



FICHE DE RENDEMENT 2020-2021 DU PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (PAQ)

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
Sondage sur l'expérience des patients – Renseignements	PAQ	R	Y	Y	Y
Visites répétées au Service d'urgence pour un problème de santé mentale	PAQ	R	G	G	G

Résultats :

Paramètre inférieur à la cible

Paramètre dans les 10 % de la cible

Paramètre égal ou supérieur à la cible

Données non disponibles

R
Y
G
N/A

TRAVAILLER EN PARTENARIAT POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RÉSULTATS DE QUALITÉ

Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Sommaire de congé transmis aux soins primaires dans les 48 heures	PAQ	G	Y	G	Y
Visites au Service d'urgence – temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (TALH)	PAQ/CPE	G	Y	R	R
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

Explications des références :

Agrément – Agrément Canada

CPE – Cible (annuelle) du plan d'exploitation

PAQ – Plan d'amélioration de la qualité

ATTEINDRE L'EXCELLENCE OPÉRATIONNELLE GRÂCE À L'INNOVATION

Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
------------	-----------	----	----	----	----

NOTRE FORCE RÉSIDE DANS NOTRE ÉQUIPE

Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Prévention de la violence au travail - incidents	PAQ	G	G	G	Y

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)

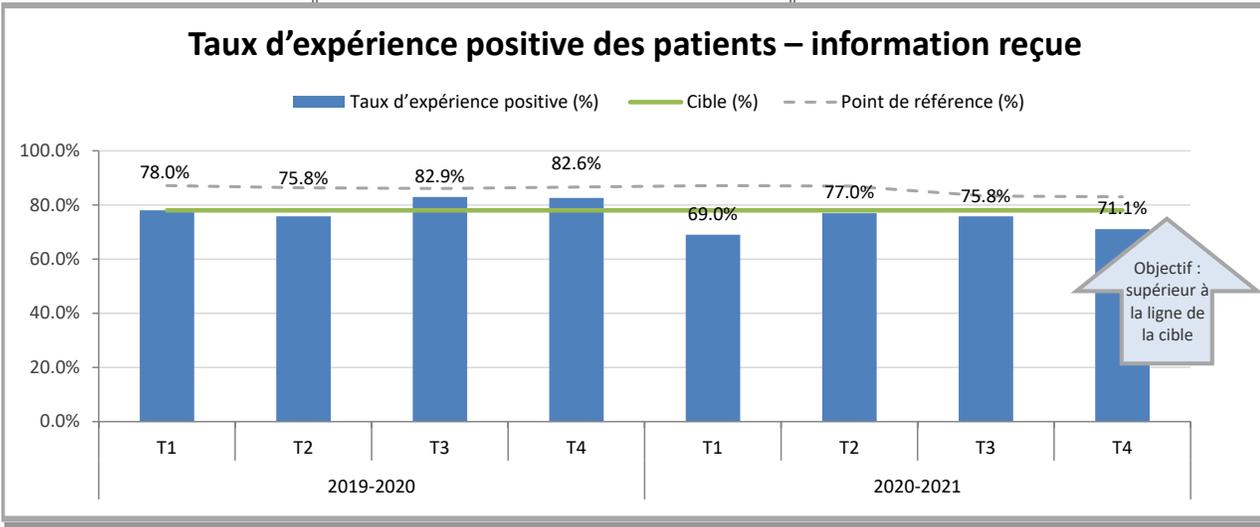
Importance : Tiré de QSSO – « La satisfaction des patients est un important paramètre de mesure de l'expérience des Ontariennes et Ontariens à l'égard du système de soins de santé. Trop souvent, les besoins des établissements et des fournisseurs de soins de santé en Ontario obtiennent la priorité. Un 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 M^{me} 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 : 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.

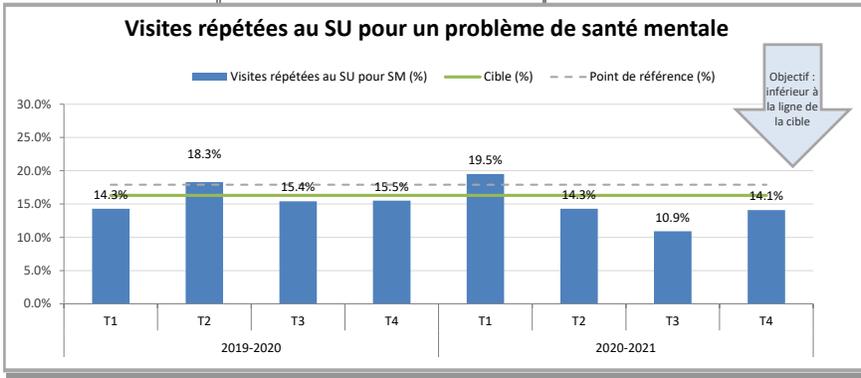
Importance : Les visites répétées au SU des personnes ayant des problèmes de santé mentale contribuent au volume de visites à l'urgence et aux temps d'attente. Elles révèlent généralement un congé prématuré ou un manque de coordination avec les soins après la mise en congé. Étant donné la nature chronique 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'élevait 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.

