

Plans d'amélioration de la qualité 2012-2013 : une analyse des points à améliorer

Table des matières

Résumé	2
Contexte	4
Progrès réalisés depuis 2011-2012	8
Aperçu : Établissement des priorités et des objectifs et plans de changement	27
Amélioration de la qualité par indicateur	39
Sécurité : Infection à <i>Clostridium Difficile</i>	40
Sécurité : Pneumonie sous ventilation assistée	41
Sécurité : Hygiène des mains	42
Sécurité : Infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central	50
Sécurité : Escarres de décubitus	51
Sécurité : Chutes	52
Sécurité : Conformité à la liste de vérification de la sécurité chirurgicale	53
Sécurité : Moyens de contention	54
Efficacité : Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)	55
Efficacité : Hôpital – Marge totale (NPRSSO)	56
Accès : 90 ^e percentile pour la durée du séjour des patients admis aux SU	57
Axé sur les patients : Satisfaction des patients	66
Soins intégrés : Taux de réadmission après 30 jours dans un établissement (groupes de maladies analogues précis)	73
Soins intégrés : Pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS)	74
Conclusion	86
Annexe A : Ensemble de mesures de renforcement de la capacité	87
Annexe B : Rapport technique	90

Résumé

En avril 2012, les hôpitaux ontariens ont déposé leurs plans d'amélioration de la qualité (PAQ) pour l'année 2012-2013, soit la deuxième année pour laquelle des PAQ sont exigés en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (LEST). Il a été recommandé que les hôpitaux se concentrent sur cinq attributs essentiels des soins de santé – la sécurité, l'efficacité, l'accès, les soins axés sur le patient et les soins intégrés – et qu'ils incluent au moins un indicateur de base recommandé pour chacun des attributs. On devait attribuer aux indicateurs une priorité pouvant varier de 1 à 3. La rémunération des cadres des hôpitaux dépend de l'atteinte de ces objectifs d'amélioration de la qualité. Cette exigence encourage à la fois l'amélioration et la responsabilisation à l'égard de la remise des PAQ, et augmente la motivation à tous les niveaux pour atteindre des objectifs ambitieux, mais réalisables. On a également demandé aux hôpitaux de fournir un rapport sur les progrès réalisés depuis la mise en œuvre des PAQ de 2011-2012.

La présente analyse des 143 PAQ présentés comprend le contexte des PAQ en vertu de la LEST, examine les progrès réalisés comparativement à 2011-2012 et indique les principaux constats découlant de l'établissement des priorités, le nombre d'hôpitaux ayant sélectionné chacun des indicateurs et la manière dont les objectifs ont été établis, comparativement au rendement actuel. Des choix de bonnes idées de changement sont donnés pour quatre des indicateurs les plus fréquemment sélectionnés.

En 2012, QSSO a mis de l'avant un plan stratégique, ou une feuille de route, pour guider l'organisme dans sa démarche pour atteindre le principal objectif du système de soins de santé de l'Ontario en matière de qualité, soit l'amélioration des résultats et de l'expérience, et l'optimisation des ressources. L'analyse des PAQ et la rétroaction livrée à leur égard sont les principaux moyens retenus par QSSO pour aider chacun des hôpitaux à atteindre et à surpasser ses objectifs d'amélioration : si la majorité des hôpitaux atteint ou dépasse ses objectifs dans des secteurs clés, il y a une chance que la moyenne provinciale atteigne de nouveaux niveaux (c'est-à-dire supérieurs) de rendement. Pour les patients et le personnel, cela signifie de meilleurs résultats et une prestation de soins plus fiable.

La présente analyse agit également comme outil d'apprentissage pour les hôpitaux à l'avenir : elle les aidera à échanger des idées de changement novatrices, des stratégies efficaces et des exemples de réussite; à communiquer les progrès réalisés; et à mettre en évidence les points qui doivent encore être améliorés. Les annexes présentent un résumé de tous les outils de soutien offerts aux hôpitaux qui élaborent leurs PAQ, une liste de considérations essentielles pour les conseils d'administration qui révisent les PAQ ainsi qu'un rapport technique.

Somme toute, les hôpitaux ont réalisé des progrès depuis la première année où ils ont dû présenter des PAQ en vertu de la LEST, soit 2011-2012. Les trois principaux domaines d'amélioration comprennent :

- Un taux de conformité parfait à l'égard de la présentation des PAQ et des rapports d'étape, ainsi qu'une plus grande constance à élaborer certaines parties des PAQ.
- Des objectifs clairs, harmonisés aux priorités stratégiques des hôpitaux, lesquelles ont été déterminées par un certain nombre d'hôpitaux et qui comprennent des mesures appropriées et des objectifs motivationnels, ainsi que les plans de changement que les hôpitaux ont l'intention de mettre en œuvre pour atteindre leurs objectifs.
- Des idées de changement novatrices et inspirantes, qui ont été présentées par un certain nombre d'hôpitaux.

Bien que les PAQ étaient plus complets cette année, certains présentaient quelques lacunes, notamment des objectifs qui ne semblaient pas être des objectifs ambitieux, ainsi que l'absence ou le manque de détails sur des idées de changement. Dans l'esprit d'améliorer la qualité, QSSO encourage les hôpitaux à réviser leurs plans existants, et à les comparer aux modèles de plans contenus dans le présent document et à chercher des occasions d'adopter les pratiques exemplaires que leurs pairs mettent en œuvre dans le cadre de l'élaboration des PAQ.

Contexte

PLANS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (PAQ) : CE QU'ILS SONT, POURQUOI ILS SONT IMPORTANTS ET LE RÔLE DE QSSO

En vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (LEST), chaque hôpital en Ontario (comme défini dans la *Loi sur les hôpitaux publics*) doit présenter un PAQ annuel. Le PAQ est un outil qui permet aux hôpitaux de déterminer, de déclarer et d'atteindre des objectifs d'amélioration de la qualité de façon structurée. L'amélioration que les hôpitaux réalisent est le résultat d'une préoccupation claire et constante à l'égard des principes désignés dans le modèle d'amélioration (voir ci-dessous).

Le comité de la qualité de chaque hôpital supervise la préparation des PAQ, ces derniers devant être adoptés par le président du conseil et le directeur général, soumis à QSSO et rendus accessibles au public. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a compilé un certain nombre des ressources visant à soutenir les comités de la qualité (voir http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/pro/updates/qualitycommittee/bp_resources.aspx).

En 2012, QSSO a mis en œuvre un nouveau plan stratégique, ou feuille de route, pour que son mandat se poursuive. Ce plan est un document transformateur pour QSSO. Il consolide et explique la raison d'être de l'organisme : travailler avec d'autres intervenants pour assurer la réalisation en Ontario d'un programme d'amélioration de la qualité qui aura une portée provinciale, qui s'inscrira dans une démarche de collaboration et qui soutiendra les efforts intégrés et coordonnés de toutes les sphères du système de soins de santé.

Les PAQ des hôpitaux sont la principale façon pour QSSO de travailler avec ses hôpitaux partenaires pour assurer l'amélioration du système et aider les hôpitaux à mesurer le succès, à mettre en pratique des idées

de changement novatrices et à atteindre l'excellence des soins.

Les objectifs transformateurs désignés dans le plan stratégique comprennent un but principal en matière de qualité du système de soins de santé de l'Ontario – soit l'amélioration des résultats et de l'expérience, et l'optimisation des ressources.

Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec ses partenaires du système, a été la force motrice derrière l'objectif de faire de la qualité des soins de santé de l'Ontario une priorité claire et partagée, soutenue par les dirigeants, les fournisseurs et les patients. Les PAQ sont un élément de changement important, mais ils ne sauraient être le seul : Qualité des services de santé Ontario est un catalyseur essentiel de changement à l'échelle du système. À l'avenir, QSSO :

- orientera le système vers un programme commun d'amélioration de la qualité (en établissant des priorités, des objectifs et des buts, et en mobilisant les dirigeants du système autour d'un programme commun);
- accroîtra les données probantes et les connaissances (en générant des données probantes et les connaissances requises pour assurer des soins de qualité et améliorer la santé de la population, ou en accédant à ces données et à ces connaissances);
- suscitera l'amélioration (en mettant au point les outils et les mécanismes de soutien nécessaires à l'accélération de l'adoption de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes et en favorisant le renforcement de la capacité d'amélioration de la qualité au sein du système);
- catalysera la diffusion (en mettant en place des mesures d'orientation, de soutien et de collaboration au sein du système afin de diffuser les connaissances sur les pratiques exemplaires, les outils d'évaluation et les stratégies de mise en œuvre);

- évaluera le progrès (en offrant en temps opportun une surveillance du système de soins de santé et des mesures et des rapports sur celui-ci de manière pertinente, ainsi qu'en évaluant le progrès et en en faisant rapport au public).

La LEST jette les bases d'un virage culturel important au sein du système de soins de santé de l'Ontario. D'excellents PAQ bien mis en œuvre renforceront la capacité du milieu hospitalier à offrir aux patients des soins de grande qualité. L'objectif de la législation est de marier qualité et valeur de telle sorte que les patients se retrouveront au cœur du système de soins de santé – leurs besoins passent en priorité et les services sont conçus pour y répondre. Maintenant et à l'avenir, les Ontariens devraient s'attendre à des soins axés sur la personne. Les résultats pour les patients, leur expérience et la qualité des soins offerts détermineront la manière dont les services sont rendus, dont le système les planifie et comment il en assure la responsabilité.

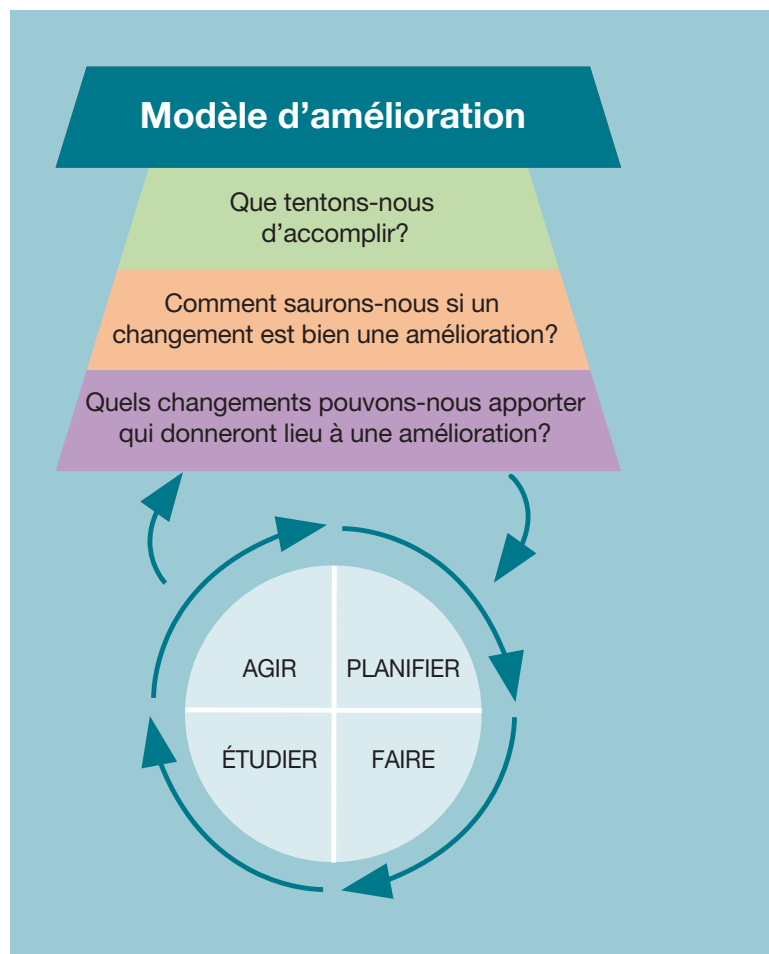
Ultimement, l'élaboration et la mise en œuvre des PAQ devraient créer un système de soins de santé qui a pour objectif de garder les Ontariens en santé, de fournir un accès approprié et en temps opportun à d'excellents soins de santé primaires, et de fournir les bons soins, au bon moment, au bon endroit, tout en faisant la promotion d'améliorations ciblées, en favorisant le renforcement des capacités à offrir des soins axés sur la personne et en s'efforçant d'atteindre le meilleur résultat théorique.

