



## FICHE DE RENDEMENT DU PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2016/2017

**Vision :** Des soins exceptionnels. Toujours.

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

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

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

OFFRIR DES SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Taux d'ANS	ERS-H/PAQ	G	R	Y	
Taux de réadmission (PFQ) : MPOC	PAQ	G	G	G	

TRAVAILLER EN PARTENARIAT POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RÉSULTATS DE QUALITÉ					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Visites à l'Urgence – Durée de séjour des patients hospitalisés	ERS-H/PAQ	R	R	R	
Expérience positive des patients	PAQ	G	G	N/D	
POR – Taux relatif au bilan comparatif des médicaments à l'admission	PAQ/Agrément	G	G	N/D	
Taux relatif à la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire	PAQ	Y	Y	G	
Incidence de <i>Clostridium difficile</i>	MSSLD/ERS-H/PAQ	Y	R	R	
Pneumonie associée aux ventilateurs	MSSLD/ERS-H/PAQ	G	G	G	

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

**Résultats :**

Paramètre inférieur à la cible



Paramètre dans les 10 % de la cible



Paramètre égal ou supérieur à la cible



Données non disponibles



**Explications des références :**

Agrément – Agrément Canada

Conseil – Directive du Conseil

ERS-H – Entente de responsabilisation en matière de services

MSSLD – Publication de rapports exigée; directive du ministère

ERS-M – Entente de responsabilisation en matière de services

CPE – Cible (annuelle) du plan d'exploitation

PAQ – Plan d'amélioration de la qualité

SEA – Stratégie en action



Orientation stratégique : offrir des soins centrés sur le patient

**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 (ce qui comprend les journées en soins pédiatriques).

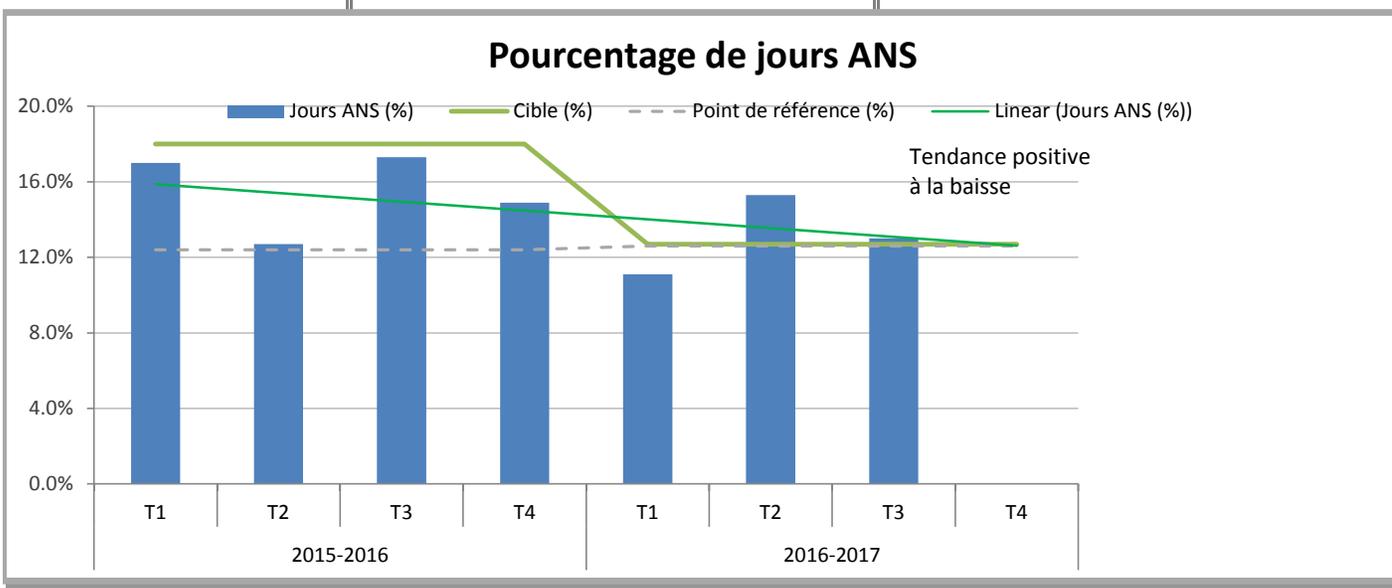
**Importance :** L'Hôpital communautaire de Cornwall continuera de cerner et de mettre en oeuvre des stratégies additionnelles, en collaboration avec les fournisseurs de soins de santé de Champlain, afin de réduire le nombre de jours ANS.

