

# Favorisons la santé



## Section narrative du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) pour les organismes de soins de santé de l'Ontario



Cornwall Community Hospital  
Hôpital communautaire de Cornwall

3/18/2014

Le présent document a pour objectif d'aider les organismes de soins de santé de l'Ontario à établir un plan d'amélioration de la qualité. En dépit de nos efforts et de nos soins dans la préparation de ce document, celui-ci ne saurait être considéré comme une référence juridique; en effet, au besoin, les organismes doivent consulter leurs conseillers juridiques, leurs conseillers en gouvernance et d'autres conseillers appropriés pour concevoir leur plan d'amélioration de la qualité. Par ailleurs, les organismes peuvent concevoir leur propre plan public d'amélioration de la qualité en utilisant des formats et un contenu différents, pourvu qu'ils envoient une version de leur plan d'amélioration de la qualité à QSSO (au besoin) dans le format décrit ci-après.

[ontario.ca/excellentcare](http://ontario.ca/excellentcare)

## Aperçu

Les indicateurs de la qualité de l'Hôpital communautaire de Cornwall (HCC) prioritaires dans le Plan d'amélioration de la qualité (PAQ) de 2014-2015 constituent de grands indicateurs associés à la qualité<sup>1</sup> ainsi qu'à la sécurité et au cheminement des patients. On y met particulièrement l'accent sur le rendement en obstétrique. Cet accent découle du fait que les conclusions de 2011-2012 du Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et la récente analyse comparative avec les pairs des hôpitaux de l'Ontario ont cerné plusieurs indicateurs obstétriques de rendement à l'HCC, qui sont inférieurs aux attentes. De plus, le Tableau de surveillance maternel-nouveau-né du Registre et réseau des bons résultats dès la naissance a reflété ces conclusions.

PAQ 4 (2014-2015) Indicateurs de rendement	Niveau de priorité
a. Taux d'infection à <i>C. difficile</i>	Priorité du MSSLD
b. Marge totale de l'hôpital	Priorité du MSSLD
c. Durée de séjour au SU, patients admis (90 <sup>e</sup> centile)	Priorité du MSSLD
d. Taux de réadmission dans les 30 jours dans un établissement	Priorité du MSSLD
e. Mortalité hospitalière dans les 5 jours suivant une chirurgie importante	Priorité additionnelle du MSSLD
f. Taux de césariennes	PAF, OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE / PSFE
g. Taux d'accouchements vaginaux après césarienne	PAF, OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE / PSFE
h. Taux d'épisiotomies	PAF, OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE / PSFE
i. Taux d'allaitement lors des mises en congé	PAF, OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE / PSFE
j. Satisfaction des patientes des PSFE <sup>2</sup>	PAF, OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE / PSFE

## Intégration et continuité des soins

On prévoit que les indicateurs suivants serviront à évaluer l'efficacité des initiatives de l'HCC et de ses partenaires favorisant l'intégration et la continuité des soins, notamment :

- a. le renforcement de la capacité et l'assurance d'un accès rapide aux cliniques dans les hôpitaux et aux services de soins primaires en milieu communautaire qui offrent des services de gestion des maladies chroniques, en ciblant les patients ayant vécu de multiples exacerbations aiguës qui ont mené à leur hospitalisation;
- b. un partenariat entre l'HCC et le bureau de santé publique afin d'offrir des programmes prénataux avec le lancement de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés de l'HCC, y compris veiller à la pleine conformité aux normes en matière de services de maternité afin de protéger, de promouvoir et d'appuyer l'allaitement.

---

<sup>1</sup> En plus de la définition d'un système de soins de santé de grande qualité dans la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, l'HCC a adopté celle du National Health Service concernant la qualité : « soins efficaces et sécuritaires, en offrant une expérience aussi positive que possible » [traduction libre] (*Quality in the New Health System*, 2013, p. 4).

<sup>2</sup> Évaluation en cours de plusieurs instruments de sondage, y compris le Sondage sur la satisfaction des patients AMPRO<sup>OB</sup> et le Birth Satisfaction Scale - Revised (BSS-R), date prévue de début = mars 2014.

