

Favorisons la santé



Plan d'amélioration de la qualité (PAQ) 2015-2016



2015-03-05

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

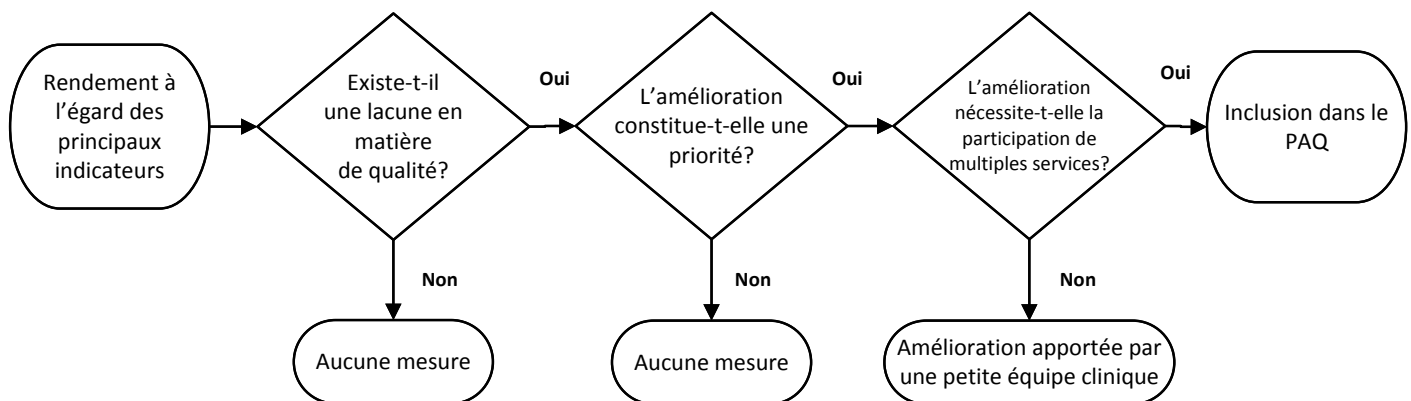
Aperçu

Les indicateurs de la qualité de l'Hôpital communautaire de Cornwall (HCC) prioritaires dans le Plan d'amélioration de la qualité (PAQ) de 2015-2016 constituent de grands indicateurs associés à la sécurité, à la qualité¹ ainsi qu'à l'acheminement des patients. On y met particulièrement l'accent sur la prévention et la gestion de la violence en milieu de travail et de soins. Cet accent découle du fait que nous reconnaissons qu'il est essentiel d'assurer et de maintenir un milieu de travail respectueux pour mener à bien notre orientation stratégique, à savoir le perfectionnement du personnel et un milieu de travail de choix. En outre, l'assurance et le maintien d'un milieu de soins sécuritaire et respectueux sont essentiels au respect d'une autre de nos orientations stratégiques, soit l'excellence sur le plan de la qualité, de la sécurité des patients et de la prestation de services, ainsi qu'afin de respecter notre volonté d'améliorer sans cesse l'expérience des patients. Notre processus² de sélection d'indicateurs prioritaires à intégrer dans notre PAQ a également tenu compte des priorités provinciales, c.-à-d. la participation des patients, l'intégration et la coordination ainsi que la qualité et le financement.

Indicateurs prioritaires PAQ5 de l'hôpital, 2015-2016	
1.0	Patients hospitalisés : 90 ^e centile de la durée de séjour à l'Urgence ³
2.0	Taux de réadmission dans les 30 jours dans un établissement ⁴
3.0	Pourcentage de jours ANS
Pratiques fondées sur la qualité	
4.0	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) ⁵
5.0	Fracture de la hanche ⁶

¹ 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)

²



³ Indicateur prioritaire PAQ4 : résultats nettement plus élevés que les valeurs cibles établies.

⁴ Indicateur prioritaire PAQ4 : constitue un domaine exigeant toujours d'importantes améliorations, sous-groupes créant un grand nombre de jours d'hospitalisation pouvant être évités. Les résultats indiqués par la performance du système de santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) sont nettement plus élevés que ceux de leurs pairs, particulièrement dans le cas des sous-groupes de soins médicaux.

⁵ Les sous-groupes ayant subi un AVC créent un grand nombre de réadmissions et de jours d'hospitalisation pouvant être évités. Indicateur suggéré : pourcentage de patients sortants ayant eu un AVC/AIT qui prennent des antithrombotiques. (QBPs: Clinical Handbook for Stroke, sept.-2013)

⁶ Les sous-groupes ayant subi une fracture de la hanche créent un grand nombre de réadmissions et de jours d'hospitalisation pouvant être évités. Indicateur suggéré : DS pour soins actifs par suite d'une fracture de la hanche (5 jours de soins postopératoires) (QBPs: Clinical Handbook for Hip Fractures, mai 2013).

