



FICHE DE RENDEMENT 2021-2022 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.

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

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

OFFRIR DES SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Sondage sur l'expérience des patients : renseignements	PAQ	R	Y	R	Y
Visites répétées à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	PAQ	G	G	G	G

Résultats :

Paramètre inférieur à la cible

R

Paramètre dans un intervalle de 10 % de la cible

Y

Paramètre égal ou supérieur à la cible

G

Données non disponibles

n.d.

TRAVAILLER EN PARTENARIAT POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RÉSULTATS DE QUALITÉ					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Sommaire de congé envoyé aux soins primaires dans les 48 heures	PAQ	Y	G	G	Y
Visites au Service d'urgence – temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (TALH)	QIP/CPF	G	R	R	R
Patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels par jour	PAQ	G	G	G	G
Taux de bilans comparatifs des médicaments (BCM) au congé (POR)	PAQ/Agrément	Y	Y	G	Y

Explications des références :

Agrément – Agrément Canada

CPF - Cible (annuelle) du plan de fonctionnement

PAQ – Plan d'amélioration de la qualité

ATTEINDRE L'EXCELLENCE OPÉRATIONNELLE GRÂCE À L'INNOVATION					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4

NOTRE FORCE RÉSIDE DANS NOTRE ÉQUIPE					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Prévention de la violence au travail – incidents	PAQ	R	R	R	R

Indicateur : Sondage sur l'expérience des patients – Renseignements sur les patients hospitalisés

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

Définition : Pourcentage de 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 sortie de l'hôpital? » (question 38)

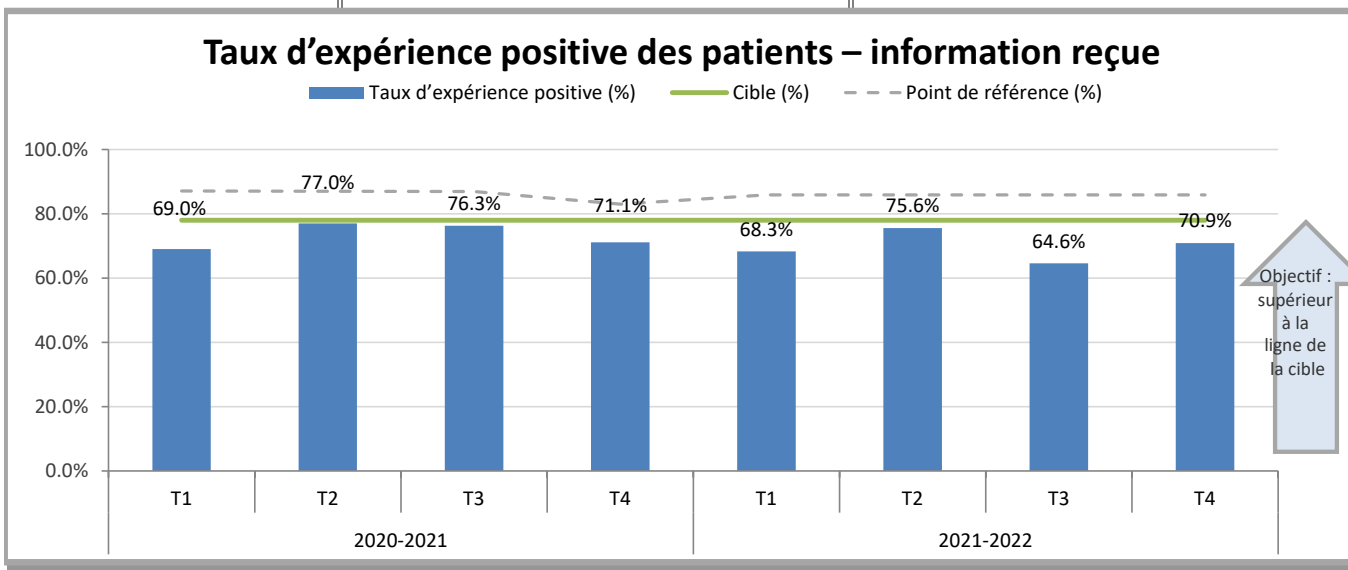
Importance : Tiré de QSSO – « La satisfaction des patients est un important paramètre de mesure de l'expérience des Ontariennes et Ontariens à l'égard du système de soins de santé. Trop souvent, les besoins des établissements et des fournisseurs de soins de santé en Ontario obtiennent la priorité. Un 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 : NRC (National Research Corporation)

Renseignements sur la cible : nouvelle cible établie à 78 %.

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur le rendement trimestriel moyen, NRC – RLISS de Champlain

	2020-2021				2021-2022			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux d'expérience positive (%)	69.0%	77.0%	76.3%	71.1%	68.3%	75.6%	64.6%	70.9%
Point de référence (%)	87.1%	87.0%	86.9%	83.0%	85.9%	85.9%	85.9%	85.9%
Cible (%)	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. Plus grand impact sur le T1 : de faibles résultats en juin (60 %). Avr. : 64,3 %. Mai : 73,3 %.
- T2** Résultats légèrement inférieurs à la cible au cours de ce trimestre. Résultats du T2 : juill. (72,4 %), août (73,1 %) et sept. (77,7 %).
- T3** Cible non atteinte. Résultats du T3 : oct. (76,1 %), nov. (60,5 %) et déc. (61,1 %). Les gains réalisés au T2 ont été perdus. Malgré la pandémie, nos pairs de la province ont pu maintenir leurs cibles du T3.
- T4** Cible non atteinte. Résultats du T4 : janv. (70,8 %) et févr. (70,9 %). Les données de mars ne sont pas incluses dans le T4 puisque l'analyse a été calculée sur 11 mois.

