

Excellence des soins
pour tous.



2012/13

Plan d'amélioration de la qualité

(version abrégée)



Le 2 avril 2012

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* (LESPT). 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 LESPT et de présenter au Conseil ontarien de la qualité des services de santé une version de ce plan sous la forme décrite aux présentes.

ontario.ca/excellencedesoins

Partie A :

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

But de cette section : Le plan d'amélioration de la qualité (PAQ), comme le suggère son nom, a trait à la qualité. Il s'agit d'une occasion pour les hôpitaux de se pencher sur ce qu'ils peuvent améliorer et de voir comment ils peuvent y arriver afin d'offrir de meilleurs soins aux patients. Ce plan constituera par conséquent un document unique établi par et pour chaque organisme. Dans l'ensemble, un PAQ doit être considéré comme un outil rédigé selon une structure donnée dans un langage commun à tous servant à aiguiller un établissement sur la voie du changement. Le PAQ mènera au changement en officialisant un projet et en facilitant les échanges visant à appuyer les processus d'amélioration continue de la qualité. Cette section d'introduction doit mettre en lumière les principaux éléments du plan de votre organisme et décrire comment celui-ci s'intègre à d'autres processus de planification de l'organisme. Vous pouvez également y décrire vos priorités et votre plan de changement pour l'année prochaine.

Veillez consulter le [Document d'orientation du PAQ](#) pour des indications sur la manière de remplir cette section.

[Lorsque vous remplirez cette section, qui présente un aperçu du PAQ de votre hôpital, vous pourriez songer à :

- fournir un bref aperçu du PAQ de votre hôpital;
- donner une description des objectifs définis en vue d'améliorer la qualité des services et des soins fournis dans votre hôpital;
- décrire la façon dont votre plan concorde avec les autres processus de planification de votre organisme;
- préciser de quelle façon votre plan tient compte de l'intégration et de la continuité des soins;
- décrire les difficultés et les risques que votre hôpital a constatés durant l'élaboration de votre plan.]

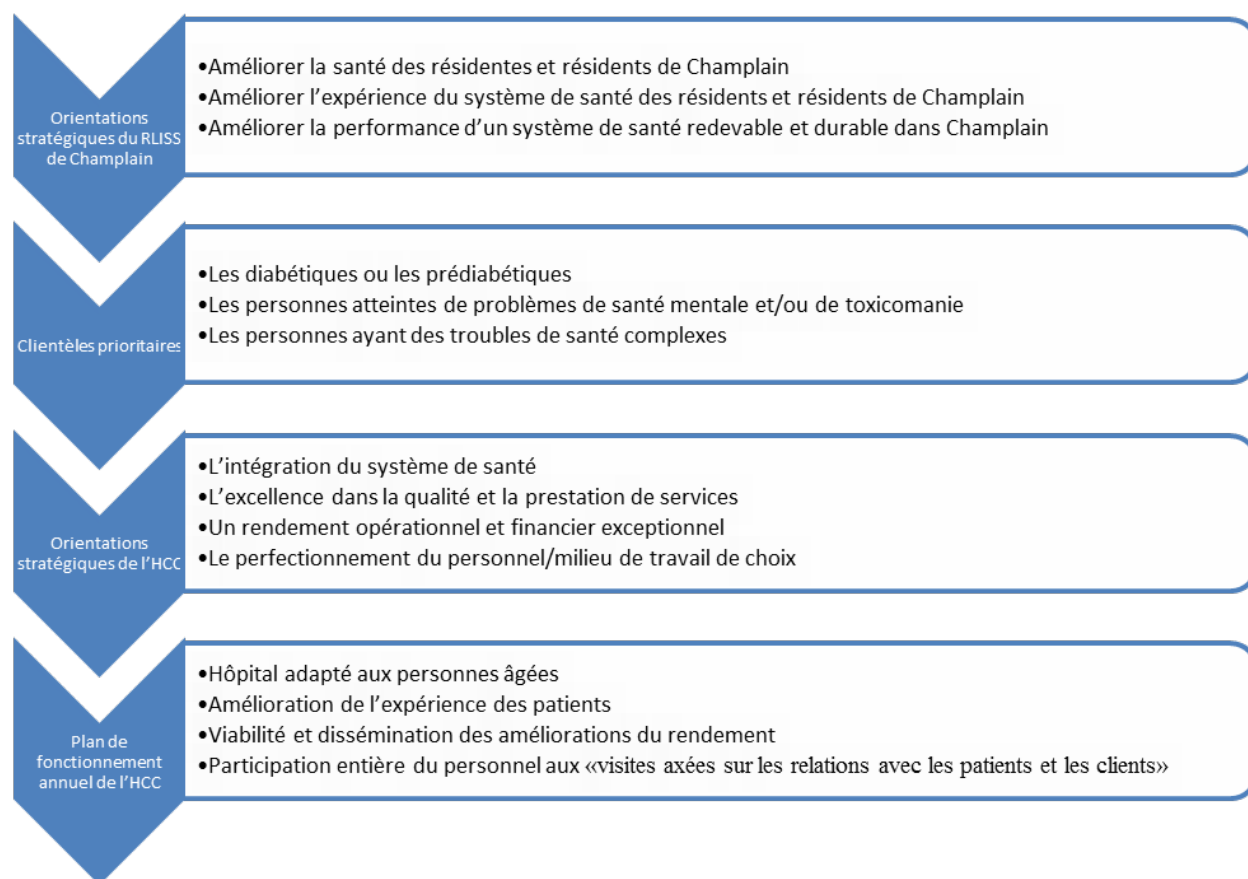
1. Aperçu du plan d'amélioration de la qualité de notre hôpital pour 2012-2013

