



## FICHE DE RENDEMENT PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2017-2018

**Vision :** Des soins exceptionnels. Toujours

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

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

**Instructions :** On peut obtenir des renseignements complémentaires en cliquant sur l'indicateur.

OFFRIR DES SOINS CENTRÉS SUR LES PATIENTS					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Sondage sur l'expérience des patients : évaluation globale	PAQ/SEA	Y	Y	G	n.d.
Sondage sur l'expérience des patients – Renseignements	PAQ/SEA	Y	Y	G	n.d.
Taux de réadmission (PFQ) : MPOC	PAQ/SEA	R	G	R	G

**Résultats:**

Paramètre inférieur à la cible	R
Paramètre dans les 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
Visites au Service d'urgence – Partis sans avoir été vus (PSAEV)	QIP/SIA/MoHLTC	R	R	R	R
POR – Taux relatif au bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission	QIP/SIA/Accreditation	R	R	R	R
POR – Taux relatif au bilan comparatif des médicaments (BCM) au congé	QIP/SIA/Accreditation	G	G	G	G

**Explications des références :**

- Agrément – Agrément Canada
- Conseil – Exigé par le Conseil
- ERS-H – Entente de responsabilisation en matière de services
- MSSLD – Publication de rapports exigée; exigé par le ministère
- ERS-M – Entente de responsabilisation en matière de services
- CPE – Cible (annuelle) du plan d'exploitation
- PAQ – Plan d'amélioration de la qualité
- SEA – Stratégie en action

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

**FICHE DE RENDEMENT  
PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2017-2018**

[Retour au tableau de bord](#)

**Indicateur : Sondage sur l'expérience des patients**

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

**Définition :** Pourcentage des répondants qui ont répondu de façon positive (note de 6-10) à la question suivante : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins que vous avez obtenus? » (question 21)

**Importance :** Tirée 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. »

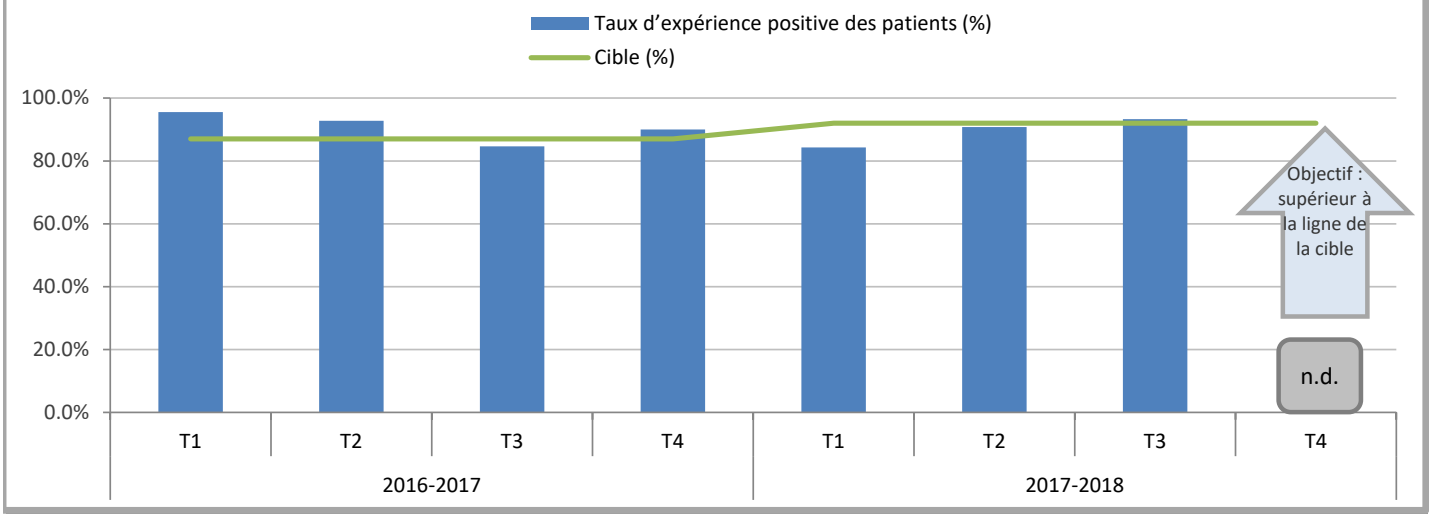
**Source de données :** Résultats de sondages internes

