

Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)

Section narrative pour les organismes de soins de santé de l'Ontario

2025-2026

SURVOL

Fondé en 2004, l'Hôpital communautaire de Cornwall (HCC) reste fidèle à sa vision (« Des soins exceptionnels. Toujours ») en favorisant une culture de la qualité et de la sécurité.

L'établissement est au service d'une communauté diversifiée de plus de 110 000 résidentes et résidents, dont font notamment partie la ville de Cornwall, les Comtés unis de Stormont, Dundas et Glengarry ainsi que la communauté mohawk d'Akwesasne. On y offre une gamme complète de soins actifs et de services communautaires. L'HCC s'emploie à donner des soins axés sur les gens, en étant guidé par ses valeurs « iCare » (intégrité, compassion, responsabilité, respect et engagement).

L'HCC est fier de célébrer la mention d'honneur que lui a décerné Agrément Canada en 2024. Cet honneur prestigieux montre la détermination soutenue à maintenir les normes de soins les plus élevées et à l'égard de l'amélioration continue des services de santé. Son obtention témoigne du dévouement de notre personnel, de nos médecins et de nos dirigeants afin que la sécurité des patients, la qualité des soins et l'excellence opérationnelle demeurent au premier plan de tout ce que nous faisons. Cela renforce aussi notre insistance inébranlable à donner des soins exceptionnels aux communautés que nous desservons.

Comptant sur le PAQ 2025-2026, l'HCC se concentre sur les enjeux prioritaires, ce qui comprend l'accès et le flux, l'équité et la santé des Autochtones, l'expérience des patients et des fournisseurs ainsi que la sécurité. Voici les indicateurs du PAQ pour la prochaine année.

- 1) L'attente pour l'évaluation initiale du médecin (EIM)
- 2) Le temps de déchargement de l'ambulance (TDA)
- 3) La durée de séjour au Service d'urgence (SU) pour les patients non admis s'y rendant pour des raisons de faible acuité
- 4) Le pourcentage de membres du personnel (tous) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et d'antiracisme
- 5) Le pourcentage de patients ayant fourni une réponse positive à la question : 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 sortie de l'hôpital? (sondage sur l'expérience des patients)
- 6) La conformité au scannage des médicaments

ACCÈS ET FLUX

L'HCC priorise l'accès en temps opportun à des services hospitaliers, comme on l'indique dans la priorité stratégique concernant l'amélioration de l'accès aux soins. Nous entendons nous assurer que les patients obtiennent des soins sécuritaires de grande qualité, à l'endroit approprié et au bon moment. Afin de favoriser des améliorations systémiques relativement à l'accès et au flux, nous oeuvrons principalement à l'optimisation de la transition des soins en mettant en place une planification des congés rapide et efficace, de mesures préventives concernant les admissions et les réadmissions ainsi qu'à la réduction des temps d'attente au SU. Cet accent mis sur l'accès et le flux vise à

améliorer la qualité des soins, à accroître la satisfaction des patients et des familles ainsi qu'à mener à de meilleurs résultats en matière de santé.

Étant donné l'intégration du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences dans le PAQ 2025-2026, de nouveaux indicateurs liés au SU qui concordent avec le Programme de financement axé sur les résultats pour les services des urgences (Programme FAR) seront au centre des préoccupations. On veut ainsi établir une structure continue d'amélioration de la qualité au SU. L'HCC veut prioriser les possibilités et mettre l'accent sur l'investissement dans les ressources afin d'améliorer l'accès aux services et le flux dans l'ensemble du système de soins de santé.

ÉQUITÉ ET SANTÉ DES AUTOCHTONES

L'HCC continue à manifester sa volonté de favoriser l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) ainsi que l'antiracisme dans l'ensemble de l'organisation. Selon son cadre sur l'EDI, l'HCC entend fournir les meilleures normes de soins et favoriser les meilleurs résultats en matière de santé. L'avancement de l'EDI et de l'antiracisme constitue un engagement à long terme qui nécessite la considération minutieuse des expériences et des points de vue de l'ensemble des patients, des clients, du personnel et des gens de notre communauté.