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

Pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada	
6.0	Prévention et gestion de la violence en milieu de travail ⁷
7.0	Bilan comparatif des médicaments (BCM) aux points de transition de soins ⁸

- Les épisodes violents en milieu de travail et de soins à l'HCC sont devenus le danger le plus important de notre registre de gestion intégrée des risques. En nous engageant à réduire la fréquence et l'ampleur des épisodes violents en milieu de travail et de soins, nous avons déterminé que le dépistage et l'intervention précoces constituent un principe prioritaire crucial. Ce principe a exigé la participation des fournisseurs internes et externes et d'autres intervenants pour mettre en œuvre des stratégies d'atténuation des risques uniformes et efficaces dans tout le continuum de services. La portée initiale de cette priorité englobe les personnes ayant un trouble psychiatrique ou lié à la toxicomanie qui entrent à l'HCC par l'entremise de l'Urgence et qui sont transférées à l'Unité de soins psychiatriques pour patients hospitalisés.



Intégration et continuité des soins

- L'HCC met en place une approche intersectorielle et interorganisationnelle « des soins préhospitaliers à la mise en congé » afin de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail et de soins (élaboration d'un protocole et d'une formation LEAD) (formation allégée), planification interorganisationnelle des services pour les patients ayant des besoins complexes, qui sont à risque.

⁷ La prévention et la gestion de la violence font l'objet d'une importante attention organisationnelle. Parmi les indicateurs suggérés, mentionnons les suivants : médecin ou employé blessé par suite d'un incident de violence au travail, par 1 000 jours-patient dans une unité de soins psychiatriques et médecin ou employé blessé par suite d'un incident de violence au travail, par 1 000 visites de patients à l'Urgence.

⁸ D'autres exigences importantes des visites d'agrément 2015 d'Agrément Canada et les indicateurs suggérés sont associés à la réussite manifeste des tests de conformité, principaux et secondaires, à savoir le pourcentage de patients obtenant un BCM lors de leur transfert de l'Unité des soins critiques et en provenance de celle-ci.

Défis, risques et stratégies d'atténuation

- ⊙ Plusieurs sous-groupes de patients à risque élevé ont des besoins d'évaluation et d'intervention uniques :
 - les personnes ayant des troubles concomitants (maladie psychiatrique et trouble lié à la toxicomanie);
 - les personnes ayant subi une lésion cérébrale traumatique ou non traumatique qui manifestent des comportements problématiques et de graves problèmes de gestion du comportement;
 - les personnes ayant reçu un diagnostic mixte qui ont reçu un diagnostic primaire de déficience intellectuelle ainsi qu'un diagnostic secondaire de trouble psychiatrique;
 - les personnes ayant une démence qui manifestent des comportements problématiques.
- ⊙ L'HCC a entrepris une consultation auprès de fournisseurs spécialisés de soins de santé, notamment les Services de santé Royal Ottawa, afin d'élaborer des lignes directrices en matière d'intervention précoce et de gestion qui seront intégrées dans la formation avancée des premiers intervenants désignés relativement aux urgences comportementales.

Gestion de l'information

- ⊙ L'HCC investit toujours dans les systèmes d'information et son infrastructure afin d'appuyer, de promouvoir et de soutenir des initiatives de qualité et d'amélioration continue, p. ex. l'acheminement des patients à l'Urgence et de ceux hospitalisés, les profils des patients, la déclaration d'incidents, la gestion et les tendances.
- ⊙ L'HCC investit considérablement dans un nouveau dossier de santé électronique intégré à l'échelle de l'établissement, qui transformera la façon dont les cliniciens y travaillent. Ce projet de 20 mois donnera l'occasion aux médecins, aux cliniciens et au personnel administratif de définir de nouvelles étapes du processus en se fondant sur les pratiques exemplaires. Des gains d'efficacité opérationnelle seront obtenus et la sécurité des patients sera accrue au moyen de processus automatisés, réduisant ainsi le nombre de documents en double et améliorant l'accès aux services d'information.
- ⊙ La mise en place de nouveaux systèmes de gestion des stocks de l'établissement aide à garantir la disponibilité des articles lorsqu'on en a besoin, tout en assurant une rotation adéquate.
- ⊙ Les améliorations continues dont font l'objet le système de gestion des lits d'hôpital et le système de suivi des patients de l'Urgence perfectionnent l'accès à l'information.
- ⊙ Le projet de maillons santé a été amorcé, y compris en faisant participer une vaste gamme de fournisseurs de soins.

Engagement des cliniciens et leadership

- ⊙ L'HCC investit toujours dans le perfectionnement et la formation professionnelle 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.