Plans d'amélioration :

- T1** Le Service de la qualité et de la gestion des risques (SQGR) passera les résultats en revue en compagnie des dirigeantes des soins infirmiers et préparera un plan d'action. La distribution du dossier de sortie visait à faciliter cet indicateur, mais il se peut que l'on doive envisager d'autres stratégies.
- T2** Bien que les résultats soient inférieurs à la cible, on note une amélioration à la ligne de tendance. Le SQGR passera en revue les possibilités déterminées au moyen des commentaires, en compagnie des gestionnaires des soins aux patients hospitalisés et il établira un plan d'action.
- T3** Les résultats seront transmis aux dirigeantes des soins infirmiers de même que les tendances concernant la rétroaction sur l'expérience des patients (qualitatif) et un plan sera élaboré au T4, puis mis en œuvre en 2022-2023.
- T4** On passera les résultats en revue en compagnie des dirigeantes des soins infirmiers. Bien que les résultats soient toujours inférieurs à la cible, il y a eu une amélioration par rapport au T3.

Gestionnaires responsables : vice-présidente des Services aux patients et chef de direction des soins infirmiers/directrice de la qualité et de la gestion des risques

Indicateur : Visites répétées au Service d'urgence pour un problème de santé mentale

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

Définition : Pourcentage de visites répétées au Service d'urgence (pour un problème de santé mentale ou d'abus de substances) à la suite d'une visite au SU pour un problème de santé mentale. La visite répétée doit avoir lieu dans les 30 jours de la consultation de référence (première visite). Cela est fondé sur le diagnostic principal (codes de santé mentale - ICD-10) et comprend seulement les cas de l'HCC.

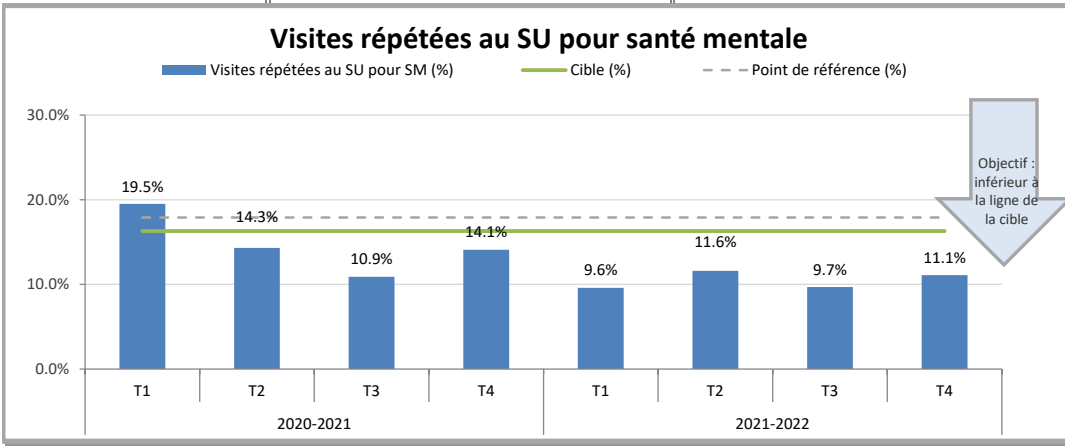
Importance : Les visites répétées au Service d'urgence par les personnes ayant des problèmes de santé mentale contribuent au volume de visites à l'urgence et aux temps d'attente. Elles révèlent généralement un congé prématuré ou un manque de coordination avec les soins après la mise en congé. Étant donné la nature chronique de ces problèmes, l'accès à des services communautaires efficaces devrait réduire le nombre de visites répétées non prévues au SU. Cet indicateur vise à mesurer indirectement la disponibilité et la qualité des services communautaires destinés aux patients ayant des problèmes de santé mentale. Les investissements dans les services communautaires de santé mentale comme les services d'intervention et d'approche en situation d'urgence, les équipes de traitement communautaire intensif et la gestion de cas intensive visent à procurer un soutien qui permet aux personnes ayant un problème de santé mentale de vivre dans la collectivité (ACSM 2009; Chaque porte est la bonne porte, 2009). Cet indicateur appuie également l'établissement et l'amélioration futurs des données recueillies qui pourraient mesurer directement la qualité et la disponibilité des services communautaires de santé mentale, particulièrement en ce qui concerne les temps d'attente.

Source des données : Anzer – SNISA (Système national d'information sur les soins ambulatoires).

Renseignements sur la cible : Cible alignée sur l'ERS-H et l'ERS-M de 2018-2019.

Renseignements sur le point de référence : Fondés sur le T2 2017-2018 du RLISS de Champlain – résultats de l'annexe A tels qu'ils sont indiqués dans le deuxième rapport trimestriel 2017-2018 du RLISS de Champlain sur la mesure du rendement (janvier 2018).

	2020-2021				2021-2022			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Visites répétées au SU pour SM (%)	19.5%	14.3%	10.9%	14.1%	9.6%	11.6%	9.7%	11.1%
Point de référence (%)	17.9%	17.9%	17.9%	17.9%	17.9%	17.9%	17.9%	17.9%
Cible (%)	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%

**Analyse du rendement :**

T1 Les données du T1 sont déclarées et le codage est terminé. Le nombre total de visites au Service d'urgence (SU) en raison de problèmes de santé mentale était de 313. De ce nombre, 30 étaient des visites répétées, soit 9,6 %, un pourcentage bien inférieur à notre cible de 16,3 %. Le nombre de clients ayant fait 3 visites ou plus a diminué.