PAQ 4 (2014-2015) Indicateurs de rendement	Niveau de priorité
a. Taux de réadmission dans les 30 jours dans un établissement	Priorité du MSSLD
b. Taux de césariennes	PAF, OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE / PSFE
c. Taux d'allaitement lors des mises en congé	PAF, OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE / PSFE
d. Satisfaction des patientes des PSFE	PAF, OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE / PSFE

## Défis, risques et stratégies d'atténuation

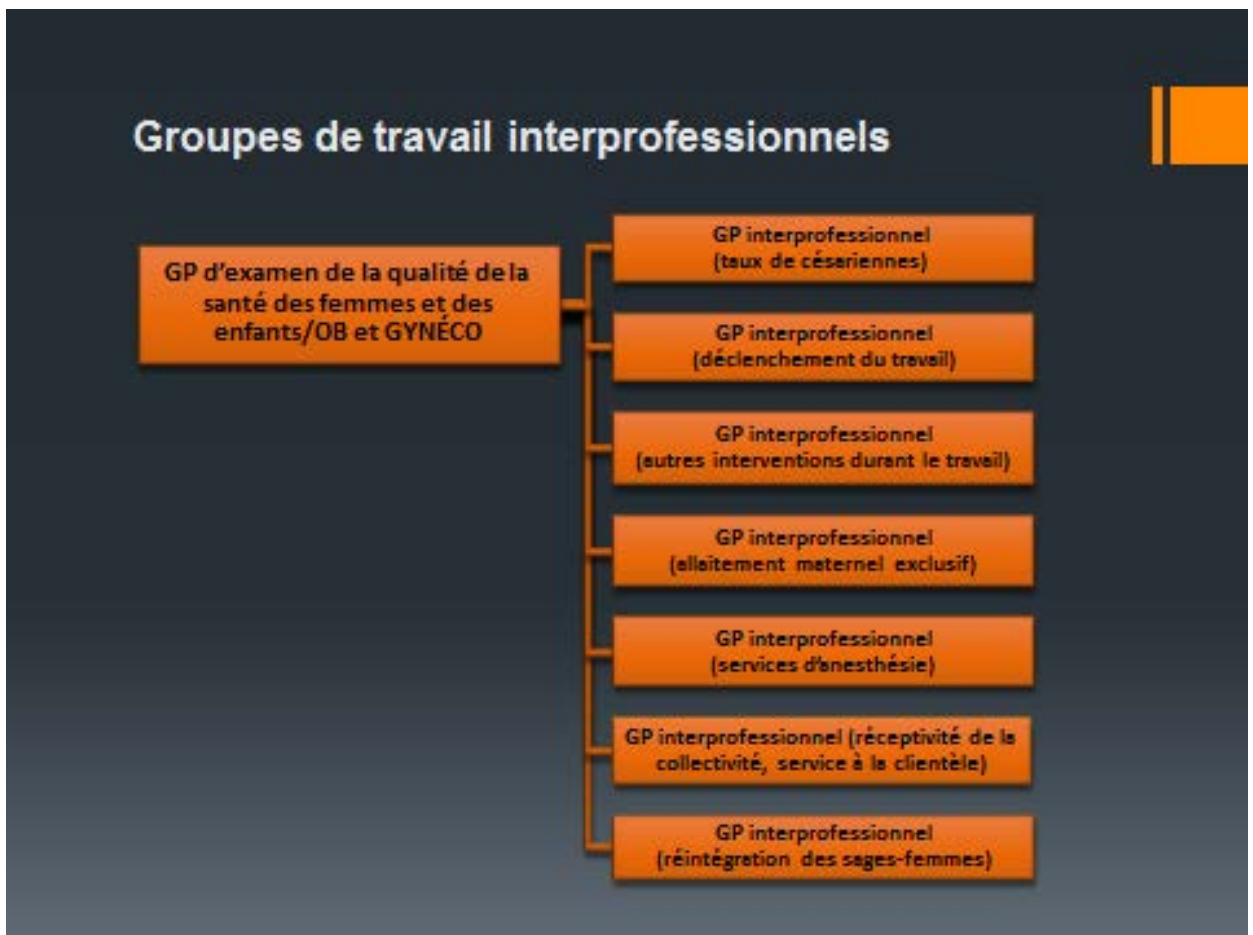
- En mettant sur pied sa stratégie de transformation afin de devenir le lieu de naissance de choix pour notre collectivité, l'HCC a analysé les profils de femmes enceintes et de leur famille à qui son équipe a prodigué des soins pour s'assurer que les volets de services d'obstétrique et gynécologie / Programmes de santé pour les femmes et les enfants disponibles permettent de garantir des soins individualisés et une expérience supérieure des patientes.
- Du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 30 septembre 2013, 788 bébés sont nés à l'HCC; 11,9 % des mères étaient âgées de 14 à 19 ans, 77,9 % de 20 à 34 ans et 10,1 % de 35 ans et plus. Durant cette période, 99,1 % des mères étaient anglophones, tandis que 1,8 % seulement étaient francophones. Un total de 11,7 % d'entre elles ont suivi des cours prénataux, tandis que 61,2 % ne l'ont pas fait. Enfin, 76,5 % d'entre elles ont indiqué leur intention d'allaiter leur bébé.
- Un pourcentage de 95,8 % des mères n'a eu aucune complication postnatale, tandis que le taux plus élevé de complications était de 1,8 %, soit une hémorragie tardive de la délivrance. Au moment de la naissance, un grand nombre de mères fumaient, tandis que 68,6 % ne le faisaient pas, que 6,8 % fumaient moins de 10 cigarettes par jour et que 17,8 % en fumaient de 10 à 20 par jour. Un grand nombre a été exposé à des médicaments durant la grossesse, ce qui n'était pas le cas de 43,6 % d'entre elles. Dans le cas du premier groupe, il s'agissait de médicaments anti-émétiques (5 %), de narcotiques (3,1 %), de médicaments en vente libre (2,6 %), d'autres ordonnances (8,6 %) et de vitamines (46,7 %). Drogues et substances : aucune exposition (90,8 %), marijuana (3,5 %), méthadone (1 %), stupéfiants (1,2 %). Alcool : aucune exposition (95,4 %), moins d'une consommation par mois (0,5 %), une consommation par mois (0,3 %), plus d'une consommation par semaine (0,4 %). Infection durant la grossesse : aucune (71,8 %), streptocoque du groupe B (19 %); virus du papillome humain (0,8 %) et chlamydia (0,5 %). Problème d'hypertension durant la grossesse : aucun (96,3 %), hypertension gestationnelle (44,6 %), prééclampsie (0,9 %), hypertension préexistante avec prééclampsie surajoutée (0,5 %).
- Complications associées à la grossesse : diabète gestationnel (5,8 %). Préoccupations associées à la santé mentale de la mère : aucune (73,5 %), anxiété (11 %), dépression (11,8 %), antécédents de dépression postpartum (3,5 %), dépendances (2,8 %).

