

Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)

Section narrative pour les organismes de soins de santé de l'Ontario

2026-2027

SURVOL

L'Hôpital communautaire de Cornwall (HCC) est fier de présenter son plan d'amélioration de la qualité (PAQ) 2026-2027, continuant ainsi à soutenir son plan stratégique intitulé Au gouvernail d'une transformation innovatrice et ses grandes priorités d'action, à savoir la reprise, les gens et l'intégration. Les initiatives d'amélioration indiquées dans le plan de cette année témoignent de notre volonté à respecter nos valeurs ICARE (l'intégrité, la compassion, la responsabilité, le respect et l'engagement) ainsi que notre vision : Des soins exceptionnels. Toujours.

L'HCC demeure fermement résolu à rehausser la qualité et la sécurité des soins tout en favorisant un milieu qui réduit le risque au minimum pour les patientes, les patients et le personnel. Nos équipes collaborent sans relâche afin de répondre aux besoins changeants de notre communauté diversifiée et en croissance. Au moyen d'un processus décisionnel fondé sur les données, de pratiques factuelles et de partenariats solides dans l'ensemble du système de santé, nous faisons progresser des améliorations durables qui raffermissent les résultats pour les patients et leurs expériences.

En 2026-2027, l'HCC continuera à mettre l'accent sur les grandes priorités, y compris l'accès et le flux, l'équité et la santé des Autochtones, l'expérience des patients et des fournisseurs de soins ainsi que la sécurité. Les indicateurs du PAQ pour la prochaine année traduisent ces priorités et l'importance que nous attachons à des progrès mesurables. Cela comprend la réduction des temps d'attente pour l'évaluation initiale du médecin, la diminution des temps de déchargement des ambulances ainsi que

la réduction de la durée de séjour au Service d'urgence (SU) des cas mineurs non admis. Nous allons aussi prioriser la promotion de l'équité en augmentant le pourcentage du personnel de gestion qui suit une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion (EDI) et d'antiracisme. En outre, nous voulons améliorer la communication au moment du congé, tel qu'on le mesure au moyen du pourcentage de patients qui, dans le cadre du sondage sur l'expérience des patients, indiquent qu'ils ont reçu des renseignements adéquats concernant leur santé et leurs soins

Ensemble, ces initiatives ciblées permettent à l'HCC de fournir des soins plus sécuritaires, équitables et axés sur les gens, pour tous.

ACCÈS ET FLUX

L'HCC continue de s'attarder aux démarches qui consolident l'accès aux soins et améliorent l'acheminement des patients, l'objectif général étant de s'assurer qu'ils obtiennent les bons soins, au bon endroit et au bon moment. Le PAQ 2026-2027 s'appuie sur le fondement des années précédentes et continue à prioriser les grands domaines de rendement qui ont un effet direct sur l'expérience des patientes et patients ainsi que sur l'efficacité du système. Plus concrètement, le plan continue de mettre grandement l'accent sur les temps de déchargement des ambulances, l'évaluation initiale du médecin et la réduction de la durée de séjour des cas mineurs non admis.

D'importants progrès ont été réalisés pour ce qui est de l'amélioration des temps de déchargement des ambulances grâce à une étroite collaboration avec nos partenaires communautaires, particulièrement les Services médicaux d'urgence. Ce partenariat a été décisif pour mettre en œuvre des

changements pratiques et durables à l'appui de transitions rapides des patients de l'ambulance aux soins au SU. La force de cette collaboration a permis à l'HCC de concrétiser des améliorations mesurables. En outre, un dialogue continu avec les Services médicaux d'urgence et d'autres partenaires sera essentiel au maintien et à la poursuite de ces gains.

