



## FICHE DE RENDEMENT PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2018-2019

**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 :** 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 des soins au SU	PAQ	Y	G	G	G
Sondage sur l'expérience des patients : information	PAQ	G	G	R	Y
Taux de réadmission (PFQ) : MPOC	PAQ	G	G	G	Y
Plaintes dont la réception a été confirmée	PAQ	G	Y	G	G

**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.

TRAVAILLER EN PARTENARIAT POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RÉSULTATS DE QUALITÉ					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
POR – Taux de BCM au congé	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
Sensibilisation à la culture autochtone	PAQ/ERS-H/CPE	G	G	G	G
Prévention de la violence au travail – Incidents	PAQ	G	G	G	G

**Explications des références :**

Agrément – Agrément Canada  
ERS-H – Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers  
CPE – Cible (annuelle) du plan d'exploitation  
PAQ – Plan d'amélioration de la qualité

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Sondage sur l'expérience des patients – évaluation des soins au SU

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

**Définition :** Pourcentage de répondants en salle d'urgence qui ont donné une réponse favorable (6 à 10) (2 notes supérieures) en utilisant un chiffre de 0 à 10, où 0 signifie le pire hôpital possible et 10 le meilleur hôpital possible, quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer les soins reçus lors de votre visite au Service d'urgence (SU)? (question 30)

**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. »

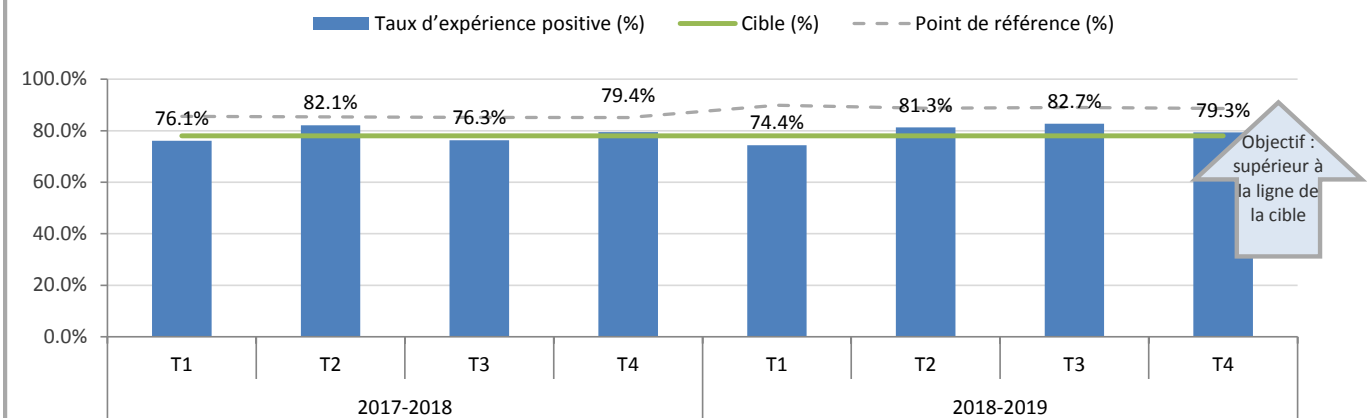
**Source de données :** NRC (National Research Corporation)

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

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

	2017-2018				2018-2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux d'expérience positive (%)	76.1%	82.1%	76.3%	79.4%	74.4%	81.3%	82.7%	79.3%
Point de référence (%)	85.6%	85.4%	85.2%	85.1%	89.9%	88.7%	89.0%	88.6%
Cible (%)	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%

Taux d'expérience positive des patients - évaluation des soins au SU



Analyse du rendement :

- T1** Pas de résultats présentement disponibles pour le T1 – données d'avril à mai 2018
- T2** Résultats du T1 légèrement inférieurs à la cible. La présentation de rapport est retardée d'un trimestre.
- T3** Supérieurs à la cible pour les T2 et T3.
- T4** Cible atteinte pour le T4. Taux de réponse au sondage : 22,5 %. Taux de réponse annuel : 23,2 %.