**Source des données :** Numérateur source des données d'Action Cancer Ontario – temps d'attente et dénominateur source des données sur les ANS, taux d'occupation des lits (grand livre) – jours d'hospitalisation

**Renseignements sur la cible :** La cible est normalisée conformément aux caractéristiques de l'ERS-H.

**Renseignements sur les points de référence :** Fondés sur iPort Access, accès aux soins – rendement du RLISS de Champlain lors de l'exercice précédent

	2015-2016				2016-2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Jours ANS (%)	17.0%	12.7%	17.3%	14.9%	11.1%	15.3%	13.0%	
Point de référence (%)	12.4%	12.4%	12.4%	12.4%	12.6%	12.6%	12.6%	12.6%
Cible (%)	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%	12.7%	12.7%	12.7%	12.7%



**Analyse du rendement :**

**T1** Le rendement de l'HCC atteint la cible.

**T2** Le nombre supérieur de jours ANS est lié à la mise en congé de patients en séjour de longue durée au quatrième trimestre.

**T3** Le rendement est fondé uniquement sur les données d'octobre et de novembre étant donné la conversion à Cerner, le 1er décembre. Certains jours ANS sont liés aux listes d'attente du CASC pour l'obtention de services de soutien personnel et de traitements spécialisés.

**T4**

**Plans d'amélioration :**

**T1** Poursuite de toutes les stratégies actuelles.

**T2** Poursuite de toutes les stratégies actuelles.

**T3** Poursuite de notre collaboration étroite avec le CASC et le RLISS de Champlain afin de réduire le plus possible les retards liés aux listes d'attente pour l'obtention de services.

**T4**

## Indicateur : Taux de réadmission (PFQ) : MPOC

## Orientation stratégique : Offrir des soins centrés sur le patient

**Définition :** L'unité de mesure de cet indicateur est une admission unique pour cause de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), conformément aux procédures fondées sur la qualité (PFQ). Les résultats sont exprimés selon le nombre de ces patients atteints d'une MPOC (selon la définition PFQ) qui sont réadmis en raison du même trouble diagnostiqué, ou connexe, dans les 28 jours de leur mise en congé. Les critères d'ensemble concernant une MPOC comprennent les suivants : diagnostic principal de MPOC, résident de l'Ontario, numéro de carte Santé valide et âge  $\geq 35$ . Les réadmissions comprennent les réadmissions non facultatives.

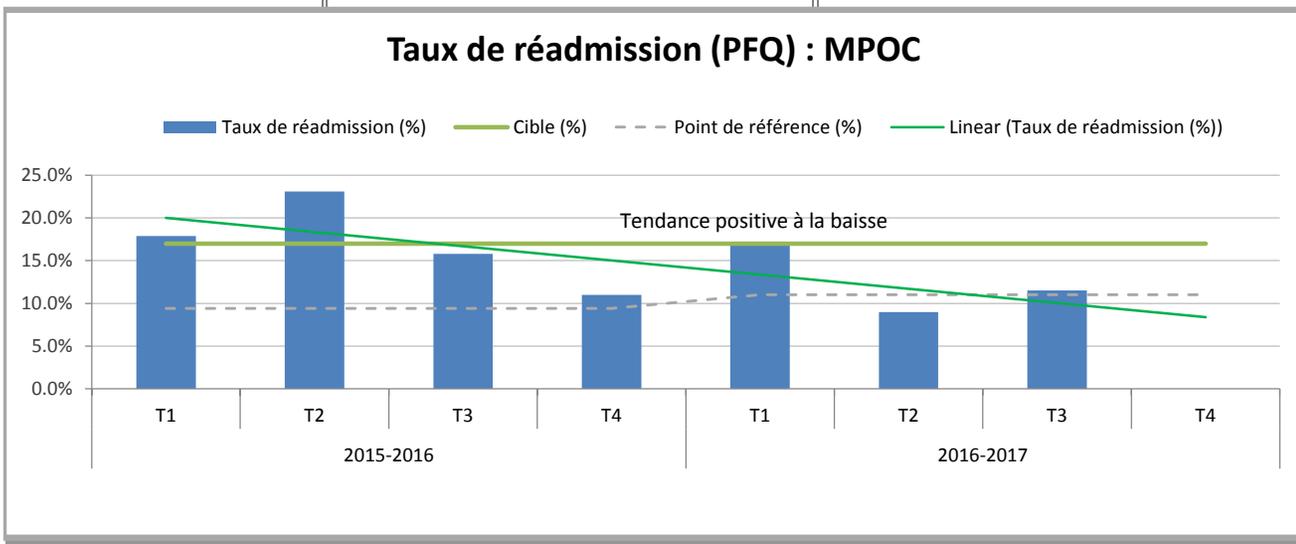
**Importance :** Les réadmissions hospitalières non prévues ont des répercussions néfastes sur les individus, les familles et le système de santé. Les réadmissions évitables demeurent un problème systémique qui concerne aussi l'intégration entre les fournisseurs dans le continuum des soins. Si les patients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

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

**Renseignements sur la cible :** La cible est établie à 17 %, à l'interne, conformément au paramètre du PAQ.

**Renseignements sur les points de référence :** Fondés sur le rendement de l'exercice précédent de nos 20 hôpitaux pairs.