[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.

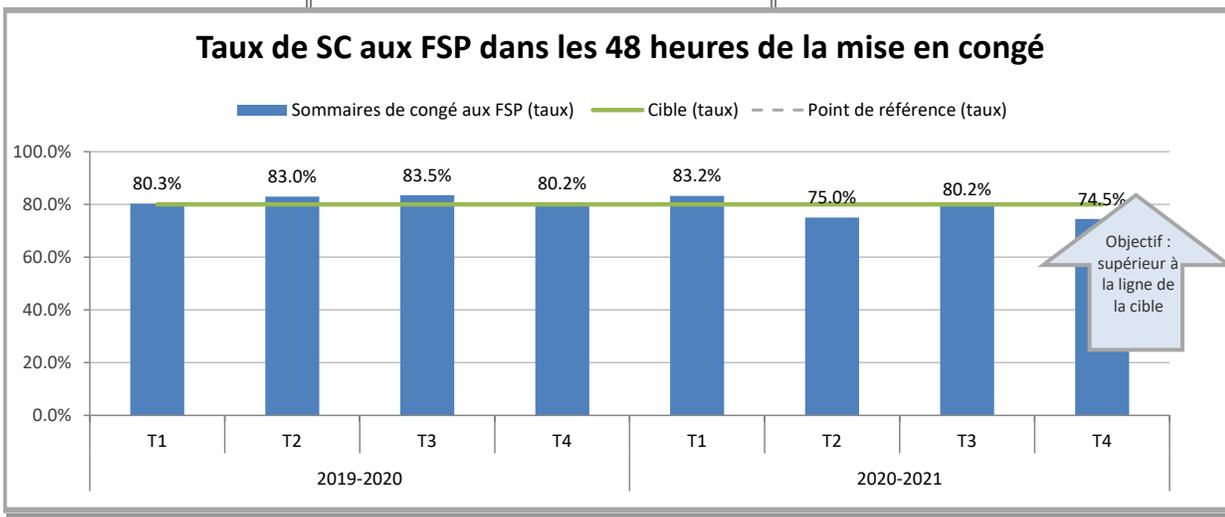
Importance : « Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs 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%	75.0%	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.

Gestionnaires responsables : chef de l'information et des opérations/gestionnaire, acheminement des patients

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.

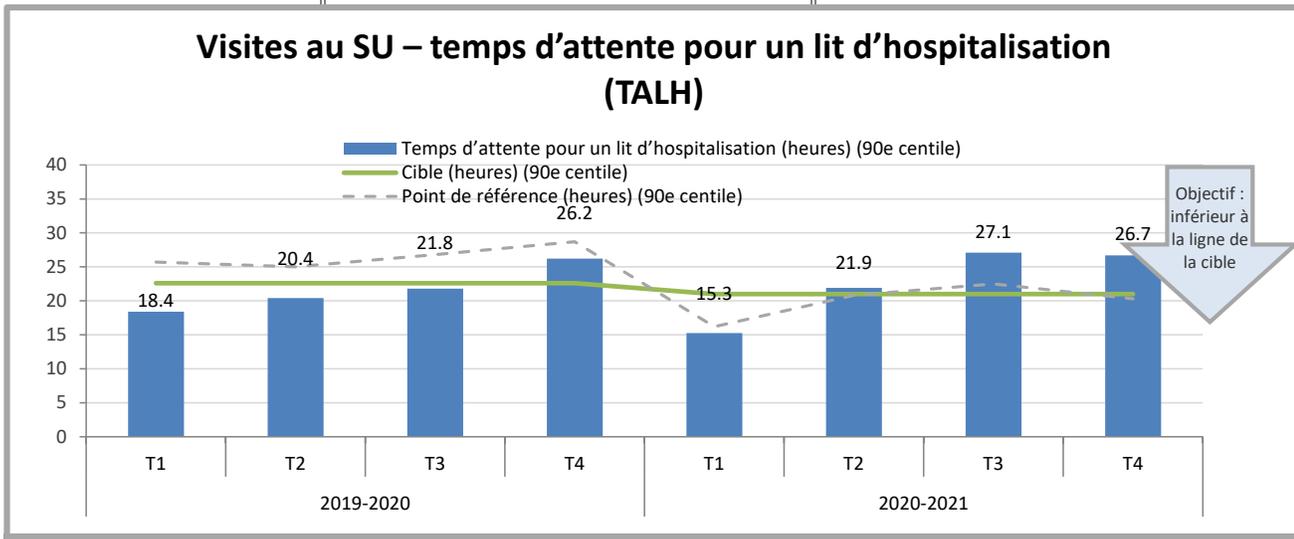
Source des données : Anzer – SNISA (Système national d'information sur les soins ambulatoires)

