



## FICHE DE RENDEMENT 2024-2025 DU PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (PAQ)

**Vision :** Des soins exceptionnels. Toujours.

**Mission :** Notre équipe de soins collabore en vue de dispenser des soins exceptionnels, axés sur les patients.

**Values:** *ICARE* **Intégrité** - **Compassion** - **Responsabilité** - **Respect** - **Engagement**

**Directives :** Cliquer sur l'indicateur pour afficher des renseignements supplémentaires.

LA REPRISE					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
<a href="#">Visites au Service d'urgence – Temps d'attente pour l'évaluation initiale du médecin (EIM)</a>	PAQ	V	R	J	J

L'INTÉGRATION					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
<a href="#">Sondage sur la satisfaction des patients</a>	PAQ	V	V	V	V
<a href="#">Conformité au scannage des médicaments</a>	PAQ	R	J	J	J

LES GENS					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
<a href="#">Formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme</a>	PAQ	R	R	V	V

**Résultats:**

Paramètre inférieur à la cible  
 Paramètre dans un intervalle de 10 % de la cible  
 Paramètre égal ou supérieur à la cible  
 Données non disponibles

R
J
V
n.d.

**Rendement global des indicateurs :**

% des indicateurs égaux ou supérieurs aux cibles :  
 % des indicateurs dans un intervalle de 10 % des cibles :  
 % des indicateurs inférieurs aux cibles :

	T1	T2	T3	T4
% des indicateurs égaux ou supérieurs aux cibles :	50%	25%	50%	50%
% des indicateurs dans un intervalle de 10 % des cibles :	0%	25%	50%	50%
% des indicateurs inférieurs aux cibles :	50%	50%	0%	0%

**Explications des références :**

Agrément – Agrément Canada  
 Conseil – Exigé par le Conseil  
 ERS-H – Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers  
 MSAN – Publication de rapports exigée; directive du ministère  
 ERS-M – Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels  
 CPF - Cible (annuelle) du plan de fonctionnement  
 Adapté aux besoins des aînés – Initiative adaptée aux besoins des aînés (ERS-H)  
 PAQ – Plan d'amélioration de la qualité

**Indicateur : Visites au Service d'urgence – Temps d'attente pour l'évaluation initiale du médecin (EIM)**

**Orientation stratégique : LA REPRISE**

**Définition :** L'indicateur est mesuré en heures au moyen du 90<sup>e</sup> centile, ce qui représente l'intervalle entre la date/heure de triage ou la date/heure d'inscription et l'évaluation initiale du médecin et la date/heure de la l'évaluation initiale par une personne qui n'est pas médecin (EIM/PPM), au SU. Cela comprend : médecins, adjoints au médecin, dentistes et infirmières praticiennes. Exclusions : personnes parties sans avoir été vues (PSAEV), heure et date de l'EIM manquantes, date et heure d'attribution d'un code d'état manquantes, date et heure de sortie du patient du SU manquantes, aux termes des critères du Programme FAR.

