

Favorisons la santé



Section narrative du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) pour les organismes de soins de santé de l'Ontario



Cornwall Community Hospital
Hôpital communautaire de Cornwall

2017-03-02

Le présent document a pour objectif d'aider les organismes de soins de santé de l'Ontario à établir un plan d'amélioration de la qualité. 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 organismes doivent consulter leurs conseillers juridiques, leurs conseillers en gouvernance et d'autres conseillers appropriés pour concevoir leur plan d'amélioration de la qualité. Par ailleurs, les organismes peuvent concevoir leur propre plan public d'amélioration de la qualité en utilisant des formats et un contenu différents, pourvu qu'ils envoient une version de leur plan d'amélioration de la qualité à QSSO (au besoin) dans le format décrit ci-après.

ontario.ca/excellentcare

Aperçu

L'Hôpital communautaire de Cornwall (HCC) entend fournir des soins exceptionnels, prodigués avec compassion, afin d'améliorer continuellement la qualité et la sécurité des soins, dans un environnement réduisant les risques pour les patients et le personnel. L'année 2017 est la deuxième de notre cycle de planification stratégique. La vision du plan (Des soins exceptionnels. Toujours.) met notamment grandement l'accent sur l'assurance de la viabilité de l'organisme, à la lumière des défis financiers soutenus concernant les soins actifs. Nous sommes responsables de fournir des soins et des services aux patients et aux familles, qui sont le reflet de nos orientations stratégiques suivantes, et nous y sommes déterminés.

- 1) Travailler en partenariat pour la sécurité des patients et des résultats de qualité : nous travaillerons en partenariat avec les experts et nos pairs.
- 2) Des soins centrés sur les patients : nous veillerons à la prestation de soins centrés sur les patients.
- 3) Notre équipe, notre force : nous continuerons à développer les compétences de notre équipe et à encourager le travail d'équipe.
- 4) L'excellence opérationnelle grâce à l'innovation : nous renforcerons notre engagement à réaliser une solide performance au niveau opérationnel et financier.

Au cours de la prochaine année, l'HCC continuera de miser sur les initiatives du Plan d'amélioration de la qualité (PAQ) 2016-2017 afin de rehausser davantage la qualité et la sécurité des soins ainsi que les services fournis. Le programme d'ensemble d'amélioration de la qualité de l'HCC a été bâti sur la responsabilisation des dirigeants, la méthodologie d'amélioration continue, les sondages sur la satisfaction des patients, l'établissement de cibles mesurables et atteignables et la mise en place de plans d'action.

Bien des initiatives d'amélioration que nous avons choisies comprennent un thème axé sur la communication. Nos groupes cibles variés, y compris les cliniciens, les patients, les familles et les visiteurs, sont toujours au premier plan du développement et de la conception d'outils de communication. La nécessité d'une communication accrue était évidente dans les derniers sondages sur la satisfaction des patients et du personnel, où la circulation bidirectionnelle de l'information peut s'avérer insuffisante, créant de possibles écarts dans les soins aux patients. Les améliorations choisies font partie de l'ensemble du protocole de soins. Cela comprend la première interaction avec un patient afin de connaître ses antécédents médicaux, le fait de s'assurer que son séjour est confortable et de lui fournir des renseignements adéquats lors de sa mise en congé afin d'éviter qu'il ne soit réadmis.

Afin d'appuyer le PAQ 2017-2018, l'HCC s'appliquera à accroître davantage la capacité de son programme de qualité :

- en optimisant son dossier de santé électronique (DSE) nouvellement implanté, en faisant appel à des processus et à des ressources d'amélioration continue;
- en appuyant ses employés par l'entremise de processus des ressources humaines améliorés pour mettre l'accent sur l'apprentissage, le développement du leadership et le renforcement des capacités;
- en recueillant davantage de commentaires des patients au moyen de sondages, de groupes consultatifs sur la famille et du Programme de conseillers spécialistes de l'expérience des patients;
- en poursuivant le travail en compagnie des partenaires régionaux et communautaires afin de mettre des projets en oeuvre et d'étendre ceux qui existent (Change Foundation et maillons santé).

Réalisations en matière d'AQ au cours de la dernière année

La mise en place du DSE a été la réalisation la plus marquante de l'HCC l'an dernier en matière d'assurance de la qualité, soit le 1^{er} décembre 2016. L'établissement a mis sur pied un projet (Faciliter l'intégration des services de santé au moyen du travail d'équipe [FHIT]) afin de développer le DSE, soit un système électronique centralisé qui fonctionne en temps réel afin de fournir des renseignements sur les patients aux infirmières, aux médecins et autres, dès la saisie de ces données.

