



FICHE DE RENDEMENT GÉNÉRAL 2020-2021

Vision : Des soins exceptionnels. Toujours.

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

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

Directives : Cliquer sur l'indicateur pour afficher des renseignements supplémentaires.

| OFFRIR DES SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT | | | | | |
|--|------------------------------|----|----|----|----|
| Indicateur | Référence | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Évaluation de la confusion mentale (méthode CAM) | Adapté aux besoins des aînés | G | G | G | G |
| Plaintes dont la réception a été confirmée | Conseil | G | G | G | Y |
| Nombre de chutes par 1 000 jours-patient | Adapté aux besoins des aînés | G | R | G | Y |
| Sondage sur l'expérience des patients – Renseignements | PAQ | R | Y | Y | Y |
| Réadmissions dans les 30 jours en raison de problèmes médicaux précis de GPH | ERS-H | Y | R | G | G |
| Rapatriement de patients dans les 48 heures | ERS-H | R | R | R | R |
| Visites répétées au Service d'urgence pour un problème de santé mentale | PAQ/ERS-H/ERS-M | R | G | G | G |
| Visites répétées au Service d'urgence pour un problème de toxicomanie | ERS-H/ERS-M | G | G | G | R |
| Taux de congés le même jour avec soins à domicile | ERS-H | G | Y | Y | R |

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/A |

| TRAVAILLER EN PARTENARIAT POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RÉSULTATS DE QUALITÉ | | | | | |
|--|---------------|----|----|----|----|
| Indicateur | Référence | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Durée réelle de séjour par rapport à la durée prévue de séjour des GPH | Conseil/CPE | Y | Y | R | Y |
| Incidence de Clostridium difficile (C. Difficile) | ERS-H/MSAN | G | G | R | R |
| Sommaire de congé transmis aux soins primaires dans les 48 heures | PAQ | G | Y | G | Y |
| Taux de césarienne à faible risque itérative non urgente (>37 semaines) | ERS-H/Conseil | G | G | G | G |
| Visites au Service d'urgence – temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (TALH) | PAQ/CPE | G | Y | R | R |
| Visites au Service d'urgence – temps d'attente pour les cas majeurs non admis | ERS-H/CPE | G | G | G | G |
| Visites au Service d'urgence – temps d'attente pour les cas mineurs non admis | ERS-H/CPE | Y | R | R | R |
| Dossiers incomplets | Conseil | G | G | R | R |
| Taux d'indication d'inductions postérieures (<41 semaines) | ERS-H | G | G | G | G |
| Patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels par jour | PAQ | G | G | G | G |
| Taux de bilans comparatifs des médicaments (BCM) au congé (POR) | PAQ/Agrément | Y | Y | Y | Y |
| Taux de patients hospitalisés – Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP) | Conseil | Y | Y | G | Y |
| Taux d'abandon du tabac | ERS-H | G | G | G | G |
| Temps d'attente – tomodensitogrammes | ERS-H | R | R | R | R |
| Temps d'attente – arthroplasties de la hanche | ERS-H | R | R | R | R |
| Temps d'attente – arthroplasties du genou | ERS-H | R | R | R | R |
| Temps d'attente – Examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) | ERS-H | R | R | R | R |

Rendement global :

% des indicateurs équivalents ou supérieurs à la cible :
% des indicateurs dans un intervalle de 10 % de la cible :
% des indicateurs inférieurs à la cible :

| | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
|--|-----|-----|-----|-----|
| % des indicateurs équivalents ou supérieurs à la cible : | 53% | 41% | 47% | 34% |
| % des indicateurs dans un intervalle de 10 % de la cible : | 22% | 31% | 16% | 28% |
| % des indicateurs inférieurs à la cible : | 25% | 28% | 38% | 38% |

Explications des références :

Agrément – Agrément Canada
Conseil – Exigé par le Conseil
ERS-H – Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers
MSAN – Publication de rapports exigée; directive du ministère
ERS-M – Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels
CPE – Cible (annuelle) du plan d'exploitation
Adapté aux besoins des aînés – Initiative adaptée aux besoins des aînés (ERS-H)
PAQ – Plan d'amélioration de la qualité

| ATTEINDRE L'EXCELLENCE OPÉRATIONNELLE GRÂCE À L'INNOVATION | | | | | |
|--|-----------|----|----|----|----|
| Indicateur | Référence | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Ratio actuel | ERS-H | Y | Y | Y | G |
| Taux de temps supplémentaire | ERS-H | G | R | R | R |
| Marge totale | ERS-H | R | Y | R | G |

| NOTRE FORCE RÉSIDE DANS NOTRE ÉQUIPE | | | | | |
|--|-----------|----|----|----|----|
| Indicateur | Référence | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Absentéisme | Conseil | Y | Y | Y | Y |
| Sensibilisation à la culture autochtone | ERS-H | G | G | G | G |
| Prévention de la violence au travail - incidents | PAQ | G | G | G | Y |

**Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021**

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Utilisation de la méthode CAM auprès des patients âgés

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

Définition : Le taux d'utilisation de l'outil de dépistage approuvé du délire – méthode d'évaluation de la confusion (méthode CAM) chez les patients admis de 65 ans et plus arrivant par le Service d'urgence. Au moins une évaluation lors de l'admission à l'hôpital. Calcul en divisant le nombre total de cas dépistés au moyen de la méthode CAM par le nombre total des patients admis applicables de 65 ans et plus arrivant par le Service d'urgence.

Importance : La méthode CAM est un outil factuel normalisé qui permet aux cliniciens non formés en psychiatrie d'identifier et de reconnaître rapidement et précisément un délire, dans un milieu clinique ou de recherche. L'utilisation de la méthode CAM permet de créer des partenariats externes et une sensibilisation à l'interne ainsi que d'informer les gens au sujet de la stratégie des hôpitaux adaptés aux besoins des personnes âgées. Il s'agit de notre principal indicateur de qualité permettant d'appuyer l'aspect clinique associé au fait d'être adapté à ces personnes.

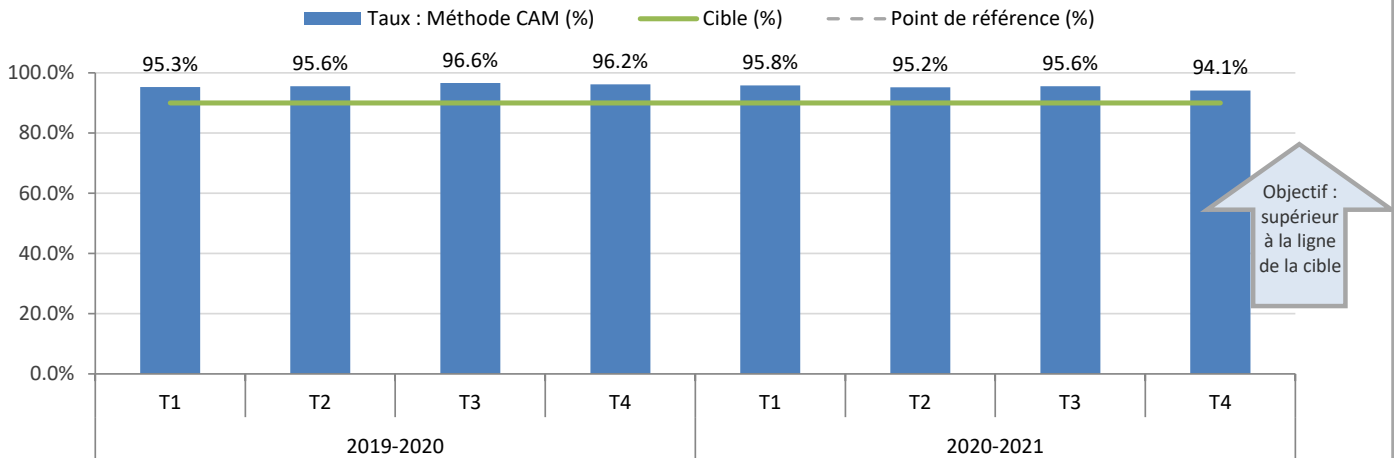
Source des données : Dossier de santé électronique Cerner

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les directives internes

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux : Méthode CAM (%) | 95.3% | 95.6% | 96.6% | 96.2% | 95.8% | 95.2% | 95.6% | 94.1% |
| Point de référence (%) | | | | | | | | |
| Cible (%) | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% |

Taux : Méthode CAM



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte. La tendance des résultats demeure tout à fait dans la cible prévue.
- T2** Cible atteinte. Le rendement continue de surpasser la cible.
- T3** Cible atteinte.
- T4** Cible atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite du suivi du rendement.
- T2** Poursuite du suivi du rendement. Les taux d'administration de la méthode CAM sont saisis à l'admission puis régulièrement afin de savoir s'il y a des cas de délire.
- T3** Poursuite des stratégies actuelles et contrôle de la conformité.
- T4** Poursuite des stratégies actuelles et de la surveillance de la conformité

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Plaintes dont la réception a été confirmée dans les cinq jours ouvrables

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 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.

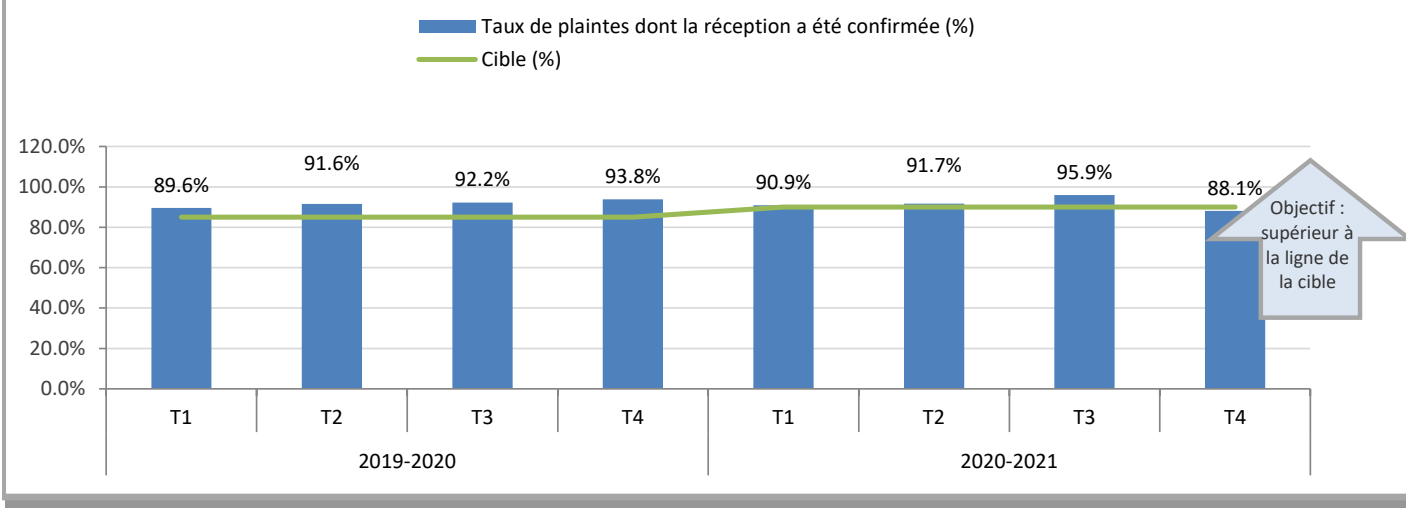
Source des données : RL Solutions

Renseignements sur la cible : Cible établie à l'interne, à 90 %, conformément à l'indicateur du PAQ

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux de plaintes dont la réception a été confirmée (%) | 89.6% | 91.6% | 92.2% | 93.8% | 90.9% | 91.7% | 95.9% | 88.1% |
| Point de référence (%) | | | | | | | | |
| Cible (%) | 85.0% | 85.0% | 85.0% | 85.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% |

Plaintes : réception confirmée <=5 jours ouvrables (taux)



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte. Pour l'exercice 2021, la cible a été augmentée à 90 %. Il y a eu 30 plaintes sur 33 dont la réception a été confirmée durant la période visée.
- T2** Cible atteinte.
- T3** Cible atteinte.
- T4** Juste en dessous de l'objectif. Au total, 37 plaintes ont fait l'objet d'un accusé de réception dans les 5 jours, sur un total de 42 plaintes pour le quatrième trimestre.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite du suivi du rendement.
- T2** Poursuite du suivi du rendement.
- T3** Poursuite du suivi du rendement.
- T4** Poursuite du suivi du rendement.

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

Indicateur : Nombre de chutes par 1 000 jours d'hospitalisation

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

Définition : Calcul fondé sur le nombre total de chutes dont le niveau de gravité est ≥ 1 (aucun tort ni dommage – sauf les accidents évités de justesse) signalé et divisé par le nombre total de jours-patient de toutes les unités pour patients hospitalisés (ce qui comprend les unités suivantes : médecine, chirurgie, soins aux patients en phase critique, Services de santé pour les femmes et les enfants, santé mentale et réadaptation) par 1 000 jours-patients.

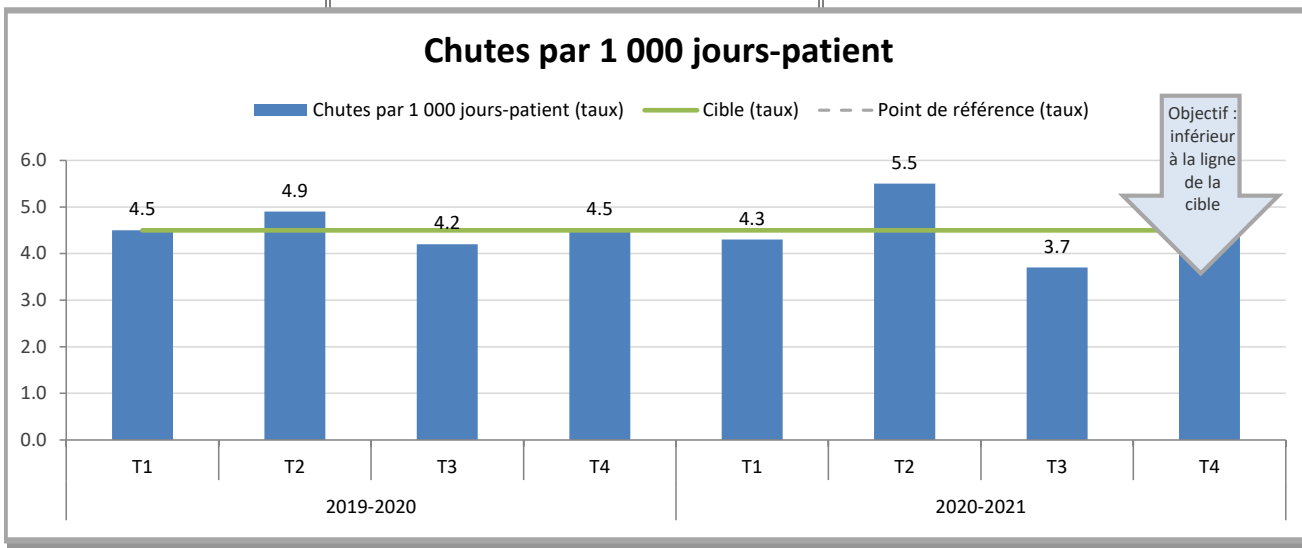
Importance : Pendant l'hospitalisation, les chutes augmentent la morbidité et la mortalité ainsi que la durée du séjour, tout en diminuant la qualité de vie. La réduction du nombre de chutes indique une réussite par rapport à l'amélioration de la qualité de vie. Selon Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, « Une chute est définie comme un événement imprévu qui amène une personne à se retrouver sur le sol ou à un niveau inférieur, et qui peut causer une blessure ».

Source des données : RL Solutions, Virtuo MIS – grand livre général

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les directives internes

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|---------------------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Chutes par 1 000 jours-patient (taux) | 4.5 | 4.9 | 4.2 | 4.5 | 4.3 | 5.5 | 3.7 | 4.6 |
| Point de référence (taux) | | | | | | | | |
| Cible (taux) | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 |



Analyse du rendement :

- T1** Dans l'ensemble, la cible a été atteinte durant la période visée. La plupart des domaines demeurent tout à fait dans la cible, sauf le Service de réadaptation (taux de 7,0 chutes par 1 000 patients-jour) et le Service de médecine (taux de 4,6 chutes par 1 000 patients-jour).
- T2** Cible atteinte. Augmentation du nombre total de chutes durant ce trimestre en raison des taux de chutes accrus dans les unités de médecine (6,8 %) et de réadaptation (5,9 %).
- T3** Cible atteinte.
- T4** Objectif non atteint. Les taux de chute en médecine (6,9 %) et en réadaptation (8,2 %) ont augmenté le taux de chute global pour le quatrième trimestre.

Plans d'amélioration :

- T1** Passer en revue les domaines cliniques où les chutes sont plus fréquentes et développer des stratégies d'amélioration. Dans l'ensemble, le taux est inférieur à la cible et demeure constant. Cependant, il existe des occasions d'amélioration.
- T2** Consultation mensuelle des taux de chutes. Examen des stratégies de réduction des chutes en compagnie du personnel clinique (médecine et réadaptation) et vérification des mesures. Stratégies de réduction des chutes : diminution du risque de déclin fonctionnel, prévention du délire, etc.
- T3** Poursuite des pratiques actuelles et des stratégies de réduction des chutes, y compris des efforts visant à diminuer le désordre ainsi qu'à favoriser la mobilité, tout en mettant en place des précautions universelles.
- T4** Les éclosions dans les unités de soins médicaux et de réadaptation ainsi que les précautions universelles et les mises en isolement ont mené à une diminution de la mobilité et à un déconditionnement accru, ce qui a contribué aux chutes durant ce trimestre.

Indicateur : Sondage sur l'expérience des patients – Renseignements sur 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)

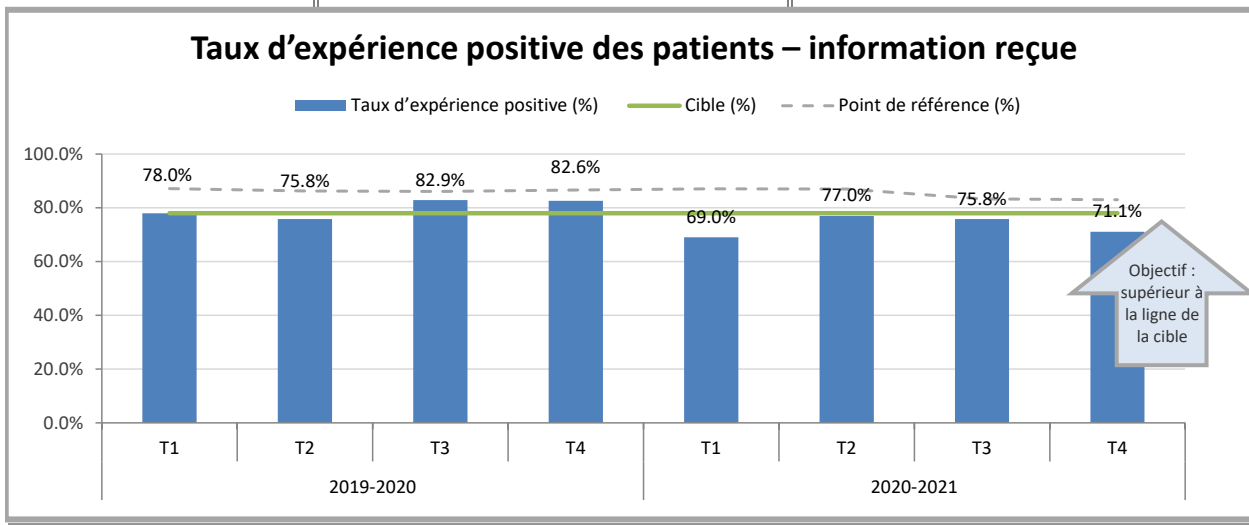
Importance : Tiré de QSSO – « La satisfaction des patients est un important paramètre de mesure de l'expérience des Ontariennes et Ontariens à l'égard du système de soins de santé. Trop souvent, les besoins des établissements et des fournisseurs de soins de santé en Ontario obtiennent la priorité. Un 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 des données : NRC (National Research Corporation)

Renseignements sur la cible : Cible établie à l'interne (78 %).

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur le rendement trimestriel moyen, NRC – RLISS de Champlain

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|--------------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux d'expérience positive (%) | 78.0% | 75.8% | 82.9% | 82.6% | 69.0% | 77.0% | 75.8% | 71.1% |
| Point de référence (%) | 87.1% | 86.3% | 86.1% | 86.6% | 87.1% | 87.0% | 83.3% | 83.0% |
| Cible (%) | 78.0% | 78.0% | 78.0% | 78.0% | 78.0% | 78.0% | 78.0% | 78.0% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. Plus grand impact sur le T1 : de faibles résultats en avril (55,6 %), des résultats de 73,1 % en mai et de 77,4 % en juin, soit une augmentation de 20 % par mois par rapport à avril. Le taux de réponse au T1 est également un peu faible (26 %) puisque juin est incomplet, la date de fermeture étant la mi-septembre.
- T2** Les résultats du T2 sont légèrement inférieurs à la cible (77 %), mais il s'agit d'une importante augmentation par rapport au T2. Les faibles résultats d'août (66,7 %) ont eu le plus grand impact sur le T2, tandis que juillet et septembre ont été supérieurs à la cible (81,1 % et 82,8 % respectivement). Le taux de réponse au T2 est de 28,2 %, mais septembre est incomplet, la date de fermeture étant la mi-décembre.
- T3** Cible non atteinte. Les faibles résultats de novembre (69,7 %) ont eu le plus grand impact sur le T3. Les résultats d'octobre sont de 77,8 % et ceux de décembre sont actuellement supérieurs à la cible (80 %). Le taux de réponse du T3 est de 30,3 %, mais décembre est incomplet, la date de fermeture étant la mi-mars.
- T4** Cible non atteinte. Le T4 comprend les résultats de janvier (63,6 %) et de février (70,1 %). Les données de mars ne sont pas incluses dans le T4 puisque l'analyse a été calculée sur 11 mois.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite de la sensibilisation du personnel à l'importance d'utiliser l'Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP) et de mener des vérifications périodiques.
- T2** Amélioration nécessaire de la distribution des « dossiers de sortie » (distribués par des bénévoles avant la pandémie de COVID-19) aux patients hospitalisés afin qu'ils conservent leurs OOSP et tous les documents d'information obtenus à l'hôpital. Ce dossier comprend une lettre de Mme Despatie qui associe la valeur des renseignements reçus à la question du sondage de satisfaction.
- T3** Poursuite de la distribution des dossiers de sortie aux patients pour organiser leurs documents d'information. Poursuite de l'information du personnel de première ligne relativement à l'importance de la remise des trousseaux OOSP aux patients au moment de leur congé.
- T4** Poursuivez comme ci-dessus.