## Systemes de gestion de l'information

- L'HCC a investi considérablement dans les systèmes d'information et son infrastructure, et continue de le faire, afin d'appuyer, de promouvoir et de soutenir des initiatives d'amélioration de la qualité, p. ex. le cheminement des patients à l'Urgence et de ceux hospitalisés, les profils des patients, la déclaration d'incidents, la gestion et les tendances.

## Engagement du personnel clinique et direction

- L'HCC investit toujours dans le perfectionnement et la formation professionnelles des cadres, des gestionnaires de niveau intermédiaire et des praticiens de première ligne en mettant l'accent sur l'amélioration continue ainsi que sur les méthodologies et techniques LEAN. Ainsi, 99 % des administrateurs et gestionnaires ont reçu une formation minimale de « Ceinture jaune en services allégés », tandis que 41 % des praticiens de première ligne ont suivi une formation menant au moins à la certification « Ceinture blanche ».
- En mettant sur pied la stratégie de transformation afin que notre établissement devienne le lieu de naissance de choix pour notre collectivité, on a également incité les gestionnaires de niveau intermédiaire et les praticiens de première ligne à participer aux travaux de sept groupes de travail interprofessionnels afin de concevoir des façons d'éliminer les écarts de rendement cernés et pour assurer la conformité totale aux lignes directrices sur les pratiques exemplaires éclairées par des données probantes.



## Gestion de la responsabilité

- L'HCC n'a pas accordé de rémunération au rendement durant le dernier cycle de rendement se terminant avant la « date d'effet » du 31 mars 2012 (cycle de rémunération au rendement 2010-2011). Comme le stipule la *Loi sur la responsabilisation du secteur parapublic*, les cadres de notre organisme n'ont aucune rémunération au rendement liée à l'atteinte des objectifs du PAQ 2014-2015.

## Signature

On encourage les personnes ci-dessous à passer en revue et à signer le plan d'amélioration de la qualité de votre organisme (s'il y a lieu) :

J'ai passé en revue et approuvé le plan d'amélioration de la qualité de notre organisme.