En plus de ces efforts, l'HCC se penche activement sur des processus d'acheminement des patients afin d'améliorer la visibilité en temps réel et la coordination au sein des équipes de soins. L'utilisation d'outils de suivi et de communication améliorée permet d'identifier plus rapidement les engorgements et les contraintes opérationnelles. En s'attaquant à ces défis de manière proactive, l'HCC peut optimiser le déplacement des patients au SU, améliorer l'efficacité de la prestation de soins et appuyer de meilleurs résultats cliniques. Ensemble, ces initiatives renforcent l'adhésion de l'HCC à l'amélioration continue de la qualité ainsi qu'à des soins adaptés et centrés sur les patients.

ÉQUITÉ ET SANTÉ DES AUTOCHTONES

Pour faire progresser l'équité en santé et la santé des Autochtones dans notre communauté, il faut une action délibérée, stratégique et soutenue. Notre hôpital est fier de son étroit partenariat avec le Conseil des Mohawks d'Akwesasne afin d'appuyer des soins adaptés sur le plan culturel, respectueux et adéquats pour les patientes et les patients autochtones. Cette collaboration se reflète dans plusieurs grandes initiatives, y compris la Politique sur les cérémonies de purification, le poste d'intervenante-pivot auprès des patients autochtones, une formation complète sur la sensibilité à la culture pour les dirigeants et le personnel ainsi que notre politique sur la reconnaissance du territoire. Ensemble, ces

démarches témoignent de notre volonté à participer de façon significative et à assurer la réconciliation dans le domaine des soins de santé.

L'HCC est fier de ce partenariat continu qui a renforcé la communication, appuyé les améliorations du système et guidé la planification de futures initiatives. Cela comprend l'élargissement de l'accès aux pratiques traditionnelles et l'exploration de possibilités afin de créer des espaces dédiés et adaptés aux particularités culturelles pour mieux soutenir les patientes et patients autochtones ainsi que leurs familles dans notre milieu hospitalier.

Au cours de la dernière année, l'HCC a mis sur pied des initiatives de sensibilisation à l'échelle de l'établissement au sujet de l'équité, de la diversité, de l'inclusion et de l'antiracisme pour tout le personnel. Cette formation a jeté les bases d'une solide fondation partagée et d'une compréhension commune des grands principes au sein de l'organisation. À l'aube de l'exercice 2026-2027, ce travail de base nous permet d'approfondir nos efforts grâce à des occasions d'apprentissage plus ciblées, particulièrement pour la direction.

Au cours de la prochaine année, l'HCC prévoit d'offrir une formation ciblée pour les équipes de gestion sur l'EDI et l'antiracisme. Cette formation aidera les dirigeantes et les dirigeants à accroître la sensibilisation, la connaissance et la compréhension pour rehausser l'épanouissement professionnel et le perfectionnement personnel. Le raffermissement des capacités des dirigeants dans ces domaines contribuera directement aux initiatives ICARE et favorisera une culture organisationnelle inclusive et respectueuse ancrée dans des pratiques et des politiques antioppressives et antiracistes.

EXPÉRIENCE DES PATIENTS/CLIENTS/RÉSIDENTS

L'HCC entend établir des partenariats avec les patients et les familles en tant que participants actifs dans le cadre de leurs soins. Cela s'inscrit dans notre plan stratégique, faisant partie du pilier inspiré par les patients et les partenaires de soins qui guide notre approche de prestation de soins de grande qualité, axés sur les gens.

La rétroaction sur l'expérience des patients est essentielle pour déterminer les occasions d'amélioration et rehausser la satisfaction globale. L'HCC recueille ces commentaires au moyen de multiples façons, y compris les sondages sur l'expérience des patients, les tournées auprès des patients par les gestionnaires, le Conseil consultatif des patients et des familles (CCPF) et l'interaction directe par l'entremise du service de l'expérience des patients. Ces mécanismes nous permettent d'obtenir de précieuses observations sur le parcours des patients et de mieux comprendre les besoins, les attentes et les points de vue des gens que nous servons. Ces renseignements guideront nos efforts soutenus visant à améliorer la qualité du service et ils garantissent que la prestation de soins demeure centrée sur les patients.