Formation : amélioration continue et méthodologies LEAN		
N°	%	Personnel de première ligne
400	47%	Personnel à temps plein et à temps partiel ayant reçu une formation officielle
334	39%	Ceinture blanche
46	6%	Ceinture jaune
20	2%	Ceinture verte
1	0%	Ceinture noire
Personnel de gestion		
64	90%	Ceinture jaune ou verte

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

- ⊙ Le personnel qui a participé à des projets en équipe est très enthousiasmé par l'amélioration du milieu de travail et l'expérience des patients. Certains membres du personnel qui étaient réticents durant des projets précédents ont fait partie de l'équipe du projet et ont ainsi été remotivés.
- ⊙ Même après la fin de la phase du projet, les membres de l'équipe veulent toujours améliorer leur travail et l'expérience des patients. La plupart des services ne disposent cependant pas de la capacité d'amélioration à l'extérieur d'un projet. Pour combler cette lacune, nous mettons en place des tableaux d'idées au sein des services, des tableaux de rendement et des réunions flash quotidiennes afin de créer un cadre d'amélioration continue tous les jours.
- ⊙ De plus, nous prévoyons d'offrir une formation d'encadrement à l'équipe des gestionnaires afin de l'appuyer sur le plan de l'amélioration quotidienne.

Participation des patients, des résidents et des clients

- ⊙ Notre groupe de planification des maillons santé a fait participer les clients et leurs familles au processus de planification opérationnelle. Les patients et les familles ont également fait l'objet d'une analyse de la chaîne de valeur ayant élaboré une déclaration sur les valeurs des clients pour notre maillon santé. Durant la phase de planification, des clients ont également raconté leur expérience dans le cadre de groupes de travail et de comités directeurs. Ce travail se poursuit et un comité consultatif des patients sera mis sur pied pour orienter la mise en œuvre du projet.
- ⊙ Bien que le patient demeure au centre de nos activités, à ce jour, la plupart de nos projets d'amélioration continue ont été axés sur l'élimination du gaspillage dans nos processus internes, ce qui permet à notre personnel de donner un service à la clientèle supérieur et des soins améliorés aux patients. Les deux projets suivants ont permis aux patients de participer au sein de l'équipe du projet :
 - a. le projet de triage à l'Urgence, dans le cadre duquel une mère y ayant emmené son enfant s'est plainte de son expérience;
 - b. le projet de point d'accès unique et d'orientation mené par les responsables des programmes communautaires de santé mentale a fait appel aux sondages auprès de la clientèle pour que le nouveau processus réponde aux besoins des clients et des personnes ayant orienté les gens.
- ⊙ Une fois nos capacités d'amélioration continue arrivées à maturité, d'autres patients et familles s'ajouteront aux équipes des projets.
- ⊙ En raison d'une préoccupation continue relativement aux produits de l'enquête de National Research Corporation Canada, à savoir la pertinence, les délais de présentation et coûts des rapports fournis, l'HCC a amorcé un processus interne de distribution et d'analyse du Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (instrument ICIS).
- ⊙ Bien que la démarche n'en soit qu'à ses débuts de mise en œuvre (nombre insuffisant de réponses à l'enquête pour entreprendre avec confiance une analyse statistique de l'expérience des répondants), nous prévoyons que cet instrument et le processus interne permettront d'obtenir une solution supérieure.

Gestion de la responsabilité

- ⊙ Un bilan PAQ 2015-2016 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus et à s'orienter vers un rendement ciblé.
- ⊙ 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.
- ⊙ Si les progrès vers un rendement ciblé ne sont pas évidents lors de l'évaluation des jalons, le vice-président du domaine doit assurer la liaison avec la personne la plus responsable, en consultation avec le directeur de la qualité et des risques, et surveiller l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de redressement adéquate.
- ⊙ Les paramètres « stratégies en action » servent à mesurer nos progrès dans le respect de nos engagements indiqués dans nos orientations stratégiques. Ces paramètres s'harmoniseront avec les objectifs, les comportements et les processus au sein de l'organisme. Le rendement mesuré et suivi par l'entremise de réunions flash sur les stratégies en action avec l'équipe de gestion fera concorder les ressources et mettra l'accent sur les aspects nécessaires.
- ⊙ La standardisation des tâches du leader permettra de veiller à ce que les stratégies organisationnelles et les responsabilités se répercutent dans tout l'organisme et que le rendement soit signalé à l'équipe des cadres supérieurs. Cette standardisation établit clairement les attentes et les responsabilités à chaque échelon de l'organisme. De tels échanges fréquents et chevauchants créent la structure permettant de sans cesse surveiller le rendement et de réagir

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

rapidement au besoin. Ce processus permet également au personnel de se perfectionner grâce au mentorat et aux conseils.