	2015-2016				2016-2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de réadmission (%)	17.9%	23.1%	15.8%	11.0%	16.9%	9.0%	11.5%	
Point de référence (%)	9.4%	9.4%	9.4%	9.4%	11.0%	11.0%	11.0%	11.0%
Cible (%)	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%

**Analyse du rendement :**

**T1** Le rendement de l'HCC atteint la cible.

**T2** Le rendement atteint la cible.

**T3** Légère augmentation du taux de réadmission par rapport au deuxième trimestre. En raison de l'instabilité des taux mensuels et des faibles volumes de données en décembre obtenues au moment de la présentation du tableau de pointage, le rendement est fondé uniquement sur les données d'octobre et de novembre.

**T4**

**Plans d'amélioration :**

**T1** Poursuite de toutes les stratégies actuelles.

**T2** Nous collaborons de façon continue avec les programmes communautaires (Seaway Valley Community Health Centre) qui ont obtenu du financement afin de réduire les réadmissions. Grâce à Cerner, nous pourrions suivre le nombre de médecins se fondant sur les lignes directrices en matière de pratiques exemplaires, c'est-à-dire utilisant des ensembles de modèles d'ordonnances standards (MPOC). D'autres mesures peuvent être adoptées lorsque ces données sont disponibles.

**T3** Poursuite de tous les plans actuels.

**T4**

## Indicateur : Visites à l'Urgence – Durée de séjour des patients hospitalisés

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

**Définition :** Indicateur du Programme de financement axé sur les résultats pour les patients hospitalisés, qui est fondé sur le 90e centile de la durée de séjour au SU. Le temps est calculé du triage au moment où le patient a quitté le SU, uniquement dans le cas des patients hospitalisés. Jumelé au délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation, cet indicateur donne une image claire de toute la durée de séjour des patients admis, au SU.

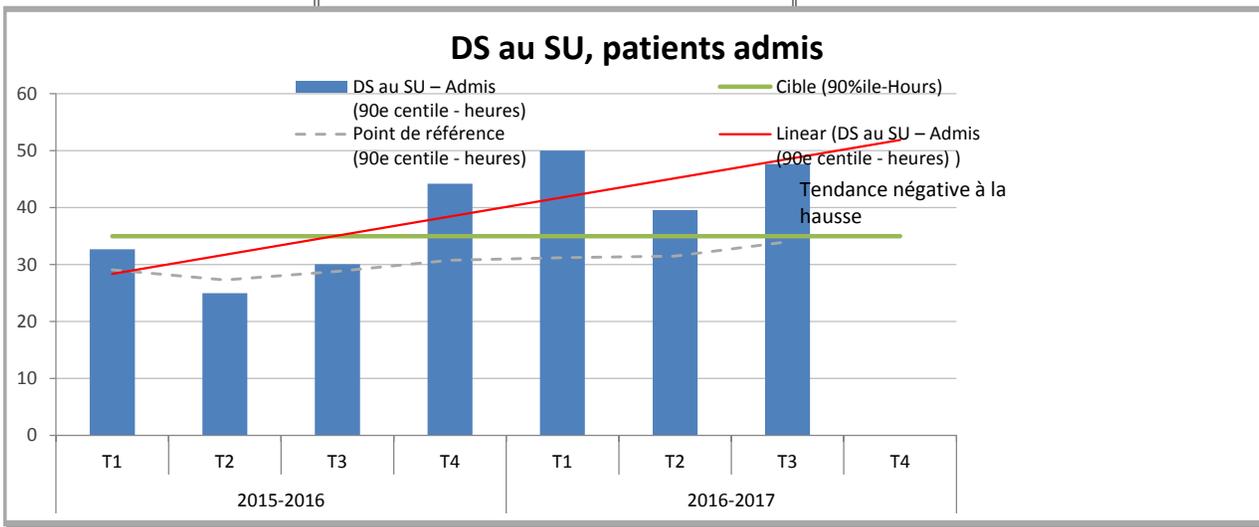
**Importance :** Le temps est indispensable à l'efficacité et au résultat des soins aux patients, surtout au SU. En parallèle avec d'autres indicateurs, cela peut servir au suivi de la durée totale que les patients admis passent au SU, et ce, afin d'accroître l'efficacité et, au bout du compte, les résultats des soins aux patients. (métadonnées sur les indicateurs, ICIS)

**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 la cible :** Fondée sur les caractéristiques de l'ERS-H

**Renseignements sur les points de référence :** Fondés sur l'accès aux soins, groupe « hôpital communautaire de grande capacité »