Pour illustrer notre volonté, au cours de la dernière année, notre équipe de gestion a suivi des cours de formation professionnelle continue comprenant des séances sur la compétence culturelle dans le domaine des soins de santé, la gouvernance autochtone et politique, la culture des Premières Nations, des Inuits et des Métis, la colonisation et les déterminants de la santé, la Commission de vérité et réconciliation du Canada et la Déclaration des Nations

Unies sur les droits des peuples autochtones. Ainsi, nous voulons comprendre notre rôle pour favoriser un système de soins de santé culturellement sécuritaire pour les Autochtones et explorer des façons de contribuer au démantèlement des structures coloniales dans les soins de santé et au-delà.

En faisant fond sur notre détermination à soutenir les initiatives relatives à l'EDI et à l'antiracisme, nous avons suivi la formation obligatoire pour tous les gestionnaires et chefs de service durant la dernière année. Le cours était conçu de sorte à favoriser une culture inclusive, à développer des compétences essentielles et à fournir des stratégies favorisant la responsabilité personnelle envers l'EDI en milieu de travail tout en oeuvrant à la sensibilisation.

Au cours de la prochaine année, nous allons étendre la formation sur l'EDI à l'ensemble du personnel et des bénévoles. En outillant les employés et les bénévoles d'une compréhension des contextes historiques, sociaux et organisationnels entourant l'EDI, nous voulons accroître la sensibilisation aux défis et aux occasions se présentant aux patients, aux familles et à la communauté. Ultimement, cette formation vise à créer un environnement de travail inclusif et favorable dans lequel chaque personne se sent valorisée et autonomisée à mettre à profit ses points de vue uniques et ses talents.

EXPÉRIENCE DES PATIENTS/CLIENTS/RÉSIDENTS

L'HCC comprend qu'une expérience positive pour les patients ou les clients joue un rôle essentiel pour améliorer les résultats en matière de sécurité. Nous voulons donner des soins centrés sur la personne en nous assurant qu'ils sont culturellement sécuritaires et concordent avec ses préférences, besoins et valeurs.

Pour atteindre cet objectif, l'HCC fait participer activement les voix des patients et des familles à ses efforts d'amélioration de la qualité par l'entremise du Comité consultatif des patients et des familles. Ses membres contribuent à divers groupes et comités dans l'ensemble de l'organisation, transmettant de précieux points de vue qui aident à façonner les services et les programmes pour mieux répondre aux besoins de notre communauté.

Nous savons que l'évaluation de l'expérience des patients est au coeur de nos mesures pour nous aider à faire progresser notre culture de soins axés sur les gens. Nous continuons de mettre à profit les sondages sur l'expérience des patients pour mieux comprendre leur expérience ainsi que les forces et faiblesses de notre système de soins de santé. Cela nous aide aussi à déterminer les points à améliorer. Ces renseignements utiles nous ont aidés à identifier des profils et des tendances, à fixer des objectifs mesurables, à mettre en œuvre des interventions ciblées et à continuellement suivre nos progrès.

Des tournées régulières auprès des patients sont une démarche importante adoptée par les gestionnaires cliniques, soit une pratique essentielle dans le domaine des soins de santé dans le cadre de laquelle on se rend systématiquement au chevet des patients pour interagir directement avec eux afin de comprendre leur expérience de vive voix. Cette approche globale permet aux équipes de soins d'évaluer, de communiquer et de répondre aux besoins des patients tout en garantissant la sécurité. Cela facilite l'identification précoce des préoccupations de santé et des problèmes de sécurité, permettant ainsi des interventions rapides qui contribuent à l'amélioration des résultats en matière de soins et des expériences. Le suivi régulier des tournées auprès des patients et des résultats aide les gestionnaires à trouver des tendances et des possibilités d'amélioration continue.

