

Excellence des soins
pour tous.



2011-12

Plan d'amélioration de la qualité

(version abrégée)



Cornwall Community Hospital
Hôpital communautaire de Cornwall

Le 31 mars 2011

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 établissements 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 établissement. 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 hôpital et décrire comment celui-ci s'intègre à d'autres processus de planification de l'hôpital. Vous pouvez également y décrire vos priorités et votre plan de changement pour l'année prochaine.

Consulter l'annexe D du [document d'orientation du PAQ](#) pour en savoir plus sur la manière de remplir cette section.

1. Aperçu du plan d'amélioration de la qualité de notre hôpital pour 2011-2012

(Énoncé général mobilisateur [maximum de 100 mots] qui reflète des objectifs conformes à la vision, à la mission et aux valeurs de votre établissement.)

- 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.

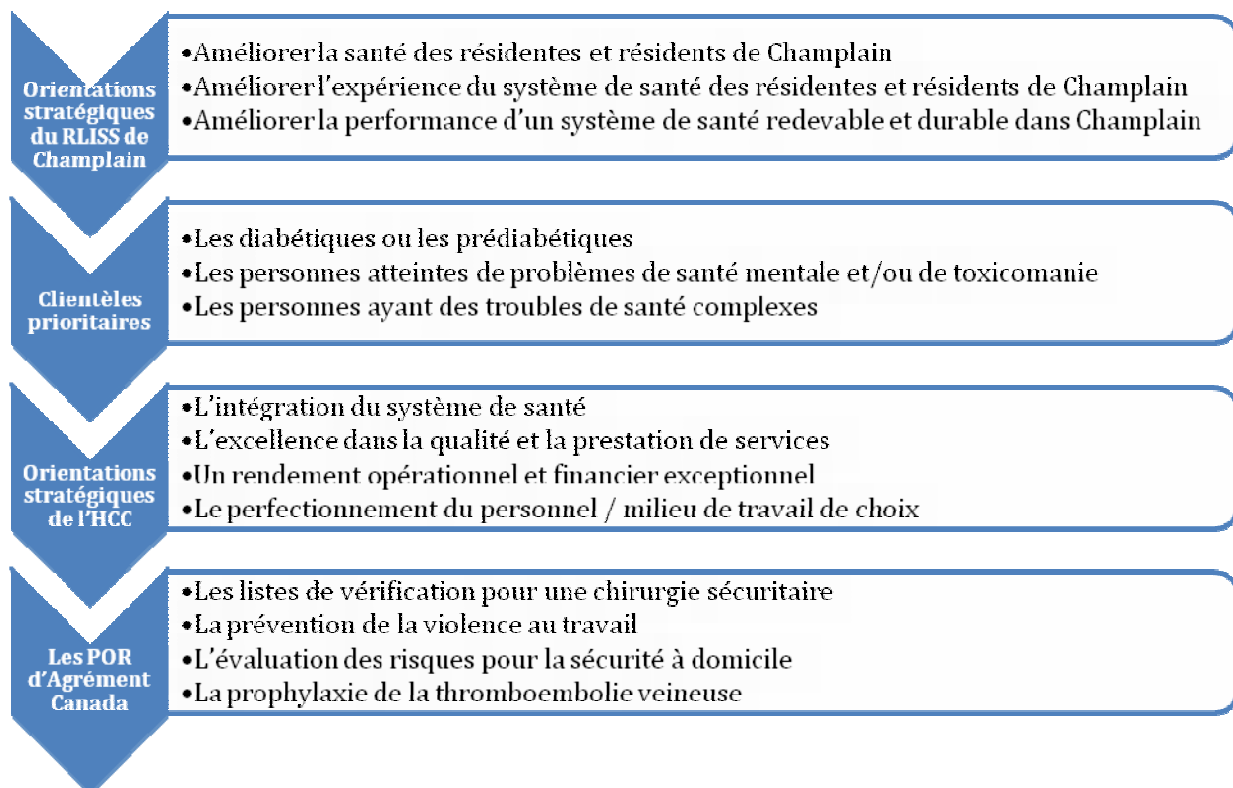
2. Ce à quoi nous nous consacrerons et comment nous atteindrons ces objectifs

(Description des objectifs fixés en vue d'améliorer la qualité des services et des soins dans votre hôpital. Cette section décrit les objectifs précis, les mesures à prendre et les changements envisagés à la base même du plan. Vous devez également indiquer comment les ressources seront utilisées de sorte que les leviers financiers appropriés soient en place pour mener à terme les activités énumérées dans votre PAQ.)