	2015-2016				2016-2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
DS au SU – Admis (90e centile - heures)	32.7	25.0	30.1	44.2	50.0	39.6	47.7	
Point de référence (90e centile - heures)	29.1	27.3	28.8	30.8	31.2	31.5	34.0	
Cible (90e centile - heures)	35.0	35.0	35.0	35.0	35.0	35.0	35.0	35.0

**Analyse du rendement :**

- T1** Augmentation des taux d'occupation, y compris un grand nombre de patients ANS au T1, des patients admis demeurant ainsi au SU durant une longue période
- T2** But non atteint, mais diminution jusqu'à 10 heures au long du T1. Augmentation des taux d'occupation et nombre élevé de patients ANS continuant d'avoir des répercussions sur l'acheminement des patients.
- T3** Cible non atteinte. Les défis sont soutenus en raison de l'occupation tout au long du T3. Les niveaux élevés de patients ANS persistent. Ces défis ont des répercussions sur l'acheminement des patients.
- T4**

**Plans d'amélioration :**

- Discussions soutenues avec le RLISS de Champlain concernant les taux d'occupation. Collaboration soutenue et fructueuse avec l'Hôpital Glengarry Memorial sur le rapatriement de patients. Des tournées de ressources ont lieu trois fois par jour. Des discussions se poursuivent avec les médecins afin d'améliorer l'acheminement des patients.
- T1** Poursuite du plan comme au T1. Les efforts et la collaboration continus avec les médecins appuient les mises en congé en tant que priorité. Chaque semaine, on passe en revue les mises en congé avec les principaux intervenants, des réunions éclair ont lieu tous les jours et les tournées bimensuelles des médecins se poursuivent (plan proposé visant à les faire passer à trois par semaine). Afin de réduire le nombre de journées d'hospitalisation pouvant être conservées, un rapport sur la durée des séjours sera présenté au cours de la nouvelle année au chef de service pour qu'il fasse un suivi auprès de médecins en particulier.
- T2** Poursuite du plan comme au T2. D'autres stratégies sont en cours afin d'appuyer les initiatives d'acheminement des patients. On fera l'essai d'une personne de soutien pour l'acheminement des patients afin d'appuyer les transitions du SU aux unités pour patients hospitalisés.
- T3**
- T4**

Gestionnaires responsables :

vice-présidente des Services aux patients et directrice des Soins infirmiers / directrice des Services médicaux

**Définition :** Pourcentage des répondants qui ont répondu de façon positive (note de 6-10) à la question suivante : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins que vous avez obtenus? » (question 21)

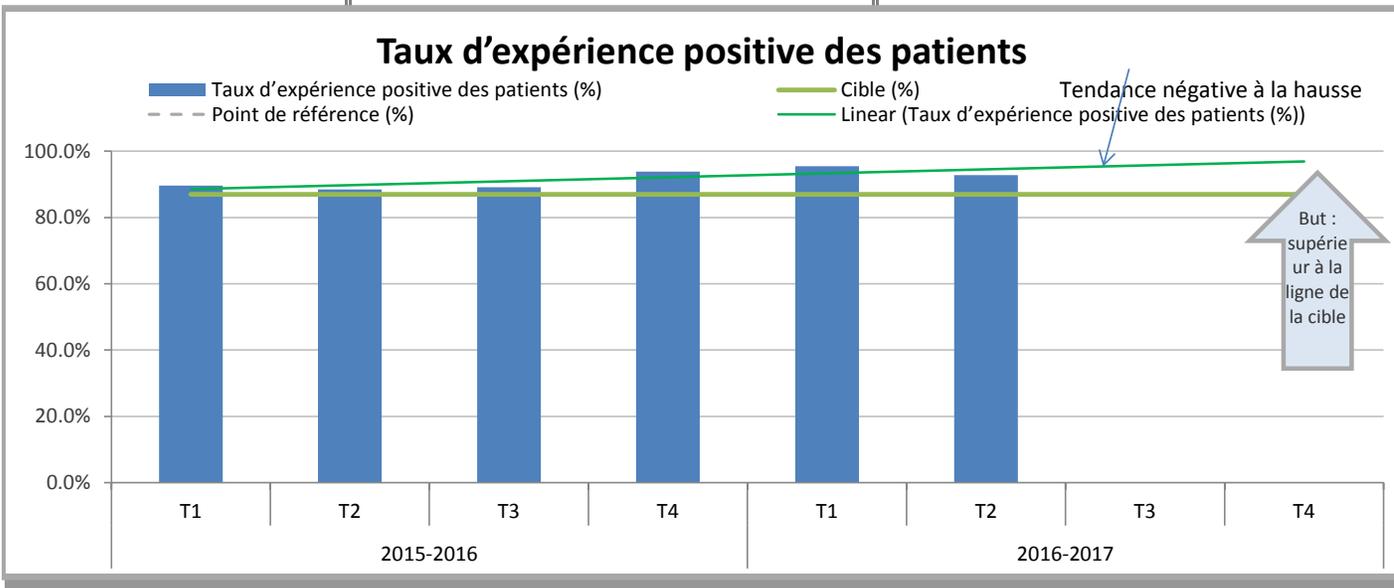
**Importance :** Tirée de QSSO : « La satisfaction des patients est un important paramètre de mesure de l'expérience des Ontariennes et Ontariens à l'égard du système de soins de santé. Trop souvent, les besoins des établissements et des fournisseurs de soins de santé en Ontario obtiennent la priorité. 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 :** Résultats de sondages internes

