes admissibles à un dépistage et âgées de 52 à 69 ans qui ont subi au moins une mammographie au cours des deux dernières années}) / (\text{Nombre total de femmes admissibles à un dépistage et âgées de 52 à 69 ans à la date de référence}) \times 100 \%$
Numérateur	<p>Nombre total de femmes admissibles à un dépistage et âgées de 52 à 69 ans qui ont subi au moins une mammographie au cours des deux dernières années</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i> Femmes résidant en Ontario (exposées à un risque moyen ou un risque élevé) âgées de 52 à 69 ans à la date de référence. On a défini la date de référence comme la date du premier dépistage pour chaque personne, enregistrée soit dans le système intégré de gestion de la clientèle (SIGC) soit dans les archives du régime d'assurance-santé de l'Ontario au cours d'une période de deux ans. Les mammographies effectuées aux fins de dépistage dans le cadre du PODCS ont été documentées dans le SIGC; toutes les mammographies du SIGC ont été comptabilisées, y compris celles en vue partielle. Les mammographies effectuées hors du PODCS ont été documentées à l'aide d'un code de facturation (X172 mammographie de dépistage unilatérale; X178 mammographie de dépistage bilatérale; X185 mammographie de diagnostic bilatérale). On a comptabilisé chaque femme une seule fois, quel que soit le nombre de mammographies qu'elle a subies au cours de la période de deux ans; si une femme a subi des mammographies dans le cadre du programme et hors du programme au cours de la période de deux ans, on a sélectionné le statut correspondant au programme. Les mammographies réalisées dans des cliniques ambulatoires situées dans des hôpitaux sont documentées.</p>

Dénominateur	<p>Nombre total de femmes admissibles au dépistage âgées de 52 à 69 ans à la date de référence</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> Femmes dont le numéro de carte Santé, la date de naissance ou le code postal est manquant ou invalide Femmes qui ont des antécédents de cancer du sein, avec le code de diagnostic (code DX-174) Femmes qui ont subi une mastectomie avant le 1^{er} janvier de la période de deux ans Patients en soins palliatifs signalés par des données de facturation transmises par un hôpital ou un médecin. La classification et les codes de facturation sont accessibles dans l'annexe.</p>
Rajustement en fonction du risque	S. O.
Rendement actuel : période de référence	D'avril 2020 à mars 2021
Sources des données	ASO (Assurance-santé de l'Ontario), BDPI (Base de données sur les personnes inscrites), ACO-RCO (Action Cancer Ontario – Registre du cancer de l'Ontario), ICIS (Institut canadien d'information sur la santé), base de données sur la chirurgie d'un jour
Accès aux données	<p>On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme.</p> <p>ESF : Les données sont accessibles dans les rapports <i>MaPratique : Soins de santé primaires</i> de Qualité des services de santé (fait maintenant partie de Santé Ontario).</p> <p>CSC et CASSA : Les <i>profils de pratique des centres de santé communautaires</i> sont accessibles à partir du site de l'Alliance pour des communautés en santé.</p> <p>Cliniques DPIP : Recherches dans les DME au sein de l'organisme.</p>
Commentaires	<p>Limitations et mises en garde</p> <p>Cet indicateur est basé sur les données du PODCS et de l'ASO, dont les cycles de mise à jour des données sont différents. Par conséquent, on a sous-estimé les taux de mammographie lors des périodes pour lesquelles les données du PODCS n'étaient pas encore disponibles. De plus, en 2010, deux codes de facturation supplémentaires de l'ASO étaient inclus pour établir les taux de mammographie.</p> <p>Remarque : La définition et les détails techniques de l'indicateur peuvent être mis à jour pour s'assurer qu'ils sont conformes aux données probantes actuelles, correspondant aux 18 derniers mois.</p> <p>Veillez noter que ces indicateurs sont aussi inclus dans les PAQc à l'échelon des ESO. Les données à l'échelle de l'organisme peuvent s'avérer utiles pour les partenaires qui participent aussi à l'élaboration des PAQc d'ESO.</p>

Pourcentage de patients admissibles au dépistage du cancer colorectal dont les examens sont à jour	
Supplémentaire pour 2022-2023	
Dimension	Soins en temps opportun
Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Processus
Description	Pourcentage de patients âgés de 52 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont subi une RSOS ou un TIF au cours des deux dernières années, ou d'autres examens (c.-à-d. une sigmoïdoscopie flexible) ou une coloscopie au cours des dix dernières années
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	(Nombre de patients âgés de 52 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont subi une RSOS ou un TIF au cours des deux dernières années, ou d'autres examens [c.-à-d. une sigmoïdoscopie flexible] ou une coloscopie au cours des dix dernières années) / (nombre de patients admissibles au dépistage âgés de 52 à 74 ans à la date de référence) X 100 %
Numérateur	<p>Nombre de patients âgés de 52 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont subi une RSOS ou un TIF au cours des deux dernières années, ou d'autres examens (c.-à-d. une sigmoïdoscopie flexible) ou une colonoscopie au cours des dix dernières années</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i> Patients qui ont subi un des examens suivants : Une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) ou un TIF (L181 ou G004, L179, Q152, Q043, Q133) au cours des deux dernières années; Une coloscopie au cours des dix dernières années, codes Z491 à Z499 ou Z555; Une sigmoïdoscopie flexible au cours des dix dernières années, code Z580.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de patients admissibles au dépistage âgés de 52 à 74 ans à la date de référence</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> Patients dont le numéro de carte Santé, la date de naissance ou le code postal est manquant ou invalide Patients qui ont eu un cancer du côlon ou une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, ou qui ont subi une colectomie</p>

