

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

2016-03-03

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

L'année 2016 marque le début d'un nouveau cycle de planification stratégique pour l'Hôpital communautaire de Cornwall (HCC) afin de collaborer à la prestation de soins exceptionnels centrés sur les patients. La vision du plan (Des soins exceptionnels. Toujours.) met notamment grandement l'accent sur l'assurance de la viabilité de l'organisme, à la lumière des défis financiers soutenus concernant les soins actifs. Nous devons trouver de nouvelles façons afin de continuer à améliorer l'expérience des patients, et ce, sans financement additionnel. Le plan comprend aussi un accent accru sur la participation des patients et des familles afin de les autonomiser dans leurs propres soins, ainsi que des objectifs d'information et de communication visant à augmenter notre capacité organisationnelle d'amélioration continue par l'entremise de la normalisation et de l'utilisation de la technologie.

Notre objectif de travailler en partenariat pour la sécurité des patients et des résultats de qualité exige la transformation des soins de santé non seulement à l'intérieur de l'hôpital, mais aussi dans le système élargi de soins de santé. Nous reconnaissons que nous sommes uniquement l'un des éléments d'un système plus vaste qui planifie, fournit et fait le suivi des soins de santé des communautés que nous desservons, et que des résultats optimaux pour les patients sont atteints en établissant des partenariats avec les fournisseurs participant aux soins primaires et communautaires.

Réalisations en matière d'AQ au cours de la dernière année

La transformation de notre unité de soins aux patients en phase critique (USPPC), qui est passée d'un « modèle ouvert » à un « modèle fermé » d'une unité dirigée par des intensivistes, a constitué notre plus grande réalisation en matière d'amélioration de la qualité (AQ) de l'année dernière. Il s'agit du résultat obtenu par suite de notre participation à REACHout, une étude dirigée par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada mettant l'accent sur l'amélioration des soins aux patients en phase critique dans les hôpitaux communautaires, au moyen de la mise en œuvre d'outils de prise de décisions cliniques factuelles, d'une formation accrue et de possibilités d'exercice dans le domaine des soins avancés.

Les résultats de l'étude ont permis de cibler des améliorations à l'échelle des gens, des équipes et de l'organisme.

Voici quelques-unes des démarches adoptées.

- des ateliers de formation et sur l'acquisition de compétences;
- des outils (outil de transfert et outil de vérification des dossiers);
- des réunions multidisciplinaires officielles de l'USPPC;
- l'élaboration de critères de déclenchement visant à faciliter la reconnaissance de patients instables à risque élevé;
- une amélioration du délai d'intervention lors des situations d'urgence, au moyen de directives médicales;
- une amélioration du délai d'intervention des médecins en faisant appel à des intensivistes à temps plein.

Le soutien obtenu à tous les échelons de l'organisme a été déterminant dans la réussite de cette transformation. Les changements organisationnels nécessaires à la mise en œuvre du modèle fermé auraient été impossibles sans le remaniement des priorités et des ressources.

Par suite de cette démarche, nous comptons maintenant sur du personnel et des médecins possédant l'ensemble de compétences et l'expertise pour traiter efficacement des patients aux besoins complexes, ici à l'HCC, ainsi que les processus pour ce faire. Les rencontres multidisciplinaires de l'USPPC ont permis de rassembler des praticiennes et praticiens de toutes les disciplines de la santé, d'une façon officielle qui favorise l'amélioration de la communication, du travail en équipe et de la collaboration. Les patients à l'Urgence et dans l'ensemble de l'hôpital ont également tiré profit de l'étroite collaboration à l'USPPC en raison de l'accès aux ressources. Nos intensivistes réagissent rapidement aux codes de l'équipe d'intervention rapide (code ERT) et ils appuient les médecins de l'Urgence.

La pression additionnelle sur les ressources hospitalières a constitué le défi associé à ces améliorations. En raison des soins avancés fournis et de l'augmentation du nombre d'interventions, la demande s'est accrue dans les domaines suivants : soins infirmiers, imagerie diagnostique, thérapie respiratoire, pharmacie, physiothérapie, etc.

Dans l'ensemble, l'initiative est avantageuse pour l'établissement et les communautés qu'elle dessert. En fournissant des soins avancés près du domicile des gens, on réduit l'impact sur les patients et les familles puisqu'ils n'ont pas à parcourir de grandes distances. Les soins avancés ont mené à l'amélioration des compétences et du savoir-faire des membres de notre personnel, ce qui leur a permis de pratiquer tous les aspects de leur profession respective.