Notre organisation se consacre à s'assurer que les voix des patients et des proches aidants sont entendues et qu'on en tient compte dans tout le continuum de soins et les services. Par leur collaboration avec le CCPF, ils contribuent activement aux initiatives d'amélioration de la qualité en faisant part de leurs expériences vécues et en formulant des recommandations pratiques. Durant la dernière année, les membres du CCPF ont joué un rôle de premier plan dans le cadre de plusieurs initiatives, notamment au sein de groupes de discussion ayant mené à la conception de la chambre de soins palliatifs, en contribuant à la

refonte des renseignements pour la sortie des patients et en passant en revue les ressources d'information pour les patientes et les patients.

Afin de reconnaître et de souligner ces contributions très utiles, l'HCC a créé un sceau d'approbation du CCPF. Cette désignation témoigne de la participation de ce comité à l'élaboration et à l'examen des documents à l'intention des patientes et des patients. Elle met aussi en relief notre volonté à coconcevoir des pratiques de soins qui sont le reflet des points de vue des patients et des proches aidants.

EXPÉRIENCE DES FOURNISSEURS DE SOINS

L'HCC reconnaît qu'une main-d'oeuvre en santé et mobilisée est essentielle à la prestation de soins de grande qualité aux patientes et aux patients. Guidé par la mission, la vision et les objectifs de son comité de mieux-être, l'HCC a mis en place des pratiques innovatrices et coordonnées de mieux-être en milieu de travail qui ont un effet positif sur le recrutement, la rétention, la culture organisationnelle et l'expérience du personnel.

Le Comité de mieux-être de l'établissement joue un rôle central pour faire progresser le bien-être du personnel et des médecins par l'entremise d'une approche structurée et interdisciplinaire. Y siègent des représentantes et représentants de la haute direction, du personnel de première ligne, des médecins, des services de santé mentale, des communications ainsi que du Comité sur l'équité, la diversité et l'inclusion. Le Comité de mieux-être veille à ce que les initiatives à ce sujet soient inclusives, souples et conformes aux priorités organisationnelles. Les plans de travail et les budgets annuels appuient la responsabilisation et l'amélioration continue.

L'importance que l'HCC accorde au bien-être consolide le recrutement en faisant de l'établissement un employeur de choix qui tient à la sécurité psychologique, à la conciliation travail-vie personnelle et à l'inclusivité. On présente immédiatement des ressources pour le mieux-être aux nouveaux membres du personnel, consolidant ainsi une culture de soutien en début d'emploi.

La rétention est accrue grâce à des initiatives globales de mieux-être qui portent sur le bien-être physique, psychologique et social. L'accès à des ressources de santé mentale, à des programmes de mieux-être et à de la formation appuie la résilience du personnel et aide à atténuer l'épuisement professionnel dans un milieu de soins de santé exigeant.

Ces démarches contribuent aussi à une culture de travail positive ancrée dans la confiance, le respect et le dialogue. Une communication ouverte, la participation des dirigeants et le soutien par les pairs favorisent un sentiment d'appartenance et de responsabilité partagée en matière de bien-être.

Grâce au travail de son comité de mieux-être, l'HCC continue de rehausser l'expérience du personnel, de raffermir la viabilité de sa main-d'oeuvre et d'appuyer la prestation de soins de compassion et sécuritaires aux patientes et patients.

SÉCURITÉ

Des événements qui ne devraient jamais arriver, ce sont des incidents liés à la sécurité des patients, qui sont largement évitables et ne devraient jamais avoir lieu lorsque des mesures de protection et des systèmes factuels sont bien mis en œuvre. Ces

situations peuvent engendrer des préjudices pour les patients et ébranler la confiance envers la prestation de soins de santé. L'HCC adhère à la transparence, à la responsabilisation et à l'amélioration continue de la qualité par la participation volontaire au signalement de tels incidents. Ce faisant et en les passant en revue ouvertement, l'organisation raffermi sa capacité à déceler les lacunes du système, à mettre en œuvre des mesures correctives et à prévenir toute récurrence, ce qui en fin de compte favorise une solide culture de la sécurité des patientes et patients.