- La mission, la vision, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Hôpital communautaire de Cornwall (HCC) ont servi de cadre d'orientation pour élaborer la déclaration des valeurs des patients ainsi que pour choisir les indicateurs de rendement du PAQ, les buts, les cibles et la pondération.
- On prévoit que le PAQ sera un cadre traduisant notre vision, notre mission, nos valeurs et nos orientations stratégiques; il sera le moteur des résultats attendus par les principaux intervenants internes et externes de l'HCC.

2. Ce à quoi nous nous consacrerons et comment nous atteindrons ces objectifs

- Le PAQ 2012-2013 de l'HCC s'attarde principalement à améliorer l'expérience des patients, ce qui englobe à la fois leur sécurité et le raffermissement des liens avec les services de santé internes et externes ayant un effet sur l'expérience en matière de soins.
- On sait qu'il est uniquement possible d'y parvenir grâce à une équipe engagée et mettant l'accent sur les soins aux patients.

3. Comment le plan s'harmonise avec les autres processus de planification



4. Défis, risques et stratégies d'atténuation

(Cette section décrit les risques relatifs pouvant entraver l'atteinte des objectifs, ainsi que les stratégies d'atténuation convenues pour réduire ces risques.)

Analyse de la conjoncture ^{1 2}

- Les comtés de l'Est et le comté de Renfrew présentent à égalité le plus faible taux d'obtention d'un diplôme universitaire : 12,5 % des 25 à 64 ans possèdent un diplôme de baccalauréat ou un diplôme universitaire supérieur (contre 19,1 à 46,3 % dans le reste de Champlain).
- La communauté de soins des comtés de l'Est est celle de Champlain qui compte le plus de francophones. Le français y est la langue maternelle de 42 % de ses résidents (contre 5,6 à

¹ Portrait des communautés de soins de Champlain : les comtés de l'Est, RLISS de Champlain (juin 2008, première version).

² *Cornwall Community Hospital Operational, Clinical and IM/IT 5-Year Strategic Planning, Steering Committee – Current State* (Deloitte, 6 avril 2010).

33,1 % ailleurs dans Champlain). Les personnes de langue maternelle française habitent essentiellement à Casselman (84,4 %), dans Alfred et Plantagenet (80,3 %) et à Hawkesbury (79,7 %).

- En comptant Akwesasne, la proportion d'Autochtones (6,5 %) des comtés de l'Est est la plus élevée par rapport aux autres secteurs de Champlain (1,5 à 5,6 %). En fait, 40 % des Autochtones de Champlain habitent les comtés de l'Est.
- L'espérance de vie chez les femmes dans les comtés de l'Est est de 81,5 ans, soit 2,1 à 3,4 ans de moins qu'à Ottawa. Chez les hommes, l'espérance de vie est de 75,8 ans, soit 0,7 à 2,1 ans de moins qu'à Ottawa.
- Si on les compare aux taux moyens de Champlain, les taux de mortalité dans les comtés de l'Est sont plus élevés pour les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (+30 %), les cardiopathies ischémiques (+26 %) et le cancer du poumon (+23 %). Le taux de mortalité lié à la démence et à la maladie d'Alzheimer y était de 36 % inférieur.
- Les taux d'hospitalisation pour l'asthme, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et les cardiopathies ischémiques étaient tous plus élevés que ceux de l'ensemble de Champlain (+95 %, +70 % et +57 %).
- Par rapport aux taux moyens de Champlain, les taux de cancer du poumon dans les comtés de l'Est étaient plus élevés chez les femmes (+19 %) et les hommes (+24 %).
- Le pourcentage de fumeurs quotidiens dans les comtés de l'Est était près du double de celui d'Ottawa (23 % contre 13 %, chez les 12 ans et plus).
- Dix-neuf p. cent des résidents des comtés de l'Est sont obèses, comparativement à seulement 12 % à Ottawa. Près de 6 personnes sur 10 (57 %) dans les comtés de l'Est ont un surplus de poids ou sont obèses.
- La proportion des résidentes et résidents des comtés de l'Est qui ont déclaré avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois (75,2 %) était inférieure à celle des résidents d'Ottawa (82,1 %). Le pourcentage de personnes ayant obtenu des services dentaires était aussi moins élevé (56,7 %, contre 74,1 % à Ottawa) ainsi que celui des personnes ayant consulté d'autres fournisseurs de soins de santé (8,5 %, contre 13,4 % à Ottawa).

