

Excellence des soins
pour tous.



2013-2014

Plan d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux de l'Ontario

(version abrégée)



Cornwall Community Hospital
Hôpital communautaire de Cornwall

Le 7 mars 2013

Ce document a pour objectif de guider les hôpitaux publics dans leurs démarches afin de satisfaire aux exigences du plan d'amélioration de la qualité dans la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (LEST). 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 hôpitaux doivent consulter leurs conseillers juridiques, leurs conseillers en gouvernance et d'autres conseillers appropriés pour concevoir leur plan d'amélioration de la qualité. De plus, les hôpitaux peuvent choisir de concevoir leur propre plan d'amélioration de la qualité selon un format et un contenu différents, à condition de satisfaire aux exigences stipulées dans la LEST et de présenter à Qualité des services de santé Ontario une version de ce plan sous la forme décrite aux présentes.

ontario.ca/excellencedesoins

Aperçu du plan d'amélioration de la qualité de notre organisme

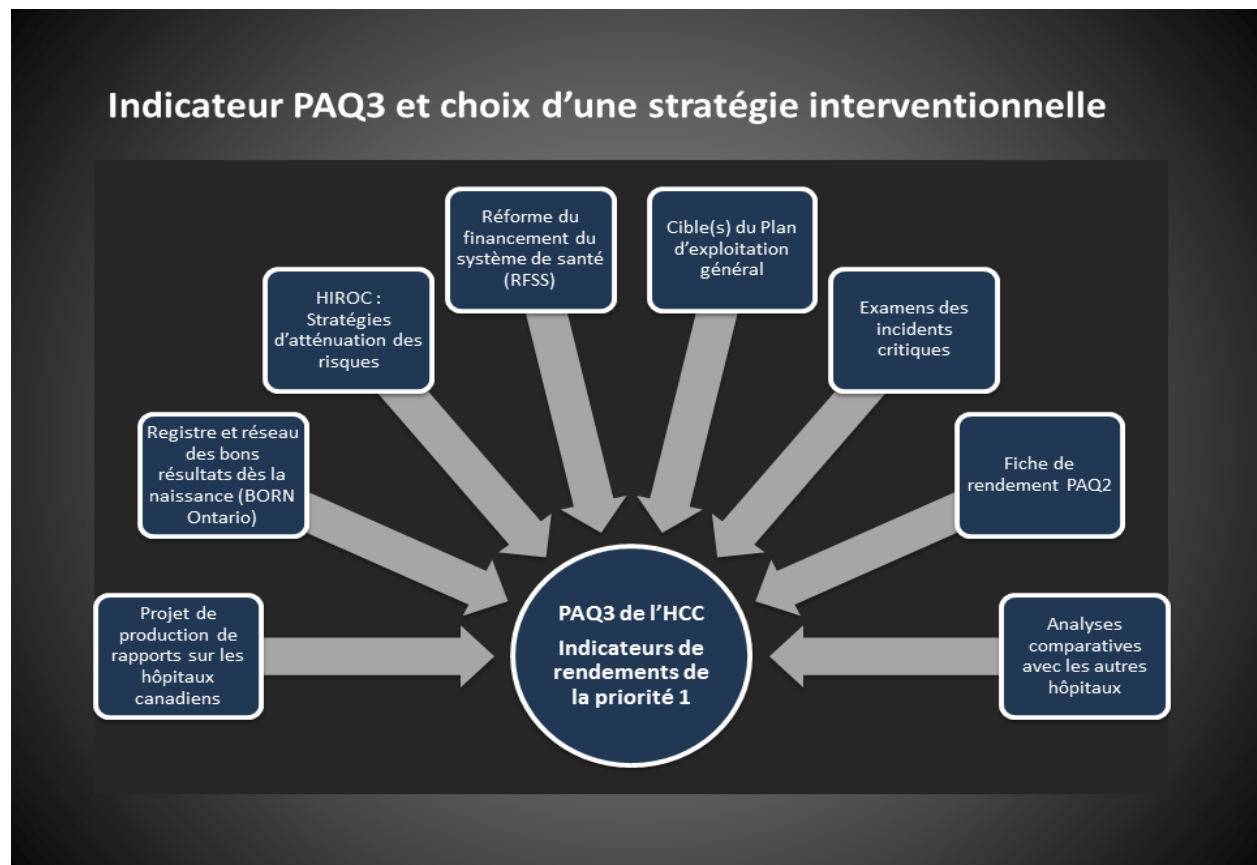
Vue d'ensemble : un bref *aperçu* du plan de votre hôpital

