



PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2015-2016

Vision : Un chef de file reconnu dans les comtés de l'Est pour la prestation de services de santé de qualité exceptionnelle.

Mission : En collaboration avec nos partenaires, nous fournissons, facilitons et rendons possible des services de santé et une formation de grande qualité, pour les communautés que nous desservons. Ce faisant, nous nous engageons à fournir des services dans les deux langues officielles ainsi qu'à bien gérer et utiliser nos ressources.

Valeurs : *ICARE - Intégrité - Compassion - Responsabilité - Respect - Mobilisation*

Instructions : On peut obtenir des renseignements complémentaires en cliquant sur l'indicateur.

INTÉGRATION DU SYSTÈME DE SANTÉ					
Indicateur	Références	T1	T2	T3	T4
ANS – Pourcentage de jours ANS	ERS-H/PAQ	Y	G	R	
Taux de réadmission – groupe de maladies analogues (GMA) donnés	ERS-H/PAQ	G	G	G	

EXCELLENCE SUR LE PLAN DE LA QUALITÉ, DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DE LA PRESTATION DE SERVICES					
Indicateur	Références	T1	T2	T3	T4
Visites à l'Urgence – Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation	ERS-H/PAQ/SEA	G	G	G	
PFQ – Patients sortants ayant subi un AVC qui prennent des antithrombotiques	PAQ	G	G	G	
PFQ – Fracture de la hanche : opération dans les 48 heures	PAQ	R	R	G	
POR – Bilan comparatif des médicaments (BCM) aux points de transition des soins	Agrément/PAQ	N/D	N/D	N/D	

RENDEMENT OPÉRATIONNEL ET FINANCIER REMARQUABLE					
Indicateur	Références	T1	T2	T3	T4

PERFECTIONNEMENT DU PERSONNEL / MILIEU DE TRAVAIL DE CHOIX					
Indicateur	Références	T1	T2	T3	T4
Prévention de la violence au travail – Incidents	PAQ	N/D	N/D	N/D	
Prévention de la violence au travail – Incidents évités de justesse	PAQ	N/D	N/D	N/D	

Résultats :

Mesure inférieure à l'objectif
Mesure dans les 10 % de l'objectif
Paramètre égal ou supérieur à l'objectif
Données non disponibles

R
Y
G
N/D

Explications des références :

Agrément – Agrément Canada
Conseil – Directive du Conseil
ERS-H – Entente de responsabilisation en matière de services hospita
MSSLD – Publication de rapports exigée; directive du ministère
ERS-M – Entente de responsabilisation en matière de services multise
OPE – Objectif (annuel) du plan d'exploitation
PAQ – Plan d'amélioration de la qualité
SEA – Stratégie en action

Définition : Le pourcentage de journées d'hospitalisation pour lesquelles un médecin (ou une autre personne désignée) a indiqué qu'un patient occupant un lit de soins actifs a terminé cette phase de son traitement. Le calcul se fonde sur le nombre total de jours d'hospitalisation désignés comme ANS pour les patients dans un lit de soins actifs qui obtiennent leur congé durant une période donnée, divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation en soins actifs durant une période donnée X 100.

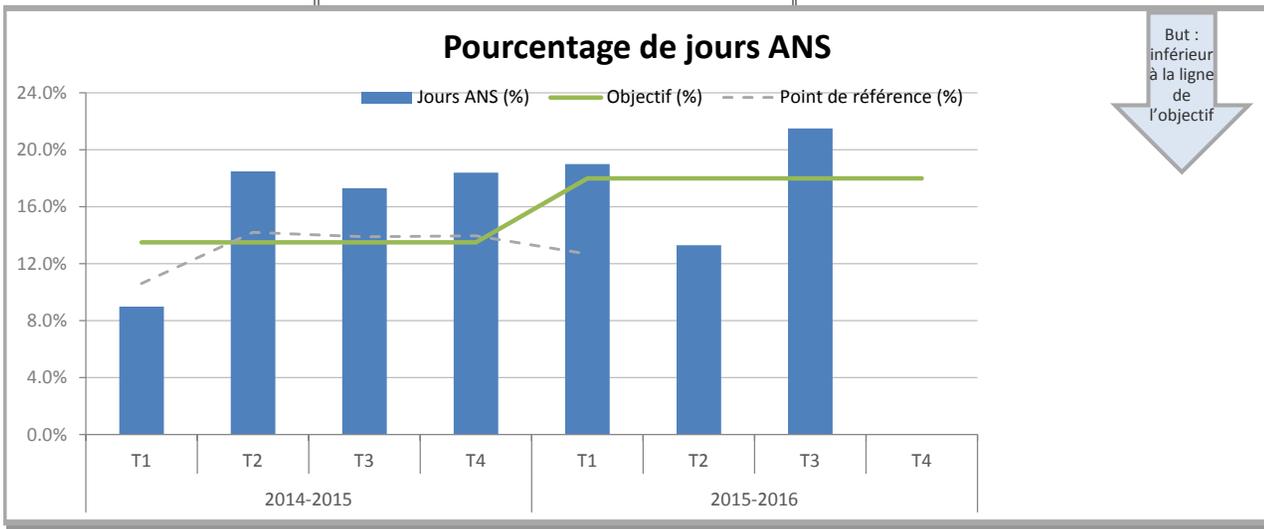
Importance : L'Hôpital communautaire de Cornwall continuera de cerner et de mettre en oeuvre des stratégies additionnelles, en collaboration avec les fournisseurs de soins de santé de Champlain, afin de réduire le nombre de jours ANS.

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

Renseignements sur les objectifs : Taux cible établi conformément aux caractéristiques de l'ERS-H.

