



FICHE DE RENDEMENT 2019-2020 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** - **Mobilisation**

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

OFFRIR DES SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Plaintes dont la réception a été confirmée	PAQ	G	G	G	G
Sondage sur l'expérience des patients – Renseignements	PAQ	G	Y	G	G

TRAVAILLER EN PARTENARIAT POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RÉSULTATS DE QUALITÉ					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Visites à l'Urgence – temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (TALH)	PAQ/CPE	G	G	G	R
Nombre de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels par jour	PAQ	G	G	G	R
Taux de bilans comparatifs des médicaments (BCM) au congé (POR)	PAQ/AGRÉMENT	G	G	G	G

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	G	G	R	R

Résultats

Paramètre inférieur à la cible

Paramètre dans les 10 % de la cible

Paramètre égal ou supérieur à la cible

Données non disponibles

R
Y
G
n.d.

Explications des références :

Agrément – Agrément Canada

CPE – Cible (annuelle) du plan d'exploitation

PAQ – Plan d'amélioration de la qualité

Indicateur : Plaintes dont la réception a été confirmée dans les cinq jours ouvrables

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

Définition : Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée, dans les cinq jours ouvrables, divisé par le nombre total de plaintes reçu durant la période visée.

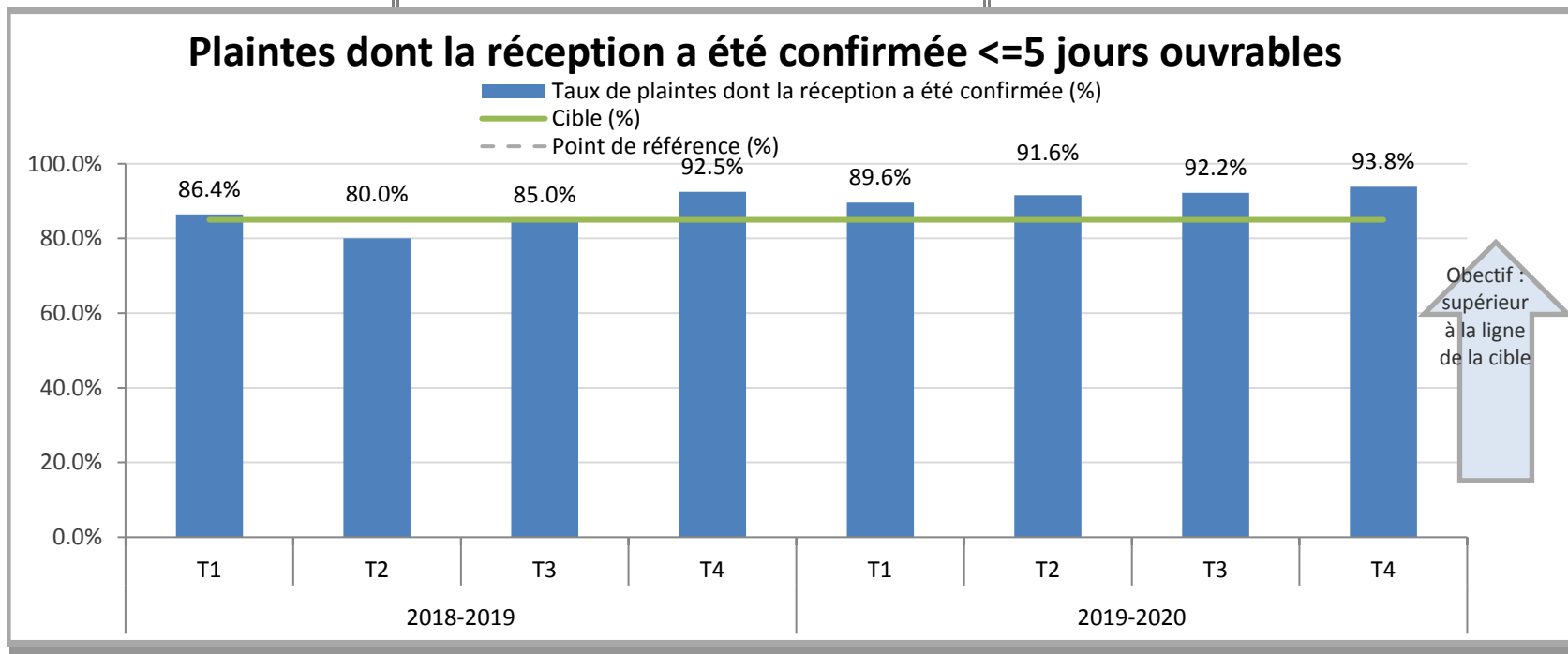
Importance : Cet indicateur mesure le pourcentage de plaintes adressées à un hôpital dont la réception a été confirmée à la personne qui les a déposées. Son calcul dépend du nombre de plaintes reçues durant la période visée. La réglementation exige que les hôpitaux confirment la réception d'une plainte dans les cinq jours ouvrables. Les hôpitaux doivent confirmer officiellement la réception d'une plainte à la personne qui l'a déposée.