EXPÉRIENCE DES FOURNISSEURS DE SOINS

L'HCC compte environ 219 professionnels autorisés, 1 360 membres du personnel et 195 bénévoles qui font tous partie intégrante de l'organisation. L'amélioration de l'expérience des fournisseuses et fournisseurs dans le domaine des soins de santé est cruciale pour le bien-être du personnel et la qualité globale des soins aux patients. Les fournisseurs de soins de santé qui se sentent appuyés, mobilisés et valorisés sont plus susceptibles de donner des soins de meilleure qualité, les résultats pour les patients étant améliorés et les niveaux d'épuisement professionnel étant moindres. L'HCC appuie ses fournisseurs en favorisant un environnement de travail axé sur la collaboration, grâce à une dotation en personnel et des ressources adéquates, en appuyant une culture de reconnaissance et d'appréciation et enfin, en misant sur des programmes et des initiatives d'amélioration de la satisfaction des fournisseurs.

Bien des initiatives ont été mises en oeuvre afin de mieux appuyer le personnel, dont le Programme de mentorat clinique, conçu pour donner un appui et du mentorat au personnel infirmier débutant. Ce programme autonomise le personnel infirmier chevronné de première ligne pour faciliter l'apprentissage et le perfectionnement professionnel des infirmières nouvellement diplômées, formées à l'étranger et de celles qui veulent étendre leurs compétences en soins infirmiers.

De plus, l'HCC poursuit son Programme élargi d'externat, une initiative financée par le ministère qui permet aux étudiantes et étudiants dans un domaine de la santé réglementé d'appuyer le personnel hospitalier dans son travail clinique quotidien. Le programme leur permet d'acquérir une précieuse expérience pratique et contribue à alléger la charge de travail du personnel

existant, lui permettant de se concentrer sur les tâches de soins plus complexes. En intégrant les étudiantes et étudiants au sein des équipes cliniques, l'HCC favorise un milieu d'apprentissage axé sur la collaboration qui rehausse la qualité des soins et appuie le développement de la prochaine génération de professionnelles et professionnels de la santé. En outre, le programme raffermi la capacité de l'HCC à donner des soins de grande qualité, tout en contribuant au perfectionnement de la main-d'oeuvre dans le secteur des soins de santé.

L'HCC reconnaît et souligne régulièrement les contributions de ses fournisseurs au moyen d'un programme officiel de reconnaissance, durant la Semaine de reconnaissance du personnel, dans le cadre d'initiatives de gratitude entre pairs « Cheers for Peers » et au moyen de mots d'appréciation dans des cartes ICARE. Se sentir valorisé et apprécié, ça stimule le moral et crée une culture d'organisation positive.

SÉCURITÉ

Afin de créer et de maintenir une culture de sécurité et de prévenir ou de réduire les incidents liés à la sécurité des patients, l'HCC continue de mettre l'accent sur l'amélioration de la gestion des médicaments au moyen d'une technologie de codes à barres. En misant sur cette technologie, on peut rehausser grandement la sécurité des patients en identifiant précisément les patients et les médicaments. Cela aide à éviter des erreurs de médicaments et les erreurs d'identification de patients, réduisant ainsi les possibilités d'événements indésirables pour la santé. Des processus robustes de gestion des médicaments, dont les technologies de codes à barres peuvent améliorer la communication au sein de l'équipe de soins et permettre une coordination et une collaboration plus efficaces entre les fournisseurs de soins de santé, favorisant ainsi les soins aux patients et leur sécurité.

L'HCC a raffermi l'importance qu'il attache au scannage des médicaments par la production de rapports en temps réel pour les gestionnaires, la mise en œuvre de programmes de reconnaissance du personnel ainsi que par des campagnes d'information et de sensibilisation. De plus, une analyse des causes fondamentales sert à trouver les obstacles à la conformité et à s'y attaquer. Durant la prochaine année, ces initiatives demeureront un élément central, en plus du volet d'engagement des patients. La direction mènera régulièrement des tournées auprès des patients pour favoriser des conversations ouvertes sur la conformité au scannage des médicaments et rehausser la compréhension de son importance par les patients, renforçant ainsi davantage l'adhésion de l'Hôpital à la sécurité et à la qualité des soins.