- ⊙ La restructuration du processus budgétaire a permis une affectation juste et équitable des ressources.

Rémunération axée sur le rendement [fait partie de la 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 2015-2016.

Réforme du financement du système de santé (RFSS)

- ⊙ Quatre procédures fondées sur la qualité ont été intégrées, directement ou indirectement, dans les initiatives d'amélioration prévues (idées de changement) de notre PAQ 2015-2016.

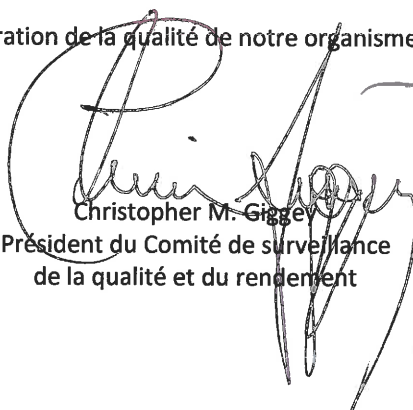
N°	Procédures fondées sur la qualité (direct)
1.0	AVC
2.0	Fracture de la hanche
	Intégration : taux de réadmission dans les 30 jours dans un établissement (indirect)
3.0	Bronchopneumopathie chronique obstructive
4.0	Insuffisance cardiaque congestive

Signature

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



Michael E. Turcotte
Président du Conseil



Christopher M. Giguère
Président du Comité de surveillance
de la qualité et du rendement



Jeanette Despatie
Directrice générale

1 Plan d'amélioration de la qualité 2015-2016 de l'HCC : Cibles et initiatives d'amélioration

BUT		Mesure			Changement								
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures de processus	Objectif des idées de changement	Remarques
Accès	Réduire les temps d'attente à l'Urgence	Temps d'attente au Service des urgences (SU) : 90 ^e centile Durée de séjour (DS) à l'Urgence des patients hospitalisés	Heures / patients à l'Urgence	iPort Access, ACO 1 ^{er} janv.-31 déc. 2014	967*	38,9	30	Cible fondée sur l'obligation 2013-2014 de l'ERS-H	1) Optimisation du temps de traitement des patients et de rotation des lits dans les unités de patients hospitalisés : a) Mettre en oeuvre des mesures axées sur les délais jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation, c.-à-d. le projet d'amélioration continue sur le processus prédictif des mises en congé, l'outil de documentation de la préparation des congés, les visites des patients par les médecins aux unités de médecine, les réunions éclair, 7 jours sur 7; b) Accroître le respect de l'heure de sortie (10 h); c) Accroître le respect des cheminements et des outils relatifs aux lignes directrices appliquées à la pratique qui sont propres aux pratiques fondées sur la qualité (PFQ) : maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque congestive et pneumonie. d) Accroître l'utilisation des fauteuils pour les patients sortants dans un délai d'une heure après la rédaction d'un ordre de mise en congé, et ce, afin d'améliorer le temps de rotation des lits (entretien ménager, gestion des lits et porteurs d'hôpital).	<ul style="list-style-type: none"> Un bilan PAQ5 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus et à s'orienter vers un rendement ciblé. 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. 	a) Délai dans chaque unité jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation; b) Conformité à l'heure de sortie (11 h).	a) Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation à l'Unité des soins aux patients en phase critique et à l'Unité des soins psychiatriques : 90 min. Tous les autres secteurs de soins aux patients hospitalisés : 18 heures (stratégies en action). b) Conformité à l'heure de sortie (11 h) : > 35 %	Néant
									2) Optimiser l'acheminement des patients dans tout l'établissement afin d'atténuer l'engorgement de l'Urgence (pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada) : cheminement des usagers (15) : a) peaufiner le processus concernant les infirmières en gestion des urgences gériatriques et les interventions du CASC afin d'éviter des admissions de patients n'ayant pas besoin de soins actifs en milieu hospitalier; b) soutenir les admissions en temps réel et réduire les regroupements afin d'appuyer le cheminement des patients sortant de l'Urgence, 24 h sur 24, 7 jours sur 7; c) accroître le respect et la responsabilisation concernant les	<ul style="list-style-type: none"> Un bilan PAQ5 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus et à s'orienter vers un rendement ciblé. 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. 	a) Nombre de patients obtenant la désignation « autre niveau de soins » (ANS) dans les 48 heures de leur admission; b) Durée de séjour des patients hospitalisés : 90 ^e centile.	a) Moins de 10 % de tous les patients reçoivent la désignation ANS dans les 48 heures de leur admission; b) Atteinte de la cible de rendement précise indiquée dans l'ERS-H en 2014-2015.	Néant