LES PLANS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET LE MODÈLE D'AMÉLIORATION

Le concept et la structure des PAQ de l'Ontario sont fondés sur le cadre d'amélioration des initiatives relatives à la qualité, originalement élaboré par des maîtres à penser de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI). Le modèle pose trois questions simples. Les deux premières – « Que tentons-nous d'accomplir? » et « Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration? » – sont intégrées à la LEST. Les hôpitaux sont tenus d'établir des buts précis : un objectif d'amélioration quantitatif clair à atteindre dans une période précise de l'exercice financier. Les hôpitaux sont également tenus de choisir des processus et des indicateurs de résultats pour les aider à progresser vers leurs objectifs et leurs cibles.

La réponse à la troisième question – « Quels changements pouvons-nous apporter pour améliorer les choses? » – décrit la stratégie de changement de l'organisation. Lorsqu'ils élaborent leurs stratégies de changement, les hôpitaux devraient examiner deux dimensions de changement :

- Des modifications précises aux pratiques ou aux activités cliniques qui, selon des données probantes scientifiques, conduiront à une amélioration (p. ex., prescrire le bon médicament ou effectuer un examen au bon moment pour un patient).
- Des modifications précises aux pratiques organisationnelles qui assureront que les pratiques cliniques exemplaires soient adoptées non pas de temps en temps, mais bien tout le temps (p. ex., s'assurer que les personnes possèdent les compétences nécessaires pour accomplir une tâche ou concevoir à nouveau la manière dont les soins sont assurés, pour que les renseignements essentiels soient toujours transmis d'une personne à la suivante).



ÉTABLIR DES OBJECTIFS

L'établissement des objectifs est une composante importante du PAQ de chaque hôpital. Une partie du rôle de QSSO est de guider les hôpitaux sur la manière d'établir des objectifs « ambitieux » – de viser des résultats inspirants et avant-gardistes, mais atteignables qui surpassent le rendement passé et jettent les bases qui leur permettront d'obtenir le meilleur rendement possible dans les domaines d'amélioration prioritaires.

Bien que QSSO travaille avec les hôpitaux pour les encourager à atteindre d'excellents objectifs ambitieux, l'organisme ne prend pas la décision de déterminer ce que devraient être ces objectifs. Chaque hôpital doit déterminer les objectifs ambitieux qu'il se fixera pour chaque exercice financier, selon la vision stratégique de l'hôpital et le degré de rendement qu'il affiche à l'heure actuelle et auquel il aspire ou qu'il souhaite atteindre.

QSSO encourage les hôpitaux à réfléchir sur le niveau de rendement qui est acceptable pour eux et pour leurs patients, et ce qui sera nécessaire pour atteindre ce niveau. Les hôpitaux ont besoin de se demander si le maintien du même niveau de rendement d'une année à l'autre est suffisant : est-ce que se situer dans la moyenne provinciale est acceptable pour les patients qu'ils desservent et le personnel qui offre ces services? Les hôpitaux devront inclure leur justification lorsqu'ils auront déterminé les objectifs des indicateurs prioritaires. (Remarque : certaines questions incitant à la réflexion se trouvent dans les diagrammes fournis pour chacun des indicateurs, à partir de la page 40.)

Pour une compréhension plus détaillée des objectifs ambitieux, et des raisons pour lesquelles ils sont importants, veuillez consulter la page 31.

ANALYSE DES PAQ DE 2012-2013 : SUCCÈS ET DÉFI DE LA DEUXIÈME ANNÉE

En cette deuxième année de l'application de la LEST, les hôpitaux devront se concentrer sur cinq attributs essentiels des soins de qualité : la sécurité, l'efficacité, l'accès, les soins axés sur le patient et les soins intégrés. Il a été recommandé qu'au moins un indicateur de base soit inclus dans chacun de ces attributs et que les hôpitaux attribuent à ces indicateurs une priorité de 1, 2 ou 3. La rémunération des cadres des hôpitaux dépend de l'atteinte de ces objectifs d'amélioration de la qualité. Cette exigence encourage à la fois l'amélioration et la responsabilisation à l'égard de la remise des PAQ, et augmente la motivation à tous les niveaux pour atteindre des objectifs ambitieux, mais réalisables. Les hôpitaux doivent inclure une description des initiatives d'amélioration planifiées (idées de changement) pour les objectifs pour lesquels ils ont l'intention d'améliorer la qualité. Ils doivent également fournir un rapport sur les progrès réalisés depuis la mise en œuvre des PAQ de 2011-2012.

Qualité des soins de santé Ontario a reçu et passé en revue les PAQ et les rapports d'étape remis par 143 hôpitaux cette annéeⁱ, ce qui offre un aperçu des activités et du rendement des hôpitaux de partout dans la province.

Les plans de l'année en cours étaient généralement plus solides que ceux de l'année dernière en ce sens que les plans de changement étaient complets et équilibrés; un choix d'idées de changement se trouve dans le présent rapport. Dans l'esprit d'améliorer la qualité, QSSO a également désigné des domaines d'amélioration susceptibles d'augmenter l'incidence du PAQ à titre d'outil d'amélioration de la qualité.

ⁱ En raison d'un certain nombre de fusions dans le secteur hospitalier, ce nombre est inférieur aux 152 plans soumis l'année dernière.

OBJECTIF DE L'ANALYSE DES POINTS À AMÉLIORER

La présente analyse des PAQ de 2012-2012 se veut un outil d'apprentissage. Son objectif est de :

- diffuser des idées de changement novatrices et mettre en évidence des plans d'amélioration solides ainsi que des exemples de réussite;
- communiquer les progrès réalisés depuis la première année (2011-2012);
- mettre en lumière des exemples de plans qui tiennent compte des composants du modèle d'amélioration et qui sont conformes à la science de l'amélioration de la qualité;
- souligner les domaines d'amélioration permanents visés par les PAQ.

L'analyse examine les aspects des plans d'amélioration de la qualité présentés ci-dessous :

- **Progrès réalisés** : Quelles améliorations ont été maintenues depuis 2011-2012? Quels changements ont conduit à l'amélioration?
- **Établissement des priorités** : Combien de priorités les hôpitaux ont-ils généralement choisies dans leur PAQ et quels sujets ont-ils choisis?
- **Établissement des objectifs** : Quels types d'objectifs les hôpitaux ont-ils établis? Existe-t-il des exemples d'objectifs ambitieux bien articulés? Comment les hôpitaux peuvent-ils améliorer l'établissement de leurs objectifs?
- **Plans de changement** : Quels types d'idées de changement les hôpitaux décrivent-ils? Comment les hôpitaux peuvent-ils renforcer leurs idées de changement?

Progrès réalisés depuis 2011-2012

Les hôpitaux ont réalisé des progrès cette année. En avril 2012, les hôpitaux ont déclaré des résultats provisoires sur les indicateurs choisis dans leurs PAQ de 2011-2012. Les tableaux ci-dessous présentent des exemples tirés de rapports d'étape des hôpitaux ayant des stratégies de changement claires et ayant réussi d'importantes améliorations. Étant donné que certains indicateurs devaient être déclarés en 2010-2011 ou au premier trimestre de 2011-2012 et que les rapports n'auraient pas reflété les changements mis en œuvre en 2011-2012, certains indicateurs – les escarres de décubitus, les chutes, le RNMH et la réadmission – n'ont pas été inclus dans la présente partie du rapport. Une analyse complète des progrès réalisés sera possible une fois que les données de fin d'exercice financier deviendront disponibles; elle sera diffusée dans l'analyse de l'année prochaine à l'intention des hôpitaux. Les résultats finaux seront vraisemblablement meilleurs que ces résultats provisoires.

AMÉLIORATION DU TAUX D'INFECTION DE LA CIRCULATION SANGUINE LIÉE À UN CATHÉTER CENTRAL ET DU TAUX DE PNEUMONIE SOUS VENTILATION ASSISTÉE

On a noté une amélioration du taux d'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central et du taux de pneumonies sous ventilation assistée quand les ensembles de pratiques exemplaires tirées de *Soins de santé plus sécuritaires – maintenant!* ont été appliquées de manière constante. On a surmonté les défis de la mise en œuvre en fournissant des évaluations continues des pratiques, des indices visuels et une rétroaction fréquente au personnel des points de service (voir les tableaux 1 et 2). Les plans d'amélioration comprennent des idées de changement, notamment l'utilisation d'indices visuels.

TABLEAU 1 : EXEMPLE DE RÉUSSITE[†] – INFECTIONS DE LA CIRCULATION SANGUINE LIÉES À UN CATHÉTER CENTRAL

Hôpital	Année de référence (janv. à déc. 2010)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (janv. à déc. 2011)
Hôpital de Scarborough* (grand hôpital communautaire)	1,93	0,75	• Surveillance continue des ensembles d'insertion et d'entretien <i>Soins de santé plus sécuritaires – maintenant!</i> . • Pansements à la chlorhexidine pour aider à prévenir les infections de la circulation sanguine liées à un cathéter central. • Bains à la chlorhexidine pour les patients présentant un risque élevé et ceux ayant un cathéter central posé. • Établissement du pourcentage de cathéters centraux infectés par type de cathéter. • Établissement du pourcentage de cathéters centraux infectés par type de patient.	1,14

[†] Les exemples de réussites sont tirés des rapports d'étape présentés par les hôpitaux le 1^{er} avril 2012. Un succès est reconnu lorsque d'importants progrès ont été réalisés par rapport aux objectifs établis dans le premier PAQ.

* On peut trouver des détails supplémentaires sur les initiatives de changement et les coordonnées sur l'outil Cartes des améliorations de QSSO (<http://www.hqontario.ca/fr/ecfaa.html>).

TABLEAU 2 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – PNEUMONIES SOUS VENTILATION ASSISTÉE

Hôpital	Année de référence (janv. à déc. 2010)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (janv. à déc. 2011)
Hôpital général de Kingston* (enseignement de soins actifs)	2,02	1,82	• Application continue de l'ensemble de prévention des PVA. • Aide-mémoire placé au chevet de chaque patient et faisant l'objet de discussion au cours des rondes multidisciplinaires. • Désignation d'un médecin champion par jour. • Mise sur pied d'une ordonnance d'admission pré-imprimée. • Supervision de données et (ou) des tendances par le coordonnateur de la sécurité des patients. • Révision trimestrielle par le programme de soins critiques, l'amélioration de la qualité et le comité de la sécurité. • Célébration organisée pendant la semaine de la sécurité des patients.	1
London Health Sciences Centre (enseignement de soins actifs)	1,6	0,99	• Mise en œuvre complète de l'ensemble des pratiques <i>Soins de santé plus sécuritaires – maintenant!</i> • Statistiques, aide-mémoire et examens de cas par le personnel et les médecins en soins critiques.	0,31
Hôpital St. Michael* (enseignement de soins actifs)	0,44	0,44	• Augmentation de la conformité existante à l'ensemble de prévention des PVA. • Instauration d'un processus de mesure de la conformité des traitements buccodentaires. • Élaboration d'essais de ventilation spontanée et de protocoles de sédation. • Taux de PVA et taux de conformité aux ensembles ajoutés au tableau de bord du service.	0

TABLEAU 2 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – PNEUMONIES SOUS VENTILATION ASSISTÉE (SUITE)

Hôpital	Année de référence (janv. à déc. 2010)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (janv. à déc. 2011)
Hôpital St. Michael* (enseignement de soins actifs) (suite)	0,44	0,44	• Utilisation d'indices visuels apposés sur les lits en guise de rappels pour le personnel et les familles. • Élaboration d'un aide-mémoire des pratiques exemplaires intégré sur les feuilles de travail en soins critiques.	0
Toronto East General Hospital (grand hôpital communautaire)	4,47	4,25	• Affichage public des taux de vérification de l'hygiène des mains au service de soins intensifs. • Élaboration d'une stratégie pour détecter les points de transmission. • Élaboration d'une stratégie pour normaliser les connaissances sur le protocole d'arrêt de sédation et sa mise en œuvre. • Étude de la faisabilité d'utiliser des tubes de trachéotomie sous-glottiques. • Calcul de l'incidence sur les patients du service de soins intensifs sans sonde gastrique orale.	1,96

* On peut trouver des détails supplémentaires sur les initiatives de changement et les coordonnées sur l'outil Cartes des améliorations de QSSO (<http://www.hqontario.ca/fr/ecfaa.html>).