Le DSE est avantageux sur le plan de la sécurité des patients, des soins et de la protection de la vie privée. Il permet aussi à l'HCC d'échanger efficacement des renseignements dans tous les services ainsi qu'avec les partenaires communautaires afin d'améliorer tout le continuum de soins et d'appuyer la vision de prestation des soins (Des soins exceptionnels. Toujours.).

Le projet FHIT a mobilisé le personnel et les médecins afin d'intégrer la technologie pour optimiser la prestation de soins dans le but d'améliorer l'expérience des patients. En développant le DSE, les services de tout l'HCC ont collaboré à la mise en place de déroulements du travail permettant de maximiser les gains d'efficience.

L'équipe de direction de l'HCC a joué un rôle déterminant dans la mise en place du DSE. On a mis sur pied une équipe consacrée au projet FHIT, formée des dirigeants, afin de mener l'amélioration de la qualité, dont faisaient partie un cadre responsable, un architecte de l'intégration, un médecin responsable, un responsable de la formation et de l'information, un responsable des technologies de l'information, un responsable de la gestion du changement et un responsable des communications. Afin de maximiser les gains d'efficience, des experts du domaine visé provenant de tous les services de l'établissement ont participé à la conception du DSE, ce qui s'est avéré essentiel à la réussite du projet.

L'autre clé de la réussite, c'est le temps investi dans le volet de formation. Pratiquement tous les membres du personnel de l'HCC – plus de 1 000 personnes – avaient besoin de formation concernant le nouveau système. Cette période d'apprentissage variait, allant de quelques heures à un certain nombre de jours, afin d'apprendre à utiliser le système. Cette formation a été un volet essentiel à l'adoption et à la réussite de sa mise en œuvre. L'établissement entend poursuivre la formation à ce chapitre.

On ne peut sous-estimer l'ampleur de cette réalisation et son avantage pour l'HCC. Voici quelques-uns de ses avantages pour les patients, le personnel et les médecins :

- La sécurité : Capacité à transmettre des alertes critiques de sécurité, à fournir une aide à la décision clinique et à favoriser la communication entre les membres de l'équipe de soins. Les ordonnances sont créées de façon électronique, éliminant ainsi les risques d'erreurs de transcription.
- La protection des renseignements personnels des patients : Confidentialité et sécurité accrues des données des patients grâce à un accès autorisé selon la fonction des gens, au moyen d'un système de piste automatique de vérification et de l'adhésion stricte aux lignes directrices provinciales dans la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS).
- Les soins : Capacité à fournir des soins centrés sur les patients qui sont mieux coordonnés et plus efficaces puisque les antécédents médicaux et les plus récents renseignements d'ordre médical sont instantanément disponibles et que de multiples fournisseurs de soins peuvent consulter le dossier du patient au même moment.

La mise en place du DSE à l'HCC constitue le plus important jalon de l'établissement en matière d'assurance de la qualité au cours de la dernière année et cela a changé en permanence la façon dont l'HCC fonctionne. Au fur et à mesure de la normalisation du DSE, on s'attend à ce que l'HCC retire encore plus d'avantages du processus d'amélioration de la qualité au cours des années et décennies à venir. Enfin, les collectivités servies en retireront aussi de grands avantages.

Santé de la population

L'environnement unique de Cornwall et de la région, qui comprend la collectivité de la Première Nation d'Akwesasne, constitue un défi pour la prestation de soins de santé à l'HCC. Cornwall fait partie du 20 % de régions ontariennes les plus démunies; 47 % de sa population a un diplôme d'études postsecondaires et 14,5 % des gens y ont un revenu inférieur au seuil de faible revenu. Le nombre de cas de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) y est le plus élevé dans le territoire d'un réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), tandis que le taux d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) y est le plus élevé. Enfin, le taux de diabète de la population autochtone y est très élevé.

Nous collaborons de façon continue avec les programmes communautaires (Seaway Valley Community Health Centre) qui ont obtenu du financement afin de réduire le nombre de réadmissions de patients ayant une MPOC, et ce, en optimisant l'utilisation des cliniques de suivi en matière de MPOC en milieu hospitalier et communautaire. Cerner nous a permis de suivre le nombre de médecins se fondant sur les lignes directrices en matière de pratiques exemplaires, c'est-à-dire en utilisant des ensembles de modèles d'ordonnances standards (MPOC). D'autres mesures peuvent ensuite être adoptées lorsque ces données sont disponibles.