	Patients en soins palliatifs signalés par des données de facturation transmises par un hôpital ou un médecin. La classification et les codes de facturation sont accessibles dans l'annexe.
Rajustement en fonction du risque	S. O.
Rendement actuel : période de référence	D'avril 2020 à mars 2021
Sources des données	ASO (Assurance-santé de l'Ontario), BDPI (Base de données sur les personnes inscrites), ACO-RCO (Action Cancer Ontario – Registre du cancer de l'Ontario), ICIS (Institut canadien d'information sur la santé), base de données sur la chirurgie d'un jour
Accès aux données	On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme. ESF : Les données sont accessibles dans les rapports <i>MaPratique : Soins de santé primaires</i> de Qualité des services de santé (fait maintenant partie de Santé Ontario). CSC et CASSA : Les <i>profils de pratique des centres de santé communautaires</i> sont accessibles à partir du site de l'Alliance pour des communautés en santé. Cliniques DPIP : Recherches dans les DME au sein de l'organisme.
Commentaires	Limitations et mises en garde Un pourcentage réduit des RSOS réalisés à titre de tests de diagnostic n'a pas pu être exclu de l'analyse. On n'a pas pu représenter les RSOS analysés dans des laboratoires d'hôpitaux. Remarque : La définition et les détails techniques de l'indicateur peuvent être mis à jour pour s'assurer qu'ils sont conformes aux données probantes actuelles, correspondant aux 18 derniers mois. Le 24 juin 2019, les tests immunochimiques fécaux (TIF) ont remplacé la recherche de sang occulte dans les selles par test au gâiac (RSOSg) comme tests recommandés dans le cadre du Programme ContrôleCancerColorectal en Ontario pour les personnes dont le risque de développer un cancer colorectal est moyen. À compter du cycle de données de septembre 2019, on a mis à jour l'indicateur de dépistage du CRC, notamment en y ajoutant les TIF. À compter du cycle de données de mars 2020, on a exclu les codes de facturation L181 et G004 de l'ASO pour les services de l'ASO assurés à partir de janvier 2020, comme la RSOSg n'est plus considérée comme une méthode de dépistage à jour du cancer colorectal. Veuillez noter que ces indicateurs sont aussi inclus dans les PAQc à l'échelon des ESO. Les données à l'échelle de l'organisme peuvent s'avérer utiles pour les partenaires qui participent aussi à l'élaboration des PAQc d'ESO.

Pourcentage de patientes admissibles au dépistage dont les tests PAP sont à jour	
Supplémentaire pour 2022-2023	
Dimension	Soins en temps opportun
Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patientes de sexe féminin de 23 à 69 ans qui ont subi un test PAP au cours des trois dernières années.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Nombre de femmes admissibles à un dépistage et âgées de 23 à 69 ans qui ont subi au moins un test PAP au cours des trois dernières années}) / (\text{Nombre total de femmes admissibles à un dépistage et âgées de 23 à 69 ans à la date de référence}) \times 100 \%$
Numérateur	<p>Nombre de femmes admissibles à un dépistage et âgées de 23 à 69 ans qui ont subi un test PAP au cours des trois dernières années</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i> Femmes résidant en Ontario âgées de 23 à 69 ans à la date de référence On a défini la date de référence en fonction de la date de prestation de services de l'ASO au cours d'une période de trois ans. Tests PAP signalés par les codes de facturation de l'ASO (E430, G365a, G394a, L712, or L812, Q678, L713 et L733) Chaque femme est comptée une seule fois, quel que soit le nombre de tests PAP qu'elle a subi au cours d'une période de trois ans.</p>
Dénominateur	<p>Nombre total de femmes admissibles au dépistage âgées de 23 à 69 ans à la date de référence</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> Femmes dont le numéro de carte Santé, la date de naissance le RLIS ou le code postal est manquant ou invalide Femmes qui ont des antécédents de cancer du col de l'utérus ou qui ont subi une hystérectomie Patientes en soins palliatifs signalées par des données de facturation transmises par un hôpital ou un médecin. La classification et les codes de facturation sont accessibles dans l'annexe.</p>
Rajustement en fonction du risque	S. O.
Rendement actuel : période de référence	D'avril 2020 à mars 2021