Renseignements sur les points de référence : Selon le rendement moyen trimestriel du RLISS de Champlain, obtenu de la Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD. Rapport : plans d'amélioration de la qualité.

	2014-2015				2015-2016			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Jours ANS (%)	9.0%	18.5%	17.3%	18.4%	19.0%	13.3%	21.5%	
Point de référence (%)	10.6%	14.2%	13.9%	14.0%	12.7%	N/A	N/A	
Objectif (%)	13.5%	13.5%	13.5%	13.5%	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%



Analyse du rendement :

- T1** Au T1, on constate une importante augmentation par rapport à la même période l'an dernier concernant le pourcentage de jours ANS. L'HCC fait toujours face à une insuffisance d'options viables et/ou abordables concernant les congés pour certains patients, surtout ceux ayant moins de 65 ans. L'importante augmentation de cet indicateur est aussi directement attribuable à l'augmentation importante du nombre de patients nécessitant un ANS aux soins de long séjour ainsi que de jours-patient au cours du T1.
- T2** Objectifs et attentes surpassés.
- T3** Le pourcentage de jours ANS au T3 dépasse largement l'objectif de 21,5 %. Il s'agit du trimestre où ce pourcentage est le plus élevé au cours des deux derniers exercices. Cela a un effet majeur sur l'acheminement des patients et l'accès aux services de soins actifs puisque des lits sont alors occupés par des patients n'ayant plus besoin de soins actifs en milieu hospitalier.
- T4**

Plans d'amélioration :

- T1** L'HCC continue de collaborer avec les dirigeants du RLISS de Champlain, du CASC, du Centre de soins prolongés St-Joseph et de la Croix-Rouge canadienne afin d'élaborer des solutions uniques à l'appui de l'acheminement de patients nécessitant un ANS vers le milieu communautaire et d'accroître l'accès aux soins actifs.
- T2** Poursuite de la stratégie ci-dessus. La mise en congé des patients avant qu'ils nécessitent un ANS demeure une priorité pour les équipes de l'HCC et du CASC.
- T3** Parallèlement aux initiatives ci-dessus, l'HCC continue de collaborer avec les médecins, le personnel, les patients et les familles afin de favoriser une planification rapide des congés, de cerner les obstacles à la mise en congé et de mettre un plan en œuvre pour appuyer le retour en milieu communautaire avant que les patients aient besoin d'un ANS.
- T4**

Indicateur : taux de réadmission concernant les groupes de maladies analogues (GMA) donnés

Orientation stratégique : intégration du système de santé

Définition : Cet indicateur mesure le pourcentage de patients admis dans un hôpital de soins actifs et faisant partie des GMA donnés (AVC, MPOC, pneumonie, insuffisance cardiaque congestive, diabète, maladie cardiaque analogue et maladie gastro-intestinale analogue) qui ont reçu leur congé, puis qui ont été réadmis pour des soins non facultatifs dans les 30 jours suivant le congé pour leur admission de référence. L'indicateur initial du Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens, comme on l'indique dans l'ERS-H, fait état de ce taux de réadmission dans les 30 jours. Afin d'appuyer la publication rapide et facile des données, nous ferons rapport à l'interne dans les 28 jours sur les réadmissions.

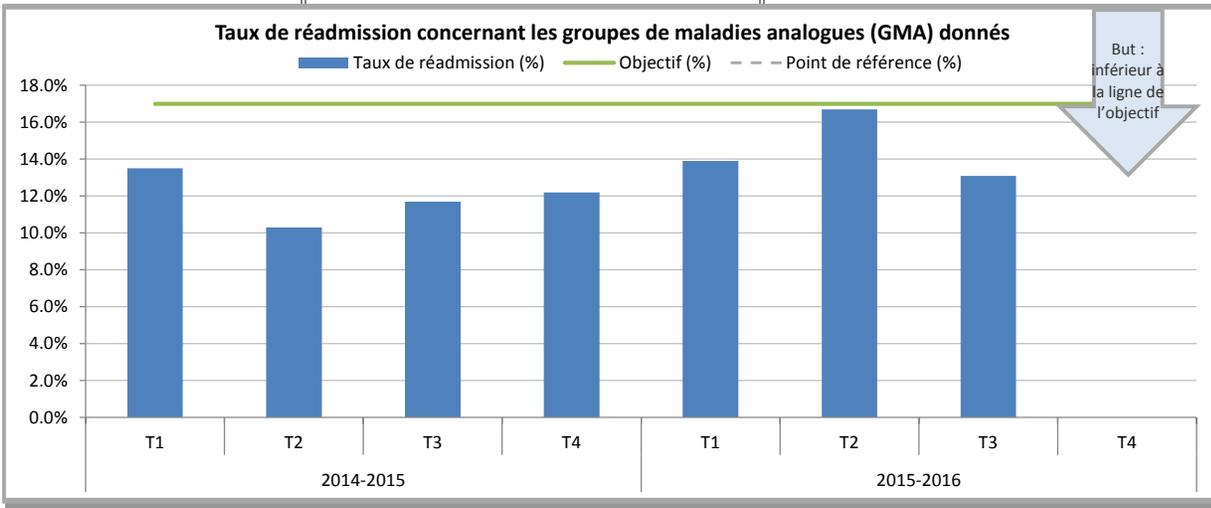
Importance : Depuis le début des années 1970, les chercheurs sur les services de santé, les responsables des politiques et les décideurs se sont penchés sur les réadmissions non planifiées. On s'est attardé de plus en plus à la question en raison du fardeau ainsi imposé aux patients et aux membres des familles ainsi qu'en raison de son effet sur la qualité des services de soins de santé et sur le système de soins de santé en général. Bien des études ont déterminé que les réadmissions non planifiées sont fréquentes, coûteuses et possiblement évitables (Institut canadien d'information sur la santé, Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues, Ottawa, Ontario, ICIS, 2012). Limiter la portée des réadmissions en mettant l'accent sur des GMA donnés permettra à l'établissement de cerner plus facilement les domaines connaissant des difficultés par rapport aux réadmissions et donc de cibler nos efforts.