**Renseignements sur la cible :** Établie conformément à l'indicateur du PAQ

**Renseignements sur les points de référence :** N/D

	2015-2016				2016-2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux d'expérience positive des patients (%)	89.6%	88.5%	89.1%	93.8%	95.5%	92.8%		
Point de référence (%)								
Cible (%)	87.0%	87.0%	87.0%	87.0%	87.0%	87.0%	87.0%	87.0%



**Analyse du rendement :**

- T1** Données du T1 non disponibles en ce moment.
- T2** Résultats du T1 – cible surpassée, T1 – 110 réponses
- T3** Cible surpassée, T2 – 166 réponses sur 630 sondages envoyés
- T4**

**Plans d'amélioration :**

- T1** Résultats trimestriels disponibles un trimestre plus tard. Les données du T1 seront ajoutées au T2 pour examen.
- T2** Résultats du T1 – Pour influencer sur les résultats d'ensemble, les résultats des sondages trimestriels des patients (les trois meilleurs sondages et les trois moins bons) sont communiqués aux directeurs/gestionnaires, qui travaillent à l'amélioration de l'un des trois moins bons.
- T3** Même stratégie qu'au T2.
- T4**

Indicateur : POR – Taux relatif au bilan comparatif des médicaments à l'admission (Agrément Canada)

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

**Définition :** Il s'agit d'un indicateur prioritaire. Le bilan comparatif des médicaments (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 admis ayant obtenu un BCM, divisé par le total de patients admis.

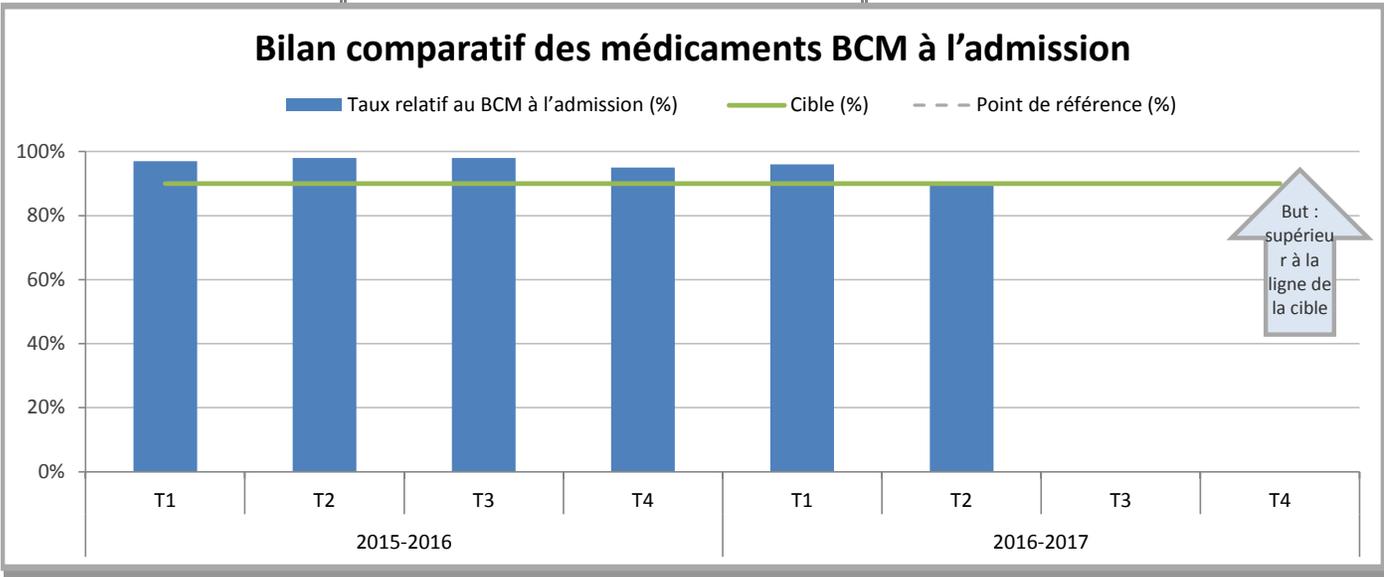
**Importance :** Le BCM est un processus formel au cours duquel les professionnels de la santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et les autres prestataires de soins de santé dans le but de s'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments sont systématiquement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