Sources des données	ASO (Assurance-santé de l'Ontario), BDPI (Base de données sur les personnes inscrites), ACO-RCO (Action Cancer Ontario – Registre du cancer de l'Ontario), ICIS (Institut canadien d'information sur la santé), base de données sur la chirurgie d'un jour
Accès aux données	On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme. ESF : Les données sont accessibles dans les rapports <i>MaPratique : Soins de santé primaires</i> de Qualité des services de santé (fait maintenant partie de Santé Ontario). CSC et CASSA : Les <i>profils de pratique des centres de santé communautaires</i> sont accessibles à partir du site de l'Alliance pour des communautés en santé. Cliniques DPIP : Recherches dans les DME au sein de l'organisme
Commentaires	Limitations et mises en garde Un pourcentage réduit des tests PAP réalisés à titre de tests de diagnostic n'a pas pu être exclu de l'analyse. L'indicateur ne présente pas les tests réalisés dans des laboratoires d'hôpital, ni ceux payés par le biais d'autres régimes de paiement (p. ex., paiement de la poche de la patiente). Remarque : La définition et les détails techniques de l'indicateur peuvent être mis à jour pour s'assurer qu'ils sont conformes aux données probantes actuelles, correspondant aux 18 derniers mois. La définition de l'indicateur correspond aux données de MaPratique : rapports de soins primaires (MPSP) de Qualité des services de santé Ontario (fait maintenant partie de Santé Ontario) pour les PAQc de l'exercice 2022-2023. Étant donné que SO-ACO a mis à jour ses lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en augmentant l'âge de la population admissible (qui est passé de 23 à 69 ans à 25 à 69 ans), les organismes peuvent mettre à jour leurs propres lignes directrices en conséquence et utiliser un indicateur personnalisé pour s'adapter à cette modification. Vous trouverez le <i>Résumé des lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus</i> de SO-ACO à l'adresse suivante : https://www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/cancer-continuum/screening/resources-healthcare-providers/cervical-screening-guidelines-summary Veuillez noter que ces indicateurs sont aussi inclus dans les PAQc à l'échelon des ESO. Les données à l'échelle de l'organisme peuvent s'avérer utiles pour les partenaires qui participent aussi à l'élaboration des PAQc d'ESO.

Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Axé sur le patient

Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Pourcentage de patients et de clients qui ont toujours ou souvent participé au processus de prise de décisions au sujet de leurs soins lors des consultations avec leur médecin ou leur infirmier praticien.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Numérateur/dénominateur × 100 %</p> <p>On attend des organismes qu'ils mesurent leurs progrès à l'égard de cet indicateur en s'appuyant sur la formulation <i>exacte</i> de la question suivante, parue dans le Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires :</p> <p>« Q7. Lorsque vous consultez votre médecin ou votre infirmier praticien, est-ce que ce dernier ou une autre personne du cabinet vous inclut autant que vous le souhaiteriez dans les décisions relatives à vos soins et votre traitement? Placez votre réponse sur cette échelle :</p> <p>Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais Sans objet (je ne sais pas/je refuse de répondre) »</p> <p>Pour calculer le résultat pour cet indicateur, faites la somme des répondants qui ont choisi la réponse « Toujours » ou « Souvent », et divisez-la par le nombre total de répondants qui ont répondu à la question (ne comptez pas les répondants qui n'ont pas donné de réponse ou qui ont choisi « Sans objet [je ne sais pas/je refuse de répondre] »).</p>
Numérateur	Nombre de répondants qui ont choisi la réponse « Toujours » ou « Souvent ».
Dénominateur	<p>Nombre de répondants qui ont choisi une réponse.</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> Répondants qui n'ont pas choisi de réponse Répondants qui ont choisi « Sans objet (je ne sais pas/je refuse de répondre) »</p>
Rajustement en fonction du risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	D'avril 2021 à mars 2022 (ou la période de 12 mois consécutifs disponible la plus récente)
Sources des données	Sondages internes
Accès aux données	Collecte de données locales

Commentaires	<p>On encourage les intervenants à avoir recours au Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires, car il comprend toutes les questions portant sur les indicateurs prioritaires, et plus encore. Élaboré par Qualité des services de santé Ontario (fait maintenant partie de santé Ontario) en collaboration avec l'AFHTO (Association of Family Health Teams of Ontario [« Association des équipes Santé Familiale de l'Ontario »]), l'ACS (Alliance pour des communautés en santé, anciennement ASCO), le Collège des médecins de famille de l'Ontario et l'Association médicale de l'Ontario, ce sondage est conçu pour une mise en œuvre par les cabinets médicaux. Les organismes peuvent s'appuyer sur ses résultats pour appuyer leurs efforts d'amélioration de la qualité.</p> <p>Vous trouverez le sondage ainsi qu'un guide de soutien sur sa mise en œuvre ici. Cette page présente une autre version du sondage à l'intention des centres de santé communautaire (CSC) et des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA).</p> <p>Les organismes qui utilisent cet indicateur devront indiquer le nombre de participants qui ont sélectionné chacune des réponses proposées dans l'outil de navigation des PAQ.</p> <p>Les résultats obtenus pour ces indicateurs sont présentés dans les rapports de rendement en matière de soins primaires de Qualité des services de santé Ontario (fait maintenant partie de Santé Ontario) : les indicateurs confirment les observations du sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du gouvernement et des enquêtes du Fonds du Commonwealth.</p>
--------------	---

Pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Sécurité
Direction de l'amélioration	Réduction (chiffres plus bas). Toutefois, il est parfois approprié de prescrire des opioïdes. Les données ne permettent pas de comparer les avantages aux torts potentiels. Toutefois, elles peuvent permettre d'orienter la réflexion quant aux tendances des pratiques.
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients en soins non palliatifs qui reçoivent un opioïde depuis peu en vertu d'une ordonnance établie par tout fournisseur du système de santé au cours de la période de référence de six mois.
Unité de mesure	Pourcentage