T2 Les données du T2 sont déclarées et le codage est terminé. Le nombre total de visites au Service d'urgence (SU) en raison de problèmes de santé mentale était de 296. De ce nombre, 34 étaient des visites répétées, soit 11,5 %, un pourcentage inférieur à notre cible de 16,3 %.

T3 Les données du T3 sont déclarées et le codage est terminé. Le nombre total de visites au Service d'urgence (SU) en raison de problèmes de santé mentale était de 290. De ce nombre, 28 étaient des visites répétées, soit 9,7 %, un pourcentage bien inférieur à notre cible de 16,3 %.

T4 Les données du T4 sont déclarées et le codage est terminé. Le nombre total de visites au Service d'urgence (SU) en raison de problèmes de santé mentale était de 298. De ce nombre, 33 étaient des visites répétées, soit 11,1 %, un pourcentage inférieur à notre cible de 16,3 %.

Plans d'amélioration :

T1 Poursuite du contrôle des visites répétées en temps réel et suivi, si nécessaire. Utilisation systématique des documents PowerForm dans le système Cerner, accent soutenu sur la planification des congés et la collaboration entre les Programmes communautaires et l'Unité de santé mentale pour patients hospitalisés (USMPH), y compris la planification des cas faite en collaboration entre le SU, les Programmes communautaires et l'USMPH.

T2 Collaboration avec le Service de police de Cornwall (SPC) et la Police provinciale de l'Ontario afin de soumettre des propositions de subvention et de financement pour maintenir et améliorer nos services de co-intervention. La co-intervention vise entre autres à éviter l'acheminement de gens au SU. Financement obtenu afin de développer le Programme des lits sûrs qui vise aussi principalement à éviter des admissions et l'acheminement de gens au SU. Poursuite du contrôle des visites répétées en temps réel et suivi, si nécessaire. Utilisation systématique des documents PowerForm dans le système Cerner, accent soutenu sur la planification des congés et la collaboration entre les Programmes communautaires et l'Unité de santé mentale pour patients hospitalisés (USMPH), y compris la planification des cas faite en collaboration entre le SU, les Programmes communautaires et l'USMPH.

T3 Soumission fructueuse d'une proposition de subvention de la Police provinciale, poursuite de la collaboration étroite avec elle afin d'améliorer nos services de co-intervention (malheureusement, la proposition de subvention du SPC n'a pas été fructueuse, nous poursuivons notre collaboration de co-intervention actuelle). La co-intervention vise entre autres à éviter l'acheminement de gens au SU. Le développement du Programme des lits sûrs est résolument en cours et son lancement est prévu en avril. Ce programme vise aussi principalement à éviter des admissions et l'acheminement de gens au SU. Poursuite du contrôle des visites répétées en temps réel et suivi, si nécessaire. Utilisation systématique des documents PowerForm dans le système Cerner, accent soutenu sur la planification des congés et la collaboration entre les Programmes communautaires et l'Unité de santé mentale pour patients hospitalisés (USMPH), y compris la planification des cas faite en collaboration entre le SU, les Programmes communautaires et l'USMPH.

T4 Poursuite de la collaboration étroite avec les services policiers par rapport à nos services de co-intervention. Le Programme des lits sûrs lancé vise entre autres à éviter des admissions à l'hôpital et l'acheminement de gens au SU. Poursuite du contrôle des visites répétées en temps réel et suivi, si nécessaire, accent sur la planification des congés et la collaboration entre les Programmes communautaires et l'Unité de santé mentale pour patients hospitalisés (USMPH), y compris la planification des cas faite en collaboration entre le SU, les Programmes communautaires et l'USMPH.

Indicateur : Sommaires de congé (SC) envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures de la mise en congé

Orientation stratégique : Travailler en partenariat pour la sécurité des patients et des résultats de qualité

Définition : Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital pour lequel des sommaires de congé sont envoyés à leur fournisseur de soins primaires (FSP) dans les 48 heures suivant le congé du patient de l'hôpital.

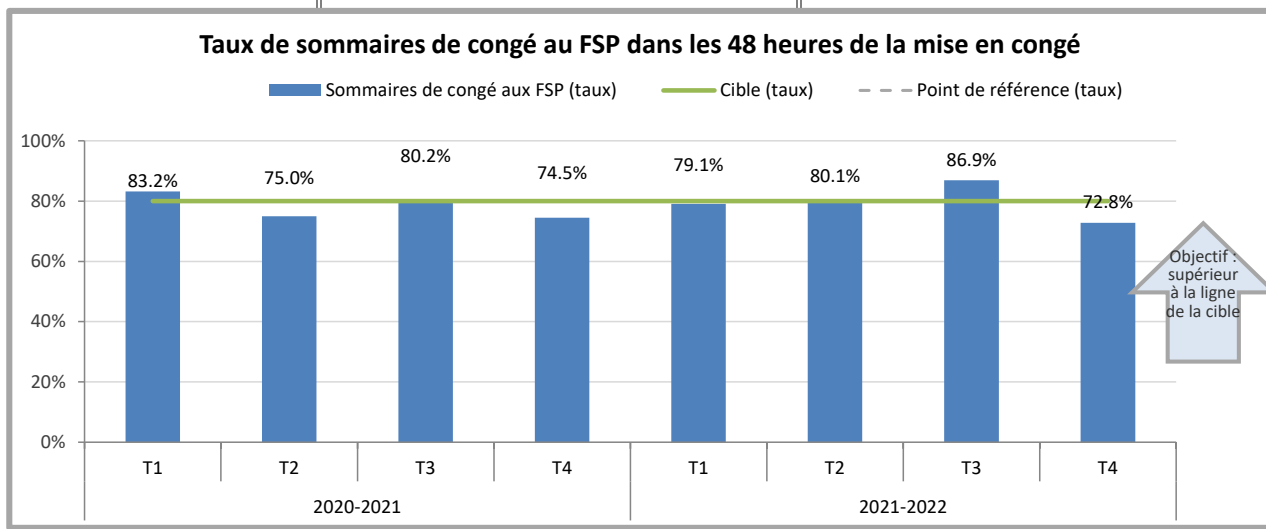
Importance : « Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs soins. Les transferts incomplets ou inexacts de renseignements, l'absence de suivi adéquat ou des erreurs de prescription au moment de la transition peuvent être très dangereux et poser des risques importants et évitables pour les patients. De plus, les répercussions de ces risques peuvent être accrues par les patients et les familles se croyant mal préparés pour gérer leurs soins et qui croient ne pas être en mesure d'accéder aux fournisseurs de soins de santé appropriés pour le suivi. » – Source : Qualité des services de santé Ontario (QSSO).