- Le PAQ 2011-2012 de l'HCC s'attarde principalement à la gestion de la demande ainsi qu'aux processus d'arrivée et de sortie des patientes et patients optimisant l'utilisation des ressources disponibles. Une grande démarche de l'établissement est l'inscription à la quatrième vague du Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences. L'avis d'acceptation de la demande a été reçu le 14 mars 2011.
- Parmi les autres priorités soulignées dans le PAQ, mentionnons la sécurité des patientes et des patients, la qualité des soins, la mise en place de l'infrastructure nécessaire, les mesures de protection et les pratiques exemplaires factuelles servant à créer les meilleurs résultats possible pour les patientes et patients desservis.

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

(Expliquez comment ce document s'harmonise avec les autres documents de planification élaborés par votre établissement, tels que l'Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers [ERS-H], et avec les démarches de partenaires externes clés tels que le réseau local d'intégration des services de santé [RLISS] et les centres d'accès aux soins communautaires [CASC].)



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 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.

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).

- 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 l'obtention de résultats d'examen).
- À l'HCC, 46 % des visites à l'Urgence se situent à 4 ou 5 sur l'échelle canadienne de triage et de gravité. Ces personnes s'attendaient donc à devoir attendre longtemps pour obtenir des soins.
- 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 des comtés de l'Est devrait demeurer la même (HCC, Glengarry, Winchester, Hawkesbury), l'HCC prodiguant des soins à 40 % d'entre eux.

Service de médecine

- Présentement, le volume de patientes et patients nécessitant un autre niveau de soins (ANS) à l'HCC est particulièrement élevé, surtout chez les personnes de 65 ans et plus.
- Les gens sont surtout hospitalisés pour les raisons suivantes : broncho-pneumopathie chronique obstructive, pneumonie, insuffisance cardiaque congestive, infarctus du myocarde et arythmie, soit 55 % de toutes les sorties relatives aux soins actifs et 59 % de la durée des séjours à l'HCC.
- Le caractère inadéquat des soins de longue durée, la pénurie de médecins de famille dans la collectivité et une population vieillissante contribuent aux enjeux relatifs au volume de patients à l'HCC, à une augmentation du nombre nécessitant un ANS et à une utilisation inefficace des ressources (p. ex. des infirmières autorisées à l'Urgence s'occupent de patientes et patients de médecine générale).
- La prévalence du cancer à Cornwall et dans les communautés avoisinantes est marquée. Cependant, en ce moment, la prestation de services d'oncologie ne fait pas partie de ceux de base de l'HCC.

Bloc opératoire

- 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 hospitalisé dans ces comtés.
- Le nombre d'interventions d'urgence y est très élevé, ce qui perturbe l'horaire des autres opérations.
- 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 en plus nécessaires dans la région.
- On a déterminé que les personnes âgées font partie d'un groupe insuffisamment desservi, comme le sont les enfants et les jeunes.

Partie B

Nos objectifs et nos initiatives d'amélioration

Veillez 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 au Conseil ontarien de la qualité des services de santé [QIP@ohqc.ca] et d'y inclure un lien vers ces documents et le site Web de votre hôpital. Veillez consulter le document d'orientation du PAQ pour des indications sur la manière de remplir cette section.



Veuillez ne pas éditer ou modifier le texte inclus dans les colonnes A, B et C.