Méthodes de calcul	(Numérateur/dénominateur) × 100 %
Numérateur	<p>Nombre de patients qui reçoivent un opioïde depuis peu en vertu d'une ordonnance établie par tout fournisseur du système de santé au cours de la période de référence de six mois.</p> <p>On considère que l'administration d'un opioïde est nouvelle s'il s'est écoulé au moins six mois depuis la dernière utilisation d'une prescription, c.-à-d. qu'aucune ordonnance ne doit avoir été utilisée au cours des six mois précédant la première utilisation au cours de la période de référence.</p> <p>Remarques :</p> <p>On n'inclut pas les opioïdes employés dans le cadre d'un TAO ou d'un traitement contre la toux ou la diarrhée dans la définition du terme « opioïde ».</p> <p>Vous trouverez la liste complète des médicaments opioïdes au tableau A du rapport MaPratique : soins primaires – Annexe technique.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de patients ou de clients (inscription sur papier ou virtuelle) auquel l'organisme est affecté au cours de la période de référence.</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <p>Patients de moins d'un an</p> <p>Patients en soins palliatifs signalés par des données de facturation transmises par un hôpital ou un médecin</p> <p>Vous trouverez la classification et les codes de facturation à l'annexe C du rapport MaPratique : Soins primaires – Annexe technique.</p>
Rajustement en fonction du risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Point de données : 31 mars 2021
Sources des données	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 (BDP), régime d'assurance santé de l'Ontario (ASO), base de données sur les personnes inscrites (BDPI), système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées (SSSSC)
Accès aux données	<p>On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme.</p> <p>ESF : Les données sont accessibles dans les rapports MaPratique : Soins de santé primaires de Qualité des services de santé (fait maintenant partie de Santé Ontario).</p> <p>CSC et CASSA : Les profils de pratique des centres de santé communautaires sont accessibles à partir du site de l'Alliance pour des communautés en santé.</p> <p>Cliniques DPIP : Recherches dans les DME au sein de l'organisme.</p>

Commentaires	Le nombre d'ordonnances remises ne correspond pas toujours à la consommation réelle.

Indicateurs des soins de longue durée

Consultations en services d'urgence potentiellement évitables de résidents de foyers de soins de longue durée	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Soins efficaces
Direction de l'amélioration	Réduction (chiffres plus bas)
Type d'indicateur	Processus
Description	Nombre de consultations en service d'urgence pour des troubles figurant sur une liste modifiée des conditions propices aux soins ambulatoires*, par cohorte 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 en service d'urgence, y compris les transferts entre ces services et les consultations donnant lieu à une admission ou se terminant par un décès et concernant des résidents actifs de foyers ontariens de soins de longue durée au cours d'une année donnée.</p> <p>Numérateur :</p> <p>Étape 1. Faire la somme des consultations en SU non planifiées effectuées par des résidents de foyer, conformément aux conditions définies.</p> <p>Étape 2. Multiplier ce chiffre par 100.</p> <p>Dénominateur :</p> <p>Étapes 1. Extraire la population de résidents actifs de foyers de soins de longue durée.</p>
Numérateur	Nombre total de consultations en service d'urgence, y compris les transferts entre ces services et les consultations donnant lieu à une admission ou se terminant par un décès et concernant des résidents actifs de foyers ontariens de soins de longue durée au cours d'une année donnée.

	<p><i>Critères d'inclusion :</i> Tous les résidents de foyers ontariens de soins de longue durée au cours d'une année donnée. Consultations en service d'urgence, y compris les transferts entre ces services et les consultations donnant lieu à une admission ou se terminant par un décès. Les troubles figurant sur la liste modifiée des conditions propices aux soins ambulatoires présentés aux SU et potentiellement évitables sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Angine de poitrine Asthme Cellulite Bronchopneumopathie chronique obstructive Insuffisance cardiaque congestive Septicémie Déshydratation Troubles dentaires Diabète Gastroentérite Grand mal et troubles convulsifs Hypertension Hypoglycémie Blessures dues à une chute Troubles de la santé mentale et du comportement Pneumonie Troubles otorhinolaryngologiques graves <p><i>Critères d'exclusion :</i> Consultations planifiées en SU Résidents de foyers de soins de longue durée admis avant 65 ans</p>
Dénominateur	<p><i>Critères d'inclusion :</i> Résidents actifs de foyers de soins de longue durée</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> Personnes dont le numéro de carte Santé n'est pas valide Résidents de foyers de soins de longue durée admis avant 65 ans</p>
Rajustement en fonction du risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	D'octobre 2020 à septembre 2021
Sources des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SNISA). Les données sont fournies par la Direction de l'analytique et des connaissances en matière de santé du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée (MS/MSLD).