Source des données : Cerner – Discern Analytics, dossier de santé électronique

Renseignements sur la cible : Cible établie à l'interne, à 80 %, conformément à l'indicateur du PAQ

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2020-2021				2021-2022			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Sommaires de congé aux FSP (taux)	83.2%	75.0%	80.2%	74.5%	79.1%	80.1%	86.9%	72.8%
Point de référence (taux)								
Cible (taux)	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%



Analyse du rendement :

- T1** Malgré une augmentation de 6 % des améliorations au cours du dernier trimestre, les résultats du T1 demeurent légèrement inférieurs à la cible. Au total, 1 284 congés applicables avec 1 016 sommaires de congé ont été envoyés au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures.
- T2** Cible atteinte. Au total, 1 391 congés applicables avec 1 114 sommaires de congé ont été envoyés au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures.
- T3** Cible atteinte. Au total, 1 224 congés applicables avec 1 064 sommaires de congé ont été envoyés au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures.
- T4** Cible non atteinte. Au total, 1 203 congés applicables avec 876 sommaires de congé ont été envoyés au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures.

Plans d'amélioration :

- T1** Nous avons établi des processus afin de collaborer avec les médecins et les groupes de sages-femmes pour garantir le respect de cet indicateur. Le médecin-chef a été chargé d'aider à la communication. L'optimisation des pratiques relatives à la documentation se poursuit afin d'assurer l'efficacité pour les fournisseurs.
- T2** Les efforts du T1 ont mené à une légère amélioration au T2. Cible actuellement atteinte. Nous continuons à communiquer l'importance de s'assurer que la documentation est complète, en temps opportun, afin de permettre un suivi adéquat. Les stratégies mises en œuvre au T1 continueront à être encadrées et renforcées.
- T3** Cible surpassée au T3. Les processus en place fonctionnent. Les équipes continuent à travailler ensemble afin d'appuyer les médecins afin de remplir la documentation à temps. On s'attarde aussi à veiller à la qualité des données du champ « fournisseur de soins primaires » des dossiers de santé électroniques pour que nous ayons tout lieu de croire que les renseignements sont transmis aux partenaires communautaires qui en ont besoin. Poursuite du suivi.
- T4** Cible non atteinte. La performance a grandement diminué par rapport au T3. On prévoit que le travail du projet en collaboration avec le Programme de médecins hospitaliers et les étudiants à la maîtrise aura un effet positif sur l'acheminement des patients au sein de l'organisme. L'un des résultats attendus est une amélioration du déroulement du travail des médecins hospitaliers. Jumelée à un soutien continu et à un examen de la qualité des données, cette initiative mènera à la reprise au T1 de l'exercice 2022-2023.

Indicateur : Visites au Service d'urgence – temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (TALH)

Orientation stratégique : Travailler en partenariat pour la sécurité des patients et des résultats de qualité

Définition : Il s'agit d'un indicateur obligatoire du PAQ. L'indicateur est mesuré en heures, en fonction du 90^e centile, qui représente l'intervalle entre la date et l'heure d'attribution d'un code d'état et le moment où le patient a quitté le Service d'urgence (SU) pour être admis dans un lit d'hospitalisation ou à la salle d'opération.

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 taux de roulement des lits et le temps total passé à l'urgence par les patients admis, dans le but d'améliorer l'efficacité et, ultimement, les résultats en matière de soins aux patients. Le 90^e centile de cet indicateur représente le maximum de temps passé au service d'urgence par 90 % des patients qui attendent d'avoir un lit ou d'entrer en salle d'opération.