Source des données : RL Solutions

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.

	2018-2019				2019-2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de plaintes dont la réception a été confirmée (%)	86.4%	80.0%	85.0%	92.5%	89.6%	91.6%	92.2%	93.8%
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 atteinte : Il y a eu 43 plaintes sur 48 dont la réception a été confirmée durant la période visée.
- T2** Cible atteinte : Un processus est en place pour vérifier la conformité de façon continue.
- T3** Cible atteinte : Le taux de plaintes dont la réception a été confirmée demeure supérieur à la cible.
- T4** Cible atteinte : Le taux de plaintes dont la réception a été confirmée demeure supérieur à la cible.

Plans d'amélioration :

- T1** Accent soutenu sur le maintien du rendement pour confirmer rapidement la réception des plaintes.
- T2** Poursuite comme ci-dessus.
- T3** Poursuite comme ci-dessus.
- T4** Poursuite comme ci-dessus.

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)

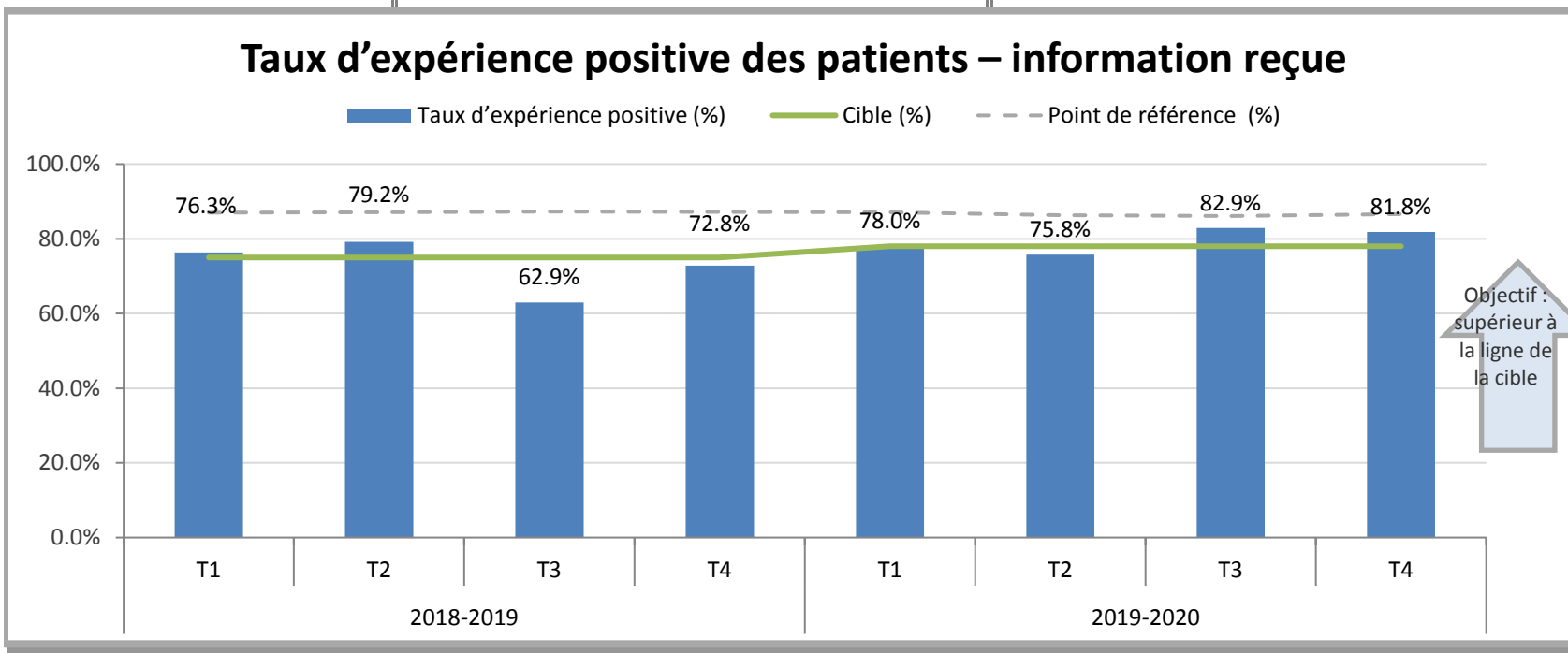
Importance : Tiré de QSSO – « La satisfaction des patients est un important paramètre de mesure de l'expérience des Ontariennes et Ontariens à l'égard du système de soins de santé. Trop souvent, les besoins des établissements et des fournisseurs de soins de santé en Ontario obtiennent la priorité. Un 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 %, conformément à l'indicateur du PAQ, soit une augmentation de 5 % par rapport à celle de l'année précédente (75 %).