- ▶ Pour l'exercice 2013-2014, 7 indicateurs ont été désignés à titre de priorité 1 :
 1. **Sondage NRC Picker/HCAHPS** : « Recommanderiez-vous cet hôpital à vos parents et amis? »
 2. **Sondage NRC Picker** : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins et les services que vous avez reçus dans cet hôpital? »
 3. Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens : taux de césariennes (taux par 100)
 4. Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC) : traumatisme obstétrical – accouchement vaginal avec instrument (taux par 100)
 5. Registre et réseau des Bons résultats dès la naissance (BORN) : taux d'épisiotomies, ou 3^e ou 4^e déchirure périnéale chez les femmes ayant accouché par accouchement vaginal
 6. Observation des mesures d'hygiène des mains avant le contact avec le patient.
 7. Taux de décès des patients hospitalisés après une opération importante

Cible : les *objectifs* de votre plan et la façon dont ils contribueront à améliorer la qualité des services et des soins fournis dans votre hôpital

- ▶ Les indicateurs choisis de priorité 1 dans le PAQ3 l'Hôpital communautaire de Cornwall (HCC) mettent l'accent sur la sécurité des patients, la qualité des soins et la mise en place de l'infrastructure nécessaire, les mesures de protection et les pratiques exemplaires factuelles servant à créer les meilleurs résultats possible pour les patients desservis (c.-à-d. l'objectif de 3 des 7 indicateurs de priorité 1 réduit les risques de blessures évitables en obstétrique).

Concordance : la façon dont votre plan *concorde* avec les autres processus de planification de votre hôpital (p. ex., ERS-H, Agrément Canada, etc.)



Intégration et continuité des soins : la façon dont votre plan tient compte de l'intégration et de la continuité des soins aux patients dans les différents secteurs

- ▶ On prévoit que les résultats de deux indicateurs prioritaires NRC Picker serviront à évaluer l'efficacité de l'intégration ainsi que le rendement en matière de continuité des soins.

Réforme du financement du système de santé (RFSS) : la façon dont votre hôpital tient compte de la RFSS dans ses processus généraux concernant la qualité, notamment le plan d'amélioration de la qualité. Voir l'annexe D du Document d'orientation pour les hôpitaux de l'Ontario pour plus de renseignements sur la RFSS.

- L'HCC a choisi des indicateurs prioritaires associés à la Réforme du financement du système de santé (RFSS) dont les objectifs sont les suivants : faire preuve de transparence et s'appuyer sur des données factuelles afin de refléter davantage les besoins de la population, appuyer l'amélioration de la qualité, soutenir la planification de la capacité du système à offrir des services, favoriser l'adoption des meilleures pratiques par les fournisseurs en associant le financement aux activités et aux résultats pour les patients, et enfin, s'assurer que les Ontariens obtiendront les bons soins, au bon endroit et au bon moment.
- Selon le quartile national de rendement (exercice 2011-2012) du Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens, le taux de césariennes primaires (taux par 100) et le taux de césariennes (taux par 100) de l'HCC se situe dans le 4^e quartile. Une analyse plus approfondie des deux indicateurs par rapport à 18 autres hôpitaux ontariens indique une importante augmentation des jours-lit¹ pouvant être conservés et des économies de coûts directs si la médiane des autres hôpitaux et le rendement dans le meilleur quartile sont atteints, en plus des avantages accumulés pour les patients desservis.
- De même, l'hygiène des mains a été choisie comme étant la priorité 1. C'est une importante façon d'améliorer la sécurité afin de réduire les cas évitables de morbidité et de mortalité en raison d'infections hospitalières, tout en prévenant de façon efficace la transmission de bactéries par les fournisseurs de soins de santé, sans quoi il y aurait une augmentation importante du nombre de jours-lit pouvant être conservés, à savoir des durées de séjour accrues en raison d'infections hospitalières, et des économies de coûts directs associés à des hospitalisations prolongées ou à la nécessité d'admettre à nouveau des gens à l'hôpital.

