



PROGRAMME DE PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Caractéristiques techniques des indicateurs

2024-2025

NOVEMBRE 2023

Table des matières

Introduction	4
Amélioration de la qualité	4
Questions prioritaires	4
Indicateurs	4
Aperçu	4
Sélection de l'indicateur	6
Spécifications des indicateurs	6
Indicateurs pour les hôpitaux	7
Accès et flux	7
90 ^e percentile – temps de déchargement de l'ambulance	7
90 ^e percentile – durée de séjour aux urgences	9
90 ^e percentile du temps d'attente aux urgences pour un lit d'hospitalisation	11
Ratio de prise en charge des autres niveaux de soins (ANS)	13
Pourcentage de patients ayant visité les urgences et quitté sans avoir été examinés par un médecin	14
Équité	16
Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme	16
Temps d'attente moyen aux urgences pour l'évaluation initiale par un médecin pour les personnes atteintes de drépanocytose (niveau 1 ou 2 de l'ÉTG)	18
Taux de visites répétitives à 30 jours aux urgences pour les personnes atteintes de drépanocytose	20
Pourcentage de visites aux urgences pour les personnes atteintes de drépanocytose ayant fait l'objet d'un triage de haute gravité (niveau 1 ou 2 de l'ÉTG)	21
Expérience	23
Les patients ont-ils eu le sentiment d'avoir reçu des informations adéquates sur leur santé et leurs soins à leur sortie de l'hôpital?	23
Sécurité	24
Taux d'apparition du delirium au cours de l'hospitalisation	24
Taux de bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital	26
Taux d'incidents de violence au travail entraînant des préjudices avec interruption de travail	27
Indicateurs facultatifs pour les soins primaires interprofessionnels	29
Accès et flux	29
Perception des patients/clients de l'accès aux soins en temps opportun	29
Nombre de nouveaux patients/clients/nouvelles inscriptions	31
Équité	32
Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme	32
Réalisation de la collecte des données sociodémographiques	34
Expérience	36

Les patients/clients se sentent-ils à l'aise et bienvenus dans leur cabinet de soins primaires?.....	36
Les patients/clients se sentent-ils impliqués dans les décisions concernant leurs soins?	37
Indicateurs pour les soins de longue durée	39
Accès et flux	39
Taux de visites potentiellement évitables aux urgences pour les résidents des établissements de soins de longue durée	39
Équité.....	41
Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme	41
Expérience.....	43
Les résidents ont-ils le sentiment qu'ils peuvent s'exprimer sans crainte de conséquences?	43
Les résidents ont-ils le sentiment de pouvoir s'exprimer et d'être écoutés par le personnel?.....	44
Sécurité	45
Pourcentage de résidents de soins de longue durée non atteints de psychose qui ont reçu des médicaments antipsychotiques	45
Pourcentage de résidents de soins de longue durée ayant fait une chute au cours des 30 derniers jours.....	47
Ressources supplémentaires	49

Introduction

Amélioration de la qualité

Chaque organisation de soins de santé doit donner la priorité à l'amélioration de la qualité afin de réaliser des changements locaux et systémiques dans les soins de santé dispensés en Ontario. Pour évaluer la qualité et l'amélioration de la qualité, les organisations de tous les secteurs – **hôpitaux, soins primaires interprofessionnels et soins de longue durée** – doivent intégrer des indicateurs dans leurs plans annuels d'amélioration de la qualité (PAQ). Le programme relatif aux plans d'amélioration de la qualité de Santé Ontario est décrit dans le *Document d'orientation relatif au plan d'amélioration de la qualité 2024-2025*.

Questions prioritaires

Les questions prioritaires pour le système de santé de l'Ontario (et les indicateurs associés) ont été définies par Santé Ontario, après consultation avec des organisations externes, le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée. Les questions prioritaires pour 2024-2025 sont les suivantes :

- Accès et flux
- Équité
- Expérience
- Sécurité

Indicateurs

Aperçu

Un des changements importants apportés au programme du PAQ pour 2024-2025 est le passage à une série d'indicateurs facultatifs. Ces indicateurs fournissent des informations pertinentes pour les questions locales et systémiques. Pour chaque secteur, des indicateurs facultatifs sont énumérés pour chaque question prioritaire de la matrice (Figure 1). Ces indicateurs peuvent être considérés comme un point de départ; les organisations peuvent décider de les inclure dans leur PAQ, mais elles n'y sont pas tenues. Ce document présente les définitions des indicateurs, les méthodes de calcul, les périodes de référence et d'autres informations techniques.

Des informations sur la manière d'intégrer ces indicateurs dans le plan de travail de votre organisation dans le [navigateur de PAQ](#) sont disponibles dans le *Document d'orientation relatif au plan d'amélioration de la qualité 2024-2025* et dans le [guide de l'utilisateur du navigateur de PAQ](#).

Figure 1. Matrice des indicateurs facultatifs (format accessible)

Question prioritaire	Indicateurs facultatifs pour les hôpitaux	Indicateurs facultatifs pour les soins primaires interprofessionnels	Indicateurs facultatifs pour les soins de longue durée
Accès et flux	<ul style="list-style-type: none"> • 90^e percentile – temps de déchargement de l’ambulance • 90^e percentile – durée de séjour aux urgences • 90^e percentile – temps d’attente aux urgences pour un lit d’hospitalisation • Ratio de prise en charge des autres niveaux de soins • Pourcentage de patients ayant visité les urgences et quitté sans avoir été examinés par un médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Perception des patients/clients de l’accès aux soins en temps opportun • Nombre de nouveaux patients/clients/nouvelles inscriptions 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de visites potentiellement évitables aux urgences pour les résidents des établissements de soins de longue durée
Équité	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d’équité, de diversité, d’inclusion et de lutte contre le racisme • Temps d’attente moyen aux urgences pour l’évaluation initiale par un médecin pour les personnes atteintes de drépanocytose (niveau 1 ou 2 de l’Échelle canadienne de triage et de gravité) • Taux de visites répétitives à 30 jours aux urgences pour les personnes atteintes de drépanocytose • Pourcentage de visites aux urgences pour les personnes atteintes de drépanocytose ayant fait l’objet d’un triage de haute gravité (niveau 1 ou 2 de l’Échelle canadienne de triage et de gravité) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d’équité, de diversité, d’inclusion et de lutte contre le racisme • Réalisation de la collecte des données sociodémographiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d’équité, de diversité, d’inclusion et de lutte contre le racisme
Expérience	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients ont-ils eu le sentiment d’avoir reçu des informations adéquates sur leur santé et leurs soins à leur sortie de l’hôpital? 	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients/clients se sentent-ils à l’aise et bienvenus dans leur cabinet de soins primaires? • Les patients/clients se sentent-ils impliqués dans les décisions concernant leurs soins? 	<ul style="list-style-type: none"> • Les résidents ont-ils le sentiment qu’ils peuvent s’exprimer sans crainte de conséquences? • Les résidents ont-ils le sentiment de pouvoir s’exprimer et d’être écoutés par le personnel?
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d’apparition du delirium au cours de l’hospitalisation • Taux de bilan comparatif des médicaments à la sortie de l’hôpital • Taux d’incidents de violence au travail entraînant des préjudices avec interruption de travail 	Aucun	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de résidents de soins de longue durée non atteints de psychose qui ont reçu des médicaments antipsychotiques • Pourcentage de résidents de soins de longue durée ayant fait une chute au cours des 30 derniers jours