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/indicateur de résultat	Rendement actuel	Objectif de rendement en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
Sécurité	Réduire les infections à Clostridium difficile (ICD)	Taux d'ICD par 1 000 jours-patient : Nombre de patients nouvellement diagnostiqués avec une ICD attrapée à l'hôpital, divisé par le nombre de jours-patients dans un mois, multiplié par 1 000 - moyenne en janv.-déc. 2010 selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	0.52	0.0	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Résultats d'octobre à décembre 2010 = 0,75 - Ce taux dépasse le 80e centile parmi les hôpitaux. De janvier à novembre 2010, ils ont été supérieurs à la moyenne provinciale pendant 9 mois. D'autres mesures de prévention et de contrôle des infections mises en œuvre en juin 2010 ont donné des résultats positifs.
	Réduire l'incidence de la pneumonie sous ventilation assistée (PVA)	Taux de VPA par 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 en janv.-déc. 2010 selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	2,975	0.0	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Résultats obtenus : 1 cas (janvier-mars 2010), 0 cas (avril-décembre 2010).
	Améliorer l'hygiène des mains des fournisseurs de service	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 - 2009-2010, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	Empl. MCC = 73 %; empl. 2e Rue = 69,6 %	80%	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Un programme d'hygiène des mains a été conçu puis mis en place grâce à des infirmières autorisées qui sont des professionnelles en prévention des infections y étant affectées. Cependant, la majorité des médecins, du personnel infirmier de première ligne et des autres membres du personnel clinique de l'HCC n'aura pas terminé les services internes obligatoires avant juillet-août 2011. Objectif : atteindre le premier rang entre avril 2012 et mars 2013.
	Réduire le taux d'infections de la circulation sanguine liées à un cathéter central	Taux d'infections de la circulation sanguine liées à un cathéter central par 1 000 jours-circulation sanguine : Nombre total de cas nouvellement diagnostiqués d'infections de la circulation sanguine 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 en janv.-déc. 2010 selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	0.0	0.0	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Résultats d'octobre à décembre 2010 = 0,00
	Éviter les nouveaux cas de plaies de lit	Taux de plaies de lit : Pourcentage de patients en soins continus complexes affligés de nouvelles plaies de lit au cours des trois derniers mois (stage 2 ou plus) - Exercice 2009-2010, Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD).	9.5	Objectif de rendement non établi pour avril 2011 à mars 2012	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Taux inférieur à la valeur médiane de 18 autres hôpitaux communautaires (9,5 contre 12,7).
	Empêcher les chutes	Taux de chute : Pourcentage de patients en soins continus complexes qui n'ont pas un historique récent de chute, mais qui en ont fait une au cours des derniers 90 jours - Exercice 2009-2010, SISLD.	Données incomplètes	Objectif de rendement non établi pour avril 2011 à mars 2012	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Début de la saisie des données du SISLD en décembre 2010. Un outil d'évaluation normalisé est présentement évalué.
	Éviter les incidents défavorables	Réduction de 10 % du taux de départ de la salle d'urgence sans avoir vu un médecin par rapport au rendement de base (T3 de l'exercice 2010-2011).	8.6	7.7	1	Se reporter aux indicateurs ci-dessous : temps d'attente à la salle d'urgence.	Se reporter aux indicateurs ci-dessous : temps d'attente à la salle d'urgence.	T3 = inférieure à/égale à 7,7 %	Exposition à un risque considérable et possibilité d'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité, intervention conforme aux orientations stratégiques et priorités du MSSLD, du RLIS de Champlain et de l'HCC.	Des mises à jour périodiques seront fournies.