SOINS PALLIATIFS

La Norme de qualité des soins palliatifs de Santé Ontario constitue un guide pour l'HCC afin de répondre aux besoins uniques en matière de soins aux adultes en prise avec une maladie évolutive terminale, ainsi qu'à ceux des familles et des aidants.

Un comité des soins palliatifs a été recréé. Y siègent du personnel de première ligne, des gestionnaires cliniques ainsi que les conseillers pour les patients et la famille. Il amorce ses travaux portant sur l'état de préparation, l'examen des politiques et l'évaluation de la situation actuelle. Mettre en place une fondation solide quant à la compréhension des besoins en matière de soins palliatifs en milieu communautaire tout en tenant compte de l'expérience des patients et des familles s'avère essentiel pour susciter des améliorations notables.

Avec ses projets d'évaluation des compétences du personnel en milieu de soins palliatifs et d'identification des besoins de formation, le Comité entend s'attaquer aux lacunes et mettre en place des programmes de formation ciblés afin de rehausser les connaissances, d'améliorer la prestation des soins et garantir des soins palliatifs de grande qualité pour les patients et les familles.

GESTION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

L'HCC collabore avec l'Équipe Santé Ontario du Grand Fleuve relativement à la santé de la population afin de concevoir ensemble des solutions proactives, intégrées et centrées sur les gens qui sont rentables, équitables et efficaces. On veut ainsi répondre aux besoins en matière de santé des gens tout au long du continuum de soins et favoriser le bien-être général.

À l'automne 2024, l'HCC a conclu un partenariat avec la même équipe Santé Ontario, le Centre de soins prolongés St-Joseph, l'Hôpital Glengarry Memorial, l'Hôpital Memorial du district de Winchester et Carefor afin d'étendre le Programme de fournisseurs de soins essentiels. Cette expansion vise à fournir une formation sur les principes de ce programme et elle met en relief l'importance d'inclure ces personnes dans les soins aux patients à tous les emplacements participants, y compris pour le personnel, les patients et les fournisseurs de soins. Cet effort de collaboration avec la communauté renforce notre engagement à établir de solides partenariats entre les aidants et les fournisseurs de soins de santé, ce qui permet ultimement d'améliorer les résultats pour les patients.

En 2025, l'HCC a lancé un programme de distribution de naloxone avec le Bureau de santé de l'est de l'Ontario pour s'attaquer au problème grandissant des troubles de consommation de substances dans la région. Cette initiative est grandement appuyée par le Conseil consultatif des clients et le Conseil consultatif des familles de l'HCC, témoignant ainsi de notre détermination à répondre aux besoins de la communauté. Ce programme constitue une étape vitale pour veiller à ce que les gens davantage à risque et leurs proches aient accès à des médicaments de survie ainsi qu'à l'information nécessaire à leur utilisation adéquate.

L'HCC s'honore de ces partenariats solides dans notre communauté tandis que nous collaborons afin de répondre aux besoins sociaux et de santé de notre population.

PROGRAMME DE GESTION DE LA QUALITÉ CONCERNANT LES VISITES RÉPÉTITIVES AUX URGENCES

Plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité faisaient partie de la vérification l'an dernier du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences. L'ajout de capacités en travail social au SU s'est avéré le bienvenu. Le groupe de travail au SU a pu améliorer la qualité des soins qui y sont donnés. Nous avons été en mesure d'encadrer le nombre de consultations en travail social selon l'heure de la journée afin de déterminer la répartition des heures de service dans ce domaine au SU. Les renseignements au SU permettront d'appuyer la prestation de soins adéquats aux patients appropriés, aux moments opportuns.