**Renseignements sur la cible :** Établie à l'interne

**Renseignements sur les points de référence :** N/D

	2015-2016				2016-2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux relatif au BCM à l'admission (%)	97%	98%	98%	95%	96%	90%	N/A	
Point de référence (%)								
Cible (%)	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%



**Analyse du rendement :**

- T1** Le rendement surpasse la cible.
- T2** Calcul uniquement au moyen des données de juillet et août. En date du 22 novembre, les données de septembre ne sont pas disponibles.
- T3** Les résultats du T3 ne sont pas disponibles en ce moment. La mise en oeuvre du dossier de santé électronique (DSE) s'est avérée quelque peu complexe pour obtenir les données sur le rendement à ce chapitre.
- T4**

**Plans d'amélioration :**

- T1** Accent et vérification continus pour s'assurer d'atteindre les cibles.
- T2** Utilisation des gains d'efficience obtenus par la mise en oeuvre de Cerner afin de simplifier le BCM pour les médecins.
- T3** Planification de séances d'information pour le personnel et les médecins, révision du processus après la mise en oeuvre du DSE.
- T4**

**Indicateur : Taux relatif à la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire**

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

**Définition :** Une liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire (LVCS) est un outil qu'utilisent les membres de l'équipe chirurgicale pour mieux communiquer entre eux, ce qui crée un milieu plus sûr pour les patients. Elle peut ainsi « s'assurer que les mesures préopératoires, opératoires et postopératoires ayant démontré leur effet bénéfique pour les patients sont prises de manière opportune et efficace » (livret de l'OMS intitulé « Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies »).

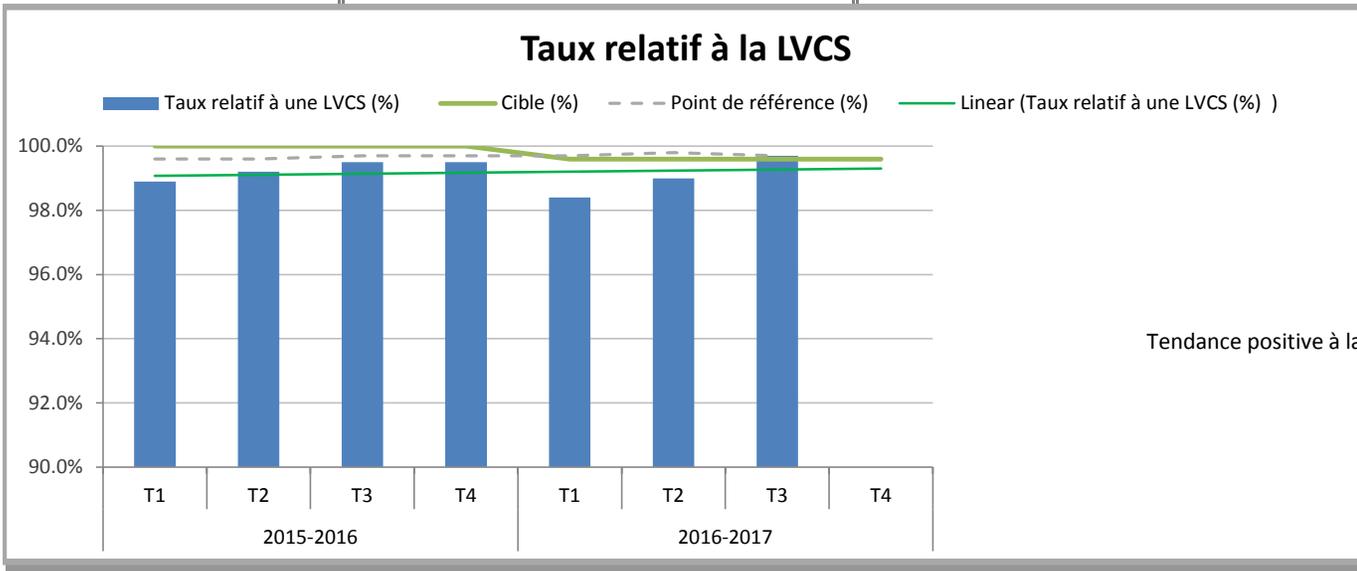
**Importance :** En 2011, Agrément Canada a fait de l'utilisation d'une liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire une pratique organisationnelle requise (POR). L'équipe chirurgicale doit utiliser cette liste pour s'assurer que les mesures nécessaires ont été prises préalablement à une intervention.