Renseignements sur le point de référence : Fondé sur le rendement trimestriel moyen, NRC – RLISS de Champlain

	2018-2019				2019-2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux d'expérience positive (%)	76.3%	79.2%	62.9%	72.8%	78.0%	75.8%	82.9%	81.8%
Point de référence (%)	87.0%	87.1%	87.3%	87.2%	87.1%	86.3%	86.1%	86.6%
Cible (%)	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%



Analyse du rendement :

- T1** Cible de 78 % atteinte. La tendance des résultats est à la hausse.
- T2** Les résultats du T2 (75,8 %) atteignent presque la cible suggérée de 78 %. Le taux de réponse du T2 est légèrement faible à 29,7 % puisque septembre est incomplet, la date de fermeture étant la mi-décembre. Le taux de réponse est faible à 21,4 %.
- T3** Cible atteinte.
- T4** Cible atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite de la sensibilisation du personnel à l'importance d'utiliser l'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP) et de mener des vérifications périodiques.
- T2** Poursuite comme ci-dessus. Amorce d'ajouts hebdomadaires à NRC dès novembre, ce qui devrait accroître les taux de réponse puisque les patients recevront les sondages plus rapidement. Collecte d'adresses courriel amorcée dans le dossier de santé électronique d'ici la mi-octobre, qui sont versées vers NRC afin d'être distribuées si le taux de réponse augmente aussi au T3.
- T3** Poursuite comme ci-dessus. Amorce d'ajouts hebdomadaires à NRC dès novembre, ce qui devrait accroître les taux de réponse puisque les patients recevront les sondages plus rapidement. Le 4 février, nous avons amorcé la distribution d'un dossier d'information aux patients comprenant une lettre de J. Despatie ayant trait au Sondage sur l'expérience des patients. Ce dossier permet aux patients de conserver en un seul endroit les documents d'information qu'ils ont reçus pendant leur hospitalisation.
- T4** Poursuite comme ci-dessus.

Indicateurs : Visites à l'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 la date et l'heure 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 indispensable à l'efficacité et au résultat des soins aux patients, surtout au SU. En parallèle avec d'autres indicateurs, cela peut servir à suivre le taux de roulement des lits d'hospitalisation et le temps total passé au SU par les patients admis, dans le but d'améliorer l'efficacité et, ultimement, les issues des soins aux patients. Le 90^e centile de cet indicateur représente le maximum de temps passé au SU par 90 % des patients qui attendent d'avoir un lit ou d'entrer en salle d'opération.