**Renseignements sur le point de référence :** Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ

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

	2016-2017				2017-2018			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux d'expérience positive des patients (%)	95.5%	92.8%	84.6%	90.0%	84.3%	90.8%	93.3%	N/A
Point de référence (%)								
Cible (%)	87.0%	87.0%	87.0%	87.0%	92.0%	92.0%	92.0%	92.0%

### Taux d'expérience positive des patients – Dans l'ensemble



**Analyse du rendement :**

**T1** Résultats du T4 2016-2017 (résultats trimestriels disponibles un trimestre plus tard) – cible surpassée

**T2** Résultats du T1 – Tout juste inférieurs à la cible. 140 réponses applicables

**T3** Résultats du T2 – Tout juste inférieurs à la cible. Taille de l'échantillon : 130 répondants (un peu bas)

**T4** Résultats du T3 – Légèrement supérieurs à la cible. Taille de l'échantillon : 194 répondants (augmentation). Résultats du T4 non disponibles à ce moment-ci.

**Plans d'amélioration :**

**T1** Plans d'amélioration en 2017-2018 : expérience des patients, formation sur la culture autochtone pour le personnel, appel accru aux bénévoles, exploration d'un nouveau programme de TV/IPAD, sensibilisation au niveau de bruit, etc.

**T2** Influencer sur les résultats d'ensemble, certains secteurs ayant élaboré leurs propres questionnaires pour obtenir des commentaires plus pertinents

**T3** Comme ci-dessus

**T4** En date du 1er avril 2018, l'HCC a conclu une entente avec NRC concernant les sondages auprès des patients hospitalisés et au SU. L'outil de sondage utilisé par NRC est conforme à celui des pairs. Nous prévoyons un délai d'exécution amélioré.

**FICHE DE RENDEMENT  
PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2017-2018**

[Retour au tableau de bord](#)

**Indicateur : Sondage sur l'expérience des patients**

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

**Définition :** Pourcentage des répondants qui ont répondu de façon positive (réponses positives : « complètement » et « 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? » (question 38)

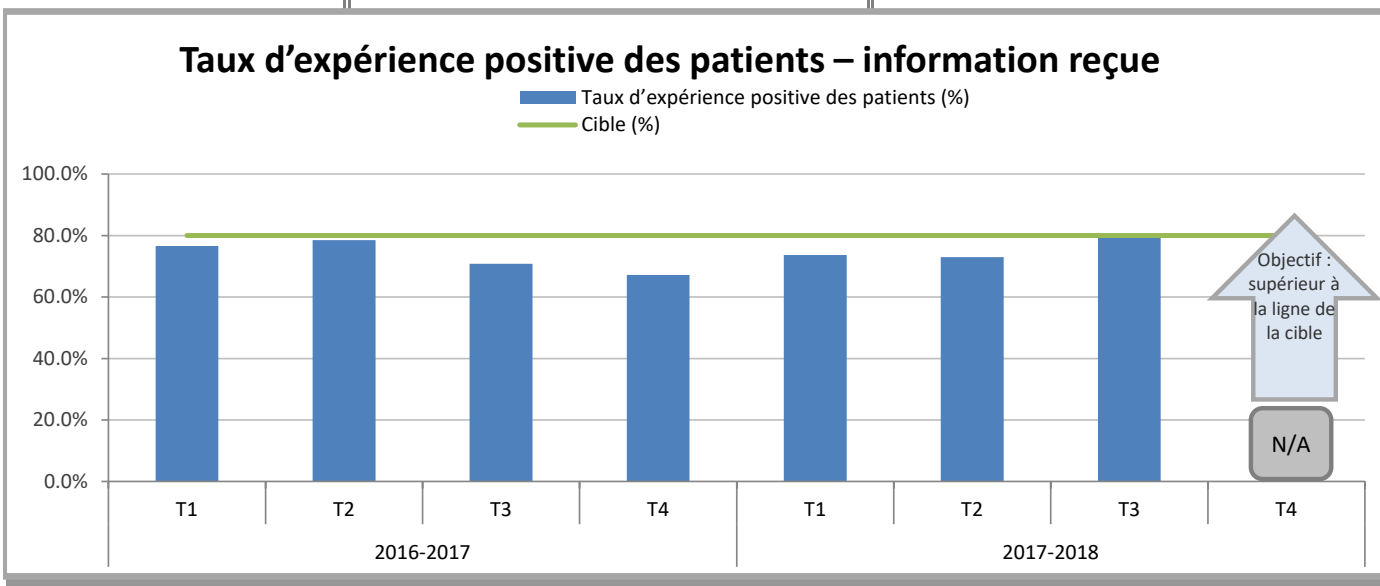
**Importance :** Tirée de QSSO – « La satisfaction des patients est un important paramètre de mesure de l'expérience des Ontariennes et Ontariens à l'égard du système de soins de santé. Trop souvent, les besoins des établissements et des fournisseurs de soins de santé en Ontario obtiennent la priorité. 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 de données :** Résultats de sondages internes