Services des urgences

- Le taux de visites des services d'urgence des résidentes et résidents des comtés de l'Est atteignait plus du double de celui des résidents d'Ottawa.
- Une grande proportion des visites à l'Urgence de l'HCC n'était pas de cette nature (p. ex. une nouvelle visite pour une thérapie intraveineuse, des visites de suivi après des traitements, le changement de pansements et le soin des plaies, et pour obtenir des résultats d'examens).
- En outre, 19 % des patientes et patients de l'HCC obtenant des soins à l'Urgence n'ont pas de médecin de famille. Ce nombre est le plus élevé des quatre hôpitaux des comtés de l'Est.
- L'HCC compte le plus grand volume de visites au service des urgences et le plus grand nombre de gens y étant orienté dans les comtés de l'Est. C'est le seul hôpital des comtés de l'Est pouvant prodiguer, aux soins intensifs, des soins nécessitant une ventilation assistée.
- La répartition relative des patientes et patients dans les quatre hôpitaux (Hôpital communautaire de Cornwall, Hôpital Glengarry Memorial, Hôpital Memorial du district de Winchester, Hôpital général de Hawkesbury et du district) des comtés de l'Est devrait demeurer la même, l'HCC prodiguant des soins à 40 % d'entre eux.

Service de médecine

- L'HCC compte un grand nombre de patients nécessitant un autre niveau de soins (ANS), surtout des personnes âgées (65 et plus);

Services chirurgicaux

- À l'HCC, en moyenne, le temps d'attente des gens devant subir une chirurgie générale est plus long que dans les autres hôpitaux ontariens ou dans ceux du Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (RLISS de Champlain).
- L'HCC est le principal fournisseur de services chirurgicaux parmi les hôpitaux des comtés de l'Est, soit plus de 75 % des jours-patient hospitalisés dans ces comtés.
- Le nombre d'interventions d'urgence très élevé, combiné à la disponibilité restreinte de lits de chirurgie, contribue au report et à l'annulation d'interventions chirurgicales.
- Dans certaines spécialités chirurgicales, il est difficile de diriger les gens (p. ex. obstétrique et gynécologie) vers des centres de soins tertiaires à Ottawa (p. ex. accès et longs temps d'attente).

Santé mentale et toxicomanie

- L'HCC est le seul établissement possédant des lits de l'annexe 1 dans les comtés de l'Est.
- En raison du vieillissement de la population, les rares services de psychogériatrie seront de plus nécessaires dans la région.
- On a aussi déterminé que les jeunes et les enfants font partie d'une sous-population insuffisamment desservie.

Partie B : Nos objectifs et nos initiatives d'amélioration

But de cette section : Veuillez remplir la [partie B - Objectifs et initiatives d'amélioration](#), du tableur (fichier Excel). N'oubliez pas d'inclure le tableur (fichier Excel) avec la version abrégée du PAQ aux fins de présentation à QSSO [QIP@HQOntario.ca] et d'inclure un lien vers ces documents dans le site Web de votre hôpital.

[Veuillez consulter le Document d'orientation du PAQ pour des indications sur la manière de remplir cette section.]

1 HCC PAQ2 2012-2013 Partie B : Cibles et initiatives d'amélioration

Qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2012-2013	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Remarques
Sécurité	Réduire les maladies associées à <i>Clostridium difficile</i> (MACD)	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. 2011, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	0,19 (T3, 2011)	Fourchette 0,00/taux ont.	HCC = 0,00, Taux ont. = 0,36 (déc. 2011)	2				
	Réduire l'incidence de la pneumonie sous ventilation assistée (PVA)	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 janv. à déc. 2011, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	0,00 (T3, 2011)	Fourchette 0,00/taux ont.	HCC = 0,00, Taux ont. = 1,26 (T3, 2011)	2				
	Améliorer l'hygiène des mains des fournisseurs de services	Respect des mesures d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé avant un contact avec un 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 un contact avec un patient, multiplié par 100 - de janv. à déc. 2011, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	Emplacement MC = 59 % emplacement SS = 82 % (avril 2011)	80 %	Meilleurs résultats des grands hôpitaux communautaires = 92 %	1	<ul style="list-style-type: none"> a) Reconnaître les établissements qui fournissent les meilleurs résultats et évaluer l'utilisation d'incitatifs et de récompenses pour souligner l'atteinte constante de l'excellence; b) Instaurer des examens et des mises à jour obligatoires annuels sur le lavage des mains; c) Mener des vérifications trimestrielles des pratiques de l'hygiène des mains et transmettre immédiatement des commentaires au personnel à ce sujet; d) Mener des vérifications continues concernant l'observation des mesures d'hygiène des mains et communiquer les résultats à tous les gestionnaires; e) Afficher les résultats de chaque unité concernant les mesures d'hygiène des mains dans les unités de soins aux patients; f) Englober les taux d'observation des mesures d'hygiène des mains dans les objectifs de rendement pour tous les gestionnaires et chef de file; g) Exiger des unités de soins aux patients ne satisfaisant pas à 70 % des critères qu'elles soumettent un plan d'action au Comité de prévention et de lutte contre les infections; h) Élaborer et instaurer un module d'apprentissage en ligne pour le personnel; i) Englober le volet de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> a) Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques; b) Bilan trimestriel QIP2 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; c) Surveillance et suivi permanent en matière de prévention et de contrôle des infections ainsi que de la conformité et de l'effet de ces interventions à titre d'indicateur. 	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
	Réduire le taux d'infections liées à un cathéter central (ICC)	Taux d'infections de la circulation sanguine liées à un cathéter central pour 1 000 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 1 000 - moyenne pour janv. à déc. 2011, selon les données	0,00 (T3, 2011)	Fourchette 0,00/taux ont.	HCC = 0,00, Taux ont. = 0,48 (T3, 2011)	2				