Intégration et continuité des soins

À l'HCC, nous croyons que les relations avec les fournisseurs de soins primaires et de soins communautaires sont essentielles à la santé optimale des collectivités que nous desservons. Cela se reflète dans l'orientation du nouveau plan stratégique de l'établissement, à savoir « mettre en place un modèle de soins fondé sur la collaboration et axé sur les transitions entre les soins et le retour sécuritaire à la maison ».

Dans le cadre de la poursuite de la Réforme du financement du système de santé, tous les membres du système de soins de santé dépendent de plus en plus des services de leurs collègues. Afin de maintenir des soins sécuritaires et de grande qualité dans le cadre des pressions financières actuelles, nous continuons à revoir les services que nous offrons et nous comptons davantage sur nos partenaires pour les soins à domicile ou dans d'autres milieux de soins. Nous comptons particulièrement sur les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) afin qu'ils fournissent des services d'appui pour que les gens reçoivent leur congé en temps opportun et de façon efficace, sur les soins primaires pour aider à éviter d'acheminer les patients aux urgences et pour appuyer leur transition à l'extérieur de l'hôpital, ainsi que sur d'autres organismes hospitaliers et communautaires pour donner des soins spécialisés.

En 2016-2017, nous continuerons d'être un chef de file actif et engagé au sein de nos maillons santé. Cette initiative vise à appuyer l'orientation stratégique de l'HCC, à savoir être à l'écoute des besoins de santé de notre collectivité et appuyer un modèle de soins fondé sur la collaboration, axé sur les transitions entre les soins et le retour sécuritaire à la maison. Le modèle de soins des maillons santé est centré sur la création et la mise en œuvre du plan de soins coordonné de la province. La collaboration et la communication fréquentes entre les patients, les fournisseurs de soins, les fournisseurs de soins primaires, les coordonnateurs de soins des maillons santé et les autres fournisseurs de services contribueront à diminuer les réadmissions à l'hôpital et le nombre de jours d'attente d'un autre niveau de soins (jours ANS), tout en améliorant l'expérience des patients au sein du système de soins de santé. Les personnes suivantes qui ont au moins deux troubles médicaux complexes constituent la population cible des maillons santé : les personnes âgées de santé faible, les gens qui reçoivent des soins palliatifs ainsi que les patients en santé mentale et présentant des dépendances.

Afin d'améliorer l'intégration au sein de notre organisme, l'HCC a également investi dans la mise en place d'un dossier de santé électronique pour appuyer des soins sécuritaires et de qualité améliorés, réduire le potentiel d'erreurs de médicament et accroître l'exactitude des ordonnances, l'accès aux résultats des tests et le suivi de la sécurité des patients.

L'HCC a choisi de mettre l'accent sur les indicateurs prioritaires ci-dessous dans son plan d'amélioration de la qualité (PAQ) 2016-2017. Il gère un système robuste de surveillance du rendement qui comprend un bilan organisationnel trimestriel et six indicateurs particuliers, soit les « stratégies en action », révisés tous les mois. La plupart des objectifs d'amélioration de la qualité des versions précédentes des PAQ font toujours l'objet d'un suivi par l'entremise de ce bilan, dont on peut prendre connaissance sur le site web de l'HCC.

Plus précisément, d'ici au 31 mars 2017, l'HCC aura fait les gestes suivants.

- L'établissement se sera penché sur le volume de patients nécessitant un ANS en normalisant les processus d'admission à l'hôpital et en fixant des attentes concernant les mises en congé. Nous appuierons ce travail au moyen de réunions mixtes interorganisationnelles d'examen hebdomadaire et de la responsabilité partagée de tous les fournisseurs.
- On y mènera des révisions hebdomadaires des réadmissions à l'hôpital et on collaborera avec les partenaires communautaires participant aux maillons santé, et ce, afin de gérer en milieu communautaire les cas des patients présentant des troubles complexes. Nous collaborerons avec le CASC et le Seaway Valley Community Health Centre pour effectuer des aiguillages et nous attarder particulièrement aux patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pendant leur transition du milieu hospitalier à domicile, afin d'éviter leur réadmission.
- L'établissement utilisera les dossiers de santé électroniques pour accroître la proportion de patients bénéficiant d'un bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission et il élargira le processus à davantage de secteurs dans le but de le déployer dans tout l'hôpital.