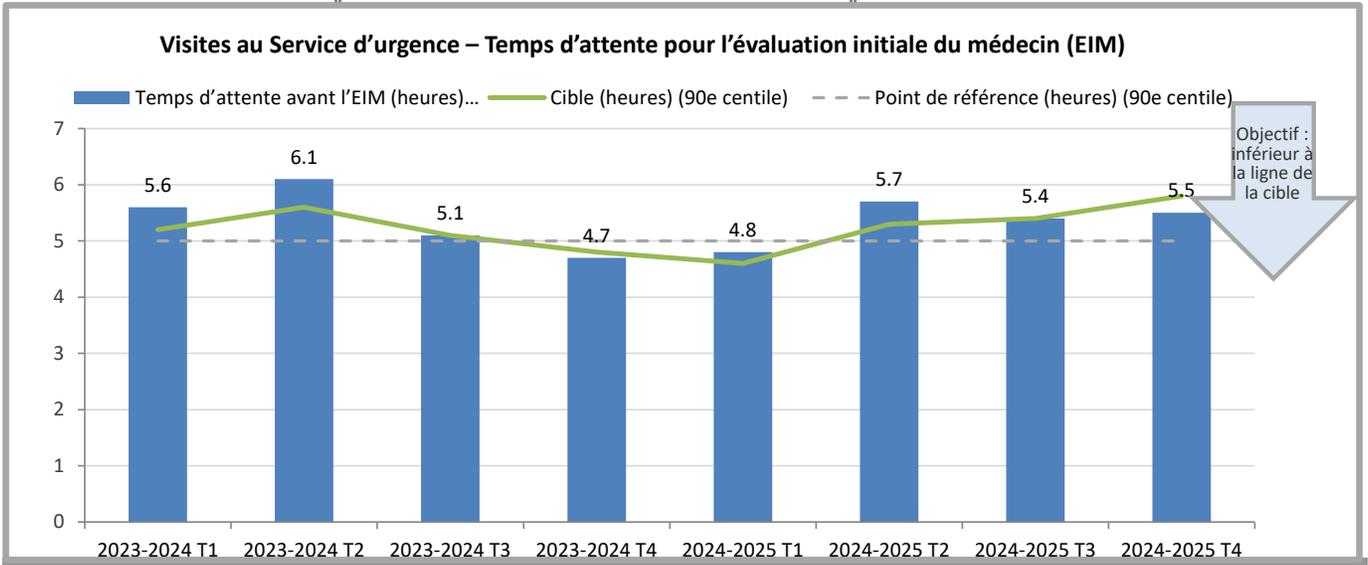
**Importance :** Le temps est un aspect essentiel de l'efficacité et des résultats en matière de soins aux patients, surtout à l'urgence. Combiné à d'autres indicateurs, il peut servir à surveiller le temps passé à l'urgence par les patients, dans le but d'améliorer l'efficacité et, ultimement, les résultats en matière de soins aux patients. De multiples facteurs peuvent influencer sur le résultat de l'indicateur : niveau de triage, population de patients, disponibilité des ressources, etc. Le 90<sup>e</sup> centile de cet indicateur représente le maximum de temps passé au Service d'urgence par 90 % des patients pour une évaluation initiale du médecin (PIA).

**Source des données :** Anzer – SNISA

**Renseignements sur la cible :** Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ afin d'améliorer de 10 % la note de classement relativement au Programme FAR l'année précédente (déc. 2022-nov. 2023) des 75 hôpitaux pairs au 90<sup>e</sup> centile.

**Renseignements sur le point de référence :** Point de référence relatif au rendement fondé sur les résultats du rapport trimestriel de l'exercice du groupe d'hôpitaux communautaires de capacité moyenne (accès aux soins au SU).

	2023-2024				2024-2025			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Temps d'attente avant l'EIM (heures) (90 <sup>e</sup> centile)	5.6	6.1	5.1	4.7	4.8	5.7	5.4	5.5
Point de référence (heures) (90 <sup>e</sup> centile)	5.2	5.6	5.1	4.8	4.6	5.3	5.4	5.8
Cible (heures) (90 <sup>e</sup> centile)	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0



**Analyse du rendement :**

- T1** Cible atteinte. Les résultats du T1 suivent la tendance des hôpitaux pairs.
- T2** Cible non atteinte. Toutes les périodes du T2 sont supérieures à la cible (5-7 juill., 5-8 août, 5-6 sept.). Cependant, le rendement s'améliore par rapport au point de référence. Des répercussions sont possibles durant les vacances d'été.
- T3** Cible non atteinte. Bien que les résultats soient supérieurs à la cible pour le trimestre, nos chiffres concordent avec nos hôpitaux pairs.
- T4** Cible non atteinte. Au total, il y a eu 10 655 visites au Service d'urgence, janvier ayant le temps d'attente pour l'EIM le plus élevé, soit 6,1 heures (90<sup>e</sup> centile).

**Plans d'amélioration :**

- T1** Nous continuons d'optimiser le rôle de notre adjoint au médecin au SU. Le personnel et les médecins y sont plus sensibilisés au SU. Des changements au flux de travail sont en cours pour nous assurer de maintenir et d'améliorer l'EIM.
- T2** Nous continuons d'optimiser et d'étendre le flux au SU et l'utilisation de directives médicales.
- T3** Nous continuons d'optimiser le rôle de notre adjoint au médecin au SU, particulièrement quand nous devons faire face à des défis de dotation imprévus concernant les urgentologues. L'optimisation de l'acheminement des patients au SU se poursuit, y compris l'évaluation des initiatives d'amélioration du processus pour nous assurer de maintenir et d'améliorer l'EIM.
- T4** Nous continuons d'optimiser le rôle de notre adjoint au médecin au Service d'urgence, particulièrement quand nous devons faire face à des défis de dotation en personnel imprévus concernant les urgentologues. L'optimisation de l'acheminement des patients au SU se poursuit, y compris l'évaluation des initiatives d'amélioration du processus, pour nous assurer de maintenir et d'améliorer l'EIM.