**Source des données :** iPort Access, accès aux soins – Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux (POESC)

**Renseignements sur la cible :** La cible est établie à l'interne, conformément au paramètre du PAQ.

**Renseignements sur les points de référence :** Fondés sur iPort Access, POESC – rendement trimestriel des hôpitaux communautaires de capacité moyenne

	2015-2016				2016-2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux relatif à une LVCS (%)	98.9%	99.2%	99.5%	99.5%	98.4%	99.0%	99.7%	
Point de référence (%)	99.6%	99.6%	99.7%	99.7%	99.7%	99.8%	99.7%	
Cible (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	99.6%	99.6%	99.6%	99.6%



**Analyse du rendement :**

- T1** Légèrement inférieur à la cible.
- T2** Amélioration par rapport au T1.
- T3** Meilleur taux au T3 depuis le T3 2013-2014.
- T4**

**Plans d'amélioration :**

- T1** Aucun en ce moment. Le suivi et la documentation seront plus faciles lorsque le dossier de santé électronique (DSE) sera en place.
- T2** Cette liste de vérification sera un champ obligatoire dans Cerner et elle sera automatiquement transférée à la source des données de cet indicateur. Cela rehaussera l'exactitude des données et simplifiera le processus de suivi.
- T3** Poursuite des processus actuels.
- T4**

**Gestionnaires responsables :**

directrice principale du Service d'urgence et du Bloc opératoire / directeur médical du Bloc opératoire

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

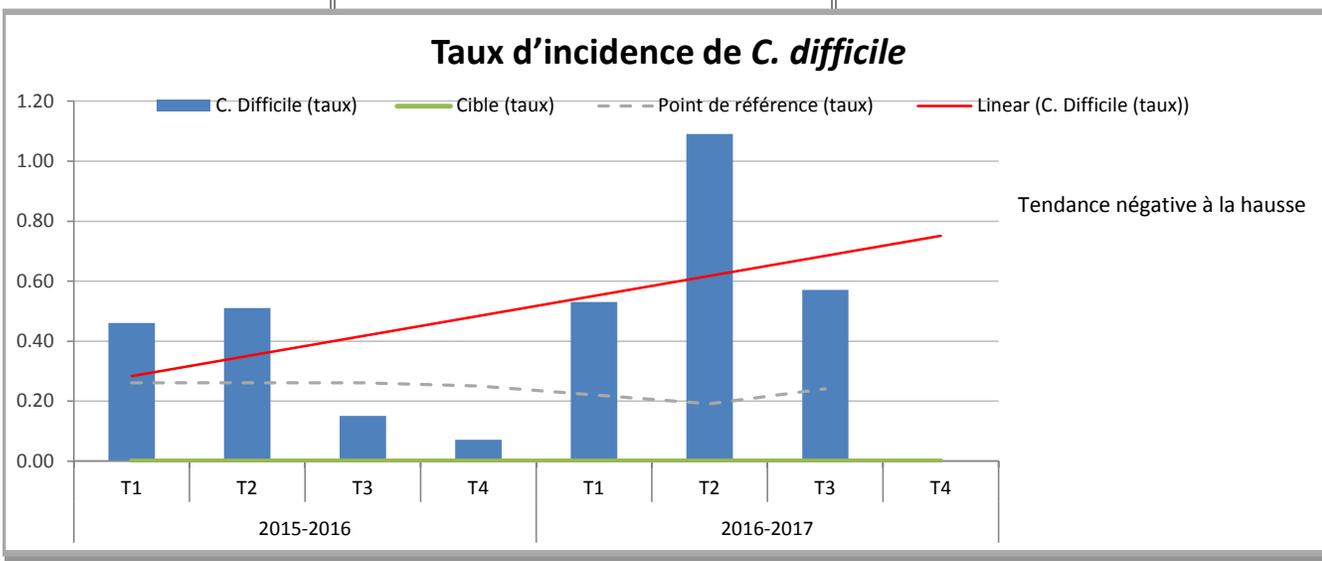
**Importance :** Couramment présente dans l'environnement, cette bactérie peut exister sous forme de spores. Elle résiste à certains produits chimiques. Elle est également présente chez de 3 à 5 % des humains sous forme de flore normale et peut se développer sous l'effet de facteurs de risque comme l'administration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

**Source des données :** Prévention et contrôle des infections

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

**Renseignements sur les points de référence :** Ils proviennent des mesures de surveillance provinciales.

	2015-2016				2016-2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
C. Difficile (taux)	0.46	0.51	0.15	0.07	0.53	1.09	0.57	
Point de référence (taux)	0.26	0.26	0.26	0.25	0.22	0.19	0.24	
Cible (taux)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00



#### Analyse du rendement :

- T1** Cela représente six cas sans lien épidémiologique, la transmission ayant ainsi été évitée.
- T2** Cela représente huit cas sans lien épidémiologique, la transmission ayant ainsi été limitée.
- T3** Cela représente huit cas sans lien épidémiologique, la transmission ayant ainsi été limitée. Le taux diffère de celui au T2, le volume étant alors le même, puisque les jours-patient (dénominateur) étaient largement supérieurs au T3.
- T4**