Indicateurs prioritaires =



2 Plan d'amélioration de la qualité 2015-2016 de l'HCC : Cibles et initiatives d'amélioration

BUT		Mesure			Changement								
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures de processus	Objectif des idées de changement	Remarques
									politiques et les lignes directrices ayant trait à la gestion des lits et à leur affectation; d) accroître le respect de la politique en matière d'interventions par paliers et d'engorgement afin d'appuyer le cheminement des patients hospitalisés à l'extérieur de l'Urgence, y compris les mettre dans les couloirs des unités de soins aux patients hospitalisés pendant qu'on nettoie les lits ou qu'ils attendent de partir.				
	Réduire le nombre de réadmissions pouvant être évitées	% de patients sortants ayant eu un AVC / accident ischémique transitoire (AIT) (paramètres PFQ) qui prennent des antithrombotiques	% de patients ayant eu un AVC (paramètres PFQ)	Base de données sur les congés des patients (BDGP), ICIS / T1 et T2, exercice financier (EF) 2014-2015	967*	84,8	100	Cible fondée sur le meilleur résultat théorique	1) Évaluer et mettre en place, selon ce qui est approprié, les pratiques recommandées concernant le module 5 : admission en soins de réadaptation pour patients hospitalisés; module 6 : congés rapides appuyés en soins de réadaptation; et module 7 : réadaptation communautaire et en consultation externe; module 1 : évaluation précoce (QBPs : Clinical Handbook for Stroke, sept. 2013).	<ul style="list-style-type: none"> Un bilan PAQ5 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus et à s'orienter vers un rendement ciblé. 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. 	a) Pourcentage des pratiques recommandées applicables mises en œuvre	a) Toutes les pratiques recommandées applicables mises en œuvre au T3 de 2015-2016	Néant
Efficacité	Améliorer la santé financière de l'établissement	Marge totale (consolidée) : % 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	% / n.d.	NPRSSO, MSSLD / T3 2014-2015 (cumulatif du 1 ^{er} avr. 2014-31 déc. 2014)	967*	-1,19	0,45	Cible établie selon les obligations de l'ERS-H	1)				Rendement surveillé dans le bilan organisationnel. Remarque : rendement fondé sur la période d'avril à octobre.
	Réduire les décès évitables dans l'hôpital	Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) : nombre de décès observés, divisé par le nombre de décès	Ratio (aucune unité) / tous les patients	BDGP, ICIS / 1 ^{er} avr. 2013-31 mars 2014	967*	76	74	Fondée sur le groupe de pairs H2 Rendement dans le meilleur quartile en					