Indicateur : Réadmissions dans son propre établissement dans les 30 jours en raison de problèmes médicaux précis de GPH

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

Définition : L'unité de mesure de cet indicateur est une admission unique pour cause de problème chronique précisé par l'ERS-H. Les résultats sont exprimés selon le nombre de GPH (groupes de patients hospitalisés du modèle d'allocation fondée sur la santé) ayant un problème précis qui sont réadmis en raison du même trouble diagnostiqué ou connexe dans les 30 jours de leur mise en congé. Le dénominateur comprend le total de congés après une admission de référence à l'hôpital (pour une période donnée), 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. Critères d'ensemble : problèmes médicaux précis de GPH, résidents de l'Ontario, numéro de carte Santé valide et certains groupes d'âge.

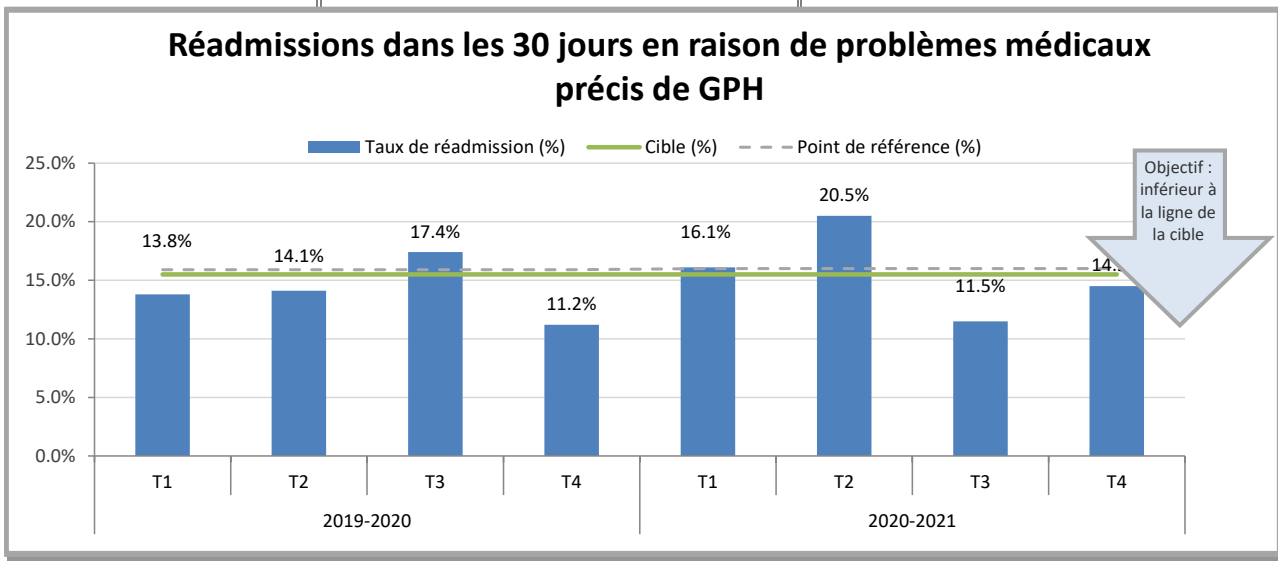
Importance : Les réadmissions hospitalières non prévues ont des répercussions néfastes sur les individus, les familles et le système de santé. Les réadmissions évitables demeurent un problème systémique qui concerne aussi l'intégration entre les fournisseurs dans le continuum des soins. Si les patients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

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

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les obligations en matière de normes de rendement (ERS-H)

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur le rendement de l'exercice précédent de nos hôpitaux de référence pairs

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|-------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux de réadmission (%) | 13.8% | 14.1% | 17.4% | 11.2% | 16.1% | 20.5% | 11.5% | 14.5% |
| Point de référence (%) | 15.9% | 15.9% | 15.9% | 15.9% | 16.0% | 16.0% | 16.0% | 16.0% |
| Cible (%) | 15.5% | 15.5% | 15.5% | 15.5% | 15.5% | 15.5% | 15.5% | 15.5% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte, mais à peine. Il y a eu 274 visites pour des problèmes médicaux précis de GPH et 44 réadmissions dans les 30 jours.
- T2** Cible non atteinte. Il y a eu 341 visites pour des problèmes médicaux précis de GPH et 70 réadmissions dans les 30 jours. Les 3 diagnostics principaux de ces problèmes particuliers de GPH sont les suivants : insuffisance cardiaque (17 réadmissions), maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) avec infection des voies respiratoires inférieures (11 réadmissions) et MPOC sans infection des voies respiratoires inférieures (10 réadmissions).
- T3** Cible atteinte.
- T4** Cible atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1** Les trois diagnostics principaux de ces problèmes particuliers de GPH sont les suivants : insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) avec infection des voies respiratoires inférieures, pneumonie virale. Les renseignements seront transmis aux groupes de médecins et des stratégies seront établies afin de s'assurer que les patients sont aiguillés vers les services appropriés lors de la mise en congé de l'hôpital.
- T2** Un examen plus approfondi aura lieu afin de trouver les facteurs internes sur lesquels on peut agir. La capacité d'accès aux services de soins à domicile et de soins communautaires du RLISS a grandement diminué, ce qui tient parfois compte des patients de retour à l'hôpital.
- T3** Poursuite des stratégies actuelles et suivi étroit des motifs de préoccupation et des tendances.
- T4** Continuer à surveiller les performances

Indicateur : Rapatriement de patients dans les 48 heures

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

Définition : Calcul fondé sur le nombre de demandes rapatriées dans un délai de 2 jours (48 heures) de la date de transfert demandée par rapport au nombre total de rapatriements ayant eu lieu durant la période visée.

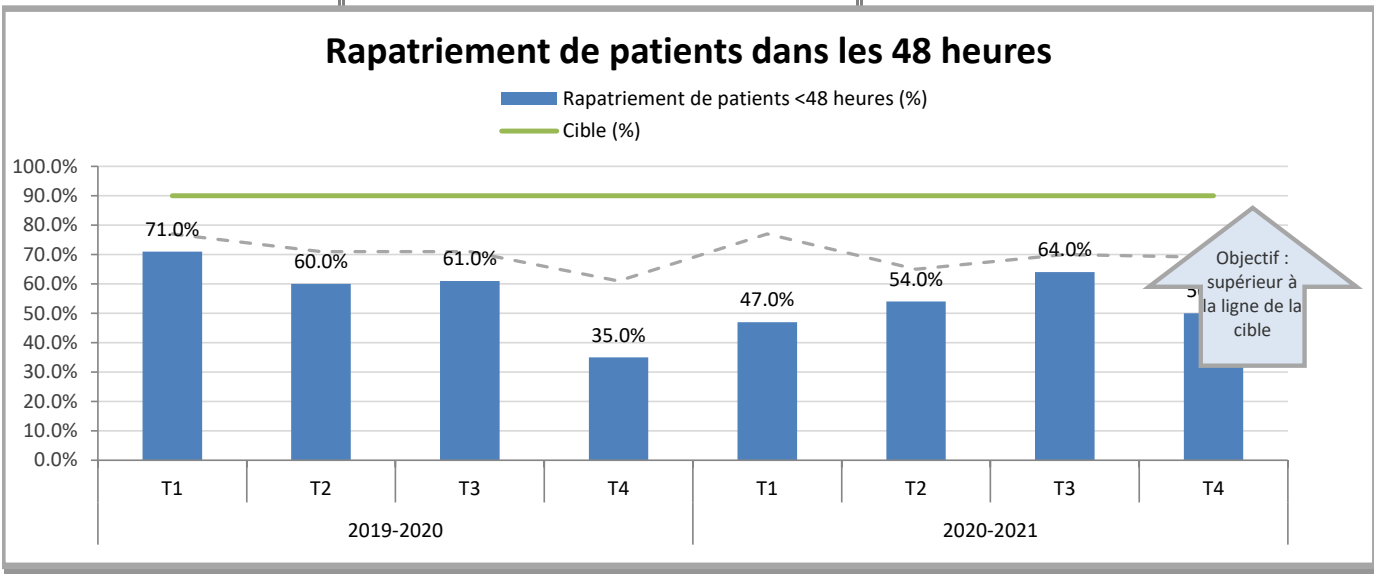
Importance : Le processus de transfert des patients vers leur hôpital d'origine de soins actifs ou l'hôpital de soins actifs le plus « proche » de son domicile après que son état a été jugé stable et/ou adéquat pour le transfert. L'hôpital d'accueil de soins actifs est déterminé selon la géographie et la capacité du patient à recevoir les soins continus dont il a besoin.

Source des données : CritiCall Ontario (système provincial de ressources hospitalières - SPRH)

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur CritiCall Ontario – rendement trimestriel moyen du RLISS de Champlain

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|---|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Rapatriement de patients <48 heures (%) | 71.0% | 60.0% | 61.0% | 35.0% | 47.0% | 54.0% | 64.0% | 50.0% |
| Point de référence (%) | 77.0% | 71.0% | 71.0% | 61.0% | 77.0% | 65.0% | 70.0% | 69.0% |
| Cible (%) | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% |



Analyse du rendement :

- T1** Inférieur à la cible. Volume total de rapatriements : 34. Rapatriements dans les 48 heures : 16. Moyenne trimestrielle du dernier exercice (2019-2020) : 36.
- T2** Inférieur à la cible, bien qu'il y ait une augmentation par rapport au T1. Les hôpitaux de référence ont connu une diminution au T2. Nombre total de rapatriements : 35. Rapatriements dans les 48 heures : 19.
- T3** Inférieur à la cible, bien qu'il y ait une augmentation par rapport au T2. Nombre total de rapatriements : 45. Rapatriements dans les 48 heures : 29.
- T4** En dessous de l'objectif. Volume total de rapatriements de 37, avec 18 rapatriements dans les 48 heures pour le quatrième trimestre.

Plans d'amélioration :

- T1** Défis soutenus puisque les demandes de l'Hôpital d'Ottawa peuvent être nombreuses durant une période 24-48 heures et qu'un patient a besoin d'une chambre individuelle et d'un écouvillonnage à son arrivée. De plus, durant cette période de fermeture, bien des rapatriements ont été coordonnés par l'entremise du Centre de commandement régional du cheminement des patients à Ottawa. Poursuivre le rapatriement quotidien des patients tout en conciliant les besoins sur le plan des admissions de la salle d'urgence, évaluer si les patients peuvent être réorientés vers l'Hôpital Glengarry Memorial ou l'Hôpital Memorial du district de Winchester.
- T2** Poursuite des stratégies du T1. La tendance du rendement demeure dans la bonne direction vers la cible.
- T3** Poursuite des stratégies du T1. La tendance du rendement demeure dans la bonne direction vers la cible.
- T4** Continuer comme ci-dessus. Le résultat est affecté par les problèmes de capacité.

Indicateur : Visites répétées au Service d'urgence pour un problème de santé mentale

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

Définition : Pourcentage de visites répétées au Service d'urgence (pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie) à la suite d'une visite au SU pour un problème de santé mentale. La visite répétée doit avoir lieu dans les 30 jours de la consultation de référence (première visite). Cela est fondé sur le diagnostic principal (codes de santé mentale - ICD-10) et comprend seulement les cas de l'HCC.

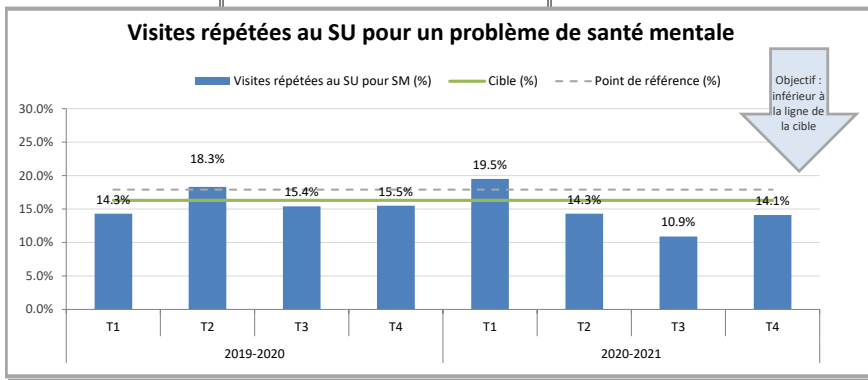
Importance : Les visites répétées au SU des personnes ayant des problèmes de santé mentale contribuent au volume de visites à l'urgence et aux temps d'attente. Elles révèlent généralement un congé prématuré ou un manque de coordination avec les soins après la mise en congé. Étant donné la nature chronique de ces problèmes, l'accès à des services communautaires efficaces devrait réduire le nombre de visites répétées non prévues au SU. L'indicateur vise à mesurer indirectement la disponibilité et la qualité des services communautaires aux patients ayant des problèmes de santé mentale. Les investissements dans les services communautaires de santé mentale comme les services d'intervention et d'approche en situation d'urgence, les équipes de traitement communautaire intensif et la gestion de cas intensive visent à procurer un soutien qui permet aux personnes ayant un problème de santé mentale de vivre dans la collectivité (ACSM 2009; Chaque porte est la bonne porte, 2009). Cet indicateur permet aussi l'établissement et l'amélioration futurs des données recueillies qui pourraient mesurer directement la qualité et la disponibilité des services communautaires de santé mentale, particulièrement en ce qui concerne les temps d'attente.

Source des données : Anzer – SNISA (Système national d'information sur les soins ambulatoires)

Renseignements sur la cible : Cible alignée sur l'ERS-H et l'ERS-M de 2018-2019.

Renseignements sur le point de référence : Fondés sur le T2 2017-2018 du RLISS de Champlain – résultats de l'annexe A tels qu'ils sont indiqués dans le deuxième rapport trimestriel 2017-2018 du RLISS de Champlain sur la mesure du rendement (janvier 2018).

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Visites répétées au SU pour SM (%) | 14.3% | 18.3% | 15.4% | 15.5% | 19.5% | 14.3% | 10.9% | 14.1% |
| Point de référence (%) | 17.9% | 17.9% | 17.9% | 17.9% | 17.9% | 17.9% | 17.9% | 17.9% |
| Cible (%) | 16.3% | 16.3% | 16.3% | 16.3% | 16.3% | 16.3% | 16.3% | 16.3% |



Analyse du rendement :

- T1** Les données du T1 sont présentées au cours de ce trimestre. Le codage est terminé. Total des visites au SU : 267. De celles-ci, 52 étaient des visites répétées, soit 19,5 %, un pourcentage supérieur à notre cible de 16,3 %. Il y a eu une légère diminution de l'ensemble des visites qui s'élève traditionnellement à 300 par trimestre. Cela est remarquable puisque les programmes communautaires ont offert la plupart de leurs services de façon virtuelle et qu'on était inquiet de voir des volumes accrus au SU. Bien des clients ont fait 3 visites ou plus durant la période visée. Souvent, ils ont un problème complexe de santé mentale accompagné de troubles concomitants et sont inscrits à plusieurs services, y compris les programmes communautaires, ayant besoin d'un certain nombre d'interactions de service avant que leur état se stabilise.
- T2** Les données du T2 sont présentées au cours de ce trimestre. Le codage est terminé. Total des visites au Service d'urgence (SU) : 328. De ce nombre, 47 étaient des visites répétées, soit 14,3 %, un pourcentage inférieur à notre cible de 16,3 %. Bien des clients ont fait 3 visites ou plus durant la période visée. Souvent, ils ont des problèmes complexes de santé mentale accompagnés de troubles concomitants et sont inscrits à plusieurs services, y compris les programmes communautaires, ayant besoin d'un certain nombre d'interactions de service avant que leur état se stabilise. Un certain nombre de gens sont partis malgré l'avis contraire du médecin, puis ils sont revenus dans les 30 jours en raison de symptômes persistants.
- T3** Les données du T3 sont présentées au cours de ce trimestre. Le codage est terminé. Total des visites au SU en raison de problèmes de santé mentale : 339. De ce nombre, 37 étaient des visites répétées, soit 10,9 %, un pourcentage inférieur à notre cible de 16,3 %. Bien des clients ont fait 3 visites ou plus durant la période visée. Comme on l'a vu précédemment, souvent, ils ont des problèmes complexes de santé mentale accompagnés de troubles concomitants et sont inscrits à plusieurs services, y compris les programmes communautaires, ayant besoin d'un certain nombre d'interactions de service avant que leur état se stabilise.
- T4** Les données du T4 sont déclarées et le codage est terminé. Le nombre total de visites au Service d'urgence (SU) en raison de problèmes de santé mentale était de 291, soit une diminution par rapport au trimestre précédent. De ce nombre, 41 étaient des visites répétées, soit 14,1 %, un pourcentage inférieur à notre cible de 16,3 %. Depuis le début de l'année, il y a eu 1 225 visites, dont 177 étaient des visites répétées, soit 14,4 %, atteignant ainsi notre cible. Il s'agit d'une légère réduction par rapport au taux de visites répétées de 15,3 % durant l'exercice 2019-2020. Encore une fois, durant ce trimestre, bien des clients ont fait 3 visites ou plus. Comme on l'a vu précédemment, souvent, ils ont des problèmes complexes de santé mentale accompagnés de troubles concomitants et sont inscrits à plusieurs services, y compris les programmes communautaires, ayant besoin d'un certain nombre d'interactions de service avant que leur état se stabilise.

Plans d'amélioration :

- T1** Le rapport d'avis automatique au gestionnaire est dans la file d'attente Cerner. Cela nous permettra de trouver plus rapidement les gens qui se rendent souvent au SU et de le faire plus tôt. L'amélioration de la planification des congés et de la collaboration entre les programmes communautaires et l'Unité de santé mentale pour patients hospitalisés (USMPH) demeure prioritaire, ainsi qu'une meilleure planification de cas entre le SU, les programmes communautaires et l'USMPH au cours de la prochaine année. Le financement d'un an d'un poste d'infirmière autorisée (équivalent à plein temps) afin de mettre en œuvre la réponse concertée en compagnie de l'O.P.P. avance.
- T2** Le rapport d'avis automatique au gestionnaire a été créé dans le système Cerner et il est devenu actif en novembre 2020. Les visites répétées sont maintenant suivies en temps réel et on communique avec les gens afin de leur offrir un soutien et de les renseigner sur les services disponibles. L'amélioration de la planification des congés et de la collaboration entre les Programmes communautaires et l'Unité de santé mentale pour patients hospitalisés (USMPH) demeure un élément central, tout comme l'est une meilleure planification de cas entre le SU, les Programmes communautaires et l'USMPH au cours de la prochaine année. L'Équipe d'intervention d'urgence en santé mentale (EIUSM) a reçu un financement de base pour appuyer l'intervention mobile en compagnie de la police. Ces fonds serviront à financer un emploi équivalent à temps plein servant à la Police provinciale de l'Ontario et au Service de police de Cornwall. Le programme vise entre autres à éviter l'acheminement de gens au Service des urgences.
- T3** Poursuite du contrôle des visites répétées en temps réel et suivi, si nécessaire. Accent soutenu sur la planification des congés et la collaboration entre les Programmes communautaires et l'USMPH, y compris la planification des cas faite en collaboration entre le Service d'urgence, les Programmes communautaires et l'USMPH. Un nouveau document PowerForm a été activé dans le système Cerner pour que le personnel de l'EIUSM puisse documenter l'état du patient, ce à quoi le personnel du SU a présentement un accès immédiat. De plus, l'EIUSM reçoit maintenant les télécopies d'aiguillages automatiques du SU lorsqu'une consultation est demandée.
- T4** Poursuite du contrôle des visites répétées en temps réel et suivi, si nécessaire. Utilisation systématique des documents PowerForm dans le système Cerner, accent soutenu sur la planification des congés et la collaboration entre les Programmes communautaires et l'Unité de santé mentale pour patients hospitalisés (USMPH), y compris la planification des cas faite en collaboration entre le SU, les Programmes communautaires et l'USMPH.

Indicateur : Visites répétées au Service d'urgence pour un problème de toxicomanie

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

Définition : Pourcentage de visites répétées au Service d'urgence (pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie) à la suite d'une visite au SU pour un problème de toxicomanie. La visite répétée doit avoir lieu dans les 30 jours de la consultation de référence (première visite). Cela est fondé sur le diagnostic principal (codes de santé mentale - ICD-10) et comprend seulement les cas de l'HCC.

