

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

2024-03-07

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

Cette année, l'Hôpital communautaire de Cornwall a fièrement célébré 20 ans de soins intégrés. Nous sommes toujours demeurés fidèles à notre parcours de croissance, d'intégration et d'innovation pour répondre aux besoins croissants des collectivités de Cornwall, des Comtés unis de Stormont, Dundas et Glengarry (SDG) et d'Akwesasne. Guidée par notre mission, notre équipe collabore à la prestation de soins exceptionnels axés sur les gens, le maintien d'une culture de la qualité et de la sécurité demeure notre grande priorité.

Le Plan d'amélioration de la qualité (PAQ) 2024-2025 de l'HCC continue de concorder avec notre vision de prestation de soins exceptionnels, toujours, en appuyant l'accès en temps opportun et sécuritaire à des soins pour tous les membres de notre communauté. Durant la dernière année, l'HCC a maintenu l'accent sur la qualité, la sécurité des patients ainsi que sur l'expérience des patients et des proches aidants.

Comme les années précédentes, notre PAQ est élaboré en collaboration avec des intervenants clés, dont le Conseil consultatif des patients et des familles. Il est en outre guidé par les commentaires des patients et des familles, du personnel et les pratiques exemplaires dont font partie les pratiques organisationnelles requises (POR) des normes d'Agrément Canada.

Comptant sur le PAQ 2024-2025, l'HCC se concentre sur les enjeux prioritaires, ce qui comprend l'accès et le flux, l'équité, l'expérience et la sécurité. Nous nous attarderons aux indicateurs suivants du PAQ au cours de la prochaine année.

1. L'attente précédant l'évaluation initiale par le médecin.
2. Le pourcentage de membres du personnel (au niveau de la direction et des gestionnaires) ayant suivi une formation pertinente portant sur l'équité, la diversité, l'inclusion (EDI) et la lutte contre le racisme.
3. Le pourcentage de répondants qui ont choisi la réponse « Tout à fait » à la question suivante : Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni des renseignements suffisants sur la marche à suivre en cas d'inquiétudes au sujet de votre problème de santé ou de votre traitement après votre départ de l'hôpital?
4. La conformité au scannage des médicaments.

À l'HCC, les améliorations de la qualité demeurent une priorité. À mesure que des idées de changement sont mises en œuvre, les indicateurs de rendement font l'objet d'un étroit suivi.

Accès et flux

Comme l'indique notre priorité stratégique d'amélioration de l'accès aux soins, l'accès en temps opportun à des services hospitaliers est l'un des éléments centraux de l'HCC. Nous nous efforçons de faire en sorte que nos patientes et patients reçoivent des soins sécuritaires de qualité au bon endroit et au bon moment. Pour avoir une incidence sur les changements systémiques afin d'améliorer l'accès et le flux, nous mettons l'accent sur la transition des soins en veillant à la planification des congés en temps opportun et de façon pertinente, des initiatives ayant trait aux admissions et réadmissions préventives

ainsi que sur les temps d'attente au Service d'urgence. Cette attention particulière portée à l'accès et au flux nous aidera à fournir des soins de grande qualité ainsi qu'à rehausser la satisfaction des patients et des familles, menant ainsi à de meilleurs résultats en matière de santé.

Équité et santé autochtone

En s'appuyant sur la priorité stratégique consistant à établir une culture d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) ainsi qu'à souscrire à la réconciliation, l'HCC a accueilli et intégré deux nouveaux membres du personnel, à savoir une intervenante-pivot auprès des patients autochtones et une coordonnatrice de l'équité, de la diversité et de l'inclusion, qui nous aideront à mieux répondre aux besoins de notre communauté diversifiée. L'HCC a aussi formé un comité interne sur l'EDI et réalisé le premier sondage interne à ce sujet pour avoir une compréhension de base des identités et des réflexions de notre équipe à ce sujet. Cela nous permettra de comprendre les besoins et les lacunes liés à l'EDI et à l'HCC afin de guider la voie.

Le comité multidisciplinaire travaille à accroître la sensibilisation dans l'ensemble de l'établissement au moyen d'initiatives telles que la reconnaissance mensuelle de dates notables, la prestation de formations portant sur l'EDI et la santé autochtone et de ressources à l'intention du personnel, des médecins, des sages-femmes et de bénévoles. De plus, ce comité passe en revue les politiques, les procédures et les pratiques par rapport à l'EDI.

Le PAQ de cette année met cette initiative en relief dans l'indicateur de formation sur l'EDI. Nous nous engageons à sensibiliser à la culture ainsi qu'à rehausser la sécurité par l'information et la formation sur l'EDI au niveau de la direction et à l'équipe de gestion. L'HCC a pris l'engagement à long terme de favoriser un environnement dans lequel tous se sentent en sécurité et valorisés.