Participation des dirigeants, des cliniciens et du personnel

L'un des objectifs consiste à faire intervenir le personnel et les médecins ainsi qu'à les autonomiser en mettant en place des milieux stimulants et en s'assurant qu'il existe des occasions de participer, menant ainsi à une qualité de soins améliorée et à une satisfaction accrue des patients. Le PAQ a été élaboré au moyen des commentaires du personnel, des gestionnaires, de l'équipe des cadres supérieurs, des médecins et du Conseil d'administration ainsi qu'à partir des enseignements du processus d'agrément 2015 et de la mise en œuvre continue des dossiers de santé électroniques.

Le processus facilité par le Service de gestion de la qualité et des risques a fait appel à une gamme de dirigeants de tout l'établissement, sur le plan administratif et clinique. Ce groupe a veillé à ce que tous soient sur la même longueur d'onde sur le plan organisationnel, déterminés à assurer le succès du PAQ, et qu'il dispose des ressources adéquates à cette fin.

Notre PAQ comprend une sélection de nos six indicateurs « stratégies en action » faisant l'objet de rapports et de discussions mensuels en compagnie des vice-présidents ainsi que des administrateurs et gestionnaires. Durant ces échanges mensuels, des outils de résolution de problèmes servent à cerner des mesures d'amélioration précises. En raison des priorités concurrentes, nous devons souvent faire face à des défis associés au maintien des améliorations au-delà de la mise en œuvre de solutions. Des réunions flash en compagnie des conseils de

rendement ont maintenant lieu dans 11 des principaux services de l'hôpital, soit une plateforme permettant au personnel de communiquer et de lancer des idées de façon quotidienne.

Engagement des patients/clients/pensionnaires

Sur le plan stratégique, nous voulons notamment améliorer la prestation de soins centrés sur le patient. Nous accorderons la priorité aux patients, nous mesurerons et améliorerons la qualité, et nous améliorerons les transitions à l'arrivée à l'hôpital et en y sortant. Tout au long de l'année, l'HCC présente des rapports trimestriels de progrès sur les indicateurs du PAQ au Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil d'administration ainsi qu'à ce conseil lui-même. Le PAQ 2016-2017 a été élaboré à partir des commentaires des membres du Conseil et des conseillers spécialistes de l'expérience des patients.

Lors du troisième trimestre de 2015, nous avons mis sur pied un programme de conseillers spécialistes de l'expérience des patients pour que la voix de ces derniers soit entendue et qu'elle influe sur la planification et le processus décisionnel concernant les questions touchant aux soins, garantissant ainsi qu'on s'attarde aux besoins et aux attentes des patients et des familles. Ces conseillers sont des gens qui ont été des patients au cours des deux ou trois dernières années, ou des membres des familles, dont le nom est proposé et qui sont recommandés par le personnel, les médecins et les bénévoles de l'ensemble de l'hôpital. Au bout du compte, on veut qu'il y ait un conseiller pour chaque grand domaine des programmes offerts.

Nous avons aussi recueilli le point de vue des patients et des familles au moyen de mécanismes variés, y compris des sondages en ligne menés à l'improviste et d'autres faits auprès des patients hospitalisés, le processus électronique de signalement des incidents concernant les patients, le spécialiste en matière de relations avec les patients, les interactions quotidiennes des médecins et du personnel de première ligne ainsi que les appels d'ordre clinique après les mises en congé. En raison des préoccupations concernant les sondages NRC, au début 2015, l'HCC a amorcé un processus interne de distribution et d'analyse du Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (un produit de l'ICIS, soit l'Institut canadien d'information sur la santé). Ce processus permet aux équipes cliniques d'obtenir davantage de commentaires et d'analyses de données en temps réel.

Les données des sondages sur la satisfaction des patients de l'ICIS ont été soigneusement analysées afin de cerner les domaines dans lesquels, selon nos patients, nous pouvons nous améliorer. Par suite de cette analyse, nous mettons l'accent sur le processus de planification des congés en voulant principalement nous assurer que les patients se sentent informés et préparés par rapport à leur transition de soins suivante.

Rémunération axée sur le rendement [dans le cadre 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 de 2010 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 2016-2017.

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.