**Définition :** patients hospitalisés qui ont donné une réponse favorable (réponse positive : « complètement » et « moyennement ») (2 notes supérieures) à la question suivante – « Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre départ de l'hôpital? » (Sondage abrégé sur l'expérience des patients adultes hospitalisés de l'Ontario - question 7)

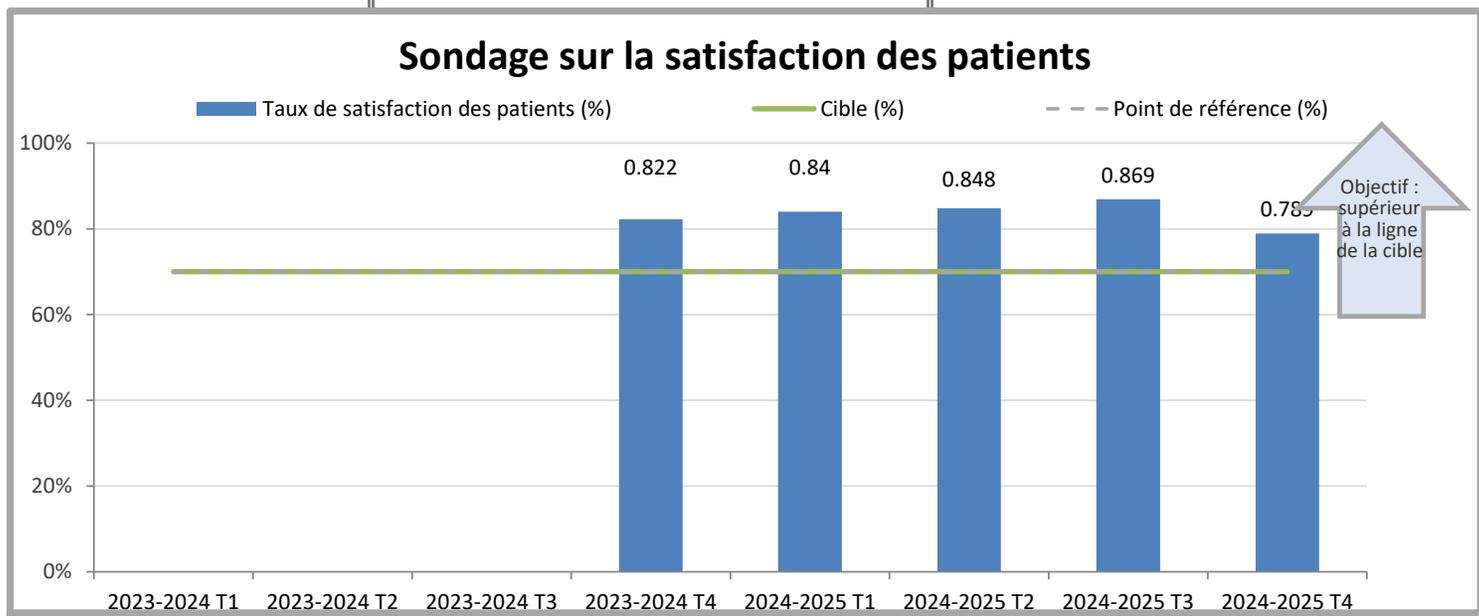
**Importance :** Tiré de QSSO – « La satisfaction des patients est un important paramètre de mesure de l'expérience des Ontariennes et Ontariens à l'égard du système de soins de santé. Trop souvent, les besoins des établissements et des fournisseurs de soins de santé en Ontario obtiennent la priorité. Un changement de paradigme s'impose en faveur d'un système de soins de santé axés sur les patients, qui tient compte des inquiétudes et du confort des patients, et qui engage la participation active des patients et des membres de leur famille dans la prise de décisions entourant les soins qui les concernent. »

**Source des données :** Qualtrics

**Renseignements sur la cible :** Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ au moyen des hôpitaux de référence pairs durant l'exercice 2020-2021 (QSSO, navigateur de PAQ).