2 HCC PAQ2 2012-2013 Partie B : Cibles et initiatives d'amélioration

Qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2012-2013	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Remarques
		sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.								
	Réduire l'incidence des nouveaux cas de plaies de pression	Taux de 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) - 3 ^e trim. de 2011-2012, Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD).	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.				
	Empêcher les chutes chez les patients	AJOUT : Chutes : unités de soins actifs pour patients hospitalisés (2011, T3 = 73 chutes de patients – base de données RL Solutions/1 730 chutes)	73 chutes 4,2 % (T3, 2011)	69 chutes 4,0 % (réduction de 5 %)	Programme de prévention des chutes, essentiel dans les hôpitaux adaptés aux personnes âgées	1	<ul style="list-style-type: none"> a) Participer au Programme de prévention des chutes du RLISS à l'échelle de la province; b) Évaluer les risques de chute de tous les patients hospitalisés (échelle des chutes Morse); c) Vérifier la conformité aux évaluations des risques de chute; d) Enquêter sur toutes les chutes, analyser leurs causes fondamentales, communiquer les conclusions et les facteurs y contribuant et mettre les recommandations en œuvre; e) Mettre graduellement en œuvre un protocole d'ensemble de prévention des chutes et faire participer les médecins à son élaboration; f) Examiner les données dans la base de données RL Solutions pour s'assurer que les renseignements pertinents ont été saisis, p. ex. sur les nouvelles chutes ou celles qui se répètent; g) Concevoir un algorithme afin de guider les interventions interdisciplinaires auprès des patients à risque de faire des chutes, p. ex. les personnes âgées; h) Examiner les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et intégrer des stratégies dans les volets d'évaluation et d'intervention du protocole; i) Instaurer la formation et l'évaluation obligatoires des compétences du personnel clinique pour respecter le protocole, y compris relativement aux fauteuils roulants et au programme de sécurité; j) Mener des visites concernant les besoins personnels, la douleur et la proximité des effets personnels – amorce de visites pour assurer le bien-être des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques; b) Bilan trimestriel QIP2 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; c) Surveillance et suivi permanent par le coordonnateur de la sécurité des patients relativement à la conformité de l'intervention et à ses effets. 	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
	Empêcher les chutes des patients	Taux de chute : pourcentage de résidents en soins continus complexes qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours - 3 ^e trim. de 2011-2012, Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD).	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.				

3 HCC PAQ2 2012-2013 Partie B : Cibles et initiatives d'amélioration

Qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2012-2013	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Remarques
	Réduire le taux de décès et de complications associés aux soins chirurgicaux	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 « débrefage »), divisé par le nombre total de chirurgies pratiquées, multiplié par 100 – de janvier à décembre 2011, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	99,7 % données de la Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire (comprend les patients hospitalisés et externes)	Fourchette 100 %/taux ont.	HCC = 99,44, taux ont. = 99,19 % (T2+T3, 2011)	2				
	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 2009-2010 au 3 ^e trim. de 2010-2011, Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).	4,9 % (T2, 2011)	4,66 % (réduction de 5 %)	Hôpitaux pairs = 5,1 %	2				
	Éviter les préjudices aux patients associés au départ prématuré de l'Urgence	AJOUT : Taux de départ de la salle d'urgence sans avoir vu un professionnel de la santé : pourcentage du total de visites non prévues à l'Urgence sans que la personne ait été vue par un médecin	2,9 % (T3, 2011)	2,76 % (réduction de 5 %)	Miser sur les gains réalisés par l'entremise du Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences, et les maintenir	1	<ul style="list-style-type: none"> a) Mener des analyses du profil des patients ayant quitté l'Urgence sans avoir vu un professionnel de la santé, faire le suivi des sondages auprès des patients pour connaître les facteurs ayant contribué à leur départ hâtif; b) Fournir des renseignements et de l'information aux patients concernant le triage et les autres processus à l'Urgence; c) Amorcer des visites des patients de l'Urgence par son gestionnaire; d) Évaluer la faisabilité d'incorporer un volet permettant « d'améliorer l'expérience des patients » dans le cadre des orientations générales et de celles des services administratifs, notamment la déclaration des valeurs des patients et le développement des aptitudes à communiquer; e) Suivre et évaluer l'établissement des horaires des urgentologues et l'harmonisation des affectations des sous-services en fonction des volumes, de la gravité et de la variation des demandes; f) Continuer à suivre et à évaluer les options d'amélioration du processus des Services de diagnostic et de l'Urgence; 	<ul style="list-style-type: none"> a) Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques; b) Bilan trimestriel QIP2 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; c) Surveillance et suivi permanent par le directeur des Services de soins critiques relativement à la conformité de l'intervention et à ses effets. 	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