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

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

	2016-2017				2017-2018			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux d'expérience positive des patients (%)	76.6%	78.5%	70.8%	67.2%	73.7%	73.0%	80.4%	N/A
Point de référence (%)								
Cible (%)	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%



**Analyse du rendement :**

- T1** Résultats du T4 2016-2017 (résultats trimestriels disponibles un trimestre plus tard) – résultats inférieurs à la cible
- T2** Tendence des résultats du T1 : inférieurs à la cible. Seulement 133 réponses applicables
- T3** Résultats du T2 légèrement en baisse (seulement 126 répondants)
- T4** Résultats du T3 supérieurs à la cible (augmentation du nombre de réponses à 179)

**Plans d'amélioration :**

- T1** Healthwise : logiciel possible pour fournir des renseignements sur les 10 principaux groupes de maladies analogues (GMA) pour les patients. De plus, on prépare des guides d'information des patients au sujet des 8 principaux diagnostics à l'admission par service d'hospitalisation.
- T2** L'équipe d'informatique clinique continue de s'attarder à la qualité des sommaires de congés des patients. Le directeur de la pratique professionnelle travaille toujours à la préparation des guides d'information des patients portant sur la raison de leur admission.
- T3** Établi comme l'une des grandes priorités de l'organisme durant l'exercice 2018-2019
- T4** Poursuite de l'élaboration des plans ci-dessus. En date du 1er avril 2018, l'HCC a conclu une entente avec NRC concernant les sondages auprès des patients hospitalisés et au SU. L'outil de sondage proposé est conforme à celui des pairs. Nous prévoyons un délai de réception amélioré.

**Gestionnaire responsable :** vice-présidente des Services aux patients et directrice des soins infirmiers/spécialiste des relations avec les patients

**FICHE DE RENDEMENT  
PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2017-2018**

[Retour au tableau de bord](#)

**Indicateur : Taux de réadmission (PFQ) : MPOC**

**Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient**

**Définition :** L'unité de mesure de cet indicateur est une admission unique pour cause de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), conformément aux procédures fondées sur la qualité (PFQ). Les résultats sont exprimés selon le nombre de ces patients atteints d'une MPOC (selon la définition PFQ) qui sont réadmis en raison du même trouble diagnostiqué, ou connexe, dans les 28 jours de leur mise en congé. Les critères d'ensemble concernant une MPOC comprennent les suivants : diagnostic principal de MPOC, résident de l'Ontario, numéro de carte Santé valide et âge >=35. Les réadmissions comprennent les réadmissions non facultatives.