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

Renseignements sur les objectifs : taux cible établi conformément aux caractéristiques de l'ERS-H.

Renseignements sur les points de référence :

	2014-2015				2015-2016			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de réadmission (%)	13.5%	10.3%	11.7%	12.2%	13.9%	16.7%	13.1%	
Point de référence (%)								
Objectif (%)	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%



Analyse du rendement :

- Bien que le rendement continue d'atteindre l'objectif, l'augmentation du taux a constitué une tendance au cours des quatre derniers trimestres. Le
- T1** Le taux du trimestre actuel a dépassé celui du premier trimestre du dernier exercice. Nous espérons qu'il baissera au deuxième trimestre, comme l'an dernier.
 - T2** L'objectif est atteint et la tendance se maintient à la hausse. Pas de baisse au deuxième trimestre de cette année comme ce fut le cas lors du dernier exercice.
 - T3** L'objectif est atteint et diminution importante par rapport au deuxième trimestre.
 - T4**

Plans d'amélioration :

- T1** Aucun plan d'amélioration nécessaire pour le moment.
- T2** Bien que l'objectif soit toujours respecté, la tendance à la hausse indique que nous devons continuer à mettre l'accent sur les stratégies de prévention, notamment les maillons santé, la planification des congés, l'information des patients, la planification de suivi, les dossiers médicaux électroniques (FHIT) ainsi que l'amélioration des communications concernant les plans de soins avec la personne la plus responsable précédente lorsqu'un patient ayant récemment obtenu son congé est de retour à l'urgence.
- T3** Toutes les questions cernées (« taux de réadmission des patients hospitalisés ») s'appliquent également ici. On met l'accent sur la prévention des événements indésirables en milieu hospitalier, les transitions plus efficaces en matière de soins ainsi que sur la gestion et la prévention mieux ciblées des maladies chroniques concernant ces GMA.
- T4**

Indicateur : visites à l'Urgence – délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation (DOLH)

Orientation stratégique : l'excellence sur le plan de la qualité, de la sécurité des patients et de la prestation de services

Définition : Indicateur du Programme de financement axé sur les résultats pour les patients hospitalisés, qui est fondé sur le 90^e centile de la durée de séjour à l'Urgence. Le temps est calculé à partir du délai jusqu'à la sortie de l'Urgence, uniquement dans le cas des patients hospitalisés.

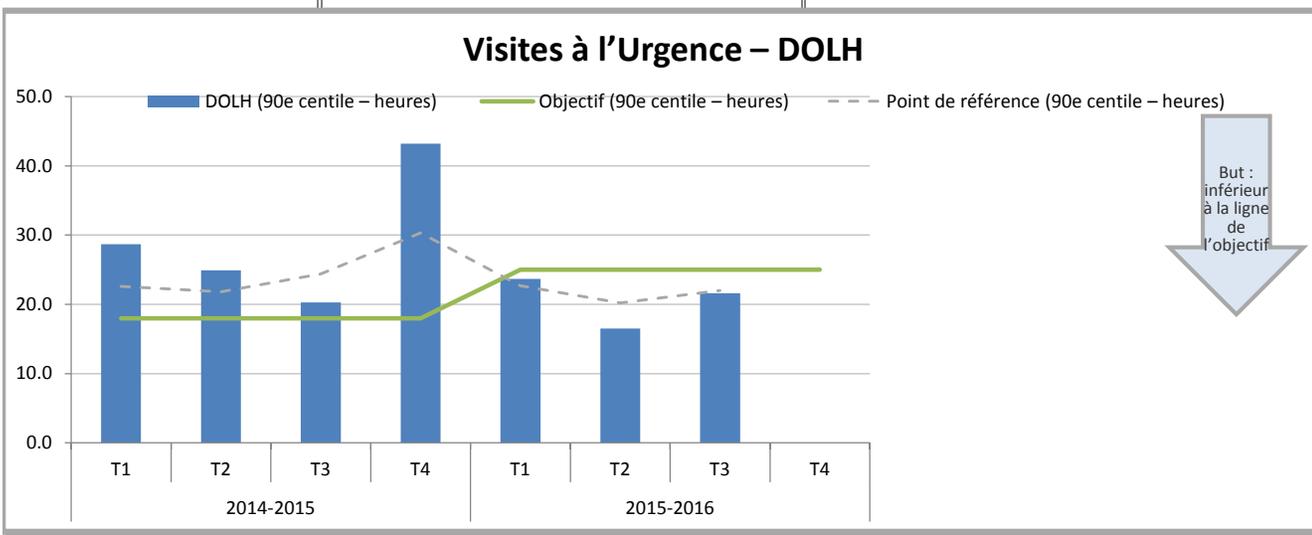
Importance : action rapide à partir de l'Urgence après qu'une décision visant à admettre un patient est essentielle à l'entrée dans tout le système pour obtenir des soins d'urgence majeure. Cela représente la capacité du système à prendre en charge des admissions non prévues (Institute for Healthcare Improvement, 2011).

Source des données : rapport de l'exercice sur les salles d'urgence du Programme d'accès aux soins (Access to Care Emergency Room Fiscal Year Report) (IANSU)

Renseignements sur les objectifs : L'objectif est établi à l'interne, soit à 18, fondé sur les directives des stratégies en action. L'objectif du Programme de financement axé sur les résultats de l'Ontario et l'exigence de l'ERS-H est fixé à 25 heures.