Défis et risques : les difficultés et les risques que votre hôpital a constatés durant l'élaboration de votre plan.

- ▶ Environ un résident des comtés de l'Est sur six (14,9 %) a 65 ans et plus comparativement à un résident sur 8 (12,4 %) à Ottawa (2006).
- ▶ Six fois plus de résidents des comtés de l'Est sont plus susceptibles de vivre en milieu rural (48,5 % par rapport à 8,3 % à Ottawa, 2006).
- ▶ Deux fois plus de résidents des comtés de l'Est sont plus susceptibles d'avoir le français comme langue maternelle (42 % comparativement à 16,1 % à Ottawa, 2006).
- ▶ En tenant compte d'Akwesasne, la proportion de résidents des comtés de l'Est qui est Autochtones est de 6,5 % comparativement à 1,5 % à Ottawa (2006).
- ▶ Au cours des 20 prochaines années, on prévoit que le nombre de personnes âgées (65 ans et plus) dans les comtés de l'Est va plus ou moins doubler.^^ La population de moins de 65 ans devrait, quant à elle, diminuer d'environ 4 %. Il y a actuellement une personne âgée pour cinq personnes de moins de 65 ans; dans 20 ans, le ratio sera de 1 à 3.
- ▶ Les résidents des comtés de l'Est ont, en moyenne, moins d'années d'études, mais un plus petit nombre d'entre eux est moins susceptible d'être classé « à faible revenu » comparativement aux personnes qui vivent à Ottawa.
- ▶ Le tabagisme, l'exposition à la fumée secondaire et l'obésité sont plus courants dans les comtés de l'Est qu'à Ottawa.

¹ Jours-lit pouvant être conservés : nombre de jours qu'il serait possible de garder si un hôpital diminuait la durée moyenne normalisée des séjours des niveaux actuels aux niveaux de comparaison.

- ▶ L'espérance de vie est moins grande dans les comtés de l'Est qu'à Ottawa. Une partie de l'écart est attribuable aux taux de mortalité plus élevés découlant d'une maladie du système circulatoire, d'une maladie respiratoire et d'un cancer du poumon.
- ▶ La mortalité due à une maladie du système circulatoire (y compris une maladie coronarienne et un accident vasculaire cérébral) est d'environ un tiers plus élevée pour les résidents des comtés de l'Est comparativement à ceux d'Ottawa (247,6 par rapport à 186,5 pour 100 000 personnes, 2000 à 2002).
- ▶ Quant à la mortalité due à une maladie respiratoire, le taux est de 20 % plus élevé et de 30 % supérieur dans le cas du cancer du poumon.
- ▶ Comparativement à ceux d'Ottawa, les résidents des comtés de l'Est qualifient leur état de santé de plus mauvais, signalent plus de douleurs ou de malaises et sont plus limités dans leurs activités en raison de problèmes de santé.
- ▶ Plus du tiers (35 %) des résidents des comtés de l'Est de 12 ans et plus signalent qu'ils sont limités dans leurs activités en raison d'un trouble ou d'un problème physique ou de santé mentale chronique.
- ▶ Deux fois plus de résidents des comtés de l'Est sont deux fois plus susceptibles d'éprouver habituellement des douleurs modérées ou intenses (20,3 % par rapport à 10,4 % à Ottawa, 12 ans et plus, 2008).
- ▶ Davantage de résidents des comtés de l'Est sont plus susceptibles de qualifier leur état de santé comme étant « médiocre » ou « moyen » comparativement aux personnes qui vivent à Ottawa (16,9 % par rapport à 9,5 %, 12 ans et plus, 2008).

