



Rapport MaPratique : Soins primaires

Annexe technique

Juin 2024

Table des matières

Table des matières	2
Introduction	6
Section 1 : Prescription d'antibiotiques	10
Initiation aux antibiotiques	10
Traitement prolongé aux antibiotiques	14
Section 2 : Prescription d'opioïdes	19
Opioïdes délivrés	19
Nouveaux opioïdes délivrés	21
.....	23
Opioïdes et benzodiazépines délivrés	24
Opioïdes à forte dose délivrés	26
Liste complète des médicaments	30
Médicaments opioïdes pour la gestion de la douleur : Nom du médicament.....	30
Médicaments benzodiazépines : Nom du médicament.....	32
Traitement par agoniste opioïde (TAO) : Nom du médicament.....	33
Antitussifs (médicaments contre la toux) contenant des opioïdes : Nom du médicament.....	33
Médicaments antidiarrhéiques contenant des opioïdes : Nom du médicament	34
Section 3 : Dépistage du cancer	37
Dépistage par test Pap	37
Dépistage par mammographie	38
Dépistage colorectal.....	40
Section 4 : Prise en charge du diabète	44
Test HbA1c pour prévenir les complications du diabète.....	44
Examen de la rétine pour prévenir les complications de la rétinopathie diabétique.....	46
Statines délivrées pour prévenir les complications vasculaires du diabète	48
Section 5 : Utilisation des services de santé.....	50
Nombre total de visites aux services d'urgence.....	50
Visites urgentes aux services d'urgence	52
Visites moins urgentes aux services d'urgence	54
Réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours.....	56
Réadmissions à l'hôpital dans un délai d'un an	57

Total des admissions pour CPSA.....	59
Admissions pour CPSA – Asthme.....	61
Admissions pour CPSA – ICC.....	63
Admissions pour CPSA – MPOC.....	64
Admissions pour CPSA – Diabète.....	66
Visites auprès de son propre médecin.....	68
Visites auprès de son propre groupe (fournisseur de soins primaires régulier – équipe)	69
Section 6 : Cohortes de maladies chroniques.....	71
Génération de cohortes de maladies chroniques	71
Cohortes de maladies chroniques : Hypertension	72
Cohortes de maladies chroniques : <i>Insuffisance cardiaque congestive (ICC)</i>	74
Cohortes de maladies chroniques : Infarctus aigu du myocarde (IAM).....	76
Cohortes de maladies chroniques : Diagnostic de santé mentale.....	77
Cohortes de maladies chroniques : Diabète	79
Section 7 : Données démographiques des patients	80
Nombre de patients inscrits	80
Âge	81
Quintile de revenu.....	82
Indice de ruralité des patients de l'Ontario (IRO)	83
Indicateurs supplémentaires.....	84
Section 3 : Prise en charge du diabète	84
Section 4 : Utilisation des services de santé.....	88
Visites chez un spécialiste - Cardiologue.....	88
Visites chez un spécialiste - Endocrinologue.....	89
Visites chez un spécialiste - Médecin de médecine interne	90
Visites chez un spécialiste - Psychiatre	91
Visites chez un spécialiste - Pneumologue.....	92
Coût.....	93
Indice de morbidité standardisé ACG (SAMI)	96
Section 5 : Données démographiques des patients	98
Genre	98
Immigrants récents	99
Annexe A – Tableau des acronymes.....	100
Annexe B – Sources de données	102

Prévention et gestion des maladies chroniques 104
Annexe C – Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins 106

Journal des modifications du document

Modification	Version	Date de publication pertinente
Mise à jour de la population d'ajustement pour les rapports des équipes de santé familiale (ESF) et des groupes pour inclure tous les Ontariens (à l'origine, la population d'ajustement était composée de toutes les ESF et des patients de tous les groupes, respectivement).	---	Novembre 2026
Ajout d'indicateurs sur les opioïdes et de détails techniques	---	Novembre 2026
Exclusion des patients en soins palliatifs de tous les indicateurs	---	Novembre 2026
Mise à jour de la section sur l'affectation aux RLISS avec plus de détails	V1	Avril 2018
Les critères d'inclusion liés à l'âge ont été mis à jour pour les indicateurs suivants : test HbA1c, examen rétinien, code d'évaluation de la prise en charge du diabète K030 et code d'incitation à la prise en charge du diabète Q040.	V2	Juillet 2018
Suppression de l'indicateur « Pourcentage de patients diabétiques à jour avec une prescription d'inhibiteur de l'ECA ou d'ARA »	V3	Décembre 2018
Mise à jour de la méthodologie d'affectation aux RLISS	V5	Novembre 2026
Mise à jour de la méthodologie pour le diabète (cohorte de maladies chroniques)	V5	Novembre 2026
Mise à jour de la méthodologie pour l'indicateur de dépistage du cancer colorectal	V6	Mai 2020
Mise à jour de la méthodologie pour l'indicateur de dépistage du cancer colorectal et la génération de cohortes (utilisation des codes K dans le cadre de la méthodologie d'inscription virtuelle)	V7	Novembre 2026
Mise à jour de la méthodologie pour la Cohorte de maladies chroniques — Diagnostic de santé mentale	V9	Mai 2020
Ajout d'indicateurs de prescription d'antibiotiques oraux et de détails techniques	V10	Mars 2022
Mise à jour de la méthodologie pour les indicateurs de dépistage du cancer	V11	Mai 2023
Mise à jour de la description de l'indicateur SAMI	V11	Mai 2023

Introduction

Les médecins et les administrateurs en Ontario sont dédiés à l'amélioration de la qualité; cependant, ils ne disposent pas toujours des données régionales et provinciales comparables dont ils ont besoin pour éclairer leurs efforts d'amélioration de la qualité. Pour combler cette lacune, Santé Ontario crée des rapports personnalisés et confidentiels pour les secteurs des soins primaires, des soins de longue durée et des hôpitaux.

En utilisant les bases de données administratives existantes sur la santé, le rapport MaPratique : Soins primaires fournissent aux médecins de famille non salariés qui dispensent des soins primaires complets ainsi qu'aux directeurs généraux des équipes de santé familiale (ESF) des données sur leur pratique/ESF et partagent des idées de changement pour contribuer à l'amélioration de la qualité.

Pour aider les utilisateurs de ces rapports, cette annexe technique fournit des détails sur la méthodologie utilisée pour dériver la cohorte (c.-à-d. la façon dont les patients sont inscrits et virtuellement inscrits), l'affectation aux RLISS et les méthodes d'ajustement. En outre, des définitions, des sources de données et des méthodes d'analyse sont fournies pour chacun des indicateurs présentés dans le rapport MaPratique : Soins primaires.

Génération de cohortes

La cohorte incluse dans ce rapport a été générée comme suit :

- 1) Les individus ont été sélectionnés à partir de la Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), un registre basé sur la population et géré par le ministère de la Santé (MS) et le ministère des Soins de longue durée (MSLD), et satisfaisaient aux critères suivants :
 - Étaient en vie à la date index (nés et non décédés)
 - Avaient eu un contact avec le système de santé dans les dix ans précédant la date index
 - Étaient résidents de l'Ontario
 - Étaient admissibles au RASO à la date index
- 2) Les individus inscrits sur la liste ont été identifiés par le biais de la base de données Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE)
 - Tous les individus ont été sélectionnés sur la base des codes CAPE suivants : 10 = inscrit avec une carte Santé rouge et blanche, 11 = inscrit avec une carte Santé avec photo, 12 = patient préchargé à

partir d'un secteur de programme existant (c.-à-d. un organisme de services de santé), 15 = patient résidant dans un établissement de soins de longue durée (SLD).

- Confirmé que l'admissibilité à CAPE chevauchait la date index
 - Conservé la date de début la plus récente pour les personnes ayant des admissibilités multiples à la date index
- 3) La base de données Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE) a été utilisée pour déterminer le médecin le plus responsable sur la base des critères suivants :
- Sélection de tous les médecins de la base de données CAPE
 - Création d'un ensemble de données par médecin où le compte représente le nombre de patients appartenant au médecin par type de programme d'inscription obtenu à l'étape 2
 - Le type de programme d'inscription qui compte le nombre le plus élevé de patients a été conservé
 - Le statut d'équipe de santé familiale (ESF) a été ajouté
 - À partir de la Base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé, vérifié l'admissibilité des médecins au sein du groupe à la date index

REMARQUE : Un petit nombre de médecins ont des patients inscrits dans plusieurs groupes; dans la plupart des cas, un groupe compte 1 200 patients et l'autre moins de 10. La méthode ci-dessus conservera le groupe qui compte le nombre le plus élevé de patients. Les patients du petit groupe seront réaffectés.

- 4) Pour les patients qui n'étaient pas inscrits dans la base de données CAPE, une méthodologie d'inscription virtuelle a été appliquée
- Toutes les visites chez les spécialistes ont été obtenues = 00, 05, 26 pour la période de deux ans précédant la date index pour les codes d'honoraires suivants : A001, A003, A007, A903, E075, G212, G271, G372, G373, G365, G538, G539, G590, G591, K005, K013, K017, P004, A261, K267, K269, K130, K131, K132 – codes de base de soins primaires (SP). Les codes de facturation K080, K081 et K082 du RASO pour les soins virtuels qui étaient en vigueur le 14 mars 2020 ont également été inclus dans le cadre de la méthode d'inscription virtuelle.
 - Le coût des services (coût × nombre de services) a été calculé à partir du fichier de tarification standard
 - Pour chaque patient, le médecin ayant facturé le montant le plus élevé a été sélectionné
- 5) La dernière étape a combiné les individus inscrits et virtuellement inscrits, tout en indiquant si un patient est inscrit ou virtuellement inscrit. Certains patients ont été virtuellement inscrits auprès de médecins appartenant à des groupes d'inscription, d'autres ont été virtuellement inscrits auprès de médecins ne faisant pas partie d'un groupe. Pour ces derniers, le type de programme d'inscription a

été recodé en « NOR », sans autre inscription. De plus, certains patients n'avaient pas de demandes de remboursement de base de SP. Pour ces patients, le type de programme d'inscription a été étiqueté comme étant sans médecin « NOP ».

Comparaisons au niveau du groupe, du RLISS et de la province

Outre les taux au niveau de la pratique, ce rapport inclut les taux au niveau du groupe, du RLISS et de la province, à des fins de mise en contexte. Les chiffres au niveau du groupe (RSF, GSF, OSF) présentent les données pour tous les médecins du groupe auquel chaque médecin appartient. Les données au niveau du RLISS comprennent tous les médecins du RLISS concerné. Les données à l'échelle provinciale comprennent les données de tous les médecins de l'Ontario. Si un médecin fait partie d'un groupe de moins de cinq médecins, les données du groupe seront soumises aux règles de suppression et ne seront pas affichées.

Affectation aux RLISS

À partir du cycle de données de mars 2019, la méthodologie d'affectation des médecins aux RLISS a été révisée et est basée sur la majorité des lieux de résidence des patients inscrits et virtuellement inscrits du médecin en utilisant leur code postal le plus récent ainsi que les codes de soins primaires du RASO uniquement. Auparavant, l'affectation des médecins aux RLISS était déterminée au moyen de la variable mainLHIN de la Base de données sur les médecins de l'ICES (IPDB), qui incluait tous les codes d'honoraires du RASO, ainsi que tous les patients auxquels le médecin dispensait des soins. En raison du décalage des données dans l'IPDB (année de référence 2015), une petite proportion de médecins ne pouvait pas être affectée à un RLISS, d'où le changement de méthodologie. Les deux méthodes présentent un bon accord (92,5 %), cependant, la nouvelle méthodologie garantit que chaque médecin est affecté à un RLISS.

La population du RLISS comprend tous les patients rattachés (par inscription ou inscription virtuelle) aux médecins auxquels ce RLISS a été assigné comme principale région de pratique.

L'affectation aux RLISS des équipes de santé familiale a été obtenue à partir d'un fichier fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Ajustement

Lorsque cela est indiqué, plusieurs indicateurs ont été ajustés pour l'âge, le sexe, le revenu, la ruralité et les comorbidités. La population de référence pour l'ajustement est l'ensemble des Ontariens.

Les quintiles de revenu sont calculés à partir du Fichier de conversion des codes postaux Plus (FCCP+) de Statistique Canada. Ce programme relie les codes postaux à six caractères aux zones géographiques de recensement pour dériver des informations telles que le revenu pour chaque zone géographique. Pour ces analyses, les données du Recensement de 2006 ont été utilisées pour attribuer des codes postaux aux résidents des aires de diffusion du Recensement de 2006. L'adéquation du revenu, ajustée en fonction de la taille du ménage et spécifique à chaque communauté, a été utilisée pour classer les codes postaux en quintiles de revenu, le quintile de revenu 1 ayant le revenu relatif le plus bas et le quintile de revenu 5 ayant le revenu le plus élevé.

La ruralité est basée sur l'Indice de ruralité de l'Ontario (IRO). L'indice IRO est basé sur la taille (et/ou la densité) de la population et sur le temps de trajet jusqu'aux centres de référence de base/avancés. Un

indice IRO de 0 à 39 est considéré comme urbain, un indice de 10 à 39 spécifie un centre urbain non majeur, et un indice de 40 et plus est considéré comme rural.

La comorbidité est identifiée sur la base des groupes de diagnostic ajustés (GDA). Les GDA font partie du système de regroupement des cas Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG), qui est utilisé pour ajuster la comorbidité. Le système ACG regroupe chaque code de diagnostic CIM-9 et CIM-10 attribué à un patient dans l'un des 32 GDA différents sur la base de cinq critères cliniques et d'utilisation prévue : durée de l'affection (aiguë, récurrente ou chronique); gravité de l'affection (par exemple, mineure et stable par rapport à majeure et instable); certitude diagnostique (symptômes axés sur l'évaluation diagnostique par rapport à une maladie documentée axée sur les services de traitement); étiologie de l'affection (infectieuse, blessure ou autre) et participation à des soins spécialisés (médecine, chirurgie, obstétrique, hématologie, etc.). Les GDA mesurent le fardeau de la maladie des patients en comptant le nombre de comorbidités que présente une personne sur la base de l'agrégation de ses symptômes. Les GDA servent de système d'ajustement des risques basé sur le diagnostic qui permet de prédire l'utilisation des ressources médicales. Une plage de GDA plus élevée indique que le patient présente un nombre plus élevé de comorbidités. En règle générale, les patients qui nécessitent un volume plus important de ressources de soins de santé sont ceux qui présentent des comorbidités.

Inscription virtuelle

La plupart des patients qui reçoivent des soins d'un médecin de famille travaillant dans le cadre d'un modèle d'inscription des patients sont inscrits auprès de ce médecin. Ces données sont disponibles dans la base de données « Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé » (CAPE) hébergée à l'ICES. Pour les patients non inscrits dans la base de données CAPE, une méthodologie d'inscription virtuelle a été appliquée, selon laquelle les patients sont attribués au médecin de famille qui a facturé (ou qui a facturé « en sous-main » dans les modèles de capitation) le montant en dollars le plus élevé de services de soins primaires de base (sur la base du barème de rémunération à l'acte, RASO) pour les patients au cours des deux années précédentes. Veuillez consulter la section sur la génération de cohortes qui décrit plus en détail la méthodologie d'inscription virtuelle.

Section 1 : Prescription d'antibiotiques

Initiation aux antibiotiques

Taux d'initiation d'antibiotiques oraux pour 1 000 consultations chez les patients âgés de 66 ans et plus au cours d'une période de déclaration de 6 mois

Description de l'indicateur

Cet indicateur mesure le nombre d'épisodes de traitement aux antibiotiques oraux dispensés pour 1 000 rencontres patient-médecin chez les adultes âgés de 66 ans et plus vivant dans la communauté. L'indicateur est basé sur tous les patients examinés par un médecin de soins primaires âgés de 66 ans et plus, et comprend les visites au cabinet, à domicile, virtuelles et aux urgences. L'antibiotique oral devait être prescrit par le médecin de soins primaires. Les antibiotiques non oraux et ceux prescrits à vos patients par d'autres médecins ne sont pas inclus dans cette mesure.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Rapport MaPratique : Soins primaires

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Ne s'applique pas

Autres rapports : Ne s'applique pas

Responsabilité : Cet indicateur est strictement destiné aux efforts d'amélioration de la qualité et n'est pas utilisé à des fins de responsabilité.