Renseignements sur les points de référence : fondés sur le groupe « hôpital communautaire de grande capacité », Programme d'accès aux soins.

	2014-2015				2015-2016			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
DOLH (90 ^e centile – heures)	28.7	24.9	20.3	43.2	23.7	16.5	21.6	
Point de référence (90 ^e centile – heures)	22.6	21.8	24.4	30.3	22.7	20.2	22.0	
Objectif (90 ^e centile – heures)	18.0	18.0	18.0	18.0	25.0	25.0	25.0	25.0



Analyse du rendement :

- T1** Le DOLH surpasse l'objectif de 1,3 heure, soit une nette amélioration par rapport au T4 2014-2015 (diminution de 19,4 heures). Réduction de 5 heures comparativement au T1 2014-2015.
- T2** Une nette amélioration par rapport au T1. La diminution du taux d'occupation et la révision de la politique sur l'acheminement des patients ont contribué à l'amélioration du rendement.
- T3** Étant donné l'augmentation des taux d'occupation de l'hôpital, il est difficile d'améliorer le rendement.
- T4**

Plans d'amélioration :

- T1** Des initiatives continues sont en place, y compris des stratégies d'utilisation d'outils prévisionnels pour les mises en congé au moyen du modèle « Pull ». On fait le suivi de la prévisibilité des mises en congé et on communique ces renseignements au personnel durant les réunions flash habituelles. Les médecins sont mobilisés durant les réunions éclair qui ont lieu deux fois par semaine et les stratégies de participation ayant pour but de réduire le déclin fonctionnel demeurent des priorités afin d'appuyer l'acheminement des patients et d'améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation.
- T2** Suivi de près de l'accès aux lits d'hospitalisation, poursuite des stratégies actuelles.
- T3** Importance soutenue à titre de stratégie en action.
- T4**

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : PFQ – Patients sortants ayant subi un AVC qui prennent des antithrombotiques

Orientation stratégique : l'excellence sur le plan de la qualité, de la sécurité des patients et de la prestation de services

Définition : Le pourcentage de patients sortants des soins actifs ayant subi un AVC (PFQ) (accident ischémique cérébral, AIT) à qui l'on a prescrit un traitement antithrombotique lors de leur mise en congé.

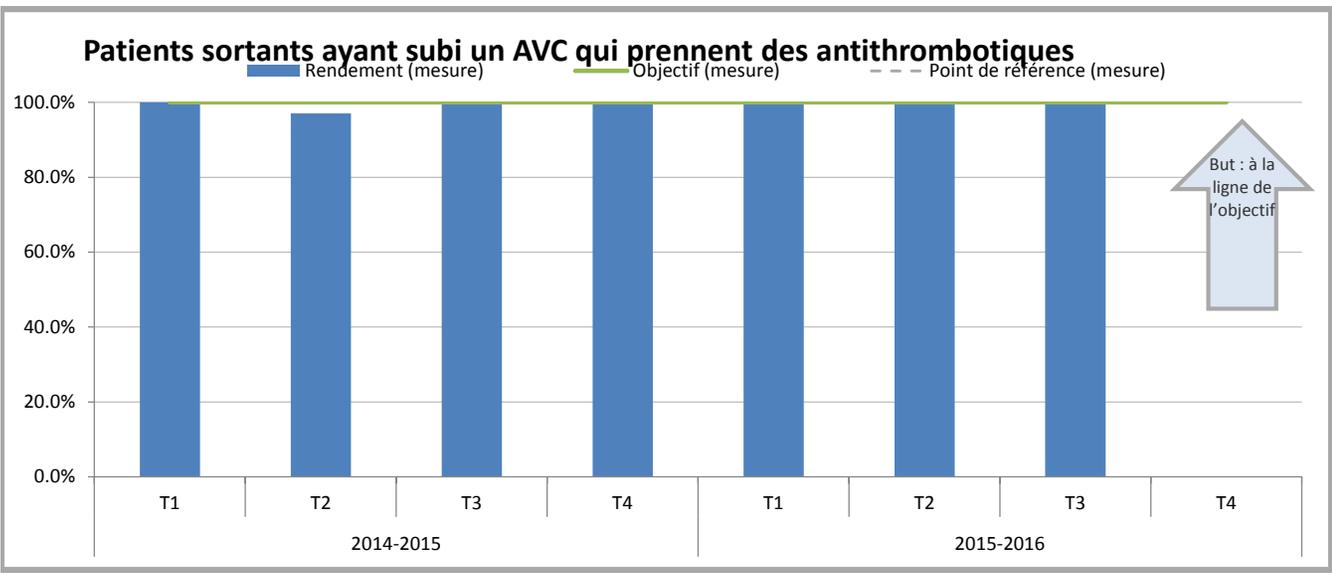
Importance : Il s'agit d'un indicateur de stratégies de prévention appropriées visant à atténuer le risque de subir un autre événement vasculaire, voire de mourir. Tous les patients appropriés ayant subi un AVC ou un AIT devraient prendre des antithrombotiques à leur sortie de l'hôpital (MSSLD - Quality-Based Procedures Clinical Handbook for Stroke, p. 53).