Voir « Planification des services cliniques : comtés de l'Est (RLISS de Champlain) »

Le lien à la rémunération axée sur le rendement de nos cadres : Dans le cadre des exigences de la LEST, préciser de quelle manière et dans quelle mesure la rémunération des cadres est liée à la réalisation des objectifs énoncés dans le plan annuel d'amélioration de la qualité.

- ▶ 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 2013-2014.

Approbation

J'ai examiné et approuvé le plan d'amélioration de la qualité de notre hôpital, et j'atteste que notre organisme satisfait aux exigences de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*.

Helene Periard
Présidente du conseil
d'administration

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

Jeanette Despatie
Directrice générale

Nos cibles et nos initiatives d'amélioration

Plan d'amélioration de la qualité 3.0 2013-2014 de l'Hôpital communautaire de Cornwall

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
Accessibilité	Réduire les temps d'attente en salle d'urgence	Temps d'attente en salle d'urgence : durée du séjour aux urgences au 90 ^e centile pour les patients admis - du 4 ^e trim. de 2011—2012 au 3 ^e trim. de 2012-2013, iPort.	34,1 %	30,5 %	T4 2011-2012 - T3 2012-2013 Autres hôpitaux = 29,9 % RLISS = 30,5 %	2				
Efficacité	Assainir les finances de l'organisme	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.	T3, 2012-203 = 0,017 %	0 %	Entente ERS-H/RLISS = 0 %	2				
	Réduire les décès évitables dans l'hôpital	Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) : nombre de décès observés, divisé par le nombre de décès prévus, multiplié par 100 - exercice 2011-2012, en date de décembre 2012, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).	79	75 (réduction de 5 %)	Rapport de l'ICIS sur le RNMH Exercice 2011-2012 RLISS de Champlain = 92	2				
Intégration des soins	Réduire le temps passé inutilement aux soins actifs	Pourcentage de jours d'autres niveaux de soins (ANS) : nombre total de jours d'hospitalisation désignés comme autres niveaux de soins, divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation, du 3 ^e trim. de 2011-2012 au 2 ^e trim. de 2012-2013, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).	17,8 %	16,25 % (réduction de 5 %)	Exercice 2011-2012 RLISS de Champlain = 14,62 %	2				

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
	Réduire la réadmission inutile à l'hôpital	Réadmission dans les 30 jours pour des groupes de maladies analogues (GMA) donnés, dans n'importe quel établissement : nombre de patients présentant des GMA particuliers réadmis en hospitalisation pour soins urgents dans n'importe quel établissement dans les 30 jours suivant leur mise en congé, comparé au nombre prévu de réadmissions pour soins urgents, du 2 ^e trim. de 2011-2012 au 1 ^{er} trim. de 2012-2013, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).	11,3 %	10,74 % (Réduction de 5 %)	Exercice 2011-2012 RLISS de Champlain = 15,08 %	2				
Approche centrée sur le patient	Améliorer la satisfaction des patients	Sondage NRC Picker/HCAHPS : Recommanderiez-vous cet hôpital à vos parents et amis? (Ajouter le pourcentage de sujets ayant répondu « Entièrement d'accord » (HCAHPS) ou « Oui, absolument » (NRC Picker). - du 3 ^e trim. de 2011-2012 au 2 ^e trim. de 2012-2013.	Urgence = 58,0 % Patients hospitalisés = 62,77 %	Urgence = 70,6 % Patients hospitalisés = 81,8 %	80 ^e centile de 2010-2011, données sur les hôpitaux ontariens de NRC Picker Canada	1	<ol style="list-style-type: none"> Poursuivre les analyses trimestrielles de NRC Picker pour évaluer la perception des soins par les patients et l'approche centrée sur les patients de l'HCC : analyse de thèmes propres à l'établissement et à ses services administratifs, possibilités d'action concernant les lacunes cernées en matière de rendement. Analyser et mettre en place des mesures afin d'améliorer le cheminement des patients dans la salle d'urgence, communiquer avec eux, surtout à leur arrivée à l'Urgence et gérer les attentes. Revoir les directives écrites de mise en congé pour s'assurer qu'elles sont simples, faciles à comprendre et traduites au besoin. Fournir des feuilles de questions les plus fréquentes. Prévoir assez de temps pour répondre aux questions après que les patients et les familles ont lu les documents écrits et qu'ils ont eu l'occasion d'en assimiler le contenu. Utiliser divers supports (p. ex. des vidéos 	<ol style="list-style-type: none"> Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques. Bilan trimestriel QIP3 présenté à l'équipe des cadres supérieurs, au Comité d'assurance de la qualité des soins médicaux et au Comité de surveillance de la qualité et du rendement. 	Mise en œuvre des mesures de processus qui devraient indiquer rapidement l'efficacité de l'intervention ou si un plan de rétablissement est nécessaire relativement aux activités, à la direction et à la gouvernance.	Aucune.
		Sondage NRC Picker : Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins et les services que vous avez reçus dans cet hôpital? (Ajouter le pourcentage de sujets ayant répondu « excellents », « très bons » ou « bons ».) - du 3 ^e trim. de 2011-2012 au 2 ^e trim. de 2012-2013.	Urgence = 87,47 % Patients hospitalisés = 91,54 %	Urgence = 91,8 % Patients hospitalisés = 96,4 %		1				