Définition et informations sur la source

Unité d'analyse : Taux pour 1 000 rencontres

Calcul :

Numérateur

Nombre total d'épisodes de traitement aux antibiotiques oraux dispensés à partir de chaque période de déclaration avec un médecin de soins primaires comme prescripteur pour les patients âgés de 66 ans et plus vivant dans la communauté.

Exclusions :

- Tout épisode de traitement aux antibiotiques oraux ayant commencé au cours des trois derniers mois de la période de déclaration précédente.
- Tout antibiotique oral délivré à une personne vivant dans un établissement de soins de longue durée (la délivrance porte la mention « SLD »).
- Formulations non orales d'antibiotiques.
- Les distributions de paromomycine sont exclues.
- Crèmes, antibiotiques otiques et ophtalmiques.
- Médecins de soins primaires qui n'ont pas vu de patient admissible.

Remarques :

- Un épisode de traitement définit une série de traitements aux antibiotiques oraux.
- Les épisodes de traitement concernent le même patient, le même médecin et le même nom de médicament, avec un maximum de trois jours entre la dernière date d'une délivrance et le premier jour de la délivrance suivante.
- Le dernier jour théorique de la délivrance est calculé en fonction de la date à laquelle le médicament a été dispensé et du nombre de jours de fourniture de pilules.
- Un seul épisode de traitement sera comptabilisé par jour, par patient et par médecin.
- L'épisode de traitement devait commencer au cours de la période de déclaration et pourrait se terminer au cours de la période de déclaration suivante. Les trois mois précédant chaque période de déclaration seront examinés pour les délivrances d'antibiotiques liées à la première délivrance de la période de déclaration (c.-à.-d. une rétrospective sur trois mois). Les deux premières semaines de la période de déclaration suivante seront examinées pour les délivrances d'antibiotiques oraux qui peuvent être liées à la dernière délivrance de la période de déclaration (c.-à.-d. une recherche prospective sur 14 jours).

Dénominateur

Nombre total de rencontres pour chaque médecin de soins primaires avec un patient âgé de 66 ans et plus vivant dans la communauté. Pour chaque épisode de traitement sans visite le même jour chez le médecin qui a prescrit l'antibiotique oral, un est ajouté au dénominateur.

Exclusions :

- Âge < 66 ans à la date index.
- Âge > 115 ans à la date index.
- Résident d'établissements de soins de longue durée (SLD).
- Patients en soins palliatifs (voir l'annexe C).
- Les médecins ayant délivré moins de 6 antibiotiques au cours de la période de déclaration seront exclus du calcul des indicateurs du groupe, de l'ESF (futur), du RLISS, de l'indice IRO, du type de programme et de l'indicateur provincial.
- Veuillez noter que bien que le groupe de SP pour la cohorte MPPC comprenne des pédiatres, ceux-ci ne sont pas inclus dans l'indicateur des antibiotiques.

Méthodes

Numérateur/Dénominateur * 1 000

$$\frac{\text{Number of oral antibiotic treatment episodes for community dwelling patients aged 66 and older}}{\text{Total encounters for patients aged 66 and older in the office, home, emergency department or virtually}} \times 1,000$$

Ajustement (risque, normalisation âge/sexe)

Aucun

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Sources des données : Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE), Base de données sur les congés des patients (BDP), Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO), Base de données sur la population des soins primaires (PCPOP).

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Les ordonnances délivrées ne reflètent pas toujours l'utilisation réelle.
- Les données de diagnostic du RASO disponibles pour ces rapports ne sont pas suffisamment précises pour stratifier les pratiques de prescription en fonction de l'indication du traitement.
- Seuls les antibiotiques oraux sont inclus dans cet indicateur.
- Ces données reflètent une partie de la population de patients des médecins de soins primaires, les personnes âgées de 66 ans et plus.
- Ces données sont des taux bruts et ne sont pas ajustées pour les problèmes de santé chroniques. Pour comprendre l'impact de votre population de patients sur vos pratiques de prescription, des données contextuelles sur les maladies chroniques au sein de votre population de patients sont fournies dans le rapport de pratique, ainsi que des comparateurs provinciaux.

Commentaires :

- Les résultats à l'échelle provinciale incluent les patients qui n'ont pas été affectés à un médecin.
 - Les taux d'initiation aux antibiotiques oraux fournis au niveau du groupe, de l'ESF, du RLISS et de la province ne comprennent pas les taux des médecins qui ont prescrit moins de 6 antibiotiques au cours de la période de déclaration.
 - Ces données sont destinées à l'amélioration de la qualité et ne remplacent pas le jugement clinique.
- 1) Schwartz, K.L., Langford, B.J., Daneman, N., Chen, B., Brown, K.A., Mclsaac, W. et coll. (2020). Unnecessary antibiotic prescribing in a Canadian primary care setting: a descriptive analysis using routinely collected electronic medical record data (Prescription inutile d'antibiotiques dans un cadre de soins primaires au Canada : une analyse descriptive utilisant les données des dossiers médicaux électroniques collectées de manière routinière). CMAJ Open 8(2): E360-E369.
 - 2) Agence de la santé publique du Canada.
 - 3) <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-health-products/canadian-antimicrobial-resistance-surveillance-system-2020-report/CARSS-2020-report-2020-eng.pdf>
 - 4) Silverman, M., Povitz, M., Sontrop, J.M., Li, L., Richard, L., Cajic, S., Shariff, S.Z. (2017). Antibiotic prescribing for nonbacterial acute upper respiratory infections in elderly people (Prescription d'antibiotiques pour les infections aiguës non bactériennes des voies respiratoires supérieures chez les personnes âgées). Annales de médecine interne 166(11) : 765-774.

Traitement prolongé aux antibiotiques

Pourcentage d'antibiotiques oraux administrés pendant plus de 7 jours chez les patients âgés de 66 ans et plus au cours d'une période de déclaration de 6 mois

Description de l'indicateur

Cet indicateur mesure la proportion des épisodes de traitement aux antibiotiques oraux prescrits par un médecin de soins primaires et d'une durée supérieure à 7 jours pour les patients résidant dans la communauté, âgés de 66 à 115 ans. L'indicateur est basé sur l'ensemble des patients vus par le médecin de soins primaires.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Rapport MaPratique : Soins primaires

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Ne s'applique pas

Autres rapports : Ne s'applique pas

Responsabilité : Cet indicateur est strictement destiné aux efforts d'amélioration de la qualité et n'est pas utilisé à des fins de responsabilité.

Définition et informations sur la source

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre d'épisodes de traitement par antibiotiques oraux d'une durée supérieure à 7 jours dispensés au cours de la période de déclaration de 6 mois par le médecin de soins primaires pour les patients résidant dans la communauté et âgés de 66 ans et plus.

Remarques :

- Les épisodes de traitement sont définis comme impliquant le même prescripteur, le même patient et le même nom de médicament, avec une période de grâce de trois jours entre la date théorique de fin d'une délivrance et le début de la délivrance suivante.
- Si plusieurs épisodes de traitement par antibiotiques oraux débutent le même jour, l'épisode de traitement le plus long sera utilisé pour estimer cet indicateur.
- La durée de l'épisode de traitement est calculée en additionnant les jours d'antibiotiques fournis lors de chaque délivrance au cours de l'épisode de traitement.

Dénominateur

Nombre total d'épisodes de traitement par antibiotiques oraux dispensés par le médecin de soins primaires à des patients âgés de 66 ans et plus vivant dans la communauté, au cours de la période de déclaration de 6 mois.

Remarques :

- Le prescripteur doit être un médecin de soins primaires.
- Le patient peut ou non être inscrit sur la liste du prescripteur.
- Le dénominateur est basé sur les rencontres patient-médecin au cabinet, dans un environnement virtuel, par téléphone et aux urgences, et englobe l'ensemble des patients vus au cours de la période de déclaration.

Exclusions :

- Les exclusions de la cohorte sont appliquées aux patients de l'Ontario (non-résidents de l'Ontario, date de naissance manquante, sexe manquant, données manquantes pour relier les patients aux données administratives).
- Patients âgés de moins de 66 ans ou de plus de 115 ans à la date index (la dernière date de la période de déclaration).
- Toute personne vivant en établissement de soins de longue durée (SLD).
- Toute personne ayant reçu des soins palliatifs au cours des 6 derniers mois (voir l'annexe B).
- Médecins de soins primaires qui n'ont pas vu de patient admissible.
- Les médecins ayant délivré moins de 6 antibiotiques au cours de la période de déclaration seront exclus du calcul des indicateurs du groupe, de l'ESF (futur), du RLISS, de l'IRO, du type de programme et de l'indicateur provincial.
- Veuillez noter que bien que le groupe de SP pour la cohorte MPPC comprenne des pédiatres, ceux-ci ne sont pas inclus dans l'indicateur des antibiotiques.
- Formulations non orales d'antibiotiques.
- Crèmes, antibiotiques otiques et ophtalmiques.
- La paromomycine est exclue de cet indicateur.

Méthodes

Numérateur / Dénominateur * 100 %

$$\frac{\text{Number of oral antibiotic treatments dispensed which are longer than 7 days in the six – month reporting period}}{\text{Total number of oral antibiotic treatment episodes dispensed with the primary care physician as the prescriber in the six – month reporting period}}$$

Ajustement (risque, normalisation âge/sexe)

Aucun

Source des données / Éléments des données

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE), Base de données sur les congés des patients (BDCP), Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Base de données du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO), Base de données sur la population des soins primaires (PCPOP).

Autres informations pertinentes

Commentaires :

Ces données sont destinées aux efforts d'amélioration de la qualité et ne remplacent pas le jugement clinique.

- 1) Dawson-Hahn et coll. (2017). Short-course vs. long-course oral antibiotics for infections treated in outpatient settings: a review of systematic reviews (Antibiotiques oraux de courte durée ou de longue durée pour les infections traitées en ambulatoire : une revue des revues systématiques). *Médecine familiale* 34(5) : 511-519.
- 2) Milo G, Katchman EA, Paul M, Christiaens T, Baerheim A, Leibovici L. Duration of antibacterial treatment for uncomplicated urinary tract infection in women (Durée du traitement antibactérien pour les infections urinaires non compliquées chez les femmes). (2005). *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD004682.
- 3) Vaughn, V.M., Flanders, S.A., Snyder, A., Conlon, A., Roger, M.A.M., Malani, A.N. et coll. (2019). Excess antibiotic treatment duration and adverse events in patients hospitalized with pneumonia: a multihospital cohort study (Durée excessive du traitement antibiotique et effets indésirables chez les patients hospitalisés pour pneumonie : une étude de cohorte multihospitalière). *Annales de médecine interne* 171(3) : 153-163.
- 4) Grant, J., Le Saux, N., membres du Comité de gestion et de résistance aux antimicrobiens (ASRC) de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie (AMMI). (2021). Duration of antibiotic therapy for common infections (Durée du traitement antibiotique pour les infections courantes). *JAMMI* 6(3) : 181-197.

Tableau A : Liste des antibiotiques oraux

Sous-classe	Nom
CÉPHALOSPORINE (1ère génération)	CÉFALEXINE CÉFADROXIL
CÉPHALOSPORINE (2e génération)	CÉFACLOR CEFPROZIL CÉFUROXIME
CÉPHALOSPORINE (3e génération)	CÉFIXIME
FLUROQUINOLONES	CIPROFLOXACINE LÉVOFLOXACINE CHLORHYDRATE DE MOXIFLOXACINE NORFLOXACINE OFLOXACINE
GLYCOPEPTIDES	VANCOMYCINE
LINCOSAMIDES	CLINDAMYCINE
MACROLIDES	AZITHROMYCINE CLARITHROMYCINE ÉRYTHROMYCINE FIDAXOMICINE
PÉNICILLINES	AMOXICILLINE AMOXICILLINE ET ACIDE CLAVULANIQUE AMPICILLINE CLOXACILLINE PÉNICILLINE V
SULFONAMIDES, TRIMÉTHOPRIME ET ASSOCIATION	SULFAMÉTHOXAZOLE ET TRIMÉTHOPRIME TRIMÉTHOPRIME
TÉTRACYCLINES	HYCLATE DE DOXYCYCLINE CHLORHYDRATE DE MINOCYCLINE TÉTRACYCLINE
ANTI-INFECTIEUX URINAIRES	TROMÉTHAMINE DE FOSFOMYCINE NITROFURANTOÏNE
ANTIBIOTIQUES : AUTRE	MÉTRONIDAZOLE LINÉZOLIDE

Section 2 : Prescription d'opioïdes

Opioïdes délivrés

Pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs ayant reçu un opioïde (à l'exclusion d'un traitement par agoniste opioïde) au cours d'une période de déclaration de 6 mois

Description de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs ayant reçu un opioïde au cours d'une période de déclaration de 6 mois. Les traitements par agonistes opioïdes (TAO), les antitussifs opioïdes et les antidiarrhéiques opioïdes n'ont pas été inclus dans la définition des opioïdes.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Rapport MaPratique : Soins primaires

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Ne s'applique pas

Autres rapports : Ne s'applique pas

Responsabilité : Cet indicateur est strictement destiné aux efforts d'amélioration de la qualité et n'est pas utilisé à des fins de responsabilité.

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Patients ayant reçu un opioïde au cours d'une période de déclaration de 6 mois.

Remarques :

- Les TAO, les antitussifs opioïdes et les antidiarrhéiques opioïdes n'ont pas été inclus dans la définition des opioïdes.
- Pour une liste complète des médicaments, veuillez consulter le tableau A.
- Les ordonnances délivrées peuvent avoir été prescrites par le médecin désigné ou d'autres fournisseurs du système de santé pouvant prescrire des opioïdes.
- Cet indicateur est également stratifié selon le fournisseur qui a prescrit l'opioïde, défini comme suit :

« Par moi » : le médecin désigné a prescrit au moins un opioïde qui a été délivré au patient.

« Par d'autres » : le médecin désigné n'a prescrit aucun des opioïdes délivrés au patient.

Pour les groupes, ces strates deviennent :

« Par le principal médecin en charge »

« Par d'autres fournisseurs »

Pour les ESF :

« Par le médecin désigné du patient au sein de l'ESF »

« Par d'autres fournisseurs au sein ou en dehors de l'ESF »

Dénominateur

Patients affectés (inscrits et virtuellement inscrits) à un médecin pour la période de déclaration spécifique.

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an.
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation.

Méthodes

Numérateur / Dénominateur * 100 %

Numerator / Denominator * 100%

$$\frac{\text{Patients dispensed an opioid during the 6 – month reporting period}}{\text{Patients assigned to the primary care physician}} \times 100\%$$

Ajustement (risque, normalisation âge/sexe)

Aucun

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Sources des données : Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE), Base de données sur les congés des patients (BDPC), Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées (SSSSC)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Les ordonnances délivrées ne reflètent pas toujours l'utilisation réelle.
- Les opioïdes obtenus par d'autres moyens, tels que la délivrance hors province ou à l'hôpital, n'ont pas été pris en compte dans le calcul de cet indicateur.

Commentaires :

Les résultats à l'échelle provinciale incluent les patients qui n'ont pas été affectés à un médecin.

Nouveaux opioïdes délivrés

Pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs ayant nouvellement reçu un opioïde (à l'exclusion d'un traitement par agoniste opioïde) au cours d'une période de déclaration de 6 mois

Description de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs ayant nouvellement reçu un opioïde au cours d'une période de déclaration de 6 mois. Les traitements par agonistes opioïdes (TAO), les antitussifs opioïdes et les antidiarrhéiques opioïdes n'ont pas été inclus dans la définition des opioïdes.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Rapport MaPratique : Soins primaires

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Ne s'applique pas

Autres rapports : Ne s'applique pas

Responsabilité : Cet indicateur est strictement destiné aux efforts d'amélioration de la qualité et n'est pas utilisé à des fins de responsabilité.

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Patients ayant nouvellement reçu un opioïde au cours d'une période de déclaration de 6 mois.