Plans d'amélioration :

- T1** Prévoir les données du T1 à soumettre pour l'analyse du T2.
- T2** Examen de tous les commentaires des sondages remplis afin de déterminer les domaines d'amélioration. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre, par exemple un programme d'appel aux patients partis sans avoir été vus (Left Without Being Seen Call-Back Program) et la mise en place d'adjoints au médecin. Nous continuons d'améliorer l'acheminement des patients au SU et à diminuer les durées de séjour.
- T3** Comme ci-dessus. Nous continuons d'intervenir rapidement par suite des plaintes et nous réglons les enjeux dès que possible. Nos efforts soutenus afin d'améliorer les temps d'attente au SU devraient nous aider à maintenir ou à améliorer notre rendement actuel.
- T4** Poursuite comme ci-dessus.

Gestionnaires responsables :

directrice principale, Services des soins aux patients en phase critique et Services périopératoires/vice-présidente des Services aux patients et directrice des soins infirmiers/spécialiste des relations avec les patients

## Fiche de rendement 2018-2019 du Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)

[Retour au tableau de bord](#)

**Indicateur : Sondage sur l'expérience des patients – Renseignements pour 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 :** 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. »

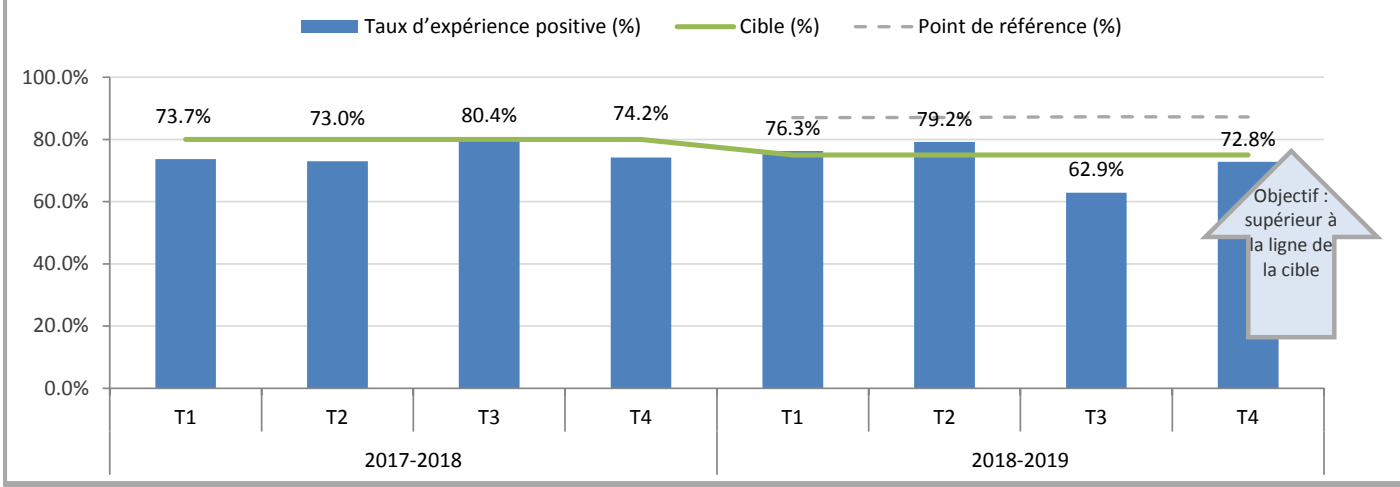
**Source de données :** NRC (National Research Corporation) (avant l'exercice 2017-2018 : résultats de sondages internes)

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

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

	2017-2018				2018-2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux d'expérience positive (%)	73.7%	73.0%	80.4%	74.2%	76.3%	79.2%	62.9%	72.8%
Point de référence (%)					87.0%	87.1%	87.3%	87.2%
Cible (%)	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%

### Taux d'expérience positive des patients – information reçue



#### Analyse du rendement :

**T1** Pas de résultats présentement disponibles – données du T1

**T2** Résultats du T1 – cible atteinte

**T3** Cible du T2 atteinte. Résultats du T3 légèrement inférieurs à la cible

**T4** Résultats du T4 légèrement inférieurs à la cible. Taux de réponse au sondage pour le T4 : 42,9 %. Taux de réponse annuel : 41,3 %.