Michael E. Turcotte  
Président du Conseil



Naresh Bhargava  
Président du Comité de surveillance  
de la qualité et du rendement



Jeanette Despatie  
Directrice générale

*Directives : Saisir le nom de la personne. Une fois que le PAQ est complet, le télécharger et demander à chaque participant d'apposer sa signature. Les organismes ne sont pas tenus de soumettre le PAQ signé à QSSO. Sur soumission du PAQ, on demandera à l'organisme de confirmer que celui-ci a été signé et le PAQ signé sera rendu public.*

Dimension de qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures des processus	Objectif des idées de changement	Remarques
Accès	Réduire les temps d'attente dans les SU	Temps d'attente à l'Urgence : 90 <sup>e</sup> centile Durée de séjour à l'Urgence des patients hospitalisés	Heures / patients à l'Urgence	iPort Access, ACO / T4 2012-013 – T3 2013-2014	967*	32,7	30	Cible fondée sur l'engagement de l'ERS-H	Amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Optimisation de la gestion des lits, protocoles d'affectation et en matière d'engorgement des lits afin d'améliorer les mises en congé, de réduire le temps de rotation des lits et de respecter davantage l'heure de sortie de l'hôpital (11 h)</li> <li>Optimisation de l'utilisation de tableaux au chevet, des cheminements cliniques et des outils de mise en congé pour s'assurer que le patient est prêt à partir de l'hôpital</li> <li>Optimisation de l'utilisation d'outils prévisionnels pour les mises en congé (présentement un système de feux de circulation / examen d'autres modèles) et réunions éclair</li> <li>Rôles des médecins : faire des visites quotidiennes des patients et fournir des directives claires sur les dates prévues de mise en congé, y compris rédiger des prescriptions et orienter des patients vers les CASC la veille de leur mise en congé</li> <li>Veiller aux admissions en temps réel par opposition à leur regroupement afin d'assurer un cheminement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le tableau de bord équilibré du PAQ4 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus afin de s'orienter vers un rendement ciblé.</li> <li>Le rendement à ce jour sera évalué mensuellement par le directeur de la qualité et des risques, et trimestriellement par l'équipe des cadres supérieurs, ainsi que par le Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation (propre à un service et dans l'ensemble)</li> <li>Pourcentage de mises en congé à 11 h au plus tard (propre à un service et dans l'ensemble)</li> <li>Utilisation conforme et intégrale des tableaux au chevet (propre à une unité et dans l'ensemble)</li> </ul>	• ≥ 35 % heure de sortie = 11 h	Aucune
Efficacité	Améliorer la santé financière organisationnelle	Marge totale (consolidée) : pourcentage selon lequel les revenus totaux (consolidés) d'un établissement sont supérieurs ou inférieurs à ses dépenses totales (consolidées), en excluant l'incidence de l'amortissement des immobilisations au cours d'un exercice donné	%/ Sans objet	SPRSSO, MSSLD / T3 de 2013-2014	967*	7,3	0	Cible fondée sur l'engagement de l'ERS-H	Amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir les modèles de dotation du personnel infirmier et paramédical, mettre en œuvre des techniques LEAN pour s'assurer que les fournisseurs exercent l'ensemble de leur champ de pratique</li> <li>Revoir le processus de gestion des stocks en appliquant les techniques LEAN afin de minimiser le gaspillage</li> <li>Examiner les possibilités d'intégration en appliquant les techniques LEAN pour que les patients obtiennent assurément des soins de la meilleure façon qui soit et en utilisant le moins de ressources possible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le tableau de bord équilibré du PAQ4 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus afin de s'orienter vers un rendement ciblé.</li> <li>Le rendement à ce jour sera évalué mensuellement par le directeur de la qualité et des risques, et trimestriellement par l'équipe des cadres supérieurs, ainsi que par le Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de cadres, de gestionnaires de niveau intermédiaire et de praticiens de première ligne de l'HCC ayant reçu une formation officielle sur les méthodologies et techniques LEAN</li> </ul>	• Au moins deux occasions de réduction du gaspillage et/ou des coûts ont été cernées par chacun des services de l'HCC relativement aux projets amorcés durant le T2 de 2014-2015	Aucune
	Réduire le nombre de décès évitables dans les hôpitaux	RNMH : nombre de décès observés divisé par le nombre de décès prévisibles, multiplié par 100	Ratio (aucune unité) / tous les patients	BDCP, ICIS / 2012-2013	967*	97	97	Rendement des groupes de pairs 75 <sup>e</sup> centile (105)	Maintien					Résultats du RNMH T2 de 2013 = 72 (25 <sup>e</sup> centile) Total 2013 : T1+T2 = 77