Melanie Baker Brown
Présidente du Conseil

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

Jeanette Despatie
Directrice générale

Plan d'amélioration de la qualité 2016-2017

Objectifs et initiatives d'amélioration

Hôpital communautaire de Cornwall – 840, avenue McConnell

BUT		Mesures							Changements				
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement	Justification de l'objectif	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)			Objectif des idées de changement		Commentaires
						actuel		Objectif	Méthodes	Mesures des processus			
Efficacité	Réduire les taux de réadmission parmi les patients atteints de MPOC	Taux de réadmission parmi les patients atteints de MPOC (cohorte utilisée aux fins d'élaboration des PFC) en raison du même trouble diagnostiqué, ou connexe, dans les 28 jours	% / MPOC (cohorte utilisée aux fins d'élaboration des PFC)	BDCP, ICIS / avril 2015 à septembre 2015	967*	19.5	17.00	1) Utilisation de modèles d'ordonnances pour les soins normalisés concordant avec le livret sur les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires et les procédures fondées sur la qualité.	En raison de la mise en oeuvre des dossiers de santé électroniques Cerner, les médecins devront commander des modèles d'ordonnances MPOC.	Nombre de modèles d'ordonnances MPOC / nombre de patients admis qui ont une MPOC X 100 (pour le pourcentage)	Taux de réadmission en raison d'une MPOC inférieurs à 17 % d'ici au 31 mars 2017; (le taux/objectif actuel devrait refléter l'objectif de l'ERS-H). COPD		
								2) Par l'entremise de Cerner, tous les patients recevront des feuilles d'instructions individualisées de mise en congé qui porteront sur leurs médicaments, leurs ordonnances, leurs rendez-vous de suivi et les aiguillages vers les organismes communautaires.	L'équipe interdisciplinaire donnera un enseignement normalisé à tous les patients ayant une MPOC ainsi que des directives écrites de mise en congé, y compris un numéro de suivi concernant l'abandon du tabac, l'utilisation d'inhalateurs, la prise de médicaments, les aiguillages et les suivis.	Nombre d'instructions documentées de mise en congé remises aux patients qui ont une MPOC, à leur sortie de l'hôpital / nombre total de patients ayant une MPOC qui ont obtenu leur congé (en excluant les décès et les transferts à d'autres établissements de soins actifs) X 100 (pour le pourcentage).	Taux de réadmission en raison d'une MPOC inférieurs à 15 % d'ici au 31 mars 2017; (le taux/objectif actuel devrait refléter l'objectif de l'ERS-H).		
								3) Un modèle de collaboration avec le Seaway Valley Community Health Centre (SVCHC) afin d'optimiser l'utilisation des cliniques de suivi en matière de MPOC en milieu hospitalier et communautaire.	Collaboration et révision de l'outil d'aide à la décision relativement aux aiguillages vers la clinique de MPOC en consultation externe de l'HCC par opposition à celle du SVCHC. Un processus sera conjointement conçu et mis en oeuvre pour faciliter la participation de l'équipe d'intervention en matière de MPOC auprès des patients hospitalisés, avant leur mise en congé.	Nombre de patients dirigés vers chaque programme, qui satisfont aux critères de notation / nombre total de patients dirigés X 100 (pour le pourcentage).	Taux de réadmission en raison d'une MPOC inférieurs à 15 % d'ici au 31 mars 2017; (le taux/objectif actuel devrait refléter l'objectif de l'ERS-H).		
								4) Augmentation des aiguillages vers une infirmière d'intervention rapide du CASC pour une visite 1 ou 2 jours après la mise en congé.	Les modèles d'ordonnances Cerner en matière de MPOC comprendront l'ordonnance d'aiguillage vers une infirmière d'intervention rapide à l'admission, à l'appui d'une augmentation du nombre d'aiguillages et de patients vus.	Nombre de patients atteints de MPOC dirigés vers l'infirmière d'intervention rapide / nombre total de patients ayant une MPOC qui ont obtenu leur congé X 100 (pour le pourcentage).	Taux de réadmission en raison d'une MPOC inférieurs à 15 % d'ici au 31 mars 2017; (le taux/objectif actuel devrait refléter l'objectif de l'ERS-H).		
Efficient	Réduction du temps non nécessaire passé dans les services de soins actifs	Nombre total de jours d'hospitalisation d'un patient où un médecin (ou une autre personne désignée) a indiqué qu'un patient qui occupait un lit de soins actifs dans un hôpital a terminé la phase de soins actifs de son traitement, divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation pendant la période, multiplié par 100.	% / tous les patients obtenant des soins actifs	BDCP, ICIS / octobre 2014 à septembre 2015	967*	16.5	18.00	Taux d'ANS Rendement actuel fondé sur le T1 et le T2 du présent exercice (2015-2016). L'objectif est fondé sur les caractéristiques de l'ERS-H du RLISS pour 2015-2016, qui seront confirmées par la publication de la nouvelle ERS-H. Rendement du T1 de l'exercice 2015-2016 : 19 % supérieur à l'objectif.	1) Maintien de réunions conjointes d'examen hebdomadaires interorganismes sur les mises en congé afin de revoir tous les patients nécessitant un ANS et ceux qui en recevront un, ainsi qu'une planification des mises en congé complexes pour assurer l'optimisation de tous les services afin d'appuyer la réintégration dans la communauté.	Poursuite des réunions hebdomadaires prévues durant lesquelles on informe également le personnel sur les nouveautés concernant les programmes, les initiatives et les options de mise en congé.	Volumes de patients nécessitant un ANS; ANS pour les soins de longue durée; ANS pour les patients en séjour de longue durée.	Diminution des taux d'ANS, du nombre de jours-lit des patients nécessitant un ANS et amélioration du rendement selon les mesures des temps d'attente à l'urgence pour les patients admis.	