#### Plans d'amélioration :

**T1** En attente des résultats de NRC – aucun plan en ce moment

**T2** Processus du sondage auprès des patients hospitalisés, autrefois interne, transféré à NRC Picker. Les résultats indiqués sont ceux du T1 puisque les sondages ont été confiés à un tiers. Poursuite de l'examen des commentaires des sondages retournés afin de déterminer les domaines d'amélioration.

**T3** Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient : amorce à la fin novembre. Aucune amélioration prévue à ce moment-ci.

**T4** Poursuite de la sensibilisation à l'importance de l'information des patients et réalisation de vérifications périodiques.

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

[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 (cohorte PFQ) qui sont réadmis en raison du même trouble diagnostiqué, ou connexe, dans les 28 jours de leur mise en congé. **Le dénominateur comprend le total de congés après une admission de référence à l'hôpital pour MPOC, excluant les dossiers de patients qui ont été transférés dans un autre établissement de soins actifs, qui sont sortis contre l'avis des médecins ou qui sont décédés.** 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.

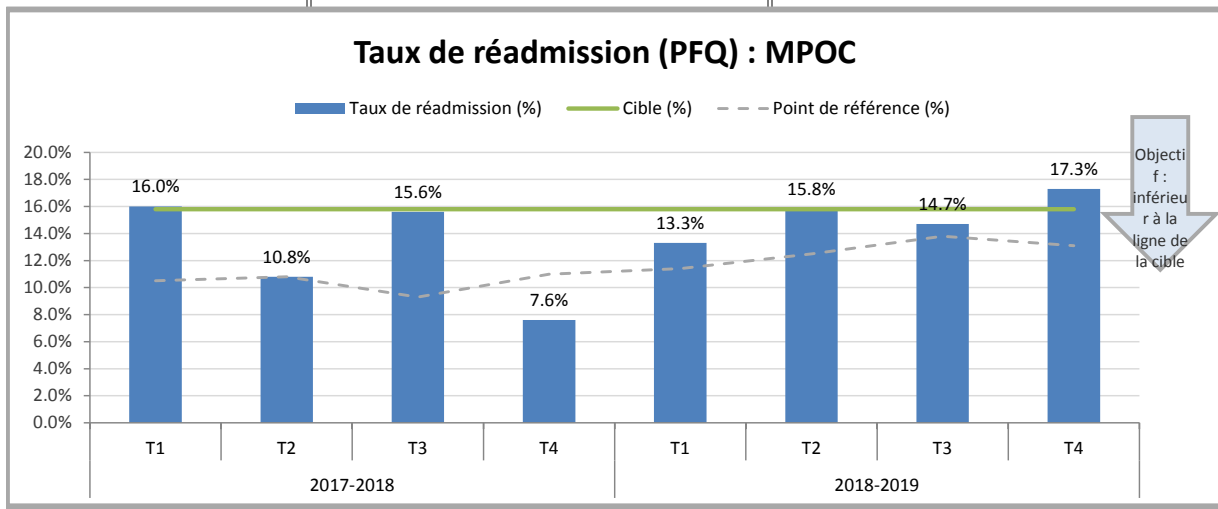
**Importance :** Les réadmissions hospitalières non prévues ont des répercussions néfastes sur les individus, les familles et le système de santé. Les réadmissions évitables demeurent un problème systémique qui concerne aussi l'intégration entre les fournisseurs dans le continuum des soins. Si les patients 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 2010 sur l'excellence des soins pour tous).