Parfois, un changement important résulte d'une crise qui entraîne un besoin d'amélioration; c'est souvent le cas des infections nosocomiales. Ainsi, le Muskoka Algonquin Healthcare a réduit avec succès son taux d'infection à *C. difficile* (après avoir vécu une première éclosion en 2010) en apportant d'importantes modifications à ses infrastructures et en mettant en œuvre les changements résumés au tableau 3. En outre, les stratégies utilisées pour réduire une infection nosocomiale se traduiront souvent en améliorations pour toutes les infections nosocomiales, comme ce fut le cas à l'Alliance Chatham-Kent pour la santé. Chatham-Kent a amélioré son taux d'infection à *C. difficile* en déterminant

et en traitant la cause profonde du taux élevé d'ERV. Chatham-Kent a déterminé que les pratiques de traitement des bassins hygiéniques de l'hôpital contribuaient à des taux d'infection supérieurs et a mis en place des stratégies pour régler le problème, ce qui s'est traduit par une réduction des taux d'infection à *C. difficile* et d'ERV (voir « Étude de cas : Alliance Chatham-Kent pour la santé », à la page 14). (Remarque : QSSO a obtenu les études de cas présentées dans la présente analyse des hôpitaux auxquels il a demandé de remplir un modèle des exemples de réussites et d'apporter de plus amples renseignements sur ces exemples, au besoin.)

TABLEAU 3 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – INFECTION À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Hôpital	Année de référence (janv. à déc. 2010)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (janv. à déc. 2011)
Muskoka Algonquin Healthcare* (grand hôpital communautaire)	0,51	Égal ou inférieur au taux provincial (0,34 pour 1 000 jours-patients pour 2011)	• Amélioration de la conformité quant au nettoyage des surfaces à contact fréquent. • Amélioration des délais d'obtention des résultats de laboratoire. • Utilisation continue d'ordonnances normalisées pour le traitement de patients infectés au <i>C. difficile</i>. • Examen mensuel du rendement global à titre d'indicateur institutionnel clé lié à la rémunération des cadres. • Mises à jour sur les progrès transmises à tout le personnel par bulletin interne.	0,31
Alliance Chatham-Kent pour la santé* (grand hôpital communautaire)	Chatham : 0,62; Sydenham : 0,81	Chatham : 0,46; Sydenham : 0,55	• Utilisation des pratiques exemplaires de traitement lorsqu'on soupçonne une infection à <i>C. difficile</i>, en faisant imprimer automatiquement l'ordonnance au service des urgences, chaque fois qu'une demande est inscrite pour un spécimen de <i>C. difficile</i>. • Vérifications du nettoyage des chambres des patients à l'aide d'un marqueur UV à titre de mesure pour assurer un nettoyage amélioré et approprié dans les chambres des patients. • Ajout de sept appareils de rinçage de bassins hygiéniques pour la totalité de l'hôpital. • Faire participer le personnel à l'élaboration des méthodes de traitement plus sécuritaires pour les bassins hygiéniques.	Chatham : 0,50; Sydenham : 0,06

* On peut trouver des détails supplémentaires sur les initiatives de changement et les coordonnées sur l'outil Cartes des améliorations de QSSO (<http://www.hqontario.ca/fr/ecfaa.html>).

TABLEAU 3 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – INFECTION À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (SUITE)

Hôpital	Année de référence (janv. à déc. 2010)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (janv. à déc. 2011)
Centre régional de santé Royal Victoria (grand hôpital communautaire)	0,52	0,35 à 0,49 par 1 000 jours-patients	• Sensibilisation : Taux d'infection à <i>C. difficile</i> déclaré publiquement chaque mois sur le site Web et annuellement dans le PAQ. • Dépistage : examen quotidien (lundi au vendredi) de l'utilisation de l'outil de dépistage des infections à l'admission pour certains patients hospitalisés par des praticiens de la prévention et de la lutte contre les infections. • Surveillance : taux par un service de patients hospitalisés affichés mensuellement. • Taux de l'institution affiché mensuellement sur le site Web. Taux trimestriel transmis au conseil d'administration. • Prévention : formation sur l'hygiène des mains et le MPI exigée annuellement pour le personnel des soins directs. • Processus : mise en œuvre des recommandations de l'équipe de ressources de lutte contre les infections, chaque fois que c'est possible.	0,18

Étude de cas sur l'infection à *C. difficile* : Alliance pour la santé de Chatham-Kent

L'Alliance pour la santé de Chatham-Kent est un grand hôpital communautaire regroupant trois établissements. L'Alliance dessert les résidents de Chatham-Kent, de Lambton Sud et de l'île de Walpole, dans le Sud-Ouest de l'Ontario.

La lutte de Chatham-Kent contre l'infection à *C. difficile* a commencé en 2009-2010, lorsqu'une enquête sur les taux élevés de colonisations aux entérocoques résistant à la vancomycine a mené à la découverte de pratiques problématiques de traitement des bassins hygiéniques. Il est facile de comprendre que l'environnement de soins des patients puisse être contaminé par les activités de routine; par conséquent, une attention supplémentaire au nettoyage de l'environnement a été incluse dans le PAQ de l'Alliance pour 2011-2012.

Défis et stratégies

Environnement : Le service de soins des patients comprenant 60 lits ne disposait que d'un seul appareil de rinçage de bassins hygiénique, et il se trouvait assez loin d'un grand nombre des chambres de patients. Une équipe multidisciplinaire a été formée pour se pencher sur la question des pratiques de traitement des bassins hygiéniques. Après avoir réalisé un sondage auprès du personnel sur les pratiques de prévention des infections et après avoir passé en revue la littérature à ce sujet, une méthode plus sûre de lavage et de désinfection automatisée a été adoptée en 2010. En raison du coût prohibitif de l'ajout de dispositifs de lavage et de désinfection dans tous les secteurs de soins des patients, on a également fait appel à une seconde méthode provisoire, l'utilisation de revêtements pour bassins hygiéniques, pendant les deux à trois années nécessaires pour faire l'achat de tous les biens d'équipement.

Comportement : Un grand nombre de membres du personnel n'aimaient pas l'idée de transporter un bassin hygiénique plein dans le corridor. On a montré aux membres du personnel des vidéos montrant des pratiques courantes de traitement des bassins hygiéniques, pour pouvoir obtenir leur soutien pour réaliser un changement et pour cerner les besoins de formation en lien avec les pratiques exemplaires de traitement des bassins. Par la suite, 90 % des membres du personnel infirmier ont exigé une démarche de traitement des bassins hygiéniques plus sûre et plus rapide. Le retrait complet des lances et des supports à bassin des chambres de patients a également contribué à assurer que la pratique non sécuritaire soit abandonnée.

Connaissances : Le matériel de protection individuelle n'était pas utilisé avec constance. Les membres de tous services ont reçu une formation sur l'utilisation appropriée du matériel de protection individuelle et une politique sur le traitement sécuritaire des déchets humains a été élaborée. On a utilisé un système de vérification par marqueur UV pour former le personnel de l'entretien ménager et contribuer à augmenter le pourcentage de surfaces à contact fréquent nettoyées régulièrement.

Mécanique : Un grand nombre de membres du personnel ont signalé que l'appareil de nettoyage était souvent hors service pour des motifs d'entretien et de réparation; toutefois, cela était principalement dû à des fautes commises par l'utilisateur.

Ressources : Le coût des appareils supplémentaires de nettoyage et de désinfection était important. Pour s'assurer le soutien de la direction à l'égard des biens d'équipement, on a réalisé une analyse coûts-avantages, examiné le coût si l'on poursuivait le nettoyage manuel des bassins hygiéniques (en portant le matériel de protection individuelle) et comparé ce coût à celui de l'achat d'appareils de nettoyage et de désinfection.

AMÉLIORATION DE L'HYGIÈNE DES MAINS

Les hôpitaux qui ont réussi à améliorer l'hygiène des mains démontraient un engagement organisationnel solide envers l'amélioration. Les caractéristiques de ces hôpitaux comprenaient la responsabilisation à l'égard des résultats à tous les niveaux de l'hôpital, la surveillance constante de leurs tests de changement et des résultats qui en découlaient, ainsi qu'une rétroaction immédiate et individuelle aux membres du personnel (voir tableau 4).

Le plan de changement de l'hôpital Bluewater Health qui visait à améliorer sa conformité avec le protocole

sur l'hygiène des mains faisait notamment appel à des champions parmi le personnel infirmier, les médecins et le personnel de soutien. Ces chefs de file ont reçu une formation officielle de vérification de l'hygiène des mains (pairs vérifiés par des pairs) et une rétroaction immédiate a été fournie aux personnes qui n'auraient pas respecté l'un des « quatre moments ». Le fait d'inclure l'hygiène des mains dans l'Initiative de collaboration pour les médecins traitants responsables (MTR) a permis d'obtenir du financement pour des postes de lavage de mains supplémentaires et a facilité la participation des médecins (voir « Étude de cas d'hygiène des mains : Hôpital Bluewater Health », page 17).

TABLEAU 4 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – HYGIÈNE DES MAINS

Hôpital	Année de référence (janv. à déc. 2010, sauf indication contraire)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (janv. à déc. 2011)
Baycrest (soins complexes de longue durée et réadaptation)	30,67 % (2009-2010)	70 %	- Mise en œuvre de la responsabilisation des patients dans tous les services de soins. - Résultats sur l'hygiène des mains propres à un service affichés dans les services de soins des patients.	75,70 %
Bluewater Health* (petit hôpital communautaire)	45 % (2009-2010)	Augmentation de la conformité parmi le personnel infirmier, le personnel de soutien et les médecins dans deux secteurs ciblés, soit 75 % ou mieux	- Augmentation des taux par la mise en œuvre d'un plan d'action détaillé et d'une campagne ciblant chaque groupe (infirmières, médecins et personnel de soutien). Ce plan comprend une formation adaptée à l'emploi et la vérification des interventions, en plus d'autres mesures. - En lien avec l'Initiative de collaboration pour les médecins traitants responsables de la conformité ciblant les médecins.	82,76 %

TABLEAU 4 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – HYGIÈNE DES MAINS (SUITE)

Hôpital	Année de référence (janv. à déc. 2010, sauf indication contraire)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (janv. à déc. 2011)
Hôpital Grand River (grand hôpital communautaire)	45 % (2009-2010)	Amélioration de 5 % par trimestre	• Vérifications de l'hygiène des mains grâce aux moments de formation en temps réel, publication des résultats par programme ou service clinique. • Élaboration d'un plan de marketing pour augmenter la sensibilisation et la conformité. • Mise en œuvre de la priorité accordée par l'hôpital à l'hygiène des mains. • Élaboration d'un plan de durabilité pour l'engagement des infirmiers en fin de carrière à titre de champions. • Élaboration d'une série de formations interactives sur l'hygiène des mains.	79,78 %
Hôpital de réadaptation pour enfants Holland Bloorview* (soins complexes de longue durée et réadaptation)	53,6 % (2009-2010)	80 %	• Initiative dirigée par le conseil d'administration après l'augmentation des épisodes d'éclotions nocosomiales. • Vérification des observations à l'aide des protocoles « Se nettoyer les mains » du MSSLD. • Vérifications du suivi des modules d'apprentissages en ligne, journée de sensibilisation à l'hygiène des mains. • Inclusion de tous les membres du personnel et des familles dans la stratégie d'hygiène des mains. • Tableaux de vérification des processus utilisés pour comparer les changements avec les résultats découlant de tous les paliers de l'hôpital. • Initiative liée au plan stratégique. • Vérificateur dédié ajouté aux membres du personnel.	90,75 %

* On peut trouver des détails supplémentaires sur les initiatives de changement et les coordonnées sur l'outil Cartes des améliorations de QSSO (<http://www.hqontario.ca/fr/ecfaa.html>).