4 HCC PAQ2 2012-2013 Partie B : Cibles et initiatives d'amélioration

Qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2012-2013	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Remarques
							<p>g) Suivre et évaluer les délais d'intervention par les spécialistes de l'HCC, les services médicaux analysés, les points de référence passés en revue, accompagnés des recommandations à mettre en œuvre;</p> <p>h) Piloter et évaluer le rôle de coordonnateur des lits visant à appuyer les pratiques exemplaires concernant la gestion des lits, p. ex. le processus prédictif de mise en congé, les réunions sur la gestion des lits (deux fois par jour) aux changements de quart afin d'optimiser l'utilisation des lits et les mises en congé à 10 h;</p> <p>i) Faire un suivi continu des évaluations initiales par le médecin et des autres « bouchons » dans le cheminement des patients, concevoir des stratégies menant à des réponses et à une résolution en temps opportun.</p>			
Efficacité	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 - 2010-2011, en date de décembre 2011, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).	63 données disponibles T2, 2011	HCC RNMH inférieur à 100	Chiffre inférieur à 100 = taux de mortalité inférieur au niveau national	2				
	Améliorer la santé financière 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 - 3 ^e trim. de 2011-2012, Normes de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario (NPRSSO).	0,195 % (T3, 2011)	0,0 – 5,0 %	Fourchette optimale	2				
	Réduire les annulations évitables d'opérations	AJOUT : Taux d'annulation d'interventions chirurgicales : annulations d'interventions le même jour dans le cas de patients hospitalisés ou externes et annulations en raison de l'insuffisance des ressources hospitalières (p. ex. pas de lit disponible)	1,28 % (T2 + T3, 2011)	1,21 % (réduction de 5 %)	1,1 % (hôpital Juravinski)	1	<p>a) Mettre en place un processus de désengorgement afin de faire face à la demande accrue de soins actifs;</p> <p>b) Piloter et évaluer le rôle de coordonnateur des lits visant à appuyer les pratiques exemplaires concernant la gestion des lits, p. ex. le processus prédictif de mise en congé, les réunions sur la gestion des lits (deux fois par jour) aux changements de quart afin d'optimiser l'utilisation des lits et les mises en congé à 10 h;</p> <p>c) Optimiser les processus de planification des congés pour garantir des transitions sûres et efficaces vers les services de santé communautaires;</p> <p>d) Développer et mettre en place un système électronique de gestion des lits pour connaître les temps d'attente pour ceux-ci;</p> <p>e) Établir et favoriser l'utilisation de modèles</p>	<p>a) Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques;</p> <p>b) Bilan trimestriel QIP2 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;</p> <p>c) Surveillance et suivi permanent par le directeur des Services chirurgicaux relativement à la conformité</p>	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

5 HCC PAQ2 2012-2013 Partie B : Cibles et initiatives d'amélioration

Qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2012-2013	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Remarques
							f) d'ordonnances propres aux diagnostics à l'admission; Établir et surveiller la conformité par rapport aux cartes de soins et aux cheminements approuvés.	de l'intervention et à ses effets.		
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 - 3 ^e trim. de 2011-2012, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).	42,2 (T3, 2011) SNISA	40,09 (réduction de 5 %)	Meilleurs résultats des grands hôpitaux communautaires = 4,5	1	<ul style="list-style-type: none"> a) Mettre en place un processus de désengorgement afin de faire face à la demande accrue de soins actifs; b) Piloter et évaluer le rôle de coordonnateur des lits visant à appuyer les pratiques exemplaires concernant la gestion des lits, p. ex. le processus prédictif de mise en congé, les réunions sur la gestion des lits (deux fois par jour) aux changements de quart afin d'optimiser l'utilisation des lits, le transfert tôt le matin des patients des services de soins aux patients hospitalisés de l'Urgence et les mises en congé à 10 h; c) Développer et mettre en place un système électronique de gestion des lits pour connaître les temps d'attente pour ceux-ci; d) Suivre et évaluer les délais d'intervention par les spécialistes de l'HCC, les services médicaux analysés, les points de référence passés en revue, accompagnés des recommandations à mettre en œuvre; e) Optimiser les processus de planification des congés pour garantir des transitions sûres et efficaces vers les services de santé communautaires; f) Établir et favoriser l'utilisation de modèles d'ordonnances propres aux diagnostics à l'admission; g) Établir et gérer la conformité par rapport aux cartes de soins et aux cheminements approuvés; h) Accroître l'accès aux services de diagnostic pour les patients de l'Urgence (p. ex. services de tomodensitométrie 24 h sur 24); i) Communiquer avec les patients mis en congé dans les 24 à 72 heures après leur départ; j) Communiquer les renseignements sur les mises en congé aux fournisseurs de soins communautaires dans les 72 heures de la mise en congé; k) Songer à embaucher un préposé au service de l'environnement membre d'une équipe volante, pendant les périodes d'admission de pointe, afin de réduire l'attente pour nettoyer une chambre et la préparer pour une autre admission. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques; b) Bilan trimestriel QIP2 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; c) Surveillance et suivi permanent par le directeur des Services de soins critiques relativement à la conformité de l'intervention et à ses effets. 	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
		AJOUT : Évaluation initiale par le médecin : 90 ^e centile par rapport à ce type d'évaluation (au sein de l'Urgence)	2,4 (T3, 2011) SNISA	2,28 (réduction de 5 %)	Miser sur les gains réalisés par l'entremise du Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences, et les maintenir	1	<ul style="list-style-type: none"> a) Mettre en place un processus de désengorgement afin de faire face à la demande accrue de soins actifs; b) Piloter et évaluer le rôle de coordonnateur des lits visant à appuyer les pratiques exemplaires concernant la gestion des lits, p. ex. le processus prédictif de mise en congé, les réunions sur la gestion des lits (deux fois par jour) aux changements de quart afin d'optimiser l'utilisation des lits, le transfert tôt le matin des patients des services de soins aux patients hospitalisés de 	<ul style="list-style-type: none"> a) Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques; b) Bilan trimestriel QIP2 présenté à l'équipe des cadres supérieurs, au Comité d'assurance de la qualité des soins médicaux et au Comité de surveillance 	Mise en œuvre des mesures de processus qui devraient indiquer rapidement l'efficacité de l'intervention ou si un plan de rétablissement est	Aucune

Qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2012-2013	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Remarques
							<p>l'Urgence et les mises en congé à 10 h;</p> <p>c) Suivre et évaluer les délais d'intervention par les spécialistes de l'HCC, les services médicaux analysés, les points de référence passés en revue, accompagnés des recommandations à mettre en œuvre;</p> <p>d) Fournir des directives de mise en congé imprimées aux patients;</p> <p>e) Établir et favoriser l'utilisation de modèles d'ordonnances propres aux diagnostics à l'admission;</p> <p>f) Établir et gérer la conformité par rapport aux cartes de soins et aux cheminements approuvés;</p> <p>g) Accroître l'accès aux services de diagnostic pour les patients de l'Urgence (p. ex. services de tomodensitométrie 24 h sur 24);</p> <p>h) Communiquer avec les patients mis en congé dans les 24 à 72 heures après leur départ;</p> <p>i) Communiquer les renseignements sur les mises en congé aux fournisseurs de soins communautaires dans les 72 heures de la mise en congé;</p> <p>j) Faire un suivi continu des évaluations initiales par le médecin et des autres « bouchons » dans le cheminement des patients, concevoir des stratégies menant à des réponses et à une résolution en temps opportun.</p>	c) Surveillance et suivi permanent par le directeur des Services de soins critiques relativement à la conformité de l'intervention et à ses effets.	nécessaire relativement aux activités, à la direction et à la gouvernance.	
Approche centrée sur le patient	Améliorer la satisfaction des patients	Sondage NRC Picker/HCAHPS : « Recommanderiez-vous cet hôpital à vos parents et amis? »	Urgence = 51,63 %, patients hospitalisés = 66,67 % (janv.-déc. 2011)	Urgence = 54,21 %, patients hospitalisés = 70,00 % (NRCP, amélioration de 5 %)	Amélioration progressive réalisable de l'expérience des patients	2				
		Sondage NRC Picker : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins et les services que vous avez reçus dans cet hôpital? » (Urgence)	Urgence = 80,93 % 430 retours (janv.-déc. 2011)	Urgence = 85,0 % (NRCP, amélioration de 5 %)	Amélioration progressive réalisable de l'expérience des patients	1	<p>a) Mettre en place des processus améliorés d'information des patients et de communication avec eux avant l'admission et la mise en congé, au sein des services de soins aux patients hospitalisés;</p> <p>b) Fournir des renseignements et de l'information aux patients concernant le triage et les autres processus à l'Urgence;</p> <p>c) Mettre entièrement en œuvre des visites quotidiennes des patients par le gestionnaire de l'unité des patients hospitalisés;</p> <p>d) Revoir la politique d'affectation des places et son rendement concernant les places dans les corridors et dans les chambres mixtes;</p> <p>e) Évaluer la possibilité de permettre des heures de visite des patients sans restriction;</p> <p>f) Accroître la participation des familles au sein des hôpitaux et relativement à la planification des soins après la mise en congé, le cas échéant;</p> <p>g) Améliorer la préparation des congés et la</p>	<p>a) Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques;</p> <p>b) Bilan trimestriel QIP2 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;</p> <p>c) Surveillance et suivi permanent par le directeur de la qualité et des risques ainsi que par le coordonnateur de la sécurité des patients relativement à la conformité de l'intervention et à ses effets.</p>	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