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
							<p>à l'intention des patients) pour leur expliquer des renseignements complexes.</p> <p>7. Demander aux patients de reformuler les renseignements obtenus pour s'assurer qu'ils ont bien compris les instructions.</p> <p>8. Rassurer les gens en leur disant qu'il n'y a pas de « mauvaises » questions.</p> <p>9. Améliorer le service à la clientèle du personnel et des fournisseurs ainsi que l'entregent au moyen de formation pratique relative au service à la clientèle.</p> <p>10. Concevoir et mettre en oeuvre des occasions de formation en matière de savoir-faire culturel pour aider le personnel à comprendre le rôle de la culture dans les interactions entre le personnel de soins de santé, les patients et les familles.</p> <p>11. Concevoir et mettre en oeuvre des stratégies éducatives axées sur les personnes autorisées à prescrire des médicaments, permettant de perfectionner les compétences en évaluation et gestion de la douleur, conformément aux meilleures pratiques factuelles, p. ex. une meilleure compréhension des comportements de dépendance aux drogues, et sans surestimer les risques de dépendance.</p> <p>12. Évaluer s'il est possible de mettre sur pied un conseil consultatif des patients et des familles.</p> <p>13. Mettre en oeuvre des pratiques exemplaires permettant d'améliorer la culture de sécurité des patients et associées aux hôpitaux adaptés aux personnes âgées.</p> <p>14. Établir des relations avec les patients dans le cadre de visites mensuelles des dirigeants pour que les patients et les familles participent aux soins.</p> <p>15. Parmi les outils disponibles, mentionnons des renseignements faciles à lire sur les facteurs de risque, les méthodes de dépistage, les avantages et désavantages d'approches variées, et les</p>			