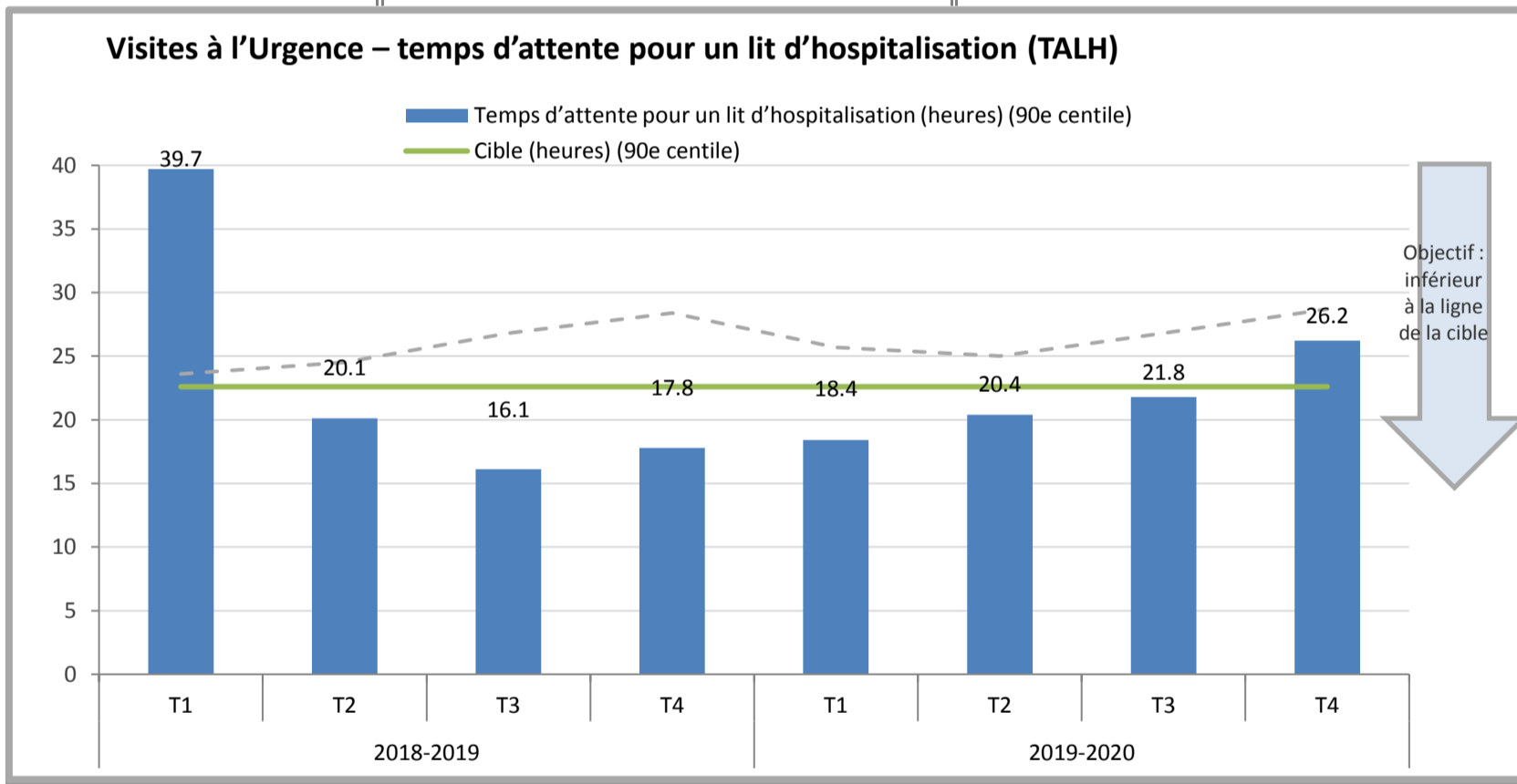
Source des données : Anzer – SNISA

Renseignements sur la cible : Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ, fixée à une réduction de 5 % du rendement de l'exercice 2018-2019 (T1-T3) de 23,8.

* Formule : $23,8 * (1-5\%) = 22,6$

Renseignements sur le point de référence : Rendement comparatif fondé sur le rapport de l'exercice relatif à iPort Access, accès aux soins – Résultats du groupe d'hôpitaux communautaires de grande capacité. Les résultats du point de référence sont exprimés depuis le début de l'exercice.

	2018-2019				2019-2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (heures) (90 ^e centile)	39.7	20.1	16.1	17.8	18.4	20.4	21.8	26.2
Point de référence (heures) (90 ^e centile)	23.6	24.5	26.8	28.4	25.7	25.0	26.8	28.7
Cible (heures) (90 ^e centile)	22.6	22.6	22.6	22.6	22.6	22.6	22.6	22.6



Analyse du rendement :

T1 Cible atteinte et poursuivant une tendance bien en deçà des hôpitaux à volume élevé servant de point de référence

T2 Cible atteinte.