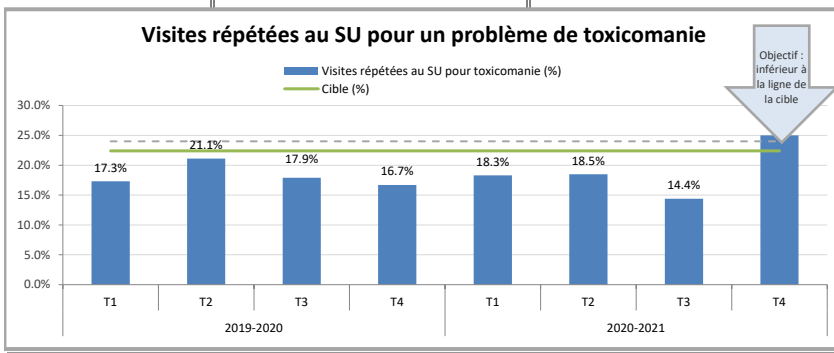
Importance : Les visites répétées au SU des personnes ayant des troubles liés à la toxicomanie contribuent au volume de visites à l'urgence et aux temps d'attente. Étant donné la nature chronique de ces troubles, l'accès à des services communautaires efficaces devrait réduire le nombre de visites répétées non prévues au SU. Cet indicateur vise à mesurer indirectement la disponibilité et la qualité des services communautaires destinés aux patients ayant des troubles liés à la toxicomanie. Les investissements dans les services communautaires de dépendances visent à procurer un soutien aux gens qui ont besoin d'une telle aide. Cet indicateur permet également l'établissement et l'amélioration futurs des données recueillies qui pourraient mesurer directement la qualité et la disponibilité des services communautaires de dépendances.

Source des données : Anzer – SNISA (Système national d'information sur les soins ambulatoires)

Renseignements sur la cible : Cible alignée sur l'ERS-H et l'ERS-M de 2018-2019.

Renseignements sur le point de référence : Fondés sur le T2 2017-2018 du RLISS de Champlain – résultats de l'annexe A tels qu'ils sont indiqués dans le deuxième rapport trimestriel 2017-2018 du RLISS de Champlain sur la mesure du rendement (janvier 2018).

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|---|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Visites répétées au SU pour toxicomanie (%) | 17.3% | 21.1% | 17.9% | 16.7% | 18.3% | 18.5% | 14.4% | 25.0% |
| Point de référence (%) | 24.0% | 24.0% | 24.0% | 24.0% | 24.0% | 24.0% | 24.0% | 24.0% |
| Cible (%) | 22.4% | 22.4% | 22.4% | 22.4% | 22.4% | 22.4% | 22.4% | 22.4% |



Analyse du rendement :

- T1** Les données du T1 sont présentées au cours de ce trimestre. Le codage est terminé. Total des visites au SU pour des problèmes de toxicomanie : 104. De celles-ci, 19 étaient des visites répétées, soit 18,3 %, un pourcentage inférieur à notre cible de 22,4 %. Nous n'avons pas constaté d'augmentation du volume au SU, ce qui est remarquable puisque les Services communautaires de gestion du sevrage (SCGS) ont démantelé pour faire de la place au Centre d'évaluation de la COVID-19 et que les visites sans rendez-vous étaient suspendues. Encore une fois, durant ce trimestre, la plupart des visites répétées étaient liées à l'alcool et nous n'avons constaté aucune augmentation, même minime, du nombre pour consommation de drogues multiples et de cocaïne. Souvent, les gens ont des troubles concomitants complexes et sont inscrits à plusieurs services, y compris les programmes communautaires, ayant besoin d'un certain nombre d'interactions de service avant que leur état se stabilise.
- T2** Les données du T2 sont présentées au cours de ce trimestre. Le codage est terminé. Total des visites au SU pour des problèmes de consommation : 157. Il y a eu 29 visites répétées, soit 18,5 %, un pourcentage inférieur à notre cible de 22,4 %. Il s'agit d'une augmentation de l'ensemble des visites au SU par rapport au trimestre précédent. Les Services communautaires de gestion du sevrage (SCGS) sont de retour dans l'immeuble communautaire et ils appellent activement les clients au SU. Encore une fois, durant ce trimestre, la plupart des visites répétées étaient liées à la consommation d'alcool et au sevrage de l'alcool; nous avons aussi constaté une légère augmentation des visites répétées en raison de la consommation d'opioïdes. Nous surveillons la situation puisque le nombre de surdoses et de décès dans la communauté qui sont associés à la consommation de substances a augmenté. Un certain nombre de visites au SU étaient prévues pour traiter des cas complexes de sevrage de l'alcool.
- T3** Les données du T3 sont présentées au cours de ce trimestre. Le codage est terminé. Total des visites au SU pour des problèmes de consommation : 132. Il y a eu 19 visites répétées, soit 14,4 %, un pourcentage inférieur à notre cible de 22,4 %. Il s'agit d'une diminution de l'ensemble des visites au SU par rapport au trimestre précédent. Encore une fois, durant ce trimestre, la plupart des visites répétées étaient liées à la consommation d'alcool. On a constaté une légère augmentation des visites répétées en raison de la consommation de cannabinoïdes et d'opioïdes. Nous continuons à surveiller la situation puisque le nombre de surdoses et de décès dans la communauté qui sont associés à la consommation de substances a augmenté.
- T4** Les données du T4 sont déclarées et le codage est terminé. Le nombre total de visites au SU en raison de problèmes de toxicomanie était de 104, soit une diminution par rapport au trimestre précédent. Il y a eu 26 visites répétées, soit 25 % du total, un nombre supérieur à notre cible de 22,4 %. En janvier et février, le nombre de visites répétées était élevé, soit 28,6 % et 30,6 % respectivement. Depuis le début de l'année, il y a eu un total de 497 visites, dont 93 étaient des visites répétées, soit 18,7 %, atteignant ainsi notre cible. Ces données sont très semblables à celles du nombre de visites répétées en 2019-2020, soit 18,1 %. À noter que même si l'alcool demeure la principale substance identifiée lors des visites répétées, la constatation de la cocaïne et des agents sédatifs/hypnotiques a légèrement augmenté. Nous continuons à voir une augmentation de surdoses et de décès dans la communauté qui sont associés à la consommation de substances.

Plans d'amélioration :

- T1** Le rapport d'avis automatique au gestionnaire est dans la file d'attente Cerner. Cela nous permettra de trouver plus rapidement les gens qui se rendent souvent au SU et de le faire plus tôt. L'infirmière praticienne est de plus en plus présente auprès des clients qui ont besoin de médicaments pour gérer leur sevrage (si cela est approprié) afin de réduire la nécessité de se rendre au SU. Nous continuerons de collaborer avec le SU pour téléphoner aux SCGS afin d'appuyer les clients après avoir déterminé qu'ils sont sans troubles médicaux. Nous voulons aussi fournir au SU des ressources simples pour les clients et/ou leurs proches afin de faire un suivi auprès des SCGS à une date ultérieure s'ils refusent des services pour le moment. Une planification des cas plus axée sur la collaboration entre le SU, les programmes communautaires et l'USMPH constitue une priorité de la prochaine année.
- T2** Le rapport d'avis automatique au gestionnaire a été créé dans le système Cerner et il est devenu actif en novembre 2020. Les visites répétées sont maintenant suivies en temps réel et on communique avec les gens afin de leur offrir un soutien et de les renseigner sur les services disponibles. L'infirmière praticienne est de plus en plus présente auprès des clients qui ont besoin de médicaments pour gérer leur sevrage (si cela convient) afin de réduire la nécessité de se rendre au SU. Nous continuerons de collaborer avec le SU pour téléphoner aux SCGS afin d'appuyer les clients après avoir déterminé qu'ils sont sans troubles médicaux. Nous voulons aussi fournir au SU des ressources simples pour les clients et/ou leurs proches afin de faire un suivi auprès des SCGS à une date ultérieure s'ils refusent des services pour le moment. Une planification des cas plus axée sur la collaboration entre le SU, les Programmes communautaires et l'USMPH constitue une priorité de la prochaine année.
- T3** Poursuite du contrôle des visites répétées en temps réel et suivi, si nécessaire. Accent soutenu sur la planification des congés et la collaboration entre les Programmes communautaires, l'USMPH et le SU. Continuer à faire participer l'infirmière praticienne aux cas nécessitant des médicaments pour gérer leur sevrage (si cela convient) afin de réduire la nécessité de se rendre au SU. Les SCGS reçoivent maintenant les télécopies d'aiguillages automatiques du SU lorsqu'une consultation est demandée. Un document PowerForm est en préparation dans le système Cerner pour que le personnel de l'EIUSM puisse y documenter l'état du patient, ce à quoi le personnel du SU aura un accès immédiat.
- T4** Poursuite du contrôle des visites répétées en temps réel et suivi, si nécessaire. Accent soutenu sur la planification des congés et la collaboration entre les Programmes communautaires, l'USMPH et le SU. Continuer à faire participer l'infirmière praticienne aux cas nécessitant des médicaments pour gérer leur sevrage (si cela convient) afin de réduire la nécessité de se rendre au SU. Utilisation des documents PowerForm dans le système Cerner, lorsqu'ils sont disponibles. Développement plus poussé de la programmation pour utiliser la nouvelle fourgonnette médicale afin de faire participer les personnes plus difficiles à joindre.

Indicateur : Taux de congé le même jour avec soins à domicile

Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

Définition : L'hôpital améliorera le délai d'avis concernant les congés de l'hôpital avec soins à domicile. Taux visé de <=35% dans le cas des patients aiguillés vers les soins à domicile le jour de leur congé, d'ici au 31 mars 2020. Mesure au moyen d'aperçus périodiques des aiguillages vers les soins à domicile (soins actifs seulement).

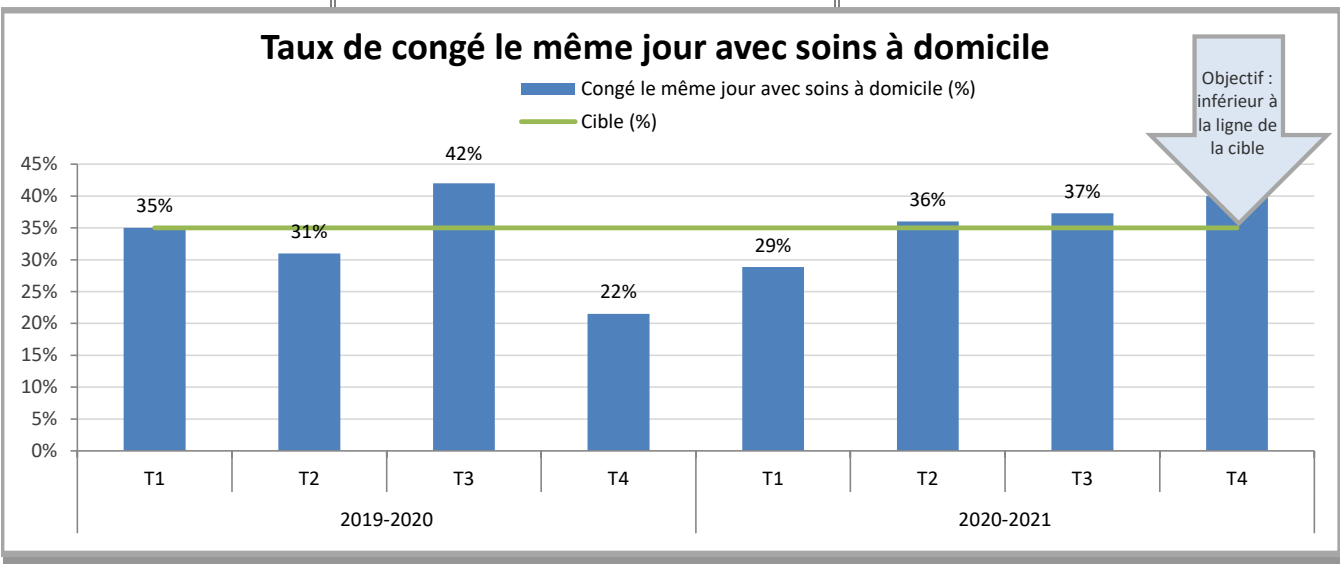
Importance : Une transition efficace des soins actifs aux soins à domicile est un élément essentiel de soins de grande qualité aux patients et une activité de base des hôpitaux et des centres d'accès aux soins communautaires (CASC). La planification de la transition est la plus efficace lorsque les hôpitaux, les fournisseurs communautaires et les médecins de première ligne collaborent à la coordination des soins. Le retour à domicile après l'admission à l'hôpital est difficile. De piètres transitions augmentent le risque de complications et peuvent exercer une pression sur le système. C'est un moment délicat pouvant engendrer une mauvaise communication, même si les patients et les fournisseurs de soins veulent tous que cela se déroule sans heurts et sans erreurs. La mise en place de processus solides entre les hôpitaux et les équipes communautaires est essentielle pour assurer une transition harmonieuse des soins.

Source des données : Dossier de santé électronique Cerner et Anzer – Base de données sur les congés des patients (BDGP)

Renseignements sur la cible : Cible alignée sur les obligations de l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|--|-----------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Congé le même jour avec soins à domicile (%) | 35% | 31% | 42% | 22% | 29% | 36% | 37% | 40% |
| Point de référence (%) | | | | | | | | |
| Cible (%) | 35% | 35% | 35% | 35% | 35% | 35% | 35% | 35% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte
- T2** Cible non atteinte, écart de 1 %. Septembre a fait augmenter le taux à 48 %, tandis qu'en juillet et en août, il a été de 29 % et de 33 % respectivement.
- T3** Cible non atteinte, écart de 2 %. Octobre et novembre ont atteint la cible, mais le taux de 43 % en décembre a un effet sur les exigences cibles d'ensemble du trimestre.
- T4** Cible non atteinte

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite des stratégies actuelles et examen du rendement lors des réunions des services pour encourager les aiguillages précoces.
- T2** Poursuite du suivi et des discussions avec les médecins hospitaliers de façon continue.
- T3** Poursuite du suivi et de la consultation en compagnie de l'infirmière de transition et des médecins hospitaliers afin de favoriser les consultations le jour précédant le congé.
- T4** Poursuite de l'examen des performances avec les hospitaliers, le responsable du flux des patients, l'infirmière des transitions et l'équipe de planification des sorties.

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Pourcentage – durée de séjour réelle par rapport à la durée de séjour prévue des GPH (cas typiques)

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

Définition : Nombre total de jours de la durée de séjour réelle des cas typiques de GPH (groupes de patients hospitalisés du modèle d'allocation fondée sur la santé) comparativement à la durée prévue du total des GPH. Les cas typiques excluent les décès en soins palliatifs, les transferts, les sorties contre l'avis des médecins et les cas où la durée réelle de séjour est supérieure au point de démarcation établi par l'Institut canadien d'information sur la santé. C'est le ministère de la Santé qui élabore et gère les GPH.

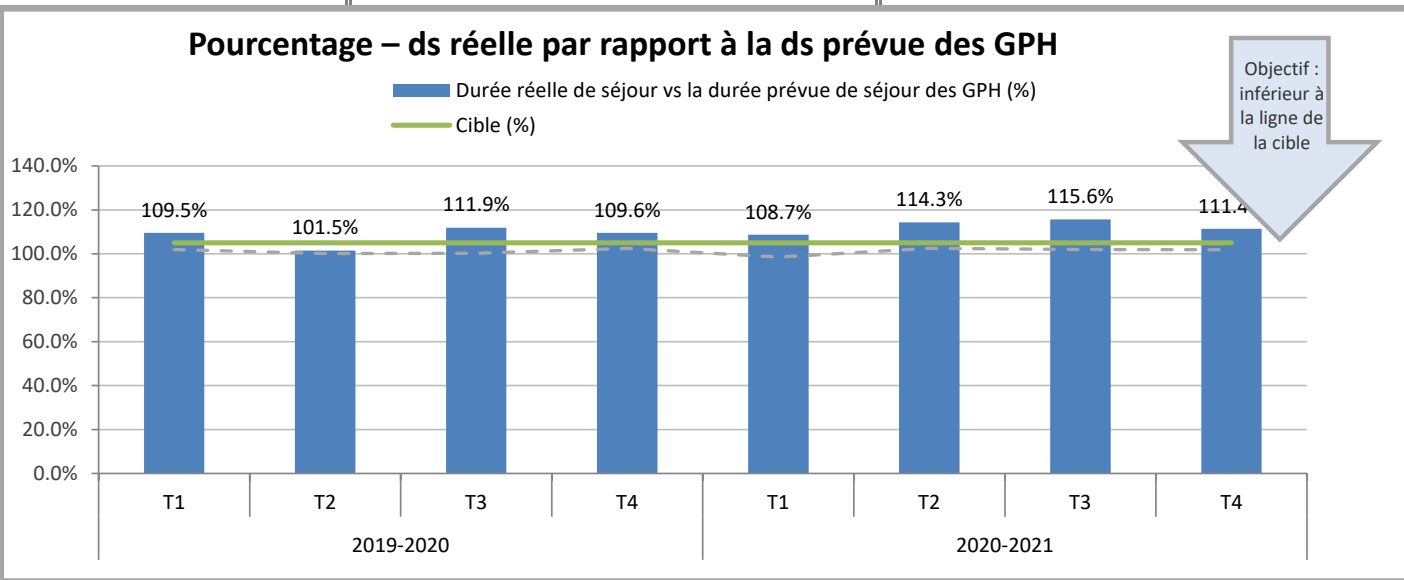
Importance : Toute mesure inférieure à 100 % indique que la durée réelle de séjour était inférieure à la durée de séjour prévue des GPH. Toute mesure supérieure à 100 % indique que la durée réelle de séjour était supérieure à la durée de séjour prévue, ce qui révèle un manque d'efficacité.

Source des données : Portail de l'ICIS et Anzer – Base de données sur les congés des patients (BDGP)

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les directives internes et fixée à 105 %.

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur le rendement trimestriel de nos 20 hôpitaux pairs.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|---|-----------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Durée réelle de séjour vs la durée prévue de séjour des GPH (%) | 109.5% | 101.5% | 111.9% | 109.6% | 108.7% | 114.3% | 115.6% | 111.4% |
| Point de référence (%) | 102.0% | 100.1% | 100.2% | 102.4% | 98.5% | 102.5% | 101.9% | 101.8% |
| Cible (%) | 105.0% | 105.0% | 105.0% | 105.0% | 105.0% | 105.0% | 105.0% | 105.0% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. Résultats légèrement supérieurs à la cible, mais qui ont suivi une tendance plus ou moins à la baisse à partir des résultats du T4 de l'exercice 2019-2020 (109,6 %). Le T1 n'était pas un bon indicateur des durées de séjour en raison du nombre inférieur d'admissions, des types d'admission en raison de la COVID-19 et d'une disponibilité insuffisante de services communautaires.
- T2** Cible non atteinte. Les données de tous les services, sauf celui des médecins hospitaliers (129,7 %), étaient inférieures à la cible du T2.
- T3** Cible non atteinte. Les résultats de décembre concernant la durée moyenne de séjour par opposition à la durée de séjour prévue (DSP) des GPH sont préliminaires puisque les données finales ne sont pas disponibles actuellement.
- T4** Cible non atteinte

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite de la collaboration avec les médecins hospitaliers au sujet des durées de séjour. Établissement d'une stratégie révisée de gestion de ces durées, axée sur des patients en particulier.
- T2** Poursuite du travail au moyen des stratégies mentionnées ci-dessus.
- T3** Poursuite du travail au moyen des stratégies mentionnées ci-dessus.
- T4** Poursuite du travail au moyen des stratégies mentionnées ci-dessus.

**Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021**

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Fréquence de *Clostridium difficile*

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

Définition : Taux d'infection à *Clostridium difficile* d'origine hospitalière dans l'ensemble de l'établissement, par tranche de 1 000 jours-patient.

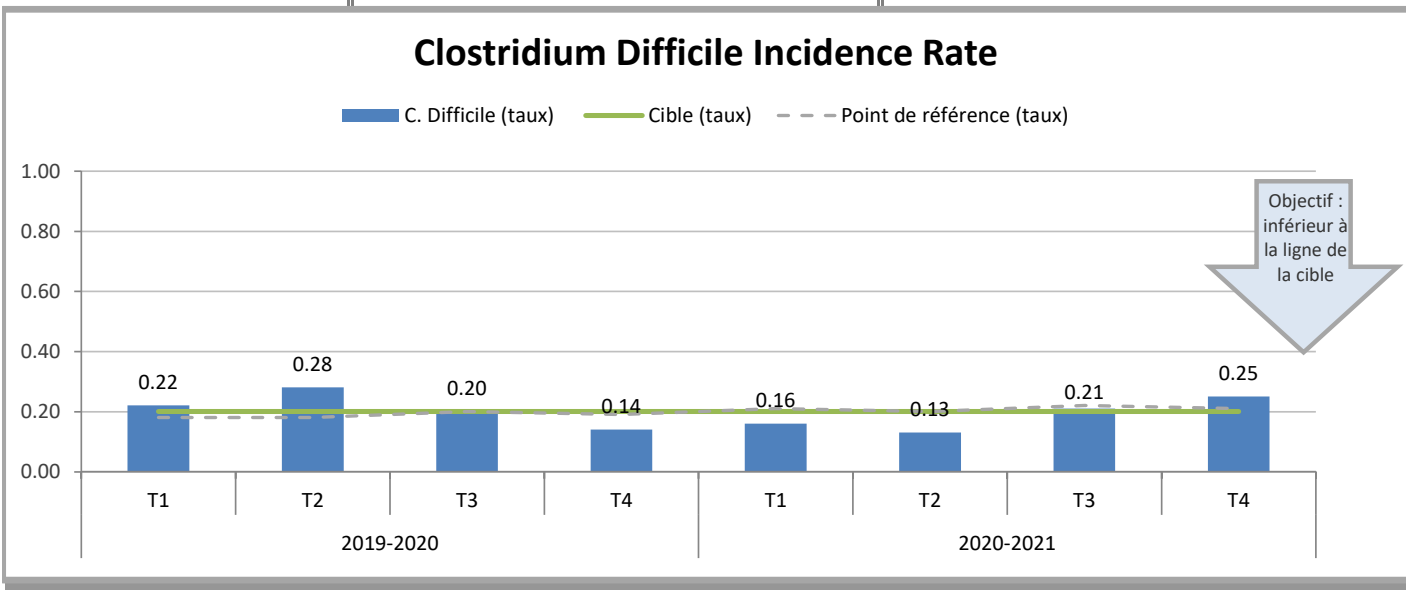
Importance : Couramment présente dans l'environnement, cette bactérie peut exister sous forme de spores. Elle résiste à certains produits chimiques. Elle est présente chez 3 à 5 % des êtres humains sous forme de flore normale et peut se développer sous l'effet de facteurs de risque comme l'administration prolongée d'antibiotiques, une chirurgie intestinale, la chimiothérapie et l'hospitalisation. La bactérie *C. difficile* est hautement transmissible.