BUT		Mesures							Changements					
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Mesures des processus	Objectif des idées de changement		Commentaires
									Méthodes					
									2) Officialisation d'une intervention rapide coordonnée entre le CASC, la gestion des urgences en gériatrie et les infirmières en planification des congés à l'Urgence pour les patients qu'il n'est pas nécessaire d'admettre pour leur donner des soins actifs, mais il existe des défis associés aux ressources disponibles afin d'appuyer le retour en milieu communautaire, d'éviter l'hospitalisation et le déclin fonctionnel.	Collaboration avec les dirigeants du CASC et la directrice des activités de liaison et d'accès aux services communautaires afin d'officialiser le processus, y compris le processus d'interventions par paliers pour les admissions évitables et celles de gens incapables de faire face à la situation ou qui ont besoin de soins de longue durée (SLD). Par la suite, informer les médecins et le personnel de l'Urgence afin d'appuyer l'idée de ne pas admettre des patients n'ayant pas besoin de soins non actifs jusqu'à ce que les dirigeants du CASC aient épuisé toutes les options.	Nombre de patients admis par l'entremise de l'Urgence qui obtiennent la désignation ANS à l'admission ou dans un délai de 48 heures par la suite.	Diminution des taux d'ANS, du nombre de jours-lit des patients nécessitant un ANS et amélioration du rendement selon les mesures des temps d'attente à l'Urgence pour les patients admis.		
									3) Accroissement de la conformité au dépistage Barthel à l'admission et lors de la mise en congé pour surveiller le déclin fonctionnel à l'hôpital (appui additionnel au moyen du DSE Cerner).	L'outil de dépistage Barthel fait partie de Cerner pour un accès facile à l'admission et lors de la mise en congé afin d'appuyer la conformité lors de ces deux moments.	Utilisation de l'outil de dépistage Barthel à l'admission et lors de la mise en congé / total de patients remplissant les conditions requises X 100 (pour le pourcentage).	Diminution des taux d'ANS, du nombre de jours-lit des patients nécessitant un ANS et amélioration du rendement selon les mesures des temps d'attente à l'Urgence pour les patients admis.		
									4) Accroissement des aiguillages de la population cible vers les maillons santé afin d'appuyer l'autogestion des maladies et la coordination des soins en milieu communautaire.	Collaboration accrue et examen des cas en compagnie des coordonnateurs des maillons santé pour assurer la maximisation de ces ressources pour les bons patients.	Nombre de patients dirigés et acceptés à titre de clients des maillons santé.	Diminution des taux d'ANS, du nombre de jours-lit des patients nécessitant un ANS et amélioration du rendement selon les mesures des temps d'attente à l'Urgence pour les patients admis.		
Soins axés sur les patients	Améliorer la satisfaction des patients	« Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie le pire hôpital possible et 10 le meilleur hôpital possible, quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer cet hôpital lors de votre séjour? » Ajoutez le nombre de réponses favorables (y compris de 6 à 10) et divisez-le par le nombre de sondés qui ont donné une réponse à cette question (en excluant les abstentions).	% / tous les patients recevant des soins actifs	Sondage interne / octobre 2014 à septembre 2015	967*	83.6	87.00	Augmentation de 5 % de l'objectif par rapport au précédent puisque cela implique bien des services et membres du personnel et qu'il est plus difficile de l'améliorer à des taux supérieurs.	1) Poursuite du processus de sondage sur la satisfaction des patients hospitalisés à l'HCC au moyen de l'outil de l'ICIS.	1) Communications des meilleurs et des pires résultats lors des réunions flash; 2) Le 1er avril, tous les ans, utilisation des données des 3 premiers trimestres de l'exercice précédent pour choisir les meilleures et les pires mesures; 3) Tous les trimestres, compiler et suivre les résultats des meilleures et des pires mesures; 4) Rapport trimestriel d'une page par les communications, à l'intention des gestionnaires, afin qu'ils s'en servent avec le personnel durant les réunions flash; 5) Tous les trimestres durant les réunions flash, examen des résultats par les gestionnaires, en compagnie du personnel.	1) Objectif : envoyer des sondages à la moitié des patients mis en congé trimestriellement et obtenir un taux de réponse de 30 %; 2) Choisir les meilleures et les pires mesures à partir de 9 mesures validées, soit des mesures organisationnelles impliquant bien des services; 3) Il faudra du temps pour que les résultats de ces sondages organisationnels s'améliorent. Nous devrions donc conserver les « pires » mesures durant un an; 4) Document d'une page : facile à lire, à comprendre et à y donner suite. Cela comprendra les résultats des trimestres précédents et actuels ainsi que le point de référence de l'ICIS.	Mettre en relief les changements dans les résultats depuis le dernier trimestre; célébrer le meilleur résultat; surligner l'amélioration du pire résultat depuis le dernier trimestre, s'il y a eu lieu; stimuler la résolution de problèmes et les idées visant à améliorer le pire résultat et faire le suivi de la mise en œuvre.	Les sondages internes sur la satisfaction des patients permettront à l'HCC d'obtenir une rétroaction pour qu'il donne suite aux initiatives d'amélioration suggérées par les patients et les familles, à l'appui de l'orientation stratégique de l'établissement, qui vise à donner des soins exceptionnels inspirés par les patients.	