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

**Renseignements sur la cible :** Cible établie à l'interne à 15,8 %, conformément à l'indicateur du PAQ

**Renseignements sur le point de référence :** Fondé sur le rendement trimestriel de nos hôpitaux de référence pairs.

	2017-2018				2018-2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de réadmission (%)	16.0%	10.8%	15.6%	7.6%	13.3%	15.8%	14.7%	17.3%
Point de référence (%)	10.5%	10.8%	9.3%	11.0%	11.4%	12.5%	13.8%	13.1%
Cible (%)	15.8%	15.8%	15.8%	15.8%	15.8%	15.8%	15.8%	15.8%



**Analyse du rendement :**

- T1** Il y a eu un total de 22 réadmissions sur 114 visites PFQ concernant des cas de MPOC. De ces 22 réadmissions, 9 concernaient un seul patient. En retirant ce patient atypique (cas particulier), le taux diminue à 12,4 %, soit un pourcentage inférieur à la cible prévue.
- T2** Les taux ont légèrement diminué par rapport au T1. Atteinte de la cible prévue de 15,8 %. Des plans sont en cours afin de poursuivre la réduction sous la cible.
- T3** Atteinte continue de la cible.
- T4** Légèrement supérieur à la cible. Comparativement au T3, il y a eu 110 patients répertoriés au T4, par opposition à 75 au T3, soit une augmentation de 47 % du nombre de patients répertoriés du T3 au T4. Les nouveaux processus de codage peuvent avoir eu une incidence sur ce nombre. Dans l'ensemble, le taux de réadmission annuel (exercice 2018-2019) se situe dans la cible à 14,6 %.

**Plans d'amélioration :**

- T1** Une plus grande sensibilisation aux ensembles de modèles d'ordonnances MPOC est nécessaire. La collaboration avec le Seaway Valley Community Health Centre se poursuit. Une infirmière praticienne de la clinique de soins respiratoires mène des consultations auprès des patients hospitalisés (MPOC) et fournit des stratégies de promotion de la santé pour leur transition en milieu communautaire. On incite les médecins à se servir des ordonnances prédéterminées dans lesquelles sont incorporés les aiguillages nécessaires.
- T2** La plupart des membres du personnel ont reçu la formation concernant le concept et la logistique de l'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP). On commande actuellement des dossiers de sortie pour les patients. Le travail se poursuit en compagnie du Seaway Valley Community Health Centre. Les hospitalistes et l'équipe d'informatique clinique travaillent à l'amélioration de l'utilisation des ensembles de modèles d'ordonnances MPOC.
- T3** Le travail se poursuit avec les hospitalistes pour approfondir les discussions concernant l'utilisation des ordonnances prédéterminées.
- T4** Le travail se poursuit comme ci-dessus. L'exploration des stratégies d'appui aux patients sortants qui ont une MPOC se fera en collaboration avec le SVCHC. Une stratégie de télémonitorage à domicile de la MPOC (en collaboration avec L'Hôpital d'Ottawa) sera évaluée pour la clinique de soins respiratoires en consultation externe.

## Fiche de rendement 2018-2019 du Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Plaintes dont la réception a été confirmée

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 trois à 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 de données :** RL Solutions

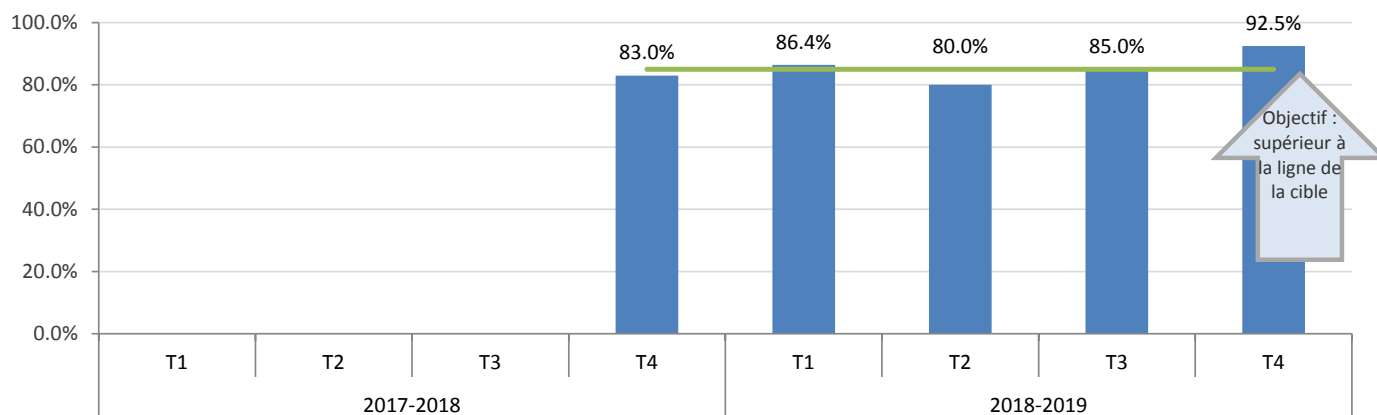
**Renseignements sur la cible :** Cible établie à l'interne à 85 %, conformément à l'indicateur du PAQ