Indicateurs prioritaires =

3 Plan d'amélioration de la qualité 2015-2016 de l'HCC : Cibles et initiatives d'amélioration

BUT		Mesure		Changement									
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures de processus	Objectif des idées de changement	Remarques
		prévus, multiplié par 100						2013-2014					
	Gérer efficacement la DS post-opératoire	DS de 5 jours après une intervention pour fracture de la hanche (exigences PFQ)	% / PFQ chez les patients ayant subi une fracture de la hanche	BDCP, ICIS / T1 et T2, EF 2014-2015	967*	48,1	75	Progression vers un acheminement optimal	1) Évaluer et mettre en place, selon ce qui est approprié, les pratiques recommandées concernant le module 1 : les soins au service des urgences; module 2 : gestion préopératoire; module 3 : interventions chirurgicales; module 4 : gestion postopératoire; et module 5 : soins postactifs (QBPs: Clinical Handbook for Hip Fracture, mai 2013), y compris l'utilisation optimale des réunions éclair interdisciplinaires concernant les cheminements, c.-à-d. des évaluations du progrès et obstacles potentiels à la mise en congé et milieu le plus adéquat.	<ul style="list-style-type: none"> Un bilan PAQ5 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus et à s'orienter vers un rendement ciblé. 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. 	a) Pourcentage des pratiques recommandées applicables mises en œuvre, c.-à-d. % de patients s'étant fracturé la hanche qui suivent le cheminement / total de patients s'étant fracturé la hanche et % des patients s'étant fracturé la hanche qui sont admis en réadaptation de courte durée (HCC) dans les 5 jours après l'opération.	a) Plus de 85 % des pratiques recommandées applicables mises en œuvre au T3 de 2015-2016, c.-à-d. 85 % des patients s'étant fracturé la hanche qui ont besoin de soins de réadaptation à l'HCC y seront admis dans les 5 jours	Néant
Intégration des soins	Réduire le temps inutile passé en soins actifs	Pourcentage de jours ANS : nombre total de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés comme ANS, divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation en soins actifs *100-	% / tous les patients ayant besoin de soins actifs	Portail du MSSLD / 1 ^{er} oct. 2013-30 sept. 2014	967*	14,26	13,5	Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H	1) Mettre en œuvre la pratique organisationnelle d'Agrément Canada : tests de conformité principaux et secondaires concernant l'acheminement des clients, y compris peaufiner le processus concernant les infirmières en gestion des urgences gériatriques et les interventions du CASC afin d'éviter des admissions de patients n'ayant pas besoin de soins actifs en milieu hospitalier; optimiser la conformité aux réunions de soins selon la politique relativement aux patients en séjour de longue durée; maximiser l'utilisation des services de soutien communautaire afin d'appuyer la transition vers le domicile (programme Retour à domicile / Programme d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées à risque élevé / Programme communautaire de services paramédicaux); réunions mixtes interorganisationnelles d'examen hebdomadaire pour tous les patients nécessitant un ANS et ceux qui en obtiendront un, patients ayant des besoins complexes de mise en congé et patients à risque élevé de réadmission.	<ul style="list-style-type: none"> Un bilan PAQ5 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus et à s'orienter vers un rendement ciblé. 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. 	a) Pourcentage de tests de conformité principaux et secondaires mis en œuvre, c.-à-d. % de patients obtenant la désignation ANS dans les 48 heures de leur admission; nombre de réunions sur les soins par unité par année; et réunions conjointes d'examen par année sur les mises en congé.	<p>a) Mise en œuvre de tous les tests de conformité principaux et secondaires au T2 de 201-2016</p> <p>b) Moins de 10 % de tous les patients ANS obtiennent la désignation ANS dans les 48 heures de leur admission à l'hôpital</p> <p>c) 60 % de tous les patients dont la durée de séjour est de > 13 jours aux unités de soins actifs ou 21 jours à l'Unité de santé mentale feront l'objet d'une réunion interdisciplinaire sur les soins.</p> <p>d) Au moins 48 réunions conjointes d'examen par année sur les mises en congé</p>	Remarque : renseignements sur le rendement actuel obtenus à l'interne et non sur le portail du MSSLD.

Indicateurs prioritaires =



4 Plan d'amélioration de la qualité 2015-2016 de l'HCC : Cibles et initiatives d'amélioration

BUT		Mesure			Changement									
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures de processus	Objectif des idées de changement	Remarques	
	Réduire les réadmissions inutiles à l'hôpital	Réadmission dans un délai de 30 jours pour des groupes de maladies analogues (GMA) particuliers	% / tous les patients ayant besoin de soins actifs	BDCP, ICIS / 1 ^{er} juill. 2013-30 juin 2014	967*	10	7	Fondée sur la stratégie interne concernant la cible d'action	1) Évaluer et mettre en place, selon ce qui est approprié, les pratiques recommandées concernant une période de traitement de l'exacerbation aiguë d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (QBP : Clinical Handbook for COPD, janvier 2013) et une période de traitement dans le cheminement d'une insuffisance cardiaque congestive (QBP : Clinical Handbook for CHF, janvier 2013), y compris l'utilisation maximale des protocoles, des cheminements et de l'outil GAP (lignes directrices appliquées à la pratique) pour tous les patients suivants ayant une BPCO, une ICC et une pneumonie; orientation vers une infirmière d'intervention rapide du CASC dans le cas de tous les patients ayant une BPCO et une ICC; maximiser les appels téléphoniques de suivi après la mise en congé pour tous les patients sortants des programmes de soins actifs, appels actuellement faits par des infirmières chevronnées; examens mensuels de toutes les réadmissions en raison du même trouble diagnostiqué, ou semblable, dans les 7 jours, et 8 à 28 jours pour tous les diagnostics; évaluer les résultats des appels de mise en congé et appliquer des mesures visant à accroître la conformité aux aspects suivants : exécution d'ordonnances lors de la mise en congé / rendez-vous de suivi de soins primaires dans les 7 jours de la mise en congé / savoir comment gérer la maladie à domicile / orientation vers le CASC, s'il y a lieu.	<ul style="list-style-type: none"> Un bilan PAQ5 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus et à s'orienter vers un rendement ciblé. 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. 	a) Pourcentage de pratiques recommandées applicables, c.-à-d. % conforme à la mise en oeuvre des cheminements suivants : BPCO, ICC, pneumonie, % conforme à l'outil GAP pour la BPCO, l'ICC, la pneumonie; nombre d'appels de suivi après la sortie de l'hôpital / nombre total de mises en congé; % conforme à l'exécution d'ordonnances; % conforme au suivi des soins primaires pour les mises en congé BPCO.	a) Mise en oeuvre de toutes les pratiques recommandées applicables au T3 de 2015-2016; b) Bilan ciblé de conformité aux outils GAP = 70 % des patients BPCO obtenant un suivi d'un fournisseur de soins primaires dans les 7 jours de leur sortie (cible en matière d'idées).	Rendement actuel fondé sur les données de 2012-2013. Source : Performance du système de santé, ICIS.	
													Néant	
Soins axés sur les patients	Améliorer la satisfaction des patients	Sondage NRC Canada : « 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 ».)	% / patients à l'Urgence	NRC Picker / oct. 2013-sept. 2014	967*	59,85	89,5	Cible fondée sur le rendement moyen des hôpitaux communautaires de l'Ontario, T4, EF 2013-2014				En raison d'une préoccupation continue relativement aux produits de l'enquête de National Research Corporation Canada, à savoir la pertinence, les délais de présentation et coûts des rapports fournis, l'HCC a amorcé un processus interne de distribution et d'analyse du Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (instrument ICIS). Bien que la démarche n'en soit qu'à ses débuts de mise en oeuvre (nombre insuffisant de réponses à l'enquête pour entreprendre avec confiance une analyse statistique de l'expérience des répondants), nous prévoyons que cet instrument et le processus interne permettront d'obtenir une solution supérieure.		