Reconnaissant que les erreurs de médicaments constituent un risque majeur et évitable pour la sécurité des patients, le Plan d'amélioration de la qualité 2025-2026 s'est attardé à la sécurité des médicaments par la conformité accrue du scannage des médicaments par code à barres. Les incidents liés aux médicaments sont parmi les situations contribuant le plus aux événements qui ne devraient jamais arriver, ce qui fait de cette initiative un volet essentiel des efforts de réduction des méfaits. Le système d'administration de médicaments par code à barres fait appel à la technologie pour vérifier les « cinq droits » d'administration, soit le bon patient, le bon médicament, la bonne dose, la bonne voie d'administration et le bon moment, réduisant ainsi la dépendance aux processus manuels et minimisant les erreurs humaines.

L'amélioration de la conformité au scannage appuie une approche pour l'utilisation sécuritaire des médicaments, l'efficacité du flux des soins infirmiers et elle consolide la vérification en temps réel au point de service. L'utilisation uniforme des codes à barres réduit la probabilité d'effets indésirables des médicaments, d'accidents évités de justesse et de préjudices évitables, ce qui concorde précisément avec les principes de prévention des événements qui ne devraient jamais

arriver. Cette initiative renforce l'approche proactive de l'HCC en matière de sécurité des patients afin que les leçons apprises par le signalement des événements qui ne devraient jamais arriver mènent à des améliorations du système et à des soins plus sécuritaires.

SOINS PALLIATIFS

Conformément à la norme de qualité et aux lignes directrices sur les pratiques exemplaires factuelles pour les soins palliatifs, l'HCC continue de faire progresser ce travail important par l'entremise de son comité des soins palliatifs, dont les membres sont dévoués. Ce comité se compose d'une grande diversité de gens qui collaborent, notamment des cliniciens de première ligne, des gestionnaires cliniques ainsi que des conseillers pour les patients et les familles, garantissant ainsi que de multiples perspectives éclairent la planification et la prise de décisions. Cette approche interdisciplinaire témoigne de notre volonté à fournir des soins de compassion et centrés sur la personne qui s'appuient sur l'excellence clinique et l'expérience vécue.

Durant la dernière année, ce comité s'est attardé à déterminer et à évaluer les besoins changeants des patients et des familles qui doivent faire face à une maladie grave. Tout récemment, ses membres ont animé un groupe de discussion en compagnie des représentantes et représentants du Conseil consultatif des patients et des familles afin d'explorer les options de mise en place d'une nouvelle chambre de soins palliatifs. Les commentaires des patients et des familles ont été déterminants pour façonner la vision d'un espace dédié priorisant le confort, la dignité, l'intimité et les liens significatifs.

La chambre de soins palliatifs proposée sera une oasis de calme dans un environnement accueillant conçu pour soutenir les patientes, les patients et leurs proches durant certains des moments de vie les plus empreints de vulnérabilité. En aménageant un espace adapté à la présence des familles, à la réflexion en toute quiétude et à des soutiens holistiques, l'HCC veut rehausser l'expérience globale en matière de soins. Cette initiative montre que nous reconnaissons que des soins palliatifs de grande qualité doivent englober les symptômes physiques, mais aussi les besoins affectifs, spirituels, culturels et sociaux des patients et des familles. Grâce à une collaboration soutenue et à une planification minutieuse, l'HCC entend consolider les services de soins palliatifs et garantir un soutien empreint de compassion à toutes les étapes de la maladie.

GESTION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

À l'HCC, en collaboration avec Recovery Care, un programme de première dose de suboxone a été mis en œuvre pour mieux répondre aux besoins uniques des gens en matière de santé et de services sociaux. Cette initiative représente un changement par rapport aux interventions d'urgence habituelles axées uniquement sur la gestion des symptômes aigus ou le traitement des surdoses. En amorçant le traitement au SU, on veut réduire le nombre de visites répétées, alléger la pression sur les services d'urgence et améliorer les résultats à long terme, renforçant ainsi l'engagement de l'HCC à fournir des soins de compassion, sécuritaires et sans stigmatisation pour les gens prêts à amorcer un traitement.