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

	2017-2018				2018-2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de plaintes dont la réception a été confirmée (%)				83.0%	86.4%	80.0%	85.0%	92.5%
Point de référence (%)								
Cible (%)				85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%

### Taux de plaintes dont la réception a été confirmée

■ Taux de plaintes dont la réception a été confirmée (%)



#### Analyse du rendement :

- T1** Poursuite de travail avec les gestionnaires et le personnel médical pour que cela devienne une priorité
- T2** Inférieur à la cible. Augmentation du nombre de plaintes de 44 au T1 à 60 au T2
- T3** Cible atteinte
- T4** Cible atteinte

#### Plans d'amélioration :

- T1** Aucun plan nécessaire
- T2** Accent mis davantage sur l'obligation personnelle de rendre compte et le travail en compagnie du bureau du personnel médical pour que le processus soit aligné sur la politique
- T3** Accent soutenu sur le maintien du rendement pour confirmer la réception des plaintes
- T4** Besoin de maintenir les résultats

## Fiche de rendement 2018-2019 du Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)

[Retour au tableau de bord](#)

**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).

**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

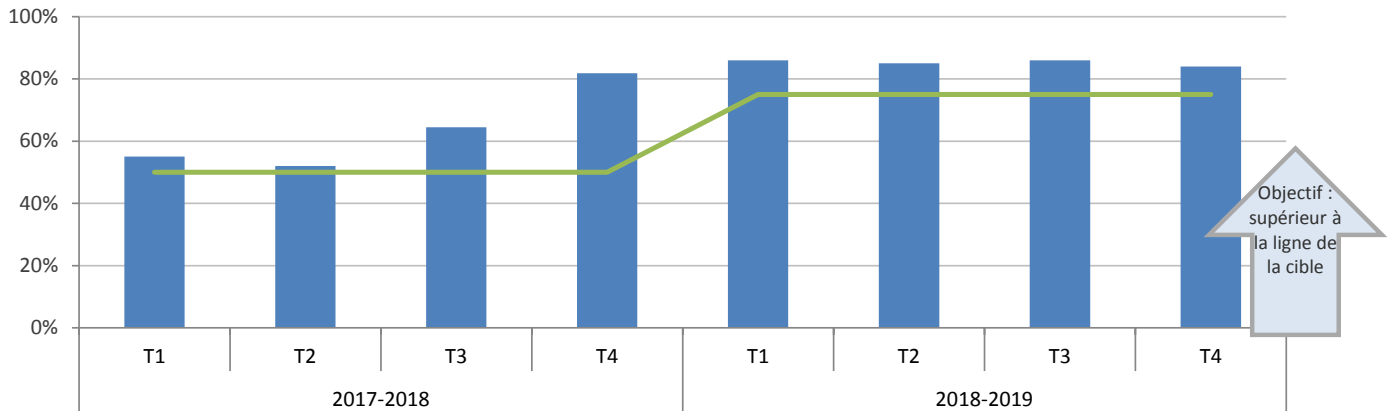
**Renseignements sur la cible :** Cible établie à l'interne à 75 %, conformément à l'indicateur du PAQ

**Benchmark Information:** n.d.

	2017-2018				2018-2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de BCM au congé (%)	55%	52%	65%	82%	86%	85%	86%	84%
Point de référence (%)								
Cible (%)	50%	50%	50%	50%	75%	75%	75%	75%

### Bilans comparatifs des médicaments au congé

■ Taux de BCM au congé (%)    
 — Cible (%)    
 - - - Point de référence (%)



**Analyse du rendement :**

- T1** Les données continuent de suivre une tendance à la hausse et atteignent la cible.
- T2** Cible atteinte
- T3** Cible atteinte
- T4** Cible atteinte