Éviter les incidents défavorables	Les pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada (2011) : listes de vérification pour une chirurgie sécuritaire; prévention de la violence au travail et prophylaxie de la thromboembolie veineuse. Cible = 100 % (politique, procédures et formation du personnel terminées)	30%	100%	1	1) Mise sur pied d'équipes multidisciplinaires pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les pratiques organisationnelles requises (POR).	Champion désigné des POR, dont il est responsable.	T4 = 100 %	Initiatives essentielles sur la sécurité des patients, Agrément Canada, 2012.	Des mises à jour périodiques seront fournies.	
Efficacité	Réduire les décès évitables dans les hôpitaux	Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) : Nombre de décès observés divisé par le nombre de décès prévus, multiplié par 100 - Exercice 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).	83	Objectif de rendement non établi pour avril 2011 à mars 2012	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Exercice 2009-2010 : RNMH cumulatif annuel de l'HCC : RNMH = 83, limite inférieure de contrôle (LIC) = 71, limite supérieure de contrôle (LSC) = 97. Si le RNMH est supérieur à 100, il y a eu davantage de décès que prévu chez les patients hospitalisés, compte tenu des caractéristiques de la population de patients de l'hôpital.	Des mises à jour périodiques seront fournies.
	Réduire les réadmissions inutiles dans les hôpitaux	Taux de réadmissions au cours des 30 jours pour des groupes de maladies analogues (GMA) dans n'importe quel établissement : Nombre de patients faisant partie d'un GMA donné réadmis dans n'importe quel établissement pour des soins non facultatifs en milieu hospitalier au cours des 30 jours après avoir obtenu leur congé, comparativement au nombre de réadmissions non prévues pour des soins non facultatifs - T1 2010-2011, Base de données sur les congés des patients (BDPC).	BPCO = 16,3% Insuffisances cardiaques = 16,1%	Objectif de rendement non établi pour avril 2011 à mars 2012	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Taux supérieur à la valeur médiane de 18 autres hôpitaux communautaires pour des GMA : BPCO, insuffisances cardiaques. La durée moyenne de séjour est substituée à l'indicateur de trois interventions orthopédiques, conformément aux priorités régionales déterminées de l'HCC et du RLIS de Champlain (voir le rendement relativement à la durée moyenne de séjour).
	Réduire le temps inutile passé en soins de courte durée	Pourcentage de jours d'autres niveaux de soins : Nombre total de jours de soins de courte durée désignés comme autres niveaux de soins, divisé par le nombre total de jours de soins de courte durée. T2 2010-2011, BDPC, ICIS.	37%	Objectif de rendement non établi pour avril 2011 à mars 2012	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	34 lits affectés à un ANS et à des soins de longue durée présentement transférés à un exploitant en milieu communautaire (juillet 2011), date qui coïncide avec l'entrée en fonction d'un hospitaliste additionnel. Malgré le taux actuellement élevé de jours d'autre niveau de soins, les initiatives ci-dessus devraient aider à remédier considérablement à ce défi et à cette priorité d'ordre opérationnel d'importance.	Des mises à jour périodiques seront fournies.
	Améliorer la santé financière de l'établissement	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 - Normes de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario (NPRSSO).	0	0-5%	1	1) Centre fonctionnel d'analyse comparative du Health Care Management Group 2) Déroulement léger / améliorations apportées au processus 3) Examens des modèles de dotation en personnel 4) Réduction des heures supplémentaires / gestion de l'assiduité	Rapports mensuels sur les écarts.	T4 = supérieure à/égale à 0 %	Cet indicateur évalue la viabilité financière. Une valeur positive indique que le total des dépenses est inférieur à celui des revenus (un surplus). Un hôpital fait preuve d'une saine gestion financière si la marge totale est de 0 à 5 %.	Des mises à jour périodiques seront fournies.