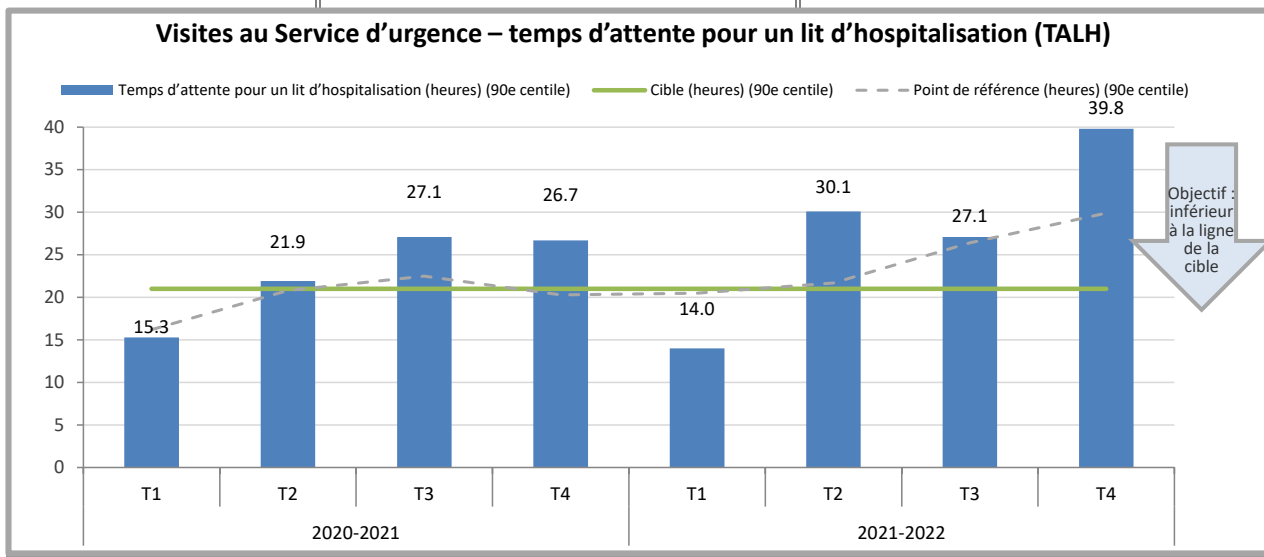
Source des données : Anzer – SNISA

Renseignements sur la cible : Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ, fixée à une réduction de 5 % du rendement de l'exercice 2019-2020 (T1-T4) de 22,2.

* Formule : 22,2 * (1-5 %) = 21,0

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur les résultats du rapport de l'exercice du groupe d'hôpitaux communautaires de grande capacité (accès aux soins au SU) au T1; à partir du T2-2021, **point de référence relatif à la performance fondé sur les résultats du rapport de l'exercice du groupe d'hôpitaux communautaires de capacité moyenne (accès aux soins au SU)** puisque le nombre de visites au SU a diminué à un peu moins de 50 000 durant l'exercice 2019-2020.

	2020-2021				2021-2022			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (heures) (90 ^e centile)	15.3	21.9	27.1	26.7	14.0	30.1	27.1	39.8
Point de référence (heures) (90 ^e centile)	16.2	20.8	22.5	20.3	20.5	21.7	26.4	29.9
Cible (heures) (90 ^e centile)	21.0	21.0	21.0	21.0	21.0	21.0	21.0	21.0



Analyse du rendement :

- T1 Cible atteinte
- T2 Cible non atteinte.
- T3 Cible non atteinte.
- T4 Cible non atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1** Durant le T1, l'HCC a maintenu une capacité d'intensification additionnelle qui a permis de prendre en charge les volumes accrus de patients hospitalisés et de réduire les temps d'attente avant d'obtenir un lit d'hospitalisation. L'établissement continue à maintenir une capacité d'hospitalisation au moyen de lits placés dans les corridors et d'aires de désengorgement supplémentaires.
- T2** Durant le T2, l'HCC a apporté des changements à sa capacité d'intensification en raison du faible niveau de dotation en personnel infirmier (regroupement d'aires de désengorgement dans l'aire des chirurgies d'un jour). Nous avons été incapables d'occuper les lits placés dans les corridors des unités pour patients hospitalisés en raison des précautions universelles d'isolement qui ont diminué la disponibilité de lits de médecine pour les patients admis, ce qui a retenu davantage d'admissions médicales au SU pendant plus longtemps. On a observé des tendances similaires dans les SU de la région.
- T3** Durant le T3, l'HCC a continué d'étendre les aires de désengorgement et d'y affecter du personnel. Nous avons été incapables d'occuper les lits placés dans les corridors des unités pour patients hospitalisés en raison des précautions universelles. On a observé des tendances similaires dans les SU de la région. À l'HCC, des étudiants à la maîtrise en administration des affaires évaluent constamment l'acheminement des patients hospitalisés.
- T4** Durant le T4, l'HCC a conservé des lits de désengorgement afin de maintenir des lits d'hospitalisation additionnels. Nous avons été incapables d'occuper les lits placés dans les corridors des unités pour patients hospitalisés en raison des restrictions liées au contrôle des infections. Plusieurs éclosons (SARM, COVID-19, etc.) ont eu des répercussions sur l'acheminement des patients à leur sortie du SU.

Indicateur : Patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels par jour

Orientation stratégique : Travailler en partenariat pour la sécurité des patients et des résultats de qualité

Définition : Cet indicateur mesure le nombre moyen de patients hospitalisés admis dans un lit, sur une civière, etc. qui sont placés dans un endroit inhabituel pour recevoir des soins à minuit (excluant les patients admis et obtenant leur congé le même jour). Un endroit inhabituel désigne un endroit de l'hôpital où des lits ont été ajoutés pour soigner des patients hospitalisés. Plus précisément, il s'agit d'un endroit assez spacieux pour permettre l'ajout de lits (p. ex., bureau, couloirs au service d'urgence ou dans une unité pour patients hospitalisés, ou auditorium), mais qui ne répond pas aux normes en matière de sécurité et de protection contre les incendies. Les patients qui occupent un lit situé dans un endroit inhabituel n'ont pas accès à une sonnette d'appel ou à des toilettes, et ne se trouvent pas à proximité d'équipement de succion, d'administration d'oxygène, etc.