Accès aux données	Le ministère mettra les données à la disposition des organismes sur le site suivant : https://ltchomes.net . Les données seront aussi préremplies dans l'outil de navigation des PAQ d'ici mars 2022.
Commentaires	Des conseils d'amélioration de la qualité relatifs à cet indicateur sont présentés sur le site de Qualité des services de santé Ontario (fait maintenant partie santé Ontario) ainsi que dans le cadre du programme INTERACT (Interventions to Reduce Acute Care Transfers) (interventions pour la réduction des transferts en services de soins intensifs).

Expérience des résidents : faire entendre sa voix	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de résidents qui ont répondu par l'affirmative à la question : « <i>Quelle note donneriez-vous à la qualité de l'écoute du personnel à votre égard?</i> »
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Numérateur/dénominateur × 100 %</p> <p>Les foyers qui utilisent le sondage NHCAHPS à l'intention des résidents des foyers de soins de longue durée doivent réaliser les mesures pour cette catégorie en calculant le pourcentage de résidents qui ont répondu par l'affirmative à la question suivante : « <i>Quelle note donneriez-vous à la qualité de l'écoute du personnel à votre égard?</i> »</p> <p>Les notes vont de 0 à 10 : 0 = pire qualité d'écoute possible, 10 = meilleure qualité d'écoute possible.</p>
Numérateur	Pour les foyers qui utilisent le sondage NHCAHPS à l'intention des résidents des foyers de soins de longue durée : faites la somme des résidents qui ont indiqué la note de « 9 » ou « 10 ».
Dénominateur	Pour les foyers qui utilisent le sondage NHCAHPS à l'intention des résidents des foyers de soins de longue durée : faites la somme des résidents qui ont répondu à la question. Ne comptez pas les résidents qui n'ont pas donné de réponse.
Rajustement en fonction du risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	D'avril 2021 à mars 2022 (ou la dernière période de 12 mois).
Sources des données	Collecte de données locales, sondage NHCAHPS destiné aux résidents des foyers de soins de longue durée

Accès aux données	On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme.
Commentaires	Vous trouverez de plus amples renseignements sur le sondage NHCAHPS destiné aux résidents des foyers de soins de longue durée sur le site Web de l'Agency for Healthcare Research and Quality des États-Unis (« agence pour la recherche et la qualité en matière de soins de santé »).

Expérience des résidents : être en mesure d'aborder le sujet du foyer	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Pourcentage de résidents qui ont indiqué leur accord avec l'énoncé suivant : <i>Je peux exprimer mon opinion sans craindre de représailles. »</i>
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{Numérateur}/\text{dénominateur}) \times 100 \%$ Les foyers qui utilisent le sondage InteRAI sur la qualité de vie doivent réaliser les mesures pour cette catégorie en calculant le pourcentage de résidents qui ont indiqué leur accord avec l'énoncé suivant : <i>F3. Je peux exprimer mon opinion sans craindre de représailles. »</i> Les notes vont de 0 à 8 (0, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8), ce qui correspond aux réponses suivantes : 0 = Jamais 1 = Rarement 2 = Parfois 3 = La plupart du temps 4 = Toujours 6 = Je ne sais pas 7 = Refuse de répondre 8 = Aucune réponse, ou impossible de noter la réponse
Numérateur	Faites la somme des personnes qui ont donné les réponses « 3 » ou « 4 ».
Dénominateur	Faites la somme des personnes qui ont donné une réponse, y compris les non-répondants (c.-à-d. les personnes qui ont choisi les réponses 6, 7 ou 8).
Rajustement en fonction du risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	D'avril 2021 à mars 2022 (ou la dernière période de 12 mois).

Sources des données	Collecte de données locales, sondage InterRAI sur la qualité de vie
Accès aux données	On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme.
Commentaires	Vous trouverez de plus amples renseignements sur le sondage InterRAI sur la qualité de vie sur le site Web d'InterRAI .

Prescription de médicaments appropriée : utilisation potentiellement inappropriée de médicaments dans les foyers de soins de longue durée

Prioritaire pour 2022-2023

Dimension	Soins sécuritaires
Direction de l'amélioration	Réduction (chiffres plus bas)
Type d'indicateur	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée qui ne sont pas atteints de psychose et auxquels on a administré des médicaments antipsychotiques au cours de la période de sept jours précédant leur évaluation.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur × 100 % Le calcul de cet indicateur s'appuie sur les données de quatre trimestres mobiles, en faisant la somme des résidents qui correspondent aux critères d'inclusion pour le trimestre cible, ainsi que pour les trois trimestres financiers précédents. On suit cette méthode pour le numérateur comme pour le dénominateur.
Numérateur	Les résidents de foyers de soins de longue durée auxquels on a administré des médicaments antipsychotiques au moins un jour au cours de la semaine précédant l'évaluation RAI-MDS 2.0 (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set [« instrument d'évaluation des résidents – ensemble de données minimal »]). <i>Critères d'inclusion :</i> O4a = 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 En l'occurrence, O4A = nombre de jours pour lesquels on avait administré un médicament antipsychotique au résident au cours de la dernière période de sept jours [0-7]
Dénominateur	Les résidents de foyers de soins de longue durée qui ont passé une évaluation RAI-MDS valide*, à l'exception des personnes atteintes de schizophrénie, d'une chorée de Huntington, d'hallucinations ou de troubles délirants, ainsi que les résidents qui ont atteint le stade terminal d'une maladie ou qui reçoivent des soins de fin de vie. <i>Critères d'exclusion :</i> Résidents qui ont atteint le stade terminal d'une maladie (J5c = 1) ou qui reçoivent des soins de fin de vie (P1ao = 1)