**Renseignements sur le point de référence :** n.d.

	2023-2024				2024-2025			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de satisfaction des patients (%)	n.d.	n.d.	n.d.	82.2%	84.0%	84.8%	86.9%	78.9%
Point de référence (%)								
Cible (%)	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%



**Analyse du rendement :**

- T1** Cible atteinte. Réponses positives : 105 sur 125.
- T2** Cible atteinte. Réponses positives : 89 sur 105.
- T3** Cible atteinte. Réponses positives : 86 sur 99.
- T4** Cible atteinte. Réponses reçues : 75 sur 95 répondants et une réponse « 2 notes supérieures »

**Plans d'amélioration :**

- T1** Poursuite de l'encadrement étroit. Recherche d'occasions d'amélioration de notre taille d'échantillon.
- T2** Cible atteinte. Poursuite de l'encadrement du plan d'action (OOSP et tournées auprès des patients par les gestionnaires) à des fins d'uniformité. Prochaine étape : travailler à l'augmentation des taux de réponse.
- T3** Cible atteinte. Nous continuons à suivre les réponses et à solliciter des commentaires immédiats par l'entremise des gestionnaires faisant la tournée des patients et des familles.
- T4** Cible toujours atteinte, bien que le rendement ait diminué depuis le T3. Les faibles volumes ayant eu un important effet sur le rendement, nous continuerons de travailler à l'amélioration des taux de réponse. Poursuite des tournées auprès des patients par les gestionnaires.

Indicateur : Conformité au scannage des médicaments

Orientation stratégique : L'INTÉGRATION

**Définition :** Cet indicateur mesure le pourcentage de médicaments administrés pour lequel un scannage de médicaments a été fait pour tous les patients hospitalisés et les patients au SU (excluant les patients externes, les chirurgies d'un jour et les soins ambulatoires).

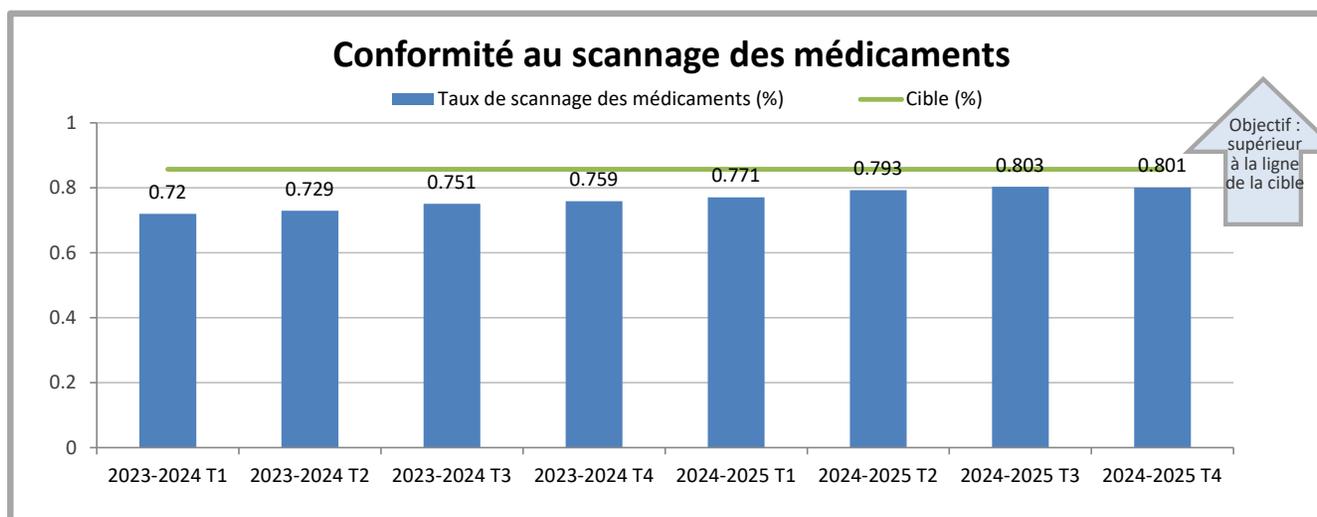
**Importance :** Les systèmes d'administration de médicaments par code à barres (AMCB) permettent de scanner les bracelets et la liste des médicaments à donner afin d'éviter des erreurs de médicaments. L'AMCB a permis de grandement réduire ce type d'erreurs et de diminuer les préjudices liés aux graves erreurs de médicaments.