7 HCC PAQ2 2012-2013 Partie B : Cibles et initiatives d'amélioration

Qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2012-2013	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Remarques
		Sondage NRC Picker : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins et les services que vous avez reçus dans cet hôpital? » (patients hospitalisés)	Patients hospitalisés = 89,36 % 357 retours (janv.-déc. 2011)	Urgence = 93,8 % (NRCP, amélioration de 5 %)	Amélioration progressive réalisable de l'expérience des patients	1	<ul style="list-style-type: none"> h) communication des renseignements aux patients et aux familles pour appuyer la transition en matière de soins; Évaluer la faisabilité d'incorporer un volet permettant « d'améliorer l'expérience des patients » dans le cadre des orientations générales et de celles des services administratifs, notamment la déclaration des valeurs des patients et le développement des aptitudes à communiquer; i) Évaluer s'il est possible de mettre sur pied un conseil consultatif des patients et des familles; j) Analyser les forces organisationnelles et les améliorations possibles cernées dans le cadre des sondages Pulse sur la qualité de vie au travail; k) Évaluer la possibilité de permettre des heures de visite des patients sans restriction; l) Mettre en œuvre les pratiques exemplaires associées aux hôpitaux adaptés aux personnes âgées; m) Établir des relations avec les patients dans le cadre de visites mensuelles des dirigeants pour que les patients et les familles participent aux soins; n) Améliorer la qualité des soins et leur transfert, y compris les rendez-vous de suivi avec le médecin après la mise en congé et les appels après les opérations; o) Afficher tous les trimestres dans les services les sondages sur l'expérience des patients réalisés par NRC Picker, et exiger d'identifier et de mettre en œuvre au moins 3 stratégies pour améliorer l'expérience des patients; p) Évaluer et revoir le processus ou le cadre de relations avec les patients, et l'afficher sur le site web de l'organisme. 			
		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.				
		AJOUT : Taux d'évaluations du rendement : pourcentage d'employés ayant reçu une évaluation du rendement au cours des 12 derniers mois	61 % (T3, 2011)	75 %	Augmentation de la reconnaissance des comportements centrés sur les patients, conformité à la déclaration des valeurs des patients	1	<ul style="list-style-type: none"> a) Indiquer les taux de conformité des évaluations du rendement à titre d'objectif dans ce domaine pour tous les gestionnaires et dirigeants; b) Veiller à ce que les évaluations du rendement comptent des données et/ou des objectifs pour l'année à venir, mettre la déclaration des valeurs des patients en pratique, améliorer l'expérience des patients et la contribution à l'amélioration de la sécurité des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques; b) Bilan trimestriel QIP2 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; c) Surveillance et suivi permanent par le directeur 	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	Aucune

8 HCC PAQ2 2012-2013 Partie B : Cibles et initiatives d'amélioration

Qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2012-2013	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Remarques
								de la qualité et des risques relativement à la conformité de l'intervention et à ses effets.	gouvernance.	
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 - 2 ^e trim. de 2011-2012, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).	25,78 % (T4, 2010) Site Web FIM du MSSLD	24,49 % (amélioration de 5 %)	Amélioration progressive réalisable concernant l'intégration des services	2				
	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 - 1 ^{er} trim. de 2011-2012, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).	18 % (T4 2010) Site Web FIM du MSSLD	17,10 % (amélioration de 5 %)	Amélioration progressive réalisable concernant l'intégration des services	2				
	Réduire les visites évitables à l'Urgence	AJOUT : Visites à l'Urgence en raison de troubles de santé mentale ou de toxicomanie. Pourcentage de visites répétées à l'Urgence après une première fois en raison d'un trouble de santé mentale ou de toxicomanie. On considère qu'il s'agit d'une visite répétée si elle a lieu en raison de tels troubles et qu'elle se produit dans les 30 jours d'une visite initiale. Cet indicateur est présenté comme étant une proportion de toutes les visites à l'Urgence en raison de troubles de santé mentale.	14,0 % (T1-4 2011)	13,3 % (amélioration de 5 %)	Depuis sept. 2010, tous les RLIS doivent transmettre leurs données concernant cet indicateur d'intégration du système et faire le suivi	1	<ul style="list-style-type: none"> a) Surveiller l'utilisation des cartes de soins et des cheminement pour savoir s'ils permettent de réduire les visites à l'Urgence grâce à des pratiques fondées sur des données probantes; b) Revoir les cas de visites à l'Urgence pour y déceler des modèles et des tendances ainsi que des facteurs contributifs, procéder à une vérification des dossiers et à des entrevues des patients en question pour cerner des tendances et/ou identifier des maladies exigeant des visites périodiques à l'Urgence; c) Collaborer avec les équipes de santé familiale, le centre de santé communautaire et les fournisseurs de soins primaires au suivi d'une stratégie uniforme d'aiguillage et de suivi; d) Améliorer les liens entre l'Urgence et les programmes communautaires de santé mentale (programmes de santé mentale de l'HCC et Association canadienne pour la santé mentale); e) Améliorer les liens entre l'Urgence et les services communautaires de toxicomanie (p. ex. Services de 	<ul style="list-style-type: none"> a) Examens d'étape mensuels par le directeur de la qualité et des risques; b) Bilan trimestriel QIP2 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; c) Surveillance et suivi permanent par le directeur des programmes communautaires de santé mentale relativement à la conformité de l'intervention et à ses effets. 	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