Les programmes de suboxone au SU sont conçus de sorte à appuyer les gens ayant un problème de consommation d'opioïdes à un moment critique de soins en amorçant un traitement et en mettant ces personnes en contact avec des

services de rétablissement continu. Ce programme adopte une approche globale s'attardant aux aspects physiques et psychologiques des problèmes de consommation d'opioïdes, aidant ainsi les patientes et les patients à amorcer leur parcours de rétablissement de façon sécuritaire et efficace.

L'administration d'une première dose de suboxone contenant de la brupénorphine aux personnes vivant des symptômes de sevrage précoce d'opioïdes, prêtes à amorcer un traitement, constitue un volet clé de son administration au SU. Ce médicament aide à atténuer les symptômes de sevrage et les états de manque, ce qui permet plus facilement aux patients d'amorcer leur rétablissement. De la naloxone est aussi fournie afin d'éviter un mauvais usage et de réduire les risques de surdose. Dans bien des cas, les patientes et les patients obtiennent une ordonnance pour utilisation continue et sont aiguillés vers les cliniques communautaires de réduction des méfaits pour des soins de suivi.

Des évaluations de la santé comportementale ont souvent lieu pour évaluer la préparation au traitement et fournir des interventions de courte durée qui appuient l'interaction. L'aiguillage vers des services axés sur le rétablissement constitue un élément central, les patients étant mis en contact avec les fournisseurs de services de traitement des dépendances, les cliniques de réduction des méfaits ou les services de gestion du sevrage pour les patients hospitalisés ou en consultation externe, au besoin.

PROGRAMME DE GESTION DE LA QUALITÉ CONCERNANT LES VISITES RÉPÉTITIVES AUX URGENCES

Parmi les priorités de l'année dernière concernant l'amélioration de la qualité, mentionnons une collaboration accrue avec les

partenaires communautaires afin d'appuyer les mises en congé. Le personnel du SU a collaboré avec les services paramédicaux communautaires afin de sensibiliser davantage les gens à l'existence de ces services au SU, d'améliorer les voies d'accès aux aiguillages et de mieux appuyer les patientes et patients aux points de transition de soins, par exemple au moment de la mise en congé.

De plus, le SU a développé un flux opérationnel en compagnie de notre centre Recovery Care pour offrir les premières doses de suboxone au SU. Cela permet d'offrir davantage de conseils de santé et d'information aux patientes et patients lors de la mise en congé pour que les visites répétitives au SU soient appropriées.

Nous sommes heureux de l'opportunité que nous avons eue encore cette année de passer en revue et d'auditer les cas de visites répétitives au SU. De 53 cas audités, 20,7 % avaient trait à une faiblesse générale et/ou à l'épuisement de proches aidants. Nous prévoyons de mettre en place une directive médicale sur les faiblesses générales au SU pour nous assurer que les gens sont traités dès leur arrivée au SU.

Des cas audités, 17 % des visites répétitives étaient liés à la santé mentale tandis que 5,6 % de ces visites étaient associées à la consommation de substances. Notre équipe a l'intention d'optimiser les principaux espaces où cette population de patients se trouverait durant les visites au SU. On veut ainsi que les patients et leurs fournisseurs de soins sentent qu'on s'occupe bien d'eux au SU et qu'on les prépare à l'obtention de leur congé (des ressources facilement accessibles, des espaces fraîchement peints, des œuvres d'art apaisantes, etc.).