Sélection de l'indicateur

Remarque pour les hôpitaux : Les régions peuvent donner la priorité à un ou plusieurs indicateurs relevant de l'une des questions prioritaires afin d'encourager les hôpitaux à en tenir compte dans leur PAQ. Dans ce cas, l'indicateur apparaîtra comme indicateur prioritaire dans le plan de travail. Si votre organisation choisit de ne pas inclure l'indicateur prioritaire dans le PAQ, vous devez décrire les raisons de cette décision dans la section des commentaires de votre plan de travail.

Nous encourageons vivement à sélectionner des indicateurs pour lesquels votre organisation affiche une performance inférieure à celle des indicateurs de référence provinciaux. Passez en revue les indicateurs facultatifs énumérés pour le secteur de votre organisation sous chaque question prioritaire et déterminez quels indicateurs seraient les plus pertinents pour votre organisation, en comparant les données de performance actuelles de votre organisation avec les données provinciales.

Remarque : Lorsque cela est possible, les données provinciales pour les indicateurs facultatifs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.

Les organismes peuvent également envisager d'ajouter des indicateurs personnalisés pour refléter les initiatives locales d'amélioration de la qualité ou d'amélioration de la collaboration avec d'autres fournisseurs de services de santé ne faisant pas partie de leur organisation ou avec leurs équipes Santé Ontario. Les indicateurs existants et utilisés par les programmes de Santé Ontario (par exemple, les normes de qualité) peuvent également être repris par les organisations en tant qu'indicateurs personnalisés.

Spécifications des indicateurs

Les tableaux suivants présentent la dimension et le type de mesure, les détails techniques comme la définition et la méthode de calcul, ainsi que d'autres caractéristiques pertinentes.

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

Indicateurs pour les hôpitaux

Accès et flux

90^e percentile – temps de déchargement de l'ambulance

Question prioritaire : Accès et flux

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	Le temps de déchargement de l'ambulance est la durée (temps écoulé) entre l'arrivée de l'ambulance aux urgences et la fin du processus de transfert des soins par l'ambulance. Mesure d'évaluation : 90 ^e percentile
Unité de mesure	Minutes
Méthodes de calcul	<p>Pour atteindre le 90^e percentile du temps de déchargement de l'ambulance :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Calculer le temps écoulé entre l'arrivée de l'ambulance et la fin du processus de transfert des soins en ambulance pour les cas applicables (c'est-à-dire en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion des données). 2) Trier les cas en fonction du temps de déchargement de l'ambulance (du plus court au plus long). 3) Déterminer le délai dans lequel 90 % avaient achevé leur processus de transfert de soins en ambulance. (Si N est le nombre total de cas dans la liste, et $n = 0,9 \times N$, alors la valeur du 90^e percentile est le temps de déchargement de l'ambulance du n^e cas dans la liste triée). <p>Inclusions : Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicateur d'arrivée de l'ambulance = A (aérienne), G (terrestre), ou C (combinaison), pour les visites aux urgences. <p>Exclusions : Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Date et Heure d'inscription ainsi que la Date et Heure de triage sont manquantes. • Le centre fonctionnel du SIG ne relève pas des urgences générales ou d'un centre de soins d'urgence. • La visite aux urgences était planifiée (Indicateur de visite aux urgences = 0). • La Date et Heure d'arrivée de l'ambulance ou la Date et Heure de traitement du transfert de l'ambulance à l'hôpital est manquante. • Le temps de déchargement de l'ambulance est négatif. • Temps de déchargement de l'ambulance supérieur ou égal à 1 440 minutes.
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les hôpitaux de l'IANSU : du 1^{er} décembre 2022 au 30 novembre 2023, conformément au programme de financement axé sur les résultats (programme FAR). • Pour les hôpitaux qui ne participent pas à l'IANSU : Du 1^{er} avril 2023 au 30 septembre 2023 (T1 et T2).
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires

Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.
---------------------------------	---

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

Commentaires

La variabilité des données peut s'expliquer par le fait que certains hôpitaux et services paramédicaux ont lancé le programme Fit2Sit, dans le cadre duquel les ambulanciers transfèrent au personnel hospitalier les soins aux personnes pouvant attendre dans la salle d'attente, ce qui réduit les temps de déchargement des ambulances.

90^e percentile – durée de séjour aux urgences

Question prioritaire : Accès et flux

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	La durée de séjour aux urgences est la durée (temps total écoulé) entre le moment du triage ou de l'inscription (selon ce qui se produit en premier) et le moment où le patient quitte le service des urgences. Mesure d'évaluation : 90 ^e percentile
Unité de mesure	Heures
Méthodes de calcul	<p>Pour le 90^e percentile de la durée de séjour aux urgences,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Calculer le temps écoulé entre le triage ou l'inscription (selon ce qui se produit en premier) et le départ des urgences pour chaque visite de patient, en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion. 2) Trier les cas par durée de séjour aux urgences (du plus court au plus long). 3) Déterminer le délai dans lequel 90 % des patients avaient terminé leur séjour aux urgences. (Si N est le nombre total de cas dans la liste, et $n = 0,9 \times N$, alors la valeur du 90^e percentile est la durée de séjour aux urgences du n^e cas dans la liste triée). <p>Inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visites aux urgences pour tous les patients, indépendamment du statut d'admission ou du niveau de triage (score ÉTG). <p>Exclusions :</p> <p>Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> • La <i>Date et Heure d'inscription</i> ainsi que la <i>Date et Heure de triage</i> sont manquantes. • Le centre fonctionnel du SIG ne relève pas des <i>urgences générales</i> ou d'un <i>centre de soins d'urgence</i>. • La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite aux urgences = 0</i>). • La <i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i> est manquante. • Le patient a quitté sans avoir été examiné. • La durée de séjour aux urgences est supérieure ou égale à 100 000 minutes (1 666 heures).
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les hôpitaux de l'IANSU : du 1^{er} décembre 2022 au 30 novembre 2023, conformément au programme de financement axé sur les résultats (programme FAR). • Pour les hôpitaux qui ne participent pas à l'IANSU : Du 1^{er} avril 2023 au 30 septembre 2023 (T1 et T2).
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'objectif provincial pour cet indicateur est une réduction de 10 % par rapport à la performance actuelle.
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.