Source des données : Prévention et lutte contre les infections et Qualité des services de santé Ontario (QSSO) – sécurité des patients hospitalisés

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les obligations en matière de normes de rendement (ERS-H)

Renseignements sur le point de référence : Taux provenant de QSSO – rendement trimestriel provincial en matière de sécurité des patients hospitalisés

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|---------------------------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| C. Difficile (taux) | 0.22 | 0.28 | 0.20 | 0.14 | 0.16 | 0.13 | 0.21 | 0.25 |
| Point de référence (taux) | 0.18 | 0.18 | 0.20 | 0.19 | 0.21 | 0.20 | 0.22 | 0.21 |
| Cible (taux) | 0.20 | 0.20 | 0.20 | 0.20 | 0.20 | 0.20 | 0.20 | 0.20 |



Analyse du rendement :

T1 Cible atteinte. Deux cas au T1.

T2 Cible atteinte. Deux cas au T2.

T3 Cible non atteinte. Trois cas durant ce trimestre, soit deux en novembre et un en décembre.

T4 Cible non atteinte. Il y a eu 4 cas au cours de ce trimestre, soit 1 en février et 2 en mars.

Plans d'amélioration :

T1 Poursuite du suivi et des vérifications.

T2 Poursuite du suivi et des vérifications.

T3 Poursuite du suivi et des vérifications.

T4 Poursuite du suivi et des vérifications.

Gestionnaires responsables : vice-présidente des Programmes communautaires/gestionnaire, Services de lutte contre les infections

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Sommaires de congé (SC) envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures de la mise en congé

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

Définition : Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital pour lequel des sommaires de congé sont envoyés à leur fournisseur de soins primaires (FSP) dans les 48 heures suivant le congé du patient de l'hôpital.

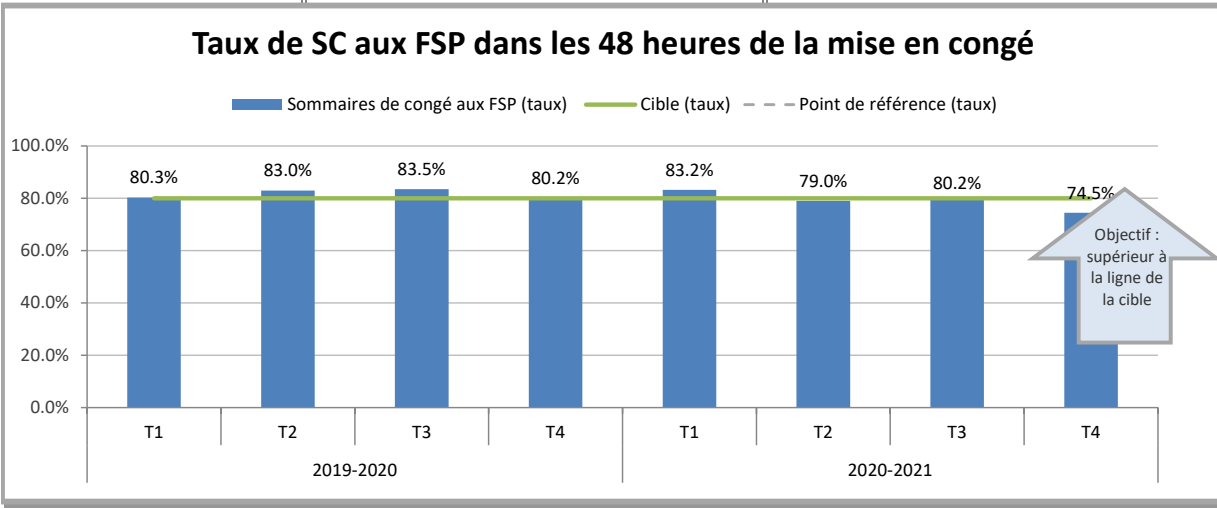
Importance : « Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs soins. Les transferts incomplets ou inexacts de renseignements, l'absence de suivi adéquat ou des erreurs de prescription au moment de la transition peuvent être très dangereux et poser des risques importants et évitables pour les patients. De plus, les répercussions de ces risques peuvent être accrues par les patients et les familles se croyant mal préparés pour gérer leurs soins et qui croient ne pas être en mesure d'accéder aux fournisseurs de soins de santé appropriés pour le suivi. » – Source : Qualité des services de santé Ontario (QSSO).

Source des données : Cerner – Discern Analytics, dossier de santé électronique

Renseignements sur la cible : Cible établie à l'interne, à 80 %, conformément à l'indicateur du PAQ

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|-----------------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Sommaires de congé aux FSP (taux) | 80.3% | 83.0% | 83.5% | 80.2% | 83.2% | 79.0% | 80.2% | 74.5% |
| Point de référence (taux) | | | | | | | | |
| Cible (taux) | 80.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% | 80.0% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte. Nouvelle initiative du PAQ (exercice 2021). Au T1, 874 sommaires de congé ont été envoyés au FSP dans un délai de 48 heures sur un total de 1 050 applicables. Taux de l'exercice 2019-2020 : 81,7 %.
- T2** Les résultats du T2 sont légèrement inférieurs à la cible. Sur un total de 1 359 congés applicables, 286 sommaires de congé n'ont pas été envoyés aux fournisseurs de soins primaires (FSP) en respectant la cible de 48 heures. Comparativement au T1, le nombre de congés applicables a augmenté de 30 %. Dans le cas des sommaires de congé non envoyés à temps, 6 médecins représentaient 64 % des cas en raison du calendrier et de leur envoi après les 48 heures visées.
- T3** Cible atteinte. Sur un total de 1 420 congés applicables, 281 sommaires de congé n'ont pas été envoyés aux FSP en respectant la cible de 48 heures. Bien que ce trimestre soit vert, c'est une faible amélioration par rapport au trimestre précédent.
- T4** Cible non atteinte. Sur un total de 1 272 congés applicables, 324 sommaires de congé n'ont pas été envoyés aux fournisseurs de soins primaires (FSP) en respectant la cible de 48 heures. À noter que ce trimestre est celui durant lequel on a signalé le plus faible rendement depuis qu'on a commencé à mesurer cet indicateur. Un numérateur plus élevé qu'à l'habitude, jumelé à un dénominateur inférieur à la normale, a eu un effet important sur le rendement dans ce domaine.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite du suivi, recherche d'occasions d'automatiser davantage les processus.
- T2** Examen plus approfondi du processus d'automatisation pour trouver les lacunes de rendement. Veiller à ce que des stratégies soient en place, en compagnie des médecins, afin de réduire les écarts et de garantir l'atteinte de la cible de 48 heures.
- T3** Poursuite du suivi. Nous prévoyons que la connaissance accrue de documents clairs, efficaces et à temps afin d'appuyer le portail pour les patients de l'Hôpital communautaire de Cornwall (HCC) aura un effet positif sur cet indicateur.
- T4** Cet indicateur est étroitement lié à l'indicateur des « dossiers incomplets ». À mesure que nous améliorons notre consignation des dossiers et au fil de notre collaboration étroite afin d'appuyer les gens touchés par ces volumes, nous prévoyons que des améliorations auront lieu dans ces deux domaines.

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Taux de césarienne à faible risque itérative non urgente (>37 semaines)

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

Définition : Nombre de femmes ayant eu une césarienne à faible risque entre 37 et <39 semaines de gestation (37 semaines + 0 jour à 38 semaines + 6 jours de gestation), exprimé en pourcentage du nombre total de femmes à faible risque ayant eu une césarienne itérative à terme (≥37 semaines).
Calcul : Nombre total de césariennes non urgentes pratiquées sur des femmes à faible risque à <39 semaines divisé par le nombre de femmes à grossesse unique ayant eu une césarienne itérative ne présentant aucun problème de santé maternelle ni aucune complication obstétrique et sans travail. Cela exclut les femmes qui ont eu plus d'une césarienne, celles dont l'IMC est de >40 et celles dont l'âge est de >40 ans.

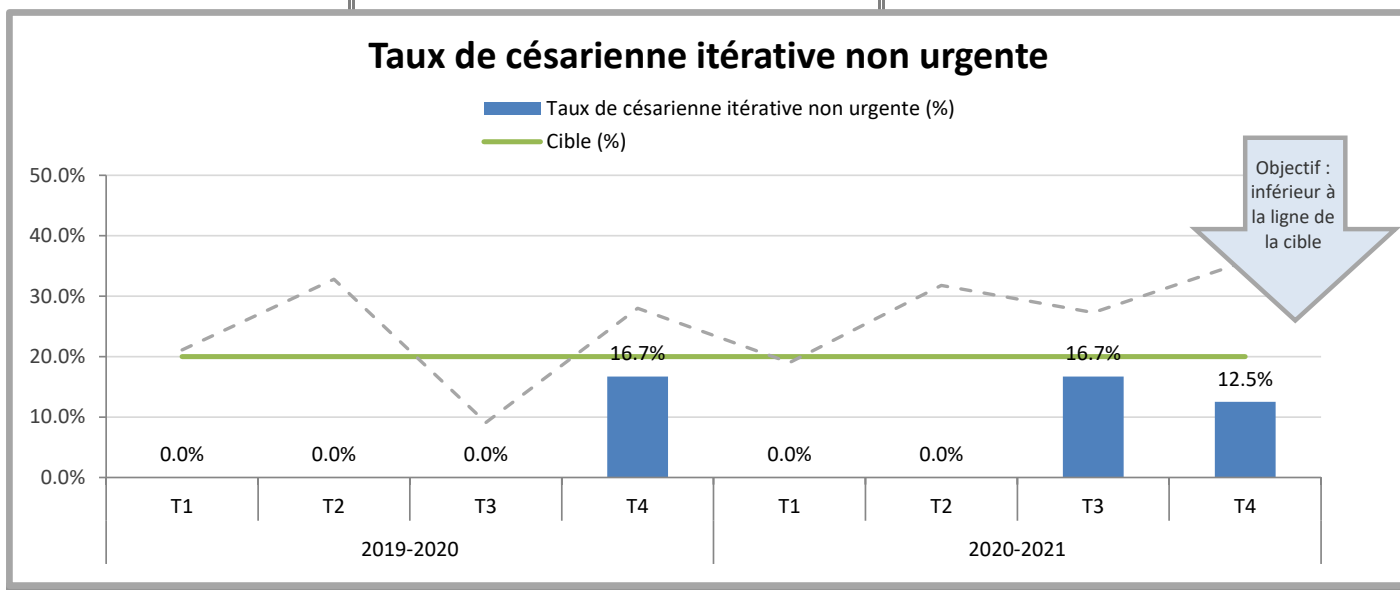
Importance : Le résultat recherché à long terme est de réduire le risque (risque accru d'arrêt cardiaque, d'hystérectomie, d'infection, de fièvre, de pneumonie, de formation de caillots, d'hémorragies et de risque néonatal).

Source des données : Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN), Indicateur de rendement clé (IRC) 4

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur le rendement trimestriel des autres hôpitaux de soins néonataux de niveau 1.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux de césarienne itérative non urgente (%) | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 16.7% | 0.0% | 0.0% | 16.7% | 12.5% |
| Point de référence (%) | 21.1% | 32.8% | 9.1% | 28.0% | 19.0% | 31.8% | 27.3% | 35.7% |
| Cible (%) | 20.0% | 20.0% | 20.0% | 20.0% | 20.0% | 20.0% | 20.0% | 20.0% |



Analyse du rendement :

T1 Aucun cas. Cible atteinte.

T2 Aucun cas. Cible atteinte.

T3 Cible atteinte. Nombre : 1 cas.

T4 Cible atteinte.

Plans d'amélioration :

T1 Poursuite des stratégies actuelles et examen des résultats lors des réunions des services.

T2 Poursuite des stratégies actuelles et examen des résultats lors des réunions des services.

T3 Poursuite des stratégies actuelles et examen des résultats lors des réunions des services.

T4 Poursuite des stratégies actuelles et examen des résultats lors des réunions des services.

Gestionnaires responsables : vice-présidente des Services aux patients et directrice des soins infirmiers/chef, obstétrique et gynécologie/gestionnaire, Services de santé pour les femmes et les enfants

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Visites au Service d'urgence – temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (TALH)

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

Définition : Il s'agit d'un indicateur obligatoire du PAQ. L'indicateur est mesuré en heures, en fonction du 90e centile, qui représente l'intervalle entre la date et l'heure d'attribution d'un code d'état et la date et l'heure où le patient a quitté le Service d'urgence (SU) pour être admis dans un lit d'hospitalisation ou à la salle d'opération.

Importance : Le temps est un aspect essentiel de l'efficacité et des résultats en matière de soins aux patients, surtout à l'urgence. Combiné à d'autres indicateurs, il peut servir à surveiller le taux de roulement des lits et le temps total passé à l'urgence par les patients admis, dans le but d'améliorer l'efficacité et, ultimement, les résultats en matière de soins aux patients. Le 90e centile de cet indicateur représente le maximum de temps passé au service d'urgence par 90 % des patients qui attendent d'avoir un lit ou d'entrer en salle d'opération.

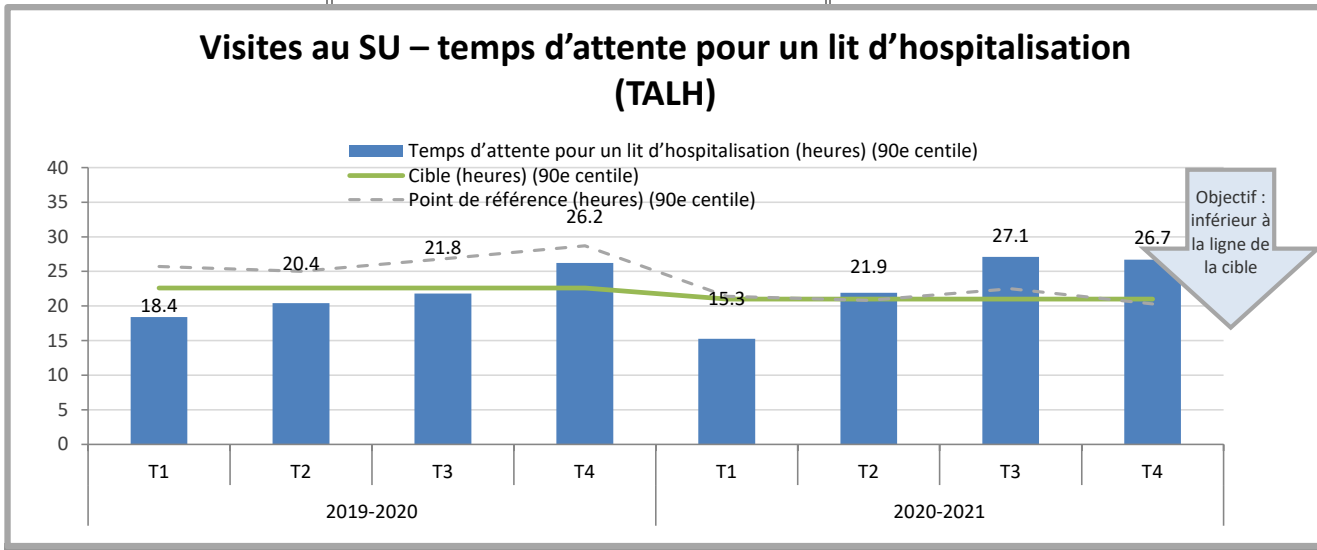
Source des données : Anzer – SNISA (Système national d'information sur les soins ambulatoires)

Renseignements sur la cible : Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ, fixée à une réduction de 5 % du rendement de l'exercice 2019-2020 (T1-T4) de 22,2.

* Formule : $23,8 * (1-5\%) = 21$

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur le rapport de l'exercice financier concernant l'accès aux soins – Résultats du groupe d'hôpitaux communautaires de grande capacité. Les résultats du point de référence sont exprimés depuis le début de l'exercice.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|--|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (heures) (90e centile) | 18.4 | 20.4 | 21.8 | 26.2 | 15.3 | 21.9 | 27.1 | 26.7 |
| Point de référence (heures) (90e centile) | 25.7 | 25.0 | 26.8 | 28.7 | 21.4 | 20.8 | 22.5 | 20.3 |
| Cible (heures) (90e centile) | 22.6 | 22.6 | 22.6 | 22.6 | 21.0 | 21.0 | 21.0 | 21.0 |



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte et poursuivant une tendance bien en deçà des hôpitaux à volume élevé servant de point de référence.
- T2** T2 légèrement supérieur à la cible.
- T3** Cible non atteinte.
- T4** Cible non atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1** Adoption d'une approche structurée et progressive de la gestion de l'acheminement des patients, fondée sur le nombre de patients qu'il faut isoler et le nombre total de patients hospitalisés avec interventions immédiates par paliers durant les phases, et ce, par le gestionnaire de l'acheminement des patients et le gestionnaire après les heures normales. Veiller à ce que l'espace soit utilisé de façon aussi efficace que possible (utiliser des chambres individuelles pour toutes les nouvelles admissions nécessitant un isolement).
- T2** Poursuite du suivi et des stratégies comme ci-dessus.
- T3** Poursuite du suivi et des stratégies comme ci-dessus.
- T4** Approche progressive servant à accroître la capacité d'hospitalisation en fonction du volume total, l'objectif étant de n'avoir aucune admission au SU.

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Visites au Service d'urgence – temps d'attente pour les cas majeurs non admis (ETG I-III) (heures) (90e centile)

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

Définition : L'indicateur est mesuré en heures, en fonction du 90e centile, qui représente le temps total écoulé du triage ou de l'inscription (selon la première éventualité) au départ du patient du SU pour les cas majeurs non admis (ETG I-III). Cela exclut la durée de séjour à l'Unité de décisions cliniques.

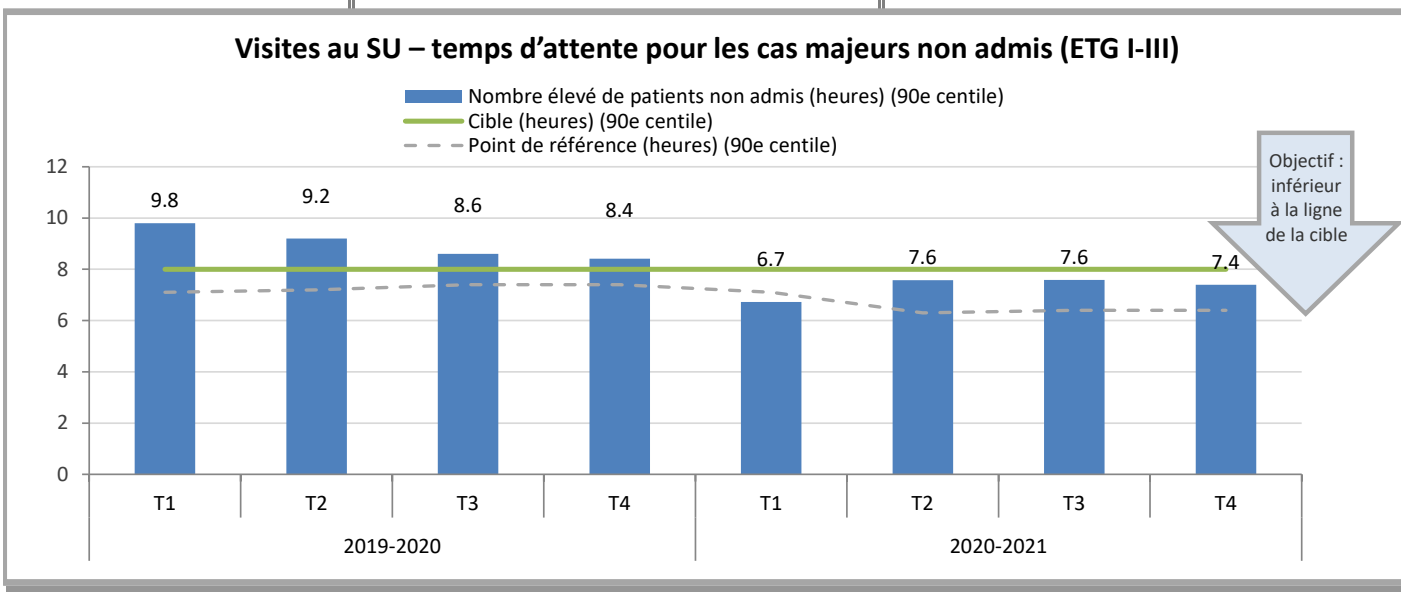
Importance : Le temps est un aspect essentiel de l'efficacité et des résultats en matière de soins aux patients, surtout à l'urgence. Combiné à d'autres indicateurs, il peut servir à surveiller le temps passé à l'urgence par les patients, dans le but d'améliorer l'efficacité et, ultimement, les résultats en matière de soins aux patients.