Expérience des patients/clients/résidents

À l'HCC, nous reconnaissons qu'une expérience positive des patients et des clients a un effet direct sur les résultats en matière de sécurité. Lorsque les patientes et les patients obtiennent des soins centrés sur les gens qui sont sécuritaires sur le plan culturel et respectent leurs préférences, leurs besoins et leurs valeurs, leur santé globale s'améliore.

Nous reconnaissons que l'évaluation de l'expérience des patients est un élément essentiel qui alimente les améliorations dans nos pratiques et rehausse la qualité des soins. À l'HCC, nous envoyons des sondages standardisés approuvés par l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) aux patientes et aux patients qui ont reçu des soins dans nos unités pour patients hospitalisés et notre service d'urgence. Les renseignements ainsi recueillis jettent un éclairage sur l'expérience et le point de vue des patients. Nous utilisons ces informations pour viser une amélioration continue et tenir compte de ces commentaires essentiels à notre travail.

La façon dont nous collaborons avec les patients, les familles et les fournisseurs de soins à l'HCC a un effet majeur sur l'expérience des patients et des clients. Nous sommes fiers d'avoir mis sur pied le Programme de fournisseurs de soins essentiels au cours de la dernière année, soit une initiative marquée par la bienveillance et tournée vers l'avenir qui aide à redéfinir les soins axés sur les gens et la

participation des familles à l'HCC. Le programme identifie, inclut et appuie les fournisseurs de soins afin de reconnaître leur rôle vital dans le parcours de soins et met l'accent sur leur inclusion en tant que partenaires dans le processus de soins.

Expérience des fournisseurs de services

Comme les autres professionnelles et professionnels de la santé de l'ensemble du pays, le personnel, les médecins, les sages-femmes et les bénévoles de l'HCC ont été touchés d'une manière sans précédent par les pressions liées aux ressources humaines en santé. L'HCC démontre son adhésion à sa priorité stratégique visant à appuyer le bien-être des gens afin d'améliorer l'expérience des soignantes et des soignants.

En 2023, l'HCC a mis en place un plan de gestion des talents pour assurer la coordination d'une stratégie efficace de gestion des talents dans tout l'organisme, conformément à nos priorités stratégiques. Grâce à ce plan global, nous veillerons à la réussite soutenue des efforts de recrutement et de rétention de l'HCC.

De plus, l'HCC a un Comité de mieux-être à l'Hôpital ayant pour mission de promouvoir une saine culture organisationnelle qui appuie le personnel dans l'atteinte d'un bien-être optimal et l'amélioration de son expérience professionnelle. Parmi ses objectifs, mentionnons le développement, la conception et la mise en œuvre d'activités et d'initiatives de mieux-être qui appuieront le bien-être des employés et l'équilibre travail-vie personnelle. Les démarches telles que les activités hors programme à l'intention du personnel, les prix ICARE du personnel et les dîners d'attribution des récompenses pour années de service témoignent de cet engagement.

Sécurité

En établissant des partenariats avec les patients, les proches aidants, le personnel, les médecins, les sages-femmes et les bénévoles, nous essayons d'atténuer les risques liés à la sécurité des patients et de réagir par suite de tels événements. Une trousse d'outils a été conçue et mise en place pour tous les membres de l'équipe de gestion, soit un guide pour les dirigeantes et dirigeants afin de gérer les incidents liés à la sécurité. Cet outil est axé sur les mesures à prendre au moyen de stratégies et de ressources pratiques lorsque des incidents liés à la sécurité des patients surviennent. Cela comprend aussi des méthodes de large partage des connaissances dans l'ensemble de l'organisation ainsi qu'avec les patients et les familles.

Afin de rehausser la culture de sécurité ainsi que de déterminer et mettre en œuvre proactivement des stratégies de réduction du risque, l'HCC a créé un prix « Good Catch ». Ce prix mensuel souligne la contribution d'une employée, d'un médecin ou d'un bénévole qui signale un événement ou une situation qui aurait pu causer un incident, mais qui ne s'est pas produit en raison d'une mesure correctrice ou d'une intervention à temps. Cette initiative vise à mettre en place un environnement qui favorise les signalements liés à la sécurité afin de prévenir les défaillances systémiques avant qu'elles se produisent, réduisant ainsi au bout du compte le nombre global d'incidents et d'événements indésirables.