Nous sommes heureux de communiquer les conclusions de nos plus récentes vérifications, ce qui comprend une diminution du nombre de patients retournant au SU pour des raisons liées à la santé mentale et la consommation de substances, comme on

l'indique ci-dessous. L'arrivée d'une travailleuse sociale au SU a permis à notre équipe d'améliorer les soins et d'y réduire le nombre de visites répétitives de ces deux groupes de patients.

Notre équipe du SU a pu mener environ 53 vérifications dans le cadre du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences. Des thèmes courants ont été mis en lumière : les retours au SU pour obtenir des services d'imagerie diagnostique (5,7 %), la consommation de substances (5,7 %), la santé mentale (5,7 %) et les patients qui auraient pu être soutenus par l'entremise de partenaires communautaires (25 %).

Les patients qui retournent au SU pour des services d'imagerie diagnostique, cela constitue un thème récurrent expliquant les visites répétitives. Le SU a un processus actualisé en place qui permet aux patients du service d'y retourner le lendemain (durant les heures de service sur place) pour faciliter une échographie ou un examen par tomodensitométrie prévu.

La mise à profit des appuis dans la communauté est un thème récurrent pour éviter des visites répétitives au SU. Son équipe a continué à collaborer avec ses partenaires communautaires et à étendre cette démarche avec eux, par exemple le Programme de services paramédicaux communautaires.

Un indicateur concernant les lits sûrs a été mis en place au SU pour qu'il y ait une prise de conscience grandissante concernant les patients qui s'y présentent, et ce, afin de faciliter le retour sécuritaire vers ce programme.

RÉMUNÉRATION DES CADRES

À l'HCC, le régime de rémunération axée sur le rendement de la directrice générale et des personnes qui relèvent directement d'elle est relié à l'atteinte des cibles du PAQ, conformément aux exigences de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*.

L'atteinte des cibles annuelles des indicateurs du PAQ ci-dessous compte pour un total de 2 % de la rémunération globale de la directrice générale et des dirigeants qui suivent. Les paiements seront déterminés en affectant une pondération comparable à chaque indicateur et au moyen d'une échelle mobile du pourcentage de la cible atteinte.

- Présidente et directrice générale
- Vice-présidente des services aux patients et chef de direction des soins infirmiers
- Vice-présidente des Programmes communautaires
- Chef des services financiers
- Chef de l'information/chef de l'exploitation
- Médecin-chef

COORDONNÉES/RESPONSABLE DÉSIGNÉE

Kelly Shaw

Vice-présidente des Services aux patients et
chef de direction des soins infirmiers

Kelly.shaw@cornwallhospital.ca

SIGNATURE

On encourage les personnes ci-dessous à passer en revue et à signer le plan d'amélioration de la qualité de votre organisme (s'il y a lieu).

J'ai passé en revue et approuvé le plan d'amélioration de la qualité de notre organisme le 6 mars 2025.

Alice Wilson-Haramis, présidente du Conseil

Kristen MacDonell, présidente du Comité de la qualité du Conseil

Jeanette Despatie, directrice générale

Natalie Bourgeois, responsable du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives au Service d'urgence

Kelly Shaw, vice-présidente des Services aux patients et chef de direction des soins infirmiers

Accès et flux

Mesure Dimension : Opportun

Indicateur #4	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
90 ^e percentile – temps de déchargement de l'ambulance	P	Minutes / patients	ICIS SNISA / Pour les hôpitaux de l'ANSU : du 1 ^{er} déc. 2023 au 30 nov. 2024 (T1 et T2)	22,00	20,00	Diminution de 10 % du rendement de l'an dernier	

Idées de changements

Idée de changement #1 Accès aux soins en temps opportun au Service d'urgence en réduisant le temps de déchargement des ambulances

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
La cible sera atteinte en collaborant avec les partenaires communautaires comme les Services médicaux d'urgence (SMU) afin de revoir les flux partagés actuels.	Temps de déchargement de l'ambulance (TDA) : 90 ^e percentile	T1 : poursuite des discussions avec les partenaires communautaires au sujet du TDA. Des réunions seront mises à l'horaire du T1 au T4. T2 : collaboration avec le Soutien décisionnel pour analyser davantage les données (collecte et qualité des données), etc. T3 : poursuite de la collaboration avec le personnel de première ligne au SU et les SMU au sujet des améliorations du processus relatif au TDA. Évaluation du changement. Cible du T4 (réduction de 10 % du TDA) sera atteinte.	