Les nouvelles délivrances ont été définies en considérant une période d'élimination de 6 mois (c.-à-d. aucune prescription d'opioïdes dans les 6 mois suivant la première prescription d'opioïdes au cours de la période de déclaration).

Remarques :

- Les TAO, les antitussifs opioïdes et les antidiarrhéiques opioïdes n'ont pas été inclus dans la définition des opioïdes.
- Pour une liste complète des médicaments, veuillez consulter le tableau A.
- Les ordonnances délivrées peuvent avoir été prescrites par le médecin désigné ou d'autres fournisseurs du système de santé pouvant prescrire des opioïdes.
- Cet indicateur est également stratifié selon le fournisseur qui a prescrit l'opioïde, défini comme suit :

« Par moi » : le médecin désigné a prescrit au moins un des opioïdes nouvellement délivrés au patient.

« Par d'autres » : le médecin désigné n'a prescrit aucun des opioïdes nouvellement délivrés au patient.

Pour les groupes, ces strates deviennent :

« Par le principal médecin en charge »

« Par d'autres fournisseurs »

Pour les ESF :

« Par le médecin désigné du patient au sein de l'ESF »

« Par d'autres fournisseurs au sein ou en dehors de l'ESF »

Dénominateur

Patients affectés (inscrits et virtuellement inscrits) à un médecin pour la période de déclaration spécifique.

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an.
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation.

Méthodes

Numérateur / Dénominateur * 100 %

Numerator / Denominator * 100%

$$\frac{\text{Patients newly dispensed an opioid during the 6 – month reporting period}}{\text{Patients assigned to the primary care physician}} \times 100\%$$

Ajustement (risque, normalisation âge/sexe)

Aucun

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Sources des données : Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE), Base de données sur les congés des patients (BDPC), Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées (SSSC)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Les ordonnances délivrées ne reflètent pas toujours l'utilisation réelle.
- Les opioïdes obtenus par d'autres moyens, tels que la délivrance hors province ou à l'hôpital, n'ont pas été pris en compte dans le calcul de cet indicateur.

Commentaires :

- Les résultats à l'échelle provinciale incluent les patients qui n'ont pas été affectés à un médecin.

Opioïdes et benzodiazépines délivrés

Pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs ayant reçu un opioïde (y compris un traitement par agoniste opioïde) et une benzodiazépine au cours d'une période de déclaration de 6 mois

Description de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs qui ont reçu un opioïde (y compris un traitement par agoniste opioïde [TAO]) et une benzodiazépine au cours d'une période de déclaration de 6 mois. Les antitussifs opioïdes et les antidiarrhéiques opioïdes n'ont pas été inclus dans la définition des opioïdes.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Rapport MaPratique : Soins primaires

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Ne s'applique pas

Autres rapports : Ne s'applique pas

Responsabilité : Cet indicateur est strictement destiné aux efforts d'amélioration de la qualité et n'est pas utilisé à des fins de responsabilité.

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Patients ayant reçu une ordonnance d'opioïdes (y compris de TAO) et de benzodiazépines à tout moment au cours d'une période de déclaration de 6 mois.

Remarques :

- Les antitussifs opioïdes et les antidiarrhéiques opioïdes n'ont pas été inclus dans la définition des opioïdes.
- Pour une liste complète des médicaments, veuillez consulter le tableau A.
- Les ordonnances délivrées peuvent avoir été prescrites par le médecin désigné ou d'autres fournisseurs du système de santé pouvant prescrire des opioïdes et/ou des benzodiazépines.
- Les ordonnances n'ont pas besoin d'être délivrées simultanément ou de se chevaucher de quelque manière que ce soit.
- Cet indicateur est également stratifié selon le fournisseur qui a prescrit l'opioïde et/ou la benzodiazépine, défini comme suit :

« Par moi » : le médecin désigné a prescrit un opioïde et une benzodiazépine qui ont été délivrés au patient.

« Par d'autres » : le médecin désigné n'a pas prescrit un opioïde et une benzodiazépine qui ont été délivrés au patient.

Pour les groupes, ces strates deviennent :

« Par le principal médecin en charge »

« Par d'autres fournisseurs »

Pour les ESF :

« Par le médecin désigné du patient au sein de l'ESF »

« Par d'autres fournisseurs au sein ou en dehors de l'ESF »

Dénominateur

Patients affectés (inscrits et virtuellement inscrits) à un médecin pour la période de déclaration spécifique.

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an.
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation.

Méthodes

Numérateur / Dénominateur * 100 %

Numerator / Denominator * 100%

$$\frac{\text{Patients dispensed an opioid and benzodiazepine during the 6 – month reporting period}}{\text{Patients assigned to the primary care physician}} \times 100\%$$

Ajustement (risque, normalisation âge/sexe)

Aucun

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Sources des données : Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE), Base de données sur les congés des patients (BDPC), Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées (SSSSC)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Les ordonnances délivrées ne reflètent pas toujours l'utilisation réelle.
- Les opioïdes obtenus par d'autres moyens, tels que la délivrance hors province ou à l'hôpital, n'ont pas été pris en compte dans le calcul de cet indicateur.

Commentaires :

- Le zolpidem est le seul médicament Z qui est réglementé par Santé Canada en tant que médicament ciblé, et qui est capturé par le SSSSC. L'autre médicament Z commercialisé au Canada est la zopiclone, un médicament délivré sur ordonnance qui n'est pas classé comme médicament ciblé par Santé Canada et qui n'est donc pas capturé par le SSSSC.
- Les résultats à l'échelle provinciale incluent les patients qui n'ont pas été affectés à un médecin.

Opiïdes à forte dose délivrés

Pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs et ayant reçu un ou plusieurs produits opioïdes à forte dose > 90 équivalents de morphine (MEQ) (à l'exclusion du traitement par agoniste opioïde) au cours d'une période de déclaration de 6 mois

Description de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs et ayant reçu un ou plusieurs produits opioïdes à forte dose au cours d'une période de déclaration de 6 mois. Les

traitements par agonistes opioïdes (TAO), les antitussifs opioïdes et les antidiarrhéiques opioïdes n'ont pas été inclus dans la définition des opioïdes.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Rapport MaPratique : Soins primaires

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Ne s'applique pas

Autres rapports : Ne s'applique pas

Responsabilité : Cet indicateur est strictement destiné aux efforts d'amélioration de la qualité et n'est pas utilisé à des fins de responsabilité.

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Patients ayant reçu une dose quotidienne moyenne de > 90 MEQ pendant au moins un jour au cours d'une période de déclaration de 6 mois.

Veuillez consulter le tableau B pour le calcul des MEQ.

Remarques :

- Les doses quotidiennes moyennes ont été additionnées pour les patients recevant deux produits opioïdes ou plus au cours d'une même journée.
- Les TAO, antitussifs opioïdes, les antidiarrhéiques opioïdes ainsi que les médicaments opioïdes pour lesquels un MEQ n'est pas disponible n'ont pas été inclus dans la définition des opioïdes.
- Pour une liste complète des médicaments, veuillez consulter le tableau A.
- Les ordonnances délivrées peuvent avoir été prescrites par le médecin désigné ou d'autres fournisseurs du système de santé pouvant prescrire des opioïdes.
- Cet indicateur est également stratifié selon le fournisseur qui a prescrit l'opioïde, défini comme suit :

« Par moi » : le médecin désigné a prescrit > 90 MEQ au patient au moins un jour.

« Par d'autres » : le médecin désigné n'a pas prescrit > 90 MEQ au patient au moins un jour.

Pour les groupes, ces strates deviennent :

« Par le principal médecin en charge »

« Par d'autres fournisseurs »

Pour les ESF :

« Par le médecin désigné du patient au sein de l'ESF »

« Par d'autres fournisseurs au sein ou en dehors de l'ESF »

Dénominateur

Patients affectés (inscrits et virtuellement inscrits) à un médecin pour la période de déclaration spécifique.

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an.
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation.

Méthodes

Numérateur / Dénominateur * 100 %

Numerator / Denominator * 100%

“
$$\frac{\text{Patients who have had an average daily dose of } > 90 \text{ MEQ on at least one day during the 6 – month reporting period}}{\text{Patients assigned to the primary care physician}} \times 100\%$$
 ”

Ajustement (risque, normalisation âge/sexe)

Aucun

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Sources des données : Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE), Base de données sur les congés des patients (BDGP), Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées (SSSC)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Les ordonnances délivrées ne reflètent pas toujours l'utilisation réelle.
- La durée d'approvisionnement en jours des médicaments PRN est estimée dans le SSSSC.
- Prend en compte toutes les ordonnances que le patient a reçues chaque jour. Si le patient a reçu une prescription anticipée qui diffère de la dose quotidienne (par exemple, en cas de diminution progressive), cette méthode surestimera son MEQ pour les jours qui se chevauchent.
- Les opioïdes obtenus par d'autres moyens, tels que la délivrance hors province ou à l'hôpital, n'ont pas été pris en compte dans le calcul de cet indicateur.

Commentaires :

- La définition de l'indicateur combine les ordonnances qui se chevauchent pour un patient ayant le même numéro d'identification de médicament (DIN) et la même dose quotidienne moyenne afin d'obtenir un seul enregistrement avec la date de début la plus précoce et la date de fin la plus tardive par patient. L'indicateur ne tient pas compte des prescriptions anticipées, ce qui sous-

estime la durée de l'ordonnance, mais évite de compter deux fois l'ordonnance pour les jours de chevauchement entre l'ordonnance actuelle et la suivante.

- La dose élevée aurait pu être délivrée avant la période de déclaration de 6 mois, mais l'ordonnance s'est étalée sur la période de déclaration.
- Les résultats à l'échelle provinciale incluent les patients qui n'ont pas été affectés à un médecin.

Liste complète des médicaments

Médicaments opioïdes pour la gestion de la douleur : Nom du médicament

- Acétaminophène, caféine et phosphate de codéine
- Acétaminophène, citrate de caféine et phosphate de codéine

- Acétaminophène, chlorzoxazone et codéine
- Acétaminophène, codéine et doxylamine
- Acétaminophène et phosphate de codéine
- Acétaminophène, phosphate de codéine et méthocarbamol
- Acétaminophène et méthocarbamol
- Acétaminophène et chlorhydrate d'oxycodone
- Acétaminophène et tramadol
- Acétaminophène et chlorhydrate de tramadol
- Acide acétylsalicylique, butalbital, caféine et phosphate de codéine
- Acide acétylsalicylique, caféine et phosphate de codéine
- Acide acétylsalicylique, citrate de caféine et phosphate de codéine
- Acide acétylsalicylique, citrate de caféine, phosphate de codéine et méprobamate
- Acide acétylsalicylique, phosphate de codéine et méthocarbamol
- Acide acétylsalicylique et chlorhydrate d'oxycodone
- Chlorhydrate d'alfentanil
- Belladone et opium
- Buprénorphine (contre la douleur)
- Tartrate de butorphanol
- Phosphate de codéine
- Sulfate de codéine
- Fentanyl
- Citrate de fentanyl
- Hydromorphone
- Bromure d'hydrogène d'hydromorphone
- Chlorhydrate d'hydromorphone
- Mélange injectable
- Chlorhydrate de mépéridine
- Méthadone (contre la douleur)
- Chlorhydrate de méthadone (pour la douleur)
- Méthocarbamol, acétaminophène et codéine
- Morphine
- Chlorhydrate de morphine
- Sulfate de morphine

- Chlorhydrate de nalbuphine
- Chlorhydrate de naloxone et chlorhydrate d'oxycodone
- Chlorhydrate d'oxycodone
- Chlorhydrate de pentazocine
- Lactate de pentazocine
- Chlorhydrate de rémifentanil
- Citrate de sufentanil
- Chlorhydrate de tapentadol
- Tramadol
- Chlorhydrate de tramadol

Médicaments benzodiazépines : Nom du médicament

- Alprazolam
- Bromazépam
- Chlordiazépoxyde
- Chlorhydrate de chlordiazépoxyde et bromure de clidinium
- Chlorhydrate de chlordiazépoxyde et chlorhydrate de clidinium
- Clobazam
- Clonazépam
- Clorazépate dipotassique
- Diazépam
- Chlorhydrate de flurazépam
- Lorazépam
- Midazolam
- Chlorhydrate de midazolam
- Nitrazépam
- Oxazépam
- Témazépam
- Triazolam
- Tartrate de zolpidem

Traitement par agoniste opioïde (TAO) : Nom du médicament

- Buprénorphine (utilisée pour le TAO)
- Chlorhydrate de buprénorphine et chlorhydrate de naloxone (utilisés pour le TAO)
- Chlorhydrate de méthadone (utilisé pour le TAO)
- Méthadone (utilisée pour le TAO)
- Mélange de méthadone (utilisé pour le TAO)

Antitussifs (médicaments contre la toux) contenant des opioïdes : Nom du médicament

- Acétaminophène, maléate de chlorphéniramine, phosphate de codéine et chlorhydrate de pseudoéphédrine
- Chlorure d'ammonium et phosphate de codéine
- Chlorure d'ammonium, phosphate de codéine et chlorhydrate de diphenhydramine
- Chlorure d'ammonium, bitartrate d'hydrocodone, chlorhydrate de phényléphrine et maléate de pyrilamine
- Maléate de bromphéniramine, phosphate de codéine, guaifénésine et chlorhydrate de phényléphrine
- Maléate de bromphéniramine, phosphate de codéine et chlorhydrate de phényléphrine
- Maléate de bromphéniramine, guaifénésine, bitartrate d'hydrocodone et chlorhydrate de phényléphrine
- Maléate de chlorphéniramine et chlorhydrate de pseudoéphédrine
- Acide citrique sodique, succinate de doxylamine, chlorhydrate d'étafédrine et bitartrate d'hydrocodone
- Codéine, guaifénésine, chlorhydrate de pseudoéphédrine et chlorhydrate de triprolidine
- Codéine, chlorhydrate de pseudoéphédrine et chlorhydrate de triprolidine
- Phosphate de codéine, guaifénésine et maléate de phéniramine
- Phosphate de codéine, guaifénésine, pseudoéphédrine, chlorhydrate de pseudoéphédrine et chlorhydrate de triprolidine
- Phosphate de codéine, guaifénésine et chlorhydrate de pseudoéphédrine
- Phosphate de codéine, chlorhydrate de pseudoéphédrine et chlorhydrate de triprolidine
- Préparation contre la toux et le rhume

- Bitartrate de dihydrocodéine, succinate de doxylamine, chlorhydrate d'étafédrine, éthanol et citrate de sodium
- Hydrocodone et citrate de phényltoloxamine
- Bitartrate d'hydrocodone
- Bitartrate d'hydrocodone et chlorhydrate de phényléphrine
- Bitartrate d'hydrocodone et chlorure de phényltoloxamine
- Chlorhydrate de norméthadone et chlorhydrate de p-hydroxyéphédrine
- Chlorhydrate de pseudoéphédrine, phosphate de codéine et guaifénésine

Médicaments antidiarrhéiques contenant des opioïdes : Nom du médicament

- Sulfate d'atropine et chlorhydrate de diphénoxylate

Tableau A : Calcul des équivalents de morphine (MEQ)

Adapté des directives canadiennes pour une utilisation sûre et efficace des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse de 2010; disponibles à :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215602/pdf/0571257.pdf>