T3 Cible atteinte.

T4 Cible non atteinte. En janvier et février, les taux d'occupation étaient élevés à 109 % en moyenne pour les deux mois, une situation pouvant être associée aux longues durées de séjour et aux grands volumes de patients nécessitant un autre niveau de soins (ANS).

Plans d'amélioration :

T1 Suivi et examen quotidien du rendement durant les réunions concernant les ressources. Accent soutenu sur l'identification et la gestion des obstacles qui entravent le déroulement des activités.

T2 Aucun plan nécessaire pour le moment. Modification des délais cibles concernant l'Outil de présentation de rapports sur l'accès quotidien (OPRAQ) pour se concentrer sur l'amélioration des mises en congé en avant-midi.

T3 Accent soutenu sur les stratégies visant à améliorer ce paramètre.

T4 Comme ci-dessus. Défis actuels : taux d'occupation par rapport à l'isolement des patients soupçonnés d'être atteints de la COVID-19. Tous les efforts servent à suivre l'état d'isolement et à transférer les patients du SU au lit qui leur convient le mieux dans les unités pour patients hospitalisés.

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, couloir aux services d'urgence ou sur une unité pour les 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 suction, d'administration d'oxygène, etc.

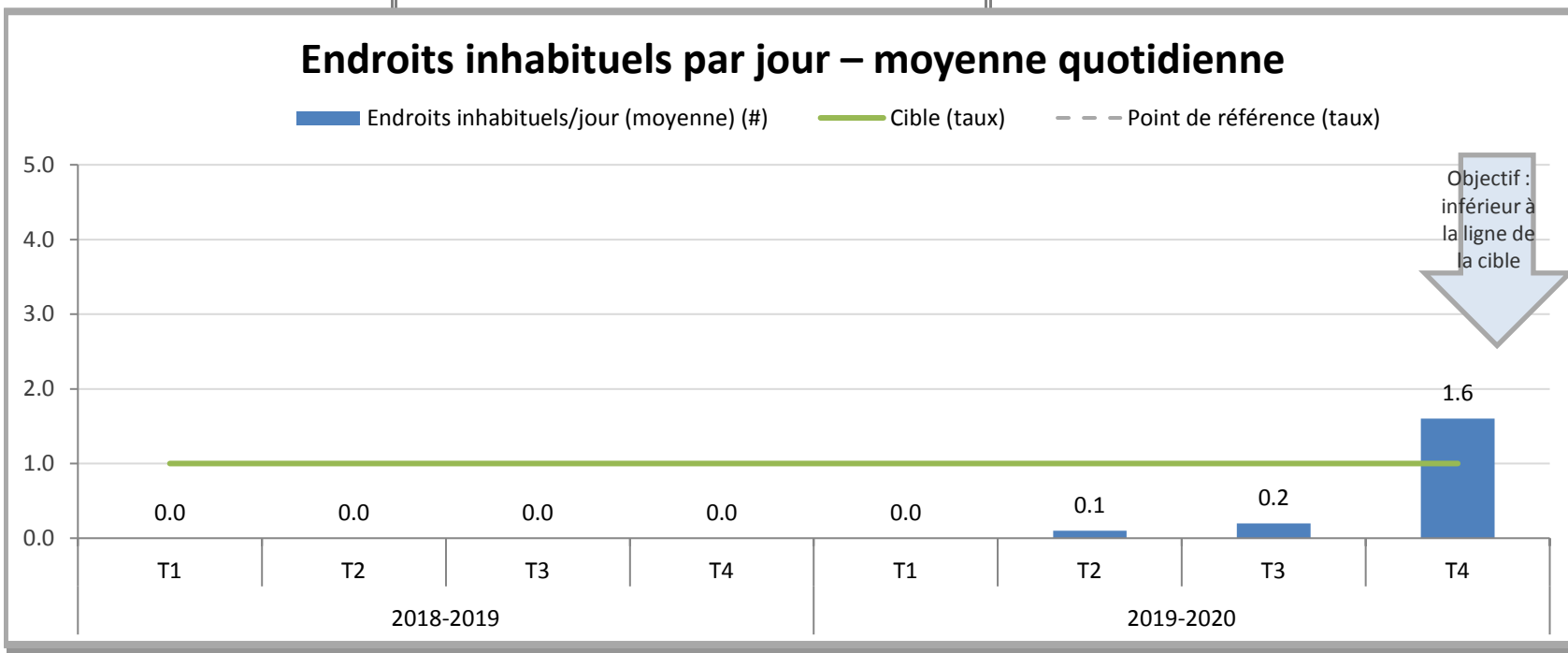
Importance : Cet indicateur donne des renseignements contextuels sur le nombre moyen de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence au cours du T3 de l'exercice 2018-2019. Il peut refléter les pics saisonniers d'hospitalisation et donne un aperçu du nombre moyen de lits de surcapacité occupés dans les hôpitaux ontariens durant cette période. Cet indicateur, combiné à d'autres indicateurs 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.