Mesure **Dimension : Opportun**

Indicateur #5	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
90 ^e percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas hospitalisés ayant une faible acuité	F	Heures / Patients des services d'urgence	ICIS SNISA / Pour les hôpitaux de l'IANSU : du 1 ^{er} déc. 2023 au 30 nov. 2024/Pour les hôpitaux qui ne participent pas à l'IANSU : du 1 ^{er} avr 2024 au 30 sept 2024 (T1 et T2)	7,53	6,77	Diminution de 10 % du rendement de l'an dernier	

Idées de changements

Idée de changement #1 Accès aux soins en temps opportun au SU : raison de faible acuité pour les visites

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
La cible sera atteinte au moyen du processus d'amélioration et de la collaboration avec l'imagerie diagnostique (ID) – processus en place pour les patients retournant au SU pour passer un test d'ID.	90 ^e percentile : durée de séjour au SU - patients non admis ayant une faible acuité	T1 : information et sensibilisation continues – retour au SU pour le processus d'ID. Algorithme présentant le processus, à créer et à partager. T2 : évaluation du processus mis en place. Apporter des ajustements au processus, au besoin. T3 : augmentation du nombre de tests d'ID disponibles quotidiennement, comme la dotation en personnel de l'ID le permet. T4 : évaluation continue du processus.	

Idée de changement #2 Accès aux soins en temps opportun au SU : raison de faible acuité pour les visites

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Les directives médicales au SU seront optimisées, permettant ainsi de réduire le temps qu'y passent les patients ayant une raison de faible acuité pour leur visite.	90 ^e percentile : durée de séjour au SU - patients non admis ayant une faible acuité	T1 : augmentation de l'information et de la sensibilisation concernant les directives médicales au SU. Étudier les possibilités d'en ajouter. T2 : s'il y a lieu, mettre en place des directives médicales nouvelles ou actualisées par l'entremise du processus d'approbation. T3 : continuer à s'assurer du respect de l'utilisation des directives médicales par le personnel au SU. T4 : réduction de 10 % de l'EIM au 90 ^e percentile.	

Mesure **Dimension : Opportun**

Indicateur #6	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
90 ^e percentile – temps d'attente aux urgences pour l'évaluation initiale par un médecin	p	Heures / Patients des services d'urgence	ICIS SNISA / Pour les hôpitaux de l'IANSU : du 1 ^{er} déc. 2023 au 30 nov. 2024/Pour les hôpitaux qui ne participent pas à l'IANSU : du 1 ^{er} avr. 2024 au 30 sept. 2024 (T1 t T2)	5,08	5,00	Cible fondée sur les obligations en matière de normes de rendement (ERS-H)	

Idées de changements

Idée de changement #1 Accès aux soins en temps opportun prodigués par les médecins ou leurs adjoints au SU après le triage au SU			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
La cible sera atteinte par l'entremise du processus d'amélioration du processus de triage au SU et l'optimisation du rôle des adjoints au médecin au SU.	EIM : 90 ^e percentile	T1 : analyse du contexte avec un accent particulier sur l'EIM. Interagir avec les intervenants au sujet de l'EIM. T2 : présentation de demandes de changement concernant l'informatique clinique pour approbation. T3 : augmentation de l'information et de la sensibilisation concernant les changements au processus de triage et PowerForm. Déploiement des changements. T4 : évaluation des changements. Réduction de 10 % de l'EIM au 90 ^e percentile.	