Lorsque cela convient, en compagnie de nos partenaires communautaires, nous élaborons des plans de soins combinés pour nous assurer qu'on répond aux besoins des patients avant leur admission. Pour les raisons mentionnées ci-dessus, l'HCC a choisi la réadmission des patients ayant une MPOC à titre d'indicateur du PAQ pour 2017-2018. Nous continuerons de déterminer les tendances associées aux réadmissions et nous essaierons de coordonner les soins aux patients afin de réduire les réadmissions.

Équité

Certains des patients de l'HCC habitent dans la collectivité de la Première Nation d'Akwesasne. En 2016, 15 employés de l'HCC ont suivi la formation « Core Health Indigenous Cultural Safety » et un employé a suivi celle intitulée « Core Mental Health Indigenous Cultural Safety ». Cinq membres du Conseil d'administration ont assisté à la séance d'information du Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (RLISS de Champlain) concernant les Autochtones. En 2017, nous poursuivrons la formation (« Core Mental Health Indigenous Cultural Safety ») pour le personnel, la haute direction et les médecins du Service de l'urgence (SU) participant également à des séances de formation. D'un point de vue clinique, nous avons des sages-femmes autochtones sur place et nous collaborons avec les coordonnateurs de soins d'Akwesasne afin de mettre en place les plans de mise en congé de leurs patients. Nous avons aussi installé des affiches en langue autochtone et des œuvres d'art dans quelques-uns des principaux services afin d'intégrer la culture dans l'environnement physique. Enfin, nous avons organisé des séances d'information sur la purification afin d'inciter notre personnel à participer à ce rituel.

Nous poursuivrons nos efforts visant à rehausser notre environnement et à informer les employés afin d'améliorer l'expérience des patients, soit l'un de nos indicateurs choisis du PAQ.

Intégration et continuité des soins

À l'HCC, nous croyons que les relations avec les partenaires de soins primaires et de soins communautaires sont essentielles à la santé optimale des collectivités que nous servons. Afin de maintenir des soins sécuritaires et de grande qualité dans le cadre des pressions financières actuelles, nous continuons à revoir les services que nous offrons et nous comptons davantage sur nos partenaires pour les soins à domicile des patients ou dans d'autres milieux de soins.

L'HCC est un organisme responsable d'un maillon santé. Il rassemble ainsi bien des organismes pour concevoir le modèle de maillon santé dans notre région. Par l'entremise des maillons santé, un changement culturel a lieu dans la façon dont nos partenaires coordonnent les soins de leurs patients qui ont davantage de besoins complexes, jetant ainsi les bases pour que cette innovation se propage dans la région. Les priorités de chacune des initiatives du Maillon santé appuient les orientations stratégiques de l'HCC pour répondre aux besoins des patients ayant des besoins complexes et diminuer le nombre de réadmissions de patients qui ont des problèmes de santé mentale et de dépendances, de même que des patients ayant une MPOC, qui sont atteints d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC), etc.

En 2017-2018, l'équipe du projet de maillon santé ne centrera plus ses efforts sur la coordination des soins, mais sur le soutien au prolongement et à la viabilité du modèle dans tout notre territoire. Le modèle est maintenant intégré dans les soins prodigués à l'HCC aux patients qui ont les besoins les plus complexes en matière de dépendances et/ou de santé mentale. Nous nous engageons à mettre en place des plans de soins coordonnés et à faciliter les suivis des médecins dans les 7 jours de la mise en congé de 30 des patients.

En décembre 2016, l'HCC a également appris qu'elle obtenait l'un des quatre projets de la Change Foundation à l'échelle ontarienne. Cet organisme est un groupe de réflexion indépendant en matière de santé qui œuvre pour inspirer des changements positifs au sein du système de soins de santé de l'Ontario. Au moyen d'un engagement ferme à faire entendre tous les points de vue des patients, des aidants naturels ainsi que des fournisseurs de soins de santé et communautaires, l'organisme se penche sur les enjeux de santé actuels, par l'entremise de projets et partenariats variés, afin de faire évoluer le système de soins de santé en Ontario et au-delà. Notre projet innovateur vise à améliorer l'expérience des aidants naturels dans leurs interactions avec le système de soins de santé et ses fournisseurs.

Les thèmes suivants seront probablement ciblés dans le cadre de notre projet de changement : la communication, l'évaluation, la reconnaissance ainsi que la formation et le soutien.