Source des données : Anzer – SNISA (Système national d'information sur les soins ambulatoires)

Renseignements sur la cible : Cible alignée sur les obligations de l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur le rapport de l'exercice financier concernant l'accès aux soins – Résultats du groupe d'hôpitaux communautaires de grande capacité. Les résultats du point de référence sont exprimés depuis le début de l'exercice.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|---|-----------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Nombre élevé de patients non admis (heures) (90e centile) | 9.8 | 9.2 | 8.6 | 8.4 | 6.7 | 7.6 | 7.6 | 7.4 |
| Point de référence (heures) (90e centile) | 7.1 | 7.2 | 7.4 | 7.4 | 7.1 | 6.3 | 6.4 | 6.4 |
| Cible (heures) (90e centile) | 8.0 | 8.0 | 8.0 | 8.0 | 8.0 | 8.0 | 8.0 | 8.0 |



Analyse du rendement :

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

Plans d'amélioration :

- T1** Mise en oeuvre de directives pour les soins infirmiers et médicaux au SU qui portent sur les troubles suivants : septicémie, douleur abdominale et douleur thoracique avec problèmes cardiaques. Attention consacrée au flux du SU pour l'acheminement des patients admis afin de créer un flux et éviter des retards pour l'obtention de lits au SU. Élaboration d'un document sur l'afflux de patients pour gérer des niveaux prédéterminés d'augmentation des cas.
- T2** Poursuite comme ci-dessus.
- T3** Poursuite comme ci-dessus.
- T4** Poursuite comme ci-dessus.

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Visites au Service d'urgence – temps d'attente pour les cas mineurs non admis (ETG IV-V) (heures) (90e centile)

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

Définition : L'indicateur est mesuré en heures, en fonction du 90e centile, qui représente le temps total écoulé du triage ou de l'inscription (selon la première éventualité) au départ du patient du SU pour les cas mineurs non admis (ETG IV-V). Cela exclut la durée de séjour à l'Unité de décisions cliniques.

Importance : Le temps est un aspect essentiel de l'efficacité et des résultats en matière de soins aux patients, surtout à l'urgence. Combiné à d'autres indicateurs, il peut servir à surveiller le temps passé à l'urgence par les patients, dans le but d'améliorer l'efficience et, ultimement, les résultats en matière de soins aux patients.

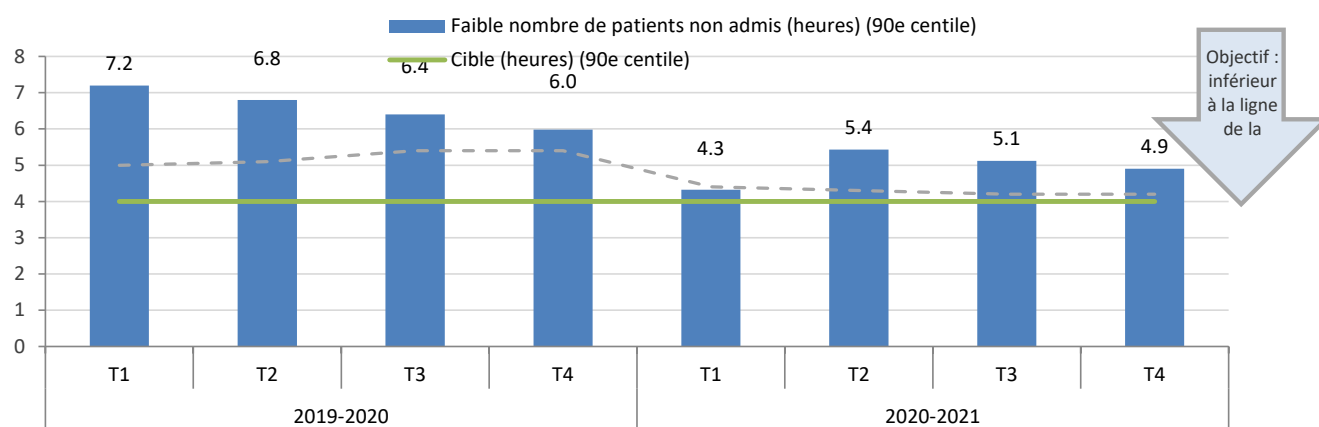
Source des données : Anzer – SNISA (Système national d'information sur les soins ambulatoires)

Renseignements sur la cible : Cible alignée sur les obligations de l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur le rapport de l'exercice financier concernant l'accès aux soins – Résultats du groupe d'hôpitaux communautaires de grande capacité. Les résultats du point de référence sont exprimés depuis le début de l'exercice.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|--|-----------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Faible nombre de patients non admis (heures) (90e centile) | 7.2 | 6.8 | 6.4 | 6.0 | 4.3 | 5.4 | 5.1 | 4.9 |
| Point de référence (heures) (90e centile) | 5.0 | 5.1 | 5.4 | 5.4 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.2 |
| Cible (heures) (90e centile) | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 |

Visites au SU – temps d'attente pour les cas mineurs non admis (ETG IV-V)



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte, mais à peine. Grande amélioration par rapport au T4 de l'exercice 2019-2020. La tendance du rendement trimestriel se rapproche de façon constante de la cible comparativement au rendement de notre hôpital de référence.
- T2** Cible non atteinte, mais grande amélioration par rapport au T2 de l'exercice 2019-2020.
- T3** Cible non atteinte, mais grande amélioration par rapport au T3 de l'exercice 2019-2020.
- T4** Cible non atteinte, mais grande amélioration par rapport au T3 de l'exercice 2019-2020.

Plans d'amélioration :

- T1** Renforcement de l'utilisation des directives pour les soins infirmiers et médicaux afin d'accroître les gains d'efficience liés à l'établissement rapide d'un plan de traitement et à l'orientation au moment de l'interruption des services. Collaboration avec les médecins d'urgence pour voir les patients soupçonnés d'être atteints de la COVID-19, peu importe l'heure, afin de réduire les temps d'attente. Utilisation du document sur l'afflux de patients.
- T2** Poursuite des stratégies comme ci-dessus.
- T3** Poursuite des stratégies comme ci-dessus.
- T4** Collaboration avec les médecins d'urgence afin de rétablir le poste de médecin express et d'éliminer le titre de médecin affecté aux cas de COVID-19.

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Dossiers incomplets

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

Définition : Cet indicateur mesure le nombre de dossiers incomplets 30 jours après la mise en congé. Il donne un aperçu de ces dossiers (signatures et renseignements manquants). Un rapport est produit le dernier jour ouvrable de chaque trimestre.

Importance : Cette politique vise à garantir que les dossiers de santé des patients sont remplis conformément aux exigences légales, y compris la Loi sur les hôpitaux publics, le Règlement 965 (gestion hospitalière) pris en application de cette loi, les obligations professionnelles ainsi que les règlements intérieurs de l'hôpital, ses politiques, ses règles et procédures. Il est essentiel de remplir les dossiers pour assurer la continuité des soins aux patients, appuyer un modèle de collaboration en matière de services de soins et protéger les praticiens individuels de toute responsabilité éventuelle.

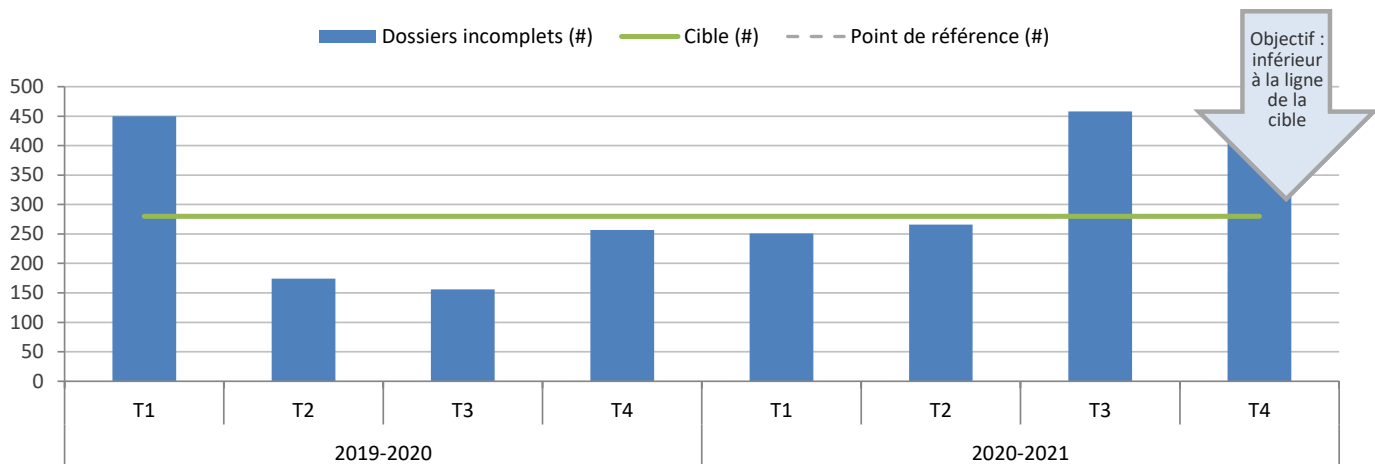
Source des données : Cerner - Discern Analytics (rapport sur les dossiers incomplets)

Renseignements sur la cible : Poursuite de la cible de l'année précédente.

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|-------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Dossiers incomplets (#) | 450 | 174 | 156 | 257 | 251 | 266 | 458 | 444 |
| Point de référence (#) | | | | | | | | |
| Cible (#) | 280 | 280 | 280 | 280 | 280 | 280 | 280 | 280 |

Total de dossiers incomplets



Analyse du rendement :

- T1** Le nombre de dossiers incomplets se situe dans la cible.
- T2** Cible atteinte.
- T3** Cible non atteinte. Résultats affectés par seulement deux personnes.
- T4** Cible non atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1** Aucun plan d'amélioration nécessaire pour le moment.
- T2** Aucun plan d'amélioration nécessaire pour le moment.
- T3** Un plan d'amélioration du rendement a été mis en place pour garantir que les dossiers des deux personnes sont remplis et que l'on réponde aux attentes à l'avenir.
- T4** Durant le T1 2021-2022, des progrès importants ont été réalisés relativement aux dossiers des 2 personnes indiquées. La situation est suivie de près par le bureau de la présidente et directrice générale ainsi que du médecin-chef.

Gestionnaires responsables : présidente et directrice générale/médecin-chef

**Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021**

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Taux d'indication d'inductions postérieures (<41 semaines)

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

Définition : Nombre de femmes de 40 ans ou moins dont l'accouchement a été provoqué avec indication du déclenchement postérieur du travail (≥41 semaines de gestation), mais à moins de 41 semaines de gestation (inférieur ou égal à 40 semaines + 6 jours de gestation), en pourcentage du nombre total de femmes dont l'accouchement a été provoqué avec indication du déclenchement postérieur du travail (à un moment et à un endroit donnés). Le numérateur est le nombre de femmes dont l'accouchement a été provoqué avec une indication postérieure et à moins de 41 semaines de gestation à l'accouchement. Le dénominateur est le nombre total de femmes dont l'âge maternel au moment de la mortinaissance ou de la naissance vivante était de ≤= 40 ans et dont l'accouchement a été provoqué avec une indication postérieure.

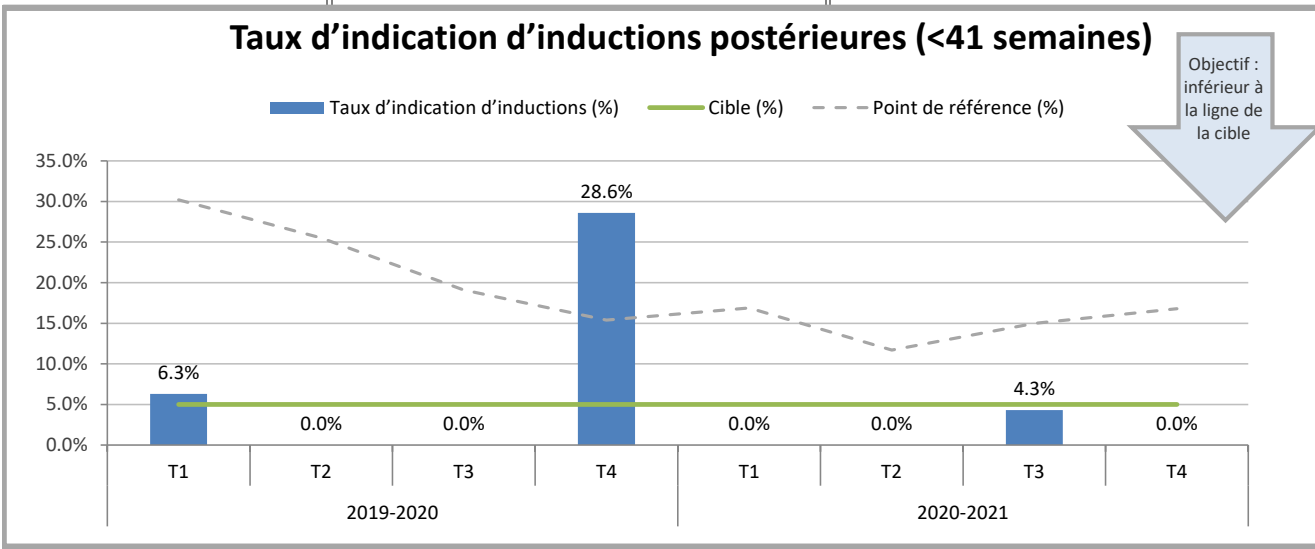
Importance : Un accouchement provoqué après la date prévue de l'accouchement réduit légèrement le risque de mortinaissance ou de décès néonatal peu de temps après la naissance comparativement à une attente supervisée. Cependant, le risque global est très faible. Les accouchements provoqués peuvent réduire les admissions à l'unité des soins intensifs néonataux. Les femmes enceintes ayant un accouchement provoqué sont moins susceptibles de subir une césarienne que celles qui attendent le déclenchement naturel du travail. Bien des grossesses se poursuivent plus longtemps que la moyenne de 40 semaines. En raison des risques pour les bébés, les femmes ont l'option d'un accouchement provoqué entre 41 et 42 semaines. Cependant, cela est aussi risqué pour la mère et l'enfant, qu'il faut mettre en balance avec les avantages potentiels.

Source des données : Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN), Indicateur de rendement clé (IRC) 6

Renseignements sur la cible : Cible établie à 5 % selon les obligations de l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur le rendement trimestriel des autres hôpitaux de soins néonataux de niveau 1.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux d'indication d'inductions (%) | 6.3% | 0.0% | 0.0% | 28.6% | 0.0% | 0.0% | 4.3% | 0.0% |
| Point de référence (%) | 30.2% | 25.5% | 19.1% | 15.4% | 16.9% | 11.7% | 15.0% | 16.8% |
| Cible (%) | 5.0% | 5.0% | 5.0% | 5.0% | 5.0% | 5.0% | 5.0% | 5.0% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte (aucun cas durant le trimestre).
- T2** Cible atteinte (aucun cas durant le trimestre).
- T3** Cible atteinte. Novembre : 1 cas.
- T4** Cible atteinte (aucun cas durant le trimestre).

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite des stratégies actuelles et examen des résultats lors des réunions des services.
- T2** Poursuite des stratégies actuelles et examen des résultats lors des réunions des services.
- T3** Poursuite des stratégies actuelles et examen des résultats lors des réunions des services.
- T4** Poursuite des stratégies actuelles et examen des résultats lors des réunions des services.

Gestionnaires responsables : vice-présidente des Services aux patients et directrice des soins infirmiers/chef, obstétrique et gynécologie/gestionnaire, Services de santé pour les femmes et les enfants

Indicateur : Patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels par jour

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

Définition : Cet indicateur mesure le nombre moyen de patients hospitalisés admis dans un lit, sur une civière, etc. qui sont placés dans un endroit inhabituel pour recevoir des soins à minuit (excluant les patients admis et obtenant leur congé le même jour). Un endroit inhabituel désigne un endroit de l'hôpital où des lits ont été ajoutés pour soigner des patients hospitalisés. Plus précisément, il s'agit d'un endroit assez spacieux pour permettre l'ajout de lits (p. ex., bureau, couloirs au service d'urgence ou dans une unité pour patients hospitalisés, ou auditorium), mais qui ne répond pas aux normes en matière de sécurité et de protection contre les incendies. Les patients qui occupent un lit situé dans un endroit inhabituel n'ont pas accès à une sonnette d'appel ou à des toilettes, et ne se trouvent pas à proximité d'équipement de succion, d'administration d'oxygène, etc.

Importance : Cet indicateur donne des renseignements contextuels sur le nombre moyen de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence au cours du T3 de l'exercice 2018-2019. Il peut refléter les pics saisonniers d'hospitalisation et donne un aperçu du nombre moyen de lits de surcapacité occupés dans les hôpitaux ontariens durant cette période. Cet indicateur, combiné à d'autres indicateurs comme le temps d'attente pour un lit d'hospitalisation ou le taux d'autre niveau de soins, peut servir à faire le suivi de la capacité d'un hôpital et aider à mieux comprendre la situation.

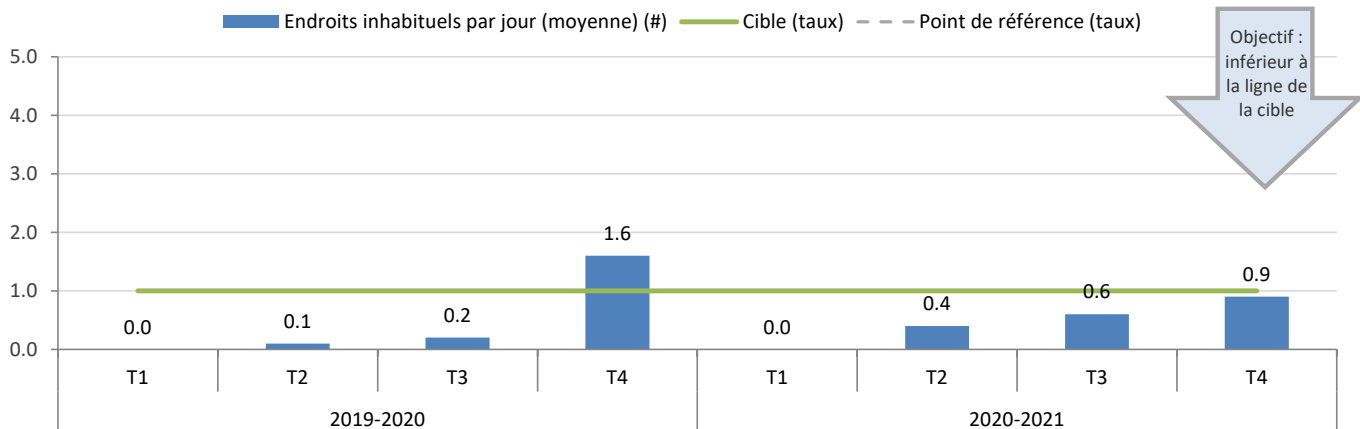
Source des données : Cerner – Discern Analytics (rapport quotidien de recensement)

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

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|---|-----------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Endroits inhabituels par jour (moyenne) (#) | 0.0 | 0.1 | 0.2 | 1.6 | 0.0 | 0.4 | 0.6 | 0.9 |
| Point de référence (taux) | | | | | | | | |
| Cible (taux) | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 |

Endroits inhabituels par jour - moyenne quotidienne



Analyse du rendement :

- T1 Cible atteinte concernant les données d'ensemble de recensement des lits.
- T2 Cible atteinte.
- T3 Cible atteinte.
- T4 Cible atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1 Aucun plan d'amélioration pour le moment.
- T2 Aucun plan d'amélioration pour le moment.
- T3 Aucun plan d'amélioration pour le moment.
- T4 Poursuivre le processus actuel.

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[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 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).

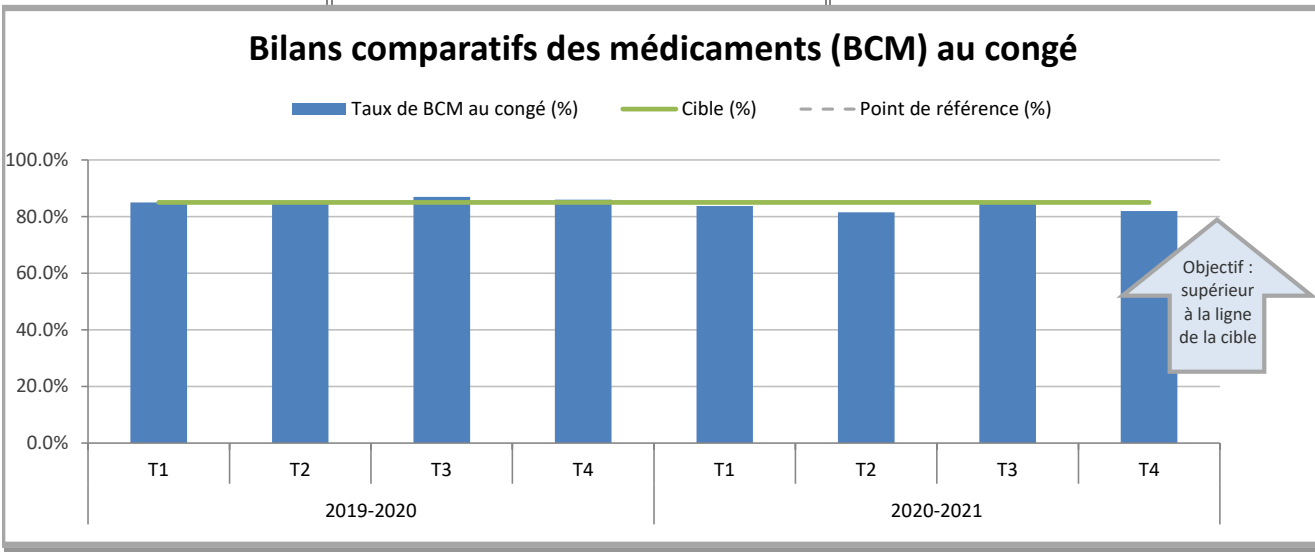
Importance : Le BCM est un processus formel au cours duquel les professionnels de la santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et les autres prestataires de soins de santé dans le but de s'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments sont systématiquement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

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.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|--------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux de BCM au congé (%) | 85.0% | 85.0% | 87.0% | 86.0% | 83.7% | 81.5% | 84.7% | 82.0% |
| Point de référence (%) | | | | | | | | |
| Cible (%) | 85.0% | 85.0% | 85.0% | 85.0% | 85.0% | 85.0% | 85.0% | 85.0% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte, mais à peine. La répartition par service montre que le pourcentage de l'USPPC et du Service de santé mentale est inférieur à la cible, à 50 % et 80 % respectivement. Tous les autres services sont tout à fait dans la cible suggérée.
- T2** Cible non atteinte. La répartition par service montre que le pourcentage de l'USPPC et du Service de santé mentale est inférieur à la cible, à 47,6 % et 74,5 % respectivement. Le pourcentage du Service de chirurgie est légèrement inférieur, soit 77,9 %. Tous les autres services sont tout à fait dans la cible suggérée.
- T3** Cible atteinte.
- T4** Cible non atteinte. Services inférieurs à la cible au T4 : Unité de soins aux patients en phase critique (USPPC) (34,3 %), SU de Cornwall (62,2 %) et Services communautaires de santé mentale et de dépendances (74,7 %).