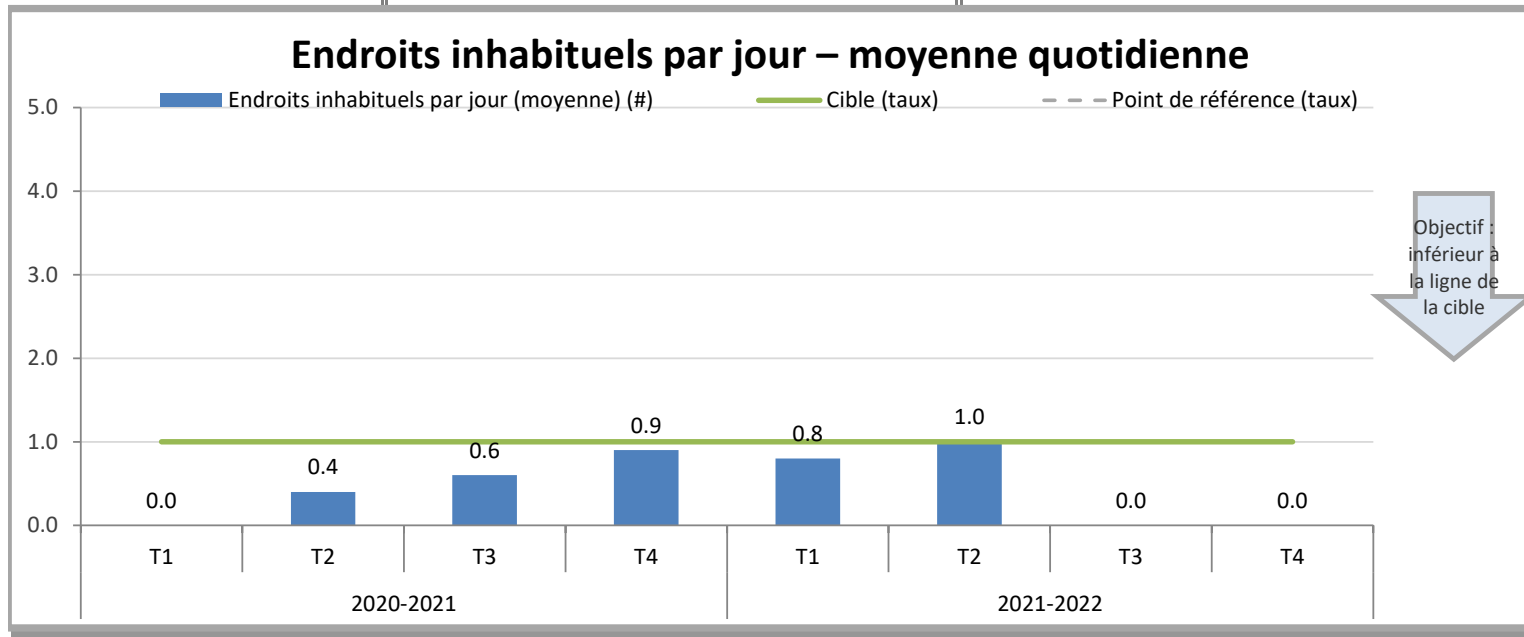
Importance : Cet indicateur donne des renseignements contextuels sur le nombre moyen de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels au cours du T3 de l'exercice 2018-2019. Il peut refléter les pics saisonniers et donne un aperçu du nombre moyen de lits de surcapacité occupés dans les hôpitaux ontariens durant cette période. Cet indicateur, combiné à d'autres comme le temps d'attente pour un lit d'hospitalisation ou le taux d'autre niveau de soins, peut servir à faire le suivi de la capacité d'un hôpital et aider à mieux comprendre la situation.

Source des données : Cerner – Discern Analytics (rapport quotidien de recensement)

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

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2020-2021				2021-2022			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Endroits inhabituels par jour (moyenne) (#)	0.0	0.4	0.6	0.9	0.8	1.0	0.0	0.0
Point de référence (taux)								
Cible (taux)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0



Analyse du rendement :

- T1 Cible atteinte
- T2 Cible atteinte
- T3 Cible atteinte
- T4 Cible atteinte

Plans d'amélioration :

- T1 Poursuite du processus actuel.
- T2 Poursuite du processus actuel.
- T3 Poursuite du processus actuel.
- T4 Poursuite du processus actuel.

Gestionnaires responsables : chef de l'information et des opérations/gestionnaire, acheminement des patients et gestion des lits

Indicateur : Pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada – Taux de bilans comparatifs des médicaments (BCM) au congé

Orientation stratégique : Travailler en partenariat pour la sécurité des patients et des résultats de qualité

Définition : Il s'agit d'un indicateur prioritaire. Le BCM aux points de transition des soins a été reconnu comme étant une pratique exemplaire et il constitue une pratique organisationnelle requise (POR) pour l'obtention de l'agrément. Nombre total de patients sortants ayant obtenu un BCM, divisé par le total de patients sortants (excluant les patientes en obstétrique et les patients nouveau-nés).