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

Commentaires

Selon la gravité du cas ou les procédures de l'hôpital, le triage peut intervenir avant l'inscription, ou inversement. Par conséquent, le premier de ces deux événements est utilisé comme point de départ pour le calcul de cet indicateur.

Remarque : La durée de séjour aux urgences exclut tout temps passé dans une unité de décision clinique (UDC).

90^e percentile du temps d'attente aux urgences pour un lit d'hospitalisation

Question prioritaire : Accès et flux

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	<p>Le temps d'attente aux urgences pour un lit d'hospitalisation est la durée (temps écoulé) entre l'heure de la décision concernant la visite, telle que déterminée par le fournisseur de services principal, et l'heure à laquelle le patient a quitté les urgences pour être admis dans un lit d'hospitalisation ou dans une salle d'opération.</p> <p>Mesure d'évaluation : 90^e percentile</p>
Unité de mesure	Heures
Méthodes de calcul	<p>Pour le 90^e percentile du temps d'attente aux urgences pour un lit d'hospitalisation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Calculer le temps écoulé entre la <i>Date et Heure de la décision concernant la sortie du patient</i> et la <i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i> pour être admis dans un lit d'hospitalisation (ou une salle d'opération) pour chaque cas, en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion. 2) Trier les cas par temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (du plus court au plus long). 3) Déterminer l'heure à laquelle 90 % des patients ont quitté le service des urgences pour être admis dans un lit d'hospitalisation. (Si N est le nombre total de cas dans la liste, et $n = 0,9 \times N$, alors la valeur du 90^e percentile est le temps d'attente jusqu'au lit d'hospitalisation du n^e cas dans la liste triée). <p>Inclusions : Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> • La visite aux urgences n'était pas planifiée et a donné lieu à une admission. • <i>Date et Heure de la décision concernant la sortie du patient</i> et <i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i> sont valides. <p>Exclusions : Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> • La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite aux urgences</i> = 0). • La visite aux urgences n'était pas planifiée, mais n'a pas donné lieu à une admission. • L'heure de la décision de sortie est inconnue ou invalide (<i>Date et Heure de la décision concernant la sortie du patient</i> = 9999). • L'heure à laquelle le patient a quitté les urgences est inconnue ou non valide (<i>Date et Heure de sortie du service d'urgence</i> = 9999). • La <i>Date et Heure d'inscription</i> ainsi que la <i>Date et Heure de triage</i> sont manquantes. • Le centre fonctionnel du SIG ne relève pas des <i>urgences générales</i> ou d'un <i>centre de soins d'urgence</i>. • Le temps d'attente aux urgences pour obtenir un lit d'hospitalisation est supérieur ou égal à 100 000 minutes (1 666 heures). • Le temps d'attente aux urgences pour obtenir un lit d'hospitalisation est inférieur à 0 (négatif).
Numérateur	S. O.
Dénominateur	S. O.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les hôpitaux de l'IANSU : du 1^{er} décembre 2022 au 30 novembre 2023, conformément au programme de financement axé sur les résultats (programme FAR). • Pour les hôpitaux qui ne participent pas à l'IANSU : Du 1^{er} avril 2023 au 30 septembre 2023 (T1 et T2).
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Le Rapport annuel 2010 du Bureau du vérificateur général de l'Ontario a noté que l'Association canadienne des médecins d'urgence et l'Affiliation nationale des infirmières/infirmiers d'urgence du Canada ont indiqué que les patients nécessitant une admission à l'hôpital ne devraient pas avoir à attendre plus de six heures aux urgences.
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires

Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.
---------------------------------	---

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

Commentaires

Cet indicateur reflète les goulets d'étranglement potentiels dans la disponibilité des lits d'hospitalisation et le taux de rotation. Au nombre des autres facteurs contributifs figurent le pourcentage de patients bénéficiant d'un autre niveau de soins, la population globale de patients et les ressources de l'hôpital.

Les patients peuvent attendre à différents endroits du service des urgences avant d'être admis dans un lit d'hospitalisation ou une salle d'opération. Ces emplacements comprennent, entre autres, les salles d'examen, les salles de traitement, les salles d'observation, les salles d'attente et les couloirs.

Ratio de prise en charge des autres niveaux de soins (ANS)

Question prioritaire : Accès et flux

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Efficiencia
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	<p>Le ratio de prise en charge des ANS est le nombre de cas ANS sortants divisé par le nombre de nouveaux cas ANS.</p> <p>Le ratio de prise en charge des ANS reflète le taux de sortie des patients par rapport aux ANS désignés au cours d'une période donnée. Un ratio égal à 1 signifie que le nombre de cas ANS sortants est le même que le nombre de cas entrants. Un ratio supérieur à 1 est souhaité (plus de cas ANS sortants que de cas entrants). Un ratio inférieur à 1 va dans une direction non souhaitée (plus de cas d'ANS entrants que de cas sortants).</p>
Unité de mesure	Ratio
Méthodes de calcul	<p>Ratio de prise en charge des ANS = Numérateur : Volume des cas ANS sortants ÷ Dénominateur : Volume des cas ANS nouvellement ajoutés</p> <p>Inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas ANS <p>Exclusions : Cas ANS où</p> <ul style="list-style-type: none"> • La raison de la cessation est une « erreur d'entrée des données ». • La durée de séjour calculée de l'ANS est de 0 jour. • Dans les soins post-aigus, le service hospitalier est le même que la destination de sortie.
Numérateur	Nombre d'hospitalisations ANS qui sont sorties dans la période couverte par le rapport.
Dénominateur	Nombre de nouvelles désignations ANS, y compris les redésignations ANS, au cours de la période de référence.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Du 1 ^{er} juillet au 30 septembre 2023 (T2)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Se référer à l'objectif provincial de l'ERS-H pour 2024-2025.
Source des données	Système d'information sur les temps d'attente
Comment avoir accès aux données	<p>Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.</p> <p>Les hôpitaux qui ne soumettent pas de données au Système d'information sur les temps d'attente peuvent déterminer les cas ANS et les sorties par le biais de leur système d'information hospitalier.</p>

Abréviations : ANS, autre niveau de soins; ERS-H, entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers.