Indicateurs prioritaires =



BUT		Mesure		Changement									
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures de processus	Objectif des idées de changement	Remarques
		Sondage NRC Canada : « 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 ».)	% / patients à l'Urgence	NRC Picker / oct. 2013-sept. 2014	967*	83,98	85,5	Rendement moyen des hôpitaux communautaires de l'Ontario, T4, EF 2013-2014					
Sécurité	Accroître la proportion de patients bénéficiant d'un bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission	BCM à l'admission BCM : nombre total de patients ayant bénéficié d'un BCM par rapport au nombre total de patients admis à l'hôpital.	% / tous les patients	Données à la disposition de l'hôpital / plus récent trimestre disponible	967*	90	100	Meilleur résultat théorique	1)				
	Accroître la proportion de patients bénéficiant d'un BCM lors de la mise en congé	Nombre total de patients sortants pour qui un meilleur plan pharmaceutique à la sortie de l'hôpital a été élaboré en proportion au nombre total de patients sortants	% / tous les patients	Données à la disposition de l'hôpital / plus récent trimestre disponible	967*	0	100		1)				
	Réduire les taux d'infections hospitalières	Taux d'infection à <i>Clostridium difficile</i> (ICD) pour 1 000 jours-patient : nombre de patients ayant nouvellement reçu un diagnostic d'ICD d'origine hospitalière, divisé par le nombre de jours-patient dans un mois, multiplié	Taux par 1 000 jours-patient / tous les patients	Divulgué publiquement, MSSLD / 1 ^{er} janv. 2014-31 déc. 2014	967*	0,17	0	Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H	1)				Remarque : rendement actuel fondé sur les données du T3 de 2014-2015.

Indicateurs prioritaires =



BUT		Mesure		Changement									
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures de processus	Objectif des idées de changement	Remarques
		par 1 000 – moyenne de janv. à déc. 2014, conforme à la page web Divulgateur publique concernant la sécurité des patients de Qualité des services de santé Ontario (QSSO)											
		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	% / fournisseurs de soins de santé dans tout l'établissement	Divulgateur publique, MSSLD / 1 ^{er} janv. 2014-31 déc. 2014	967*	80	80						
		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	% / fournisseurs de soins de santé dans tout l'établissement	Divulgateur publique, MSSLD / 1 ^{er} janv. 2014-31 déc. 2014	4 470*	76	80						

Indicateurs prioritaires =



7 Plan d'amélioration de la qualité 2015-2016 de l'HCC : Cibles et initiatives d'amélioration

BUT		Mesure			Changement								
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures de processus	Objectif des idées de changement	Remarques
		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											
		Taux de pneumonies associées aux ventilateurs (PAV) pour 1 000 jours-ventilation : nombre total de cas nouvellement diagnostiqués de PAV 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 1 000, 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 / 1 ^{er} janv. 2014-31 déc. 2014	967*	0	0	Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H					
		Taux d'infection des cathéters centraux (ICC) pour 1 000 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,	Taux par 1 000 jours-cathéter central / patients aux soins intensifs	Divulgateion publique, MSSLD / 1 ^{er} janv. 2014-31 déc. 2014	967*	0	0	Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H					