**Source des données :** Portail d'établissement de rapports Cerner

**Renseignements sur la cible :** Cible établie à l'interne à 85,7 %, conformément à l'indicateur du PAQ.

**Renseignements sur le point de référence :** n.d.

	2023-2024				2024-2025			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de scannage des médicaments (%)	72.0%	72.9%	75.1%	75.9%	77.1%	79.3%	80.3%	80.1%
Point de référence (%)								
Cible (%)	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%



**Analyse du rendement :**

**T1** Cible non atteinte. T1 : 172 084 médicaments scannés sur 223,283. Avril et juin : à 10 % d'atteindre la cible (avr. 77,5 %/juin 77,2 %).

**T2** Cible non atteinte. T2 : 182 141 médicaments scannés sur 229 698, tous les mois étant à 10 % d'atteindre la cible.

**T3** Cible non atteinte. Les améliorations se poursuivent par rapport au trimestre précédent; 202 012 médicaments scannés sur 251 425. Un total de 4 unités de soins infirmiers sur 9 ont atteint la cible et 1 unité était à 10 % d'atteindre la cible.

**T4** Cible non atteinte. Au T4, 194 195 médicaments sur 242 469 ont été scannés. Durant le trimestre, 3 unités de soins infirmiers ont atteint la cible, 2 étaient à 10 % d'atteindre la cible et 4 ne l'ont pas atteinte. De ces 4 unités, 3 se sont améliorées par rapport au trimestre précédent.

**Plans d'amélioration :**

**T1** Des séances d'accompagnement individuel ont eu lieu en compagnie des gestionnaires et des directeurs des services pour revoir les taux de leurs services et trouver de possibles domaines d'amélioration. Une unité avait surpassé la cible à la fin du T1. La reconnaissance du rendement des employés pour ce qui est améliorations du taux se fait actuellement au niveau des services.

**T2** Les gestionnaires ont rencontré le personnel depuis l'été et passent en revue les taux de scannage de façon individuelle. On devrait constater des améliorations au T3.

**T3** Les gestionnaires continuent à produire des rapports, à rencontrer le personnel, à chercher des médicaments et des solutés intraveineux qui ne peuvent être scannés, à des fins d'améliorations. Il y a eu une légère amélioration depuis le dernier trimestre. Il faut continuer à discuter avec le personnel. Pour qu'il y ait des améliorations au T4, la pharmacie continue de travailler à la création de « faux codes à barres » pour les produits dont le lot et la date de péremption sont intégrés dans les codes à barres, et ce, pour que les produits puissent être scannés par le personnel infirmier. Cela est nécessaire puisque Cerner ne peut pas capter le lot et la date de péremption. L'équipe de la pharmacie prévoit tester plus à fond le scannage avec l'informatique clinique.

**T4** Poursuite des plans du T3. Une réunion a eu lieu à la fin mars avec les responsables de la pharmacie, de l'Informatique clinique et le gestionnaire du SU pour trouver d'autres obstacles et les prochaines étapes d'amélioration. On a déterminé qu'en plus des médicaments, il faut aussi scanner les diluants. S'il y a deux codes à barres sur un produit, on devrait scanner le code à barres linéaire. Il faudra approfondir l'analyse de la façon dont le produit ou le moyen de l'administrer par rapport au scannage a été inscrit dans un « PowerPlan ». Le SU envoie régulièrement des listes de médicaments impossibles à scanner à la pharmacie pour un examen plus poussé.

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme

Orientation stratégique : LES GENS

**Définition :** Cet indicateur mesure le pourcentage de membres du personnel actif (cadres, dirigeants et chefs de service) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme. Le rendement est cumulatif depuis le début de l'année. Cela exclut les superviseurs.