Dimension de qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures des processus	Objectif des idées de changement	Remarques
Soins intégrés	Réduire le temps non nécessaire passé dans les services de soins actifs	Pourcentage de jours ANS : nombre total de jours d'hospitalisation de soins actifs désignés comme ANS, divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation de soins actifs	Pourcentage / tous les patients ayant besoin de soins actifs	Portail du MSSLD / T3 2012-2013, T2 2013-2014	4451	14,18	14,18	Engagement de l'ERS-H (16)	Maintien					
	Réduire les réadmissions à l'hôpital qui pourraient être évitées	Bilan comparatif des médicaments à l'admission	Pourcentage / tous les patients ayant besoin de soins actifs	Vérification interne	967*	100	100	Agrément POR	Maintien					Bilan comparatif des médicaments à l'admission, en place dans tout l'organisme (Rapport sur l'agrément, 2012)
	Réduire les réadmissions à l'hôpital qui pourraient être évitées	Réadmission dans tout établissement dans les 30 jours pour des groupes de maladies analogues (GMA) donnés, toutes causes confondues : taux de réadmissions pour soins non facultatifs dans n'importe quel établissement dans les 30 jours suivant la mise en congé après l'admission pour des GMA donnés.	Pourcentage / tous les patients ayant besoin de soins actifs	BDCP, ICIS / T2 2012-2013, T1 2013-2014	967*	18,77	16,19	Rendement des hôpitaux pairs de l'HCC	Amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de l'outil HARP (Prévision des risques d'hospitalisation) ou d'un autre semblable d'ici à la fin du T2 de 2014-2015</li> <li>Optimisation de l'utilisation des cheminements cliniques, des outils de mise en congé et des directives écrites de mise en congé pour les patients et les familles (y compris les rendez-vous de suivi prévus pour les patients atteints de BPCO – Programme IDÉES)</li> <li>Effectuer un bilan comparatif des médicaments lors de la mise en congé pour les sous-groupes ciblés (BPCO, ICC, AVC, etc.).</li> <li>Appels de suivi 8 à 10 jours après la sortie de l'hôpital par les responsables de la planification des mises en congé pour les patients à risque élevé</li> <li>Optimisation des analyses hebdomadaires entre organismes concernant les mises en congé de patients à risque d'être réadmis pour obtenir des soins non actifs</li> <li>Mise en œuvre d'analyses hebdomadaires entre l'équipe de soins psychogériatriques et de gestion des urgences en gériatrie, de planification des congés et de service social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le tableau de bord équilibré du PAQ4 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus afin de s'orienter vers un rendement ciblé.</li> <li>Le rendement à ce jour sera évalué mensuellement par le directeur de la qualité et des risques, et trimestriellement par l'équipe des cadres supérieurs, ainsi que par le Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'utilisation des cheminements cliniques</li> <li>Pourcentage de patients atteints d'une BPCO ayant des rendez-vous documentés de suivi de soins primaires lors de la mise en congé</li> <li>Taux d'utilisation des outils de mise en congé pour les T3 et T4 de 2014-2015</li> <li>Pourcentage d'appels de suivi aux patients à risque, dans les délais ciblés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimisation des cas où des patients identifiés à risque de réadmission sont réadmis en raison de soins postintervention par les fournisseurs et/ou de la gestion des médicaments associée à des facteurs du T2 de 2014-2015</li> </ul>	Aucune