**Plans d'amélioration :**

- T1** Poursuite de la sensibilisation auprès de groupes de médecins. Un mécanisme d'alerte est en place pour rappeler aux médecins la nécessité de faire un BCM à l'admission.
- T2** Poursuite de la sensibilisation des groupes de médecins comme ci-dessus.
- T3** Continuer à s'attarder sur la question puisque le BCM est également une pratique organisationnelle requise pour l'agrément.
- T4** Besoin de maintenir le processus en place

## Fiche de rendement 2018-2019 du Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)

[Retour au tableau de bord](#)

**Indicateur : Sensibilisation à la culture autochtone**

**Orientation stratégique : Notre force réside dans notre équipe**

**Définition :** Pourcentage de membre du personnel et de médecins qui ont participé à la formation sur les Autochtones, proportionnellement au nombre de membres du personnel et de médecins. Le rendement est cumulatif depuis le début de l'exercice.

**Importance :** Dans le cadre de notre Plan stratégique 2016-2021, on a déterminé que l'HCC travaillera en partenariat avec les experts et ses pairs pour favoriser un climat de compétence culturelle. Nous augmenterons l'accès à la formation, l'accent étant mis sur le personnel de première ligne. Nous concevrons une politique sur la purification avec l'intention de faire au moins une cérémonie de purification et enfin, nous offrirons des séances plus disponibles pour le personnel de première ligne et nous mettrons des rapports à la disposition des gestionnaires et du médecin-chef en indiquant le nombre de participants.

**Source de données :** SGA (Système de gestion de l'apprentissage)

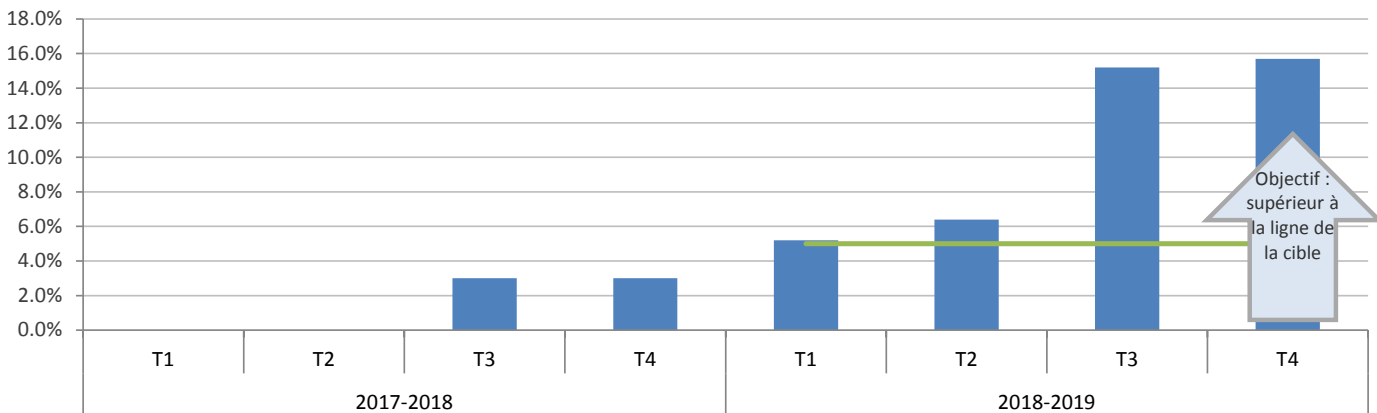
**Renseignements sur la cible :** Cible établie à l'interne à 5,0 %, conformément à l'indicateur du PAQ

**Benchmark Information:** n.d.

	2017-2018				2018-2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de sensibilisation culturelle (%)			3.0%	3.0%	5.2%	6.4%	15.2%	15.7%
Point de référence (%)								
Cible (%)					5.0%	5.0%	5.0%	5.0%

### Taux de sensibilisation à la culture autochtone

■ Taux de sensibilisation culturelle (%) 
 — Cible (%) 
 - - - Point de référence (%)



**Analyse du rendement :**

- T1** Cible du T1 atteinte
- T2** Cible atteinte
- T3** Cible atteinte
- T4** Cible atteinte