Étude de cas sur l'hygiène des mains : Bluewater Health

Bluewater Health est un petit hôpital communautaire qui comprend l'hôpital Bluewater Health de Sarnia et l'Hôpital Charlotte Eleanor Englehart de Petrolia.

Année après année, malgré des efforts intensifs, les taux de conformité générale d'hygiène des mains de Bluewater sont restés résolument faibles. Bien que de nombreuses stratégies pour augmenter la conformité aient produit de petits gains, Bluewater luttait pour conserver ces réussites et continuer de s'améliorer, notamment en facilitant la participation des médecins à l'Initiative de collaboration pour les médecins traitants responsables.

Défis et stratégies

Comportement : Il était difficile de modifier les habitudes des employés. Le plan mis en œuvre en 2011-2012 était différent des démarches précédentes puisqu'il contenait trois axes distincts, mais coordonnés, ciblant les différents groupes d'employés, soit le personnel infirmier, les médecins et le personnel de soutien. L'initiative d'hygiène des mains s'est associée à l'Initiative de collaboration pour les MTR et a élaboré un plan d'action centré sur l'amélioration de la conformité des médecins. Pour tester les actions intensives sur les trois axes, Bluewater s'est par la suite concentré sur les services de réadaptation et de chirurgie des patients hospitalisés. Des champions de l'hygiène des mains ont été identifiés pour chaque axe et on leur a donné une formation officielle sur la vérification de l'hygiène des mains (pairs vérifiés par des pairs) et une rétroaction immédiate a été fournie aux personnes qui n'auraient pas respecté l'un des quatre moments. Les chefs de file des secteurs ciblés ont ensuite reçu une formation spécialisée sur la manière d'afficher les bons comportements, et ils ont reçu un aide-mémoire leur rappelant les activités essentielles. Des rappels sur les quatre moments de l'hygiène des mains ont été ajoutés aux séances d'information existantes sur la sécurité, et les fiches signalétiques des séances ont été contrôlées pour s'assurer que l'hygiène des mains y figurait parmi les sujets de discussion. Une campagne d'épinglettes a également été ajoutée pour reconnaître les bonnes pratiques d'hygiène des mains.

Environnement : Le nombre de postes de lavage de mains et leur emplacement étaient insuffisants. Environ 200 postes de désinfectant pour les mains à base d'alcool ont été ajoutés partout dans l'hôpital. Pour une visibilité et une facilité d'utilisation accrues, l'emplacement de ces postes a été déterminé par les commentaires des médecins.

Connaissances : Un grand nombre de membres du personnel ignoraient qu'ils ne se conformaient pas aux quatre moments. L'équipe de prévention et de lutte contre les infections a donné à chaque axe une formation ciblée sur l'importance de se conformer à l'hygiène des mains et aux attentes à cet égard. Ses membres ont également partagé des exemples, pour aider à faire comprendre pourquoi chaque membre du personnel devrait se sentir interpellé. L'équipe s'est penchée sur des questions précises pertinentes pour le groupe d'employés, notamment « Quelles sont les attentes à l'égard de l'hygiène des mains pendant la livraison des cabarets de repas? ». On a remis des trousse d'information sur l'hygiène des mains à chaque médecin. Un nouveau concours sur l'hygiène des mains s'est déroulé tous les trois mois; il dirigeait le personnel vers l'intranet, où étaient diffusés des renseignements sur les quatre moments avant de pouvoir accéder au formulaire de participation et l'imprimer. Un rapport trimestriel normalisé présentant en détail les principales activités et un résumé des résultats sur la conformité par l'axe d'employés étaient diffusés dans tout l'hôpital.

Ressources : Le prix de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'amélioration de la qualité a été ré-examiné. La rémunération du directeur général et des membres de la direction a été associée à l'amélioration de la conformité à l'égard de l'hygiène des mains, ce qui a contribué à obtenir le soutien de la direction et suscité l'intérêt pour l'évolution de l'initiative, notamment l'hygiène des mains en facilitant la participation des médecins à l'Initiative de collaboration pour les médecins traitants responsables.

RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE DANS LES SERVICES DES URGENCES

En Ontario, un grand nombre de services des urgences sont confrontés à des temps d'attente. Le manque de lits disponibles pour les patients admis joue un rôle important dans les délais prolongés. L'Hôpital Memorial de Cambridge a réduit ses temps d'attente pour les patients admis en mettant en œuvre une démarche guidée par la demande (démarche par laquelle le service de patients hospitalisés va chercher le patient au service

des urgences en s'assurant que son lit est prêt exactement lorsqu'on en a besoin). Cette démarche a été rendue possible grâce à des responsables de la circulation des patients, qui travaillent dans les services de patients et surveillent les admissions et les congés des patients des urgences. L'Hôpital communautaire de Cornwall a investi dans l'amélioration des processus et dans la formation des chefs de projet pour ses cadres intermédiaires, et l'Hôpital Général de Hawkesbury a encouragé le travail d'équipe entre les services (voir tableau 5).

TABEAU 5 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – TEMPS D'ATTENTE DANS LES SERVICES D'URGENCE

Hôpital	Année de référence (janv. à déc. 2010)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (janv. à déc. 2011)
Hôpital Memorial de Cambridge (grand hôpital communautaire)	42,9 heures	30 heures	- Mise en œuvre d'un processus pour assurer que le plan de congé de chaque patient du service médical soit terminé dans les 48 heures suivant l'admission. - Examen concentré sur les hôpitaux affichant les meilleurs rendements pour cerner des stratégies pour le HMC. - Création de postes de responsables de la circulation des patients et de chefs de services découlant de la démarche guidée par la demande pour surveiller la circulation des patients du service des urgences. - Envoi automatique d'un courriel au responsable de la circulation lorsqu'un patient hospitalisé reçoit son congé. - Rencontre hebdomadaire relative aux activités en lien avec la circulation des patients, pour passer en revue les retards de placement et y remédier.	26,3 heures

TABLEAU 5 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – TEMPS D'ATTENTE DANS LES SERVICES D'URGENCE (SUITE)

Hôpital	Année de référence (janv. à déc. 2010)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (janv. à déc. 2011)
Hôpital communautaire de Cornwall* (grand hôpital communautaire)	72,9 heures	65,6 heures	- Le HCC a présenté une demande et obtenu le programme complet Wave IV (2011-2012) dans le cadre du programme d'amélioration des processus des services des urgences. Le programme d'amélioration des processus des services des urgences fournit aux hôpitaux une démarche structurée intensive et des ressources pour améliorer la circulation des patients à partir du moment où les patients arrivent au service des urgences jusqu'à leur congé des services de patients hospitalisés. - Mise en œuvre d'une zone d'évaluation rapide et d'un outil de déclaration de l'accès quotidien. - Formation des cadres en amélioration des processus allégés, gestion de projet et stratégies de gestion du changement. - Rondes dans la salle d'attente du service des urgences toutes les heures.	42,2 heures
Hôpital Général de Hawkesbury et du district (grand hôpital communautaire)	57,4 heures	37 heures	- Initiative d'aide à la vie autonome avec le RLIS. - Rencontres deux fois par jour sur la gestion des lits au moment du changement de quart de travail, pour optimiser l'utilisation des lits. - Atteinte des normes de niveau de service. - Établissement d'une initiative pour que les patients des ESF évitent de se présenter à l'hôpital.	36,7 heures

* On peut trouver des détails supplémentaires sur les initiatives de changement et les coordonnées sur l'outil Cartes des améliorations de QSSO (<http://www.hqontario.ca/fr/ecfaa.html>).

TABEAU 5 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – TEMPS D'ATTENTE DANS LES SERVICES D'URGENCE (SUITE)

Hôpital	Année de référence (janv. à déc. 2010)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (janv. à déc. 2011)
Hôpital Général de Hawkesbury et du district (grand hôpital communautaire) (suite)	57,4 heures	37 heures	• Participation à un comité directeur du RLISS sur les SU/ANS. • Initiative continue de gestion des urgences gériatriques avec le PRG, surveillance et examen de l'accès aux différents niveaux de soins. • Examen continu des résultats du sondage sur la satisfaction des patients pour connaître leur point de vue. • Élaboration de trajectoires cliniques générales pour les patients répondant aux critères d'inclusion de l'unité de décisions cliniques. • Priorité organisationnelle; direction, y compris un représentant du comité consultatif au comité de l'amélioration.	36,7 heures

AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SOINS

Un grand nombre d'hôpitaux de l'Ontario luttent pour trouver à des personnes qui n'ont plus besoin de soins actifs une place dans des établissements de soins communautaires ou de longue durée. La planification

du congé à l'aide de plans de soins personnalisés et l'engagement des familles des patients dès l'admission se sont traduits par une réussite. Pour une amélioration continue, l'intégration au sein du système de soins de santé est essentielle (voir tableau 6).

TABLEAU 6 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS N'AYANT PAS BESOIN DE SOINS ACTIFS

Hôpital	Année de référence (T2 de 2010-2011)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (T2 de 2011-2012, sauf indication contraire)
Hôpital Memorial du district de Leamington (petit hôpital communautaire)	31,60 %	20 %	• Poursuite de la mise en œuvre d'initiatives relatives à la circulation des patients dans les services de patients hospitalisés. • Inciter l'hôpital à accorder les congés avant 11 h. • Mise en œuvre d'un système de gestion de l'utilisation régionale.	10,90 %
North Wellington Health Care (petit hôpital communautaire)	21,70 %	15 %	• Participation au programme Chez soi avant tout. • Partenariat avec le CASC pour toute la planification des congés. • Maintien de l'appui des infirmiers de gestion des urgences gériatriques du service des urgences. • Représentation pour obtenir des services permanents dans les collectivités rurales.	11,80 %
Hôpital Northumberland Hills* (grand hôpital communautaire)	17,50 %	16,80 %	• Mise en œuvre d'un programme de soins de rétablissement. • Augmentation du personnel pour permettre des services de réadaptation sept jours par semaine. • Mise en œuvre du programme HELP (Hospital Elder Life Program). • Mise en œuvre de la philosophie Chez soi avant tout dans l'ensemble de l'hôpital. • Élaboration et mise en œuvre d'une structure et de processus officiels de planification des congés.	5,00 %

* On peut trouver des détails supplémentaires sur les initiatives de changement et les coordonnées sur l'outil Cartes des améliorations de QSSO (<http://www.hqontario.ca/fr/ecfaa.html>).