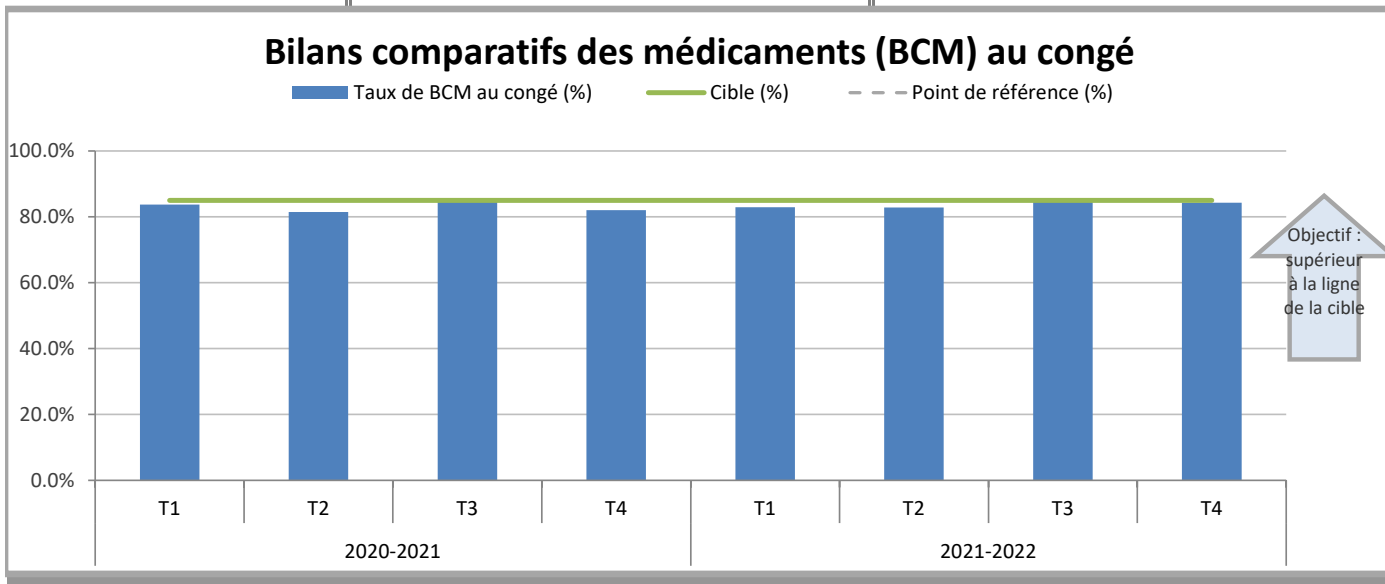
Importance : Le BCM est un processus formel au cours duquel les professionnels de la santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et les autres prestataires de soins de santé dans le but de s'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments sont systématiquement communiqués à travers les interfaces de soins. Le BCM nécessite une analyse systématique et exhaustive de tous les médicaments pris par les patients pour s'assurer que tous les médicaments ajoutés, modifiés ou cessés sont évalués attentivement. Il représente une des composantes de la gestion des médicaments et permettra de fournir les renseignements permettant aux prescripteurs de prendre des décisions adéquates pour le patient. (Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! La trousse En avant! Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée, sept. 2011).

Source des données : Dossier de santé électronique Cerner

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

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2020-2021				2021-2022			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de BCM au congé (%)	83.7%	81.5%	84.7%	82.0%	82.9%	82.8%	85.0%	84.3%
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. Services inférieurs à la cible durant ce trimestre : USPPC (39 %) et niveau 4 en santé mentale (74 %).
- T2** Cible non atteinte. Services inférieurs à la cible durant ce trimestre : USPPC (43,8 %) et niveau 2 en chirurgie (75 %).
- T3** Cible atteinte
- T4** Cible atteinte

Plans d'amélioration :

- T1** Se renseigner davantage sur les résultats de l'USPPC. Cela sera également présenté aux réunions des services pour discuter d'un plan d'amélioration avec les médecins.
- T2** Le gestionnaire de l'USPPC a rappelé aux médecins de réaliser le bilan comparatif des médicaments (BCM) au congé. Il a indiqué aux infirmières de le rappeler aux médecins lors des mises en congé. Cela pose problème puisque les patients sont souvent transférés par Ornge, le BCM au congé n'étant pas alors fait, ou alors ils sont transférés à l'extérieur de l'USPPC durant la nuit lorsque le principal fournisseur de soins n'est pas sur place.
- T3** Le gestionnaire de l'USPPC a travaillé avec l'Informatique clinique afin de ne plus inclure les patients étant transférés à l'Unité de santé mentale pour patients hospitalisés et/ou en réadaptation (ce qui est considéré comme étant une mise en congé dans Cerner). De plus, les décès de patients hospitalisés ne font plus partie des données. Cela permet d'améliorer leur exactitude.
- T4** Cible atteinte. L'évaluation des données a permis d'obtenir des résultats exacts pour aller de l'avant.

Indicateur : Prévention de la violence au travail – incidents signalés

Orientation stratégique : Notre force réside dans notre équipe

Définition : Il s'agit d'un indicateur obligatoire du PAQ. Nombre d'incidents de violence au travail signalés par des travailleurs du milieu hospitalier (selon la définition de la Loi sur la santé et la sécurité au travail) durant une période de 12 mois. La directive d'amélioration est axée sur l'établissement d'une culture de signalement afin d'accroître le nombre d'incidents rapportés.