#### Plans d'amélioration :

- T1** Un nettoyage amélioré de l'environnement au moyen d'un sporicide, dans les endroits à grand contact, a été mis en place au niveau 1 du pavillon Janet MacDonell (unité de soins médicaux). Nous continuerons de renforcer les pratiques d'hygiène des mains et de détection précoce.
- T2** Nous continuerons de mettre l'accent sur l'utilisation de listes de vérification de nettoyage, conformément aux pratiques exemplaires du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, selon lesquelles il faut identifier tous les objets à contact fréquent après leur nettoyage. Nous continuerons à renforcer les pratiques d'hygiène et de détection précoce ainsi que la gestion des antimicrobiens. Des exigences de nettoyage rehaussées justifient un examen des ressources et de l'établissement des horaires du personnel.
- T3** Poursuite des recommandations du T2. Suivi nécessaire toutes les deux semaines plutôt qu'une fois par mois des produits désinfectants.
- T4**

## Plan d'amélioration de la qualité (PAQ) – Exercice 2016-2017

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Taux d'incidence de pneumonie associée aux ventilateurs

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

**Définition :** Cas de pneumonie associée aux ventilateurs (PAV) à l'Unité des soins intensifs par tranche de 1 000 jours-appareil.

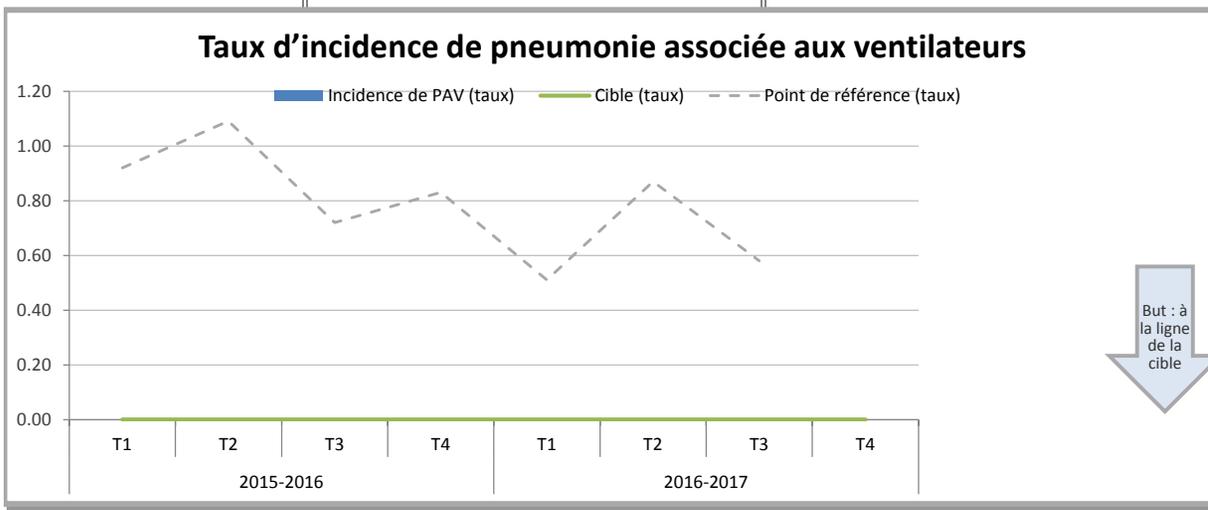
**Importance :** Volet de l'initiative de publication de rapports Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Exigence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).

**Source des données :** Prévention et contrôle des infections

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

**Renseignements sur les points de référence :** Ils proviennent des mesures de surveillance provinciales.

	2015-2016				2016-2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Incidence de PAV (taux)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Point de référence (taux)	0.92	1.09	0.72	0.83	0.51	0.87	0.58	
Cible (taux)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00



### Analyse du rendement :

**T1** Cible atteinte.

**T2** Cible atteinte.

**T3** Cible atteinte.

**T4**

### Plans d'amélioration :

**T1** Poursuite des pratiques exemplaires concernant l'entretien des systèmes de ventilation.

**T2** Poursuite des pratiques exemplaires concernant l'entretien des systèmes de ventilation.

**T3** Poursuite des pratiques exemplaires concernant l'entretien des systèmes de ventilation.

**T4**

Gestionnaires responsables :

vice-président de l'Exploitation / Prévention et contrôle des infections / directeur des Services de soins critiques



**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.

S t r a t e g i c   P l a n   2 0 1 6 - 2 0 2 1

O r i e n t a t i o n s   s t r a t é g i q u e s   2 0 1 6 - 2 0 2 1



**I C A R E**

INTEGRITY • COMPASSION • ACCOUNTABILITY • RESPECT • ENGAGEMENT



**I C A R E**

INTÉGRITÉ • COMPASSION • RESPONSABILITÉ • RESPECT • MOBILISATION