Dimension de qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures des processus	Objectif des idées de changement	Remarques	
	Accroître les taux d'allaitement	Taux de préparation pour nourrissons lors de la mise en congé de nourrissons nés à terme que la mère a l'intention d'allaiter.	Pourcentage / accouchements par obstétricien	BORN ONTARIO / T1 et T2 2013-2014	967*	40,3	20	Cible de BORN Ontario	Amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>À titre d'hôpital communautaire ontarien où il y a de 501 à 1000 naissances, qui offre des soins obstétricaux de niveau 1b et des soins néonataux de niveau 1, l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> <li>se conforme entièrement aux exigences de la SOGC, de l'AMPRO<sup>OB</sup> et aux autres lignes directrices sur les pratiques exemplaires convenant dans le contexte;</li> <li>respecte entièrement les recommandations des examens externes de la qualité;</li> <li>fait participer les infirmières autorisées au processus d'obtention d'un certificat de consultante en lactation (IBCLC);</li> <li>fait participer les infirmières praticiennes afin qu'elles pilotent l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le tableau de bord équilibré du PAQ4 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus afin de s'orienter vers un rendement ciblé.</li> <li>Le rendement à ce jour sera évalué mensuellement par le directeur de la qualité et des risques, et trimestriellement par l'équipe des cadres supérieurs, ainsi que par le Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de lignes directrices, de stratégies d'atténuation des risques et de recommandations des examens externes de la qualité qui ont été évaluées par un groupe de travail interprofessionnel</li> <li>Pourcentage de lignes directrices, de stratégies d'atténuation des risques et de recommandations approuvées qui ont été mises en œuvre</li> </ul>	Conformité entière aux pratiques exemplaires adaptées aux hôpitaux communautaires, qui favorisent et appuient l'allaitement, durant le T2 de 2014-2015.	Aucune	
Soins axés sur les patients	Améliorer la satisfaction des patients	Sondage NRC Picker : « Recommanderiez-vous cet hôpital (soins aux patients hospitalisés) à vos amis et à votre famille? » (Faites la somme, en pourcentage, des personnes qui ont répondu « Entièrement d'accord » ou « Oui, absolument ».)	Pourcentage / tous les patients	NRC Picker / oct. 2012-sept. 2013	967*	64,37	s. o. <sup>1</sup>	s. o.	s. o.						
		Sondage NRC Picker : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins et les services que vous avez reçus à l'hôpital (soins aux patients hospitalisés)? » (Faites la somme, en pourcentage, des personnes qui ont répondu « excellents », « très bons » ou « bons ».)	Pourcentage / tous les patients	NRC Picker / oct. 2012-sept. 2013	967*	92,54	s. o.	s. o.	s. o.						
		Sondage NRC Picker : « Recommanderiez-vous ce service des urgences à vos amis et à votre famille? » (Faites la somme, en pourcentage, des personnes qui ont répondu « Entièrement d'accord » ou « Oui, absolument ».)	Pourcentage / patients de l'Urgence	NRC Picker / 2013	967*	60,2	s. o.	s. o.	s. o.						
		Sondage NRC Picker : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins et les services que vous avez reçus au service des urgences? » (Faites la somme, en pourcentage, des personnes qui ont répondu « excellents », « très bons » ou « bons ».)	Pourcentage / patients de l'Urgence	NRC Picker / 2013	967*	86,14	s. o.	s. o.	s. o.						