Plans d'amélioration :

- T1** Accent sur l'USPPC, collaboration avec les intensivistes et le service pour trouver les obstacles et les occasions d'amélioration, poursuite de l'amélioration avec l'USMPH.
- T2** Examen continu des stratégies propres aux services.
- T3** Poursuite comme ci-dessus.
- T4** Poursuite comme ci-dessus.

Indicateur : Taux de patients hospitalisés – Outil d'organisation de la sortie de la patiente/du patient (OOSP)

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

Définition : Cet indicateur mesure la page d'information sur l'OOSP au moyen d'instructions pertinentes de mise en congé qui sont révisées en compagnie des patients hospitalisés au moment de leur congé. Le numérateur comprend le nombre de patients hospitalisés ayant obtenu leur congé, pour lesquels l'OOSP a été utilisé. Le dénominateur comprend tous les patients mis en congé vers leur domicile, avec services et soins en établissement. Exclusions : transferts vers d'autres établissements de soins actifs, soins ambulatoires, soins de longue durée, soins continus complexes, décès et sorties contre l'avis des médecins.

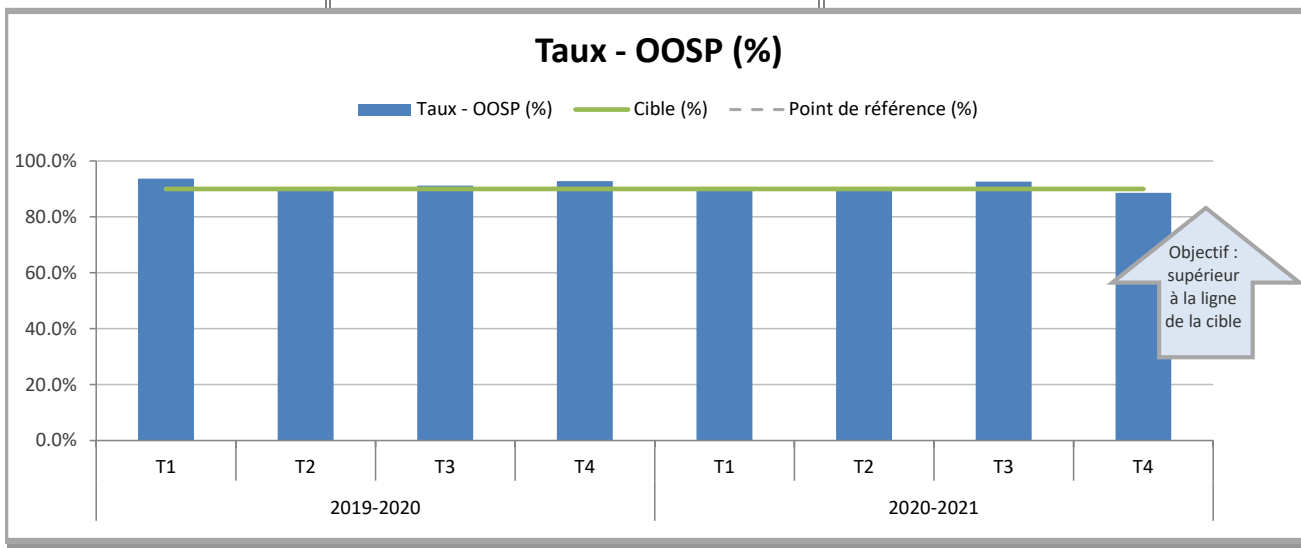
Importance : Veiller à ce que les patients reçoivent des renseignements clairs et complets sur les congés pour appuyer la mise en congé à rapide et éviter des réadmissions. Les modèles d'OOSP comprennent le diagnostic du patient, sa liste de médicaments au congé (arrêt, amorce ou poursuite de la prise de médicaments), les instructions de l'équipe soignante, des renseignements concernant spécifiquement un patient : diagnostic, signes et symptômes, autogestion, rendez-vous de suivi, ressources communautaires et numéros de contacts.

Source des données : Dossier de santé électronique Cerner

Renseignements sur la cible : Cible établie à l'interne (90 %)

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux - OOSP (%) | 93.7% | 90.2% | 91.2% | 92.8% | 89.5% | 89.9% | 92.6% | 88.6% |
| Point de référence (%) | | | | | | | | |
| Cible (%) | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% | 90.0% |



Analyse du rendement :

- T1** Taux légèrement inférieur à la cible au T1. Avril et mai : légèrement supérieurs au taux cible, mais juin se situant à 87,3 %, la moyenne du T1 a diminué. Un peu plus de la moitié des services avaient un taux inférieur à 90 % en juin.
- T2** Cible pas tout à fait atteinte. Les services inférieurs à la cible sont le niveau 2 (soins médicaux), le niveau 5 (USPPC) et la pédiatrie.
- T3** Cible atteinte.
- T4** Cible pas tout à fait atteinte. Services inférieurs à la cible : SU – patients en attente d'un lit d'hospitalisation et USPPC. Accent soutenu sur les stratégies visant à améliorer les OOSP à l'urgence et à l'USPPC.

Plans d'amélioration :

- T1** Revoir le rendement de chaque service afin de concevoir des stratégies pour les cas inférieurs à la cible. Le rendement est maintenant revu de façon régulière en compagnie des gestionnaires cliniques et révisé en compagnie du personnel de première ligne. Les membres de ce personnel contribueront à trouver des occasions d'améliorer de ce paramètre.
- T2** Examens continus et stratégies propres aux services en préparation.
- T3** Poursuite des stratégies actuelles. Examen des secteurs où la conformité est inférieure à la cible et élaboration de stratégies à ce sujet.
- T4** Cible pas tout à fait atteinte. Services inférieurs à la cible : SU – patients en attente d'un lit d'hospitalisation et USPPC. Accent soutenu sur les stratégies visant à améliorer les OOSP à l'urgence et à l'USPPC.

**Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021**

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Taux de dépistage de l'abandon du tabac par les patients hospitalisés

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

Définition : Les fumeurs hospitalisés sont définis comme étant des personnes qui ont utilisé un produit du tabac au cours des six derniers mois. Cet indicateur représente le pourcentage de fumeurs hospitalisés identifiés à qui l'on a offert une consultation sur l'abandon du tabac pendant leur séjour.

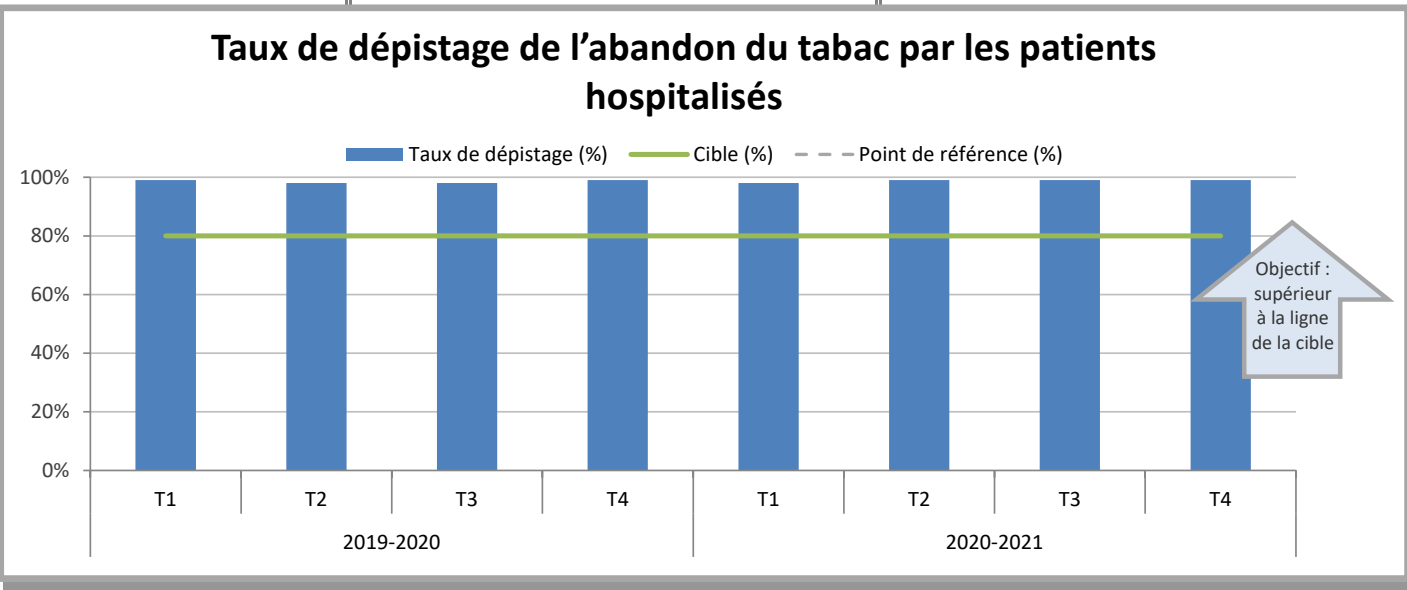
Importance : Le RLISS de Champlain a intégré dans ses Ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) une norme de rendement selon laquelle d'ici 2013, 80 % des fumeurs admis à l'hôpital doivent faire l'objet de l'intervention du Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac.

Source des données : Suivi interne

Renseignements sur la cible : Cible établie conformément à l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux de dépistage (%) | 99% | 98% | 98% | 99% | 98% | 99% | 99% | 99% |
| Point de référence (%) | | | | | | | | |
| Cible (%) | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |



Analyse du rendement :

- T1** Le paramètre continue d'atteindre la cible.
- T2** Cible atteinte.
- T3** Cible atteinte.
- T4** Cible atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1** Aucune mesure nécessaire pour le moment.
- T2** Aucune mesure nécessaire pour le moment.
- T3** Aucune mesure nécessaire pour le moment.
- T4** Aucune mesure nécessaire pour le moment.

Gestionnaires responsables : chef de l'information et des opérations/directeur des Services diagnostiques

**Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021**

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Cas terminés en respectant les temps d'attente ciblés – examens de tomodensitométrie

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

Définition : Tomographies par ordinateur qui respectent la cible d'accès pour les patients >=18 ans. Cela comprend les cas indiqués comme étant du **niveau de priorité 2 (patients hospitalisés/cas urgents – cible dans les 48 heures)**, du **niveau de priorité 3 (classification ou reclassification du cancer en stades – cible dans les 10 jours)** ou du **niveau de priorité 4 (non urgent – cible dans les 28 jours)**. Cet indicateur mesure le temps d'attente à partir du moment où un examen d'imagerie diagnostique est demandé jusqu'à ce qu'il ait lieu (intervention sans date précise).

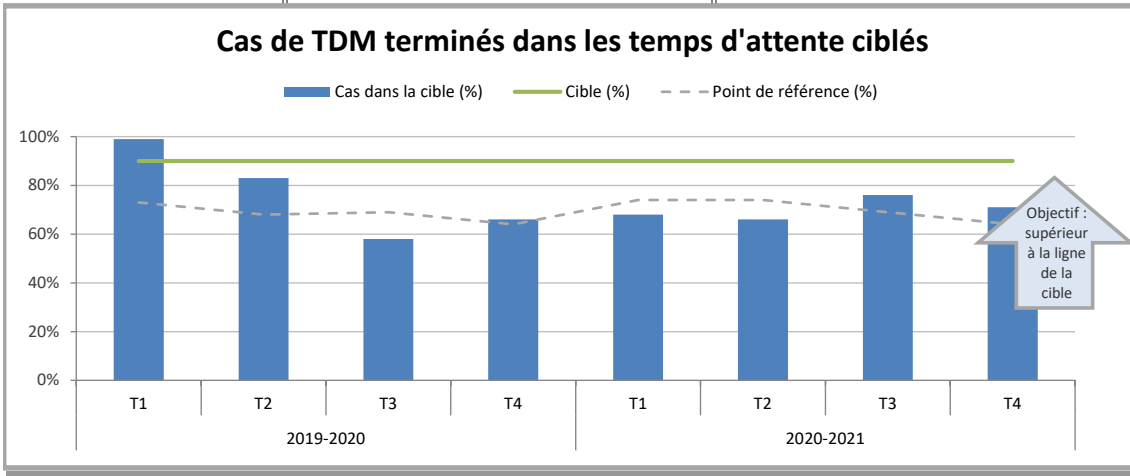
Importance : Le gouvernement de l'Ontario met en œuvre un plan visant à améliorer l'accès à cinq services de santé importants et à réduire les temps d'attente pour ces services : chirurgies oncologiques, interventions cardiaques, chirurgies de la cataracte, arthroplasties de la hanche et du genou, examens d'IRM et tomodensitométries. Ce plan aidera les hôpitaux et le gouvernement à cibler leurs ressources là où elles auront le plus d'effet.

Source des données : SITA, iPort Access

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les caractéristiques de l'ERS-H et mesurée selon les niveaux de priorité 2, 3 et 4

Renseignements sur le point de référence : Point de référence fondé sur iPort Access, rendement trimestriel du RLISS de Champlain

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Cas dans la cible (%) | 99% | 83% | 58% | 66% | 68% | 66% | 76% | 71% |
| Point de référence (%) | 73% | 68% | 69% | 64% | 74% | 74% | 69% | 64% |
| Cible (%) | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. En révisant chaque niveau de priorité de manière individuelle, on voit que le niveau 4 est le principal en cause avec un résultat de 41 % comparativement au niveau 2 (99 %) et au niveau 3 (98 %).
- T2** Cible non atteinte. Encore une fois, on voit que le niveau de priorité 4 en est la cause principale avec un résultat de 45 % comparativement au niveau de priorité 2 (99 %) et au niveau 3 (99 %), bien que le niveau 3 ait légèrement augmenté au T2.
- T3** Cible non atteinte. Cependant, il y a eu une amélioration de 10 % par rapport aux résultats du T2. De plus, la cible de l'HCC au T2 est supérieure au point de référence du RLISS. Encore une fois, on voit que le niveau de priorité 4 en est la cause principale avec un résultat de 58 % comparativement au niveau de priorité 2 (100 %) et au niveau 3 (99 %).
- T4** Cible non atteinte. La cible de l'HCC au T4 est supérieure au point de référence du RLISS. Niveau de priorité 2 : 100 %; niveau de priorité 3 : 99 %; niveau de priorité 4 : 48 %. Cela a un effet sur le résultat d'ensemble au T4.

Plans d'amélioration :

- T1** La tomodensitométrie n'était pas disponible pour les examens non essentiels, comme l'a recommandé Santé Ontario. Les patients non touchés de façon négative par un retard de 6 à 8 semaines ont été mis « en attente » durant la période de pointe de la COVID-19. Les services ont repris le 8 juin, la priorité étant accordée aux niveaux P1-2-3, suivis des patients P4 dont nous avons pu nous occuper.
- T2** Avec la reprise des services en juin, l'arriéré de patients en attente d'un tomodensitogramme s'élevait à 2 200 personnes. Le nombre mensuel moyen d'aiguillages acceptés étant de 792, les journées d'intervention ont été prolongées de 7 h 30 à 24 h pour faire tout notre possible afin de donner rapidement accès aux installations et d'améliorer les temps d'attente. Le rendement de l'HCC est supérieur à celui de tous les partenaires régionaux, mais la réduction des temps d'attente demeure un défi.
- T3** Des gains sont faits chaque trimestre tandis que nous collaborons avec tous nos partenaires régionaux dans l'ensemble du RLISS pour traiter les patients en attente, le plus rapidement possible. On mène une évaluation régionale sur la possibilité d'utiliser des tomodensitomètres mobiles qui s'ajouteraient à ceux disponibles dans le RLISS. Tous ces appareils, y compris à l'HCC, fonctionnent à plein régime et au-delà. Le personnel se voit offrir d'autres heures supplémentaires pour réduire les temps d'attente, mais son bien-être et la conciliation travail-vie personnelle sont à risque en raison du marathon pandémique qui se poursuit.
- T4** Plusieurs initiatives de rattrapage des temps d'attente ont été mises en œuvre. Le personnel de tomodensitométrie a mis en place des séances temporaires durant les quarts de nuit pour s'attaquer aux temps d'attente associés au niveau P4 (études de routine). Dans la mesure du possible, des journées durant lesquelles le service est offert 24 heures (des « superjournées ») ont aussi été ajoutées afin d'accroître le volume de patients en consultation externe durant une journée. Ces démarches ne sont pas viables à long terme, mais elles témoignent de l'engagement du personnel à aider les patients en attente de l'HCC. Les temps d'attente au niveau P4 sont actuellement de 8 semaines, soit une amélioration considérable par rapport aux derniers mois. Les initiatives de rattrapage sont continues.

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Cas terminés en respectant les temps d'attente ciblés – arthroplasties de la hanche

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

Définition : Pourcentage d'arthroplasties de la hanche faites selon la cible d'accès – jours d'attente pour une chirurgie (temps d'attente 2) (182 jours) pour les patients >=18 ans. Cela comprend les cas non urgents présentés comme étant des priorités de **niveau 2 (patients hospitalisés/cas urgents)**, de **niveau 3 (cas à demi urgents)** ou de **niveau 4 (cas non urgents)**. Cet indicateur mesure le délai entre la décision du patient et du chirurgien de faire l'intervention chirurgicale et le moment où elle a lieu.

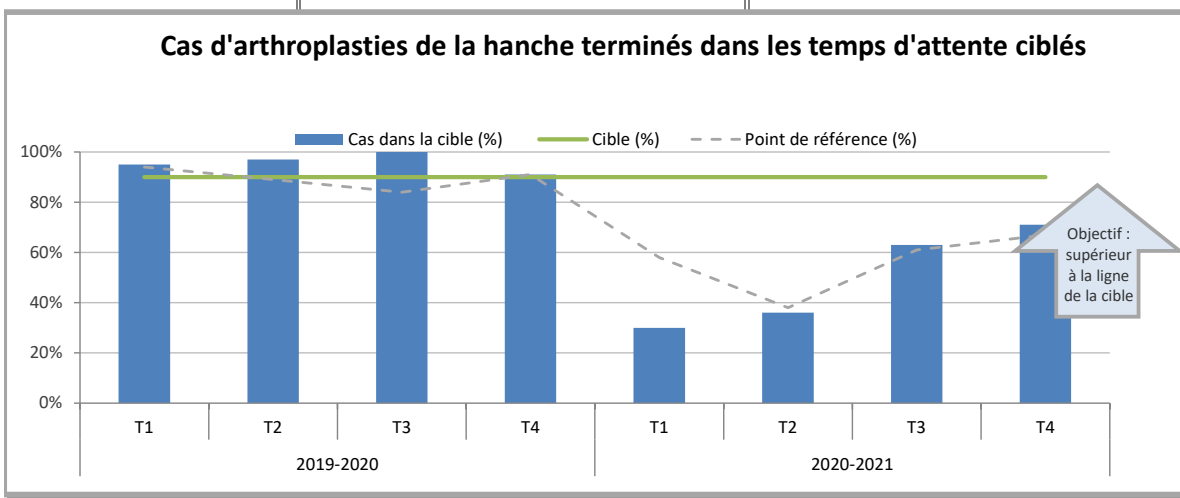
Importance : Le gouvernement de l'Ontario met en œuvre un plan visant à améliorer l'accès à cinq services de santé importants et à réduire les temps d'attente pour ces services : chirurgies oncologiques, interventions cardiaques, chirurgies de la cataracte, arthroplasties de la hanche et du genou, examens d'IRM et tomodensitométries. Ce plan aidera les hôpitaux et le gouvernement à cibler leurs ressources là où elles auront le plus d'effet.