Tableau d'équivalence des analgésiques opioïdes oraux

Opioïde	Mg	Ratio (opioïde:morphine)
Morphine	30 mg	1:1
Codéine	200 mg	1:0,15
Oxycodone	15-20 mg	1:1,5
Hydrocodone	30 mg	1:1
Hydromorphone	6-7,5 mg	1:5
Mépéridine	300 mg	1:0,1
Tramadol	300 mg	1:0,1
Méthadone	L'équivalence de dose entre la méthadone et d'autres opioïdes n'a pas été établie de manière fiable	Exclus des analyses
Fentanyl transdermique (route adm est PATCH ou TRANS PAD)	12,5 mcg/h → 30-67 morphine* 25 mcg/h → 60-134 mg de morphine 37,5 mcg/h → 135-179 mg de morphine 50 mcg/h → 180-224 mg de morphine 75 mcg/h → 270-314 mg de morphine 100 mcg/h → 360-404 mg de morphine Si 12,5 mcg/h alors Fent_Equiv = 1 Si 25 mcg/h alors Fent_Equiv = 2 Si 37,5 mcg/h alors Fent_equiv=3 Si 50 mcg/h alors Fent_equiv=4 Si 75 mcg/h alors Fent_equiv=5 Si 100 mcg/h alors Fent_equiv=6 *12,5 a été supposé sur la base d'un meq/ug de 3,8	Si approvisionnement quotidien/quantité = 2 alors : Fent_equiv=1 à 1:48*2 Fent_equiv=2 → 1:97*2 Fent_equiv=3 → 1:157*2 Fent_equiv=4 → 1:202*2 Fent_equiv=5 → 1:292*2 Fent_equiv=6 → 1:382*2 Si l'approvisionnement/la quantité quotidienne n'est pas égal à 2, ajustez l'approvisionnement quotidien de fentanyl à 3 jours lorsqu'il est supérieur à 3 jours et utilisez la conversion suivante : Fent_equiv=1 à 1:48*3 Fent_equiv=2 → 1:97*3 Fent_equiv=3 → 1:157*3 Fent_equiv=4 → 1:202*3 Fent_equiv=5 → 1:292*3 Fent_equiv=6 → 1:382*3

Autres formulations de fentanyl	Comprimés buccaux ou sublinguaux de fentanyl, ou pastille (routeadm = « BUC STRIP » ou « TAB SL » ou « EFF TAB »)	1: 0,13
	Film ou vaporisateur oral de fentanyl (actuellement pas dans la liste des médicaments)	1: 0,18
	Vaporisateur nasal de fentanyl (actuellement pas dans la liste des médicaments)	1: 0,16
Opioïde	Mg	Ratio (opioïde:morphine)

Section 3 : Dépistage du cancer

Dépistage par test Pap

Pourcentage de patientes admissibles au dépistage à jour avec les tests de Papanicolaou (Pap)

Description de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de patientes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi un test Pap au cours des trois dernières années.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Ministère de la Santé (MS), ministère des Soins de longue durée (MSLD) et Action Cancer Ontario (ACO)

Autres rapports : Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario (CQSOO), direction de l'analyse de la santé du ministère de la Santé et du MSSLD - Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI)

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de femmes admissibles au dépistage, âgées de 21 à 69 ans, ayant subi un test Pap au cours des trois dernières années

Comprend :

- Femmes de l'Ontario âgées de 21 à 69 ans à la date index
- Tests Pap identifiés à l'aide des codes d'honoraires du RASO (E430, E431, G365, G394a, L812, Q678, L713 et L733)
- Chaque femme est comptée une fois, quel que soit le nombre de tests Pap effectués sur une période de trois ans.

Dénominateur

Nombre total de femmes admissibles au dépistage âgées de 21 à 69 ans à la date index

Exclut :

- Femmes dont le NCS, la date de naissance, le RLISS ou le code postal est manquant ou invalide
- Femmes ayant des antécédents de cancer du col de l'utérus (codes CIM-O-3 : C53.x) et/ou une hystérectomie (codes d'honoraires du RASO : P042, S710, S727, S757, S758, S759, S762, S763, S765, S766, S767, S810 et S816)
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes

$$\frac{\text{Number of screen eligible women aged 21 to 69 years who had a Pap smear within the past three years}}{\text{Total number of screen-eligible women aged 21 to 69 years at index date}} \times 100\%$$

Ajustement : S.O.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario (CQSOO), Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Une petite proportion de tests Pap effectués à titre de test diagnostique n'a pas pu être exclue de l'analyse.
- L'indicateur ne prend pas en compte les tests effectués dans les laboratoires des hôpitaux ou payés par le biais d'autres modes de paiement tels que les paiements directs.

Dépistage par mammographie

Pourcentage de patientes admissibles au dépistage et à jour de leur mammographie

Description de l'indicateur

Pourcentage de patientes admissibles au dépistage, âgées de 50 à 74 ans, ayant subi une mammographie au cours des deux dernières années.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Ministère de la Santé (MS), ministère des Soins de longue durée (MSLD) et Action Cancer Ontario (ACO)

Autres rapports : Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario (CQSOO), direction de l'analyse de la santé du ministère de la Santé et du MSSLD - Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI)

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Calcul :

Numérateur

Nombre total de femmes admissibles au dépistage, âgées de 50 à 74 ans, ayant subi au moins une mammographie au cours des deux dernières années

Comprend :

- Femmes de l'Ontario âgées de 50 à 74 ans à la date index
- La base de données du PODCS a été utilisée pour identifier les mammographies à des fins de dépistage; toutes les mammographies du PODCS ont été comptabilisées, y compris celles avec des vues partielles.
- Les mammographies suivantes ont été identifiées à l'aide des codes d'honoraires du RASO (X 178 mammographie bilatérale de dépistage; X185 mammographie bilatérale de diagnostic)
- Chaque femme a été comptée une fois, quel que soit le nombre de mammographies réalisées sur une période de deux ans

Dénominateur

Nombre total de femmes admissibles au dépistage âgées de 50 à 74 ans à la date index

Exclut :

- Femmes dont le NCS, la date de naissance ou le code postal est manquant ou invalide
- Femmes ayant des antécédents de cancer du sein (codes CIM-O-3 : C50.x)
- Femmes ayant des antécédents de mastectomie (codes d'honoraires du RASO : R108, R109 et R117)
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes

$$\frac{\text{Total number of screen-eligible women aged 50 to 74 years, who have completed at least one mammogram in the past two years}}{\text{Total number of screen-eligible women aged 50 to 74 years at index date}} \times 100\%$$

Ajustement S.O.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario (CQSOO), Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO), PODCS (Base de données du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Une petite proportion de tests Pap effectués à titre de test diagnostique n'a pas pu être exclue de l'analyse.
- L'indicateur ne prend pas en compte les tests effectués dans les laboratoires des hôpitaux ou payés par le biais d'autres modes de paiement tels que les paiements directs.

Dépistage colorectal

Pourcentage de patients admissibles au dépistage qui sont à jour dans le dépistage du cancer colorectal

Description de l'indicateur

Pourcentage de patients admissibles au dépistage, âgés de 50 à 74 ans, ayant subi une RSOS/un TIF au cours des deux dernières années, une sigmoïdoscopie flexible ou une coloscopie au cours des dix dernières années.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Ministère de la Santé (MS), ministère des Soins de longue durée (MSLD) et Action Cancer Ontario (ACO)

Autres rapports : Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario (CQSOO), direction de l'analyse de la santé du ministère de la Santé et du MSSLD - Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI)

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de patients admissibles au dépistage, âgés de 50 à 74 ans, ayant subi une RSOS/un TIF au cours des deux dernières années, une sigmoïdoscopie flexible ou une coloscopie au cours des dix dernières années.

Comprend :

Patients ayant reçu l'un des éléments suivants :

- Une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) ou un test immunochimique fécal (TIF) à l'aide des codes d'honoraires du RASO (L179, L181, G004, Q152, Q043 et Q133; toute facturation du médecin pour les codes L181 et G004 à partir du 1er janvier 2020 est exclue) au cours des 2 dernières années
- Une coloscopie au cours des 10 dernières années, codes d'honoraires du RASO Z491 à Z499, ou Z555
- Une sigmoïdoscopie flexible au cours des 10 dernières années, code d'honoraires du RASO Z580

Dénominateur

Nombre de patients admissibles au dépistage âgés de 50 à 74 ans à la date index

Exclut :

- Patients dont le NCS, la date de naissance ou le code postal est manquant ou invalide
- Patients ayant déjà eu un cancer du côlon (codes CIM-O-3 : C18.0, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19.9, C20.9), ou colectomie totale (codes d'honoraires du RASO : S169, S170 et S172)
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes

$$\frac{\text{Number of screen eligible patients aged 50 to 74 years who had a FOBT/FIT within past two years, flexible sigmoidoscopy, or a colonoscopy within the past 10 years}}{\text{Number of screen-eligible patients aged 50 to 74 years at index date}} \times 100\%$$

Ajustement : S.O.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario (CQSOO), Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Une petite proportion de RSOS effectuées à titre de tests diagnostiques n'a pu être exclue de l'analyse.
- Les RSOS analysées dans les laboratoires des hôpitaux n'ont pas pu être prises en compte.

Commentaires :

- Définition mise à jour en novembre 2016 pour exclure le lavement baryté et la sigmoïdoscopie rigide afin de s'aligner sur la définition de l'ACO.
- Le 24 juin 2019, l'Ontario est passé de la recherche de sang occulte dans les selles au gâiac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) dans le cadre du programme ContrôleCancerColorectal en tant que test de dépistage recommandé pour les personnes présentant un risque moyen de développer un cancer colorectal. À compter du cycle de données de septembre 2019, l'indicateur de dépistage du CCR a été mis à jour, avec notamment l'ajout du TIF. À partir du cycle de données de mars 2020,

les codes d'honoraires L181 et G004 du RASO ont été exclus pour les services rendus par le RASO à partir de janvier 2020, car la RSOSg n'est plus considérée comme étant à jour pour le dépistage du cancer colorectal.

Section 4 : Prise en charge du diabète

Test HbA1c pour prévenir les complications du diabète

Pourcentage de patients diabétiques à jour avec leurs tests d'hémoglobine glyquée (HbA1c)

Description de l'indicateur

Pourcentage de patients diabétiques ayant subi au moins deux tests d'hémoglobine glyquée (HbA1c) au cours des 12 derniers mois

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (SOD), Direction de l'analyse de la santé du ministère de la Santé (MS) et du ministère des Soins de longue durée (MSLD) - Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI), Initiative d'ensemble de données de référence sur le diabète (BDDI), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de patients diabétiques ayant subi au moins deux tests d'hémoglobine glyquée (HbA1c) au cours des 12 derniers mois

Comprend :

- Résidents de l'Ontario identifiés dans la BDDO comme souffrant de diabète au cours des deux dernières années
- Les tests HbA1c sont définis par le code d'honoraires du RASO (L093)

Dénominateur

Nombre total de patients diabétiques

Exclut :

- Patients qui n'étaient pas résidents de l'Ontario chaque année
- Patients dont le NCS, la date de naissance ou le code postal est manquant ou invalide
- Femmes atteintes de diabète gestationnel
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation
- Patients âgés de moins d'un an

Méthodes

$$\frac{\text{Number of patients with diabetes who have had two or more glycosylated hemoglobin (HbA1c) tests within the past 12 months}}{\text{Total number of patients with diabetes}} \times 100\%$$

Ajustement : S.O.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Diabète Canada

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur le diabète de l'Ontario (BDDO) [comprenant le RASO (Régime d'Assurance-santé de l'Ontario), la BDCP (Base de données sur les personnes inscrites), les demandes de remboursement du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) et la Base de données sur les congés des patients (BDCP)], Programme d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- La BDDO ne fait pas de distinction entre le diabète sucré de type I et le diabète sucré de type II.
- La mesure de l'HbA1c comprend uniquement les tests d'hémoglobine A1c effectués dans des laboratoires communautaires et payés à l'acte par le RASO. Les tests d'hémoglobine A1c effectués dans les hôpitaux ne sont pas soumis individuellement et ne sont donc pas disponibles.

Commentaires :

- [Cliquez ici](#) pour plus d'informations sur la méthodologie utilisée pour générer une cohorte de maladies chroniques liées au diabète à partir de laquelle les patients diabétiques dans cette mesure sont sélectionnés.

Examen de la rétine pour prévenir les complications de la rétinopathie diabétique

Pourcentage de patients diabétiques à jour de leur examen de la rétine

Description de l'indicateur

Pourcentage de patients diabétiques ayant subi au moins un examen de la rétine avec un ophtalmologiste ou un optométriste au cours des 24 derniers mois

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (SOD), Direction de l'analyse de la santé du ministère de la Santé (MS) et du ministère des Soins de longue durée (MSLD) - Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI), Initiative d'ensemble de données de référence sur le diabète (BDDI), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de patients diabétiques ayant subi au moins un examen de la rétine avec un ophtalmologiste ou un optométriste au cours des 24 derniers mois

Comprend :

- Résidents de l'Ontario identifiés dans la BDDO comme souffrant de diabète au cours des deux dernières années
- Inclut uniquement les patients qui ont subi un examen de la rétine au cours des deux dernières années, tel que défini par les codes d'honoraires du RASO :
 - A111, A112, A114, A115 : à condition que la spécialité du médecin traitant soit la médecine familiale, la médecine générale ou l'ophtalmologie
 - A233, A234, A235, A236, A238, A239, A240, A252, A253, A254, K065, K066 : à condition que le spécialiste soit un ophtalmologiste
 - C233, C234, C235, C236 : à condition que le spécialiste soit un ophtalmologiste
 - V401, V402, V405, V406, V407, V408, V409, V450, V451 : à condition que le spécialiste soit un optométriste

Dénominateur

Nombre total de patients atteints de diabète

Exclut :

- Patients qui n'étaient pas résidents de l'Ontario chaque année
- Patients dont le NCS, la date de naissance ou le code postal est manquant ou invalide
- Patients perdus de vue
- Femmes atteintes de diabète gestationnel
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation
- Patients âgés de moins d'un an

Méthodes

$$\frac{\text{Number of patients with diabetes who have had at least one retinal exam with an ophthalmologist or optometrist in the past 24 months}}{\text{Total number of patients with diabetes}} \times 100\%$$

Ajustement : S.O.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Diabète Canada

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur le diabète de l'Ontario (BDDO) [comprenant le RASO (Régime d'Assurance-santé de l'Ontario), la BDCP (Base de données sur les personnes inscrites), les demandes de remboursement du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) et la Base de données sur les congés des patients (BDCP)], Programme d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- La BDDO ne fait pas de distinction entre les cas de type I et II.
- Comprend uniquement les examens de la rétine pour lesquels une demande de rémunération à l'acte a été soumise. Les examens payés directement par le patient ne sont pas inclus. Certains fournisseurs (c.-à-d. les ophtalmologistes adhérant à des plans de paiement alternatifs) peuvent ne pas soumettre de demandes de remboursement.
- Le pourcentage de patients recevant des examens peut être sous-estimé dans les régions où une plus grande proportion de fournisseurs non-RAA effectuent des examens de la rétine.

Commentaires :

- [Cliquez ici](#) pour plus d'informations sur la méthodologie utilisée pour générer une cohorte de maladies chroniques liées au diabète à partir de laquelle les patients diabétiques dans cette mesure sont sélectionnés.

Statines délivrées pour prévenir les complications vasculaires du diabète

Pourcentage de patients diabétiques à jour de leur prescription de statines

Description de l'indicateur

Pourcentage de patients diabétiques âgés de 66 ans et plus ayant reçu une prescription de statine au cours des 12 derniers mois

* Veuillez vous référer à la section « Commentaires » pour la définition d'un patient diabétique.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (SOD), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Diabète Canada (ADC)

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de patients diabétiques âgés de 66 ans et plus ayant reçu une prescription de statine au cours des 12 derniers mois

Dénominateur

Nombre total de patients diabétiques âgés de 66 ans et plus

Exclut :

- Patients qui n'étaient pas résidents de l'Ontario chaque année
- Patients dont le NCS, la date de naissance ou le code postal est manquant ou invalide
- Âge à la date index aux examens de chaque année correspondante : < 65 ans
- Patients perdus de vue
- Femmes atteintes de diabète gestationnel
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes

$$\frac{\text{Number of patients with diabetes aged 66 years and older with a prescription for a statin within the past 12 months}}{\text{Total number of patients with diabetes aged 66 years and older}} \times 100\%$$

Ajustement : S.O.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Diabète Canada

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur le diabète de l'Ontario (BDDO) [comprenant le RASO (Régime d'Assurance-santé de l'Ontario), la BDCP (Base de données sur les personnes inscrites), les demandes de

remboursement du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)] et les demandes de remboursement du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Uniquement capable de capturer les données sur les médicaments prescrits pour les patients âgés de 66 ans et plus à partir du PMO
- La BDDO ne fait pas de distinction entre les cas de type I et II

Commentaires :

- [Cliquez ici](#) pour plus d'informations sur la méthodologie utilisée pour générer une cohorte de maladies chroniques liées au diabète à partir de laquelle les patients diabétiques dans cette mesure sont sélectionnés.