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

Question prioritaire : Accès et flux

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension	En temps opportun
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	Le pourcentage de visites aux urgences qui se sont soldées par le départ du patient avant qu'il n'ait été examiné ou traité par un médecin.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Numérateur / Dénominateur × 100 %</p> <p>Inclusions : Tous cas confondus, quel que soit le statut d'admission ou le niveau de triage (score ÉTG).</p> <p>Exclusions : Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le centre fonctionnel du SIG ne relève pas des <i>urgences générales</i> ou d'un <i>centre de soins d'urgence</i>. • La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite aux urgences = 0</i>).
Numérateur	<p>Nombre de visites aux urgences au cours desquelles le patient a quitté le service sans avoir été examiné par un médecin, au cours de la période de référence.</p> <p>Inclusions : Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient a quitté les urgences sans avoir été examiné, avec les codes de décision de visite 61 ou 63 : <ul style="list-style-type: none"> ○ 61 : Sortie après l'inscription – le patient a quitté à ses propres risques après l'inscription; il n'y a pas eu de triage, d'évaluation plus poussée par un fournisseur de services ni de traitement. ○ 63 : Sortie après le triage – le patient a quitté les urgences à ses propres risques après l'inscription et le triage; il n'y a pas eu d'évaluation plus poussée par un fournisseur de services ni de traitement. <p>Exclusions : Cas où</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient a quitté contre l'avis du médecin, avec les codes de décision de visite 62 ou 64 : <ul style="list-style-type: none"> ○ 64 : A quitté après l'évaluation initiale. ○ 62 : A quitté après le traitement initial.
Dénominateur	Nombre total de visites non planifiées aux urgences pendant la période de référence.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Du 1 ^{er} avril 2023 au 30 septembre 2023 (T1 et T2)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.

Abréviations : ÉTG, Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence; SIG, système d'information de gestion.

Commentaires

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

Pour les hôpitaux qui participent à l'Initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences (IANSU), les données relatives au nombre de patients qui quittent l'hôpital sans avoir été examinés sont disponibles sur une base mensuelle dans le rapport annuel sur les urgences de Santé Ontario.

Équité

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

Question prioritaire : Équité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	Pourcentage de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur × 100 % Nombre de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et/ou de lutte contre le racisme, divisé par le nombre total de membres du personnel.
Numérateur	Nombre de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme au cours de la période de référence. <ul style="list-style-type: none"> • Si une formation à l'équité, à la diversité, à l'inclusion et à la lutte contre le racisme a été exigée pour le personnel et qu'elle n'a été que partiellement suivie, ne comptez pas les formations partiellement suivies.
Dénominateur	Nombre total de membres du personnel visés par une formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme. <ul style="list-style-type: none"> • Inclure le personnel (les travailleurs) travaillant activement dans l'organisation à tout moment de la période de référence.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Mesures de réussite des logiciels d'apprentissage
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

Commentaires

Cet indicateur peut refléter un grand nombre de formations en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et/ou de lutte contre le racisme, comme des cours de formation, des modules en ligne, des webinaires et des séances d'information.

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

Ressources

- Idées de changement concernant l'équité en matière de santé sur [Quorum](#).
- [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#) de Santé Ontario

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

Question prioritaire : Équité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	Le temps d'attente aux urgences jusqu'à l'évaluation initiale par un médecin est la durée (temps écoulé) entre le triage et l'évaluation initiale par un médecin pour les patients atteints de drépanocytose qui ont été triés au niveau 1 ou 2 de l'ÉTG. Mesure d'évaluation : moyenne.
Unité de mesure	Minutes
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur Inclusions : Cas <ul style="list-style-type: none"> • Avec les codes CIM-10-CA (dans le champ du <i>problème principal</i> ou des <i>autres problèmes</i>) pour la drépanocytose : D570, D571, D572, D578. • Le patient est trié au niveau 1 (réanimation) ou 2 (urgence) de l'ÉTG. Exclusions : Cas où <ul style="list-style-type: none"> • La <i>Date et Heure d'inscription</i> ainsi que la <i>Date et Heure de triage</i> sont manquantes. • Le centre fonctionnel du SIG ne relève pas des <i>urgences générales</i> ou d'un <i>centre de soins d'urgence</i>. • La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite aux urgences</i> = 0). • L'heure de l'évaluation initiale par le médecin est inconnue (<i>Date et Heure de l'évaluation initiale du médecin</i> = 9999) ou le patient a quitté l'hôpital sans avoir été examiné. • La durée de l'évaluation initiale par un médecin est supérieure ou égale à 100 000 minutes (1 666 heures).
Numérateur	Somme du nombre de minutes pendant lesquelles les patients atteints de drépanocytose triés au niveau 1 ou 2 de l'ÉTG ont attendu l'évaluation initiale d'un médecin.
Dénominateur	Nombre total de visites aux urgences pour des patients atteints de drépanocytose triés au niveau 1 ou 2 de l'ÉTG.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Du 1 ^{er} avril 2023 au 30 septembre 2023 (T1 et T2)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	L'Association canadienne des médecins d'urgence, définit comme suit le délai cible pour l'évaluation initiale par le médecin en fonction du niveau de l'ÉTG : <ul style="list-style-type: none"> • Pour le niveau 1 de l'ÉTG – immédiat (par exemple, dans les 5 minutes) • Pour le niveau 2 de l'ÉTG – dans les 15 minutes • Pour le niveau 3 de l'ÉTG – dans les 30 minutes • Pour le niveau 4 de l'ÉTG – dans les 60 minutes • Pour le niveau 5 de l'ÉTG – dans les 120 minutes
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	Les données de l'indicateur seront préremplies dans le navigateur de PAQ pour les hôpitaux ayant un volume suffisamment important de visites aux urgences pour des patients atteints de drépanocytose.

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

Commentaires

Des indicateurs similaires sont également disponibles dans le tableau de bord du rapport électronique pour la [norme de qualité sur la drépanocytose](#).

Ressources

Pour de plus amples informations sur la drépanocytose et les questions d'équité, veuillez consulter la [norme de qualité sur la drépanocytose](#) et le [Plan pour la santé des Noirs](#) de Santé Ontario.

Taux de visites répétitives à 30 jours aux urgences pour les personnes atteintes de drépanocytose

Question prioritaire : Équité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	Pourcentage de patients atteints de drépanocytose qui effectuent au moins une nouvelle visite non planifiée aux urgences dans les 30 jours suivant une précédente visite non planifiée aux urgences. Cet indicateur est présenté en proportion de l'ensemble des visites d'urgence dues à la drépanocytose.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Pour le taux de visites répétitives à 30 jours aux urgences pour les personnes atteintes de drépanocytose</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Déterminer le dénominateur (c'est-à-dire le nombre total de visites aux urgences dues à la drépanocytose). 2) Déterminer le numérateur en recensant les visites répétées dans les 30 jours. 3) Calculer le pourcentage de ces visites répétées par rapport au nombre total de visites aux urgences : $\text{Numérateur} / \text{Dénominateur} \times 100 \%$ <p>Inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour la visite de référence et la visite répétée, codes CIM-10-CA (dans le champ du <i>problème principal</i> ou des <i>autres problèmes</i>) pour la drépanocytose : D570, D571, D572, D578. • Une visite est considérée comme une visite répétée si elle concerne la drépanocytose et qu'elle a lieu dans les 30 jours suivant une visite de référence (c'est-à-dire la première visite) pour la drépanocytose. <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite aux urgences = 0</i>).
Numérateur	Nombre de visites répétées (c'est-à-dire les visites non planifiées aux urgences dues à la drépanocytose dans les 30 jours suivant une précédente visite aux urgences due à la drépanocytose).
Dénominateur	Nombre total de visites non planifiées aux urgences dues à la drépanocytose.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Visites de référence du 1 ^{er} avril 2023 au 30 septembre 2023 (T1 et T2)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	Les données de l'indicateur seront préremplies dans le navigateur de PAQ pour les hôpitaux ayant un volume suffisamment important de visites aux urgences pour des patients atteints de drépanocytose.