Source des données : SITA, iPort Access

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H et mesurée selon les niveaux de priorité 2, 3 et 4

Renseignements sur le point de référence : Point de référence fondé sur iPort Access, rendement trimestriel du RLSS de Champlain

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------|-----------|-----|------|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Cas dans la cible (%) | 95% | 97% | 100% | 91% | 30% | 36% | 63% | 71% |
| Point de référence (%) | 94% | 89% | 84% | 91% | 58% | 38% | 61% | 67% |
| Cible (%) | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. Niveau du T1 (P4) à 43 %, pas de chirurgies aux niveaux P2 et P3. Les chirurgies étant limitées au minimum en raison de la COVID-19 durant la majeure partie du T1, on devrait s'attendre à de tels résultats.
- T2** Cible non atteinte. Niveau P4 au T2 : 42 %. Niveau P3 au T2 : 15 %. Niveau P2 au T2 : 50 %.
- T3** Cible non atteinte. Cependant, au T3, les niveaux P2 et P4 ont connu d'importantes augmentations par rapport au T2. Niveau P4 au T3 : 67 %. Niveau P3 au T3 : 17 %. Niveau P2 au T3 : 100 %.
- T4** La cible n'a pas été atteinte, mais il y a eu une augmentation au T4 comparativement au T3, supérieure au point de référence du RLSS. Le niveau de priorité 3 du T4 est passé à 100 %, comparativement à 17 % au T3.

Plans d'amélioration :

- T1** Les chirurgies orthopédiques non urgentes ont graduellement repris à la fin du T1 (mi-juin). Le nombre de salles d'opération réservées a augmenté de deux ou trois durant l'été jusqu'à quatre utilisées durant la semaine du 8 septembre. On devrait noter une amélioration progressive au T2 et au T3. Il y a un suivi continu des temps d'attente.
- T2** L'annulation des interventions chirurgicales non urgentes durant la pandémie a des répercussions durables. On prévoit le redressement des volumes d'interventions au cours des deux prochains trimestres.
- T3** Amélioration de 75 % puisque la durée d'accès au bloc opératoire a augmenté et que 4 salles sont maintenant disponibles. Les cas d'arthroplastie totale non urgents sont prévus pendant la fin de semaine et la fermeture afin d'aider à minimiser l'effet des deux semaines de fermeture à Noël. En date de la première semaine de janvier et jusqu'à la date provisoire du 2 mars, le nombre d'admissions le jour de la chirurgie a été réduit des deux tiers, rendant difficile l'accès au bloc opératoire à cette fin puisque des lits d'admission le jour de la chirurgie étaient nécessaires pour les cas prioritaires à l'extérieur des services. Le nombre de congés le même jour après une arthroplastie totale aidera à maintenir un certain volume d'interventions terminées au T4.
- T4** Durant le T4, les admissions ambulatoires ont été annulées en raison des besoins en capacité de l'hôpital durant la deuxième vague. Les patients admissibles à un congé le même jour ont obtenu un rendez-vous afin d'essayer d'atteindre la cible, mais ce nombre de patients était limité. Cela a fait diminuer d'interventions qu'il aurait été possible de réaliser. On améliore actuellement le protocole et les lignes directrices concernant les congés le même jour afin que cela soit conforme aux exigences du groupe de travail régional auquel l'HCC participe.

Gestionnaires responsables : vice-présidente des Services aux patients et directrice des soins infirmiers/chef du Service de chirurgie/directeur, Services périopératoires et de chirurgie avec hospitalisation

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Cas terminés en respectant les temps d'attente ciblés – arthroplasties du genou

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

Définition : Pourcentage d'arthroplasties du genou faites selon la cible d'accès – jours d'attente pour une chirurgie (temps d'attente 2) (182 jours) pour les patients >=18 ans. Cela comprend les cas non urgents présentés comme étant des priorités de **niveau 2 (patients hospitalisés/cas urgents)**, de **niveau 3 (cas à demi urgents)** ou de **niveau 4 (cas non urgents)**. Cet indicateur mesure le délai entre la décision du patient et du chirurgien de faire l'intervention chirurgicale et le moment où elle a lieu.

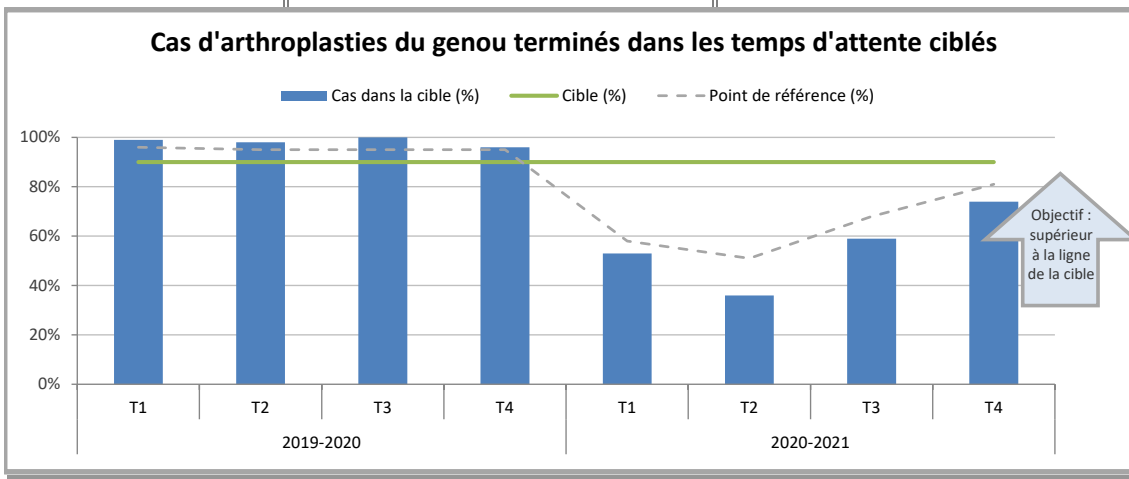
Importance : Le gouvernement de l'Ontario met en œuvre un plan visant à améliorer l'accès à cinq services de santé importants et à réduire les temps d'attente pour ces services : chirurgies oncologiques, interventions cardiaques, chirurgies de la cataracte, arthroplasties de la hanche et du genou, examens d'IRM et tomodensitométries. Ce plan aidera les hôpitaux et le gouvernement à cibler leurs ressources là où elles auront le plus d'effet.

Source des données : SITA, iPort Access

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H et mesurée selon les niveaux de priorité 2, 3 et 4

Renseignements sur le point de référence : Point de référence fondé sur iPort Access, rendement trimestriel du RLIS de Champlain

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------|-----------|-----|------|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Cas dans la cible (%) | 99% | 98% | 100% | 96% | 53% | 36% | 59% | 74% |
| Point de référence (%) | 96% | 95% | 95% | 95% | 58% | 51% | 68% | 81% |
| Cible (%) | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. Niveau du T1 (P4) à 67 %, pas de chirurgies aux niveaux P2 et P3. Les chirurgies étant limitées au minimum en raison de la COVID-19 durant la majeure partie du T1, on devrait s'attendre à de tels résultats.
- T2** Cible non atteinte. Niveau P4 au T2 : 40 %. Niveau P3 au T2 : 16 %. Niveau P2 au T2 : 75 %.
- T3** Cible non atteinte. Cependant, au T3, les niveaux P3 et P4 ont connu d'importantes augmentations. Niveau P4 au T3 : 61 %. Niveau P3 au T3 : 31 %. Niveau P2 au T3 : 80 %.
- T4** Cible non atteinte. Encore une fois, on voit que le niveau de priorité 4 en est la cause principale avec un résultat de 15 % comparativement au niveau de priorité 2 (97 %) et au niveau 3 (96 %).

Plans d'amélioration :

- T1** Même plan que celui défini pour les arthroplasties de la hanche. Les chirurgies orthopédiques non urgentes ont graduellement repris à la fin du T1 (mi-juin). Le nombre de salles d'opération réservées a augmenté de deux ou trois durant l'été jusqu'à quatre utilisées durant la semaine du 8 septembre. On devrait noter une amélioration progressive au T2 et au T3. Il y a un suivi continu des temps d'attente.
- T2** Les cibles du T2 relatives aux temps d'attente (genou) n'ont pas été atteintes en raison de la COVID-19. Par suite de la fermeture de certains services chirurgicaux, des patients étant classifiés comme étant de priorité 4 au début de la pandémie sont ensuite passés à la catégorie P3 (956-112 jours) pour correspondre à leur tableau clinique (douleur, mobilité, etc.). Sans surprise, leur portrait clinique s'est aggravé durant l'attente. Cette approche régionale visait à déterminer et à modifier la priorité pour les patients du niveau P4 ayant besoin d'une chirurgie plus rapidement. Les salles d'opération sont maintenant ouvertes et des améliorations sont prévues au T3.
- T3** Amélioration de 61 % puisque la durée d'accès au bloc opératoire a augmenté et que 4 salles sont maintenant disponibles. Les cas d'arthroplastie totale non urgents sont prévus pendant la fin de semaine et la fermeture afin d'aider à minimiser l'effet des deux semaines de fermeture à Noël. En date de la première semaine de janvier et jusqu'à la date provisoire du 2 mars, le nombre d'admissions le jour de la chirurgie a été réduit des deux tiers, rendant difficile l'accès au bloc opératoire à cette fin puisque des lits d'admission le jour de la chirurgie étaient nécessaires pour les cas prioritaires à l'extérieur des services. Le nombre de congés le même jour après une arthroplastie totale aidera à maintenir un certain volume d'interventions terminées au T4.
- T4** Durant le T4, les admissions ambulatoires ont été annulées en raison des besoins en capacité de l'hôpital durant la deuxième vague. Les patients admissibles à un congé le même jour ont obtenu un rendez-vous afin d'essayer d'atteindre la cible, mais ce nombre de patients était limité. Cela a fait diminuer d'interventions qu'il aurait été possible de réaliser. On améliore actuellement les protocoles et les lignes directrices concernant les congés le même jour afin que cela soit conforme aux exigences du groupe de travail régional auquel l'HCC participe.

Gestionnaires responsables : vice-présidente des Services aux patients et directrice des soins infirmiers/chef du Service de chirurgie/directeur, Services périopératoires et de chirurgie avec hospitalisation

Indicateur : Cas terminés en respectant les temps d'attente ciblés – examens d'imagerie par résonance magnétique

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

Définition : Pourcentage d'examens d'imagerie par résonance magnétique diagnostique faits selon la cible d'accès pour les patients >=18 ans. Cela comprend les cas indiqués comme étant du **niveau de priorité 2 (patients hospitalisés/cas urgents – cible dans les 48 heures)**, du **niveau de priorité 3 (classification ou reclassification du cancer en stades – cible dans les 10 jours)** ou du **niveau de priorité 4 (non urgent – cible dans les 28 jours)**. Cet indicateur mesure le temps d'attente à partir du moment où un examen d'imagerie diagnostique est demandé jusqu'à ce qu'il ait lieu (intervention sans date précise).

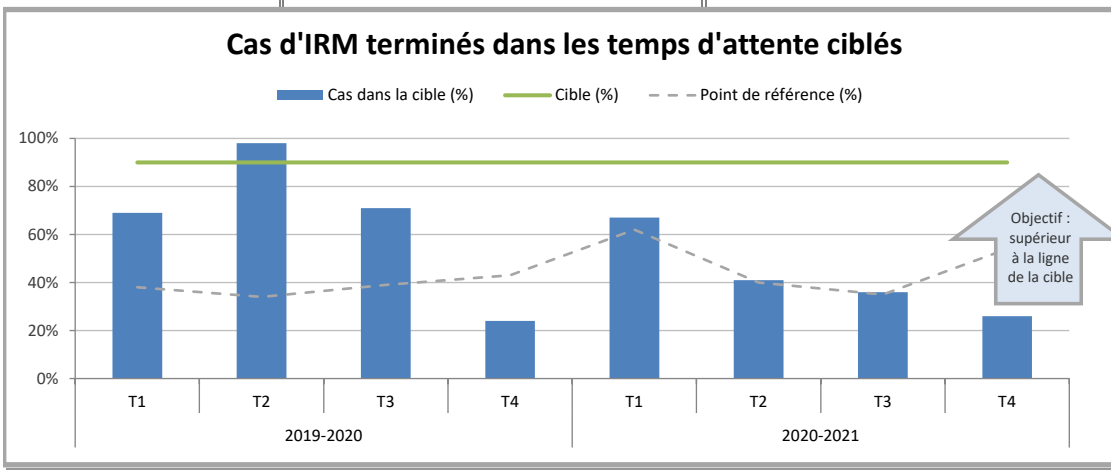
Importance : Le gouvernement de l'Ontario met en œuvre un plan visant à améliorer l'accès à cinq services de santé importants et à réduire les temps d'attente pour ces services : chirurgies oncologiques, interventions cardiaques, chirurgies de la cataracte, arthroplasties de la hanche et du genou, examens d'IRM et tomodensitométries. Ce plan aidera les hôpitaux et le gouvernement à cibler leurs ressources là où elles auront le plus d'effet.

Source des données : SITA, iPort Access

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les caractéristiques de l'ERS-H et mesurée selon les niveaux de priorité 2, 3 et 4

Renseignements sur le point de référence : Point de référence fondé sur iPort Access, rendement trimestriel du RLISS de Champlain

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Cas dans la cible (%) | 69% | 98% | 71% | 24% | 67% | 41% | 36% | 26% |
| Point de référence (%) | 38% | 34% | 39% | 43% | 62% | 40% | 35% | 54% |
| Cible (%) | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. En révisant chaque niveau de priorité de manière individuelle, on voit que le niveau 4 est le principal en cause avec un résultat de 49 % comparativement au niveau 2 (98 %) et au niveau 3 (95 %).
- T2** Cible non atteinte. Encore une fois, on voit que le niveau de priorité 4 en est la cause principale avec un résultat de 21 % comparativement au niveau de priorité 2 (100 %) et au niveau 3 (92 %). Le niveau P4 a grandement diminué au T2.
- T3** Cible non atteinte. Encore une fois, on voit que le niveau de priorité 4 en est la cause principale avec un résultat de 20 % comparativement au niveau de priorité 2 (100 %) et au niveau 3 (98 %). Les résultats ciblés du T3 à l'HCC sont comparables aux résultats du T3 du RLISS de Champlain.
- T4** Cible non atteinte. Encore une fois, on voit que le niveau de priorité 4 en est la cause principale avec un résultat de 15 % comparativement au niveau de priorité 2 (97 %) et au niveau 3 (96 %).

Plans d'amélioration :

- T1** L'appareil d'IRM n'était pas disponible pour les examens non essentiels, comme l'a recommandé Santé Ontario. Les patients non touchés de façon négative par un retard de 6 à 8 semaines ont été mis « en attente » durant la période de pointe de la COVID-19. Les services ont repris le 8 juin, la priorité étant accordée aux niveaux P1-2-3, suivis des patients P4 dont nous avons pu nous occuper.
- T2** Avec la reprise des services en juin, l'arriéré de patients en attente d'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) s'élevait à 2 485 personnes. Le nombre mensuel moyen d'aiguillages acceptés étant de 840, les journées d'intervention ont été prolongées de 7 h 30 à 22 h pour faire tout notre possible afin de donner rapidement accès aux installations et d'améliorer les temps d'attente. Le rendement de l'HCC est supérieur à celui de tous les partenaires régionaux, mais la réduction des temps d'attente demeure un défi, jumelé aux difficultés continues de recrutement. Étant donné que 96 postes sont actuellement vacants dans le domaine de l'IRM en Ontario, la concurrence est féroce.
- T3** À la mi-décembre, nous avons recruté un autre technologue à temps plein. Un poste à temps plein demeure vacant, ce qui a des répercussions négatives sur les temps d'attente. Cependant, une amélioration concernant le niveau P4 a été notée (études de routine). Le temps d'attente est passé de 9 mois à environ 5,5 mois et seulement 1 250 aiguillages sont en attente comparativement à 2 485 en juin.
- T4** La demande continue d'encore augmenter en relation directe avec les ressources en personnel. Le recrutement au T3 n'a pas été fructueux, deux postes à temps plein et un autre temporaire à temps plein étant ainsi laissés vacants (employé à l'extérieur du pays, puis en quarantaine obligatoire). Recrutement d'une personne nouvellement diplômée commençant au milieu du T1 (2021-2022) après certification des résultats et retour au travail d'un employé dès le début du T2 (2021-2022), par suite d'un congé autorisé : cela contribuera à rectifier les temps d'attente une fois que l'orientation et la réorientation seront terminées. La dotation complète suffira à obtenir les résultats voulus en matière de rendement.

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Ratio actuel

Orientation stratégique : Atteindre l'excellence opérationnelle grâce à l'innovation

Définition : Le ratio actuel est une mesure importante de la liquidité. Il reflète la mesure dans laquelle il est possible de respecter les obligations financières à court terme grâce aux actifs à court terme. Ratio actuel = actifs à court terme/passifs à court terme. Le rendement est indiqué de façon cumulative depuis le début de l'exercice.

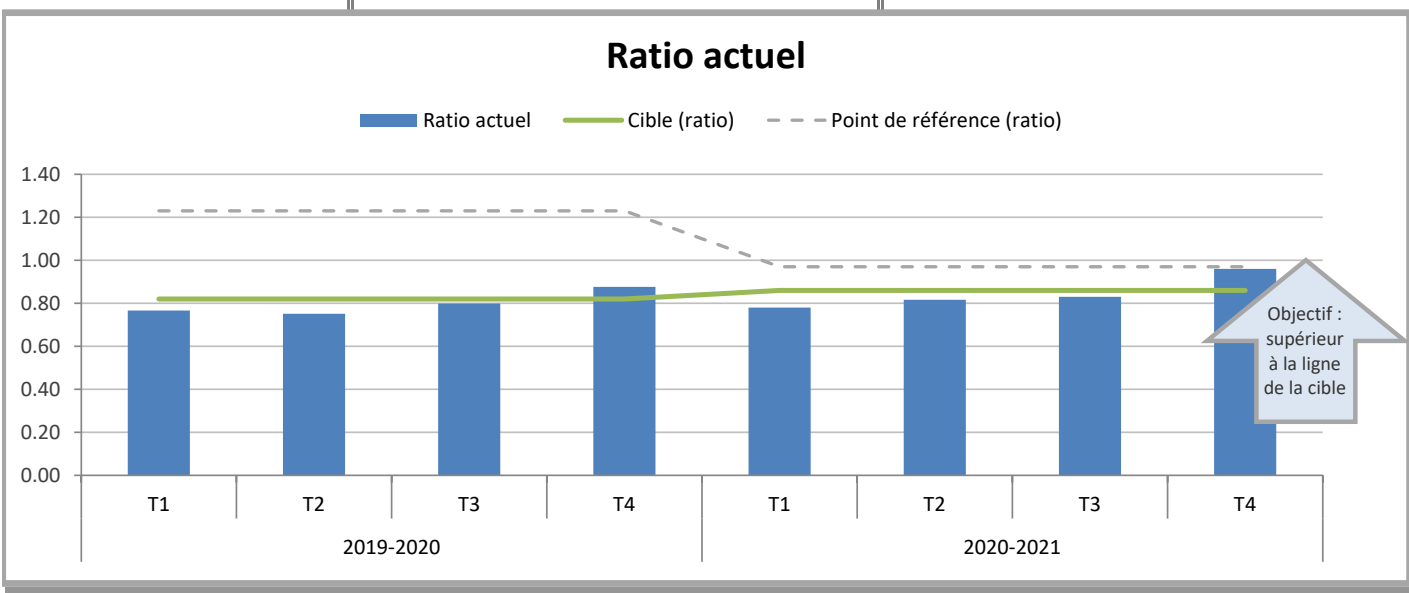
Importance : Indication de la santé financière globale de l'organisme.

Source des données : États financiers mensuels – bilan

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif au rendement fondé sur l'exercice financier précédent (cumulatif des T1 et T2) – rendement des hôpitaux du RLISS de Champlain

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|----------------------------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Ratio actuel | 0.77 | 0.75 | 0.80 | 0.88 | 0.78 | 0.82 | 0.83 | 0.96 |
| Point de référence (ratio) | 1.23 | 1.23 | 1.23 | 1.23 | 0.97 | 0.97 | 0.97 | 0.97 |
| Cible (ratio) | 0.82 | 0.82 | 0.82 | 0.82 | 0.86 | 0.86 | 0.86 | 0.86 |



Analyse du rendement :

- T1** Le ratio actuel est inférieur à la cible en raison de l'effet de la pandémie sur les revenus.
- T2** Le ratio actuel est inférieur à la cible en raison de l'effet de la pandémie sur les revenus.
- T3** Le ratio actuel est inférieur à la cible en raison de l'effet de la pandémie sur les revenus.
- T4** Le ratio actuel est supérieur à la cible en raison des revenus additionnels reçus pour couvrir la perte de revenus et le déficit du fonds de roulement.

Plans d'amélioration :

- T1** L'hôpital travaille activement avec la région afin de plaider auprès de la ministre l'importance de financer la perte de revenus en raison des restrictions associées à la pandémie.
- T2** L'hôpital continue de travailler avec la région afin d'atténuer l'effet de la perte de revenus en raison des restrictions associées à la pandémie.
- T3** L'hôpital continue de travailler avec la région afin d'atténuer l'effet de la perte de revenus en raison des restrictions associées à la pandémie.
- T4** Les démarches de l'hôpital visant à obtenir un soutien afin de couvrir la perte de revenus en raison des restrictions associées à la pandémie ont porté fruit.

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Taux de temps supplémentaire

Orientation stratégique : Atteindre l'excellence opérationnelle grâce à l'innovation

Définition : Heures supplémentaires/total d'heures rémunérées. L'indicateur comprend l'ensemble des services et des types de dotation (temps plein, temps partiel, etc.) selon les fonds de type. Le rendement est indiqué de façon cumulative depuis le début de l'exercice.

Importance : Afin de contrôler les coûts liés aux soins de santé, il est essentiel d'analyser et d'améliorer la dotation en personnel, soit la plus grande dépense organisationnelle, en améliorant l'utilisation des ressources humaines. Il est recommandé de tenir compte d'autres facteurs, y compris les taux de rotation du personnel, la productivité et l'efficacité ainsi que la compétence et la formation du personnel. On devrait analyser plus en détail l'emploi des heures supplémentaires selon l'échelon et la profession des employés afin de comparer l'utilisation des membres du personnel technique, non technique et administratif.