Section 5 : Utilisation des services de santé

Nombre total de visites aux services d'urgence

Taux de visites totales aux services d'urgence des hôpitaux pour 1 000 patients Description de l'indicateur

Description de l'indicateur

Taux ajusté et non ajusté de visites aux urgences de niveau 1 à 5 sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ECTG) pour 1 000 patients

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de résultat

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires, soins aigus

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Taux pour 1 000 patients

Calcul :

Numérateur

Nombre de visites aux urgences pour des affections de niveau 1, 2, 3, 4 ou 5 sur l'ECTG au cours de la dernière année

Inclusion :

- ECTG niveau 1 : Problèmes de santé qui constituent une menace pour la vie ou les membres (ou présentent un risque imminent de détérioration), nécessitant des interventions agressives immédiates
- ECTG niveau 2 : Problèmes de santé qui constituent une menace potentielle pour la vie, les membres ou les fonctions, nécessitant une intervention médicale rapide ou des actes délégués
- ECTG niveau 3 : Problèmes de santé pouvant potentiellement évoluer vers un problème grave nécessitant une intervention d'urgence. Peuvent être associées à un inconfort important ou affecter la capacité de fonctionner au travail ou dans les activités de la vie quotidienne.
- ECTG niveau 4 : Les problèmes de santé qui, en raison de l'âge du patient, de sa détresse ou de son potentiel de détérioration ou de complications, bénéficieraient d'une intervention ou d'une réassurance dans un délai de 1 à 2 heures
- ECTG niveau 5 : Problèmes de santé qui peuvent être aigus mais non urgents et affections qui peuvent faire partie d'un problème chronique avec ou sans signe de détérioration¹

Exclusion :

- Visites avec hospitalisation

Dénominateur

Nombre total de patients au cours de la dernière année

- Exclusion :
- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of visits to the ED for conditions measured as CTAS level 1, 2, 3, 4 or 5 in the previous year}}{\text{Total number of patients the previous year}} \times 1,000$$

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu (revenu du quartier), à la ruralité et aux comorbidités (nombre de GDA). L'ajustement du risque prend en compte les différences entre les populations de patients pour permettre des comparaisons plus équitables entre

vos patients et d'autres populations. Des données non ajustées sont également fournies pour éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Sources :

1. Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). « Tendances des services d'urgence, 2012-2013 ». Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Visites urgentes aux services d'urgence

Taux de visites urgentes aux services d'urgence des hôpitaux pour 1 000 patients

Description de l'indicateur

Taux ajusté et non ajusté de visites urgentes aux urgences de niveaux 1 à 3 sur l'ECTG pour 1 000 patients

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de résultat

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires, soins aigus

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Taux pour 1 000 patients

Calcul :

Numérateur

Nombre de visites aux urgences pour des affections de niveau 1, 2 ou 3 sur l'ECTG au cours de la dernière année

Inclusion :

- ECTG niveau 1 : Problèmes de santé qui constituent une menace pour la vie ou les membres (ou présentent un risque imminent de détérioration), nécessitant des interventions agressives immédiates
- ECTG niveau 2 : Problèmes de santé qui constituent une menace potentielle pour la vie, les membres ou les fonctions, nécessitant une intervention médicale rapide ou des actes délégués
- ECTG niveau 3 : Problèmes de santé pouvant potentiellement évoluer vers un problème grave nécessitant une intervention d'urgence. Peuvent être associées à un inconfort important ou affecter la capacité de fonctionner au travail ou dans les activités de la vie quotidienne¹

Exclusion :

- Visites avec hospitalisation
- Visites de niveau 4 ou 5 sur l'ECTG et visites planifiées aux urgences

Dénominateur

Nombre total de patients au cours de la dernière année

Exclusion :

- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of visits to the ED for conditions measured as CTAS level 1, 2, or 3 in the previous year}}{\text{Total number of patients in the previous year}} \times 1,000$$

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu (revenu du quartier), à la ruralité et aux comorbidités (nombre de GDA). L'ajustement du risque prend en compte les différences entre les populations de patients pour permettre des comparaisons plus équitables entre vos patients et d'autres populations. Des données non ajustées sont également fournies pour éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires : S.O.

Sources :

1. Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). « Tendances des services d'urgence, 2012-2013 ». Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Visites moins urgentes aux services d'urgence

Taux de visites moins urgentes aux services d'urgence des hôpitaux pour 1 000 patients

Description de l'indicateur

Taux ajusté et non ajusté de visites moins urgentes aux urgences aux niveaux 4 à 5 sur l'ECTG pour 1 000 patients

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de résultat

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires, soins aigus

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Taux pour 1 000 patients

Calcul :

Numérateur

Nombre de visites aux urgences pour des affections de niveau 4 ou 5 sur l'ECTG au cours de la dernière année

Inclusion :

- ECTG niveau 4 : Les problèmes de santé qui, en raison de l'âge du patient, de sa détresse ou de son potentiel de détérioration ou de complications, bénéficieraient d'une intervention ou d'une réassurance dans un délai de 1 à 2 heures
- ECTG niveau 5 : Problèmes de santé qui peuvent être aigus mais non urgents et affections qui peuvent faire partie d'un problème chronique avec ou sans signe de détérioration¹

Exclusion :

- Visites avec hospitalisation
- Visites de niveau 1, 2 ou 3 sur l'ECTG et visites planifiées aux urgences

Dénominateur

Nombre total de patients au cours de la dernière année

Exclusion :

- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of visits to the ED for conditions measured as CTAS level 4 or 5 in the previous year}}{\text{Total number of patients in the previous year}} \times 1,000$$

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu (revenu du quartier), à la ruralité et aux comorbidités (nombre de GDA). L'ajustement du risque prend en compte les différences entre les populations de patients pour permettre des comparaisons plus équitables entre vos patients et d'autres populations. Des données non ajustées sont également fournies pour éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires : S.O.

Sources :

1. Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). « Tendances des services d'urgence, 2012-2013 ». Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours

Pourcentage de réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours

Description de l'indicateur

Taux ajusté et non ajusté de visites moins urgentes aux urgences aux niveaux 4 à 5 sur l'ECTG pour 1 000 patients

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de résultat

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires, soins aigus

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Taux pour 1 000 patients

Calcul :

Numérateur

Nombre de visites aux urgences pour des affections de niveau 4 ou 5 sur l'ECTG au cours de la dernière année

Inclusion :

- ECTG niveau 4 : Les problèmes de santé qui, en raison de l'âge du patient, de sa détresse ou de son potentiel de détérioration ou de complications, bénéficieraient d'une intervention ou d'une réassurance dans un délai de 1 à 2 heures
- ECTG niveau 5 : Problèmes de santé qui peuvent être aigus mais non urgents et affections qui peuvent faire partie d'un problème chronique avec ou sans signe de détérioration¹

Exclusion :

- Visites avec hospitalisation
- Visites de niveau 1, 2 ou 3 sur l'ECTG et visites planifiées aux urgences

Dénominateur

Nombre total de patients au cours de la dernière année

Exclusion :

- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of readmissions to a hospital for urgent and emergent care within 30 days of discharge}}{\text{Total number of patients discharged from a hospital}} \times 100\%$$

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu (revenu du quartier), à la ruralité et aux comorbidités (nombre de GDA). L'ajustement du risque prend en compte les différences entre les populations de patients pour permettre des comparaisons plus équitables entre vos patients et d'autres populations. Des données non ajustées sont également fournies pour éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires : S.O.

Sources : S.O.

Réadmissions à l'hôpital dans un délai d'un an

Pourcentage de réadmissions à l'hôpital dans un délai d'un an

Description de l'indicateur

Pourcentage de patients réadmis à l'hôpital pour des soins urgents et émergents dans l'année suivant leur congé (pourcentages ajustés et non ajustés)

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Type : Processus :

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires, soins aigus

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de réadmissions dans un hôpital pour soins urgents et émergents dans l'année suivant le congé

Remarque : Les réadmissions à l'hôpital désignent le retour dans n'importe quel hôpital de soins aigus de la province pour tout problème de santé, y compris un problème de santé autre que celui qui a motivé l'admission initiale à l'hôpital¹

Dénominateur

Nombre total de patients ayant reçu leur congé d'un hôpital

Exclusion :

- Exclut les patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of readmissions to a hospital for urgent and emergent care within 1 year of discharge}}{\text{Total number of patients discharged from a hospital}} \times 100\%$$

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu (revenu du quartier), à la ruralité et aux comorbidités (nombre de GDA). L'ajustement du risque prend en compte

les différences entre les populations de patients pour permettre des comparaisons plus équitables entre vos patients et d'autres populations. Des données non ajustées sont également fournies pour éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDPC)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires : S.O.

Sources : S.O.

Total des admissions pour CPSA

Description de l'indicateur

Taux ajusté d'admissions à l'hôpital pour un ou plusieurs des problèmes de santé suivants : asthme, ICC, MPOC et diabète pour 1 000 patients

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de résultat

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : Ministère de la Santé (MS) et ministère des Soins de longue durée (MSLD) – Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Responsabilité : Soins primaires, soins aigus

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pour 1 000 patients

Calcul :

Numérateur

Le nombre d'admissions en hôpital de soins aigus pour les CPSA suivantes : asthme, MPOC, ICC ou diabète (voir les codes ci-dessous) au cours de la dernière année

Comprend (par diagnostic CIM-10) :

- Toutes les admissions dans les hôpitaux de soins aigus avec le(s) code(s) CIM-10 pour
 - Asthme : codes commençant par J45
 - MPOC : J41, J42, J43, J44, J47
 - ICC : I500, J81; à l'exclusion des cas comportant des interventions cardiaques et qui ne sont pas codés comme abandonnés au début
 - Diabète : E10.1, E10.6, E10.7, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.7, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.7, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6, E14.7, E14.9

Exclut :

- Complications à l'hôpital
- Admissions avec les codes CCI suivants : 1IJ50, 1IJ76, 1HB53, 1HD53, 1HZ53, 1HB55, 1HD55, 1HZ55, 1HZ85, 1HB54, 1HD54
- Cas où le décès survient avant le congé
- Exclut les patients âgés de moins d'un an

Dénominateur

Nombre total de patients au cours de la dernière année

Exclusions :

- Exclut les patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

The number of acute care hospital admissions for one or more of the following conditions: asthma, CHF, COPD and diabetes in the previous year

Total number of patients

X 1,000

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu (revenu du quartier), à la ruralité et aux comorbidités (nombre de GDA). L'ajustement du risque prend en compte les différences entre les populations de patients pour permettre des comparaisons plus équitables entre vos patients et d'autres populations. Des données non ajustées sont également fournies pour éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ministère de la Santé et des Soins de longue durée – Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI)

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDPCP)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires : S.O.

Admissions pour CPSA – Asthme

Description de l'indicateur

Taux ajusté d'hospitalisations pour asthme pour 1 000 patients

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de résultat

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : Ministère de la Santé (MS) et ministère des Soins de longue durée (MSLD) – Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Responsabilité : Soins primaires, soins aigus

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pour 1 000 patients

Calcul :

Numérateur

Le nombre d'admissions à l'hôpital en soins aigus pour asthme (voir les codes ci-dessous) au cours de la dernière année

Comprend :

- Admissions à l'hôpital avec code(s) CIM-10 pour l'asthme (codes commençant par J45)

Exclut :

- Complications à l'hôpital
- Admissions avec les codes CCI suivants : 1IJ50, 1IJ76, 1HB53, 1HD53, 1HZ53, 1HB55, 1HD55, 1HZ55, 1HZ85, 1HB54, 1HD54
- Cas où le décès survient avant le congé
- Exclut les patients âgés de moins d'un an

Dénominateur

Nombre total de patients

Exclusion :

- Exclut les patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{The number of acute care hospital admissions for asthma in the previous year}}{\text{Total number of patients}} \times 1,000$$

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu (revenu du quartier), à la ruralité et aux comorbidités (nombre de GDA). L'ajustement du risque prend en compte les différences entre les populations de patients pour permettre des comparaisons plus équitables entre vos patients et d'autres populations. Des données non ajustées sont également fournies pour éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ministère de la Santé et des Soins de longue durée – Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI)

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDSP)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires : S.O.

Admissions pour CPSA – ICC

Description de l'indicateur

Taux ajusté d'hospitalisations pour ICC pour 1000 patients

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de résultat

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : Ministère de la Santé (MS) et ministère des Soins de longue durée (MSLD) – Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Responsabilité : Soins primaires, soins aigus

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pour 1 000 patients

Calcul :

Numérateur

Le nombre d'admissions à l'hôpital en soins aigus pour asthme (voir les codes ci-dessous) au cours de la dernière année

Comprend :

- Admissions à l'hôpital avec code(s) CIM-10 pour l'ICC (I500, J81); à l'exclusion des cas comportant des interventions cardiaques et qui ne sont pas codés comme abandonnés au début

Exclut :

- Complications à l'hôpital
- Admissions avec les codes CCI suivants : 1IJ50, 1IJ76, 1HB53, 1HD53, 1HZ53, 1HB55, 1HD55, 1HZ55, 1HZ85, 1HB54, 1HD54
- Cas où le décès survient avant le congé
- Exclut les patients âgés de moins d'un an

Dénominateur

Nombre total de patients âgés de > 1 an

Exclusion :

- Exclut les patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{The number of acute care hospital admissions for CHF in the previous year}}{\text{Total number of patients}} \times 1,000$$

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu (revenu du quartier), à la ruralité et aux comorbidités (nombre de GDA). L'ajustement du risque prend en compte les différences entre les populations de patients pour permettre des comparaisons plus équitables entre vos patients et d'autres populations. Des données non ajustées sont également fournies pour éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ministère de la Santé et des Soins de longue durée – Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI)

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDPCP)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires : S.O.

Admissions pour CPSA – MPOC

Description de l'indicateur

Taux ajusté d'hospitalisations pour MPOC pour 1 000 patients

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de résultat

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : Ministère de la Santé (MS) et ministère des Soins de longue durée (MSLD) – Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Responsabilité : Soins primaires, soins aigus

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pour 1 000 patients

Calcul :

Numérateur

Le nombre d'admissions à l'hôpital en soins aigus pour MPOC (voir les codes ci-dessous) au cours de la dernière année

Comprend :

- Admissions à l'hôpital avec code(s) CIM-10 pour la MPOC (J41, J42, J43, J44, J47)

Exclut :

- Complications à l'hôpital
- Admissions avec les codes CCI suivants : 1IJ50, 1IJ76, 1HB53, 1HD53, 1HZ53, 1HB55, 1HD55, 1HZ55, 1HZ85, 1HB54, 1HD54
- Cas où le décès survient avant le congé

Dénominateur

Nombre total de patients

Exclusions :

- Exclut les patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{The number of acute care hospital admissions for COPD in the previous year}}{\text{Total number of patients}} \times 1,000$$

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu (revenu du quartier), à la ruralité et aux comorbidités (nombre de GDA). L'ajustement du risque prend en compte les différences entre les populations de patients pour permettre des comparaisons plus équitables entre vos patients et d'autres populations. Des données non ajustées sont également fournies pour éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ministère de la Santé et des Soins de longue durée – Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI)

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDGP)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires : S.O.