Ce projet sera considéré comme une réussite si un effort commun du personnel hospitalier et des aidants naturels de proches ayant un trouble de santé mentale est déployé.

Nous continuons à collaborer avec le Seaway Valley Community Health Centre afin de coordonner les soins des patients orphelins ayant obtenu leur congé et relativement aux patients ayant une MPOC. Enfin, nous avons conclu un partenariat avec le Centre de soins prolongés St-Joseph afin de partager des ressources axées sur la transition des patients ayant des besoins complexes pour qu'ils passent du milieu hospitalier à un environnement approprié, et ce, dans le but de donner la priorité aux patients et de leur permettre d'obtenir un contexte domiciliaire.

Accès au bon niveau de soins – aborder les problèmes d'ANS

L'HCC a connu une augmentation soutenue du nombre de patients ANS en attente de soins de longue durée (SLD), ce qui a engendré des temps d'attente plus longs pour des soins actifs en raison du nombre très insuffisant de lits de SLD dans les comtés de l'Est. Nous travaillons toujours avec le RLISS de Champlain et nos partenaires communautaires afin d'appuyer des mises en congé sécuritaires et rapides, évitant ainsi à notre établissement de présenter des demandes de SLD à l'hôpital, à moins qu'il n'existe aucune solution de rechange sécuritaire pour aider une personne à retourner en milieu communautaire. Des stratégies ont été développées et mises en œuvre au moyen d'infirmières en gestion des urgences gériatriques et du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC). Le personnel et les médecins du SU ciblent les patients qui s'y présentent en n'ayant pas besoin de soins actifs à l'hôpital, mais pour qui il faut un plan de soins coordonnés afin de les aider à retourner chez eux à partir du SU.

Les cadres supérieurs ont participé à un groupe de travail de Champlain au niveau de la direction, développant alors une planification de la capacité en soins actifs pour des affections subaiguës et mettant en œuvre un processus d'appui au cheminement des soins actifs aux soins actifs pour des affections subaiguës durant les prochaines années. L'HCC continuera de cerner et de mettre en œuvre des stratégies additionnelles, en collaboration avec les fournisseurs de soins de santé de Champlain, afin de réduire le nombre de jours ANS.

Participation des dirigeants, des cliniciens et du personnel

L'élaboration du PAQ annuel fait partie du cadre de planification d'ensemble de l'établissement, qui concorde avec le plan stratégique. L'un de nos buts consiste à faire participer ainsi qu'à autonomiser le personnel et les médecins en mettant en place des milieux stimulants et en s'assurant qu'il existe des occasions de participer, menant ainsi à une qualité de soins améliorée et à une satisfaction accrue des patients. Le PAQ a été élaboré au moyen des commentaires du personnel, des questionnaires, de l'équipe des cadres supérieurs, des médecins et du Conseil d'administration ainsi qu'à partir des enseignements découlant de la mise en place du DSE.

Le processus facilité par le Service de gestion de la qualité et des risques a fait appel à une gamme de dirigeants de tout l'établissement, sur le plan administratif et clinique. Ce groupe a veillé à ce que tous soient sur la même longueur d'onde sur le plan organisationnel, déterminés à assurer le succès du PAQ, et qu'il dispose des ressources adéquates à cette fin.

Notre PAQ deviendra le cadre de nos six indicateurs « stratégies en action » qui feront l'objet d'un rapport et de discussions mensuellement entre les vice-présidents et les directeurs/gestionnaires. Durant ces échanges mensuels, des outils de résolution de problèmes servent à cerner des mesures d'amélioration précises. Ces résultats se répercuteront à tous les échelons du personnel par l'entremise de réunions flash en compagnie des conseils de rendement dans 11 des principaux services de l'HCC, soit une plateforme permettant au personnel de communiquer et de lancer des idées de façon quotidienne et hebdomadaire.

Engagement des patients/clients/pensionnaires

Sur le plan stratégique, nous voulons notamment améliorer la prestation de soins centrés sur le patient. Nous accorderons la priorité aux patients, nous mesurerons et améliorerons la qualité, et nous améliorerons les transitions à l'arrivée à l'hôpital et en y sortant. Tout au long de l'année, l'HCC présente des rapports trimestriels de progrès sur les indicateurs du PAQ au Comité de surveillance de la qualité et du rendement du Conseil d'administration ainsi qu'à ce conseil lui-même. Le PAQ 2017-2018 a été élaboré à partir des commentaires de trois conseillers spécialistes de l'expérience des patients, des membres du Comité de surveillance de la qualité et du rendement et du Conseil d'administration.