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
							façons d'obtenir plus de renseignements. 16. Participation aux décisions portant sur le traitement. Encourager les gens à gérer leurs maladies chroniques pour qu'ils se sentent en contrôle de leur santé, ce qui a également démontré qu'on crée ainsi de meilleurs comportements liés à la santé et de meilleurs résultats pour les patients.			
		Sondage interne (le cas échéant) : Fournir, sous forme de pourcentage, les réponses à une question concernant, par exemple, la volonté des patients de recommander l'hôpital à leurs amis et à leur famille. (Veuillez inclure la question et les choix de réponse lorsque vous retournerez le plan d'amélioration de la qualité).	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.				
Sécurité	Réduire les risques de blessures évitables en obstétrique	Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens : taux de césariennes (taux par 100), 2011-2012	42,12 %	2013-2014, T3/4 = 28,96 %	Taux national médian normalisé = 28,96 %	1	<ol style="list-style-type: none"> Examiner et appliquer les recommandations suivantes, selon le cas : <ul style="list-style-type: none"> MSH-CARES : stratégie de réduction des césariennes de l'Hôpital de Markham-Stouffville; BORN Ontario; Stratégies d'atténuation des risques d'HIROC liées à l'obstétrique; Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux. Évaluer l'effet de l'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO^{OB}) et les obstacles empêchant d'en tirer pleinement parti. 	<ol style="list-style-type: none"> Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques. Bilan trimestriel QIP3 présenté à l'équipe des cadres supérieurs, au Comité d'assurance de la qualité des soins médicaux et au Comité de surveillance de la qualité et du rendement. 	Mise en œuvre des mesures de processus qui devraient indiquer rapidement l'efficacité de l'intervention ou si un plan de rétablissement est nécessaire relativement aux activités, à la direction et à la gouvernance.	Aucune.
		Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens : traumatisme obstétrical – accouchement vaginal avec instrument (taux par 100), 2011-2012	6,31 %	2013-2014, T3/4 = 1,83 %	Taux national médian normalisé = 1,83 %	1				
		BORN Ontario : taux d'épisiotomies, ou 3 ^e /4 ^e déchirure périnéale chez les femmes ayant accouché par accouchement vaginal, 2011-2012	Épisiotomie = 20,6 % Déchirure = 9,2 %	2013-2014, T3/4 = < 13 %	BORN Ontario : cible en matière d'épisiotomie < 13 %	1				
Sécurité	Empêcher les chutes chez les patients	Chutes : pourcentage de résidents en soins continus complexes qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours - 2 ^e trim. de 2012-2013,	4,7 %		Exercice 2011-2012 = 4,2 %	2				

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
		Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD).								
	Accroître la proportion de patients bénéficiant d'un bilan comparatif de médicaments à l'admission	Bilan comparatif des médicaments à l'admission : Nombre total de patients ayant bénéficié d'un bilan comparatif des médicaments par rapport au nombre total de patients admis à l'hôpital - Vous devriez utiliser le plus récent trimestre de données à la disposition de votre organisme (p. ex., 2 ^e trim. de 2012-2013, 3 ^e trim. de 2012-2013) Sauf les nouveau-nés	(+ patients hospitalisés en santé mentale) T2 2012-2013 = 98,1 % T3 2012-2013 = 98,6 % (- patients hospitalisés en santé mentale) T2 + T3 2012-2013 = 100 %			2				
	Réduire les taux d'infections nosocomiales	Taux de MACD pour 1 000 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 1 000 - moyenne pour janv. à déc. 2012, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	0,21 %		Point de référence provenant de la surveillance provinciale = 0,35 %	2				
		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'indications observées d'hygiène des mains avant un contact avec un patient, multiplié par 100 - de janv. à déc. 2012, selon les données sur la sécurité des patients	Emplacement McConnell Année civile 2012 = 53 % Emplacement rue Second Année civile 2012 = 90 %	2013-2014, T3/4 = 80 %	Moyenne provinciale par type d'hôpital (exercice 2010-2011) : CHU = 73 % Grand = 71 % Petit = 74 % Centre de SCC, de réadaptation = 76 % Santé mentale = 66 % (QSSO)	1	1. Renouveler et reconcevoir le Programme d'amélioration de l'hygiène des mains, et redéfinir les responsabilités (p. ex. cadre, directeur / gestionnaire, prévention et contrôle des infections, fournisseurs de soins de santé de première ligne), mécanismes et fréquence de déclaration : <ul style="list-style-type: none"> Formation obligatoire sur l'hygiène des mains, y compris des vérifications du rendement des fournisseurs de soins de santé de première ligne fournies à chaque gestionnaire clinique. Incitation des gestionnaires cliniques 	1. Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques. 2. Bilan trimestriel QIP3 présenté à l'équipe des cadres supérieurs, au Comité d'assurance de la qualité des soins médicaux et au Comité de surveillance de la qualité et du rendement.	Mise en œuvre des mesures de processus qui devraient indiquer rapidement l'efficacité de l'intervention ou si un plan de rétablissement est nécessaire relativement aux activités, à la direction et à la gouvernance.	Aucune.