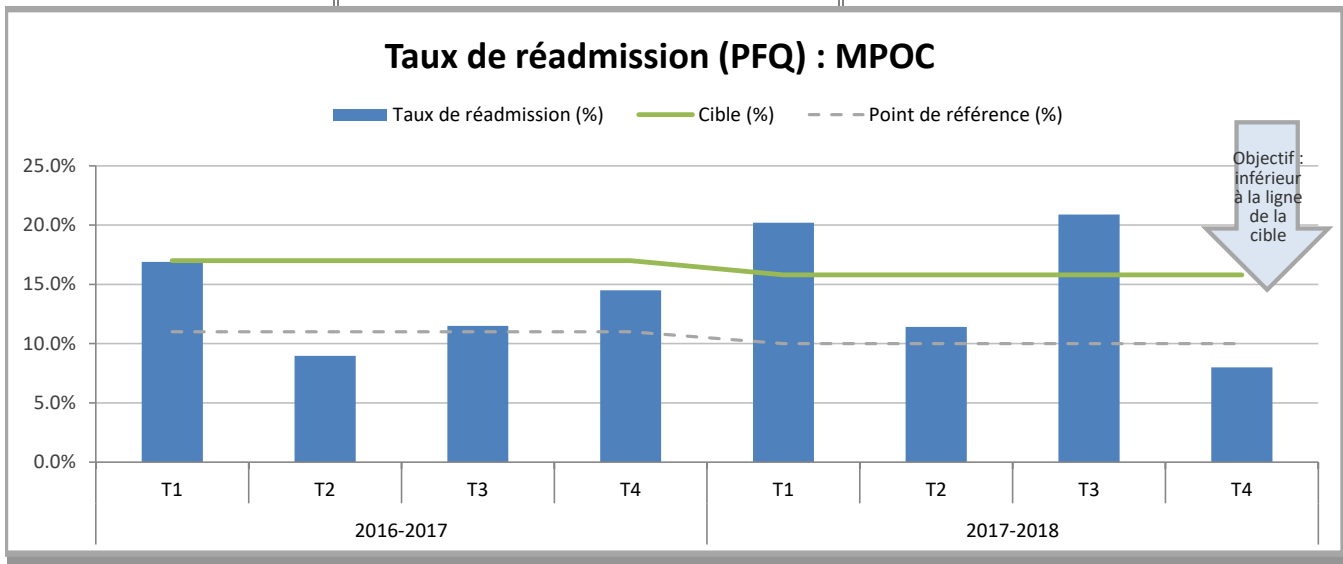
**Importance :** Les réadmissions hospitalières non prévues ont des répercussions néfastes sur les individus, les familles et le système de santé. Les réadmissions évitables demeurent un problème systémique qui concerne aussi l'intégration entre les fournisseurs dans le continuum des soins. Si les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin au moment et à l'endroit où ils en ont besoin, cela contribue à réduire le nombre de réadmissions évitables (MSSLD, *Loi de 2014 sur l'excellence des soins pour tous*).

**Source de données :** Base de données sur les congés des patients (BDCP)

**Renseignements sur la cible :** Cible établie à l'interne à 15,8 % (diminution de 5 % par rapport à la moyenne des 4 derniers trimestres) pour concorder avec le paramètre du PAQ.

**Renseignements sur le point de référence :** Fondé sur le rendement de l'exercice précédent de nos 20 hôpitaux pairs.

	2016-2017				2017-2018			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de réadmission (%)	16.9%	9.0%	11.5%	14.5%	20.2%	11.4%	20.9%	8.0%
Point de référence (%)	11.0%	11.0%	11.0%	11.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
Cible (%)	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	15.8%	15.8%	15.8%	15.8%



**Analyse du rendement :**

- T1** Chiffres préliminaires (estimations) fondés sur les renseignements Cerner = taux de réadmission de 20,4 % au T1
- T2** Rendement amélioré du T2 par rapport au T1. Tendence de 15 % inférieure à la cible. Données de l'exercice précédent : augmentation de 3,9 % pour le même trimestre.
- T3** Résultats du T3 non disponibles à ce moment-ci. Présentation des résultats du T3 au T4 lorsque le codage et le résumé seront terminés
- T4** Résultats du T4 inférieurs à la cible; amélioration marquée par rapport au T3. Taux moyen en 2017-2018 : 15 %. Amélioration globale à la fin de l'exercice 2017-2018 comparativement à la fin de l'exercice 2016-2017.