TABLEAU 6 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS N'AYANT PAS BESOIN DE SOINS ACTIFS (SUITE)

Hôpital	Année de référence (T2 de 2010-2011)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (T2 de 2011-2012, sauf indication contraire)
Centre régional de santé Royal Victoria (grand hôpital communautaire)	17,07 %	13,8 à 16,3 %	• Gestion des admissions : partenariat avec le CASC de Simcoe Nord Muskoka pour les services d'un coordonnateur des soins des clients du service des urgences sept jours par semaine, de manière à réduire le pourcentage de patients principalement admis aux urgences en raison d'un statut requérant un autre niveau de soins (ANS). • Gestion des congés : partenariat avec le CASC de Simcoe Nord Muskoka pour mettre en œuvre la démarche Chez soi avant tout pour soutenir les établissements de convalescence avec des services de soutien communautaire, au besoin, pour que le patient attende son choix d'un établissement de soins de longue durée au sein de la collectivité. • Pertinence : travail avec les partenaires régionaux pour faciliter la transition au moment opportun des patients des soins critiques de l'Hôpital Royal Victoria dans des établissements régionaux de soins complexes de longue durée.	11,88 %
Hôpital Memorial de Lincoln Ouest* (petit hôpital communautaire)	15,40 %	11 %	• Création d'une équipe de gestion de lits ou de circulation des patients pour améliorer la circulation dans la totalité de l'hôpital. • Collaboration étroite avec les partenaires du CASC pour contribuer au processus Chez soi avant tout.	7,8 % (avril 2011 à févr. 2012)

* On peut trouver des détails supplémentaires sur les initiatives de changement et les coordonnées sur l'outil Cartes des améliorations de QSSO (<http://www.hqontario.ca/fr/ecfaa.html>).

TABEAU 6 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS N'AYANT PAS BESOIN DE SOINS ACTIFS (SUITE)

Hôpital	Année de référence (T2 de 2010-2011)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (T2 de 2011-2012, sauf indication contraire)
Hôpital général de Woodstock (grand hôpital communautaire)	18 %	15 %	• Poursuite de la participation au projet « FLO » dans tous les services de soins actifs pour patients hospitalisés. • Maintien des réunions régulières avec le CASC pour étudier les obstacles au congé des patients des autres niveaux de soins. • Élaboration d'une formation à l'intention des médecins et infirmiers du service des urgences pour augmenter leurs connaissances des services et du rôle du CASC au sein de l'hôpital. • Création d'un poste de liaison entre l'HGW et le CASC pour examiner les cas des patients qui attendent d'être admis dans la collectivité et réfléchir à l'augmentation des services du CASC ou de l'évaluation gériatrique.	13,60 %

AMÉLIORATION DE L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS

Pour réaliser une amélioration importante de l'expérience des patients, les hôpitaux sont encouragés à se concentrer sur certains secteurs en particulier en lien avec les plaintes et les compliments reçus, ainsi que sur la rétroaction obtenue grâce aux sondages de

satisfaction des patients. Il existe plusieurs bons exemples d'hôpitaux dont les résultats à l'égard de la satisfaction des patients ont augmenté grâce à l'amélioration de la communication et de la coordination au moment du congé (voir tableau 7).

TABLEAU 7 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – SATISFACTION DES PATIENTS

Hôpital	Année de référence (Période de 12 mois la plus récente, sauf indication contraire)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (Période de 12 mois la plus récente, sauf indication contraire)
Centre régional de santé de North Bay (grand hôpital communautaire); service des urgences : « Recommanderiez-vous...? »	Service des urgences, T2 2010-2011 : 54,1 %	55,20 %	• Formation du personnel sur les exigences à l'égard des recommandations verbales ou écrites relatives à la sécurité des patients avant leur congé. • Mise à jour des feuillets d'instructions relatives au congé, facilitation de l'accès pour le personnel à ces feuillets et remise de ces feuillets aux patients lorsqu'ils reçoivent leur congé. • Réexamen ou recherche dans les programmes informatiques de feuillets d'instructions relatives au congé. • Élaboration de questions détaillées tirées de la question du sondage sur les signaux de danger à surveiller et ajout au sondage NRC Picker sur le service des urgences, pour cerner les écarts. • Élaboration d'un plan d'action pour examiner les écarts cernés et mise en œuvre du plan.	65,2 % (oct. 2010 à sept. 2011)

TABLEAU 7 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – SATISFACTION DES PATIENTS (SUITE)

Hôpital	Année de référence (Période de 12 mois la plus récente, sauf indication contraire)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (Période de 12 mois la plus récente, sauf indication contraire)
Centre régional de santé de Peterborough (grand hôpital communautaire); « ensemble des soins reçus »	93,60 %	≥ 96 %	• Mise en œuvre de stratégies pour améliorer la satisfaction à l'égard de l'accès aux services et de la capacité d'intervention. Les initiatives de 2011-2012 comprennent : a) mise en œuvre de nouveaux services, notamment le nouveau pavillon de radiothérapie et les services d'orientation en oncologie; et b) les rondes régulières effectuées par le personnel et les chefs des secteurs de soins actifs. • Mise en œuvre d'un processus d'appels de suivi après le congé dans les services de chirurgie. Les initiatives de 2011-2012 comprennent la mise en œuvre, pour l'admission et, au besoin, le secteur des patients hospitalisés, d'un processus d'appels téléphoniques de suivi après le congé avec scénario pour les patients de chirurgie d'un jour présentant un risque élevé. • Mise en œuvre dans les services aux mères et aux enfants de processus améliorés de formation des patients et de communication avant l'admission et avant le congé. Les initiatives de 2011-2012 comprennent : a) le Programme « Purple Crying » et b) la formation et ressources électroniques avant l'admission.	98,5 % (T1 de 2011-2012)

TABLEAU 7 : EXEMPLES DE RÉUSSITES – SATISFACTION DES PATIENTS (SUITE)

Hôpital	Année de référence (Période de 12 mois la plus récente, sauf indication contraire)	Objectif pour 2011-2012	Idées de changement	Résultat (Période de 12 mois la plus récente, sauf indication contraire)
Hôpital St. Francis Memorial (petit hôpital communautaire); « Recommanderiez-vous...? »	80 % (T3 2010-2011)	≥ 80 %	• Promotion d'un environnement positif, axé sur le patient. • Amélioration des affiches pour les instructions aux patients, les temps d'attente, etc. • Élaboration de matériel éducatif à l'intention des patients au moment du congé.	90,1 %
Hôpital de réadaptation St. John (soins complexes de longue durée et réadaptation); « Recommanderiez-vous...? »	94,7 %	> 92 %	• Concentration sur trois dimensions de soins : participation aux décisions et à l'établissement d'objectifs; coordination; et continuité et transition à l'aide d'une gamme d'outils écrits et verbaux, p. ex., tableaux blancs, documents explicatifs sur les médicaments, effets secondaires des médicaments mis par écrit, aide-mémoire au moment du congé, etc. • Élaboration d'un feuillet exposant les objectifs intégrés.	98,9 % (mars à sept. 2011)

Aperçu : Établissement des priorités et des objectifs et plans de changement

ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS

Un PAQ est un outil important de détermination des principales priorités en matière d'amélioration. Celles-ci aident les organismes à se concentrer sur ce qu'ils veulent accomplir. Les hôpitaux ont la possibilité de désigner un niveau prioritaire 1, 2 ou 3 pour les objectifs déterminés dans leurs PAQ. Il est recommandé d'accorder la plus grande importance (priorité n° 1 ou 2) aux indicateurs dont le rendement était inférieur aux objectifs organisationnels. Les indicateurs avec une priorité n° 1 doivent être étroitement liés aux priorités stratégiques organisationnelles et les hôpitaux devront y mettre davantage l'accent en ce qui concerne les plans de changement et les ressources nécessaires à la mise en œuvre que sur les indicateurs avec priorité moins grande. Lorsque les résultats sont maintenus à des taux qui sont conformes aux objectifs organisationnels ou que le rendement se situe aux meilleurs résultats théoriques ou près de ceux-ci, les hôpitaux doivent envisager d'établir un niveau de priorité n° 3.

Aspects à prendre en compte au moment d'établir des priorités

L'établissement des priorités peut être un processus complexe qui exige que les hôpitaux examinent un certain nombre de facteurs différents et qu'ils établissent un équilibre. Les hôpitaux se posent souvent les questions suivantes au moment de choisir des sujets prioritaires :

- Comment le sujet proposé s'harmonise-t-il avec nos objectifs stratégiques?
- Dans quels secteurs notre rendement est-il actuellement inférieur au rendement désiré?
- Quels problèmes de qualité surviennent le plus souvent et quelles en sont les conséquences les plus graves?

De nombreux hôpitaux ont bien expliqué comment leurs PAQ sont harmonisés à leurs priorités stratégiques énoncées dans la partie A de la version abrégée du PAQ, notamment l'Hôpital Lady Minto, l'Hôpital du district du lac des Bois, les Services de santé Royal Ottawa, le Centre de soins continus St-Joseph de Sudbury, l'Hôpital Memorial de Listowel et Providence Care. (Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais plutôt d'une sélection des bons exposés.)

EXTRAITS TIRÉS DE LA PARTIE A DES VERSIONS ABRÉGÉES DU PAQ

Le plan d'amélioration de la qualité et les indicateurs sélectionnés sont harmonisés au Plan d'intégration des services de santé du RLISS du Nord-Est (Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est), à l'entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERSH), au Network 13 Strategic Plan, aux plans stratégiques des partenaires communautaires ainsi qu'aux plans stratégiques d'Agrément Canada et du MIC Group of Health Services.

– Hôpital Lady Minto

Le Plan d'amélioration de la qualité 2012-2013 de l'Hôpital du district du lac des Bois s'harmonise aux objectifs du RLISS et à l'ERSH conclue avec le MSSLD. Il s'harmonise aux objectifs stratégiques organisationnels, à la mission, à la vision et aux valeurs de l'hôpital ainsi qu'au cadre intégré de gestion de la qualité et des risques de l'Hôpital du district du lac des Bois. Il s'harmonise également aux politiques de gouvernance et aux buts du conseil d'administration. Le plan d'amélioration de la qualité soutient les pratiques exemplaires qu'a définies Agrément Canada. Il prévoit une consultation auprès des partenaires de soins de santé et leur participation en vue de l'atteinte des objectifs prévus.

– Hôpital du district du lac des Bois

Les priorités les plus communes en matière d'amélioration

Pour l'année 2012-2013, on avait recommandé aux hôpitaux d'inclure dans leurs PAQ des choix parmi un ensemble d'indicateurs de base, avec au moins

un indicateur de chacun des cinq attributs de qualité : sécurité, efficacité, accessibilité, axé sur les patients et intégré (voir le tableau 8).