	2018-2019				2019-2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Endroits inhabituels/jour (moyenne) (#)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	1.6
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 concernant les données d'ensemble de recensement des lits.
- T2** Cible atteinte concernant les données d'ensemble de recensement des lits.
- T3** Cible atteinte concernant les données d'ensemble de recensement des lits.
- T4** Cible non atteinte en raison de temps d'attente prolongés pour obtenir un lit d'hospitalisation, d'un nombre moyen de patients ANS de 21 jours, et de taux d'occupation élevés en janvier et février. Moyenne du taux d'occupation durant ces deux mois : 109 %.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite du suivi. Aucun plan d'amélioration pour le moment.
- T2** Poursuite du suivi. Aucun plan d'amélioration nécessaire pour le moment.
- T3** Poursuite du suivi. Aucun plan d'amélioration nécessaire pour le moment.
- T4** Des processus ont été implantés durant le dernier mois du présent trimestre afin d'éviter que des patients soient admis dans des endroits inhabituels. On travaille à augmenter la capacité en lits d'hospitalisation pour éviter que des patients soient admis dans des lits se trouvant dans des endroits inhabituels.

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 bilan comparatif des médicaments (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 patients en obstétrique et les patients nouveau-nés). (POR) pour l'obtention de l'agrément. Nombre total de patients admis ayant obtenu un BCM, divisé par le total de patients admis (excluant les patients en obstétrique et les patients nouveau-nés).

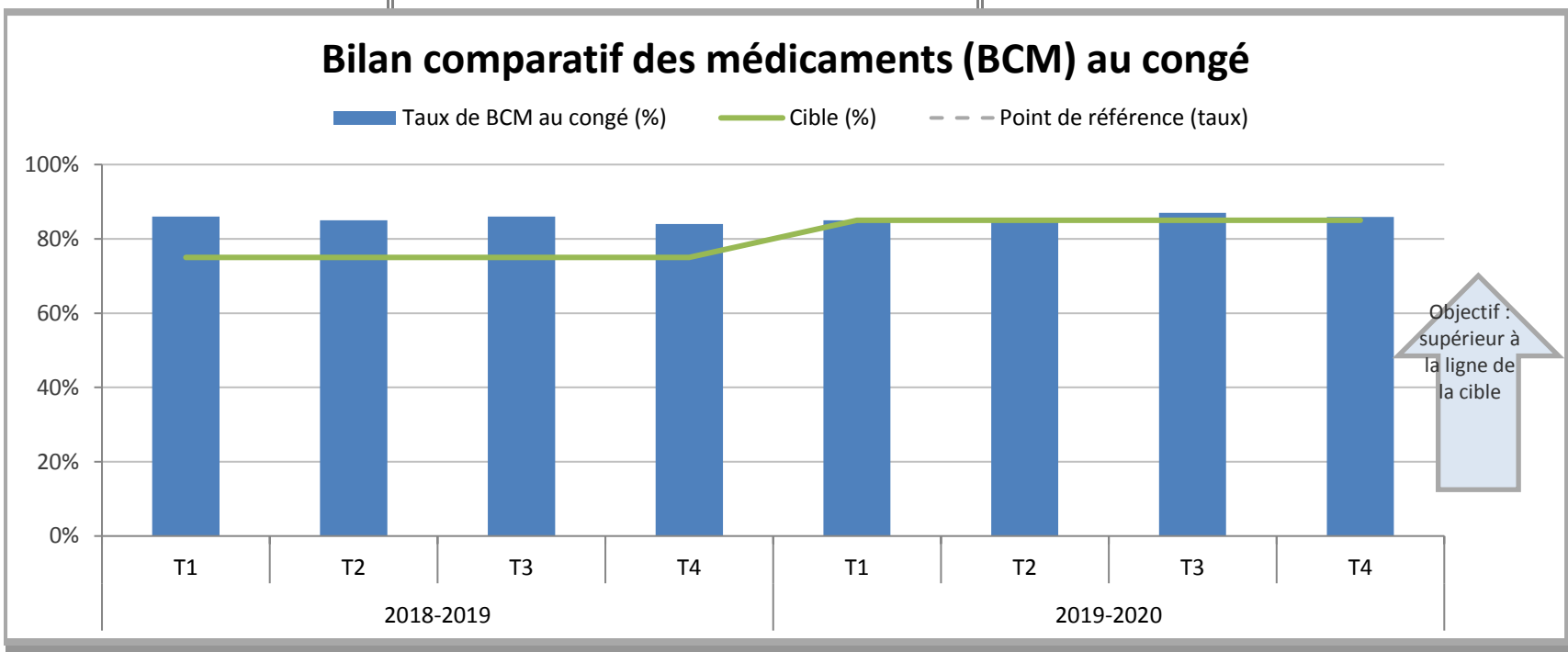
Importance : Le BCM est un processus formel au cours duquel les professionnels de la santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et les autres prestataires de soins de santé dans le but de s'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments sont systématiquement 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 de 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.