**Plans d'amélioration :**

- T1** Poursuite du travail par le groupe de travail et établissement d'habitudes d'orientation en compagnie du Seaway Valley Community Health Centre.
- T2** Partenariat soutenu avec le Seaway Valley Community Health Centre. Quelques améliorations : information prévue des médecins, mise en place d'un processus central d'admission pour les aiguillages et d'un formulaire d'aiguillage normalisé pour les fournisseurs de soins primaires, processus d'aiguillage électronique pour les fournisseurs de l'HCC et mise en œuvre les ensembles de modèles d'ordonnances MPOC mettant en relief les pratiques exemplaires en matière de procédures fondées sur la qualité (PFQ).
- T3** Le travail décrit ci-dessus se poursuit. On utilise davantage les ensembles de modèles d'ordonnances.
- T4** Le travail se poursuivra comme au T3. La collaboration avec le Seaway Valley Community Health Centre continuera dans le but d'appuyer davantage les patients hospitalisés. Poursuite de l'examen périodique de l'utilisation des ensembles de modèles d'ordonnances.

**FICHE DE RENDEMENT  
PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2017-2018**

[Retour au tableau de bord](#)

**Indicateur : Pourcentage de visites de gens au Service d'urgence (SU) qui sont partis sans avoir été vus (PSAEV)**

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

**Définition :** Nombre total de visites de gens au SU sans que le patient ait été vu par un médecin, après son inscription (sans évaluation initiale ni traitement), comparativement au nombre total de visites non prévues au SU. Calcul fait en divisant le nombre de patients ayant un code d'état à la sortie 02 ou 03 par le nombre total de visites non prévues au SU. Le rendement est cumulatif

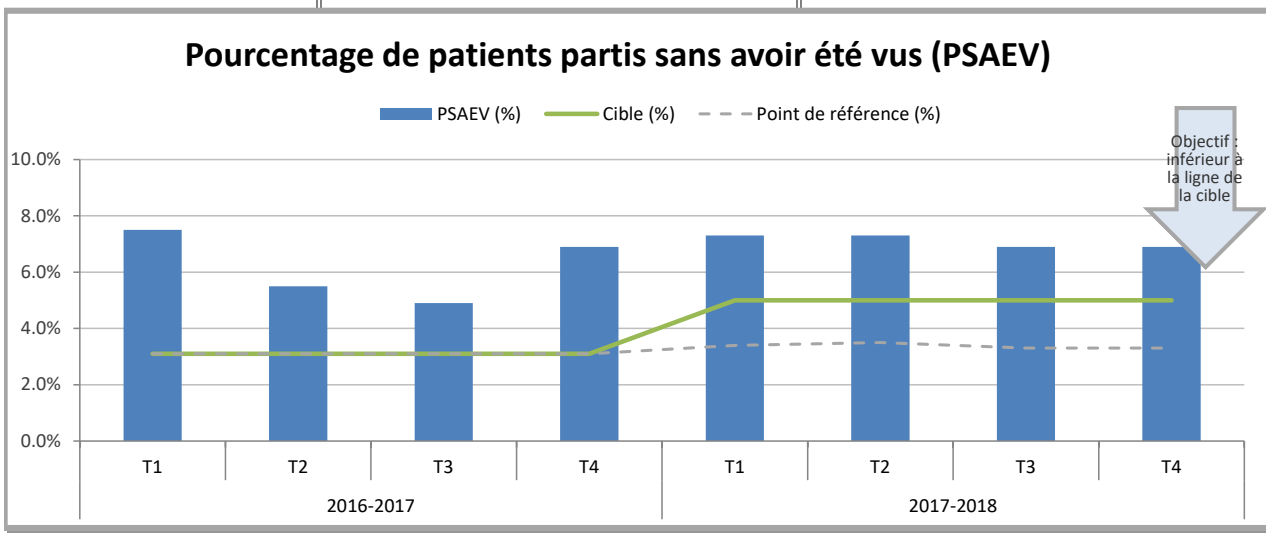
**Importance :** Si les patients partent sans avoir été vus, cela peut constituer un indicateur de la satisfaction des patients et de la qualité pour les SU, quelle qu'en soit la cause (temps d'attente plus long, nombre accru de visites ou diminution des capacités). Cela indique que des problèmes d'accès aux soins sont courants.

**Source de données :** Accès aux soins, Rapport de l'exercice sur les salles d'urgence du Programme d'accès aux soins (Access to Care Emergency Room Fiscal Year Report) (IANSU) – Pourcentage de patients qui sont partis sans avoir été vus

**Renseignements sur la cible :** Cible fondée sur une diminution de 15 % par rapport à la moyenne des 4 derniers trimestres.