Le Groupe de travail sur l'imagerie diagnostique et le SU continuera de se réunir en 2026 pour poursuivre les discussions

et la collaboration en cours pour nos flux opérationnels partagés. Le SU veut mieux comprendre les flux opérationnels de l'imagerie diagnostique pour que nous travaillions ensemble afin que ces tests soient faits, si cela convient, et que les résultats soient facilement disponibles. Cela permettrait aux patientes et aux patients de passer moins de temps au SU en attente de tests et/ou de résultats. L'optimisation des flux opérationnels partagés appuiera l'amélioration de l'acheminement des patients, réduira les retards inutiles et rehaussera l'expérience globale des patients. En alignant les processus, en clarifiant les rôles ainsi que les attentes et en identifiant les possibilités de standardisation, nous voulons raffermir la communication entre les équipes et garantir une prestation de soins efficiente et à temps. Le suivi continu des principaux paramètres et la rétroaction ouverte entre l'Imagerie diagnostique et le SU aideront à maintenir les améliorations et alimenteront l'amélioration continue de la qualité tout au long de 2026-2027.

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
- Médecin-chef

COORDONNÉES/RESPONSABLE DÉSIGNÉE

Kelly Shaw
Vice-présidente des Services aux patients et
chef de direction des soins infirmiers
Kelly.shaw@cornwallhospital.ca

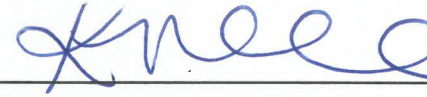
SIGNATURE

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 le 12 mars 2026.



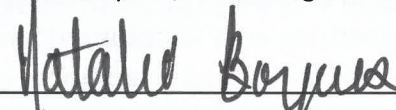
Alice Wilson-Haramis, présidente du Conseil



Kristen MacDonell, présidente du Comité de la qualité du Conseil



Jeanette Despatie, directrice générale



Natalie Bourgeois, responsable du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives au Service d'urgence



Kelly Shaw, vice-présidente des Services aux patients et chef de direction des soins infirmiers

Accès et flux

Mesure Dimension : Opportun

Indicateur #3	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
Durée de séjour moyen au SU des cas mineurs non admis	P	Heures / Patients des services d'urgence	ICIS SNISA / 2025/26	4,50	4,10	Établie à 10 % de réduction du rendement de l'an dernier	

Cet indicateur est-il lié à :

Audits de visite de retour aux urgences?	Oui
Rémunération des cadres supérieurs?	Oui
Partie du plan d'action sur le paiement aux résultats	Non

Idées de changements

Idée de changement #1 Passer en revue et améliorer l'acheminement des patients et les activités de la zone d'évaluation et de traitement au SU

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
En collaborant avec le personnel du SU, mise en place d'autres processus d'acheminement des patients dans la zone d'évaluation et de traitement	Durée de moyenne de séjour des cas mineurs non admis	T1 – Développement d'un autre processus d'acheminement des patients dans la zone d'évaluation et de traitement (élaboration au cours de l'exercice précédent). T2 – Collaboration soutenue avec le personnel du SU relativement à un autre processus d'acheminement des patients dans la zone. T3 – Évaluation de l'autre processus d'acheminement des patients dans la zone. T4 – Rajustements apportés à l'autre processus d'acheminement des patients dans la zone en fonction de l'évaluation menée au T3. La cible sera atteinte.	

Mesure Dimension : Opportun

Indicateur #4	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
Temps de déchargement moyen des ambulances	P	Minutes / patients	ICIS SNISA / 2025/26	11,00	10,00	Établie à 10 % de réduction du rendement de l'an dernier	

Cet indicateur est-il lié à :	
Audits de visite de retour aux urgences?	Non
Rémunération des cadres supérieurs?	Oui
Partie du plan d'action sur le paiement aux résultats	Non

Idées de changements

Idée de changement #1 Flux opérationnels améliorés aux Services médicaux d'urgence et au Soutien décisionnel pour la collecte des données sur le transfert des soins

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
La cible sera atteinte en collaborant avec les partenaires communautaires comme les Services médicaux d'urgence et le Soutien décisionnel pour passer en revue nos flux opérationnels partagés, dont la collecte de données.	Temps de déchargement moyen des ambulances	T1 – Collaborer avec le Soutien décisionnel pour analyser davantage les données (collecte et qualité des données), etc. T2/T3 : collaboration continue avec les SMU et le personnel de première ligne du SU pour s'assurer que les initiatives existantes d'amélioration de la qualité se poursuivent et afin d'explorer d'autres initiatives semblables possibles. La cible du T4 sera atteinte.	