Équité

Mesure Dimension : Équitable

Indicateur #1	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme	F	% / Personnel	Collecte de données à l'interne / Période de 12 mois consécutifs la plus récente	87,72	85,00	Cible établie en se fondant sur l'année précédente. L'élargissement de la population servant de dénominateur augmentera les défis. Maintien de la cible précédente.	

Idées de changements

Idée de changement #1		Ajout de formation à la liste obligatoire pour tout le personnel (sauf le personnel occasionnel) et les bénévoles dans le système de gestion de l'apprentissage (SGA)	
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Actualiser la liste des participants au SGA	Lancement des courriels générés automatisés concernant le SGA	T1 : fin de l'actualisation du SGA, profils établis à obligatoire pour le module EDI.	
Idée de changement #2		Communiquer les exigences en matière de formation obligatoire au public cible	
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Communication par courriels automatisés sur le SGA et réunions internes de gestionnaires	Courriels automatisés des réunions internes de l'équipe de gestion sur le SGA	T1 : lancement des courriels automatisés sur le SGA, livraison générale des courriels au public cible, rappel au sujet des réunions internes des gestionnaires.	

Idée de changement #3		Suivi trimestriel du rendement		
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques	
Lire le rapport de conformité concernant la formation SGA	Consulter les données du rapport de conformité	25 % de la formation terminée au T1, 50 % au T2, 75 % au T3 et 85 % du groupe cible formé, au plus tard au T4		

Expérience

Mesure Dimension : Axé sur les patients

Indicateur #2	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
Pourcentage de répondants qui ont répondu « complètement » ou « moyennement » 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 sortie de l'hôpital?	F	% / répondant au sondage	Collecte de données à l'interne / Période de 12 mois consécutifs la plus récente	62,22	70,00	Atteinte constante de la cible 2024-2025 (70 %), réponses concernant les 2 notes supérieures. Augmentation de la cible de 2025-2026	

Idées de changements

Idée de changement #1 Promotion de l'utilisation de l'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP) par l'entremise du DSE

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Vérification de l'utilisation de l'OOSP par l'entremise du dossier de santé électronique	Nombre de patients faisant l'objet de l'OOSP au congé/nombre de mises en congé	Au T1 au plus tard : 75 % des patients admis font l'objet de l'OOSP lors de leur mise en congé à domicile	Enquête totale lancée: 490

Idée de changement #2 Tournées du gestionnaire clinique auprès des patients pour déterminer les interventions précoces nécessaires

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Gestionnaire clinique faisant la tournée d'au moins 5 patients par mois au moyen d'un ensemble normalisé de questions	Nombre de patients visités par mois par unité (patients admis et SU)	Au T1 au plus tard : atteinte de 75 % de la cible. Au T2 au plus tard : atteinte de 85 % de la cible.	

Sécurité

Mesure Dimension : Sécuritaire

Indicateur #3	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
Conformité au scannage des médicaments	P	% / Autre	Collecte de données interne / année financière	79,30	85,70	Défis : conforme à la cible de l'année précédente. Cible : statu quo.	

Idées de changements

Idée de changement #1 Renforcer le suivi de la conformité

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Vérification mensuelle des taux par unité/membre du personnel	Vérification mensuelle sur la conformité par les gestionnaires	Au T1 au plus tard : révision des vérifications mensuelles par les gestionnaires	

Idée de changement #2 Reconnaissance du rendement

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Poursuite de la reconnaissance du rendement par les gestionnaires au niveau des départements	Communication et prestation de la reconnaissance du rendement au personnel par les gestionnaires	Au T1 au plus tard : communication et maintien de la reconnaissance du rendement par les gestionnaires	

Idée de changement #3 Poursuite des améliorations concernant le maintien des codes à barres

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Pharmacie : conception et mise en oeuvre d'un processus de maintien des codes à barres	Définition d'un processus structuré pour résoudre les problèmes de codes à barres	Au T1 au plus tard : mise en œuvre du processus de résolution des problèmes de codes à barres. Au T2 au plus tard : maintien du processus	