**Plans d'amélioration :**

- T1** Formation supplémentaire prévue en septembre
- T2** Date de formation prévue : 26 novembre
- T3** Poursuite de la formation prévue
- T4** Poursuite comme ci-dessus

**Gestionnaire responsable :** vice-présidente des Services aux patients et directrice des soins infirmiers

## Fiche de rendement 2018-2019 du Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)

[Retour au tableau de bord](#)

**Indicateur : Violence au travail – incidents signalés**

**Orientation stratégique : Notre force réside dans notre équipe**

**Définition :** Nombre d'incidents de violence au travail rapportés 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.

**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.

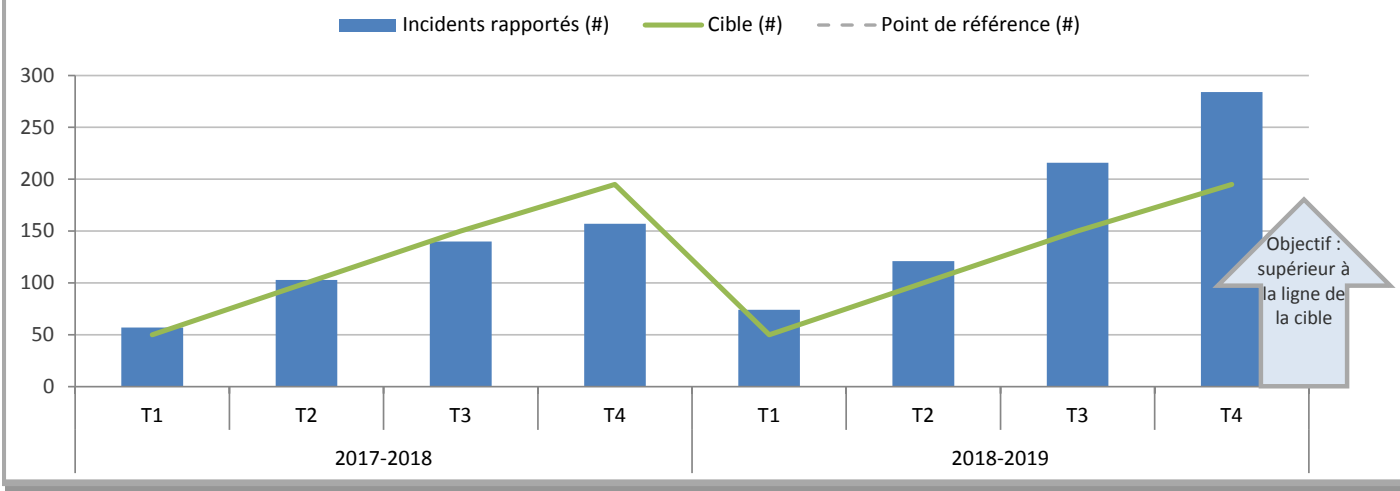
**Source de données :** RL Solutions – système de gestion des incidents

**Renseignements sur la cible :** Cible cumulative établie à l'interne à 50 par trimestre (total de 195 annuellement), conformément à l'indicateur du PAQ

**Benchmark Information:** n.d.

	2017-2018				2018-2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Incidents rapportés (#)	57	103	140	157	74	121	216	284
Point de référence (#)								
Cible (#)	50	100	150	195	50	100	150	195

### Incidents de violence au travail rapportés



#### Analyse du rendement :

- T1** Cible du T1 atteinte
- T2** Cible cumulative atteinte
- T3** Cible du T3 atteinte
- T4** Cible atteinte

#### Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite des stratégies de communication suggérées pour encourager le personnel et les médecins à signaler les menaces ou les menaces perçues ainsi que les incidents qui se produisent.
- T2** Encouragement au signalement des incidents afin d'inclure la Sécurité.
- T3** Poursuite comme ci-dessus. La formation obligatoire fait l'objet d'un suivi par l'entremise du système de gestion de l'apprentissage (SGA). Tout le personnel connaît les exigences en matière de formation.
- T4** Aucun suivi additionnel n'est nécessaire.





**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