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

	2016-2017				2017-2018			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
PSAEV (%)	7.5%	5.5%	4.9%	6.9%	7.3%	7.3%	6.9%	6.9%
Point de référence (%)	3.1%	3.1%	3.1%	3.1%	3.4%	3.5%	3.3%	3.3%
Cible (%)	3.1%	3.1%	3.1%	3.1%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%



**Analyse du rendement :**

- T1** Légère augmentation du T2 au T4 du dernier exercice. Inférieur au T1 du dernier exercice
- T2** Mêmes résultats qu'au dernier trimestre
- T3** Légère diminution du nombre de patients PSAEV
- T4** Mêmes résultats qu'au trimestre précédent

**Plans d'amélioration :**

- T1** Modification des heures des infirmières auxiliaires autorisées au SU afin que la zone d'évaluation et de traitement soit ouverte 24 heures sur 24 dès juillet 2017 afin d'améliorer l'acheminement des patients en soirée. Les quarts des médecins ont été modifiés pour que des heures de travail soient déplacées de la journée en soirée dès le 1er juillet. Conclusion d'une analyse après 2 mois : ce changement n'a pas permis de réduire le nombre de patients PSAEV ni l'attente précédant l'évaluation initiale par le médecin. Les urgentologues ont discuté d'une légère modification de leurs quarts. Un projet d'amélioration continue a débuté pour modifier l'acheminement de la zone d'évaluation et de traitement en y ouvrant une « voie accélérée ». L'équipe en prépare actuellement la mise en place à titre de priorité absolue, puis elle examinera des façons d'accélérer l'acheminement au SU des patients non admis.
- T2** Poursuite comme ci-dessus.
- T3** Ouverture de la voie accélérée en décembre. Poursuite du travail à ce sujet. Mise en place de tournées cliniques structurées de soins infirmiers dans la salle d'attente du SU en mars 2018.
- T4** Pas de tournées amorcées en salle d'attente. Un processus d'appel pour les patients PSAEV a été mis en place. Le rapport initial montre que la plupart de ces patients partent en raison des temps d'attente. L'initiative PSAEV est un miniprojet intégré aux projets organisationnels du SU. Bien que le projet de voie accélérée n'ait pas permis de réduire de façon marquée le nombre de ces patients, les médecins et les infirmières du SU ont décidé de poursuivre le projet pendant six mois de plus et de réévaluer la situation à la fin de cette période.

**Gestionnaire responsable :** directrice principale, Services des soins aux patients en phase critique et Services périopératoires/directrice des Services médicaux

**FICHE DE RENDEMENT  
PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2017-2018**

[Retour au tableau de bord](#)

**Indicateur : Pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada –  
Taux de bilans comparatifs des médicaments (BCM) à l'admission**

**Orientation stratégique : L'excellence sur le plan de la qualité, de la sécurité des patients et de la prestation de services**

**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 admis ayant obtenu un BCM, divisé par le total de patients admis (excluant les patients en obstétrique et les patients nouveau-nés).

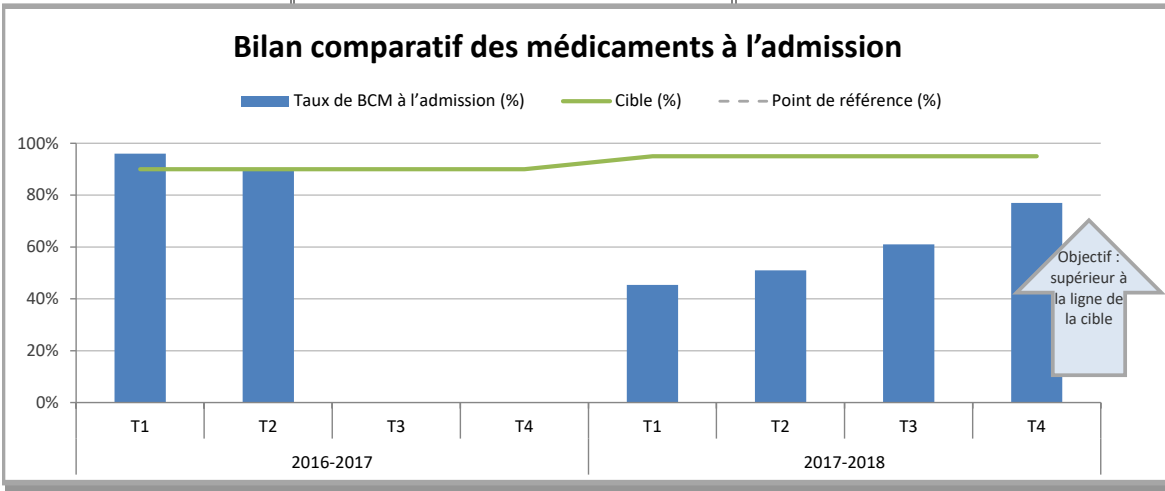
**Importance :** Le BCM est un processus formel au cours duquel les professionnels de la santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et les autres prestataires de soins de santé dans le but de s'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments sont systématiquement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