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

Commentaires

Des indicateurs similaires sont également disponibles dans le tableau de bord du rapport électronique pour la [norme de qualité sur la drépanocytose](#).

Pour de plus amples informations sur la drépanocytose et les questions d'équité, veuillez consulter la [norme de qualité sur la drépanocytose](#) et le [Plan pour la santé des Noirs](#) de Santé Ontario.

Pourcentage de visites aux urgences pour les personnes atteintes de drépanocytose ayant fait l'objet d'un triage de haute gravité (niveau 1 ou 2 de l'ÉTG)

Question prioritaire : Équité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Non directionnelle (c'est-à-dire que l'amélioration de cet indicateur peut être une augmentation ou une diminution selon les objectifs de l'organisation) : <ul style="list-style-type: none"> • Une augmentation pourrait s'expliquer par le fait que les urgences procèdent à un triage plus approprié de la drépanocytose au fil du temps, afin de refléter la gravité de la maladie. • Une diminution pourrait démontrer que les personnes atteintes de drépanocytose bénéficient d'un meilleur traitement global et d'une véritable réduction du nombre de patients présentant des symptômes graves dus à la drépanocytose.
Type	Mesure du processus
Description	Pourcentage de visites non planifiées aux urgences dues à la drépanocytose qui sont classées comme étant de gravité élevée (niveau 1 ou 2 de l'ÉTG). Cet indicateur est présenté en proportion de l'ensemble des visites au service d'urgence dues à la drépanocytose.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Pour le pourcentage de visites aux urgences pour les personnes atteintes de drépanocytose ayant fait l'objet d'un triage de haute gravité (niveau 1 ou 2 de l'ÉTG). <ol style="list-style-type: none"> 1) Déterminer le dénominateur (c'est-à-dire le nombre total de visites aux urgences dues à la drépanocytose). 2) Déterminer le numérateur, en recensant les visites avec un niveau 1 ou 2 de l'ÉTG. 3) Calculer le pourcentage de visites de niveau 1 ou 2 de l'ÉTG par rapport au nombre total de visites aux urgences dues à la drépanocytose : Numérateur / Dénominateur × 100 % <p>Inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codes CIM-10-CA (dans le champ du <i>problème principal</i> ou des <i>autres problèmes</i>) pour la drépanocytose : D570, D571, D572, D578. <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite aux urgences = 0</i>).
Numérateur	Nombre de visites non planifiées aux urgences dues à la drépanocytose qui sont classées comme étant de gravité élevée (niveau 1 ou 2 de l'ÉTG). <p>Inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triage au niveau 1 (réanimation) ou 2 (urgence) de l'ÉTG.
Dénominateur	Nombre total de visites non planifiées aux urgences dues à la drépanocytose.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Du 1 ^{er} avril 2023 au 30 septembre 2023 (T1 et T2)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Comment avoir accès aux données	Les données de l'indicateur seront préremplies dans le navigateur de PAQ pour les hôpitaux ayant un volume suffisamment important de visites aux urgences pour des patients atteints de drépanocytose.

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

Commentaires

Des indicateurs similaires sont également disponibles dans le tableau de bord du rapport électronique pour la [norme de qualité sur la drépanocytose](#).

Ressources

Pour de plus amples informations sur la drépanocytose et les questions d'équité, veuillez consulter la [norme de qualité sur la drépanocytose](#) et le [Plan pour la santé des Noirs](#) de Santé Ontario.

Expérience

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

Question prioritaire : Expérience

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Axée sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Type	Mesure des résultats
Description	Pourcentage de personnes ayant répondu « Complètement » à la question suivante : « Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre sortie de l'hôpital? »
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Numérateur / Dénominateur × 100 %</p> <p>Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens de l'Institut canadien d'information sur la santé</p> <p>Question 38 : « <i>Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre sortie de l'hôpital?</i> »</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Complètement</i> - <i>Moyennement</i> - <i>Un peu</i> - <i>Pas du tout</i> <p>Pour les questions relatives à l'expérience des patients, la méthode de la case supérieure est utilisée, en ne comptant que les répondants qui choisissent la réponse la plus positive.</p>
Numérateur	Nombre de personnes ayant répondu « Complètement ».
Dénominateur	Nombre de répondants ayant fourni une réponse à cette question (ne pas inclure les non-répondants)
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Collecte de données locales
Comment avoir accès aux données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation.

Commentaires

Les hôpitaux peuvent utiliser les questions du Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC) pour auto-déclarer cet indicateur dans leurs PAQ 2024-2025.

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

Sécurité

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

Question prioritaire : Sécurité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Non directionnelle, pour l'instant. Bien qu'il soit préférable que les taux de delirium soient bas, si votre organisation se concentre sur une meilleure identification et déclaration du delirium, votre direction d'amélioration peut être une augmentation du taux d'apparition du delirium au cours de l'hospitalisation.
Type	Mesure des résultats
Description	Taux de delirium acquis à l'hôpital parmi les patients hospitalisés en soins aigus. Cet indicateur est présenté en proportion de l'ensemble des hospitalisations.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur × 100 %
Numérateur	Nombre d'hospitalisations dans le dénominateur avec apparition d'un delirium au cours de l'hospitalisation (c'est-à-dire un delirium acquis à l'hôpital). Si un patient présente un delirium acquis à l'hôpital au cours de plusieurs hospitalisations différentes, tous ces cas seront comptabilisés dans le numérateur. Inclusions : <ul style="list-style-type: none"> Codes CIM-10-CA F05.x pour le delirium non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives : F05.0, F05.1, F05.2, F05.8, F05.9 Code de diagnostic de type 2 : comorbidité postadmission
Dénominateur	Nombre total d'hospitalisations uniques en soins aigus. Si un patient est hospitalisé plusieurs fois, toutes les hospitalisations seront comptabilisées dans le dénominateur. Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> Hospitalisations de nouveau-nés (<i>catégorie d'admission</i> = N), de mort-nés (<i>catégorie d'admission</i> = S) et de donneurs cadavériques (<i>catégorie d'admission</i> = R)
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Du 1 ^{er} avril 2023 au 30 septembre 2023 (T1 et T2)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Base de données sur les congés des patients
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ.

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

Commentaires

Il est essentiel de pouvoir identifier avec précision le delirium pour mettre en place des soins de santé optimaux. Des données existantes suggèrent que le delirium est souvent méconnu et mal diagnostiqué comme autre trouble ou attribué à tort à la démence.¹ Bien que la série de codes de diagnostic F05.x ait une valeur prédictive positive élevée pour l'identification du delirium, la sensibilité est faible, ce qui se traduit par une sous-déclaration du delirium.