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 : $22,2 * (1-5 \%) = 21$

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif à la performance fondé sur les résultats du rapport de l'exercice du groupe d'hôpitaux communautaires de grande capacité (accès aux soins au SU) au T1; à partir du T2-2021, point de référence relatif à la performance fondé sur les résultats du rapport de l'exercice du groupe d'hôpitaux communautaires de capacité moyenne (accès aux soins au SU) puisque le nombre de visites au SU a diminué à un peu moins de 50 000 durant l'exercice 2019-2020. 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	16.2	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 efficiente 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.

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 suction, d'administration d'oxygène, etc.

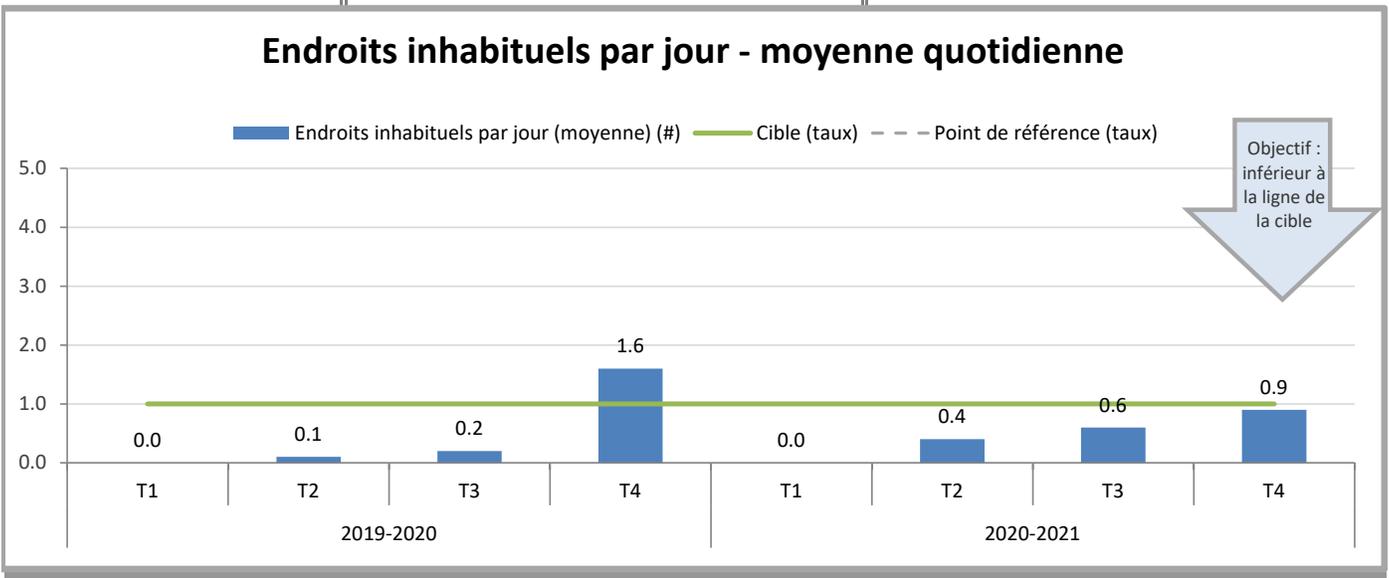
Importance : Cet indicateur donne des renseignements contextuels sur le nombre moyen de patients hospitalisés recevant des soins à des endroits inhabituels ou sur des civières à l'urgence au cours du T3 de l'exercice 2018-2019. Il peut refléter les pics saisonniers d'hospitalisation et donne un aperçu 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



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.

Gestionnaires responsables : chef de l'information et des opérations/gestionnaire, acheminement des patients et gestion des lits

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).