<sup>1</sup> Sans objet



Dimension de qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures des processus	Objectif des idées de changement	Remarques
		<p>Sondage des Programmes de santé pour les femmes et les enfants sur la satisfaction des patients (choix de l'outil de sondage et du processus de distribution en cours)</p> <p>★ En raison des préoccupations concernant le synchronisme des résultats de performance disponibles et par conséquent, l'incapacité de prendre rapidement des mesures correctives, l'HCC passe du sondage NRC à un autre instrument comportant un processus de distribution à l'interne, à déterminer (cible : mars 2014).</p>	Pourcentage / patientes des Programmes de santé pour les femmes et les enfants	Interne / T1 2014-2015	967*	Non disponible	↑10 %	Augmentation ciblée au-delà de la mesure de base	Amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconception du processus de gestion des plaintes des patients et des familles pour définir clairement les responsabilités et les délais des premières interventions, des enquêtes et pour régler les plaintes</li> <li>Consulter les patients et les familles pour les faire participer à la reconception des soins de santé et à l'amélioration de la qualité, et communiquer régulièrement avec eux afin de les tenir au courant.</li> <li>Présenter les récits des patients au Conseil et à l'équipe des cadres</li> <li>Évaluer régulièrement la satisfaction par rapport aux services cliniques, transmettre en temps opportun ses commentaires afin de permettre la résolution rapide des préoccupations au point de service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le tableau de bord équilibré du PAQ4 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus afin de s'orienter vers un rendement ciblé.</li> <li>Le rendement à ce jour sera évalué mensuellement par le directeur de la qualité et des risques, et trimestriellement par l'équipe des cadres supérieurs, ainsi que par le Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de gestionnaires de niveau intermédiaire et de praticiens de première ligne de l'HCC ayant reçu une formation officielle sur la reconception du processus de gestion des plaintes</li> <li>Pourcentage de plaintes en cours, par service, qui n'ont pas respecté les délais ciblés concernant le règlement des plaintes</li> <li>Taux de participation au sondage</li> <li>Pourcentage de patients et de membres des familles participant à la planification des soins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de gestionnaires de niveau intermédiaire et de praticiens de première ligne de l'HCC ayant reçu une formation officielle sur la reconception du processus de gestion des plaintes, durant le T2 de 2014-2015.</li> </ul>	Aucune
Sécurité	Réduire les taux d'infection contractée en milieu hospitalier	Taux de MACD pour 1000 jours-patient : nombre de patients nouvellement diagnostiqués d'une MACD contractée à l'hôpital, divisé par le nombre de jours-patient dans un mois, multiplié par 1000 – moyenne pour janv. à déc. 2013, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement	Taux par 1000 jours-patient / tous les patients	Divulgateion publique, MSSLD / 2013	967*	0,09	0,00	10 <sup>e</sup> centile Hôpitaux d'enseignement, grands hôpitaux et hôpitaux communautaires (101-300 lits) (0,18)	Amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en oeuvre des mesures de prévention et de contrôle cernées par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le tableau de bord équilibré du PAQ4 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus afin de s'orienter vers un rendement ciblé.</li> <li>Le rendement à ce jour sera évalué mensuellement par le directeur de la qualité et des risques, et trimestriellement par l'équipe des cadres supérieurs, ainsi que par le Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de patients ayant contracté une maladie associée à l'infection au C. difficile en milieu hospitalier</li> <li>Temps écoulé entre les cas d'infection à C. difficile contractée en milieu hospitalier</li> <li>Conformité aux exigences relatives à l'hygiène des mains formulée en pourcentage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conformité entière aux mesures de prévention et de contrôle recommandées par le CCPMI, durant le T2 de 2014-2015</li> </ul>	Aucune
		Observation des mesures d'hygiène des mains avant le contact avec le patient : nombre de fois que les mesures d'hygiène des mains ont été respectées avant le premier contact avec un patient, divisé par le nombre d'occurrences observées d'hygiène des mains avant le premier contact avec un patient, multiplié par 100, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement	Pourcentage de fournisseurs de soins de santé dans tout l'établissement	Divulgateion publique, MSSLD / 2013	967*	71,9	77	↑7 %	Amélioration					

Dimension de qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures des processus	Objectif des idées de changement	Remarques
		Taux de PVA pour 1 000 jours-ventilation : nombre total de cas nouvellement diagnostiqués de PVA dans l'unité de soins intensifs après au moins 48 heures de ventilation mécanique, divisé par le nombre de jours-ventilation au cours de cette période de référence, multiplié par 1000, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement	Taux par 1 000 jours-ventilation / patients aux soins intensifs	Divulgateion publique, MSSLD / 2013	967*	0	0	Cible fondée sur l'obligation de l'ERS-H	Maintien					
		Taux d'ICC pour 1000 jours-cathéter central : nombre total de cas nouvellement diagnostiqués d'infections liées à un cathéter central dans l'unité de soins intensifs après au moins 48 heures de branchement à un cathéter central, divisé par le nombre de jours-cathéter central au cours de cette période de référence, multiplié par 1000, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement	Taux par 1000 jours-cathéter central / patients aux soins intensifs	Divulgateion publique, MSSLD / 2013	967*	0	0	Cible fondée sur l'obligation de l'ERS-H	Maintien					
	Réduire les taux de décès et les complications associées aux soins chirurgicaux	Taux de mortalité hospitalière suivant une chirurgie importante, après cinq jours : nombre de décès à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les cinq jours suivant une chirurgie importante.	Taux pour 1 000 cas de chirurgie importante / tous les patients ayant subi une chirurgie importante	Outil de production de rapports électroniques ICIS / 2012-2013	967*	0	8,55	Cible fondée sur le rendement des groupes de pairs du PPRHC. Rendement interne correspondant aux taux non ajustés (actuellement, données PPRHC non disponibles pour le T2 de 2013-2014)	Maintien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation de la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire pour réduire les complications et les décès associés à diverses interventions chirurgicales</li> <li>Évaluation des profils des patients, des groupes diagnostic et des interventions chirurgicales pouvant davantage mener à une morbidité et à des décès</li> <li>Évaluation et communication de stratégies d'atténuation fondées sur des données probantes qui ont montré qu'elles réduisent les risques ci-dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le tableau de bord équilibré du PAQ4 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus afin de s'orienter vers un rendement ciblé.</li> <li>Le rendement à ce jour sera évalué mensuellement par le directeur de la qualité et des risques, et trimestriellement par l'équipe des cadres supérieurs, ainsi que par le Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de conformité à la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire</li> <li>Pourcentage d'achèvement de l'initiative : évaluation du profil des patients à risque, groupes de diagnostic, interventions chirurgicales, stratégies d'atténuation et rapport au Comité d'assurance de la qualité des soins médicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conformité entière à la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire, durant le T1 de 2014-2015</li> <li>Pourcentage d'achèvement de l'initiative : évaluation du profil des patients à risque, groupes de diagnostic, interventions chirurgicales, stratégies d'atténuation et rapport au Comité d'assurance de la qualité des soins médicaux, durant le T3 de 2014-2015</li> </ul>	Aucune
		Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale : nombre de fois que les trois phases de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale ont été observées (« breffage », « temps d'arrêt » et « débreffage »), divisé par le nombre total de chirurgies pratiquées, multiplié par 100, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	Pourcentage / toutes les interventions chirurgicales	Divulgateion publique, MSSLD / 2013	967*	99,5	100	Rendement fondé sur le T2 de 2013-2014	Maintien					