	2018-2019				2019-2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de BCM au congé (%)	86%	85%	86%	84%	85%	85%	87%	86%
Point de référence (taux)								
Cible (%)	75%	75%	75%	75%	85%	85%	85%	85%



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte et continuant d'osciller autour de 85 %. La répartition par service montre que le pourcentage de l'Unité de soins aux patients en phase critique (USPPC) et du Service de santé mentale est inférieur à la cible, à 51 % et 73 % respectivement. Tous les autres services sont tout à fait dans la cible suggérée.
- T2** Cible atteinte. La répartition par service montre une légère amélioration du taux de l'USPPC à 53 %. Le Service de santé mentale s'est grandement amélioré, son taux actuel étant de 82 %, tout juste sous la cible suggérée.
- T3** Cible atteinte. Légère amélioration d'ensemble, sauf la diminution à 45 % de l'USPPC. Le Service de santé mentale s'est amélioré et se situe actuellement au-dessus de la cible suggérée..
- T4** Cible atteinte. Diminution de l'USPPC à 36,8 % et le Service de santé mentale se situe tout juste sous la cible de 84,7 %.

Plans d'amélioration :

- T1** Communication des résultats à l'Unité de santé mentale pour patients hospitalisés et à l'USPPC. Discussion sur les obstacles avec les groupes.
- T2** Poursuite comme ci-dessus.
- T3** Poursuite comme ci-dessus.
- T4** Poursuite comme ci-dessus.

Indicateur : Prévention de la violence au travail – incidents signalés

Orientation stratégique : Notre force réside dans notre équipe.

Définition : Cet indicateur du PAQ est obligatoire. 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. Les résultats sont cumulatifs depuis le début de l'exercice. Une sensibilisation a été faite durant l'exercice 2018-2019, l'objectif pour 2019-2020 étant de réduire le nombre d'incidents.