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

Renseignements sur les objectifs : Objectif établi en se fondant sur les PFQ et les meilleurs résultats théoriques

Renseignements sur les points de référence :

	2014-2015				2015-2016			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Rendement (mesure)	100.0%	97.1%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
Point de référence (mesure)								
Objectif (mesure)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%



Analyse du rendement :

- T1** Objectif atteint. Rendement rajusté depuis l'examen des dossiers. Il y avait un cas ayant contribué à la réduction du taux au T2 l'an dernier. Ce cas a fait l'objet d'un examen.
- T2** Le rendement continue d'atteindre l'objectif.
- T3** Le rendement continue d'atteindre l'objectif.
- T4**

Plans d'amélioration :

- T1** Cette mesure a généralement été atteinte dans le passé, ce qui indique qu'il pourrait y avoir un problème de codage dans le cas des patients ayant subi un AVC. Une vérification des dossiers de 10 patients ayant subi un AVC à qui l'on n'a pas prescrit de traitement antithrombotique lors de la mise en congé sera effectuée en septembre afin de déterminer si tel est le cas.
- T2** Aucun plan nécessaire.
- T3** Aucun plan nécessaire.
- T4**

Indicateur : PFQ – fractures de la hanche : pourcentage de patients opérés dans les 48 heures

Orientation stratégique : l'excellence sur le plan de la qualité, de la sécurité des patients et de la prestation de services

Définition : Cet indicateur mesure le pourcentage (PFQ) des patients ayant subi une fracture de la hanche (18 ans et plus) qui ont été hospitalisés et opérés dans les 48 heures après leur arrivée (MSSLD – rapport de référence des indicateurs de PFQ, mai 2015).

Calcul : nombre de patients PFQ ayant subi une fracture de la hanche ayant été opérés dans les 48 heures, divisé par le total du nombre de patients PFQ étant opérés.

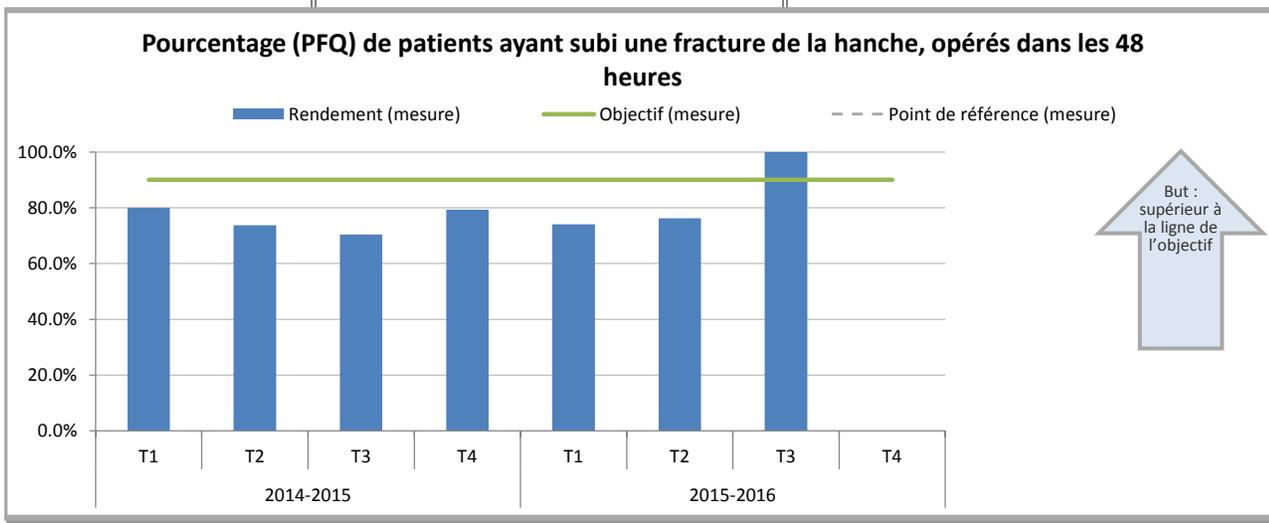
Importance : On devrait opérer le plus rapidement possible les gens qui ont subi une fracture de la hanche. Le comité d'experts cliniques sur les PFQ concernant les fractures de la hanche recommande que les patients soient opérés dans les 48 heures. Des études ont également démontré que des temps d'attente plus courts pour une telle intervention réduisent le risque de morbidité, le taux de mortalité et d'autres complications postopératoires (Bone and Joint Canada, 2011). (MSSLD – rapport de référence des indicateurs de PFQ, mai 2015).

Source des données : Base de données sur les congés des patients (BDPCP).

Renseignements sur les objectifs : D'un point de vue clinique, le comité d'experts cliniques a recommandé que les hôpitaux s'efforcent d'opérer 90 % de ces patients dans les délais indiqués (MSSLD – rapport de référence des indicateurs de PFQ, mai 2015).

Renseignements sur les points de référence :

	2014-2015				2015-2016			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Rendement (mesure)	80.0%	73.7%	70.4%	79.3%	74.1%	76.2%	100.0%	
Point de référence (mesure)								
Objectif (mesure)	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%



Analyse du rendement :

Rendement depuis le début de l'exercice 2014-2015 : 76 %. Le rendement actuel est de 1,9 point de pourcentage inférieur à cela. Étant donné qu'au dernier exercice, le rendement a été le meilleur au premier trimestre, nous espérons constater des gains importants dans les prochains mois. Les retards surviennent lorsque les patients ne sont pas prêts pour une intervention, par exemple, s'il faut arrêter l'administration d'anticoagulants de trois à sept jours avant l'opération.

T2 Inférieur à l'objectif provincial. Au deuxième trimestre, cinq patients ne sont pas allés en salle d'opération dans les 48 heures prescrites. L'examen des dossiers ayant permis de déterminer que les cinq prenaient des anticoagulants oraux, il a fallu retarder les opérations. Si ces cas avaient été exclus, le rendement serait de 100 %.

T3 Le rendement surpasse l'objectif.

T4

Plans d'amélioration :

T1 Collaboration avec les anesthésistes afin d'élaborer un processus visant à optimiser la préparation des patients à une intervention chirurgicale. Tout est mis en œuvre pour que les patients ayant subi une fracture puissent entrer en salle d'opération le plus rapidement possible.