BUT		Mesures							Changements					
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Méthodes	Mesures des processus	Objectif des idées de changement	
														Commentaires
									2) Abandon des sondages NRC Picker à l'Urgence au profit du fournisseur recommandé par l'OHA lorsque le processus d'appel d'offres est terminé.				Mettre en relief les changements dans les résultats depuis le dernier trimestre; célébrer le meilleur résultat; surligner l'amélioration du pire résultat depuis le dernier trimestre, s'il y a eu lieu; stimuler la résolution de problèmes et les idées visant à améliorer le pire résultat et faire le suivi de la mise en œuvre.	Les sondages internes sur la satisfaction des patients permettront à l'HCC d'obtenir une rétroaction pour qu'il donne suite aux initiatives d'amélioration suggérées par les patients et les familles, à l'appui de l'orientation stratégique de l'établissement, qui vise à donner des soins exceptionnels inspirés par les patients.
									3) Programme des conseillers spécialistes de l'expérience des patients entièrement fonctionnel et intégré au sein de l'organisme.	Objectif : s'assurer que la voix des patients est entendue et qu'elle influe sur la planification et le processus décisionnel concernant les questions touchant aux soins, garantissant ainsi qu'on s'attarde aux besoins et aux attentes des patients et des familles. Ces conseillers sont des gens qui ont été des patients au cours des deux ou trois dernières années, ou des membres des familles, dont le nom est proposé et qui sont recommandés par le personnel, les médecins et les bénévoles de l'ensemble de l'hôpital. Au bout du compte, on veut qu'il y ait un conseiller pour chaque grand domaine des programmes offerts.				Les sondages internes sur la satisfaction des patients permettront à l'HCC d'obtenir une rétroaction pour qu'il donne suite aux initiatives d'amélioration suggérées par les patients et les familles, à l'appui de l'orientation stratégique de l'établissement, qui vise à donner des soins exceptionnels inspirés par les patients.
Sécurité	Accroître la proportion de patients qui bénéficient d'un bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission	Bilan comparatif des médicaments à l'admission : nombre total de patients ayant bénéficié d'un BCM par rapport au nombre total de patients admis à l'hôpital	% / tous les patients	Données recueillies par l'hôpital / plus récent trimestre disponible	967*	90	90.00	Rendement actuel fondé sur le T1 et le T2 du présent exercice (2015-2016).	1) Conformité accrue au BCM pour les patients hospitalisés en santé mentale.	a) Utilisation des gains d'efficacité obtenus par la mise en œuvre du système Cerner pour simplifier le BCM par les médecins; b) Informer les médecins en santé mentale de la valeur et de l'importance de ce bilan.	a) Intégration des bilans dans le déroulement du travail des médecins afin de commander les médicaments nécessaires à domicile pour améliorer le BCM. b) Discussions lors des réunions du service.	BCM : obtenir un taux de conformité de 90 %.	BCM : taux de conformité actuel de 50 % en santé mentale, comparativement à 90 % dans l'ensemble de l'établissement.	
	Réduire les taux d'infections hospitalières	Taux d'infection à C. difficile par 1 000 jours-patient : nombre de nouveaux patients ayant reçu un diagnostic d'infection à C. difficile contractée en milieu hospitalier pendant la période de référence, divisé par le nombre de jours-patient dans la période de référence, multiplié par 1 000.	Taux pour 1 000 jours-patient / tous les patients	Publiquement déclarée, MSSLD / janvier 2015 à décembre 2015	967*	0.51	0.30	Rendement actuel fondé sur le T2 du présent exercice (2015-2016). Objectif 2015-2016 établi à 0,0 fondé sur les caractéristiques 2015-2016 de l'ERS-H du RLIS. Vérification du nouvel objectif selon l'ERS-H 2016-2017.	1) Maintien des pratiques actuelles concernant la surveillance, le suivi, le nettoyage de l'environnement, l'hygiène des mains et la gestion des antimicrobiens.	Les pratiques actuelles sont fondées sur les lignes directrices du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses afin de réduire le nombre d'infections hospitalières. On fait le suivi des pratiques par l'entremise du comité de prévention et de lutte contre les infections.	Maximum de 1,5 infection hospitalière à C. difficile par mois.	Objectif à long terme : 0 par 1 000 jours-patient.	Objectif à long terme : 0 par 1 000 jours-patient.	