Afin d'appuyer davantage la sécurité, il existe maintenant à l'HCC un spécialiste, sécurité et expérience des patients et gestion des risques. Ayant l'obligation de collaborer et de mener des révisions cliniques, des analyses des causes fondamentales et des consultations sur les incidents liés à la sécurité des patients, cette personne appuie le développement, la mise en œuvre et la diffusion des recommandations découlant des révisions. On veut ainsi principalement appuyer la participation des patients et des familles aux activités d'amélioration de la sécurité des patients et chercher à obtenir régulièrement leurs commentaires.

Approche en matière de santé de la population

En partenariat avec l'Équipe Santé Ontario du Grand Fleuve, l'HCC prépare des approches fondées sur la santé de la population pour s'occuper des besoins uniques de notre communauté. Cette collaboration est centrée sur l'établissement de partenariats dans nos collectivités avec tous ceux qui fournissent des soins de santé et des services sociaux. Un modèle de coconception comprenant une table des partenaires ayant une expérience vécue, une autre sur les services en français et une autre encore sur les collectivités autochtones, etc., et qui appuie une transformation inclusive du système. L'HCC est fier d'être partenaire de cette équipe Santé Ontario, en tant qu'équipe coordonnée, pour offrir des services et un soutien intégrés.

Rémunération des cadres

À l'HCC, le régime de rémunération axée sur le rendement de la directrice générale et des personnes qui relèvent directement d'elle est relié à l'atteinte des 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 ci-dessous compte pour un total de 2 % de la rémunération globale de la directrice générale et des dirigeants qui suivent. Les paiements seront déterminés en affectant une pondération 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 chef de direction des soins infirmiers
- Vice-présidente des Programmes communautaires
- Chef des services financiers
- Chef de l'information/chef de l'exploitation
- Médecin-chef

Coordonnées/Responsable désigné

Kelly Shaw

Vice-présidente des services aux patients et chef de direction des soins infirmiers

Kelly.shaw@cornwallhospital.ca

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.



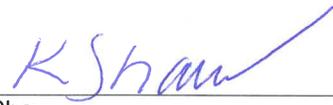
Josée Payette
Présidente
Conseil d'administration



Kristen MacDonell
Présidente
Comité de surveillance de la qualité
et du rendement



Jeanette Despatie
Directrice générale



Kelly Shaw
Vice-présidente par intérim des services aux
patients et chef de direction des soins infirmiers

Plan d'amélioration de la qualité 2024-2025

Cibles et initiatives d'amélioration

Hôpital communautaire de Cornwall 840, avenue McConnell, Cornwall (Ontario), K6H 5S5