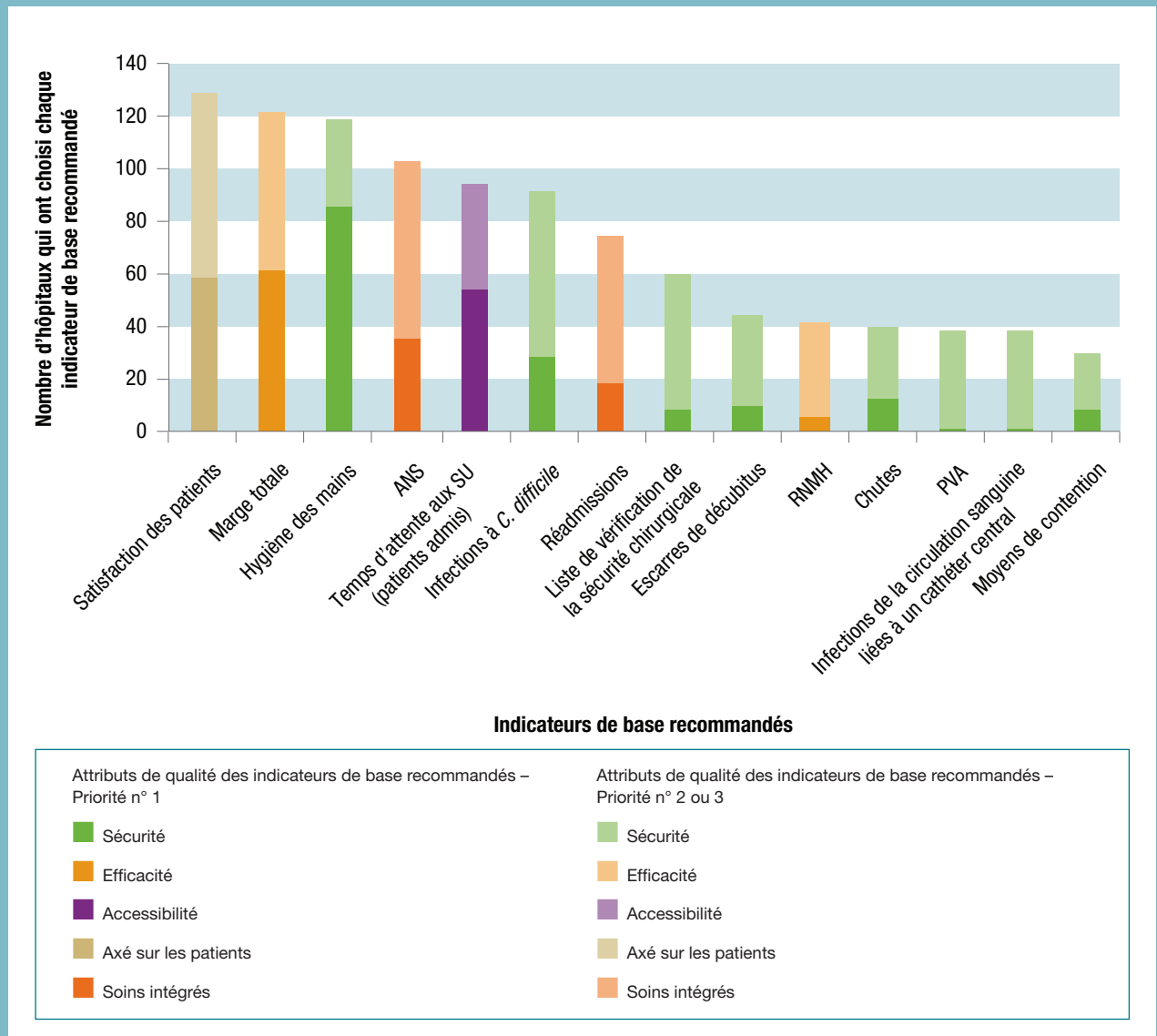
TABEAU 8 : INDICATEUR DE BASE POUR 2012-2013

Attributs de qualité	Indicateurs de base
Sécurité	Infection à <i>Clostridium difficile</i> Pneumonie sous ventilation assistée (PVA) Conformité aux pratiques d'hygiène des mains avant d'entrer en contact avec le patient Infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central Escarres de décubitus Chutes Liste de vérification de la sécurité chirurgicale Moyens de contention
Efficacité	Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) Marge totale de l'hôpital
Accessibilité	90 ^e percentile pour la durée du séjour des patients admis aux SU
Axé sur les patients	Satisfaction des patients
Soins intégrés	Taux de réadmission après 30 jours dans un établissement (groupes précis de maladie analogues) Pourcentage de journées d'attente d'autres niveaux de soins (ANS)

La figure 1 illustre la fréquence à laquelle les hôpitaux ont choisi chaque indicateur de base comme priorité n° 1, 2 ou 3 en 2012. Le choix d'indicateurs de base entre les hôpitaux de soins actifs de différentes tailles variait peu. Les sujets les plus courants étaient l'hygiène des mains, la marge totale, la satisfaction des patients, les temps d'attente au service des urgences (SU) et le pourcentage de lits destinés aux patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS). Dans les hôpitaux psychiatriques, l'utilisation de moyens de contention était l'un des indicateurs les plus communs. Les chutes et les escarres de décubitus étaient des sujets communs entre les établissements de réadaptation et de soins complexes de longue durée (SCLD).

En règle générale, les sujets sur lesquels les hôpitaux peuvent se concentrer de façon autonome (p. ex., l'hygiène des mains) étaient beaucoup plus populaires que ceux qui exigent une coordination entre les hôpitaux et les services communautaires (p. ex., les ANS et les réadmissions). Les hôpitaux ont travaillé d'arrache-pied pour améliorer les résultats et le rendement dans ces secteurs. À l'avenir, il sera important pour les hôpitaux de collaborer étroitement afin d'élaborer des plans d'amélioration de la qualité à l'échelle de la collectivité avec des partenaires externes si l'Ontario doit réaliser des progrès relativement aux défis les plus importants auxquels le système de soins de santé fait face.

FIGURE 1 : FRÉQUENCE À LAQUELLE LES INDICATEURS ONT ÉTÉ SÉLECTIONNÉS COMME PRIORITÉ N° 1, 2 OU 3 DANS LES PLANS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2012-2013 DES HÔPITAUX DE L'ONTARIO (N = 143)



Parmi les indicateurs de priorité n° 1 qu'ont choisis les hôpitaux, 57 % étaient des indicateurs de base et 43 % étaient des indicateurs supplémentaires qui représentaient les priorités locales (voir le tableau 9). L'indicateur supplémentaire le plus souvent choisi était le bilan comparatif des médicaments. Étant donné que la gestion des médicaments constitue un élément essentiel de la sécurité des patients, QSSO recommande l'ajout d'un indicateur de base relatif au bilan comparatif

des médicaments pouvant être choisi dans le Plan d'amélioration de la qualité – Document d'orientation pour 2013-2014 (voir le site http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/pro/updates/qualityimprove/qip_update_20111122.pdf). La normalisation de la définition de cet indicateur sera importante, car les hôpitaux ont utilisé de nombreuses méthodes différentes cette année pour suivre les progrès réalisés par rapport au bilan comparatif des médicaments.

TABLEAU 9 : INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES CHOISIS PAR LES HÔPITAUX POUR L'ANNÉE 2012-2013 (REGROUPÉS PAR ATTRIBUT DE QUALITÉ)

Sécurité	Bilan comparatif des médicaments (29) Incidents liés à l'utilisation des médicaments/erreurs d'administration de médicaments (14) Chutes (14)* Infections nosocomiales (12) Prévention des thromboembolies veineuses (8) Milieu de travail sécuritaire (6) Sécurité des patients (8) Escarres de décubitus (5)* Hygiène des mains (4)* Moyens de contention (2)*
Soins intégrés	Amélioration du processus de mise en congé et des transitions (13)
Efficacité	Accroissement de l'efficience et de l'efficacité (25) Réduction des travaux en cours qui n'ajoutent aucune valeur (13) Satisfaction du personnel (9) Conformité avec les lignes directrices établies (9) Rémunération des heures supplémentaires, congés de maladie, vacances (7) Durée du séjour (3)
Accessibilité	Temps d'attente (15) Accès aux services spécialisés (16)
Axé sur les patients	Satisfaction des patients (17)*

Remarques : Les chiffres entre parenthèses indiquent la fréquence.

* Ces définitions diffèrent de celles utilisées pour l'indicateur de base recommandé : p. ex., les chutes – chutes causant des blessures; satisfaction des patients – améliorent le soulagement de la douleur.

Nombre de priorités sélectionnées

Cette année, les hôpitaux ontariens ont sélectionné un nombre d'indicateurs similaire au nombre choisi en 2011-2012 – en moyenne, quatre ou cinq indicateurs de priorité n° 1, quatre indicateurs de priorité n° 2 et trois indicateurs de priorité n° 3. Le nombre sélectionné ne différerait sensiblement pas entre les différents types d'hôpitaux. Même si le document d'orientation encourage les hôpitaux à sélectionner au moins un indicateur de base de chaque facteur, sept hôpitaux ont seulement choisi un indicateur de priorité n° 1, 11 hôpitaux ont choisi au moins neuf indicateurs de priorité n° 1 et deux

hôpitaux n'ont choisi aucun indicateur de priorité n° 1. Certains de ces hôpitaux comptent plusieurs établissements et ont établi des priorités dans l'ensemble de ceux-ci.

On ne sait pas encore si les hôpitaux doivent établir un nombre « idéal » de priorités. De futures analyses pourraient examiner s'il existe un lien entre le nombre de priorités différentes et la réussite de la mise en œuvre des changements qui ont démontré une amélioration.

ÉTABLISSEMENT DES OBJECTIFS

L'établissement des objectifs constitue un élément important des PAQ : les hôpitaux sont plus susceptibles de réaliser d'importantes améliorations lorsqu'ils établissent un objectif ambitieux – c'est-à-dire qui représente un défi, mais qui est réalisable. Les objectifs qui sont difficiles à atteindre peuvent être inspirants. Ils motivent le personnel et, lorsqu'ils sont atteints, peuvent inspirer confiance en la capacité du personnel de faire face au prochain défi important.

L'établissement d'un objectif approprié ambitieux est un exercice difficile : qu'est-ce qui constitue un changement important, mais pas un changement de trop grande envergure qui sera impossible à mettre en œuvre? On encourage les hôpitaux à élaborer des processus d'établissement des objectifs qui font participer les intervenants, notamment le personnel de première ligne. La modélisation de différents scénarios peut s'avérer utile pour les hôpitaux afin qu'ils prévoient les répercussions des changements prévus, ce qui leur permet d'établir des objectifs avec davantage de confiance.

La quête constante de l'excellence, qui est à la base de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, est un principe fondamental de l'amélioration de la qualité. L'établissement d'objectifs ambitieux en matière de rendement et (ou) d'amélioration est la première étape essentielle. L'excellence n'est seulement atteinte que lorsque les hôpitaux sont entièrement responsables – devant le public, les membres de leur personnel, leurs conseils et leurs pairs – d'atteindre les objectifs établis dans leur PAQ et de s'efforcer continuellement d'atteindre des niveaux de rendement plus élevés.

Les hôpitaux doivent faire la distinction entre l'établissement d'objectifs dans le cadre d'ententes de responsabilisation et l'établissement d'objectifs en matière d'amélioration de la qualité. Les objectifs énoncés dans les ententes de responsabilisation représentent le niveau de base de qualité qu'un organisme doit atteindre. L'établissement des objectifs en matière d'amélioration de la qualité consiste à remettre en question les fournisseurs et le personnel, l'ensemble

de votre hôpital et éventuellement le système en vue d'atteindre des niveaux de rendement plus élevés et de fournir de manière fiable des soins de qualité supérieure.

Domaines à améliorer déterminés à l'étape de l'établissement des objectifs des PAQ

L'examen minutieux de l'établissement des objectifs dans de nombreux hôpitaux était évident dans les PAQ 2012-2013. Certaines suggestions sont offertes aux hôpitaux dont les plans ne comportaient pas de mesures de base ou d'objectifs, justifiaient les objectifs de façon ambiguë ou comportaient des objectifs équivalents ou inférieurs au rendement de base.

1. Absence de mesures de base ou d'objectifs

Dans certains cas, les hôpitaux n'ont pas fourni de chiffres pour le rendement de base. Cela s'est produit le plus couramment lorsqu'un hôpital visait à améliorer un secteur où aucune donnée n'avait été recueillie auparavant. En raison du manque de données de base, il est difficile d'établir un objectif réaliste.