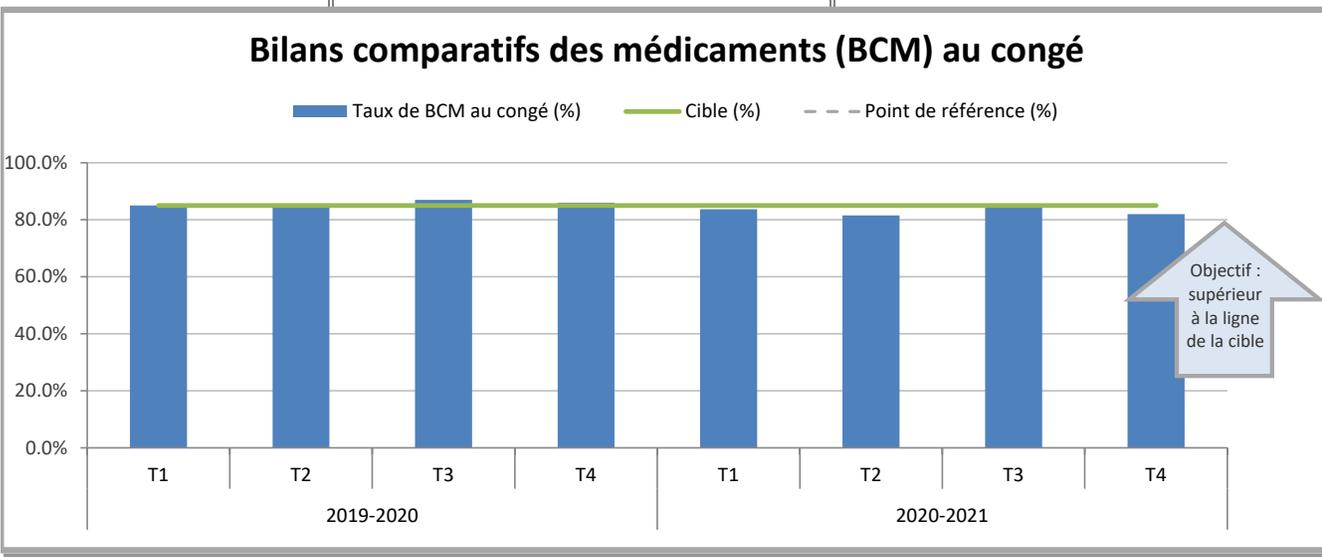
Importance : Le BCM est un processus formel au cours duquel les professionnels de la santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et les autres prestataires de soins de santé dans le but de s'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments sont systématiquement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

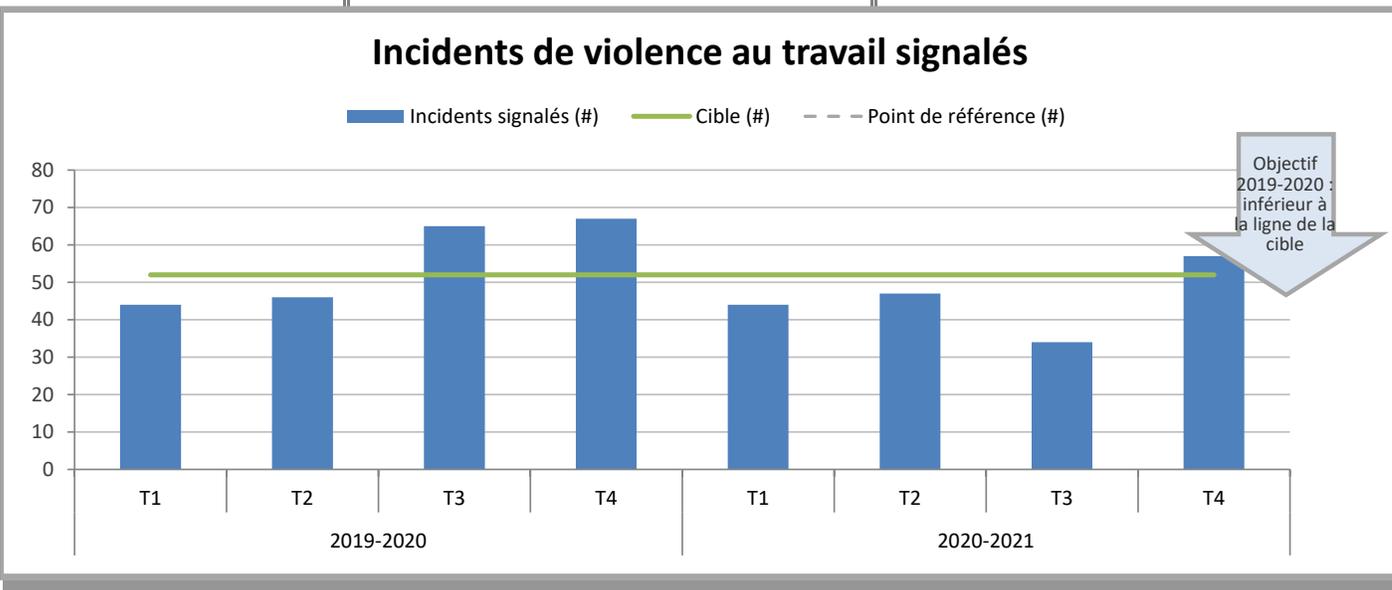
Importance : Selon la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, la violence au travail est l'emploi par une personne contre un travailleur, dans un lieu de travail, d'une force physique qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice corporel. Il s'agit d'un risque professionnel de plus en plus 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



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

INTÉGRITÉ • COMPASSION • RESPONSABILITÉ • RESPECT • MOBILISATION

[Return to Dashboard](#)