Admissions pour CPSA – Diabète

Description de l'indicateur

Taux ajusté d'hospitalisations pour diabète pour 1 000 patients

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de résultat

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : Ministère de la Santé (MS) et ministère des Soins de longue durée (MSLD) – Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Responsabilité : Soins primaires, soins aigus

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pour 1 000 patients

Calcul :

Numérateur

Le nombre d'admissions à l'hôpital en soins aigus pour diabète (voir les codes ci-dessous) au cours de la dernière année

Comprend :

- Admissions à l'hôpital avec code(s) CIM-10 pour le diabète : E10.1, E10.6, E10.7, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.7, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.7, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6, E14.7, E14.9

Exclut :

- Complications à l'hôpital
- Admissions avec les codes CCI suivants : 1IJ50, 1IJ76, 1HB53, 1HD53, 1HZ53, 1HB55, 1HD55, 1HZ55, 1HZ85, 1HB54, 1HD54
- Cas où le décès survient avant le congé

Dénominateur

Nombre total de patients

Exclusions :

- Exclut les patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{The number of acute care hospital admissions for diabetes in the previous year}}{\text{Total number of patients}} \times 1,000$$

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu (revenu du quartier), à la ruralité et aux comorbidités (nombre de GDA). L'ajustement du risque prend en compte les différences entre les populations de patients pour permettre des comparaisons plus équitables entre vos patients et d'autres populations. Des données non ajustées sont également fournies pour éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Origine de la mesure : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ministère de la Santé et des Soins de longue durée – Ressource pour les normes d'indicateurs (RNI)

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDPCP)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires : S.O.

Visites auprès de son propre médecin

Description de l'indicateur

Le pourcentage de visites de soins primaires effectuées par des patients inscrits ou virtuellement inscrits auprès du médecin

Pertinence/justification : Cet indicateur est utilisé pour mesurer l'accessibilité du médecin à ses patients inscrits. L'objectif est de maximiser cette proportion jusqu'à atteindre, ou se rapprocher le plus possible, de 100 %.

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Type : Indicateur de résultat

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Le nombre de visites de soins primaires chez le médecin au cours des deux dernières années par des patients inscrits ou virtuellement inscrits auprès du médecin

Dénominateur

Nombre total de visites de soins primaires dans le système au cours des deux dernières années par des patients inscrits ou virtuellement inscrits auprès du médecin

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

The number of primary care visits to the physician in the past two years by patients rostered or virtually rostered to the physician	X 100%
Total number of primary care visits in the system in the past two years by patients rostered or virtually rostered to the physician	

Ajustement : Ces données ne sont pas ajustées. Les données non ajustées font état des données réelles de la pratique du médecin. Elles sont utiles pour comparer ses propres données dans le temps.

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Visites auprès de son propre groupe (fournisseur de soins primaires régulier – équipe)

Description de l'indicateur

Pourcentage de visites de soins primaires pour un service de base auprès d'un médecin appartenant à la même équipe que le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou virtuellement inscrit

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Décisions relatives aux données 2 de l'AFHTO

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Le nombre de visites de soins primaires effectuées par le patient dans le groupe de son propre médecin au cours des deux dernières années

Dénominateur

Nombre total de visites de soins primaires dans le système au cours des deux dernières années

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{The number of primary care visits by the patient to their own physician's group in the past two years}}{\text{Total number of primary care visits in the system in the past two years}} \times 100\%$$

Ajustement : L'indicateur n'est pas ajusté et est rapporté en pourcentage

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde : S.O.

Section 6 : Cohortes de maladies chroniques

Génération de cohortes de maladies chroniques

Hypertension

L'algorithme de définition de cas permettant d'identifier les patients souffrant d'hypertension relie la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et le Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO). L'hypertension est considérée comme présente si une personne a été admise à l'hôpital avec un diagnostic d'hypertension (codes de diagnostic CIM-9 de l'ICIS : 401x, 402x, 403x, 404x ou 405x; codes de diagnostic CIM-10 de l'ICIS : I10, I11, I12, I13 ou I15), ou une demande de remboursement du RASO avec un diagnostic d'hypertension (codes de diagnostic du RASO : 401, 402, 403, 404 ou 405) suivie dans les deux ans d'une demande de remboursement au RASO ou d'une admission à l'hôpital avec un diagnostic d'hypertension. L'algorithme de définition des cas à partir des données administratives a une sensibilité de 73 %, une spécificité de 95 %, une valeur prédictive positive de 87 % et une valeur prédictive négative de 88 %.¹

Insuffisance cardiaque congestive (ICC)

L'algorithme de définition des cas permettant d'identifier les patients atteints d'ICC relie différentes bases de données de l'ICES, du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et du RASO, et est basé sur un dossier de patient hospitalisé avec un diagnostic d'ICC (tel que défini par le code CIM-9) : 428 ou codes CIM-10 : I500, I501, I509) ou un dossier de soins ambulatoires avec un diagnostic d'ICC suivi d'un deuxième dossier avec un diagnostic d'ICC provenant de toute source dans un délai d'un an. L'algorithme de définition des cas d'ICC à partir des données administratives a une sensibilité de 85 %, une spécificité de 97 % et une VPP de 56 %.²

Infarctus aigu du myocarde (IAM)

L'algorithme de définition des cas permettant d'identifier les patients atteints d'IAM relie différentes bases de données du BDCP et des CUJ de l'ICES, ainsi que du RASO, et est basé sur les codes de diagnostic les plus importants pour indiquer qu'un patient a subi un infarctus du myocarde (code CIM-9 : 410, ou code CIM-10 : I21). L'algorithme de définition des cas d'IAM à partir des données administratives a une sensibilité de 80 %, une spécificité de 98 % et une VPP de 70 %.³

Diagnostic de santé mentale

¹ Tu, K., Campbell, N. R., Chen, Z. L., Cauch-Dudek, K. J. et McAlister, F. A. (2007). Accuracy of administrative databases in identifying patients with hypertension (Précision des bases de données administratives dans l'identification des patients souffrant d'hypertension). *Open Medicine*, 1(1), e18.

² Schultz, S. E., Rothwell, D. M., Chen, Z. et Tu, K. (2013). Identifying cases of congestive heart failure from administrative data: a validation study using primary care patient records (Identifier les cas d'insuffisance cardiaque congestive à partir de données administratives : une étude de validation utilisant les dossiers des patients en soins primaires). *soins gérés*, 10, 11.

³ Tu, K., Mitiku, T., Guo, H., Lee, D. S. et Tu, J. V. (2010). Infarctus du myocarde et validation des données de facturation et d'hospitalisation des médecins à l'aide des dossiers médicaux électroniques. *Maladies chroniques au Canada*, 30(4), 141-146.

L'algorithme de définition de cas pour mesurer la prestation de services de santé mentale ambulatoires en soins primaires utilise une période rétrospective de deux ans à partir de la date index dans les données de facturation des médecins du Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), et identifie les individus qui : 1) a eu une visite chez un médecin au bureau, à domicile ou en établissement de SLD avec un code de diagnostic du RASO lié à la santé mentale (295, 296, 297, 298 [troubles psychotiques]; 300, 301, 302, 306, 309, 311 [troubles non psychotiques]; 303, 304 [troubles liés à l'usage de substances]; 897, 898, 899, 900, 901, 902, 904, 905, 906, 909 [circonstances familiales ou problèmes sociaux]); ou 2) un médecin a facturé un code de suivi du patient Q020 ou Q021, qui sont des codes de primes pour les maladies mentales graves pour les personnes avec des troubles bipolaires et la schizophrénie, respectivement. Un algorithme similaire de définition de cas à partir de données administratives présente une sensibilité de 81 %, une spécificité de 97 % et une VPP de 85 % pour la prestation de services ambulatoires de santé mentale dans le cadre des soins primaires.⁴

Veillez noter : La définition actuelle inclut les visites pour lesquelles l'emplacement facturé indique « téléphone » (P), qui serait utilisé pour les codes d'honoraires du RASO pour les soins virtuels (par exemple, K081 ou K082) pendant la pandémie de la COVID-19.

Diabète

Jusqu'en 2017, l'algorithme permettant d'identifier les patients atteints de diabète reliait différentes bases de données de l'ICES et était basé sur l'existence de deux demandes de remboursement de médecins avec un code de diagnostic de diabète (code de diagnostic 250) ou d'un frais d'honoraires du RASO pour la prise en charge du diabète, le soutien à l'insulinothérapie, la demande de remboursement de codes d'évaluation de la prise en charge du diabète (Q040, K029, K030, K045, K046) ou d'une hospitalisation avec un code de diagnostic de diabète dans les 2 ans. L'algorithme de définition de cas de données administratives pour le diabète a une sensibilité de 86 % et une spécificité de 97 %.⁵ La définition de cas du diabète a été mise à jour pour inclure les demandes de remboursement de médicaments pour le diabète ainsi que des modifications aux périodes rétrospectives en utilisant l'algorithme suivant : au moins une admission à l'hôpital au cours de la dernière année pour le diabète sucré ou une demande de remboursement de médicaments pour le diabète sucré dans la base de données du Programme des médicaments de l'Ontario (PMO) ou au moins deux codes de diagnostic pour le diabète (code de diagnostic 250) dans le RASO au cours de la dernière année. L'algorithme de définition de cas mis à jour pour le diabète a une sensibilité de 90 % et une spécificité de 97,7 %.⁶ Les patientes atteintes de diabète gestationnel sont exclues de la définition de cas de diabète.

Cohortes de maladies chroniques : Hypertension

Description de l'indicateur

Pourcentage de patients souffrant d'hypertension

⁴ Steele, L. S., Glazier, R. H., Lin, E. et Evans, M. (2004). Using administrative data to measure ambulatory mental health service provision in primary care (Utiliser des données administratives pour mesurer la prestation de services de santé mentale ambulatoires dans les soins primaires). *Medical care*, 42(10), 960-965.

⁵ Hux JE, Ivis F, Flintoft V, Bica A. Diabetes in Ontario: determination of prevalence and incidence using a validated administrative data algorithm (Diabète en Ontario : détermination de la prévalence et de l'incidence à l'aide d'un algorithme de données administratives validé). *Diabetes Care* 2002; 25:512–516

⁶ Lipscombe LL, Hwee J, Webster L, Shah BR, Booth GL, Tu K. Identifying diabetes cases from administrative data: a population-based validation study (Identifier les cas de diabète à partir de données administratives : une étude de validation basée sur la population). *BMC Health Services Research* 2018; 18: 316.

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur contextuel

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de patients avec un diagnostic d'hypertension

Dénominateur

Nombre total de patients inscrits ou virtuellement inscrits

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of patients with hypertension}}{\text{Total number of rostered or virtually rostered patients at index date}} \times 100\%$$

Ajustement : Ces données ne sont pas ajustées. Les données non ajustées font état des données réelles de la pratique du médecin. Elles sont utiles pour comparer ses propres données dans le temps.

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDPC), demandes de facturation des médecins du Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Ne prend pas en compte les patients dont la date du dernier contact ne se situe pas dans les 7 ans suivant la date index

Commentaires :

- Un patient est considéré comme souffrant d'hypertension si, au cours d'une période de deux ans, il a fait l'objet de deux demandes de facturation de médecin ou d'une sortie d'hôpital avec un diagnostic d'hypertension avec les codes CIM-9 suivants : 401.x, 402.x, 403.x, 404.x ou 405.x ou les codes CIM-10 suivants : I10.x, I11.x, I12.x, I13.x ou I15.x
- [Cliquez ici](#) pour plus d'informations sur la manière dont cette cohorte a été générée

Cohortes de maladies chroniques : *Insuffisance cardiaque congestive (ICC)*

Description de l'indicateur

Pourcentage de patients souffrant d'ICC

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur contextuel

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de patients diagnostiqués avec ICC

Dénominateur

Nombre total de patients inscrits ou virtuellement inscrits

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of patients with CHF}}{\text{Total number of rostered or virtually rostered patients at index date}} \times 100\%$$

Ajustement : Ces données ne sont pas ajustées. Les données non ajustées font état des données réelles de la pratique du médecin. Elles sont utiles pour comparer ses propres données dans le temps.

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDCP), demandes de facturation des médecins du Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Ne prend pas en compte les patients dont la date du dernier contact ne se situe pas dans les 7 ans suivant la date index

Commentaires :

- Un patient est considéré comme souffrant d'ICC s'il a été admis une fois à l'hôpital (soit à partir de la BDCP, soit à partir du SNISA) avec un diagnostic d'ICC ou une demande de remboursement du RASO/un dossier des urgences du SNISA avec un diagnostic d'ICC, suivi dans l'année d'un deuxième

dossier avec un diagnostic d'ICC provenant d'une autre source. Codes CIM-9 : 28, codes CIM-10 : I500, I501, I509

- [Cliquez ici](#) pour plus d'informations sur la manière dont cette cohorte a été générée

Cohortes de maladies chroniques : Infarctus aigu du myocarde (IAM)

Description de l'indicateur

Pourcentage de patients souffrant d'IAM

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur contextuel

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de patients diagnostiqués avec un IAM

Dénominateur

Nombre total de patients inscrits ou virtuellement inscrits

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of patients diagnosed with an AMI}}{\text{Total number of rostered or virtually rostered patients at index date}} \times 100\%$$

Ajustement : Ces données ne sont pas ajustées. Les données non ajustées font état des données réelles de la pratique du médecin. Elles sont utiles pour comparer ses propres données dans le temps.

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDGP), chirurgie d'un jour (CUJ), demandes de facturation des médecins du Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO)

Limites / Mises en garde :

- Ne prend pas en compte les patients dont la date du dernier contact ne se situe pas dans les 7 ans suivant la date index

Commentaires :

- Un patient est considéré comme souffrant d'un IAM avec un diagnostic principal d'IAM basé sur le code CIM-9 410 ou le code CIM-10 I21.
- [Cliquez ici](#) pour plus d'informations sur la manière dont cette cohorte a été générée

Cohortes de maladies chroniques : Diagnostic de santé mentale

Description de l'indicateur

Pourcentage de patients qui recherchent des services de soins primaires et qui ont un diagnostic de santé mentale

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur contextuel

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de patients ayant consulté des services de soins primaires au cours des deux dernières années et ayant reçu un diagnostic de santé mentale

Dénominateur

Nombre total de patients inscrits ou virtuellement inscrits

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of patients who had a primary care visit in the past two years and who had a mental health diagnosis}}{\text{Total number of rostered or virtually rostered patients as of index date}} \times 100\%$$

Ajustement : Ces données ne sont pas ajustées. Les données non ajustées font état des données réelles de la pratique du médecin. Elles sont utiles pour comparer ses propres données dans le temps.

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Demandes de facturation des médecins du Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO)

Limites / Mises en garde :

- Cet indicateur mesure le contact des patients avec les services de santé mentale ambulatoires en soins primaires et ne constitue pas une mesure exhaustive de la prévalence des troubles de santé mentale.
- L'indicateur est actuellement sous-estimé, car il exclut les facturations du RASO qui ont un diagnostic de santé mentale et un emplacement équivalent au téléphone (P) selon les codes de soins virtuels du RASO. L'indicateur sera mis à jour lors de la prochaine actualisation des données (date index du 31 mars 2021).
- Ne prend pas en compte les patients dont la date du dernier contact ne se situe pas dans les 7 ans suivant la date index.

Commentaires :

- [Cliquez ici](#) pour plus d'informations sur la manière dont cette cohorte a été générée

Cohortes de maladies chroniques : Diabète

Description de l'indicateur

Pourcentage de patients diabétiques

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur contextuel

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Calcul :

Numérateur

Nombre de patients avec un diagnostic de diabète

Dénominateur

Nombre total de patients inscrits ou virtuellement inscrits

Exclusions :

- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of patients with diabetes}}{\text{Total number of rostered or virtually rostered patients as of index date}} \times 100\%$$

Ajustement : Ces données ne sont pas ajustées. Les données non ajustées font état des données réelles de la pratique du médecin. Elles sont utiles pour comparer ses propres données dans le temps.

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur le diabète de l'Ontario (BDDO), demandes de facturation des médecins du Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO)

Limites / Mises en garde :

- Ne prend pas en compte les patients dont la date du dernier contact ne se situe pas dans les 7 ans suivant la date index

Commentaires :

- Une personne est considérée comme diabétique si elle a été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année écoulée pour cause de diabète sucré ou si elle a fait l'objet d'une demande de remboursement de médicaments pour diabète sucré dans la base de données du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) ou si elle a reçu au moins deux codes de diagnostic pour le diabète (code de diagnostic 250) dans le RASO au cours de la dernière année
- [Cliquez ici](#) pour plus d'informations sur la manière dont cette cohorte a été générée

Section 7 : Données démographiques des patients

Nombre de patients inscrits

Description de l'indicateur

Nombre de personnes en vie à la date index, avec un numéro de carte Santé valide et admissibles aux services de santé de l'Ontario, qui sont inscrites (R) ou virtuellement inscrites (V) auprès d'un médecin

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de structure

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : S.O.