Notre programme concernant les conseillers spécialistes de l'expérience des patients nous permet de nous assurer que la voix de ces derniers est entendue et qu'elle influe sur la planification et le processus décisionnel concernant les questions se répercutant sur les soins aux patients, garantissant ainsi qu'on s'attarde aux besoins et aux attentes des patients et des familles. Ces trois conseillers sont des gens qui ont été des patients au cours des deux ou trois dernières années, ou des membres des familles, dont le nom est proposé et qui sont recommandés par le personnel, les médecins et les bénévoles de l'ensemble de l'hôpital. Ultimement, on veut qu'il y ait un conseiller pour chaque grand domaine des programmes offerts. Parmi les exemples de commentaires reçus de ces conseillers, mentionnons l'examen du processus de plainte des patients et des familles et les guides à l'intention des patients, l'effectif du Comité sur les chutes et les observations transmises à la présidente et directrice générale au sujet des discussions sur les taux d'occupation avec le RLISS.

Nous recueillons le point de vue des patients et des familles au moyen de mécanismes variés, y compris des sondages en ligne menés à l'improviste et d'autres faits auprès des patients hospitalisés, le processus électronique de signalement des incidents concernant les patients, le spécialiste en matière de relations avec les patients, les interactions quotidiennes des médecins et du personnel de première ligne. Les données des sondages sur la satisfaction des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont été soigneusement analysées afin de cerner les domaines dans lesquels, selon nos patients, nous pouvons nous améliorer. Chaque trimestre, nous indiquons aux gestionnaires des services les trois volets dont le rendement est supérieur et les trois dont le rendement est inférieur afin qu'ils se félicitent des bons résultats et qu'ils travaillent à l'amélioration des autres volets lors des réunions flash. Les résultats des sondages indiquent que nous devons améliorer nos processus de communication lors de la mise en congé afin de nous assurer principalement que les patients se sentent informés et préparés par rapport à leur transition de soins suivante, cela ayant mené à la sélection de l'indicateur du PAQ selon lequel les « patients ont obtenu suffisamment d'information lors de leur mise en congé ».

Nous avons aussi un comité (Conseil consultatif des familles pour la santé mentale) qui travaille en collaboration avec les Services communautaires de santé mentale et de dépendances de l'HCC. Des représentants du Cornwall & District Family Support Group y siègent. Ce conseil consultatif comprend des représentants de l'administration de l'HCC, des psychiatres et du personnel de première ligne ainsi que des membres des familles. Le Conseil se réunit mensuellement. Il a trois mandats :

- être le porte-parole des familles qui composent avec la maladie mentale;
- plaider pour des améliorations aux politiques et aux pratiques en matière de santé mentale touchant les clients et les familles;
- conseiller de façon informelle les cadres supérieurs et le Conseil de l'HCC.

Sécurité du personnel et violence au travail

Des incidents de violence au travail qui ont eu lieu récemment ont mis en relief la nécessité d'accroître la vigilance à ce sujet. À cette fin, un groupe de travail formé de hauts dirigeants a été mis sur pied en janvier 2015. Il se réunit mensuellement afin de faire avancer son programme. Maintenant permanent, ce groupe de travail est un comité de prévention de la violence au travail. Le personnel communique davantage avec lui et participe plus à ses travaux. En tant qu'élément permanent à l'ordre du jour, il fait la liaison avec le Comité mixte sur la santé et la sécurité.

L'actualisation de la politique et des programmes comprenait un examen approfondi du programme de formation pour l'intervention non violente en cas de crise par rapport à son efficacité et à sa pertinence, l'actualisation de la politique des codes blancs, y compris le recours à la force par les agents de sécurité ainsi que l'élaboration d'un cadre en compagnie des partenaires communautaires pour s'occuper des clients à risque élevé qui se présentent à l'HCC.

On a notamment amélioré le programme de formation pour l'intervention non violente en cas de crise afin de donner une formation d'appoint aux employés pour qu'ils aient une formation de base améliorée, certifiée et avancée, en fonction de l'interaction de l'employé et des patients ainsi que des risques d'incidents. On a aussi augmenté le nombre de formateurs et terminé les séances de formation des formateurs.