T2 Poursuite du plan ci-dessus. L'examen du dossier des patients ayant subi une fracture de la hanche permet d'établir l'échéancier pour entrer en salle d'opération.

T3 Poursuite des stratégies actuelles.

T4

Définition : 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 les médicaments ajoutés, modifiés ou cessés sont évalués attentivement. Il représente une des composantes de la gestion des médicaments et permet de fournir les renseignements permettant aux prescripteurs de prendre des décisions adéquates pour le patient (Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, La trousse En avant! Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée, sept. 2011). Cet indicateur fera précisément rapport sur le BCM aux points de transition des soins, et encore plus précisément sur les transferts des patients sortant de l'Unité de soins aux patients en phase critique (USPPC). L'objectif du BCM au moment d'un transfert à l'interne est de comparer les médicaments que l'usager prenait dans l'unité avant son transfert ou son acheminement, à ceux qu'il prenait à la maison, afin de déterminer s'il est approprié de continuer ou d'arrêter de les prendre, de recommencer à les prendre, ou de les modifier (guide d'Agrément Canada sur les POR).

Calcul : nombre de patients transférés de l'USPPC après un BCM complet, divisé par le total de patients de l'USPPC qui en sont transférés. Ce calcul ne comprend pas les mises en congé à domicile à partir de l'unité.

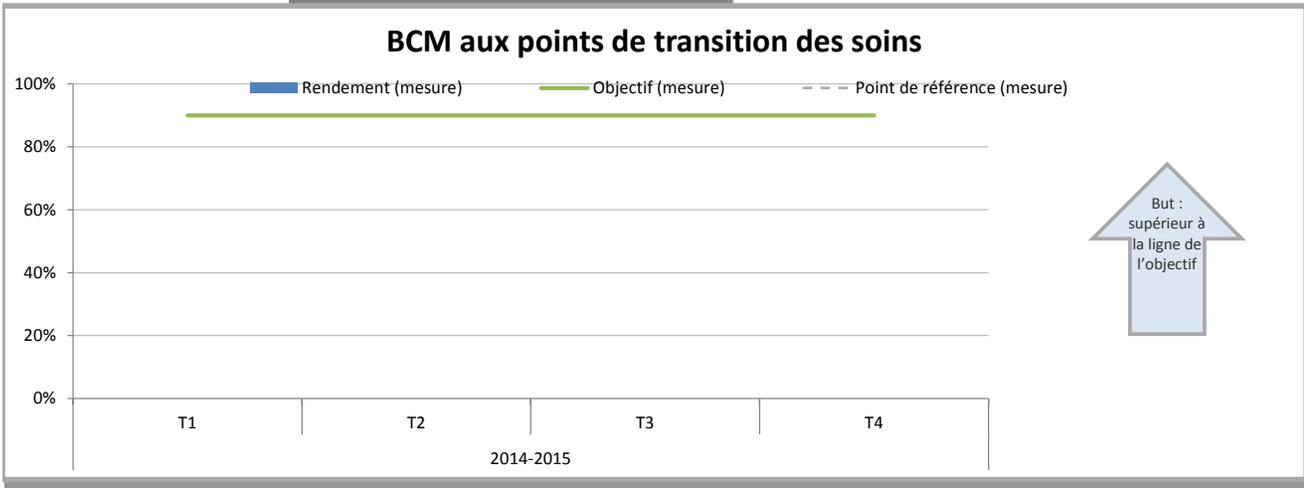
Importance : Il est bien connu que la fréquence d'effets indésirables des médicaments (EIM) est préoccupante et que les problèmes de communication entre les milieux de soins en constituent un facteur important. Dans L'étude canadienne sur les événements indésirables, on indique que les effets liés aux médicaments et aux liquides étaient la cause du deuxième type le plus fréquent d'intervention ou d'événement auquel les effets indésirables étaient associés. De plus, les examens des dossiers ont révélé que plus de la moitié de toutes les erreurs de médicament dans les hôpitaux se produisent aux points de transition des soins. Au moment du transfert : Dans une étude canadienne réalisée en 2010, 62 % de la population à l'étude avait subi au moins une divergence non intentionnelle au moment du transfert et la divergence la plus courante était l'omission d'un médicament (55,6 %). Les facteurs indépendants qui augmentaient le risque qu'un patient subisse au moins une divergence non intentionnelle comprenaient l'absence d'un meilleur schéma thérapeutique possible, l'augmentation du nombre de médicaments pris à domicile et l'augmentation du nombre de médicaments au moment du transfert. Quarante-sept patients (36,4 %) avaient subi au moins une divergence non intentionnelle qui pouvait potentiellement causer un inconfort et/ou une détérioration clinique. (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 : vérification et suivi à l'interne.

Renseignements sur les objectifs : objectifs établis à l'interne.

Renseignements sur les points de référence : non disponible en ce moment.

	2014-2015				2015-2016			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Rendement (mesure)					N/D	N/D	N/D	
Point de référence (mesure)	N/D							
Objectif (mesure)					90%	90%	90%	90%



Analyse du rendement :

T1 Amorçage de la saisie des données sur le rendement à la mi-septembre. Afin d'améliorer la qualité des données, on fera rapport sur cet indicateur au T3 (octobre-décembre).

T3 Selon les données préliminaires obtenues, nécessaires à l'agrément, la conformité existe. Taux de conformité durant la période suivie : 98 %.

T4

Plans d'amélioration :

T1

T2

T3 Recommandation de ne pas poursuivre cette démarche puisque la collecte de données est exigeante en main-d'œuvre.