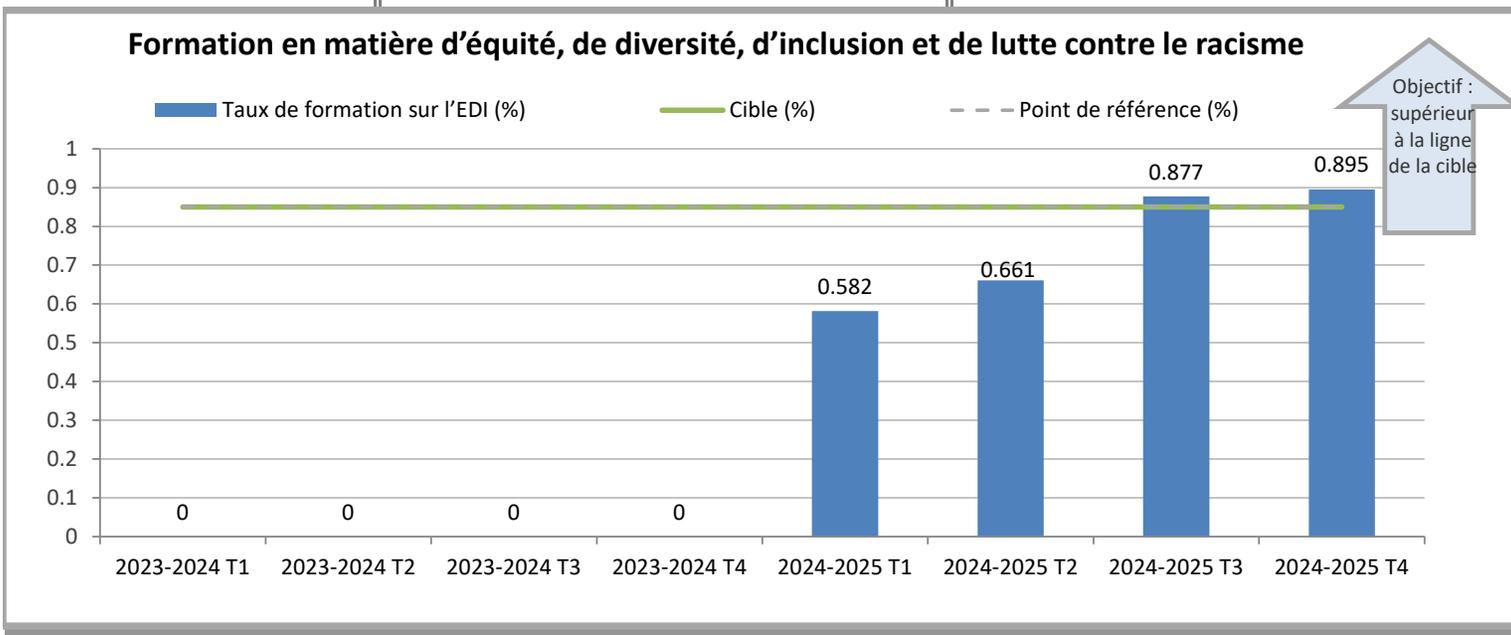
**Importance :** La formation est essentielle pour aider à guider et à bâtir une culture axée sur l'équité, la diversité, l'inclusion et la lutte contre le racisme ainsi que pour contribuer à de meilleurs résultats pour les patients, les familles et les fournisseurs au sein du système hospitalier. Nous sommes déterminés à nous attaquer au racisme et à la discrimination, à réduire les inégalités dans le système de santé et à reconnaître que notre culture organisationnelle doit être équitable afin d'améliorer les résultats pour la communauté que nous servons.

**Source des données :** Système de gestion de l'apprentissage (SGA)

**Renseignements sur la cible :** Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ

**Renseignements sur le point de référence :** n.d.

	2023-2024				2024-2025			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de formation sur l'EDI (%)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	58.2%	66.1%	87.7%	89.5%
Point de référence (%)								
Cible (%)	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%



**Analyse du rendement :**

- T1** Cible non atteinte. Conformité à la formation sur l'EDI : 32 membres du personnel sur 55.
- T2** Cible non atteinte. Conformité à la formation sur l'EDI : 39 membres du personnel sur 59.
- T3** Cible atteinte. Conformité à la formation sur l'EDI : 50 membres du personnel sur 57. Le taux de conformité des médecins est passé de 25 % à 83 % au cours du trimestre, soit un facteur majeur ayant contribué à l'atteinte de la cible.
- T4** Cible atteinte. Conformité à la formation sur l'EDI : 51 membres du personnel sur 57. Conformité des médecins à la formation sur l'EDI : 10 sur 11 (91 %) et 41 membres du personnel sur 46 (89 %).

**Plans d'amélioration :**

- T1** Amélioration de la communication sur l'importance de suivre la formation nécessaire.
- T2** Poursuite des stratégies de communication afin de mettre en place une culture axée sur l'équité, la diversité, l'inclusion et la lutte contre le racisme.
- T3** Cible atteinte. Poursuite de la stratégie.
- T4** Cible atteinte. Poursuite de la stratégie.



# NOS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES



LA REPRISE



L'INTÉGRATION



LES GENS



[Retour au tableau de bord](#)