Parmi les améliorations apportées à l'environnement physique, mentionnons la rénovation du SU et des chambres d'isolement en psychiatrie, l'installation de boutons « code blanc » pour appeler les infirmières à trois postes de triage du SU, un nouveau service de sécurité en place comprenant des normes accrues ayant trait aux agents de sécurité, des menottes, des vestes et des ceintures leur étant remises. On a aussi passé en revue la rotation des agents afin de maximiser la sécurité.

À l'avenir, le Comité continuera d'évaluer régulièrement nos progrès afin que des initiatives et des améliorations soient mises en œuvre pour s'attarder à la formation et au recours à la force par les agents de sécurité et pour suivre les taux de conformité de chacun des services à la formation pour l'intervention non violente en cas de crise.

Rémunération axée sur le rendement

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

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

- présidente et directrice générale
- vice-présidente des Services aux patients et directrice des Soins infirmiers
- chef des Services financiers et de l'information
- directrice principale du Service d'urgence et du Bloc opératoire
- vice-président des Services de soutien

- vice-présidente des Programmes communautaires
- vice-président de l'Exploitation
- médecin-chef

Indicateurs du PAQ :

1. Réadmission en raison d'une MPOC
2. Obtention d'assez de renseignements par le patient au moment de sa mise en congé
3. Expérience du patient – Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins reçus?
4. Bilan comparatif des médicaments (à l'admission)
5. Bilan comparatif des médicaments (lors de la mise en congé)
6. SU – patient parti sans avoir été vu

Signature

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

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

Melanie Baker Brown
Présidente du
Conseil d'administration

Michael Pescod
Président du Comité de surveillance
de la qualité et du rendement

Jeanette Despatie
Directrice générale

Plan d'amélioration de la qualité 2017-2018

Cibles et initiatives d'amélioration

Hôpital communautaire de Cornwall – 840, avenue McConnell

But		Mesures							Changement					
Dimension de qualité	Problème	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	Organisation	Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Cible pour la mesure de processus		Remarques
										Méthodes	Les mesures des processus			
Axé sur le patient	Expérience de la personne	Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins reçus?	% / tous les patients en soins actifs	Sondage interne / T1 2016-2017	967*		91.7	92	Légère augmentation par rapport à la moyenne actuelle puisque cette mesure s'applique pour les patients hospitalisés, dans tout l'hôpital, et qu'il est difficile d'atteindre la cible (dans les 90).	1) Fournir une formation sur le service à la clientèle à tout le personnel	80 % du personnel et des médecins qui interagissent avec les patients seront sensibilisés au service à la clientèle d'ici le T2 2017-2018. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	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)	Améliorer le service à la clientèle dans tout l'hôpital	
										2) Mieux faire appel aux bénévoles (à l'entrée du Service d'urgence et des chambres des patients)	Programme révisé de services bénévoles en place le 3 avril. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	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)	Améliorer le service à la clientèle dans tout l'hôpital	
										3) Explorer/collaborer avec la Fondation pour fournir un programme de TV/IPAD (information des patients intégrable dans les programmes)	Programme de TV/IPAD en place d'ici au 29 sept. 2017. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	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)	Améliorer le service à la clientèle dans tout l'hôpital	
										4) Mettre en place des appareils pour le bruit sonore afin d'y sensibiliser le personnel et appliquer des restrictions concernant l'éclairage pour les patients la nuit	Mettre en place des méthodes pour réduire le bruit sonore et l'éclairage d'ici au 31 oct. 2017. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	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)	Améliorer le service à la clientèle dans tout l'hôpital	
										5) Donner une formation sur la culture autochtone et apporter des changements au milieu	Formation ciblée sur la culture autochtone à l'intention du personnel, de la haute direction et des médecins d'ici au 31 déc. 2017. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	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)	Améliorer le service à la clientèle dans tout l'hôpital	
Efficace	Transitions efficaces	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?	% / tous les patients hospitalisés	Les données recueillies auprès de l'hôpital / 5 derniers trimestres	967*		78.4	80,00	Augmentation de 3 % par rapport à la moyenne des 4 derniers trimestres.	1) S'informer sur les logiciels (bilingues) qu'il est possible d'acheter ou créer un module propre à l'HCC pour les 10 principaux groupes de maladies analogues (GMA) (Healthwise ou UptoDate)	Choix de logiciels adéquats. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Pourcentage des répondants qui ont répondu de façon positive (note de 6-10) 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? » 1. Sélectionner le logiciel et l'implanter d'ici au 28 avril 2017.	Satisfaire à l'exigence d'agrément. Fournir aux patients une trousse adéquate de renseignements sur les congés. 80 % des patients répondent «oui» à la question.	