	Améliorer l'utilisation des ressources	Heures travaillées à l'urgence / visites équivalentes . Réduction de 10 % comparativement au rendement de base - 2009-2010.	2.18	1.96	1	Se reporter aux indicateurs ci-dessous : temps d'attente à la salle d'urgence	Se reporter aux indicateurs ci-dessous : temps d'attente à la salle d'urgence.	Cible T4 = inférieure à/égale à 1,96	Selon les rapports du centre fonctionnel d'analyse comparative de gestion du capital humain, d'importantes réductions sont possibles si on compare le rendement actuel à celui des autres établissements.	Des mises à jour périodiques seront fournies.
	Réduire le nombre évitable de jours-patient passés à l'hôpital	Rendement relativement à la durée moyenne de séjour (rendement principal) : a) arthroplasties de la hanche (sauf les révisions et les resurfaçages); b) arthroplasties du genou (sauf les révisions); c) fractures de la hanche avec fixation de l'articulation de la hanche ou du fémur. Réduction de 5 % au T4 2011-2012 comparativement au rendement de base.	Durée moyenne de séjour (soins actifs) = a) 7,5 b) 5,8 c) 10,8	Cible T4 = inférieure à/égale à a) 7,1 b) 5,5 c) 10,3	1	1) Mise sur pied d'équipes multidisciplinaires pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les cheminement cliniques propres à chaque intervention.	Champion désigné des cheminement cliniques, dont il est responsable.	Cible T4 = inférieure à/égale à a) 7,1 b) 5,5 c) 10,3	L'élaboration et la mise en œuvre de cheminement cliniques propres à trois interventions devraient réduire considérablement la durée moyenne de séjour. Les interventions sont conformes aux objectifs d'amélioration du RLIS de Champlain en matière d'interventions orthopédiques.	Des mises à jour périodiques seront fournies.
	Accès	Réduire le temps d'attente au service d'urgence	Temps d'attente dans la salle d'urgence : 90 pour cent du temps d'attente dans la salle d'urgence des patients admis. T2 2010-2011, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), ICIS.	50.7	Objectif de rendement non établi pour avril 2011 à mars 2012	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire
		Temps d'attente dans la salle d'urgence : 90 pour cent du temps d'attente dans la salle d'urgence pour des problèmes complexes. T3 2010-2011, SNISA, ICIS.	17.9	Objectif de rendement non établi pour avril 2011 à mars 2012	2	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	Non nécessaire	
Réduire le temps d'attente au service d'urgence		Temps d'attente à la salle d'urgence : 90e centile de durée de séjour à la salle d'urgence dans le cas des patients admis. T1-3 2010-2011. Réduction de 10 % de la durée de séjour des patientes et patients admis.	72.9	65.6	1	La demande de l'HCC dans le cadre de la quatrième vague du Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences a été acceptée (2011-2012). Ce programme donne aux hôpitaux une approche intensive structurée et les ressources permettant d'améliorer la circulation des patients, et ce, dès leur arrivée à l'urgence jusqu'à leur mise en congé des unités d'hospitalisation.	Suivi périodique obligatoire des rendements de mesure du patient et d'autres indicateurs, et présentation de rapports à ce sujet au Comité directeur du Programme d'amélioration du fonctionnement des salles	Cible T4 = inférieure à/égale à 65,6	Le rendement actuel de l'HCC ne respecte pas les cibles provinciales (90e centile) : patients hospitalisés; non hospitalisés, gravement atteints; patients non hospitalisés, cas mineurs. Attente en matière de rendement : si la durée de séjour est supérieure à la cible provinciale, amélioration de 10 %. Attente en matière de rendement concernant l'évaluation initiale par le médecin : 10 % d'amélioration par rapport à la ligne de référence initiale, si non réalisée en 2010-2011.	Des mises à jour périodiques seront fournies.
Réduire le temps d'attente au service d'urgence		Temps d'attente à la salle d'urgence : 90e centile de durée de séjour à la salle d'urgence pour ce qui est des patientes et patients non admis, mais gravement atteints. T3 2010-2011, SNISA, ICIS. Réduction de 10 % de la durée de séjour des patientes et patients non admis, mais gravement atteints.	10.1	9.1	1			Cible T4 = inférieure à/égale à 9,1		