	<p>Résidents qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie (I1ii = 1) ou de chorée de Huntington (I1x = 1), ou atteints d'hallucinations (J1i = 1) ou de troubles délirants (J1e = 1)</p> <p>*Pour être valide et être incluse dans le calcul de l'indicateur de la qualité, une évaluation doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> être la dernière évaluation du trimestre; être réalisée plus de 92 jours après la date d'admission; ne pas être l'évaluation complète d'admission.
Rajustement en fonction du risque	Pas de rajustement pour le PAQ
Rendement actuel : période de référence	De juillet 2021 à septembre 2021 (c.-à-d. T2 de 2021-2022)
Sources des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD), Système d'information intégré interRAI (SIIR). Les données sont fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) par le biais des rapports électroniques du SISLD.
Accès aux données	Pour accéder aux taux non rajustés de votre organisme pour cet indicateur, consultez ses rapports électroniques du SISLD sur le site Web www.cihi.ca . Les données seront aussi préremplies dans l'outil de navigation des PAQ d'ici mars 2022.
Commentaires	<p>L'ICIS calcule l'indicateur en établissant la moyenne mobile de quatre trimestres. On calcule le T2 de 2021-2022 en s'appuyant sur les données du 3^e trimestre de 2020-2021 au 2^e trimestre de 2021-2022. Le T2 est le dernier trimestre utilisé pour le calcul. Les données du T2 représentent, outre les données du T2, celles des trois trimestres précédents.</p> <p>Cet indicateur correspond aux données sur le site Web d'établissement de rapports publics sur les foyers de soins de longue durée de Services de santé Ontario (fait maintenant partie de Santé Ontario). Toutefois, le site Web d'établissement de rapports publics présente publiquement des <i>taux ajustés</i>. Aux fins de la planification de l'amélioration de la qualité, on doit utiliser des <i>taux non rajustés</i> (c.-à-d. pour lesquels on n'a pas procédé à un rajustement des risques).</p> <p>Qualité des services de santé Ontario (fait maintenant partie de Santé Ontario) a élaboré un rapport confidentiel sur les pratiques à l'intention des médecins impliqués dans la prestation des soins de longue durée. Ces rapports constituent un complément à d'autres sources d'information utilisées par les médecins (p. ex., des rapports pharmaceutiques). Le rapport actuel comprend des indicateurs en lien avec les médicaments antipsychotiques et les benzodiazépines, et il contient des idées de modification des pratiques concernant la prévention des chutes et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez la page www.hqontario.ca/LTCreport.</p>

Indicateurs sur les soins à domicile et en milieu communautaire

Pourcentage de patients satisfaits par les services	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Axé sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur présente des renseignements sur l'expérience globale des patients qui reçoivent des soins à domicile. Il indique le pourcentage de patients qui reçoivent des soins à domicile satisfaits des services fournis par les organismes de soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS, de la gestion de leurs soins par les coordonnateurs des services de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que des services fournis par les organismes de service.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Pourcentage de répondants qui ont indiqué « Bien », « Très bien » ou « Excellent » sur une échelle à 5 points (de « Mauvais » à « Excellent ») à trois questions du sondage KPI 1 sur l'expérience des clients :</p> <p>Cote globale des services de soins à domicile et en milieu communautaire Cote globale de la gestion des soins par les coordonnateurs de soins Cote globale des services assurés par les fournisseurs de soins</p> <p>Critères d'inclusion dans le sondage général : Chaque patient actif ou qui a reçu son congé et bénéficie de services à domicile, et les patients qui ont reçu leur congé pour être orientés vers l'une des catégories suivantes au cours de la période indiquée : Admission, finale; Retiré, de temporaire à finale; Retiré, placement par un autre organisme de soins à domicile ou en milieu communautaire; Lit refusé.</p> <p>Critères d'exclusion dans le sondage général : On exclut les patients qui ont uniquement reçu des services en milieu scolaire. Services infirmiers en clinique Soins supplétifs Matériel et équipement médical Patients en fin de vie (SRC 95) Clients auxquels on n'a pas encore attribué de catégorie (SRC 99) Patients qui reçoivent des soins à domicile dans la catégorie des patients hors de leur région Patients qui reçoivent des soins de convalescence</p>