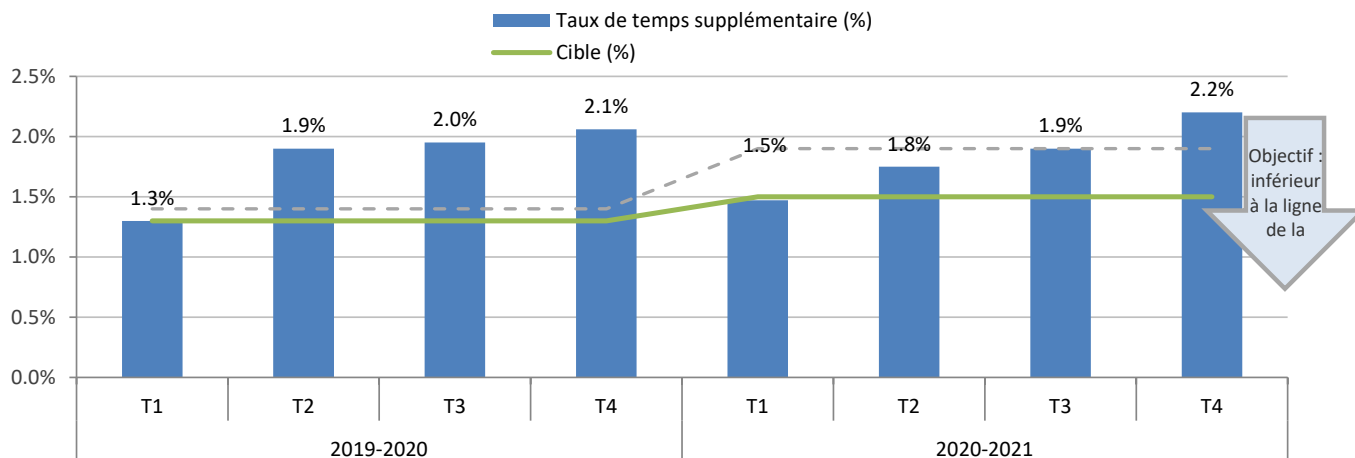
Source des données : Virtuo MIS – grand livre général

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif au rendement fondé sur l'exercice financier précédent (cumulatif des T1 et T2) – rendement des hôpitaux du RLISS de Champlain

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|----------------------------------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux de temps supplémentaire (%) | 1.3% | 1.9% | 2.0% | 2.1% | 1.5% | 1.8% | 1.9% | 2.2% |
| Point de référence (%) | 1.4% | 1.4% | 1.4% | 1.4% | 1.9% | 1.9% | 1.9% | 1.9% |
| Cible (%) | 1.3% | 1.3% | 1.3% | 1.3% | 1.5% | 1.5% | 1.5% | 1.5% |

Taux de temps supplémentaire



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte.
- T2** Cible non atteinte.
- T3** Cible non atteinte en raison des demandes associées à la pandémie.
- T4** Cible non atteinte en raison des demandes associées à la pandémie.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite des processus actuels pour garantir l'atteinte de la cible.
- T2** Poursuite du suivi et de l'étude d'autres compléments d'effectif.
- T3** Recrutement continu et examen des compléments d'effectif dans toute l'organisation pour mieux gérer les fluctuations quotidiennes.
- T4** Recrutement continu et examen des compléments d'effectif dans toute l'organisation pour mieux gérer la journée au cours du prochain exercice.

Gestionnaires responsables : chef des Services financiers/gestionnaire des Services financiers

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Marge totale

Orientation stratégique : Atteindre l'excellence opérationnelle grâce à l'innovation

Définition : Pourcentage selon lequel les revenus totaux sont supérieurs aux dépenses totales. Une valeur négative indique que les dépenses ont été supérieures aux revenus, tandis qu'une valeur positive indique que les revenus ont été supérieurs aux dépenses. Le rendement est indiqué de façon cumulative depuis le début de l'exercice.

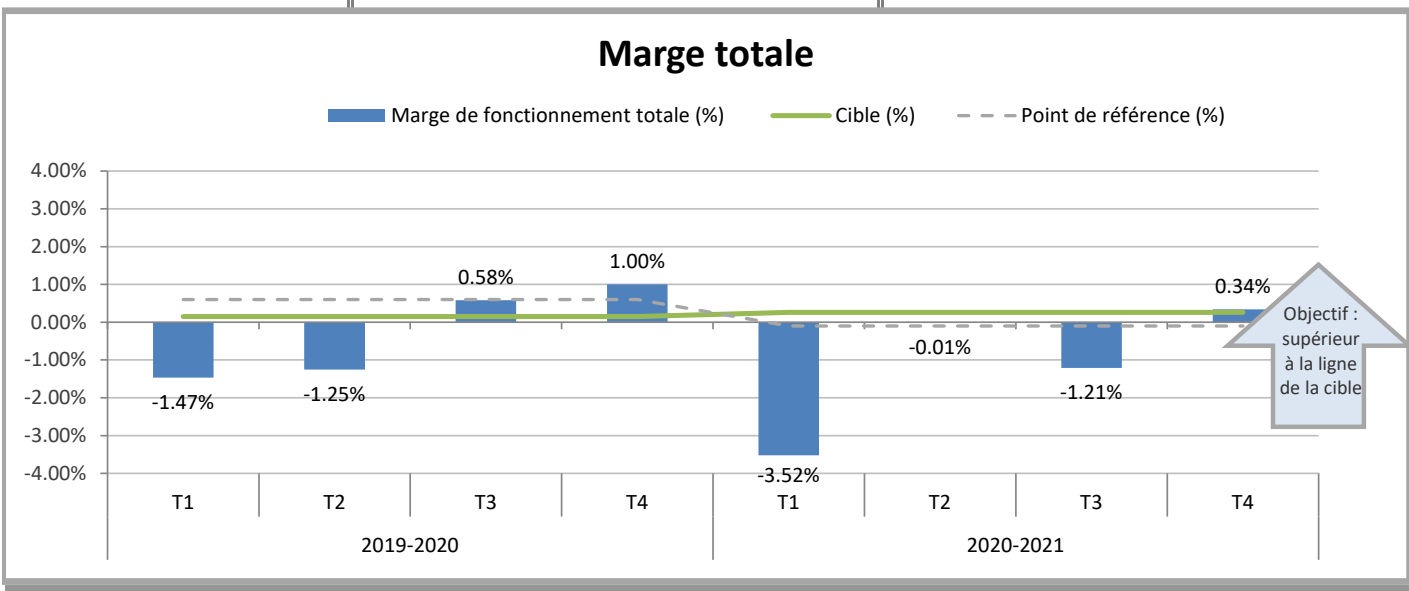
Importance : Indication d'une position opérationnelle équilibrée

Source des données : états financiers mensuels – état des résultats

Renseignements sur la cible : Cible fondée sur les obligations de l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif au rendement fondé sur l'exercice financier précédent (cumulatif des T1 et T2) – rendement des hôpitaux du RLISS de Champlain

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------------------|-----------|--------|-------|-------|-----------|--------|--------|--------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Marge de fonctionnement totale (%) | -1.47% | -1.25% | 0.58% | 1.00% | -3.52% | -0.01% | -1.21% | 0.34% |
| Point de référence (%) | 0.60% | 0.60% | 0.60% | 0.60% | -0.10% | -0.10% | -0.10% | -0.10% |
| Cible (%) | 0.15% | 0.15% | 0.15% | 0.15% | 0.26% | 0.26% | 0.26% | 0.26% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte en raison de la perte de revenus engendrée par les restrictions associées à la pandémie.
- T2** Cible non atteinte, mais amélioration en raison de la reprise de certaines interventions non urgentes et de l'appui du ministère afin de couvrir les dépenses supplémentaires associées à la pandémie.
- T3** Cible non atteinte puisque d'autres revenus ont été perdus en raison du faible volume d'activités par suite des restrictions associées à la pandémie.
- T4** Cible atteinte grâce à l'obtention de financement pour compenser les revenus perdus.

Plans d'amélioration :

- T1** L'hôpital travaille activement avec la région afin de plaider auprès de la ministre l'importance de financer la perte de revenus en raison des restrictions associées à la pandémie.
- T2** L'hôpital continue de travailler avec la région afin d'atténuer l'effet de la perte de revenus au premier trimestre de l'année en raison des restrictions associées à la pandémie.
- T3** L'hôpital continue de travailler avec la région afin d'atténuer l'effet de la perte de revenus au premier trimestre de l'année en raison des restrictions associées à la pandémie. De plus, la région plaide aussi pour l'abandon du processus de rapprochement du financement axé sur le volume en 2020-2021.
- T4** Aucune autre action n'est requise pour le moment.

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Absentéisme

Orientation stratégique : Notre force réside dans notre équipe

Définition : Nombre moyen de journées de maladie payées annuellement par employé à temps plein. Calcul : Nombre total d'heures de maladie payées du personnel à temps plein/dénombrement des effectifs totaux à temps plein/jours durant la période * 365/7,5 heures. Le rendement est indiqué de façon cumulative depuis le début de l'exercice.

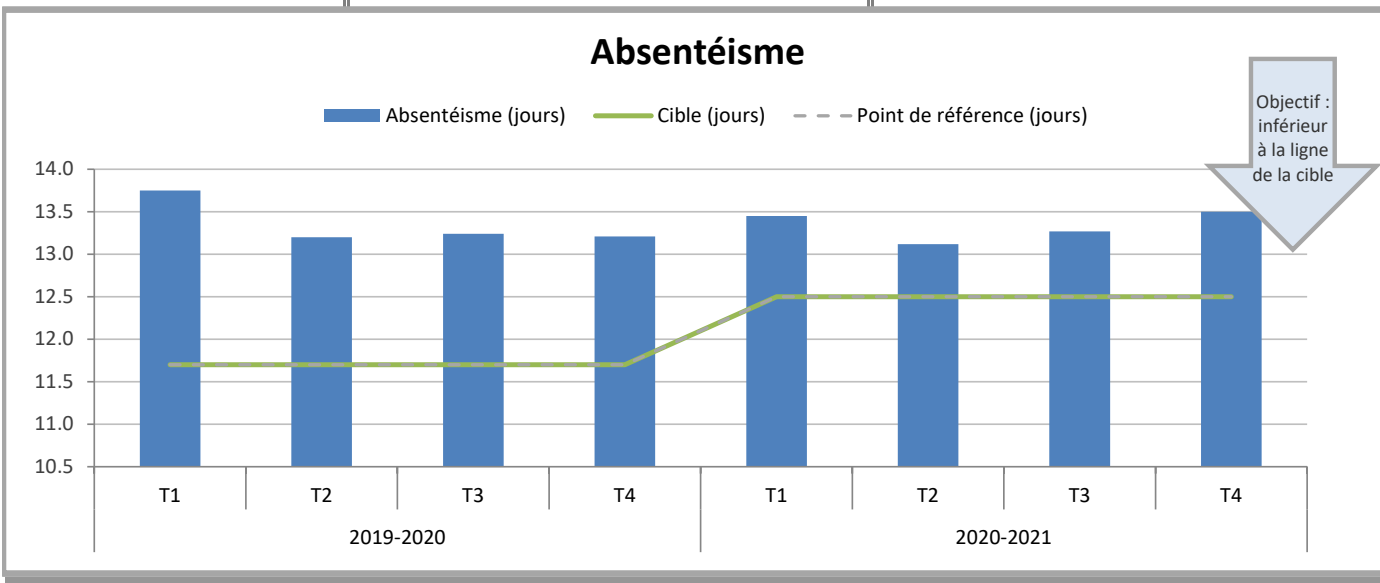
Importance : L'absentéisme est une préoccupation majeure dans le secteur de la santé. Les travailleurs de la santé s'absentent du travail en raison de maladies ou d'invalidité davantage que tout autre type de travailleur au Canada.

Source des données : Virtuo MIS – grand livre général

Renseignements sur la cible : Cible alignée sur l'exercice précédent de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA). Point de référence : rendement moyen et médian des hôpitaux ontariens

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur le rapport à ce sujet concernant les ressources humaines produit par l'OHA – rendement moyen et médian des hôpitaux ontariens (2019)

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|----------------------------|-----------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Absentéisme (jours) | 13.8 | 13.2 | 13.2 | 13.2 | 13.5 | 13.1 | 13.3 | 13.5 |
| Point de référence (jours) | 11.7 | 11.7 | 11.7 | 11.7 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 |
| Cible (jours) | 11.7 | 11.7 | 11.7 | 11.7 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 |



Analyse du rendement :

- T1** Absentéisme supérieur à la cible.
- T2** Absentéisme supérieur à la cible.
- T3** Absentéisme supérieur à la cible.
- T4** Absentéisme supérieur à la cible.

Plans d'amélioration :

- T1** Très bon travail au T1 relativement au volume élevé de congés de maladie et de mesures d'adaptation en raison de la pandémie. Poursuite des stratégies d'amélioration ciblées.
- T2** La diminution d'un trimestre à l'autre durant la pandémie est un bon résultat, malgré les congés de maladie et les mesures d'adaptation en raison de la pandémie. Poursuite des stratégies actuelles.
- T3** Poursuite des stratégies actuelles, veiller à ce que le personnel porte l'équipement de protection individuelle (ÉPI) adéquat et suive toutes les pratiques de contrôle des infections afin de réduire le plus possible le nombre de congés de maladie associés à la pandémie.
- T4** Poursuivre les stratégies actuelles.

Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Sensibilisation à la culture autochtone

Orientation stratégique : Notre force réside dans notre équipe

Définition : Pourcentage de gens (y compris le personnel, les étudiants, les médecins et les bénévoles) qui ont participé à la formation sur les Autochtones, par rapport au nombre total de personnes. Dénominateur établi à 1 000 personnes. Le rendement est cumulatif depuis le début de l'exercice.

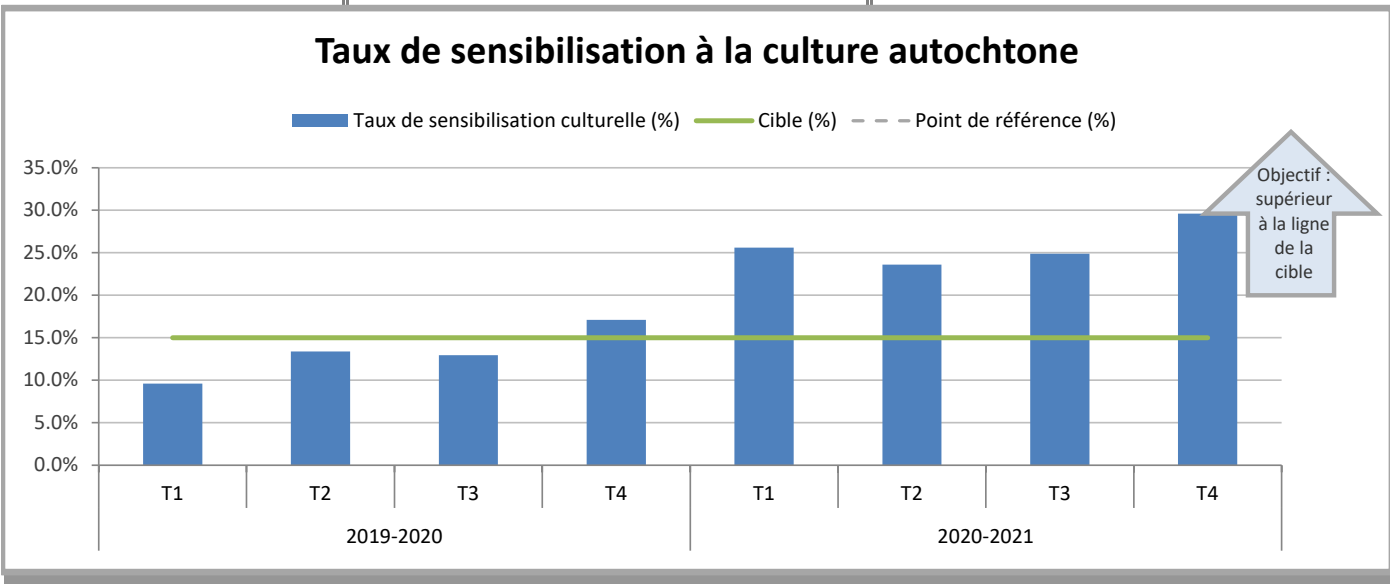
Importance : Le Plan stratégique 2016-2021 de l'HCC indique que l'établissement travaillera en partenariat avec les experts et ses pairs pour favoriser un climat de compétence culturelle. Nous augmenterons l'accès à la formation, l'accent étant mis sur le personnel de première ligne. Nous concevrons 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. Le Forum du cercle de santé autochtone du RLISS de Champlain collabore étroitement avec le RLISS à l'amélioration des résultats en matière de santé des Autochtones de toute la région. Le travail de ce cercle guide le RLISS par rapport aux questions de santé autochtones et aux besoins, tout en contribuant à la planification et à la mise sur pied des programmes. Des rencontres régulières au programme des activités du cercle sont axées sur la planification et la mobilisation ainsi que sur la participation à la formation et aux autres activités.

Source des données : Suivi interne. Indication cumulative depuis le début de l'exercice.

Renseignements sur la cible : Cible établie à 15,0 %, conformément aux obligations de l'ERS-H

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Taux de sensibilisation culturelle (%) | 9.6% | 13.4% | 12.9% | 17.1% | 25.6% | 23.6% | 24.9% | 29.6% |
| Point de référence (%) | | | | | | | | |
| Cible (%) | 15.0% | 15.0% | 15.0% | 15.0% | 15.0% | 15.0% | 15.0% | 15.0% |



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte et grande amélioration par rapport à l'exercice 2019-2020.
- T2** Cible atteinte.
- T3** Cible atteinte.
- T4** Cible atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite de la formation initiale et reconnaissance des occasions additionnelles de formation ou d'apprentissage approfondis.
- T2** Poursuite de la stratégie actuelle.
- T3** Poursuite de la stratégie actuelle.
- T4** Poursuite de la stratégie actuelle.

**Fiche de rendement général
Exercice 2020-2021**

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Prévention de la violence au travail – incidents signalés

Orientation stratégique : Notre force réside dans notre équipe

Définition : Il s'agit d'un indicateur obligatoire du PAQ. Nombre d'incidents de violence au travail signalés 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. Une sensibilisation a été faite durant l'exercice 2018-2019, l'objectif pour 2019-2020 étant de réduire le nombre d'incidents.

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 sérieux. 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 des données : RL Solution – Système de gestion des incidents

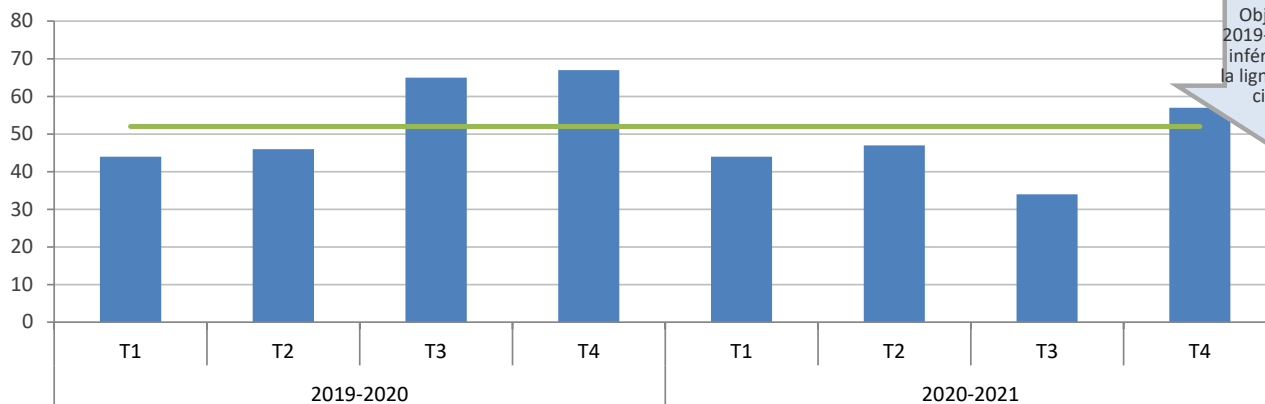
Renseignements sur la cible : Cible établie, à l'interne, à 52 par trimestre (total de 210 annuellement), conformément à l'indicateur du PAQ

Renseignements sur le point de référence : n.d.

| | 2019-2020 | | | | 2020-2021 | | | |
|------------------------|-----------|----|----|----|-----------|----|----|----|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Incidents signalés (#) | 44 | 46 | 65 | 67 | 44 | 47 | 34 | 57 |
| Point de référence (#) | | | | | | | | |
| Cible (#) | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |

Incidents de violence au travail signalés

■ Incidents signalés (#) — Cible (#) - - - Point de référence (#)



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte.
- T2** Cible atteinte.
- T3** Cible atteinte. Il n'est pas clair en ce moment si la tendance à la baisse est en raison du manque de signalement des incidents.
- T4** Cible non atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite de l'encouragement du signalement des incidents par le personnel et des stratégies d'amélioration par l'entremise du Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail.
- T2** Poursuite de la stratégie actuelle.
- T3** Poursuite de la stratégie actuelle. Insistance sur l'importance du signalement des incidents.
- T4** Poursuite de la stratégie actuelle.

Gestionnaires responsables : chef de la protection de la vie privée et des ressources humaines/gestionnaire des Ressources humaines



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

INTEGRITÉ • COMPASSION • RESPONSABILITÉ • RESPECT • MOBILISATION

[Return to Dashboard](#)