BUT		Mesures							Changements					
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Mesures des processus	Objectif des idées de changement		Commentaires
									Méthodes					
									2) Poursuite des rapports mensuels sur l'hygiène des mains et les taux de C. difficile dans les secteurs de soins aux patients.	a) Rapport mensuel sur les taux d'hygiène des mains et de C. difficile selon les objectifs des unités.	Rapports mensuels comprenant des discussions sur les mesures correctives requises pour atteindre les objectifs ou les dépasser lorsqu'ils ne sont pas atteints.	Atteindre ou dépasser les objectifs en matière d'hygiène des mains ou de C. difficile.	Hygiène inadéquate des mains : facteur reconnu d'infections hospitalières.	
									3) Revue des antimicrobiens	Participation des gestionnaires de la pharmacie aux réunions quotidiennes de l'Unité des soins intensifs. Recommandations du pharmacien sur les antibiotiques (arrêt, modification des voies d'administration ou des médicaments).	Acceptation du taux de recommandation. Refus du taux de recommandation. Révision du taux de recommandation.	Accroissement du taux d'acceptation. Diminution du taux de refus. Augmentation du taux d'acceptation de recommandation revue par les médecins.	L'USI est ciblée en raison de la grande utilisation des antimicrobiens qu'on y fait. Examen antimicrobien par le pharmacien essentiel à l'utilisation appropriée d'antimicrobiens dans tous les secteurs.	
									4) Révision annuelle de l'antibiogramme.	Le Service de microbiologie recueille des données ayant trait à la résistance des médicaments aux antibiotiques à l'HCC afin de préparer un rapport d'antibiogramme.	Les médecins peuvent consulter l'antibiogramme sur l'intranet de l'HCC.	Les médecins ont accès à l'antibiogramme de l'HCC correspondant aux modèles locaux de résistance.	Connaissance des modèles locaux de résistance à l'appui de la prescription appropriée d'antimicrobiens.	
		Taux de pneumonie associée aux ventilateurs (PAV) par 1 000 jours-ventilateur : nombre total de cas nouvellement diagnostiqués de PAV dans l'unité de soins intensifs après au moins 48 heures de ventilation mécanique pendant la période de référence, divisé par le nombre de jours-ventilateur au cours de cette période de référence, multiplié par 1 000	Taux pour 1 000 jours-ventilateur / patients à l'unité de soins intensifs	Publiquement déclarée, MSSLD / janvier 2015 à décembre 2015	967*	0	0,00	Rendement actuel fondé sur le T1 et le T2 du présent exercice (2015-2016). Même rendement durant l'exercice 2014-2015.	1) Maintien des pratiques actuelles concernant la surveillance, le suivi et l'hygiène des mains.	Les pratiques actuelles sont fondées sur les lignes directrices du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses afin de réduire la fréquence d'infections hospitalières ainsi que sur les Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM) et les trousseaux d'outils du volet PAV du Système d'information sur les soins aux malades en phase critique. On fait le suivi des pratiques par l'entremise du comité de prévention et de lutte contre les infections et celui de l'Unité des soins intensifs.		Objectif : 0,00		
									2) Application uniforme du volet de prévention des PAV (liste de contrôle), vérifié quotidiennement lors des réunions multidisciplinaires.	Examen des incidents de PAV par une équipe multidisciplinaire afin de déterminer le point de transmission et/ou l'occasion d'amélioration.		Examen quotidien lors des rencontres multidisciplinaires.		
									3) Poursuite des rapports mensuels sur l'hygiène des mains.		Atteindre l'objectif en matière d'hygiène des mains ou le dépasser.	80%	Hygiène inadéquate des mains : facteur reconnu d'infections hospitalières.	
	Réduire les taux de décès et les complications associées aux soins chirurgicaux	Nombre de fois où les trois phases de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale ont été observées (« breffage », « temps	% / toutes interventions chirurgicales	Publiquement déclarée, MSSLD / janvier 2015 à décembre 2015	967*	99.5	99.60		1) Examen des listes de vérification pour une chirurgie sécuritaire (LVCS) pour s'assurer qu'elles sont conformes et complètes.	Vérifications au hasard des interventions chirurgicales et de services divers. Rapports d'incident à remplir si les LVCS sont incomplètes. État futur : Au moyen du système Cerner, la consignation au dossier contribuera à l'amorce de ces LVCS.	Utilisation de l'outil de vérification conçu et adapté pour l'HCC.	Objectif : conclure 5 vérifications par mois.	Établissement des LVCS : actuellement indiqué dans nos politiques.	