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

	2016-2017				2017-2018			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de BCM à l'admission (%)	96%	90%	N/A	N/A	45%	51%	61%	77%
Point de référence (%)								
Cible (%)	90%	90%	90%	90%	95%	95%	95%	95%



**Analyse du rendement :**

- T1** - Processus entièrement modifié par la mise en place du dossier de santé électronique. Améliorations en vue. Obtention du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP), fourni pour la plupart des patients admis par l'entremise du SU.
- T2** - Légère amélioration des résultats du T2, mais ils demeurent bien inférieurs à la cible
- T3** - Amélioration continue depuis quelques trimestres, surtout en raison de l'information et des gains d'efficience des techniciens de BCM
- T4** - Prolongement réussi des techniciens de BCM jusqu'à minuit, 7 jours sur 7
  - Règle intégrée dans le système et déployée dans divers secteurs
  - Amélioration évidente au cours du dernier trimestre : déploiement de la règle, prolongation des heures et information des médecins sur le BCM
  - Progrès évident mois après mois : 75 % en janvier, 78 % en février et 80 % en mars

**Plans d'amélioration :**

- T1** Poursuite du travail avec l'équipe C12 et le groupe de travail sur le SU afin de formaliser un processus
- T2** -Poursuite de l'information des médecins en mettant en relief l'importance de terminer les BCM puisqu'un pourcentage élevé (30 %) ne sont faits que partiellement
  - Discussion avec le médecin-chef lors des réunions des services
  - Création d'une règle dans le système dans Cerner pour aviser les fournisseurs de soins qu'un BCM est terminé
- T3** -Poursuite de la sensibilisation de groupes de médecins
  - Prolongation des heures des techniciens de BCM jusqu'à minuit, 7 jours sur 7, ajout de techniciens les fins de semaine pour faciliter les BCM avant l'admission
  - Création d'une règle dans le système pour que les BCM à l'admission soient automatiquement prêts
  - Amorce de l'initiative d'information clinique en compagnie des techniciens de BCM afin d'améliorer leurs déroulements de travail et faciliter le processus
  - Collaboration avec la communauté régionale de pharmaciens de Champlain pour rehausser la communication bidirectionnelle entre l'hôpital et les pharmacies communautaires
- T4** -Travail d'amélioration continue des techniciens de BCM afin d'accroître l'efficacité à des fins de BCM en temps voulu
  - Déploiement de la règle existante intégrée dans le système, dans l'ensemble de l'établissement
  - Sur la voie d'atteindre un taux de 90 % pour l'exercice 2018-2019, surtout pour ce qui est du déploiement de la règle dans l'ensemble de l'hôpital

**FICHE DE RENDEMENT  
PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2017-2018**

[Retour au tableau de bord](#)

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

**Orientation stratégique : L'excellence sur le plan de la qualité, de la sécurité des patients et de la prestation de services**