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé (CAPE), Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO)

Limites / Mises en garde :

- Ne prend pas en compte les patients dont la date du dernier contact ne se situe pas dans les 10 ans suivant la date index

Commentaires :

- Un petit nombre de médecins auront des patients inscrits dans plusieurs groupes; dans ce cas, ces patients seront représentés dans le groupe comptant le plus grand nombre de patients; ceux du groupe comportant moins de patients seront réaffectés

Âge

Description de l'indicateur

Catégorie d'âge des patients à la date index

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : S.O.

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : S.O.

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

Limites / Mises en garde :

- Ne prend pas en compte les patients dont la date du dernier contact ne se situe pas dans les 7 ans suivant la date index

Commentaires :

- Catégories d'âge :
 1. 1 à 4
 2. 5 à 9
 3. 10 à 18
 4. 19 à 34
 5. 35 à 49
 6. 50 à 64
 7. 65 à 74
 8. 75 à 84
 9. 85+

Quintile de revenu

Description de l'indicateur

Quintile de revenu lors de l'événement index en utilisant l'aire de diffusion de l'adresse résidentielle du patient

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP); rapports annuels, rapports thématiques, rapports sur les soins de longue durée, rapports sur les soins à domicile, rapports sur les soins à domicile

Type : S.O.

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : S.O.

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : S.O.

Calcul :

Les quintiles de revenu sont calculés à partir du Fichier de conversion des codes postaux Plus (FCCP+) de Statistique Canada. Ce programme relie les codes postaux à six caractères aux zones géographiques de recensement afin de dériver des informations telles que le revenu pour chaque zone géographique.

Pour ces analyses, les données du Recensement de 2006 ont été utilisées pour attribuer des codes postaux des résidents aux aires de diffusion du Recensement de 2006. L'adéquation du revenu, ajustée en fonction de la taille du ménage et spécifique à chaque communauté, a été utilisée pour classer les codes postaux en quintiles de revenu, le quintile de revenu 1 ayant le revenu relatif le plus bas et le quintile de revenu 5 ayant le revenu le plus élevé.

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), Recensement de 2006 de Statistique Canada

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- Une limite de cette mesure est que les personnes dont le code postal est manquant ou invalide, et celles qui vivent en institution, ne se voient pas attribuer un quintile de revenu du quartier et ne sont donc pas incluses dans les mesures sommaires de la disparité.

Commentaires :

- Valeurs : 1 (faible) à 5 (élevé)

Indice de ruralité des patients de l'Ontario (IRO)

Description de l'indicateur

L'Indice de ruralité de l'Ontario fournit une mesure continue et étendue de la ruralité en utilisant l'aire de diffusion du code postal résidentiel du patient. Un indice IRO de 0 à 39 est considéré comme urbain, un indice de 10 à 39 spécifie un centre urbain non majeur, et un indice de 40 et plus est considéré comme rural. L'attribution des différentes catégories (urbain, urbain non majeur et rural) est basée sur la pluralité des indices IRO des patients de votre cabinet. La méthodologie de l'IRO est basée sur la méthodologie Kralj.

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : S.O.

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : S.O.

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

Limites / Mises en garde :

- Ne prend pas en compte les patients dont la date du dernier contact ne se situe pas dans les 7 ans suivant la date index

Commentaires :

- Kralj B. Mesurer la ruralité – RIO2008_BASIC : Méthodologie et résultats. Toronto, Ontario : Association médicale de l'Ontario; 2009. Disponible sur : <https://www.oma.org/siteassets/oma/media/pagetree/about-oma/expert--advice/2008rio-fulltechnicalpaper.pdf>

Indicateurs supplémentaires

Section 3 : Prise en charge du diabète

Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les médecins ont facturé le code d'évaluation de la prise en charge du diabète (K030) au moins une fois au cours de l'année écoulée

Description de l'indicateur

Pourcentage de vos patients diabétiques pour lesquels un code d'évaluation de la prise en charge du diabète (K030) a été demandé au cours de l'année écoulée

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (SOD), Direction de l'analyse de la santé du ministère de la Santé (MS) et ministère des Soins de longue durée (MSLD), Initiative d'ensemble de données de référence sur le diabète (BDDI), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Numérateur :

Nombre de patients diabétiques pour lesquels le code K030 a été facturé au moins une fois au cours de l'année écoulée

Comprend :

Résidents de l'Ontario identifiés comme diabétiques dans la BDDO au cours des deux dernières années

Dénominateur :

Nombre total de patients atteints de diabète

Exclut :

- Patients qui n'étaient pas résidents de l'Ontario chaque année
- Patients dont le NCS, la date de naissance ou le code postal est manquant ou invalide
- Femmes atteintes de diabète gestationnel
- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of patients with diabetes whom K030 was billed at least once in the past year}}{\text{Total number of patients with diabetes}} \times 100\%$$

Ajustement : Ces données ne sont pas ajustées. Les données non ajustées font état des données réelles de la pratique du médecin. Elles sont utiles pour comparer ses propres données dans le temps.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Direction de l'analyse de la santé du MSSLD

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur le diabète de l'Ontario (BDDO) (comprenant le RASO [Régime d'Assurance-santé de l'Ontario], la RPDB [Base de données sur les personnes inscrites] et la Base de données sur les congés des patients [BDP])

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- La BDDO ne fait pas de distinction entre les cas de type I et II

Commentaires :

- [Cliquez ici](#) pour plus d'informations sur la méthodologie utilisée pour générer une cohorte de maladies chroniques liées au diabète à partir de laquelle les patients diabétiques dans cette mesure sont sélectionnés.

Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les médecins ont facturé le code d'incitation de la prise en charge du diabète (Q040) au moins une fois au cours de l'année écoulée

Description de l'indicateur

Pourcentage de vos patients diabétiques pour lesquels un code d'incitation à la prise en charge du diabète (Q040) a été demandé au cours de la dernière année

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (SOD), Direction de l'analyse de la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), Initiative d'ensemble de données de référence sur le diabète (BDDI), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Pourcentage

Numérateur :

Nombre de patients diabétiques pour lesquels le code Q040 a été facturé au moins une fois au cours de l'année écoulée

Comprend :

- Les résidents de l'Ontario ont été identifiés comme diabétiques dans la BDDO au cours des deux dernières années

Dénominateur :

Nombre total de patients atteints de diabète

Exclut :

- Patients qui n'étaient pas résidents de l'Ontario chaque année
- Patients dont le NCS, la date de naissance ou le code postal est manquant ou invalide
- Femmes atteintes de diabète gestationnel
- Patients âgés de moins d'un an
- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

$$\frac{\text{Number of patients with diabetes whom Q040 was billed at least once in the past year}}{\text{Total number of patients with diabetes}} \times 100\%$$

Ajustement : Ces données ne sont pas ajustées. Les données non ajustées font état des données réelles de la pratique du médecin. Elles sont utiles pour comparer ses propres données dans le temps.

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Direction de l'analyse de la santé du MSSLD

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur le diabète de l'Ontario (BDDO) (comprenant le RASO [Régime d'Assurance-santé de l'Ontario], la RPDB [Base de données sur les personnes inscrites] et les métadonnées de la Base de données sur les congés des patients [BDCP])

Autres informations pertinentes

Limites / Mises en garde :

- La BDDO ne fait pas de distinction entre les cas de type I et II

Commentaires :

- [Cliquez ici](#) pour plus d'informations sur la méthodologie utilisée pour générer une cohorte de maladies chroniques liées au diabète à partir de laquelle les patients diabétiques dans cette mesure sont sélectionnés.

Section 4 : Utilisation des services de santé

Visites chez un spécialiste - Cardiologue

Description de l'indicateur

Le nombre de visites chez le cardiologue au cours de l'année précédente par des patients inscrits ou virtuellement inscrits auprès du médecin

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP); rapports annuels, rapports thématiques, rapports sur les soins de longue durée, rapports sur les soins à domicile, rapports sur les soins à domicile

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les médecins de l'ICES (IPDB)

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires :

- Parmi les patients âgés de plus d'un an, le nombre de visites chez un cardiologue au cours de l'année précédente dont la spécialité principale est la cardiologie dans l'IPDB
- Limiter à une visite par patient, par médecin et par jour
- Uniquement les visites chez le médecin ayant eu lieu au cabinet, à domicile, par téléphone ou dans un établissement de SLD
- Exclut les patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Visites chez un spécialiste - Endocrinologue

Description de l'indicateur

Le nombre de visites chez l'endocrinologue au cours de l'année précédente par des patients inscrits ou virtuellement inscrits auprès du médecin

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP); rapports annuels, rapports thématiques, rapports sur les soins de longue durée, rapports sur les soins à domicile, rapports sur les soins à domicile

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les médecins de l'ICES (IPDB)

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires :

- Parmi les patients âgés de plus d'un an, le nombre de visites chez un endocrinologue au cours de l'année précédente dont la spécialité principale est l'endocrinologie dans l'IPDB
- Limiter à une visite par patient, par médecin et par jour
- Uniquement les visites chez le médecin ayant eu lieu au cabinet, à domicile, par téléphone ou dans un établissement de SLD
- Exclut les patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Visites chez un spécialiste - Médecin de médecine interne

Description de l'indicateur

Le nombre de visites chez un médecin de médecine interne au cours de l'année précédente par des patients inscrits ou virtuellement inscrits auprès du médecin

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP); rapports annuels, rapports thématiques, rapports sur les soins de longue durée, rapports sur les soins à domicile, rapports sur les soins à domicile

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les médecins de l'ICES (IPDB)

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires :

- Parmi les patients âgés de plus d'un an, le nombre de visites chez un médecin de médecine interne au cours de l'année précédente dont la spécialité principale est la médecine interne dans l'IPDB
- Limiter à une visite par patient, par médecin et par jour
- Uniquement les visites chez le médecin ayant eu lieu au cabinet, à domicile, par téléphone ou dans un établissement de SLD
- Exclut les patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Visites chez un spécialiste - Psychiatre

Description de l'indicateur

Le nombre de visites chez un psychiatre au cours de l'année précédente par des patients inscrits ou virtuellement inscrits auprès du médecin

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les médecins de l'ICES (IPDB)

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires :

- Parmi les patients âgés de plus d'un an, le nombre de visites chez un psychiatre au cours de l'année précédente dont la spécialité principale est la psychiatrie dans l'IPDB
- Limiter à une visite par patient, par médecin et par jour
- Uniquement les visites chez le médecin ayant eu lieu au cabinet, à domicile, par téléphone ou dans un établissement de SLD
- Exclut les patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Visites chez un spécialiste - Pneumologue

Description de l'indicateur

Le nombre de visites chez le pneumologue au cours de l'année précédente par des patients inscrits ou virtuellement inscrits auprès du médecin

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Type : Indicateur de processus

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : Soins primaires

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les médecins de l'ICES (IPDB)

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires :

- Parmi les patients âgés de plus d'un an, le nombre de visites chez un pneumologue au cours de l'année précédente dont la spécialité principale est la pneumologie dans l'IPDB
- Limiter à une visite par patient, par médecin et par jour
- Uniquement les visites chez le médecin ayant eu lieu au cabinet, à domicile, par téléphone ou dans un établissement de SLD
- Exclut les patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Coût

Description de l'indicateur

Coût ajusté des soins de santé par personne

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : Structure

Alignement externe : Décisions relatives aux données 2 de l'AFHTO

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : S.O.

Définition et sources d'information

Unité d'analyse : Par personne

Numérateur :

Coûts totaux des soins primaires/médecins, laboratoires, médicaments, services d'urgence et soins ambulatoires/coûts des soins hospitaliers et des chirurgies d'un jour/coûts des soins de longue durée, soins continus complexes et soins de réadaptation

Dénominateur :

Nombre total de patients vus par groupe/ESF

Exclut :

- Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation

Méthodes :

Les sous-catégories de coûts comprennent :

- Coûts des soins primaires
 - Visites généralistes - RAA
 - Coûts par personne OSF/RSF
 - Visites généralistes/MF non RAA
- Frais de médecin, de laboratoire, de médicaments, des services d'urgence et ambulatoires
 - Coûts RRA des médecins spécialisés du RASO
 - Coût des médicaments PMO
 - Coût des services de soins à domicile
 - Services d'urgence SNISA
 - Coût de laboratoire du RASO
 - Coût des non-médecins du RASO
 - Autres visites non RAA
 - Visites autres que les visites RAA en vertu d'un mode de financement alternatif aux services d'urgence
 - Oncologues médicaux non RAA
 - Radio-oncologues non RAA
 - Cancer SNISA
 - Dialyse SNISA
- Frais d'hospitalisation et de chirurgie d'un jour
 - Patients hospitalisés (ICIS/BDCP)
 - Chirurgie d'un jour (CUJ)
 - Hospitalisation SM
- Coûts des soins de longue durée, des soins continus complexes et de la réadaptation
 - Coût des SLD
 - Coût des SCC
 - Réadaptation (SNIR)

Ajustement : Cet indicateur a été ajusté en fonction du risque lié à l'âge, au sexe, au revenu, à la ruralité et aux comorbidités.

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Origine de la mesure : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP)

Fournisseur des données : ICES

Source des données : BDCP, SNISA, Système d'information sur les soins de longue durée, Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), RASO, Base de données sur les services à domicile, PMO, Système d'administration des soins à domicile de l'Ontario, Base de données sur les CUJ fournie par l'ICES

Limites / Mises en garde :

- L'interprétation de cet indicateur est difficile car la direction n'est pas claire
- Les soins dispensés en équipe ne sont pas pris en compte
- Les frais généraux des médecins ne sont pas pris en compte
- Les salaires des médecins et radio-oncologues ne sont pas disponibles pour les années 2002 à 2004

Commentaires :

- Les coûts pour chaque rencontre patient avec le système de santé ont été calculés à l'aide d'algorithmes mis en œuvre à l'ICES et basés sur des méthodes de calcul des coûts à partir de données administratives.¹

¹ Wodchis W, Bushmeneva K, Nikitovic M et coll. (Guidelines on person-level costing using administrative databases in Ontario) Directives sur l'établissement des coûts au niveau des personnes à l'aide de bases de données administratives en Ontario : série de documents de travail, volume 1, mai 2013. Toronto : Réseau de recherche sur le rendement du système de santé; 2013.

Ne concerne que les rapports des ESF

Niveau d'utilisation des ressources (NUR)

Description de l'indicateur

Le NUR est le poids moyen de l'intensité des ressources en utilisant n'importe quel diagnostic provenant d'une demande de remboursement d'un médecin, d'une visite aux urgences ou d'une hospitalisation au cours de l'année écoulée. Les niveaux d'utilisation des ressources (NUR) font partie du système de regroupement des cas Johns Hopkins Adjusted Clinical Group® (ACG®). Les NUR sont un système de classement simplifié du niveau global de maladie de chaque personne, prenant en compte tous les diagnostics qui lui ont été attribués lors de visites médicales et d'hospitalisations au cours de l'année précédente.

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : S.O.

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : S.O.