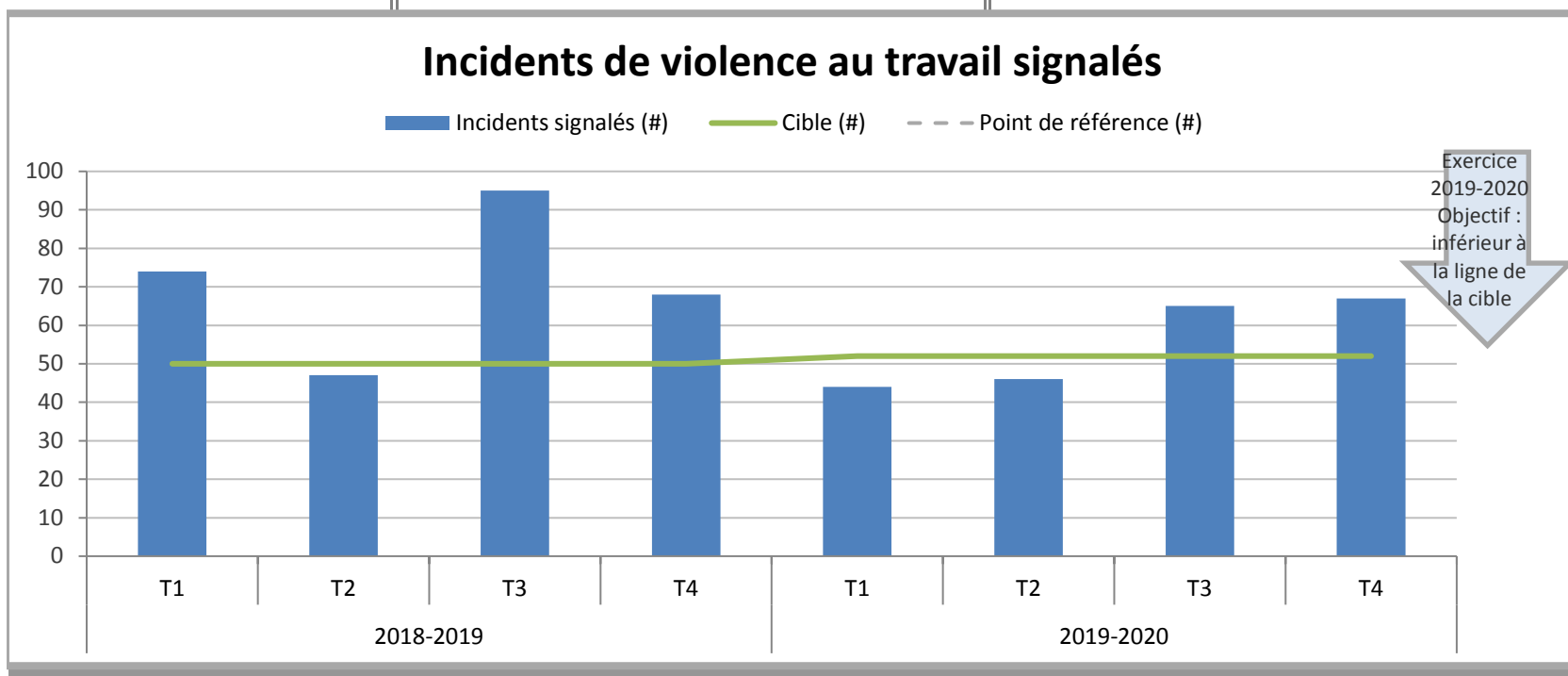
Importance : Selon la Loi sur la santé et la sécurité au travail, la violence au travail est l'emploi par une personne contre un travailleur, dans un lieu de travail, d'une force physique qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice corporel. Il s'agit d'un risque professionnel de plus en plus dangereux. 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 – Incident Management System

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

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2018-2019				2019-2020			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Incidents signalés (#)	74	47	95	68	44	46	65	67
Point de référence (#)								
Cible (#)	50	50	50	50	52	52	52	52



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte. Durant l'exercice 2019-2020, on veut mettre l'accent sur la diminution du nombre d'incidents signalés.
- T2** Cible atteinte.
- T3** Cible non atteinte. Le signalement d'incidents au Programme de traitement de jour pour enfants a commencé en septembre. Des 65 incidents signalés au T3, 19 se sont déroulés dans ce programme, augmentant ainsi de 29 % le taux d'incidents.
- T4** Cible non atteinte. Des 77 incidents signalés au T4, 27 se sont déroulés au Service de médecine, soit un taux d'incidents de 35 %.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite de l'augmentation de la sensibilisation à la prévention de la violence et à la formation (p. ex. formation en matière d'intervention non violente en cas de crise et articles dans The Pulse).
- T2** Le personnel possède une compréhension solide du signalement des incidents.
- T3** Proportion élevée d'incidents concernant le Programme de traitement de jour pour enfants. Modification suggérée du point de référence afin d'en tenir compte.
- T4** Proportion élevée d'incidents concernant l'ajout d'incidents concernant le Programme de traitement de jour pour enfants.

 <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](#)