Mesure Dimension : Opportun

Indicateur #5	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
Temps d'attente moyen aux urgences pour l'évaluation initiale d'un médecin	P	Heures / Patients des services d'urgence	ICIS SNISA / 2025/26	2,70	2,40	Diminution de 10 % du rendement de l'an dernier	

Cet indicateur est-il lié à :	
Audits de visite de retour aux urgences?	Oui
Rémunération des cadres supérieurs?	Oui
Partie du plan d'action sur le paiement aux résultats	Non

Idées de changements

Idée de changement #1 Revoir et améliorer les opérations d'acheminement des patients dans la zone d'évaluation et de traitement du SU

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Révision de l'acheminement des patients et des opérations dans la zone d'évaluation et de traitement du SU et mise en place d'autres processus d'acheminement des patients	Temps d'attente moyen au SU pour l'évaluation initiale d'un médecin	T1 – Développement d'un autre processus d'acheminement des patients dans la zone d'évaluation et de traitement (élaboration au cours de l'exercice précédent). T2 – Collaboration soutenue avec le personnel du SU relativement à un autre processus d'acheminement des patients dans la zone. T3 – Évaluation de l'autre processus d'acheminement des patients dans la zone. T4 – Rajustements apportés à l'autre processus d'acheminement des patients dans la zone en fonction de l'évaluation menée au T3. La cible sera atteinte.	

Équité

Mesure Dimension : Équitable

Indicateur #1	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
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 d'antiracisme	F	% / Personnel	Collecte de données à l'interne / Période de 12 mois consécutifs la plus récente	CB	85,00	85 % des gestionnaires désignés pour suivre la formation	

Cet indicateur est-il lié à :

Audits de visite de retour aux urgences?	Non
Rémunération des cadres supérieurs?	Oui
Partie du plan d'action sur le paiement aux résultats	Non

Idées de changements

Idée de changement #1 Déterminer et mettre en oeuvre une formation ciblée et appropriée pour les gestionnaires sur l'EDI et l'antiracisme

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Obtention d'une formation et d'un curriculum et mise en oeuvre des séances prévues	Formation suivie par les gestionnaires	85 % de conformité à la formation appropriée	

Expérience

Mesure Dimension : Axé sur les patients

Indicateur #2	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
Pourcentage de répondants qui ont répondu positivement (2 notes supérieures) à la question suivante : 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 départ de l'hôpital?	P	% / répondant au sondage	Collecte de données à l'interne / Période de 12 mois consécutifs la plus récente	80,50	80,00	Demeurer constant par rapport au rendement actuel	

Cet indicateur est-il lié à :	
Audits de visite de retour aux urgences?	Non
Rémunération des cadres supérieurs?	Oui
Partie du plan d'action sur le paiement aux résultats	Non

Idées de changements

Idée de changement #1 Utilisation continue de l'OOSP

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Auditer l'utilisation de l'OOSP au moyen du système de dossiers de santé électroniques	Nombre de patients faisant l'objet de l'OOSP au congé/nombre de mises en congé	75 % des patients admis reçoivent un résumé de l'OOSP	

Idée de changement #2 Tournées régulières du gestionnaire clinique auprès des patients

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Gestionnaire clinique faisant la tournée d'au moins 5 patients par mois au moyen d'un ensemble normalisé de questions	Nombre de patients visités par mois par unité (patients admis et au SU)	Taux de conformité de 85 % par rapport aux tournées auprès des patients par les gestionnaires	