2023-03-07

But		Mesures								Changement					
Problème	Dimension de qualité	Mesure / Indicateur	Type	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Cible pour la mesure de processus		Remarques
							actuel				Méthodes	Les mesures des processus			
Accès et flux	Opportun	Visites au Service d'urgence – Temps d'attente pour l'évaluation initiale du médecin (EIM)	S	90 ^e centile/ patients du SU	ICIS SNISA/1 ^{er} avril 2023 au 30 septembre 2024 (T1) et (T2).	967*	5.9	5,00	Exercice 2022-2023 de l'HCC Classement final : 56. 90 ^e centile des temps d'attente : 5,7. Amélioration de 10 % de la note de classement avec 90 ^e centile des temps d'attente de 5,0 ou moins.		1) Fournir un accès en temps opportun à un urgentologue et/ou à un adjoint au médecin après le triage.	Affectation en temps opportun aux urgentologues et/ou aux adjoints au médecin (optimiser le recours aux adjoints au médecin au SU).	Évaluation initiale du médecin (EIM) : 90 ^e centile.	À la fin du T4 au plus tard, amélioration de 10 % afin d'être 5 points plus haut que le point de référence concernant le Programme de financement axé sur les résultats (FAR).	
Équité	Équitable	Pourcentage de membres du personnel (cadres, dirigeants ou tous les membres) ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme	F	% / personnel	Collecte de données à l'interne / Période de 12 mois consécutifs la plus récente	967*	CB	85,00	Nouvel indicateur. Cible progressive : atteinte de 80 % d'ici à la fin de l'année.		1) Développer et mettre en place un module du Système de gestion de l'apprentissage (SGA) avec la formation contre le racisme adaptée pour l'HCC.	Collaborer avec le responsable de l'informatique clinique/SGA et la coordonnatrice de l'EDI : développement et numérisation.	Créer un module sur la norme SCORM pour le SGA.	À la fin du T1 au plus tard, le module sera développé, mis en place et accessible pour le groupe de cadres cibles.	
											2) Communiquer à l'équipe de gestion (cible) les exigences concernant la formation obligatoire.	Communication au moyen de réunions internes des gestionnaires, de notes de service et de rappels automatisés par courriel sur le SGA.	Présence aux réunions internes du T1, envoi de notes sur l'exigence de formation obligatoire au public cible, courriels au public cible générés automatiquement par l'entremise du SGA au lancement du module de formation et rappels réguliers selon l'horaire du rappel du SGA.	À la fin du T1 au plus tard, toutes les communications auront eu lieu.	
											3) Suivre le rendement trimestriellement.	Revoir le rapport sur l'offre de la formation SGA.	Revoir les données fournies par le rapport du SGA.	À la fin du T1 au plus tard, 25 % de la formation terminée, 50 % au T2, 75 % au T3 et 85 % du groupe cible formé.	
Expérience	Axé sur les patients	Pourcentage de répondants qui ont répondu «complètement» à la question suivante : Le personnel hospitalier vous a-t-il fourni suffisamment de renseignements sur ce que vous pouviez faire si vous avez des inquiétudes au sujet de votre problème ou de votre traitement après votre départ de l'hôpital?	F	% / répondant au sondage	Collecte de données à l'interne / Période de 12 mois consécutifs la plus récente	967*	60	70,00	Nouvel indicateur afin d'établir une base de référence. Cible de l'exercice 2024-2025 établie au moyen de la moyenne des résultats des hôpitaux pairs servant de point de référence pour l'exercice 2020-2021.		1) Faire une vérification de l'utilisation de l'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP) par l'entremise du dossier de santé électronique.	Faire une vérification de l'utilisation de l'OOSP par l'entremise du dossier de santé électronique.	Nombre de patients recevant un résumé de l'OOSP au congé/nombre de mises en congé.	En juillet 2024 au plus tard, 75 % des patients de l'Unité de médecine auront reçu l'information sur l'OOSP au congé. En juillet 2024, 75 % des mises en congé (à domicile) de l'Unité de soins aux patients en phase critique (USPPC) auront reçu un résumé de l'OOSP. D'ici au 1 ^{er} juillet 2024, 75 % des patients admis ayant reçu leur congé du SU en auront reçu un.	

O = Obligatoire (toutes les cellules doivent être remplies) P = Prioritaire (remplissez SEULEMENT la cellule de commentaires si vous ne travaillez pas sur cet indicateur) A = Additionnel (sélectionnez cet indicateur, seulement si vous travaillez dessus) S = Sur mesure (ajoutez tous les autres indicateurs sur lesquels vous travaillez)

But		Mesures									Changement				
Problème	Dimension de qualité	Mesure / Indicateur	Type	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
											2) Continuer d'informer le personnel et les médecins sur Healthwise. 3) Appuyer le traitement du dossier de sortie du patient afin de l'aider à conserver des documents d'information reçus durant son séjour. Ce dossier comprend une lettre de notre directrice générale indiquant que le patient pourrait recevoir un sondage après sa sortie de l'hôpital au sujet des renseignements obtenus pour l'aider à s'occuper de lui-même à domicile.	Faire une vérification des documents d'information sur Healthwise remis aux patients. Faire une vérification du nombre de patients admis recevant le nouveau « dossier de sortie », remis par un bénévole dès la journée de l'admission.	Nombre de patients recevant des documents d'information sur Healthwise/nombre total de mises en congé. Nombre de patients recevant un dossier de sortie/ nombre total d'admissions.	Au 1 ^{er} juillet 2024 au plus tard, 40 % des patients de l'Unité de médecine auront reçu l'information sur Healthwise. À la fin du T1 au plus tard, 50 % du nombre total de patients admis recevra un dossier de sortie. T3 : 75 %.	
Sécurité	Sécuritaire	Conformité au scannage des médicaments. Mesure du pourcentage de médicaments administrés (scannage ou annulation choisi) pour lequel un scannage de médicaments a été fait pour tous les patients hospitalisés et les patients au SU.	S	%/tous les patients hospitalisés et patients du SU	Collecte de données interne /Plus récente période de 9 mois	967*	73,4	85,70	Point de référence cible établi au moyen des données de l'exercice 2022-2023.		1) Examen mensuel des vérifications liées à l'administration des médicaments en compagnie du personnel. 2) Suivre la formation sur l'importance des processus d'administration de médicaments par code à barres (AMCB) avec le personnel administrant les médicaments aux patients. 3) Suivre la formation sur l'importance des processus d'administration de médicaments par code à barres (AMCB) avec le personnel administrant les médicaments aux patients. 4) Reconnaissance du rendement.	Revoir les vérifications sur la conformité au scannage des médicaments et les raisons de l'annuler, réunions internes mensuelles avec le personnel. a) Mener une campagne éclair d'information auprès du personnel sur la corrélation entre l'AMCB et la diminution du nombre d'incidents liés à des médicaments au moyen d'outils divers (réunions internes, affiches et courriels). b) Modification des scénarios de pratique de l'administration des médicaments utilisés lors de la mise en œuvre initiale du DSE. Mettre en place un programme de reconnaissance du rendement par rapport à l'AMCB dans l'ensemble de l'organisme.	Faire état des réunions internes mensuelles qui ont eu lieu. Faire un mois de la campagne éclair d'information. Mener les scénarios de pratique à jour pour la mise en œuvre du DSE. a) Évaluer les méthodes de reconnaissance du rendement en compagnie des conseils des services.	Continu. D'ici au T1, les gestionnaires reverront les vérifications mensuelles sur la conformité au scannage des médicaments et les raisons de l'annuler, ils mèneront des réunions internes avec le personnel et auront préparé les documents. À la fin du T1, un mois de la campagne d'information éclair sera terminé. À la fin du T2 au plus tard, mise à jour des scénarios de pratique pour la mise en œuvre du DSE. Élaboration d'un programme de reconnaissance de l'AMCB à la fin du T1 au plus tard.	