BUT		Mesures							Changements					
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	ID de l'établissement	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Méthodes	Mesures des processus	Objectif des idées de changement	Commentaires
		d'arrêt » et « débriefage ») pendant la période de référence, divisé par le nombre total d'interventions chirurgicales pratiquées pendant cette même période, multiplié par 100							2) Information des principaux membres du personnel, des gestionnaires et des médecins au moyen d'une vidéo sur la normalisation et les attentes.	Information des champions des infirmières et des médecins, de l'infirmière-ressource en soins cliniques et du gestionnaire de la salle d'opération	Amélioration de l'utilisation des LVCS, confirmée par une vérification.	Vidéo d'information fournie à ces membres du personnel pour normaliser l'utilisation des LVCS afin d'éviter qu'ils manquent une section ou qu'ils se fient à leur mémoire.		
Opportun	Réduire les temps d'attente dans les SU	Temps d'attente en salle d'urgence : Durée du séjour aux urgences au 90e centile pour les patients admis.	Heures / patients des services d'urgence	Outil iPort™ Access, ACO / janvier 2015 à décembre 2015	967*	29.1	35.00	Rendement actuel fondé sur le T1 et le T2 du présent exercice (2015-2016). Objectif établi selon les caractéristiques de l'ERS-H du RLISS, à confirmer/modifier selon l'ERS-H 2016-2017.	1) Établissement d'une stratégie visant à accepter un patient par jour dans les programmes afin de faciliter l'acheminement des patients.	Retrait quotidien d'un patient approprié, admis à l'Urgence, afin de le placer dans un endroit désigné des unités de patients hospitalisés.	Chaque matin, retrait d'un patient approprié de l'Urgence pour le diriger vers l'une des unités pour patients hospitalisés.	Mise en oeuvre du retrait d'un patient, 7 jours sur 7, établissement d'une base de référence pour des améliorations futures.		
									2) Optimisation des modèles de dotation et des horaires	Changement du modèle de dotation en chirurgie d'un jour et en salle de rétablissement pour minimiser la possibilité que les patients en chirurgie d'un jour doivent y passer la nuit, libérant ainsi des places pour les patients de l'Urgence.	Horaires optimisés	Nouveaux horaires en vigueur d'ici au T3 de 2016-2017.		
									3) Accroissement du respect et de la responsabilisation concernant les politiques et les lignes directrices ayant trait à la gestion des lits et à leur affectation.	Simplification des politiques, mise de courtes procédures de fonctionnement normalisées (PFN) à la disposition du personnel pour qu'il les suive.	Examen mensuel du rendement et de la conformité par les directeurs des services et trimestriellement par l'équipe des cadres supérieurs, ainsi que par le Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil.	Fin de la révision des politiques et de la rédaction des PFN au T3.		
									4) Accent soutenu 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.					
									5) Poursuite de la mise au point du 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.	Tentative de ne pas procéder à des admissions, mener des consultations générales, collaborer avec le CASC et garder les patients durant 24 heures, mais prévenir des hospitalisations de longue durée.				
									6) Soutien des admissions en temps réel et réduction des regroupements afin d'appuyer le cheminement des patients sortant de l'Urgence, 24 h sur 24, 7 jours sur 7.	Engorgement possible de l'entretien ménager et horaires du personnel à revoir.				