Partie C

Le lien à la rémunération selon le rendement de nos cadres

But de la rémunération selon le rendement :

1. Favoriser le rendement et améliorer la qualité
2. Établir des attentes claires en matière de rendement
3. Veiller à la clarté des résultats escomptés
4. Veiller à l'application uniforme des mesures d'incitation au rendement
5. Favoriser la transparence dans le processus d'incitation au rendement
6. Favoriser la responsabilisation à l'égard de l'exécution du plan d'amélioration de la qualité
7. Permettre le travail en équipe vers un but commun

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.

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

(La rémunération des membres de la haute direction, y compris le directeur du personnel, le cas échéant, et le chef de direction des soins infirmiers, qui relèvent directement du directeur général, doit être liée à la réalisation d'objectifs. Veuillez consulter le [règlement](#) [Règlement de l'Ontario 444/10].)

La rémunération de nos cadres est liée au rendement de la manière suivante :

Rémunération à risque de la directrice générale et de l'équipe des cadres (%) 2 %

Dimension de qualité	Objectif	Mesure ou indicateur de résultat	Priorité	Pondération de l'indicateur
Sécurité	Éviter les incidents défavorables	Réduction de 10 % du taux de départ de la salle d'urgence sans avoir vu un médecin par rapport au rendement de base (T3 de l'exercice 2010-2011).	1	15 %
Sécurité	Éviter les incidents défavorables	Les pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada (2011) : listes de vérification pour une chirurgie sécuritaire; prévention de la violence au travail et prophylaxie de la thromboembolie veineuse. Cible = 100 % (politique, procédures et formation du personnel terminées)	1	10 %
Efficacité	Améliorer la santé financière de l'établissement	Marge totale (cumulée) : pourcentage selon lequel les revenus globaux (cumulés) dépassent les dépenses globales (cumulées) ou n'y correspondent pas, excluant les effets de l'amortissement des installations, dans un exercice donné. T3 2010/2011, NPRSSO.	1	10 %
Efficacité	Améliorer l'utilisation des ressources	Heures travaillées à l'Urgence / visites équivalentes. Réduction de 10 % comparativement au rendement de base – 2009-2010.	1	5 %

Rémunération à risque de la directrice générale et de l'équipe des cadres (%)

2 %

Dimension de qualité	Objectif	Mesure ou indicateur de résultat	Priorité	Pondération de l'indicateur
Efficacité	Réduire le nombre de jours-patient passés à l'hôpital	Rendement relativement à la durée moyenne de séjour (rendement principal) : a) arthroplasties de la hanche (sauf les révisions et les resurfaçages); b) arthroplasties du genou (sauf les révisions); c) fractures de la hanche avec fixation de l'articulation de la hanche ou du fémur. Réduction de 5 % au T4 2011-2012 comparativement au rendement de base.	1	10 %

Rémunération à risque de la directrice générale et de l'équipe des cadres (%)

2 %

Dimension de qualité	Objectif	Mesure ou indicateur de résultat	Priorité	Pondération de l'indicateur
Accessibilité	Réduire le temps d'attente à l'Urgence	Temps d'attente à la salle d'urgence : 90 ^e centile de durée de séjour à la salle d'urgence dans le cas des patients admis. T1-3 2010-2011, SNISA, ICIS. Réduction de 10 % de la durée de séjour des patientes et patients admis.	1	10 %
Accessibilité	Réduire le temps d'attente à l'Urgence	Temps d'attente à la salle d'urgence : 90 ^e centile de durée de séjour à la salle d'urgence pour ce qui est des patientes et patients non admis, mais gravement atteints. T1-3 2010-2011, SNISA, ICIS. Réduction de 10 % de la durée de séjour des patientes et patients non admis, mais gravement atteints.	1	10 %
Accessibilité	Réduire le temps d'attente à l'Urgence	Temps d'attente à la salle d'urgence : 90 ^e centile de durée de séjour à la salle d'urgence pour ce qui est des patientes et patients non admis présentant un cas mineur. T1-3 2010-2011, SNISA, ICIS. Réduction de 10 % de la durée de séjour des patientes et patients non admis présentant un cas mineur.	1	10 %
Accessibilité	Réduire le temps d'attente à l'Urgence	Temps d'attente à la salle d'urgence : 90 ^e centile, évaluation initiale par le médecin de la durée de séjour (le premier du triage ou de la date / heure d'inscription à l'évaluation initiale par le médecin). T1-3 2010-2011. Réduction de 10 % de l'évaluation initiale par le médecin de la durée de séjour.	1	10 %
Soins centrés sur les patients	Améliorer la satisfaction des patients	Question dans le cadre d'une enquête canadienne par NRC Picker : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins reçus à l'urgence? » T1-3 2010-2011. Augmentation de 10 % comparativement au rendement de base.	1	10 %

Partie D

Approbation

(Veuillez consulter le [document d'orientation du PAQ](#) pour obtenir plus renseignements 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 soins de santé, de l'ensemble des données sur les incidents critiques et des indicateurs de sécurité des patients;
2. indique les cibles d'amélioration annuelles 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 examiné dans le cadre du processus de présentation de la planification et s'intègre à la planification opérationnelle de l'établissement.

Fernand Hamelin
Président du conseil

Michael E. Turcotte
*Président du Comité
de la qualité*

Jeanette Despatie
Directrice générale