Dimension de qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures des processus	Objectif des idées de changement	Remarques
	Réduire l'utilisation de moyens de contention	Moyens de contention physique : nombre de patients soumis à des moyens de contention physique au moins une fois au cours des trois jours précédant l'évaluation initiale, divisé par le nombre total de cas avec évaluation complète à l'admission	Pourcentage / santé mentale / problème de dépendances	SIOSM, ICIS / T4 2010-2012, T3 2012-2013	967*	3,3	4,6	Cible fondée sur une réduction de 5 % de la mesure de référence du rendement des hôpitaux. Rendement interne du T1 de 2013-2014	Maintien					
	Taux de césariennes	Taux total de césariennes	Pourcentage / accouchements par obstétricien	BORN Ontario / T1 et T2 2013-2014	967*	37,4	27,4	Moyenne des autres hôpitaux ontariens	Amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>À titre d'hôpital communautaire ontarien où il y a de 501 à 1000 naissances, qui offre des soins obstétricaux de niveau 1b et des soins néonataux de niveau 1, l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> <li>se conforme entièrement aux exigences de la SOGC, de l'AMPRO<sup>OB</sup> et aux autres lignes directrices sur les pratiques exemplaires convenant dans le contexte;</li> <li>se conforme entièrement aux stratégies d'atténuation des risques de l'HIROC appropriées dans le contexte;</li> <li>respecte entièrement les recommandations des examens externes de la qualité.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le tableau de bord équilibré du PAQ4 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus afin de s'orienter vers un rendement ciblé.</li> <li>Le rendement à ce jour sera évalué mensuellement par le directeur de la qualité et des risques, et trimestriellement par l'équipe des cadres supérieurs, ainsi que par le Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des lignes directrices, des stratégies d'atténuation des risques et des recommandations d'un examen externe de la qualité évaluées par un groupe de travail interprofessionnel</li> <li>Pourcentage des lignes directrices, des stratégies d'atténuation des risques et des recommandations approuvées d'un examen externe de la qualité mises en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation de toutes les lignes directrices, stratégies d'atténuation des risques et recommandations d'un examen externe de la qualité par un groupe de travail interprofessionnel, durant le T1 de 2014-2015</li> <li>90 % des lignes directrices, des stratégies d'atténuation des risques et des recommandations approuvées d'un examen externe de la qualité mises en œuvre, durant le T3 de 2014-2015</li> </ul>	Aucune
	Taux d'épisiotomies	Taux d'épisiotomies	Pourcentage / accouchements par obstétricien	BORN Ontario / T1 et T2 2013-2014	967*	16,8	13	Cible de BORN Ontario	Amélioration					
	Taux d'accouchements vaginaux après césarienne	Taux d'accouchements vaginaux après césarienne	Pourcentage / accouchements par obstétricien	BORN Ontario / T2 2013-2014	967*	5,9	15,9	Moyenne des autres hôpitaux ontariens	Amélioration					