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
		pouvant être divulguées publiquement.					<p>à mettre en place et à soutenir d'autres incitatifs au niveau des unités afin de reconnaître le travail des employés au rendement supérieur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affichage des résultats propres aux unités concernant l'hygiène des mains et d'affiches à ce sujet dans des endroits très visibles ou très passants. • Intégration de l'hygiène des mains dans les activités d'orientation de l'établissement et des unités. • Les médecins et l'équipe soignante informent tous les patients hospitalisés sur l'hygiène des mains : « N'hésitez pas à poser des questions ». • L'hygiène des mains est à l'ordre du jour permanent des réunions d'équipe des fournisseurs de soins de santé. • Le chef de direction des soins infirmiers et vice-président fait la tournée des unités cliniques pour souligner leur travail et inciter les fournisseurs de soins de santé à respecter les vérifications mensuelles (≥ 80 %). • Les dirigeants font des visites afin de favoriser le dialogue sur l'hygiène des mains et d'y sensibiliser le personnel. • L'hygiène des mains fait partie des descriptions de poste et des évaluations du rendement. • On mène des évaluations périodiques de l'accès au désinfectant pour les mains et de son emplacement pour s'assurer qu'il fait partie des aires de travail. • Le personnel visite régulièrement les patients, les encadre, leur offre du counseling immédiat et note les lacunes de rendement observées. • Les fournisseurs de soins de santé relativement auxquels sont signalés 			

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
							au moins deux incidents d'observation reçoivent une formation individuelle sur l'hygiène des mains par le responsable de la prévention et du contrôle des infections. <ul style="list-style-type: none"> Des cours d'appoint annuels obligatoires sur l'hygiène des mains sont prévus, y compris un volet de vérification et de gestion de la conformité – module d'apprentissage en ligne disponible à l'appui. Des champions de l'hygiène des mains sont choisis au sein des unités afin d'appuyer et de faciliter une stratégie d'écart positif. 			
		Taux d'infections de la circulation sanguine liées à un cathéter central pour 1000 jours-circulation sanguine : 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 - moyenne pour janv. à déc. 2012, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	5,00 % (un seul incident)	0,52 %	Point de référence provenant du SISMP - moyenne provinciale = 0,52 %	2				
		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 1 000 - moyenne pour	Exercice 2011-2012 = 0,00 %	0,00 %	Point de référence provenant du SISMP - moyenne provinciale = 1,07 %	2				

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
		janv. à déc. 2012, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.								
Sécurité	Réduire l'incidence de nouveaux cas de plaies de pression	Plaies de pression : pourcentage de résidents en soins continus complexes affligés de nouvelles plaies de pression au cours des trois derniers mois (stade 2 ou plus) - 2 ^e trim. de 2012-2013, Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD).				2				
	Réduire le taux de décès et de complications associés aux soins chirurgicaux	Taux de mortalité hospitalière suivant une chirurgie importante : nombre de décès à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les cinq jours suivant une chirurgie majeure - exercice 2011-2012, outil PPRHC de l'ICIS. Après consultation de QSSO, l'indicateur a été modifié pour inclure uniquement les décès à l'hôpital à l'HCC et exclure les transferts dans un délai de 5 jours.	Rapport ICIS / PPRHC Exercice 2011-2012 Taux normalisé = 9,37 % Générateur de rapports BDCP Exercice 2011-2012 = 10,31 %		Rapport de données du PPRHC Exercice 2011-2012 Pourcentage normalisé des autres hôpitaux = 8,55 % Région = 7,77 % National = 8,62 % Provincial = 9,18 %	1	<ol style="list-style-type: none"> Examiner et mettre en œuvre les recommandations, s'il y a lieu, sur : <ul style="list-style-type: none"> Stratégies d'atténuation des risques d'HIROC propres aux interventions et aux soins intensifs. Évaluer et gérer les taux de conformité aux interventions et aux ensembles de soins factuels concernant les résultats sur la sécurité des patients en matière de services périopératoires et chirurgicaux de Soins de santé plus sécuritaires maintenant! <ul style="list-style-type: none"> infarctus aigu du myocarde prévention et contrôle des infections infection des cathéters centraux bilan comparatif des médicaments équipes d'intervention en cas d'urgence / équipes d'intervention rapide infection des plaies opératoires pneumonie associée aux ventilateurs thromboembolie veineuse Les chirurgies sécuritaires sauvent des vies / liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire Déterminer les profils des patients à risque : <ul style="list-style-type: none"> l'âge (les très jeunes et les plus âgés) les comorbidités (état physique selon l'American Society of 	<ol style="list-style-type: none"> Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques. Bilan trimestriel QIP3 présenté à l'équipe des cadres supérieurs, au Comité d'assurance de la qualité des soins médicaux et au Comité de surveillance de la qualité et du rendement. 	Mise en œuvre des mesures de processus qui devraient indiquer rapidement l'efficacité de l'intervention ou si un plan de rétablissement est nécessaire relativement aux activités, à la direction et à la gouvernance.	Aucune.