But		Mesures							Changement				
Dimension de qualité	Problème	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Cible pour la mesure de processus	Remarques	
						actuel			Méthodes	Les mesures des processus			
									2) Créer et mettre en place un processus formel selon lequel, en signant, les patients reconnaissent avoir reçu l'information	Créer un processus de confirmation en signant et établir un horaire de mise en œuvre dans les principaux services au T1 2017-2018. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Pourcentage des répondants qui ont répondu de façon positive (note de 6-10) 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? » 1. Sélectionner le logiciel et l'implanter d'ici au 28 avril 2017. 2. Processus de confirmation en signant mis en place d'ici au 28 avril 2017. 3. 70 % des vérifications des mises en congé terminées, information sur les médicaments lors de la mise en congé.	Satisfaire à l'exigence d'agrément. Fournir aux patients une trousse adéquate de renseignements sur les congés. 80 % des patients répondent «oui» à la question.	
									3) Compléter le processus d'information lors de la mise en congé	Vérifier les mises en congé pour s'assurer qu'elles sont conformes au processus d'information sur les médicaments à la sortie de l'hôpital. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Pourcentage des répondants qui ont répondu de façon positive (note de 6-10) 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? » 1. Sélectionner le logiciel et l'implanter d'ici au 28 avril 2017. 2. Processus de confirmation en signant mis en place d'ici au 28 avril 2017. 3. 70 % des vérifications des mises en congé terminées, information sur les médicaments lors de la mise en congé.	Satisfaire à l'exigence d'agrément. Fournir aux patients une trousse adéquate de renseignements sur les congés. 80 % des patients répondent «oui» à la question.	
									4) Élaborer des livrets d'information bilingues pour les patients au sujet des 3 principaux groupes de maladies analogues (GMA) de chaque spécialité	Remplir les guides d'information d'ici le T2. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Pourcentage des répondants qui ont répondu de façon positive (note de 6-10) 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?»	Satisfaire à l'exigence d'agrément. Fournir aux patients une trousse adéquate de renseignements sur les congés. 80 % des patients répondent «oui» à la question.	
									5) Afficher tous les renseignements pour les patients sur notre site web	Afficher l'information sur le site web d'ici le T2 2017-2018. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Pourcentage des répondants qui ont répondu de façon positive (note de 6-10) 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?»	Satisfaire à l'exigence d'agrément. Fournir aux patients une trousse adéquate de renseignements sur les congés. 80 % des patients répondent «oui» à la question.	
	Transitions efficaces	Réadmission de patients atteints d'une MPOC (procédures fondées sur la qualité [PFQ])	% / La cohorte de PFQ relative à la MPOC	ICIS BDCP / T1 2016-2017	967*	16,7	15,80	Diminution de 5 % par rapport à la moyenne des 4 derniers trimestres.	1) Faire le suivi de l'utilisation des ensembles de modèles d'ordonnances MPOC en menant des vérifications du système de DSE	Par suite de la mise en œuvre des DSE Cerner, on incitera les médecins à commander des ensembles de modèles d'ordonnances MPOC. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Nombre d'ensembles de modèles d'ordonnances MPOC/nombre de patients admis qui ont une MPOC X 100 (pour le pourcentage)	Taux de réadmission inférieurs (MPOC).	