**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).

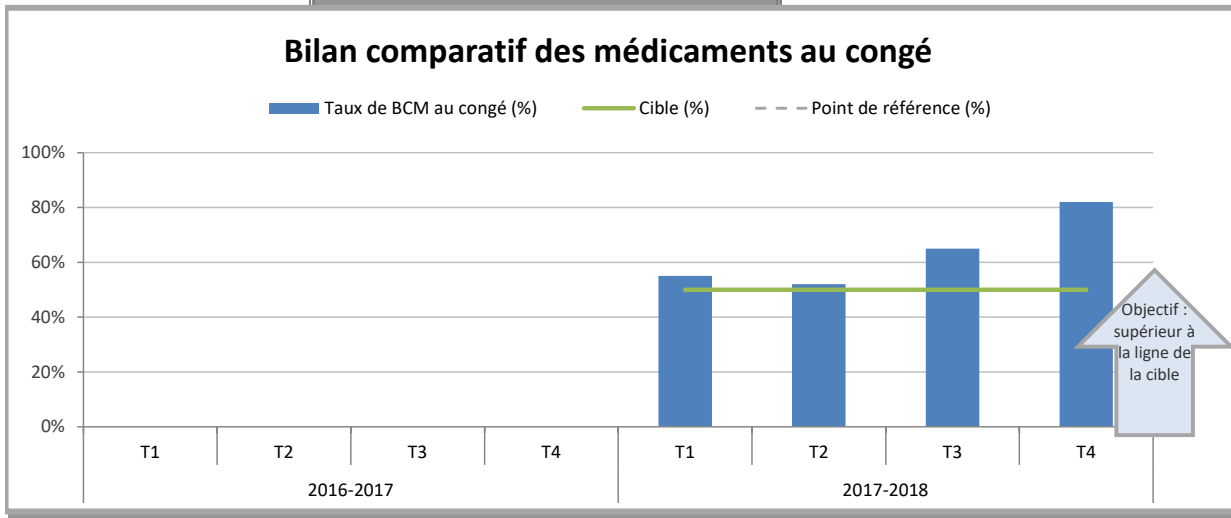
**Importance :** Le BCM est un processus formel au cours duquel les professionnels de la santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et les autres prestataires de soins de santé dans le but de s'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments sont systématiquement 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 50 %

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

	2016-2017				2017-2018			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de BCM au congé (%)					55%	52%	65%	82%
Point de référence (%)								
Cible (%)					50%	50%	50%	50%



**Analyse du rendement :**

- T1** -La qualité des données demeure problématique.
- T2** -Tendance légèrement supérieure à la cible et l'atteignant
- T3** -Amélioration continue durant les derniers trimestres, améliorations découlant surtout des initiatives d'information et des gains d'efficience des techniciens de BCM
- T4** -Règle créée dans le système en déploiement dans divers secteurs
  - Progrès évident au cours du dernier trimestre : déploiement de la règle et information sur le BCM
  - Progrès évident mois après mois : 81 % en janvier, 82 % en février et 83 % en mars
  - Sur la voie d'atteindre un taux de 90 % pour l'exercice 2018-2019, surtout pour ce qui est du déploiement de la règle dans l'ensemble de l'hôpital

**Plans d'amélioration :**

- T1** -Priorité pour l'équipe des cadres supérieurs des services de gestion des applications (AMS) et visant à faciliter l'intégration des services de santé au moyen du travail d'équipe (FHIT) afin de rehausser la qualité des données et la sécurité des patients
- T2** -L'équipe d'informatique clinique (FHIT) s'attarde à l'amélioration de la qualité des sommaires de congés des patients qui comprendront des renseignements sur les BCM.
- T3** -Poursuite de la sensibilisation de groupes de médecins
  - Création d'une règle dans le système pour que les BCM au congé soient automatiquement prêts
  - Collaboration avec la communauté régionale de pharmaciens de Champlain pour rehausser la communication bidirectionnelle entre l'hôpital et les pharmacies communautaires.
- T4** -Déploiement de la règle existante intégrée dans le système, dans l'ensemble de l'établissement
  - Sur la voie d'atteindre un taux de 90 % pour l'exercice 2018-2019, surtout pour ce qui est du déploiement de la règle au comité régional des pharmacies de Champlain au sujet d'idées pour rehausser la communication avec les pharmacies des patients
  - En phase de planification d'idées d'amélioration



**MISSION:**  
Our health care team  
collaborates to provide  
exceptional patient centered care



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

Strategic Plan 2016 - 2021

Orientations stratégiques 2016-2021



**I C A R E**

INTEGRITY • COMPASSION • ACCOUNTABILITY • RESPECT • ENGAGEMENT



**I C A R E**

INTÉGRITÉ • COMPASSION • RESPONSABILITÉ • RESPECT • MOBILISATION

[Return to Dashboard](#)