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

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

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

Référence

1. Pendlebury ST, Lovett NG, Thomson RJ, Smith SC. [Impact of a system-wide multicomponent intervention on administrative diagnostic coding for delirium and other cognitive frailty syndromes: observational prospective study](#). *Clin Med (Lond)*. 2020;20(5):454-464.

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

Question prioritaire : Sécurité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Type	Mesure des résultats
Description	Nombre de patients sortants pour qui un Meilleur schéma thérapeutique au congé a été établi, par rapport au nombre total de patients sortants.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur × 100 % Afin de garantir une approche standardisée pour la mesure, les hôpitaux devront fournir le numérateur et le dénominateur dans leur plan de travail du PAQ; le navigateur de PAQ calculera le taux.
Numérateur	Nombre de patients sortants pour qui un Meilleur schéma thérapeutique au congé a été établi. Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> • Sortie d'hôpital pour cause de décès, de naissance ou de naissance d'un enfant mort-né. Remarque : Toute exclusion supplémentaire doit être documentée dans la section des commentaires du navigateur de PAQ.
Dénominateur	Nombre de patients sortants de l'hôpital. Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> • Sortie d'hôpital pour cause de décès, de naissance ou de naissance d'un enfant mort-né. Remarque : Toute exclusion supplémentaire doit être documentée dans la section des commentaires du navigateur de PAQ. Remarque : Les hôpitaux devront saisir le nombre total de sorties d'hôpital au cours de la période de référence dans le navigateur de PAQ.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Collecte de données locales
Comment avoir accès aux données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation.

Commentaires

Les organismes doivent rendre compte de leurs performances actuelles et fixer des objectifs pour le bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital au niveau de l'organisation (c'est-à-dire pour l'ensemble de l'hôpital). Les hôpitaux devront saisir le nombre total de sorties d'hôpital au cours de la période de référence dans la section des données pour l'indicateur de performance actuelle dans le navigateur de PAQ. Les hôpitaux doivent également indiquer les programmes ou les patients qui ne sont pas pris en compte dans le calcul du bilan comparatif des médicaments.

Pour obtenir des ressources permettant de surveiller les processus de bilan comparatif des médicaments en cours, consultez la page [Mesures : Bilan comparatif des médicaments \(BCM\)](#) du site Web d'Excellence en santé Canada (anciennement l'Institut canadien pour la sécurité des patients).

L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada propose une liste de contrôle sur les [étapes à suivre pour créer le Meilleur schéma thérapeutique au congé](#) (en anglais).

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

Question prioritaire : Sécurité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Diminution (des taux faibles sont préférables); toutefois, si votre organisation se concentre sur le développement de la culture de signalement, l'objectif de votre PAQ pour cet indicateur pourrait être d'augmenter le nombre de signalements. Si la culture de signalement de votre organisation est déjà bien établie, l'objectif de votre PAQ peut être de réduire le nombre d'incidents.
Type	Mesure des résultats
Description	Taux d'incidents de violence au travail signalés par le personnel hospitalier et ayant entraîné un préjudice avec interruption de travail au cours d'une période de 12 mois. À des fins d'amélioration de la qualité, les hôpitaux doivent recueillir des données sur le nombre d'incidents de violence signalés par les travailleurs et ayant entraîné un préjudice avec interruption de travail, y compris les médecins et les personnes sous contrat avec d'autres employeurs (par exemple, services de restauration, sécurité), conformément à la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i> .
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Nombre d'incidents de violence au travail ayant entraîné une interruption de travail ayant été signalés par les travailleurs de l'hôpital pour 100 travailleurs équivalents temps plein au cours d'une période de 12 mois, les termes « travailleur » et « violence au travail » étant définis dans la Loi sur la santé et la sécurité au travail . $\text{Numérateur} / \text{Dénominateur} \times 100 \%$
Numérateur	Nombre d'incidents de violence au travail ayant entraîné un préjudice avec interruption de travail signalés par les employés de l'hôpital. Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> • Décès
Dénominateur	Nombre total d'employés de l'hôpital en équivalent temps plein (ETP)
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Collecte de données locales; le nombre d'incidents de violence au travail signalés ayant entraîné un préjudice avec interruption de travail est disponible via les mécanismes de rapport internes de votre organisation.
Comment avoir accès aux données	Pour déterminer le nombre d'incidents de violence au travail ayant entraîné un préjudice avec interruption de travail, les hôpitaux sont encouragés à utiliser leur système interne de déclaration des incidents hospitaliers et de la sécurité des patients.

Commentaires

Un travailleur est l'une ou l'autre des personnes suivantes : une personne qui exécute un travail ou fournit des services contre rémunération en argent; un 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; une 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, un collège privé d'enseignement professionnel ou un autre établissement postsecondaire; mais qui, en vertu de la *Loi de 2000 sur les normes d'emploi*, n'est pas un employé aux fins de cette loi parce que les conditions énoncées au paragraphe 1 (2) de cette loi ont été remplies; toute autre personne prescrite qui exécute un travail ou fournit des services à un employeur sans rémunération en argent.

La violence au travail est définie dans la [Loi sur la santé et la sécurité au travail](#) comme étant l'emploi par une personne (par exemple, un patient, un visiteur ou un autre membre du personnel) contre un travailleur, dans un lieu de travail, d'une force physique qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice corporel. Cela comprend également la tentative d'employer contre un travailleur, dans un lieu de travail, une force physique qui pourrait lui causer un préjudice corporel, ou les 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.

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

Si le nombre d'incidents est ≤ 5 et > 0 , la valeur doit être supprimée.

Ressources supplémentaires

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

[Termes et concepts importants sur la violence et le harcèlement au travail du ministère du Travail](#)

[Association de santé et sécurité des services publics](#) (en anglais)

Indicateurs facultatifs pour les soins primaires interprofessionnels

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

Accès et flux

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

Question prioritaire : Accès et flux

Type d'indicateur : Facultatif

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

Commentaires

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

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

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

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

Nombre de nouveaux patients/clients/nouvelles inscriptions

Question prioritaire : Accès et flux

Type d'indicateur : Facultatif

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

Commentaires

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

Équité

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

Question prioritaire : Équité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	Pourcentage de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur × 100 % Nombre de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et/ou de lutte contre le racisme, divisé par le nombre total de membres du personnel.
Numérateur	Nombre de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme au cours de la période de référence. <ul style="list-style-type: none"> • Si une formation à l'équité, à la diversité, à l'inclusion et à la lutte contre le racisme a été exigée pour le personnel et qu'elle n'a été que partiellement suivie, ne comptez pas les formations partiellement suivies.
Dénominateur	Nombre total de membres du personnel visés par une formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme. <ul style="list-style-type: none"> • Inclure le personnel (les travailleurs) travaillant activement dans l'organisation à tout moment de la période de référence.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Mesures de réussite des logiciels d'apprentissage
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

Commentaires

Cet indicateur peut refléter un grand nombre de formations en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et/ou de lutte contre le racisme, comme des cours de formation, des modules en ligne, des webinaires et des séances d'information.