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
							<p>Anesthesiology)</p> <ul style="list-style-type: none"> • urgence / trauma • effets indésirables périopératoires et admission postopératoire à l'unité de soins intensifs • besoin d'un monitoring effractif • interventions à risque élevé et complexes <p>4. Mettre en place et tester des stratégies ciblées de prévention et d'atténuation des risques (p. ex. les patients plus âgés ayant subi une fracture de la hanche et qui font face à des temps d'attente avant leur intervention courent un risque plus élevé de complications postopératoires et de mortalité).</p> <p>5. Évaluer les interventions à risque élevé pour assurer un « volume de seuil » de cas, p. ex. actuellement en soins cardiaques, il existe des normes minimales pour les établissements qui sont suivies, y compris un volume minimal d'interventions chirurgicales, un nombre minimal de chirurgiens ainsi que de ressources physiques et humaines nécessaires devant être disponibles.</p> <p>6. Veiller à ce que le formulaire d'analyse d'impact concernant le recrutement de médecins (Physician Recruitment Impact Analysis Form) indique si des interventions nouvelles ou additionnelles doivent être faites, en plus de celles actuelles, les implications de la combinaison de compétences et d'expérience périopératoires et chirurgicales des fournisseurs de soins de santé, ainsi que d'autres besoins matériels pour garantir la sécurité des patients.</p> <p>7. Évaluer les connaissances et aptitudes périopératoires et chirurgicales de base des fournisseurs de soins de santé sur la sécurité des patients.</p> <p>8. Échec des secours : signes précurseurs d'une détérioration rapide, p. ex. conscience qu'ont les fournisseurs de soins de santé de l'effet d'une sepsie,</p>			

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
							<p>une des causes principales des décès à l'hôpital. L'étude de 12 collectivités canadiennes et unités de soins critiques d'hôpitaux d'enseignement a permis de conclure que le taux de mortalité des victimes d'une grave sepsie était d'un peu plus de 38 %.</p> <ul style="list-style-type: none"> Techniques de communication : situation, antécédents, évaluation et recommandation; « préoccupé, mal à l'aise, non sécuritaire et peur » Culture relative à la sécurité des patients : critique dans le milieu périopératoire complexe au sein duquel travaillent de multiples équipes soignantes et de transition des soins. <p>9. Vérification des feuilles d'observation des médecins concernant tous les décès répondant aux critères, rapport et recommandations au Comité d'assurance de la qualité des soins médicaux.</p>			
		<p>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 – de janv. à déc. 2012, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.</p>	<p>Déc. 2012 Non disponible</p> <p>Jan.-nov. 2012 = 98,9 %</p> <p>Exercice 2011-2012 = 99,6 %</p>		<p>Moyenne provinciale servant de point de référence pour l'exercice 2011-2012 = 99,5 %</p>	2				

BUT		MESURE					CHANGEMENT			
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013/2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013/2014)	Remarques
	Réduire l'emploi de moyens de contention	Moyens de contention : nombre de patients soumis à des moyens de contention 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 - du 4 ^e trim. de 2010-2011 au 3 ^e trim. de 2011-2012, Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).	5,9 %		T4 2010-2011/ T3 2011-2012 Moyenne servant de point de référence Autres hôpitaux = 5,0 % RLISS = 5,9 % ON = 4,9 %	2				