Dans d'autres cas, les hôpitaux n'avaient pas établi un objectif précis chiffré. Ils ont plutôt déclaré que l'objectif devait être « meilleur », « satisfaire à la moyenne ou « réduire de X le nombre de cas ». Dans la plupart des cas, les hôpitaux n'avaient pas justifié clairement l'absence d'objectif chiffré.

Suggestions

Si un hôpital ne dispose pas de données de base, il pourrait envisager d'inclure un plan de collecte de données dans son PAQ, de même que des délais précis qui déterminent le moment où il finira de recueillir les données de base et élaborera un plan à jour comportant un objectif chiffré qui sera accessible au public et au personnel.

L'établissement d'un objectif clair et chiffré, ainsi que d'un délai précis dans lequel on peut atteindre cet objectif est essentiel à la réussite. Si l'objectif est vague (p. ex., « Faites de votre mieux » ou « Faites mieux »), il n'existe aucune compréhension commune de la signification de la réussite parmi les membres du personnel.

2. Absence de justification de l'objectif ou justification ambiguë

Pour certains objectifs, les hôpitaux n'avaient pas indiqué clairement comment ils avaient sélectionné leur objectif. Dans certains cas, ils ont indiqué l'objectif qu'ils avaient sélectionné, mais n'avaient pas expliqué la raison pour laquelle ils l'avaient sélectionné. Par exemple, la phrase « Nous avons établi un objectif visant une amélioration de 5 % » ne fournit aucune information sur la manière dont cet objectif a été sélectionné. Une justification bien écrite de l'objectif pourrait se lire comme suit : « Compte tenu du rendement actuel de 60 % à l'égard de l'hygiène des mains, nous visons un taux 80 % afin de réduire de moitié notre taux de défaut. Nous sommes d'avis qu'il s'agit d'un objectif ambitieux qui peut être atteint en déployant des efforts concertés pour mettre en œuvre notre plan de changement. »

Suggestions

On recommande que les hôpitaux décrivent clairement la justification des objectifs établis dans le volet « justification de l'objectif » de leurs PAQ afin d'assurer l'uniformité du processus d'établissement des objectifs.

3. Objectifs équivalents ou inférieurs au rendement de base

Comme l'illustre le tableau 10, plusieurs hôpitaux ont établi des objectifs pour les indicateurs de priorité n° 1 qui étaient inférieurs à leur rendement de base.

Les hôpitaux ont fourni diverses justifications pour ces objectifs :

- certains d'entre eux prévoient que l'évolution des circonstances rendra plus difficile l'atteinte d'un niveau de rendement donné, comparativement à l'année précédente;

- certains d'entre eux se trouvent à l'« étape de surveillance » après le déploiement d'efforts concertés en matière d'amélioration de la qualité et se concentrent sur le maintien de leurs changements et l'amélioration;
- certains d'entre eux ont établi des objectifs en se fondant sur la moyenne de l'Ontario ou des RLSS, même si leur rendement était déjà supérieur à la moyenne.

Suggestions

Dans l'esprit de l'amélioration, on suggère que des objectifs ambitieux soient généralement associés aux indicateurs de priorité n° 1. Dans les cas où le rendement est déjà supérieur à la moyenne, on encourage les hôpitaux à établir des objectifs qui représentent au moins le maintien des résultats, plutôt que l'acceptation de la moyenne comme un objectif.

Si les hôpitaux croient que le maintien du rendement actuel constituera un objectif important difficile à atteindre en raison de l'évolution des circonstances et qu'ils décident d'établir un objectif inférieur au rendement de base, il est particulièrement important de justifier clairement l'objectif. Cela évitera d'envoyer un message non intentionnel au public ou au personnel de l'hôpital à propos des objectifs d'amélioration de la qualité de l'hôpital.

QSSO a élaboré six lignes directrices destinées aux hôpitaux afin qu'ils en tiennent compte au moment d'établir des objectifs ambitieux (voir ci-dessous) et a relevé plusieurs exemples tirés des PAQ 2012-2013 des hôpitaux qui semblaient suivre ces lignes directrices.

TABEAU 10 : EXEMPLES D'OBJECTIFS INFÉRIEURS AU RENDEMENT DE BASE

Indicateur	Direction	Type d'hôpital	Valeur		Justification de l'objectif
			actuelle	Objectif	
Hygiène des mains	↑	Grand hôpital communautaire	84 %	80 %	Dépasse le taux provincial de 72 %.
Temps d'attente aux SU	↓	Hôpital d'enseignement de soins actifs	21,0	23,0	Continue d'atteindre l'objectif du RLISS du Centre-Toronto.
Temps d'attente aux SU	↓	Grand hôpital communautaire	10,6	23,0	Les temps d'attente, qui constituent un objectif du RLISS, ont augmenté au cours de la dernière année, passant de 9,3 heures à 23 heures.
ANS	↓	Petit hôpital communautaire	11 %	21,64 %	Comparaison aux hôpitaux desservis par le RLISS du Nord-Ouest

1 : Viser les meilleurs résultats théoriques

Application	Exemples tirés des PAQ 2012-2013
Le meilleur résultat théorique représente le rendement maximal ou optimal. Il s'applique surtout aux secteurs qui mesurent les défauts, les temps d'attente ou l'utilisation d'une pratique exemplaire (p. ex., viser l'absence totale de défauts, de temps d'attente ou la conformité totale à l'ensemble des pratiques exemplaires).	- L'Hôpital Stevenson Memorial a établi un objectif de conformité totale aux pratiques d'hygiène des mains (base de référence = 84 %). - L'Hôpital Memorial de Carleton Place et du district a établi un objectif de conformité totale à la liste de vérification de la sécurité chirurgicale (base de référence = 97 %).

2 : Tenter de faire aussi bien qu'ailleurs

Application	Exemples tirés des PAQ 2012-2013
Tout hôpital peut tenter d'atteindre le meilleur résultat d'un autre hôpital, mais cela pourrait être particulièrement pertinent pour les hôpitaux dont le rendement est déjà supérieur à la moyenne et qui souhaitent faire mieux.	- L'Autorité sanitaire de la région de Weeneebayko, établissement de Moose Factory, a établi un objectif de conformité aux pratiques d'hygiène des mains à 92 %, le meilleur résultat à ce jour en Ontario (base de référence = 87 %). - L'Hôpital général de Kingston a établi un objectif fixé à 99 % relativement à l'indicateur de la satisfaction des patients, le meilleur résultat à ce jour dans un hôpital universitaire ontarien (base de référence = 94 %).

3 : Viser le 90^e percentile parmi les pairs

Application	Exemples tirés des PAQ 2012-2013
Les Centres de services Medicare et Medicaid proposent de viser le 90 ^e percentile parmi les pairs comme objectif ambitieux ⁱⁱ . Cela pourrait être approprié si la base de référence de l'hôpital était bien inférieure à ce niveau; autrement, l'objectif de tenter de faire aussi bien qu'ailleurs ou de viser le meilleur résultat théorique peut être un objectif ambitieux plus approprié.	Il n'existe aucun exemple de cette démarche jusqu'à présent; cependant, des exemples peuvent ressortir dans le futur puisque les hôpitaux n'ont pas encore accès à ces données.

4 : Tenter de réduire de moitié les défauts ou le gaspillage durant le cycle de planification actuel

Application	Exemples tirés des PAQ 2012-2013
Un hôpital peut décider que le meilleur résultat théorique n'est pas réalisable cette année et peut donc viser de réduire de moitié l'écart entre la base de référence et le meilleur résultat théorique (p. ex., base de référence = 90 % ou un taux de défaut de 10 %; viser une amélioration de 5 %). Principalement utilisé avec des indicateurs pour lesquels le maximum théorique peut être facilement défini, comme l'absence de défauts, de temps d'attente ou l'adoption intégrale d'une pratique exemplaire.	L'Hôpital Memorial de Lincoln Ouest, dont la base de référence pour la liste de vérification de la sécurité chirurgicale est de 79,3 %, vise une amélioration de 10 % (la moitié de la marge d'amélioration d'environ 20 % vers une marge de 100 %).

5 : Tenter d'égaliser le taux d'amélioration atteint par d'autres hôpitaux

Application	Exemples tirés des PAQ 2012-2013
Il est utile d'examiner les meilleurs taux d'amélioration qu'ont atteints les hôpitaux à rendement élevé lorsqu'il est difficile de comparer le rendement avec les pairs en raison de différences dans les groupes clients ou dans les cas où, historiquement, il était difficile pour les hôpitaux de réaliser d'importantes améliorations dans une année donnée.	- Il y a d'autres hôpitaux au Canada et à l'étranger qui ont déjà pu réduire le RNMH de 5 à 10 points par année. - Le Rouge Valley Health System vise à faire passer le RNMH de 102 à 90 en mettant l'accent sur l'amélioration des résultats pour les patients souffrant d'ICC et de la MPOC au moyen d'ensembles d'ordonnances normalisées et en mettant au point un processus normalisé de documentation et de validation de l'état palliatif.

ⁱⁱ Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, *Report to Congress: Plan to Implement a Medicare Hospital Value-Based Purchasing Program*. <http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/downloads/HospitalVBPPlanRTCFINALSUBMITTED2007.pdf>. Consulté le 17 octobre 2011.

6 : Tenter d'égaliser la moyenne (seulement dans les cas où le rendement d'un hôpital est très inférieur à la moyenne)

Application	Exemples tirés des PAQ 2012-2013
Le rendement moyen ou médian dans le secteur peut être un objectif ambitieux approprié lorsque la base de référence d'un hôpital est bien inférieure à ce nombre. Cependant, dans la plupart des cas, la qualité moyenne n'est pas souhaitable et est loin du résultat optimal ou du meilleur résultat atteint ailleurs.	Un hôpital a établi son objectif en matière d'hygiène des mains pour le faire correspondre à la moyenne provinciale de 72,1 % (base de référence = 57,7 %).

PLANS DE CHANGEMENT

On a demandé aux hôpitaux de trouver des idées de changement pour tous les indicateurs de priorité n° 1 énoncés dans leurs PAQ. Ces idées sont importantes parce qu'elles représentent la stratégie organisationnelle d'amélioration. Il existe de nombreuses sources d'idées de changement, notamment les suivantes :

- les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes;
- la pensée créative du personnel de première ligne, des fournisseurs et des patients;
- les leçons tirées des autres;
- l'utilisation de concepts de changement, qui constituent des démarches générales qui doivent être adaptées selon les circonstances afin d'engendrer une idée de changement convenant à la situation.

L'une des étapes les plus importantes pour choisir la bonne stratégie de changement est de comprendre d'abord les causes profondes des problèmes de qualité. Il existe de nombreux outils offerts pour faciliter l'examen des causes profondes, notamment les diagrammes cause-effet ou la technique des « cinq pourquoi » (voir le site http://www.hqontario.ca/fr/analysing_system.html).

Une fois les causes profondes des problèmes de qualité déterminées, il faut sélectionner les idées de changement qui correspondent aux causes profondes les plus importantes. Il s'agit d'une démarche logique d'élaboration de stratégies : l'établissement d'un lien entre des problèmes précis du système et des solutions ciblées. Le tableau 11 présente certaines causes profondes générales habituelles des problèmes de qualité ainsi que les concepts de changement liés à chaque cause profonde.