	<p>Autres exclusions : Patients qui ont reçu un congé de l'hôpital et reçoivent des soins à domicile ou qui ont reçu un congé suite à leur décès; Patients en attente à l'hôpital; Patients qui ont déposé une réclamation contre les services de soins à domicile ou en milieu communautaire ou devant la commission d'appel et d'examen de Services de santé Ontario.</p> <p>Critères d'exclusion spécifiques à chaque question : On exclut également les répondants qui ne connaissent pas le gestionnaire de cas, ou qui ne l'ont pas vu ou ne lui ont pas parlé, ceux qui ne se souviennent pas des services de soins à domicile, et ceux qui ont été interrogés au sujet de services de placement.</p>
Numérateur	<p>La somme des nombres de réponses positives (« Bien », « Très bien » ou « Excellent ») comptabilisées pour chacune des trois questions sur lesquelles s'appuie la note KPI 1 pour la cote de l'expérience globale. (n réponses positives pour Q4) + (n réponses positives pour Q24) + (n réponses positives pour Q39)</p> <p>Question 4 : Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux services assurés par votre fournisseur de services de soins à domicile ou en milieu communautaire, ou de toute personne qui vous a fourni des services?</p> <p>Question 24 : Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous à la gestion de vos soins par votre gestionnaire de soins?</p> <p>Question 39 : Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous au service x assuré par y (en l'occurrence, « x » représente tout service de soins infirmiers, de soutien à la personne, de physiothérapie, d'ergothérapie, de nutrition ou de diététique, d'orthophonie ou des services sociaux, et « y » est le nom du fournisseur de services)?</p> <p>*On utilise la somme des réponses pondérées. On applique une pondération postérieure à l'échantillonnage pour rajuster l'échantillonnage non proportionnel et s'assurer que les résultats du sondage présentés constituent une image représentative de la population réelle à laquelle les services de soins à domicile ou en milieu communautaire sont fournis.</p>
Dénominateur	Le nombre total de réponses valides enregistrées pour l'ensemble des questions présentées plus haut.
Rajustement en fonction du risque	Les résultats sont pondérés de façon à représenter la population des patients qui reçoivent des soins à domicile admissibles à la participation au sondage pour chaque RLISS (c.-à-d. que les patients qui sont inclus dans l'échantillon sont normalisés pour la population de chaque RLISS).
Rendement actuel : période de référence	D'avril 2020 à mars 2021

Sources des données	Collecte de données locales
Accès aux données	On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme.
Commentaires	On a analysé cet indicateur en s'appuyant sur des données collectées dans le cadre de l' <i>Évaluation de l'expérience des clients et des soignants (EECS)</i> , que les fournisseurs de services de soins à domicile et en milieu communautaire n'utilisent pas actuellement. On a conservé les questions du sondage original dans la mesure où la méthodologie et les calculs relatifs à l'indicateur restent les mêmes. Les fournisseurs de services de soins à domicile et en milieu communautaire peuvent avoir recours aux questions de l' <i>EECS</i> pour autodéclarer cet indicateur dans leurs PAQ pour 2022-2023.

Pourcentage de patients atteints d'un ulcère du pied diabétique qui s'est refermé dans un délai de 12 semaines	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Efficacité
Direction de l'amélioration	Augmentation (chiffres plus élevés)
Type d'indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients des patients qui ont reçu un diagnostic d'ulcère du pied diabétique dont l'ulcère s'est refermé dans un délai de 12 semaines Méthode de calcul : numérateur / dénominateur x 100
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre de patients pris en compte dans le dénominateur dont l'ulcère du pied diabétique s'est refermé dans un délai de 12 semaines
Dénominateur	Nombre de patients qui ont reçu un diagnostic d'ulcère du pied diabétique
Rajustement en fonction du risque	S.O.
Rendement actuel : période de référence	D'avril 2020 à mars 2021
Sources des données	Collecte de données locales
Accès aux données	On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme.
Commentaires	Commentaires : Cet indicateur est conforme à la norme de qualité sur les ulcères du pied diabétique. La norme de qualité établit des énoncés de la qualité ainsi que les mesures correspondantes aux fins d'orientation des efforts d'amélioration de la qualité.

	<p>Bien que la majorité des ulcères du pied diabétique finissent par guérir, cet indicateur ne prendrait pas en compte les ulcères du pied diabétique qui s’ouvriraient à nouveau au-delà du délai de 12 semaines du fait d’une mauvaise évaluation ou de soins inadéquats.</p> <p>Si un patient est atteint de plus d’un ulcère du pied diabétique, l’indicateur doit prendre en compte l’ulcère du pied diabétique le plus grave.</p>
--	---

Nouveau : Pourcentage de patients atteints d’un nouvel ulcère du pied diabétique au cours d’une période de 6 mois (incidence)	
Prioritaire pour 2022-2023	
Dimension	Efficacité
Direction de l’amélioration	Réduction (chiffres plus bas)
Type d’indicateur	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients qui reçoivent des soins à domicile et pour lesquels on a établi un diagnostic de diabète toujours d’actualité et qui développent un ulcère du pied diabétique (incidence).
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur / dénominateur × 100 %
Numérateur	<p>Nombre de patients pris en compte dans le dénominateur auquel on a attribué le code de diagnostic correspondant à un ulcère du pied diabétique</p> <p>Critères d’exclusion Patients atteints d’un ulcère du pied diabétique lors de leur évaluation précédente</p> <p>Patients dont l’ulcère du pied diabétique est apparu lors d’un séjour dans un autre milieu de soins (p. ex., dans une unité de soins actifs)</p> <p>Ajustements potentiels : Soins à domicile : déficience concernant les activités de la vie quotidienne (AVQ) (note hiérarchique pour les AVQ = 4, 5, 6 c. 0, 1, 2, 3)</p>
Dénominateur	Nombre total de patients qui ont reçu un diagnostic de diabète et qui ont bénéficié de services de soins à domicile au cours des 6 derniers mois
Rajustement en fonction du risque	S.O.
Rendement actuel : période de référence	D’avril 2020 à mars 2021
Sources des données	Collecte de données locales
Accès aux données	On doit accéder à ces données par la voie interne au sein de votre organisme.