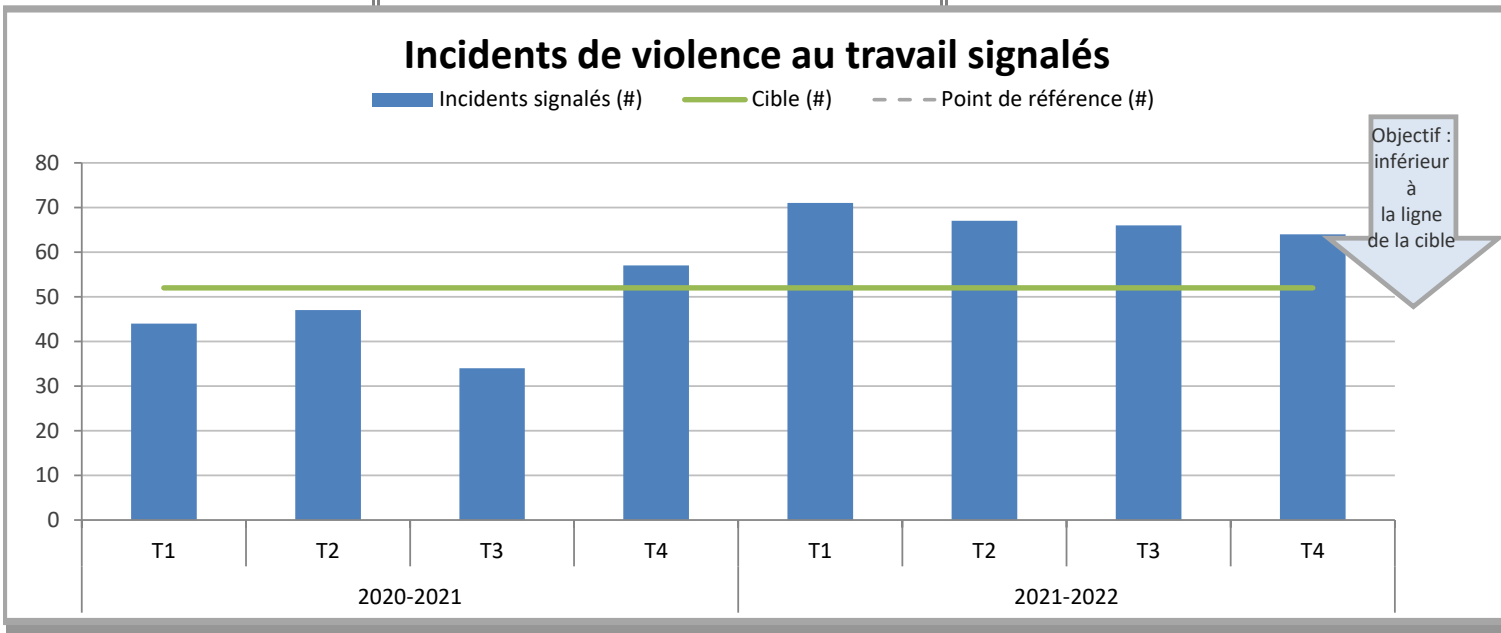
Importance : Selon la Loi sur la santé et la sécurité au travail, la violence au travail est l'emploi par une personne contre un travailleur, dans un lieu de travail, d'une force physique qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice corporel. Il s'agit d'un risque professionnel de plus en plus sérieux. Comme toutes les autres blessures, celles qui découlent de la violence sont évitables. Le signalement de tous les incidents vise à déterminer les priorités d'intervention afin de réduire les risques.

Source des données : RL Solution – Système de gestion des incidents

Renseignements sur la cible : Cible établie, à l'interne, à 52 par trimestre (total de 210 annuellement), conformément à l'indicateur du PAQ.

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2020-2021				2021-2022			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Incidents signalés (#)	44	47	34	57	71	67	66	64
Point de référence (#)								
Cible (#)	52	52	52	52	52	52	52	52



Analyse du rendement :

- T1 Cible non atteinte.
- T2 Cible non atteinte.
- T3 Cible non atteinte.
- T4 Cible non atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1 Poursuite des stratégies actuelles. Mise en oeuvre d'une solution ayant trait aux causes fondamentales des incidents signalés.
- T2 Suivi des tendances en compagnie du Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail pour se pencher sur les stratégies.
- T3 Évaluation des menaces dans les principaux domaines déterminés et poursuite de la promotion de la formation du personnel (c.-à-d. l'intervention non violente en cas de crise).
- T4 Le Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail en fait l'un de ses objectifs du nouvel exercice financier.

Gestionnaires responsables : chef de la Protection de la vie privée et des ressources humaines/gestionnaire des Ressources humaines

 <p>Cornwall Community Hospital Hôpital communautaire de Cornwall</p>	<p>MISSION: Our health care team collaborates to provide exceptional patient centered care</p>	 <p>Cornwall Community Hospital Hôpital communautaire de Cornwall</p>	<p>MISSION : Notre équipe de soins collabore en vue de dispenser des soins exceptionnels, axés sur les patients.</p>
<p>Strategic Plan 2016 - 2021</p>		<p>Orientations stratégiques 2016-2021</p>	
 <p>Partnering for Patient Safety and Quality</p> <p>OUR TEAM OUR STRENGTH</p> <p>OPERATIONAL EXCELLENCE THROUGH INNOVATION</p> <p>PATIENT INSPIRED CARE</p> <p>Vision: EXCEPTIONAL CARE. ALWAYS.</p> <p>ICARE INTEGRITY • COMPASSION • ACCOUNTABILITY • RESPECT • ENGAGEMENT</p>		 <p>TRAVAILLER EN PARTENARIAT POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RÉSULTATS DE QUALITÉ</p> <p>NOTRE FORCE RÉSIDE DANS NOTRE ÉQUIPE</p> <p>ATTEINDRE L'EXCELLENCE OPÉRATIONNELLE GRÂCE À L'INNOVATION</p> <p>OFFRIR DES SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT</p> <p>Vision : DES SOINS EXCEPTIONNELS. TOUJOURS.</p> <p>ICARE INTÉGRITÉ • COMPASSION • RESPONSABILITÉ • RESPECT • MOBILISATION</p>	

[Return to Dashboard](#)