Indicateurs prioritaires =

BUT		Mesure		Changement									
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures de processus	Objectif des idées de changement	Remarques
		divisé par le nombre de jours-cathéter central au cours de cette période de référence, multiplié par 1 000, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement											
	Réduire les taux de décès et les complications associées aux soins chirurgicaux	Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire (LVCS) : nombre de fois que les trois phases de la LVCS 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	% / toutes les interventions chirurgicales	Divulgateion publique, MSSLD / 1 ^{er} janv. 2014-31 déc. 2014	967*	98,5	100		1)				Rendement fondé sur la période de janvier à novembre 2014.
	Réduire l'utilisation de moyens de contention en santé mentale	Contention physique : nombre de patients soumis à des moyens de contention au cours des trois jours précédant l'évaluation initiale, divisé par le nombre total de cas avec évaluation d'admission complète durant la même période	% / tous les patients	Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), ICIS / 1 ^{er} oct. 2013-30 sept. 2014	967*	8,3	3,4	Cible fondée sur une réduction de 5 % dans les autres hôpitaux, EF 2013-2014	1)				Remarque : rendement fondé sur celui du T2 de l'EF 2014-2015.



BUT		Mesure			Changement									
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures de processus	Objectif des idées de changement	Remarques	
	Accroître la prévention et la gestion de la violence au travail	Médecin ou employé blessé par suite d'un incident de violence au travail, par 1 000 jours-patient dans une unité de soins psychiatriques (USP)	Taux pour 1 000 jours-patient / USP	Données recueillies par l'hôpital, T1-T3, EF 2014-2015	967*	À déterminer	À déterminer	Réduction de 20 % par rapport au rendement actuel	1) Définir les postes des membres du personnel de l'Unité de soins psychiatriques devant être de premiers intervenants ayant reçu une formation avancée; premiers intervenants; et personnel n'étant pas de premiers intervenants dans une situation d'urgence; concevoir et faire l'essai de la formation avancée et des modules d'appoint pour les premiers intervenants; concevoir et faire l'essai d'une formation standardisée de base pour tous les membres du personnel n'étant pas des premiers intervenants dans une situation d'urgence, ainsi que des modules d'appoint.	<ul style="list-style-type: none"> Un bilan PAQ5 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus et à s'orienter vers un rendement ciblé. 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. 	Pourcentage de personnel désigné ayant réussi le niveau de formation attribué à chaque catégorie de personnel.	Soixante p. cent des membres du personnel désigné ont réussi le niveau de formation attribué à chaque catégorie de personnel au T3 de 2015-2016; 90 % du personnel désigné a réussi le niveau de formation attribué à chaque catégorie de personnel au T4 de 2015-2016.	Néant	
		Médecin ou employé blessé par suite d'un incident de violence au travail, par 1 000 visites de patients à l'Urgence.	Taux pour 1 000 visites de patients / Urgence	Données recueillies par l'hôpital, T1-T3, EF 2014-2015	967*	À déterminer	À Déterminer	Réduction de 20 % par rapport au rendement actuel	1) Définir les catégories des membres du personnel de l'Urgence devant être de premiers intervenants ayant reçu une formation avancée; premiers intervenants; et personnel n'étant pas de premiers intervenants dans une situation d'urgence; concevoir et faire l'essai de la formation avancée et des modules d'appoint pour les premiers intervenants; concevoir et faire l'essai d'une formation standardisée de base pour tous les membres du personnel n'étant pas de premiers intervenants dans une situation d'urgence, ainsi que des modules d'appoint.	<ul style="list-style-type: none"> Un bilan PAQ5 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus et à s'orienter vers un rendement ciblé. 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. 	a) Pourcentage de personnel désigné ayant réussi le niveau de formation attribué à chaque catégorie de personnel	a) Soixante p. cent des membres du personnel désigné ont réussi le niveau de formation attribué à chaque catégorie de personnel au T3 de 2015-2016; b) Quatre-vingt-dix p. cent du personnel désigné a réussi le niveau de formation attribué à chaque catégorie de personnel au T4 de 2015-2016.	Néant	
		Accroître la proportion de patients bénéficiant d'un BCM lors de la transition des soins	BCM lors de la transition des soins : nombre total de patients ayant bénéficié d'un BCM par rapport au nombre total de patients ayant obtenu des soins de transition.	Pas encore précisé / tous les patients	Données recueillies par l'hôpital / pas encore précisé	967*	0	100	Meilleur résultat théorique	1) Appliquer les POR d'Agrément Canada : tests de conformité principaux sur les BCM au point de transition des soins, Unité de soins aux patients en phase critique.	<ul style="list-style-type: none"> Un bilan PAQ5 sera élaboré de façon à noter l'évolution des idées de changement et des mesures de processus et à s'orienter vers un rendement ciblé. 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. 	a) Pourcentage de tests de conformité principaux mis en œuvre (Unité de soins aux patients en phase critique)	a) Tous les tests de conformité principaux mis en œuvre au T2 de 2015-2016 (Unité de soins aux patients en phase critique)	Néant