Commentaires	<p>Cet indicateur représente uniquement les nouveaux cas d'ulcères du pied diabétique. Si un patient développe un ulcère du pied diabétique secondaire alors que la première blessure n'est pas encore guérie, ou dans un délai de 6 mois après un premier ulcère, ce second ulcère ne sera pas pris en compte dans l'indicateur.</p> <p>Cet indicateur mesure l'incidence : il s'agit donc d'une mesure de la prévention, pas du traitement.</p> <p>Les patients atteints de diabète qui n'ont pas encore reçu de diagnostic ne sont pas représentés dans le dénominateur.</p>
--------------	---

Questions narratives

Vue d'ensemble

Rédigez une brève vue d'ensemble des faits saillants qui intéresseraient probablement le public en introduction de votre PAQ. Ce paragraphe d'ouverture établira le contexte dans lequel vous effectuez votre travail d'amélioration. Parlez-nous de votre stratégie générale et de la correspondance entre les rapports sur votre PAQ et votre plan stratégique.

Réflexions formulées depuis la soumission de votre dernier PAQ

Décrivez les expériences accumulées par votre entreprise depuis votre dernier PAQ. Nous sommes conscients que la priorité accordée aux efforts de lutte contre la COVID-19 au cours des derniers 18 mois a forcé votre organisme à repenser ses efforts d'amélioration de la qualité. Comment le travail d'amélioration de la qualité a-t-il changé pour vous, et comment organiserez-vous ce travail au vu des changements que votre organisme a dû apporter depuis le début de la pandémie?

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

Dans quelle mesure votre travail d'établissement d'un partenariat avec les patients a-t-il changé au cours de l'année écoulée? Quelles ont été les difficultés? Avez-vous été en mesure d'utiliser des innovations pour soutenir ou faire progresser ce travail?

Expérience des fournisseurs de services

Nos consultations ont permis de révéler un sujet d'inquiétude important concernant la situation actuelle dans laquelle les fournisseurs de soins de santé travaillent. Dans cette partie, décrivez votre expérience en ce qui concerne ces difficultés. Comment avez-vous apporté du soutien au personnel?

Expérience des résidents

Remarque : Uniquement pour les soins de longue durée.

Nos consultations ont permis de révéler des inquiétudes concernant les indicateurs existants sur l'expérience des résidents : on craignait qu'ils soient moins pertinents pour l'expérience des résidents que par le passé dans le contexte actuel. Nous nous réjouissons de pouvoir travailler au PAQ de l'année prochaine. Nous vous demandons de bien vouloir nous faire part de vos commentaires sur le sujet d'indicateurs qui permettraient d'évaluer les liens sociaux des résidents. Les mesures prises ou prévues

par votre organisme pour rétablir et renforcer les liens sociaux nous intéressent. Vous pouvez par exemple nous orienter vers une question de sondage ou une mesure pour laquelle vous collectez actuellement des données.

Rémunération des cadres

Remarque : Obligatoire pour les hôpitaux uniquement.

Présentez la façon dont vous avez lié la rémunération des cadres aux priorités de votre PAQ, en portant une attention particulière aux indicateurs prioritaires. Vous trouverez des conseils sur la rémunération axée sur le rendement dans le document [La rémunération axée sur le rendement et le Plan d'amélioration de la qualité](#).

Coordonnées

Vous pouvez choisir d'inclure vos coordonnées pour que d'autres organismes puissent vous joindre une fois votre PAQ rendu public.

Autre

Souhaitez-vous préciser autre chose concernant les efforts d'amélioration de la qualité de votre organisme?

Abréviations

AFHTO	Association of Family Health Teams of Ontario (« Association des équipes Santé Familiale de l'Ontario)
CASSA	Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones
ANS	Autres niveaux de soins
ACS	Alliance pour des communautés en santé
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
SCC	Soins continus complexes
SISLD	Système d'information sur les soins de longue durée
CSC	Centre de santé communautaire
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
BDCP	Base de données sur les congés des patients
DME	Dossier médical électronique
EF	Exercice financier (du 1 ^{er} avril au 31 mars)
MAS	Modèle d'allocation fondée sur la santé
HCAHPS	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (« évaluation par les usagers des hôpitaux de systèmes et des fournisseurs de soins de santé »)
GPH-MAS	Groupes de patients hospitalisés du modèle d'allocation fondée sur la santé
USI	Unité des soins intensifs
InterRAI	International Resident Assessment Instrument (« Instrument international d'évaluation par les résidents »)
SISNA	Système national d'information sur les soins ambulatoires

NHCAHPS	Nursing Home Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (« Évaluation par les résidents de foyers de soins infirmiers des fournisseurs et des systèmes de soins de santé »)
CNRC	Conseil national de recherches du Canada
FCCP	Fichier de conversion des codes postaux
AMFQ	Actes médicaux fondés sur la qualité
PAQ	Plan d'amélioration de la qualité