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

Ressources

- Idées de changement concernant l'équité en matière de santé sur [Quorum](#)
- [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#) de Santé Ontario

Réalisation de la collecte des données sociodémographiques

Question prioritaire : Équité

Type d'indicateur : Facultatif

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

Commentaires

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

En partenariat avec l'Association of Family Health Teams of Ontario, les Équipes Santé Familiale (ESF) sont encouragées à utiliser le [questionnaire sur l'équité en matière de santé](#) (en anglais), élaboré par l'ESF de Wellington Est, pour cet indicateur, sans toutefois exclure la possibilité d'utiliser une autre option de sondage. Bien que conçu pour les ESF, ce questionnaire peut être appliqué à tous les modèles de soins primaires.

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

Expérience

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

Question prioritaire : Expérience

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Axée sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Type	Mesure des résultats
Description	Pourcentage de patients/clients qui déclarent se sentir à l'aise et bienvenus dans le cabinet de soins primaires
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur × 100 %
Numérateur	Nombre de patients/clients ayant répondu « Oui » à la question suggérée ci-dessous (indiquant qu'ils se sentent à l'aise et bienvenus dans le centre de santé communautaire ou le cabinet de soins primaires) : <i>Je me sens toujours à l'aise et bienvenu à [nom du centre/cabinet]?</i> - a. Oui - b. Non
Dénominateur	Nombre total de patients/clients ayant répondu à la question du sondage.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Le corridor cible fixé par l'Alliance pour des communautés en santé est compris entre 90 % et 100 %.
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, au moyen de sondages sur l'expérience des patients/clients.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

Commentaires

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

Les données recueillies pour cet indicateur peuvent être comparées aux données nationales obtenues grâce à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et à l'Indice canadien du mieux-être.

Les patients/clients se sentent-ils impliqués dans les décisions concernant leurs soins?

Question prioritaire : Expérience

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Axée sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Type	Mesure des résultats
Description	Pourcentage de patients/clients qui déclarent avoir toujours ou souvent été impliqués dans les décisions relatives à leurs soins lorsqu'ils ont rencontré leur fournisseur de soins primaires.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Numérateur / Dénominateur × 100 %</p> <p>Les organisations devraient mesurer les progrès réalisés par rapport à cet indicateur en utilisant la formulation de la question suivante du Sondage sur l'expérience des patients au chapitre des soins primaires :</p> <p>Q7. Lorsque vous rendez visite à votre médecin ou votre infirmier praticien, est-ce que cette personne ou une autre personne du bureau vous inclut autant que vous le souhaitez dans les décisions touchant vos soins et votre traitement?</p> <p>Utiliser l'échelle Toujours, Souvent, Parfois, Rarement, Jamais, Sans objet (je ne sais pas/je refuse de le dire)</p> <p>Pour calculer le résultat de l'indicateur, additionner le nombre de répondants ayant répondu « Toujours » et « Souvent » et diviser par le nombre de répondants ayant donné une réponse à cette question. Ne pas inclure les non-répondants ou les répondants qui ont répondu « Sans objet (je ne sais pas/je refuse de le dire) ».</p>
Numérateur	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes ayant répondu « Toujours » ou « Souvent » à cette question.
Dénominateur	<p>Nombre de répondants ayant donné une réponse à cette question.</p> <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-répondants • Les répondants qui ont répondu « Sans objet (ne sais pas/refuse) »
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	Le corridor cible fixé par l'Alliance pour des communautés en santé est compris entre 90 % et 100 %.
Source des données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation, au moyen de sondages sur l'expérience des patients/clients.
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales.

Commentaires

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

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

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

Si cet indicateur est sélectionné, les organisations devront fournir au navigateur de PAQ le nombre total de répondants ayant donné une réponse pour chaque échelle de réponse du sondage.

Un indicateur similaire est disponible dans le [Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé](#) du ministère de la Santé.

Indicateurs pour les soins de longue durée

Accès et flux

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

Question prioritaire : Accès et flux

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Efficiences
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	Nombre de visites aux urgences pour une liste modifiée d'affections sensibles aux soins ambulatoires* par 100 résidents de soins de longue durée
Unité de mesure	Taux par 100 résidents
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur × 100 Nombre de visites non planifiées aux urgences effectuées par des résidents de foyers de soins de longue durée pour les affections sélectionnées, divisé par la population active des résidents de foyers de soins de longue durée.
Numérateur	Total des visites non planifiées aux urgences pour une liste modifiée des affections sensibles aux soins ambulatoires*, qui comprend les transferts entre services d'urgence et les visites aux urgences ayant entraîné une admission ou un décès pour tous les résidents actifs des foyers de soins de longue durée de l'Ontario. Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> • La visite aux urgences était planifiée (<i>Indicateur de visite aux urgences = 0</i>). • Visites pour les résidents qui ont été admis pour la première fois dans le foyer de soins de longue durée avant l'âge de 65 ans.
Dénominateur	Nombre total de résidents actifs dans les établissements de soins de longue durée. Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes dont le numéro de carte Santé n'est pas valide. • Les résidents qui ont été admis pour la première fois dans le foyer de soins de longue durée avant l'âge de 65 ans.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	<ul style="list-style-type: none"> • Du 1^{er} octobre 2022 au 30 septembre 2023 (du T3 à la fin du T2 suivant)
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Les données du Système d'information sur les soins de longue durée et du Système national d'information sur les soins ambulatoires sont fournies par la Direction de l'analytique et des connaissances en matière de santé du ministère de la Santé (MS) et du ministère des Soins de longue durée (MSLD).
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ. Les données trimestrielles pour cet indicateur sont disponibles auprès du ministère via LTCHomes.net.

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

Commentaires

Des conseils sur l'amélioration de la qualité liés à cet indicateur sont disponibles sur le site Web de Santé Ontario.

Des conseils supplémentaires sont disponibles ici : programme [INTERACT \(interventions pour réduire les transferts de soins aigus\)](#) (en anglais).

Équité

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

Question prioritaire : Équité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Équitable
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	Pourcentage de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur × 100 % Nombre de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et/ou de lutte contre le racisme, divisé par le nombre total de membres du personnel.
Numérateur	Nombre de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme au cours de la période de référence. <ul style="list-style-type: none"> • Si une formation à l'équité, à la diversité, à l'inclusion et à la lutte contre le racisme a été exigée pour le personnel et qu'elle n'a été que partiellement suivie, ne comptez pas les formations partiellement suivies.
Dénominateur	Nombre total de membres du personnel visés par une formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme. <ul style="list-style-type: none"> • Inclure le personnel (les travailleurs) travaillant activement dans l'organisation à tout moment de la période de référence.
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Mesures de réussite des logiciels d'apprentissage
Comment avoir accès aux données	Collecte de données locales

Commentaires

Cet indicateur peut refléter un grand nombre de formations en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et/ou de lutte contre le racisme, comme des cours de formation, des modules en ligne, des webinaires et des séances d'information.