T4

Indicateur : violence au travail – nombre d'incidents

Orientation stratégique : le perfectionnement du personnel et un milieu de travail de choix

Définition : La violence au travail s'entend de 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, d'une tentative d'employer contre un travailleur, dans un lieu de travail, une force physique qui pourrait lui causer un préjudice corporel, d'un propos ou comportement qu'un travailleur peut raisonnablement interpréter comme une menace d'employer contre lui, dans un lieu de travail, une force physique qui pourrait lui causer un préjudice corporel.

Cet indicateur fait état du nombre d'incidents de violence au travail, tous les trimestres, où il y a eu contact physique (qu'ils soient la cause d'un préjudice ou non).

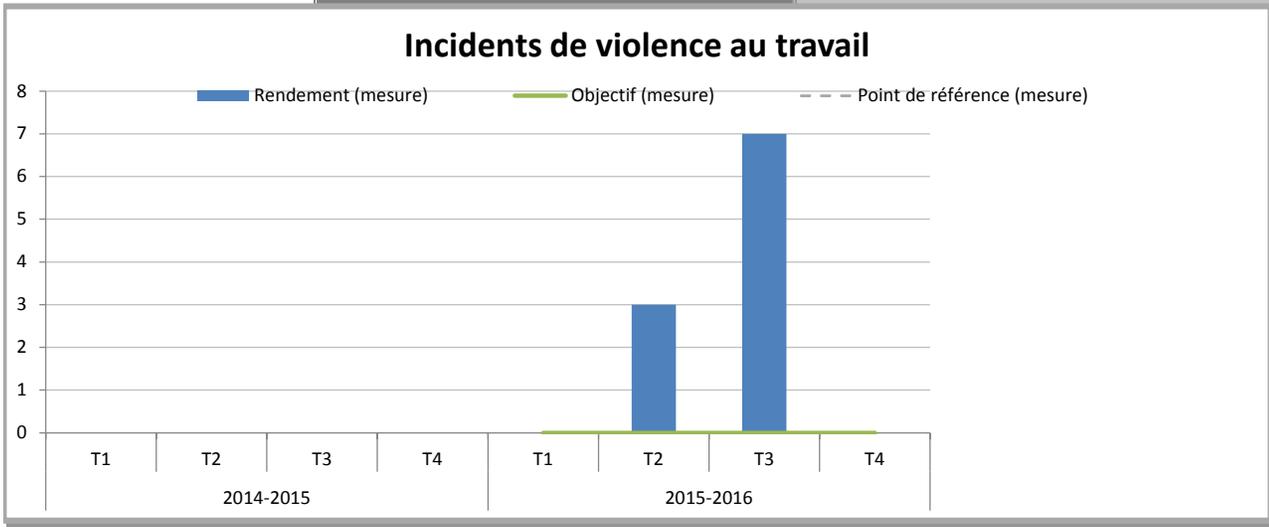
Importance : La violence au travail est très courante dans les établissements de soins de santé, davantage qu'au sein de nombreux autres milieux de travail. Un quart de tous les incidents liés à la violence au travail ont lieu dans des organismes de services de santé. En outre, la violence au travail est une question qui affecte l'ensemble du personnel et des prestataires de soins de santé à travers tout le continuum des soins de santé (manuel d'Agrément Canada – POR axées sur la prévention de la violence au travail). L'HCC entend mettre en place un milieu de travail sécuritaire pour tous ses employés. En surveillant les incidents de violence au travail ainsi que ceux évités de justesse, nous pourrions développer des plans d'action concrets pour répondre à l'inquiétude grandissante face à la violence au travail dans le secteur des soins de santé.

Source des données : RL Solutions – signalement des incidents

Renseignements sur les objectifs :

Renseignements sur les points de référence :

	2014-2015				2015-2016			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Rendement (mesure)	N/D				N/D	3	7	
Point de référence (mesure)					N/D	N/D	N/D	N/D
Objectif (mesure)	N/D	N/D	N/D	N/D				



Analyse du rendement :

Afin de garantir la qualité des données, nous reporterons le rapport sur cet indicateur au T1. On passe actuellement en revue la saisie des données,

T1 des informations ont été transmises concernant le processus de signalement des incidents et détaillant ce qui devrait l'être. On fera rapport sur le rendement au T2.

T2 Trois incidents ont été saisis au T2. Nous continuerons la surveillance et la collecte habituelles de données. Lorsque nous aurons suffisamment de données historiques, un objectif sera établi, fondé sur le rendement interne.

T3 Sept incidents au T3.

T4

Plans d'amélioration :

T1 Non disponibles jusqu'à la saisie d'autres données.

L'établissement d'un programme de prévention par le groupe de travail de l'équipe des cadres supérieurs progresse. L'accent est mis sur les contrats concernant les agents de sécurité, les améliorations nécessaires à la chambre d'isolement ainsi qu'à la formation du personnel et sur le travail avec les partenaires externes.

T3 Poursuite de la surveillance et de la collecte habituelles de données.

T4

Indicateur : violence au travail – nombre d'incidents évités de justesse

Orientation stratégique : le perfectionnement du personnel et un milieu de travail de choix

Définition : La violence au travail s'entend de 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, d'une tentative d'employer contre un travailleur, dans un lieu de travail, une force physique qui pourrait lui causer un préjudice corporel, d'un propos ou comportement qu'un travailleur peut raisonnablement interpréter comme une menace d'employer contre lui, dans un lieu de travail, une force physique qui pourrait lui causer un préjudice corporel.

Cet indicateur fait état du nombre d'incidents de violence au travail qui sont évités de justesse, tous les trimestres (cela comprend les menaces ou tentatives de préjudice, sans contact physique).