But		Mesures							Changement						
Dimension de qualité	Problème	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement		Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus		Remarques
						actuel	Cible								
									2) Vérifier la conformité des indicateurs dans les modèles d'ensembles d'ordonnances afin d'identifier les écarts et les besoins en matière d'information	Vérifier 10 patients par mois, à comparer avec les indicateurs particuliers PFQ. Utiliser « Think Research ». Cerner les écarts et informer le personnel à ce sujet. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Vérification de 10 patients par mois	Taux de réadmission inférieurs (MPOC). Taux de réadmission (MPOC) inférieurs à 15,8 % d'ici au 31 mars 2018			
									3) Mener une analyse des écarts par rapport aux modèles d'ensembles d'ordonnances et aux livrets cliniques	Effectuer l'analyse des écarts, mettre les actions associées en oeuvre. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Analyse des écarts et actions terminées	Taux de réadmission inférieurs (MPOC). Taux de réadmission (MPOC) inférieurs à 15,8 % d'ici au 31 mars 2018			
									4) Amorcer des visites à domicile par les infirmières praticiennes, par l'entremise du partenariat avec Seaway Valley	Au T2, mettre en place un suivi du nombre de visites. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Analyse des écarts et actions terminées	Taux de réadmission inférieurs (MPOC). Taux de réadmission (MPOC) inférieurs à 15,8 % d'ici au 31 mars 2018			
Opportun	Accès rapide aux soins ou aux services	Service d'urgence – patient parti sans avoir été vu	% / patients du service d'urgence	ICIS SNISA / T2 2016-2017	967*	5.85	5,00	Diminution de 15 % par rapport à la moyenne des 4 derniers trimestres.	1) Continuer à explorer des stratégies : a) s'attarder aux statistiques sur les patients partis sans avoir été vus, les patients cibles qui partiront et élaborer un système de voie accélérée plus rapide (zone d'évaluation rapide) b) continuer à obtenir la liste des antécédents pharmaceutiques lors du triage	Suivi quotidien des statistiques sur les patients partis sans avoir été vus et vérification de 20 dossiers de patients d'ici au 31 mars 2017, mise en place d'un processus optimisé d'ici au 28 avril 2017. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Nombre total de visites au Service d'urgence (SU) où le patient est parti sans avoir 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	Revoir et améliorer le processus de priorité actuel en s'attardant aux patients à risque de partir sans être vus			
									2) Continuer à s'informer sur d'autres processus et les hôpitaux Cerner a) Préposés aux écritures (technologies autres que la dictée) b) modèles de dotation en médecins	Obtention d'informations sur d'autres processus et les hôpitaux Cerner, mettre les pratiques exemplaires en oeuvre d'ici le 28 avril 2017. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Nombre total de visites au Service d'urgence (SU) où le patient est parti sans avoir 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	Revoir et améliorer le processus de priorité actuel en s'attardant aux patients à risque de partir sans être vus			
Sécuritaire	Sécurité des médicaments	Bilan comparatif des médicaments (BCM) (à l'admission)	Taux par nombre total de patients admis / tous les patients hospitalisés	Les données recueillies auprès de l'hôpital / T2 2016-2017	967*	94.7	95,00	Légère augmentation par rapport à la moyenne actuelle puisque de grandes augmentations sont difficiles (dans les mi 90).	1) Explorer la possibilité d'heures prolongées pour faire un BCM en faisant appel aux techniciens en pharmacie pour qu'on saisisse les données concernant les admissions tardives	Révision des horaires des techniciens pour qu'ils soient plus efficaces, d'ici au 15 mars 2017, apporter les changements d'ici au 31 mars 2017. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès	Nombre total de patients admis ayant obtenu un BCM, divisé par le total de patients admis	Maintenir et améliorer les taux de conformité actuels			

But		Mesures							Changement						
Dimension de qualité	Problème	Mesure / Indicateur	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus		Remarques
									2) Étendre le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux patients non admis (zone de soins actifs et en phase subaiguë) puisqu'un grand pourcentage d'entre eux se rend dans l'unité	Augmentation de 25 % du nombre de MSTP passé en revue pour les patients non admis d'ici au 29 sept. 2017. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès		Nombre total de patients admis ayant obtenu un BCM, divisé par le total de patients admis	Maintenir et améliorer les taux de conformité actuels		
									3) Informer davantage les médecins puisqu'il s'agit d'une exigence d'agrément	Information des médecins terminée d'ici au T3. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès		Nombre total de patients admis ayant obtenu un BCM, divisé par le total de patients admis	Maintenir et améliorer les taux de conformité actuels		
		BCM (lors de la mise en congé)	Taux par nombre total de patients admis / tous les patients hospitalisés	Les données recueillies auprès de l'hôpital / Pas fait en ce moment	967*	CB	50,00	Cible choisie à 50 % puisque cela n'est pas encore en vigueur. Nous atteindrons 50 % d'ici la fin de l'année.	1) Former davantage les médecins qui mettent les patients en congé	Tous les médecins identifiés seront formés d'ici au 31 mai 2017		Nombre total de patients admis ayant obtenu un BCM, divisé par le total de patients mis en congé	Obtenir un taux de conformité acceptable		
									2) Optimiser les processus Cerner actuels	Optimisation des processus Cerner actuels d'ici au 31 mai 2017. Utiliser les évaluations mensuelles des « stratégies en action » en compagnie des vice-présidents et des directeurs pour suivre les progrès		Nombre total de patients admis ayant obtenu un BCM, divisé par le total de patients mis en congé	Obtenir un taux de conformité acceptable		