O = Obligatoire (toutes les cellules doivent être remplies) P = Prioritaire (remplissez SEULEMENT la cellule de commentaires si vous ne travaillez pas sur cet indicateur) A = Additionnel (sélectionnez cet indicateur, seulement si vous travaillez dessus) S = Sur mesure (ajoutez tous les autres indicateurs sur lesquels vous travaillez)

But		Mesures								Changement					
Problème	Dimension de qualité	Mesure / Indicateur	Type	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Cible pour la mesure de processus		Remarques
											Méthodes	Les mesures des processus			
											5) Reconnaissance du rendement.	Mettre en place un programme de reconnaissance du rendement par rapport à l'AMCB dans l'ensemble de l'organisme.	b) Établir une méthode de reconnaissance du rendement dans l'ensemble de l'organisme.	Communication et mise en œuvre du programme de reconnaissance du rendement par rapport à l'AMCB à la fin du T2 au plus tard.	
											6) Participation des patients.	a) Procéder à une analyse du contexte concernant les stratégies d'administration de médicaments par code à barres (AMCB) utilisées par d'autres hôpitaux en Ontario.	Mener des discussions avec les trois autres emplacements ayant une stratégie active de participation des patients à l'AMCB.	Analyse du contexte et présentation au CCPF à la fin du T2 au plus tard.	
											7) Participation des patients.	b) Présenter les constatations de l'analyse du contexte et les taux actuels d'AMCB à l'HCC au Conseil consultatif des patients et des familles (CCPF).	Faire la présentation au CCPF.	Élaboration de la stratégie pour les interactions d'information avec les patients sur l'importance de l'AMCB à la fin du T3 au plus tard.	
											8) Participation des patients.	c) Établir une stratégie pour les interactions d'information avec les patients sur l'importance de l'AMCB.	CCPF a appuyé la stratégie pour les interactions d'information avec les patients sur l'importance de l'AMCB.	Mise en œuvre d'une stratégie pour les interactions d'information avec les patients sur l'importance de l'AMCB à la fin du T4 au plus tard.	
											9) Recours à la technologie.	Mettre en place une technologie mobile portative avec capacités d'AMCB.	a) Mener une analyse de l'état actuel des processus d'administration des médicaments.	Analyse de l'état actuel à la fin du T1 au plus tard.	
											10) Recours à la technologie.	Mettre en place une technologie mobile portative avec capacités d'AMCB.	b) Mener une analyse de l'état actuel des processus d'administration des médicaments.	Analyse de l'état actuel à la fin du T2 au plus tard.	
											11) Recours à la technologie.	Mettre en place une technologie mobile portative avec capacités d'AMCB.	c) Mener les activités d'information sur l'intégration de la technologie mobile portative avec les flux opérationnels liés à l'AMCB.	Processus d'information terminé et solution de technologie mobile portative intégrée dans les flux opérationnels liés à l'administration des médicaments à la fin du T3 au plus tard.	

O = Obligatoire (toutes les cellules doivent être remplies) P = Prioritaire (remplissez SEULEMENT la cellule de commentaires si vous ne travaillez pas sur cet indicateur) A = Additionnel (sélectionnez cet indicateur, seulement si vous travaillez dessus) S = Sur mesure (ajoutez tous les autres indicateurs sur lesquels vous travaillez)