Qualité	Objectif	Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2012-2013	Justification de la cible	Niveau de priorité	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Remarques
							<p>toxicomanie de l'Est de l'Ontario et Services de gestion du sevrage);</p> <p>f) Accroître la présence du personnel des Services de toxicomanie de l'Est de l'Ontario (STEO) aux Services de gestion du sevrage de l'HCC (le personnel des STEO y sera présent au moins 3 fois par semaine);</p> <p>g) Réduire les temps d'attente aux STEO;</p> <p>h) Raffermer les liens avec le programme de logement avec services de soutien des STEO et y améliorer l'accès pour les clients ayant des problèmes d'abus de substances;</p> <p>i) Travailler au développement d'un service communautaire et de jour de gestion du sevrage et inclure dans le modèle de dotation en personnel un thérapeute en toxicomanie auquel le personnel et les urgentologues pourraient rapidement faire appel;</p> <p>j) Mettre les urgentologues et les médecins de famille au courant des ressources et options de traitements communautaires pour les gens ayant des troubles concomitants et/ou de santé mentale et/ou de toxicomanie;</p> <p>k) Continuer d'œuvrer à l'intégration complète des STEO et de l'HCC;</p> <p>l) Accroître la présence communautaire de l'Équipe d'intervention d'urgence en santé mentale, par opposition à l'Urgence (évitement de l'Urgence);</p> <p>m) Raffermer les liens entre les services de santé mentale, les services de toxicomanie et le Service de police communautaire de Cornwall.</p>			

Partie C :

Le lien à la rémunération selon le rendement de nos cadres

L'objet de la rémunération axée sur le rendement associé à la LEST est de favoriser la responsabilisation à l'égard de l'exécution des plans d'amélioration de la qualité (PAQ). En associant l'atteinte des buts à la rémunération, les organismes peuvent accroître la motivation à l'égard des ces objectifs à court et à long terme. La rémunération axée sur le rendement permettra aux organismes d'assurer la cohérence dans l'application de primes de rendement et de stimuler la transparence du processus des primes de rendement.

Veillez consulter l'annexe E du [Document d'orientation du PAQ](#) pour obtenir plus de renseignements sur la manière de remplir cette section de la version abrégée du PAQ. L'orientation fournie pour la rémunération des cadres est également disponible sur le site Web du ministère.

Comment la rémunération de nos cadres est liée à la réalisation des objectifs et dans quelle mesure

[La rémunération du chef de la direction et des membres du groupe de la haute direction qui relèvent directement du chef de la direction, y compris le chef du personnel, le cas échéant, et le chef de direction des soins infirmiers, doit être liée aux objectifs. Les membres de l'équipe de haute direction qui n'entrent pas dans la catégorie des cadres telle que définie dans les règlements pertinents (c.-à-d. ceux qui ne relèvent pas directement du chef de la direction) peuvent aussi être inclus dans la rémunération axée sur le rendement, ceci à la discrétion de l'organisme. Veuillez vous référer au [règlement](#) (Règlement de l'Ontario 444/10) et à l'information sur la rémunération des cadres dans le site Web du ministère.]

PAQ2 – Rémunération des dirigeants axée sur le rendement (2 % du salaire à risque³)

Dimension de qualité	Mesure ou indicateur de résultat	Priorité	Pondération de l'indicateur
Sécurité	Observation des mesures d'hygiène des mains avant le contact avec le patient	1	10 %
	Chutes : unités de soins actifs pour patients hospitalisés	1	10 %
	Nombre de départs de la salle d'urgence sans avoir vu un professionnel de la santé	1	10 %

³ Le Conseil de l'HCC se réserve le droit de modifier ce pourcentage en fonction de la situation financière de l'exercice et des modifications législatives et réglementaires qui permettraient d'investir davantage dans le programme d'incitatifs à la rémunération des cadres de l'établissement.

Dimension de qualité	Mesure ou indicateur de résultat	Priorité	Pondération de l'indicateur
Efficacité	Taux d'annulation d'interventions chirurgicales	1	5 %
Accessibilité	Temps d'attente en salle d'urgence (patients admis)	1	15 %
	Évaluation initiale par l'urgentologue	1	10 %
Soins centrés sur les patients	Source, NRC Picker : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins que vous avez reçus à l'Urgence? » (Urgence)	1	10 %
	Source, NRC Picker : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins que vous avez reçus à l'hôpital? » (patients hospitalisés)	1	10 %
	Taux d'évaluations du rendement menées	1	15 %
Intégré	Visites à l'Urgence en raison de troubles de santé mentale ou de toxicomanie	1	5 %

Partie D : Approbation

[Veuillez consulter le Document d'orientation du PAQ pour des indications sur la manière de remplir cette section.]

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

1. a été conçu en tenant compte des données sur le processus de relation avec les patients, des résultats des sondages menés auprès des patients et des employés et fournisseurs de services, ainsi que de l'ensemble des données sur les incidents critiques;
2. indique les cibles annuelles d'amélioration du rendement et leur justification;
3. décrit la manière dont la rémunération de nos cadres est liée à la réalisation des objectifs du PAQ et dans quelle mesure;
4. a été étudié dans le cadre du processus de planification, qu'il s'harmonise avec la planification opérationnelle de l'organisme et qu'il tient compte des autres priorités organisationnelles et provinciales (voir le Document d'orientation du PAQ pour plus de renseignements).

Helene Periard
*Présidente du Conseil
d'administration*

Lydia Johnson
*Présidente du Comité de
surveillance de la qualité et du
rendement*

Jeanette Despatie
Directrice générale