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les congés des patients (BDCP)

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires :

- Les patients sont affectés à l'une des 6 catégories NUR :

0-Non-utilisateur

1-Utilisateur en bonne santé

2-Faible morbidité

3-Morbidité modérée

4-Morbidité élevée

5-Morbidité très élevée

Indice de morbidité standardisé ACG (SAMI)

Description de l'indicateur

Le SAMI représente le poids moyen de l'ACG pour l'utilisation prévue des ressources. La répartition des médecins de soins primaires et le nombre de patients très malades sont variables et peuvent entraîner des inégalités systématiques, où les médecins ne sont pas adéquatement rémunérés et où ces patients très malades sont mal desservis et/ou incapables de s'inscrire auprès d'un médecin de famille¹. Il est donc de plus en plus nécessaire de prévoir l'utilisation des soins primaires afin de mieux équiper les cabinets médicaux et de leur permettre de répondre aux besoins en matière de soins de santé. Le système de regroupement des cas Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG) est utilisé dans l'élaboration de SAMI car il a « démontré sa validité pour expliquer les besoins en services de santé des populations canadiennes ».² Le système ACG utilise des codes diagnostiques dérivés de toutes les données de facturation du RASO (sans restriction par code d'honoraires et incluant les services fournis par des médecins auprès desquels le patient n'est pas inscrit) ainsi que de la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS pour placer les patients dans un ou plusieurs des 30 groupes de diagnostic ajustés (GDA).² Les patients sont ensuite affectés à l'un des 90 ACG mutuellement exclusifs en fonction de leur âge, de leur sexe et du nombre de GDA différents auxquels ils ont été affectés. Chaque ACG a un poids qui indique le niveau prévu des ressources de soins de santé nécessaires ou le niveau de besoin de soins de santé.^{2,3} Enfin, l'indice de morbidité ACG basé sur la pratique, connu sous le nom de SAMI, est créé en ajoutant les coûts spécifiques réels et prévus à chaque poids ACG, puis en divisant par la

moyenne provinciale générale.³ Par exemple, un SAMI de 1,85 peut être interprété comme un besoin prévu de soins de santé 85 % plus élevé que dans la population générale de l'Ontario, et un SAMI de 0,88 peut être interprété comme un besoin prévu de soins de santé inférieur de 12 % à celui de la population générale de l'Ontario.⁴

Les codes d'honoraires suivants du RASO (services d'OSF « en panier ») ont été utilisés pour calculer les besoins en soins de santé attendus pour chaque catégorie d'ACG : A001; A003; A004; A007; A008; A110; A112; A777; A900; A901; A903; A917; A927; A937; A947; A957; A967; A990; A994; A996; A998; B990; B992; B993; B994; B996; C882; C903; E070; E071; E075; E077; E430; E542; G001; G002; G003; G004; G005; G006; G007; G008; G590; G591; G840; G841; G842; G843; G844; G845; G846; G847; G848; G590; G591; J301; J304; J324; J327; K001; K002; K003; K004; K005; K006; K007; K008; K013; K015; K017; K080; K081; K082; K130; K131; K132; K700; K702; K730; K731; K732; K733; Q990; Q992; Q994; Q996; Q998; R048; R051; R094; W001; W002; W003; W004; W008; W010; W102; W104; W105; W106; W107; W109; W121; W771; W777; W872; W882; W903; Z101; Z110; Z113; Z114; Z116; Z117; Z122; Z125; Z128; Z129; Z153; Z154; Z156; Z157; Z158; Z159; Z160; Z161; Z162; Z169; Z170; Z171; Z175; Z176; Z314; Z315; Z535; Z543; Z545; Z611; Z847.

Outil/produit de rapport SO(Q) : S.O.

Type : S.O.

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : S.O.

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Régime d'Assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les congés des patients (BDGP), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)

Limites / Mises en garde : S.O.

Commentaires :

- À partir du point de données de septembre 2016, le calcul de l'indice SAMI a été mis à jour pour inclure les codes d'honoraires du RASO suivants : K130, K131, K132 et E542. Depuis le point de données de septembre 2020, le calcul de l'indice SAMI a été mis à jour pour inclure les codes de soins virtuels (K080, K081, K082) institués en réponse à la pandémie de la COVID-19

Sources :

1. Glazier RH, Klein-Geltink J, Kopp A, Sibley LM. Modèles de capitation et de rémunération à l'acte améliorée pour la réforme des soins primaires : une évaluation basée sur la population. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2009; 180 : E72–81.
2. Sibley, Lyn M. et Richard H. Glazier. Evaluation of the equity of age–sex adjusted primary care capitation payments in Ontario, Canada (Évaluation de l'équité des paiements par capitation pour les soins primaires ajustés selon l'âge et le sexe en Ontario, Canada). *Health Policy* 104.2 (2012) : 186-192.
3. Reid, R. et coll. Do some physician groups see sicker patients than others? Implications for Primary Care Policy in Manitoba (Certains groupes de médecins voient-ils des patients plus malades que d'autres? Implications pour la politique de soins primaires au Manitoba). Centre manitobain de politiques et d'évaluation en matière de santé (2001).
4. Glazier, Richard H., Brandon M. Zagorski et Jennifer Rayner. Comparaison des modèles de soins primaires en Ontario en fonction de la démographie, du regroupement des cas et de l'utilisation des services d'urgence, 2008-2009 à 2009-2010. Institut des sciences cliniques évaluatives, 2012.

Section 5 : Données démographiques des patients

Genre

Description de l'indicateur

Proportion de patients hommes ou femmes

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP); rapports annuels, rapports thématiques, rapports sur les soins de longue durée, rapports sur les soins à domicile

Type : S.O.

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : S.O.

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

Limites / Mises en garde :

- Ne prend pas en compte les patients dont la date du dernier contact ne se situe pas dans les 7 ans suivant la date index

Commentaires :

- Exclut les patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation.

Immigrants récents

Description de l'indicateur

Toute personne inscrite pour la première fois au RASO au cours des 10 dernières années, à l'exclusion des enfants âgés de moins de 10 ans

Outil/produit de rapport SO(Q) : Cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP); rapports annuels, rapports thématiques, rapports sur les soins de longue durée, rapports sur les soins à domicile

Type : S.O.

Alignement externe : S.O.

Autres rapports : S.O.

Responsabilité : S.O.

Autres informations pertinentes

Source des données / Éléments des données :

Fournisseur des données : ICES

Source des données : Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

Limites / Mises en garde :

- Ne prend pas en compte les patients dont la date du dernier contact ne se situe pas dans les 7 ans suivant la date index

Commentaires :

- Exclut les patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins. Veuillez consulter l'annexe C pour la classification et les codes de facturation.

Annexe A – Tableau des acronymes

ACRONYME	TERME
ARA	Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II
ECA	Enzyme de conversion de l'angiotensine
CPSA	Conditions propices aux soins ambulatoires
IAM	Infarctus aigu du myocarde
GDA	Groupes de diagnostic ajustés
CAPE	Clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé
CMC	Cohorte de maladies chroniques
ICC	Insuffisance cardiaque congestive
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
OMCO	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
ECTG	Échelle canadienne de triage et de gravité
BDCP	Base de données sur les congés des patients
SU	Service des urgences
RSOS	Recherche de sang occulte dans les selles
DGS	Données de groupe supprimées; taille du groupe de médecins <6
HbA1c	Hémoglobine glyquée
SO(Q)	Santé Ontario (Qualité)
ICES	Institut des sciences cliniques évaluatives
IPDB	Base de données sur les médecins de l'ICES
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
RCCO	Registre des cas de cancer de l'Ontario
PMO	Programme de médicaments de l'Ontario
Assurance-santé / RASO	Régime d'Assurance-santé de l'Ontario
SIOSM	Système d'information ontarien sur la santé mentale

DPS	Données sur les patients supprimées; nombre de patients <6
PAQI	Partenariat pour l'amélioration de la qualité et l'innovation
RIO	Indice de ruralité de l'Ontario
BDPI	Base de données sur les personnes inscrites
NUR	Niveau d'utilisation des ressources

Annexe B – Sources de données

Prescription d'opioïdes

TERME	SOURCE(S) DES DONNÉES
Pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs qui ont reçu une prescription d'opioïdes (à l'exclusion d'un traitement par agoniste opioïde) au cours des 6 derniers mois	BDCP; RASO; BDPI; SSSSC
Pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs qui ont reçu une nouvelle prescription d'opioïdes (à l'exclusion d'un traitement par agoniste opioïde) au cours des 6 derniers mois	BDCP; RASO; BDPI; SSSSC
Pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs qui ont reçu un opioïde (y compris un traitement par agoniste opioïde) et une benzodiazépine au cours des 6 derniers mois	BDCP; RASO; BDPI; SSSSC
Pourcentage de patients ne recevant pas de soins palliatifs qui ont reçu au moins un opioïde à dose élevé > 90 mg MEQ par jour au cours des 6 derniers mois	BDCP; RASO; BDPI; SSSSC

Prescription d'antibiotiques

TERME	SOURCE(S) DES DONNÉES
Taux d'initiation d'antibiotiques oraux pour 1 000 consultations chez les patients âgés de 66 ans et plus au cours d'une période de déclaration de 6 mois	RASO; PMO
Pourcentage d'antibiotiques oraux administrés pendant plus de 7 jours chez les patients âgés de 66 ans et plus au cours d'une période de déclaration de 6 mois	RASO; PMO

Données démographiques des patients

Population de patients	RASO; CAPE; BDPI
Pourcentage de patients inscrits (à l'exclusion des patients virtuellement inscrits)	RASO; CAPE; BDPI
Pourcentage de patients par tranche d'âge	BDPI
Indice de ruralité de l'Ontario (IRO) des patients	BDPI
Quintiles de revenus des patients	BDPI
Niveau moyen d'utilisation des ressources (NUR) des patients	RASO; SNISA; BDCP

Nombre de groupes de diagnostic ajustés (GDA)	SIOSM; BDCP
---	-------------

Problèmes de santé liés aux maladies chroniques

Pourcentage de patients souffrant d'hypertension	RASO; BDCP
Pourcentage de patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive (ICC)	RASO; SNISA; SIOSM; BDCP
Pourcentage de patients souffrant d'infarctus aigu du myocarde (IAM)	RASO; BDCP; CUJ
Pourcentage de patients souffrant d'un trouble de la santé mentale	RASO; BDCP
Pourcentage de patients diabétiques	RASO; BDDO
Pourcentage de patients présentant divers problèmes de santé par médecin	RASO; SNISA; SIOSM; BDCP
Pourcentage de patients présentant divers problèmes de santé par groupe	RASO; SNISA; SIOSM; BDCP
Pourcentage de patients présentant divers problèmes de santé par RLISS	RASO; SNISA; SIOSM; BDCP

Utilisation des services de santé

Taux de visites aux urgences pour 1 000 patients (ajusté)	SNISA
Taux de visites aux urgences pour 1 000 patients : Échelle canadienne de triage et de gravité 1-3 (ajusté)	SNISA
Taux de visites aux urgences pour 1 000 patients : ECTG 4-5 (ajusté)	SNISA
Taux d'hospitalisations pour asthme pour 1 000 patients (ajusté)	BDCP
Taux d'hospitalisations pour ICC pour 1 000 patients (ajusté)	BDCP
Taux d'hospitalisations pour MPOC pour 1 000 patients (ajusté)	BDCP
Taux d'hospitalisations pour diabète pour 1 000 patients (ajusté)	BDCP
Taux d'hospitalisations pour asthme, ICC, MPOC et diabète pour 1 000 patients (ajusté)	BDCP
Pourcentage de réadmissions à l'hôpital (dans les 30 jours) des patients admis (ajusté)	BDCP
Pourcentage de réadmissions à l'hôpital (dans un délai d'un an) des patients admis (ajusté)	BDCP

Pourcentage de visites des patients chez leur médecin (continuité des soins)	RASO; SNISA; BDCP; IPDB
Taux de visites chez un cardiologue pour 1 000 patients (ajusté)	RASO; SNISA; BDCP; IPDB
Taux de visites chez un pneumologue pour 1 000 patients (ajusté)	RASO; SNISA; BDCP; IPDB
Taux de visites chez un psychiatre pour 1 000 patients (ajusté)	RASO; SNISA; BDCP; IPDB
Taux de visites chez un endocrinologue pour 1 000 patients (ajusté)	RASO; SNISA; BDCP; IPDB
Taux de visites chez un médecin généraliste pour 1 000 patients (ajusté)	RASO; SNISA; BDCP; IPDB
Taux de visites chez un spécialiste non précisé pour 1 000 patients (ajusté)	RASO; SNISA; BDCP; IPDB
Taux de visites chez tout spécialiste pour 1 000 patients (ajusté)	RASO; SNISA; BDCP; IPDB
Taux de visites chez des spécialistes précisés et non précisés pour 1 000 patients par médecin (ajusté)	RASO; SNISA; BDCP; IPDB

Prévention et gestion des maladies chroniques

Prise en charge du diabète

Pourcentage de patients diabétiques ayant subi au moins deux tests d'hémoglobine glyquée au cours des 12 derniers mois	RASO; BDPI; PMO; BDCP
Pourcentage de patients diabétiques ayant subi au moins un examen de la rétine au cours des 24 derniers mois	RASO; BDPI; PMO; BDCP
Pourcentage de patients diabétiques âgés de 66 ans et plus et ayant reçu une prescription de statines	RASO; BDPI; PMO; BDCP; PMO
Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les médecins ont facturé le code d'évaluation de la prise en charge du diabète K030 au moins une fois au cours de l'année écoulée	RASO; BDPI; PMO; BDCP
Pourcentage de patients diabétiques pour lesquels les médecins ont facturé le code d'incitation à la prise en charge du diabète Q040 au moins une fois au cours de l'année écoulée	RASO; BDPI; PMO; BDCP

Dépistage du cancer

Pourcentage de patientes âgées de 21 à 69 ans ayant subi un test Pap au cours des trois dernières années	RASO; BDPI; RCCO
Pourcentage de patientes âgées de 50 à 74 ans ayant subi une mammographie au cours des deux dernières années	RASO; RCCO; RCCO; PODCS
Pourcentage de patients âgés de 50 à 74 ans ayant subi une RSOS/un TIF au cours des deux dernières années	RASO; BDPI; RCCO
Pourcentage de patients âgés de 50 à 74 ans ayant subi une coloscopie au cours des 10 dernières années	RASO; BDPI; RCCO
Pourcentage de patients examinés âgés de 50 à 74 ans ayant subi une RSOS au cours des deux dernières années, une sigmoïdoscopie flexible au cours des cinq dernières années ou une coloscopie au cours des dix dernières années	RASO; BDPI; RCCO

Annexe C – Patients en soins palliatifs identifiés à partir des données de facturation des hôpitaux et des médecins

Code d'honoraires du RASO	Description
A945	CONSULTATION SPÉCIALISÉE EN SOINS PALLIATIFS PAR UN GÉNÉRALISTE/CABINET DE MÉDECINE FAMILIALE
C945	CONSULTATION SPÉCIALISÉE EN SOINS PALLIATIFS EN AMBULATOIRE À L'HÔPITAL
C882	SOINS TERMINAUX EN HÔPITAL PAR UN GÉNÉRALISTE/MÉDECIN DE FAMILLE
C982	SOINS PALLIATIFS
W872	SOINS TERMINAUX EN FOYER DE SOINS INFIRMIERS PAR UN GÉNÉRALISTE/MÉDECIN DE FAMILLE
W882	SOINS TERMINAUX À L'HÔPITAL CHR PAR UN GÉNÉRALISTE/MÉDECIN DE FAMILLE
W972	SOINS PALLIATIFS
W982	SOINS PALLIATIFS
K023	SOUTIEN AUX SOINS PALLIATIFS, SOINS INDIVIDUELS, 1/2 HEURE OU PARTIE MAJEURE
B998	VISITE SPÉCIALISÉE DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE, JOURS, VEILLE
B966	PRIME DE DÉPLACEMENT - VISITE À DOMICILE POUR SOINS PALLIATIFS
B997	VISITE SPÉCIALISÉE DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE, JOURS, VEILLE
G511	GESTION TÉLÉPHONIQUE DES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE
G512	GESTION HEBDOMADAIRE DES CAS DE SOINS PALLIATIFS
K092A*	Consultation virtuelle en soins palliatifs - Téléphone
K093A*	Consultation virtuelle en soins palliatifs par vidéo
K094A*	Soutien virtuel en soins palliatifs - Téléphone
K095A*	Soutien virtuel en soins palliatifs - Vidéo
ICIS BDCP patserv	Description
58	Soins palliatifs
Code CIM10 de l'ICIS	Description
Z515	Soins palliatifs

*Nouveaux codes de soins palliatifs pour les consultations virtuelles. À compter du 1er juillet 2021, de nouveaux services de soins palliatifs virtuels peuvent être soumis. Ces codes de grille tarifaire sont en vigueur pour les services fournis entre le 14 mars 2021 et le 30 septembre 2021.