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

Ressources

- Idées de changement concernant l'équité en matière de santé sur [Quorum](#)
- [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#) de Santé Ontario

Expérience

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

Question prioritaire : Expérience

Type d'indicateur : Facultatif

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

Abréviations : interRAI, International Resident Assessment Instrument.

Commentaires

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

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

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

Question prioritaire : Expérience

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Axée sur le patient
Direction de l'amélioration	Augmentation (un résultat élevé est préférable)
Type	Mesure des résultats
Description	Le pourcentage de résidents qui ont répondu positivement (9 ou 10) à la question : « Quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer la qualité de l'écoute du personnel? »
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur × 100 % Les établissements qui utilisent l' enquête NHCAHPS auprès des résidents de foyers de longue durée (en anglais) doivent mesurer ce domaine en calculant le pourcentage de résidents qui ont répondu positivement à la question : <i>Quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer la qualité de l'écoute du personnel?</i> Les réponses sont codées de 0 à 10, où 0 = le pire possible et 10 = le meilleur possible.
Numérateur	Pour les foyers ayant recours à l'enquête NHCAHPS auprès des résidents de foyers de longue durée, le nombre de personnes qui ont répondu par un 9 ou un 10 à la question.
Dénominateur	Pour les foyers ayant recours à l'enquête NHCAHPS auprès des résidents de foyers de longue durée, nombre total de résidents ayant enregistré une réponse à la question. Exclusions : • Non-répondants
Rajustement en fonction des risques	Aucun
Période de référence : performance courante	Période de 12 mois consécutifs la plus récente
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Collecte de données locales, comme l'enquête NHCAHPS auprès des résidents de foyers de longue durée.
Comment avoir accès aux données	Ces données devraient être accessibles au sein de votre propre organisation.

Abréviations : NHCAHPS, Nursing Home Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems.

Commentaires

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

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

Sécurité

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

Question prioritaire : Sécurité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Type	Mesure du processus
Description	Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée non atteints de psychose ayant reçu des médicaments antipsychotiques dans les sept jours précédant l'évaluation du résident.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur × 100 % Le numérateur et le dénominateur sont calculés sur la base de quatre trimestres mobiles de données pour le trimestre cible et les trois trimestres précédents.
Numérateur	Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée ayant reçu des médicaments antipsychotiques pendant un ou plusieurs jours au cours de la semaine précédant l'évaluation cible RAI-MDS. Inclusions : RAI-MDS <i>O4a</i> = 1, 2, 3, 4, 5, 6, ou 7 <i>O4a</i> est le nombre de jours où le résident a reçu un médicament antipsychotique au cours des sept derniers jours (0-7).
Dénominateur	Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée ayant fait l'objet d'une évaluation RAI-MDS valide, à l'exclusion des personnes atteintes de schizophrénie, de chorée de Huntington, d'hallucinations ou de délires, ainsi que des résidents en phase terminale d'une maladie ou recevant des soins palliatifs. Exclusions : Résidents en phase terminale (<i>J5c</i> = 1) ou recevant des soins palliatifs (<i>P1ao</i> = 1) Les résidents qui ont un diagnostic de schizophrénie (<i>I1ii</i> = 1) ou de chorée de Huntington (<i>I1x</i> = 1), ou qui éprouvent des hallucinations (<i>J1i</i> = 1) ou des délires (<i>J1e</i> = 1)
Rajustement en fonction des risques	Aucun. Non rajusté pour le PAQ
Période de référence : performance courante	De juillet 2023 à septembre 2023 (T2 2023-2024), avec une moyenne mobile sur quatre trimestres.
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). Les données sont fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) via les rapports électroniques du SISLD.
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ. Pour avoir accès aux taux non rajustés de votre organisation pour cet indicateur, consultez les rapports électroniques du SISLD sur le site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé (www.cihi.ca)

Abréviations : SISLD, Système d'information sur les soins de longue durée; RAI-MDS, instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal version 2.0.

Commentaires

L'indicateur est calculé comme une moyenne mobile sur quatre trimestres par l'ICIS. Le T2 2023-2024 est calculé sur la base des données du T3 de l'exercice 2022-2023 jusqu'au T2 (inclus) de l'exercice 2023-2024. Ainsi, les données de l'indicateur du T2 représentent les données du T2, ainsi que celles des trois trimestres précédents.

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

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

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

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

Question prioritaire : Sécurité

Type d'indicateur : Facultatif

Dimension de la qualité	Sécurité
Direction de l'amélioration	Diminution (un résultat faible est préférable)
Type	Mesure des résultats
Description	Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée ayant fait une chute dans les 30 jours précédant leur évaluation.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur / Dénominateur × 100 % Le numérateur et le dénominateur sont calculés sur la base de quatre trimestres mobiles de données pour le trimestre cible et les trois trimestres précédents.
Numérateur	Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée ayant fait une chute dans les 30 jours précédant la date de leur évaluation clinique trimestrielle. Inclusions : RAI-MDS J4a = 1 J4a indique que le résident a fait une chute au cours des 30 derniers jours.
Dénominateur	Nombre de résidents de foyers de soins de longue durée ayant fait l'objet d'une évaluation RAI-MDS valide.
Rajustement en fonction des risques	Aucun. Non rajusté pour le PAQ
Période de référence : performance courante	De juillet 2023 à septembre 2023 (T2 2023-2024), avec une moyenne mobile sur quatre trimestres.
Éléments à prendre en compte pour fixer les objectifs	S. O.
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). Les données sont fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) via les rapports électroniques du SISLD.
Comment avoir accès aux données	Les données relatives aux indicateurs seront préremplies dans le navigateur de PAQ. Pour avoir accès aux taux non rajustés de votre organisation pour cet indicateur, consultez les rapports électroniques du SISLD sur le site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé (www.cihi.ca)

Abréviations : SISLD, Système d'information sur les soins de longue durée; RAI-MDS, instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal version 2.0.

Commentaires

L'indicateur est calculé comme une moyenne mobile sur quatre trimestres par l'ICIS. Le T2 2023-2024 est calculé sur la base des données du T3 de l'exercice 2022-2023 jusqu'au T2 (inclus) de l'exercice 2023-2024. Ainsi, les données de l'indicateur du T2 représentent les données du T2, ainsi que celles des trois trimestres précédents.

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

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

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

Ressources supplémentaires

Des documents de soutien et des ressources sont disponibles pour aider les organisations à réfléchir à leur approche de la qualité et peuvent être consultés sur la page des ressources du navigateur et sur [Quorum](#). Vous pouvez contacter l'équipe PAQ de Santé Ontario à l'adresse suivante : QIP@ontariohealth.ca.