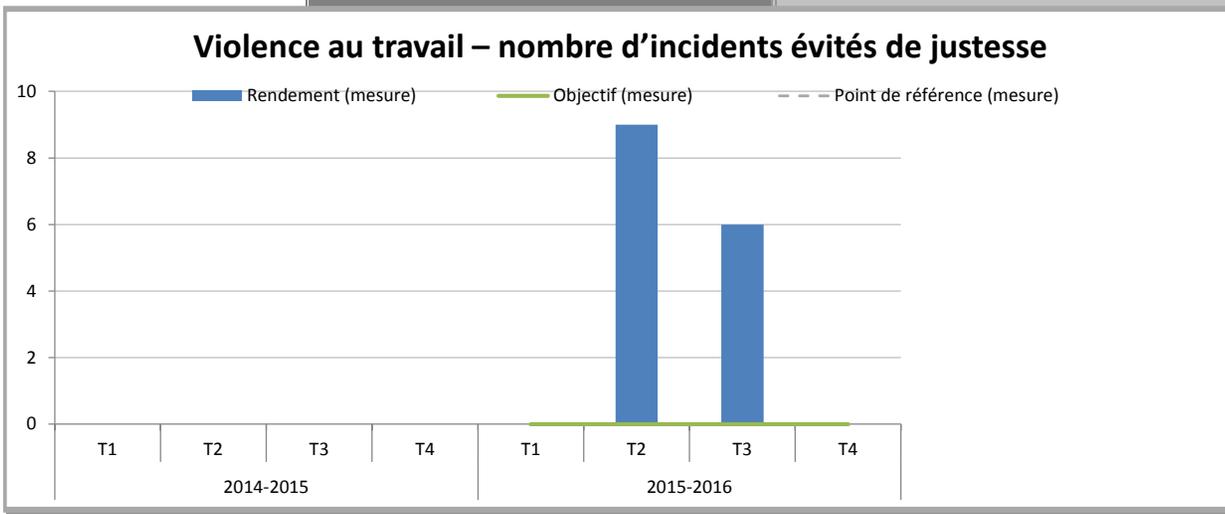
Importance : La violence en milieu de travail est très courante dans les établissements de soins de santé, davantage qu'au sein de nombreux autres milieux de travail. Un quart de tous les incidents liés à la violence au travail ont lieu dans des organismes de services de santé. En outre, la violence en milieu de travail est une question qui affecte l'ensemble du personnel et des prestataires de soins de santé à travers tout le continuum des soins de santé (manuel d'Agrément Canada – POR axées sur la prévention de la violence en milieu de travail). L'HCC entend mettre en place un milieu de travail sécuritaire pour tous ses employés. En surveillant les incidents de violence au travail ainsi que ceux évités de justesse, nous pourrions développer des plans d'action concrets pour répondre à l'inquiétude grandissante face à la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé.

Source des données : RL Solutions – signalement des incidents

Renseignements sur les objectifs :

Renseignements sur les points de référence :

	2014-2015				2015-2016			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Rendement (mesure)					N/D	9	6	
Point de référence (mesure)	N/D							
Objectif (mesure)					N/D	N/D	N/D	N/D



Analyse du rendement :

Afin de garantir la qualité des données, nous reporterons le rapport sur cet indicateur au T1. On passe actuellement en revue la saisie des données, des informations ont été transmises concernant le processus de signalement des incidents et détaillant ce qui devrait l'être. On fera rapport sur le rendement au T2.

T2 Neuf incidents ont été saisis au T2. Nous continuerons la surveillance et la collecte habituelles de données. Lorsque nous aurons suffisamment de données historiques, un objectif sera établi, fondé sur le rendement interne.

T3 Six incidents au T3.

T4

Plans d'amélioration :

T1 Non disponibles jusqu'à la saisie d'autres données.

T2 L'établissement d'un programme de prévention par le groupe de travail de l'équipe des cadres supérieurs progresse. L'accent est mis sur les contrats concernant les agents de sécurité, les améliorations nécessaires à la chambre d'isolement ainsi qu'à la formation du personnel et sur le travail avec les partenaires externes.

T3 Poursuite de la surveillance et de la collecte habituelles de données.

T4



1 HEALTH SYSTEM INTEGRATION
 Lead efforts to establish formal linkages and pathways among providers in order to drive quality and play a leading role in health system integration.

INTÉGRATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Mener les efforts pour établir des voies d'accès et des liens formels entre les fournisseurs afin de favoriser la qualité, puis jouer un rôle de chef de file dans l'intégration du système de santé.

2 EXCELLENCE IN QUALITY, PATIENT SAFETY AND SERVICE DELIVERY
 CCH will embed and integrate quality into its organizational culture as this focus on quality will enable the drive towards clinical and operational excellence.

EXCELLENCE DANS LA QUALITÉ ET LA PRESTATION DE SERVICES

L'HCC implémentera et intégrera la qualité dans sa culture organisationnelle, car cette orientation sur la qualité lui donnera l'élan vers l'atteinte de l'excellence dans la prestation de ses services médicaux et de son fonctionnement.

3 OUTSTANDING OPERATIONAL & FINANCIAL PERFORMANCE
 Support the continued improvement in operational and financial performance through accountability structures, staff training and resources.

RENDEMENT OPÉRATIONNEL ET FINANCIER EXCEPTIONNEL

Soutenir l'amélioration continue du rendement opérationnel et financier par la mise en place de structures de responsabilité, par la formation du personnel et par les ressources.

4 PEOPLE DEVELOPMENT/WORKPLACE OF CHOICE
 Engage and empower our people to lead and drive internal organizational and health system transformation.

PERFECTIONNEMENT DU PERSONNEL/MILIEU DE TRAVAIL DE CHOIX

Susciter l'intérêt du personnel et l'habiliter à mener la transformation organisationnelle interne et du système de santé dans son ensemble.