TABLEAU 11 : CAUSES PROFONDES ET CONCEPTS DE CHANGEMENT CORRESPONDANTS

Cause profonde	Concepts de changement
Les fournisseurs ne savent pas à quel point leur rendement est mauvais.	Systèmes de mesure et de rétroaction
Facile à oublier, occupé, trop compliqué, ignorance des pratiques exemplaires.	Aide-mémoire, soutien des décisions cliniques
Mauvais processus, non normalisés	Révision des processus
Manque de compétences pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires ou détérioration au fil du temps.	Formation et vérification des compétences, accueil du nouveau personnel ou perfectionnement du personnel ou création d'équipes spécialisées
Mauvaises ressources ou capacités ou manque de celles-ci	Investissements ciblés ou transfert de la capacité là où on en a besoin.
Les patients ne connaissent ni leur rôle ni leurs options, ne sont pas engagés dans le processus.	Engagement de la part des patients – sensibilisation, participation à la conception
Aucun incitatif ou aucune motivation au changement	Reconnaissance, récompenses, leadership inspirant, responsabilisation, rémunération des cadres liée à la qualité

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les concepts de changement, consultez le document intitulé *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*ⁱⁱⁱ.

Domaines à améliorer déterminés dans les plans de changement

Les PAQ 2012-2013 comprenaient un large éventail d'idées de changement qui démontraient les manières dont bon nombre d'hôpitaux ont examiné attentivement leurs systèmes et leurs processus et ont élaboré des plans de changement qui tiennent compte des pratiques exemplaires et de l'innovation créative. Certains PAQ n'étaient pas exhaustifs pour les raisons suivantes : l'absence ou la limitation d'idées de changement, un manque de mesures correspondantes liées au processus et l'analyse des causes profondes comme stratégie de changement.

Les suggestions suivantes sont offertes pour aider les hôpitaux à renforcer les plans de changement de leur PAQ.

1. Inclusion de fortes idées de changement

Certains hôpitaux n'avaient pas fourni de plans de changement pour tous les indicateurs de priorité n° 1 ou avaient fourni peu de détails. Voici des exemples concrets :

- la répétition de l'objectif énoncé dans la section portant sur le changement plutôt que de l'indication d'une idée précise d'amélioration, p. ex., « maintenir le taux d'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central à 0 % »;
- l'inclusion d'une seule idée de changement ou la fourniture de renseignements insuffisants sur celle-ci, p. ex., « processus d'analyse et de réduction des taux de réadmission ».

ⁱⁱⁱ Langley, Gerald R. et coll., San Fransisco, John Wiley and Sons, 2009.

Le fait de trop s'en remettre à la formation du personnel comme unique stratégie de changement mérite une attention particulière. La formation du personnel, même si elle est importante, ne mène pas nécessairement à l'amélioration. Ce ne sont pas tous les membres du personnel qui participeront à la formation et, une fois cette dernière terminée, il est possible qu'ils ne mettent pas nécessairement en pratique les nouvelles compétences ou qu'ils ne les mettent pas en œuvre de la manière dont elles devaient l'être. Si les compétences des membres du personnel sont intégrées dans le plan de changement, il pourrait s'avérer utile de décrire les méthodes qui sont en place afin de vérifier si les compétences ont été acquises et appliquées de manière cohérente (voir le tableau 12).

Dans la plupart des cas, il existe plus d'une cause profonde à un problème de qualité (voir le tableau 11). La probabilité qu'un hôpital réalise des améliorations remarquables est grandement plus élevée lorsqu'une stratégie claire visant à étudier les causes profondes les plus importantes est bien articulée.

Qualité des services de santé Ontario encourage fortement les hôpitaux à inclure davantage de détails sur leurs idées de changement. Cela rend les plans de changement plus transparents pour le personnel et le public et permet à QSSO d'échanger, entre les hôpitaux, des connaissances sur les stratégies que les autres organismes utilisent; cela facilite l'apprentissage entre pairs.

Consulter la section intitulée « Amélioration de la qualité par indicateur » pour obtenir des exemples de bonnes idées de changement présentées dans les PAQ de cette année en ce qui a trait aux quatre indicateurs les plus sélectionnés : hygiène des mains, satisfaction des patients, ANS et temps d'attente aux SU.

2. Analyse des causes profondes en tant qu'élément clé de la stratégie de changement

Les hôpitaux n'avaient précisé aucune idée de changement dans certains PAQ. Ils établissent plutôt un plan de collecte de données, procèdent à une analyse des causes profondes, puis trouvent des idées de changement – par exemple, « analyse des données

tirées de l'enquête sur l'expérience des clients ». Même s'il est bon de déterminer les causes profondes avant de définir une stratégie de changement, QSSO recommande que ce processus soit effectué avant que les hôpitaux n'achèvent leurs PAQ. Si cela n'est pas possible, les hôpitaux doivent ensuite songer à préciser une date cible de présentation d'idées de changement précises, puis s'engager à les rendre publiques à ce même moment.

3. Intégration de mesures liées au processus en vue d'appuyer la mise en œuvre des idées de changement

Il est possible de répondre à la deuxième question du modèle d'amélioration, « Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration? », grâce à des mesures. Il existe deux principaux types de mesures de l'amélioration de la qualité : les résultats et le processus. La **mesure des résultats** est la mesure du rendement global. Elle examine les résultats de haut niveau : l'effet d'un certain nombre de choses qui sont survenues – p. ex., la satisfaction des patients, les taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains ou les taux d'infections à *C. difficile*. Les activités isolées influent sur la mesure des résultats.

La **mesure du processus** décrit la capacité à prendre des mesures particulières ou à appliquer des pratiques exemplaires qui ont des répercussions positives sur l'amélioration des résultats.

Dans de nombreux cas, les hôpitaux ont trouvé une idée de changement, mais ne l'avaient pas associée à une mesure du processus ou à un objectif qui pourrait mesurer la réussite. Certains hôpitaux ont présenté une idée de changement plutôt qu'une mesure du processus dans la colonne « mesure du processus ». Cela s'est peut-être produit pour les raisons suivantes :

- les hôpitaux ne savent peut-être pas exactement les renseignements devant figurer dans cette colonne ou ce qu'est une mesure du processus;
- il peut être difficile pour les hôpitaux de définir ces mesures pour leurs idées de changement.

Les indicateurs relatifs au processus sont importants pour vérifier si la stratégie de changement est mise en œuvre conformément au plan et s'il est nécessaire

de refaire le point au milieu de l'année. Par exemple, un hôpital pourrait décider d'offrir au personnel de la formation sur « l'instruction inversée », une méthode permettant de vérifier si les patients comprennent les directives de mise en congé. Une mesure du processus pourrait comprendre le nombre de membres du personnel qui ont été observés à utiliser la méthode correctement ou la vérification d'un groupe de patients, en leur

demandant si la méthode d'instruction inversée a vraiment été utilisée. Sans une telle mesure du processus, un hôpital ne saura jamais si la formation du personnel a été efficace ou non.

Le tableau 12 énumère certains exemples précis de mesures du processus que les hôpitaux peuvent examiner.

TABEAU 12 : EXEMPLES DE MESURES POSSIBLES DU PROCESSUS PAR CONCEPT DE CHANGEMENT

Concepts de changement	Exemple de mesure du processus
Systèmes de mesure et de rétroaction	Nombre de visites des membres de la haute direction par mois, nombre de vérifications effectuées chaque mois, nombre de rétroactions sur le terrain fournies chaque mois.
Aide-mémoire, soutien des décisions cliniques	Pourcentage de fois où l'aide-mémoire a servi, nombre de fois où le système de soutien des décisions a été utilisé par jour.
Révision des processus	Pourcentage de fois où le « nouveau » processus a été utilisé de façon appropriée ou mis en œuvre correctement du premier coup (c.-à-d. réussite dès la première fois).
Formation et vérification des compétences, accueil du nouveau personnel ou perfectionnement du personnel ou création d'équipes spécialisées	Pourcentage de membres du personnel qui ont participé à la formation, pourcentage de membres du personnel qui ont répondu au questionnaire ou réussi l'examen, pourcentage de membres du personnel qui ont mis correctement leurs compétences en application au travail.
Investissements ciblés ou transfert de la capacité là où on en a besoin	Pourcentage de patients admis dont les évaluations étaient complètes, pourcentage de patients vus par une équipe appropriée de triage, nombre d'aiguillages appropriés reçus chaque mois.
Engagement de la part des patients – sensibilisation, participation à la conception	Pourcentage de patients qui peuvent offrir une « instruction inversée » aux fournisseurs de soins de santé, pourcentage de patients/familles qui reçoivent une brochure éducative, nombre de séances de sensibilisation fournies chaque mois.
Reconnaissance, récompenses, leadership inspirant, responsabilisation, rémunération des cadres liée à la qualité	Nombre de récompenses distribuées chaque trimestre, nombre d'exemples de réussites annoncés chaque mois dans le journal de l'hôpital, nombre de rôles de champion assumés.

Amélioration de la qualité par indicateur

La présente section donne un aperçu du nombre d'hôpitaux qui ont choisi chaque indicateur et de la manière dont les objectifs ont été établis comparativement au rendement actuel.

Pour chaque indicateur, les renseignements suivants sont inclus afin de faciliter le processus d'établissement des priorités des hôpitaux :

- le nombre d'hôpitaux qui ont choisi l'indicateur comme priorité n° 1 et qui l'ont choisi parmi leurs priorités;
- une définition de l'indicateur;
- un tableau d'établissement des objectifs qui comprend le meilleur rendement à ce jour (s'il y a lieu), le meilleur résultat théorique, la moyenne provinciale et les objectifs d'amélioration relative établis par les hôpitaux (y compris l'objectif moyen présenté et l'objectif le plus élevé et le plus bas présentés);
- un graphique qui permet aux hôpitaux de comparer leur rendement actuel à celui de leurs pairs et à la moyenne provinciale ainsi que d'établir des objectifs qui correspondent au rendement de leurs pairs ou à la moyenne provinciale ou les dépassent.

Des exemples d'idées de changement présentées dans les PAQ 2012-2013 ont été inclus pour quatre des indicateurs les plus sélectionnés : hygiène des mains, satisfaction des patients, ANS et temps d'attente aux SU. Le Centre régional de santé de North Bay a préparé un excellent PAQ, qui a été entièrement intégré, à l'appui de la réduction des journées d'attente d'ANS (voir le tableau 31). Ces tableaux présentent les principales idées de changement proposées par différents hôpitaux et, par conséquent, indiquent comment, en mettant en commun les idées de différents hôpitaux, il est possible de voir l'éventail complet d'idées qui sont accessibles – un moyen important pour les hôpitaux d'apprendre de leurs pairs. Consultez l'outil « Carte des améliorations » de QSSO (<http://www.ohqc.ca/fr/ecfaa.html>) pour trouver

d'autres idées de changement ainsi que des outils et des ressources utiles.

Parmi les éléments à remarquer et à étudier au moment d'examiner les tableaux et les diagrammes pour chaque indicateur, mentionnons les suivants :

- si les objectifs établis étaient supérieurs au rendement actuel;
- la façon dont les objectifs ambitieux ont été établis (p. ex., le meilleur résultat en Ontario, le meilleur résultat théorique, la moyenne provinciale);
- les valeurs liées à l'amélioration relative qui ont été établies (p. ex., le pourcentage d'augmentation ou de diminution que l'objectif représente en ce qui a trait au rendement actuel);
- l'endroit où se situe votre hôpital comparativement à celui de vos pairs;
- lorsque votre objectif est inférieur au rendement actuel ou à la moyenne provinciale, s'il s'agit d'un niveau acceptable de rendement.

Pour chaque indicateur, le rendement actuel et les objectifs de chaque hôpital sont déterminés, ainsi que la moyenne provinciale et des données de référence (le cas échéant). Il convient de noter que le nombre d'hôpitaux qui ont choisi chaque indicateur comme priorité n° 1 et le nombre d'hôpitaux figurant dans les graphiques peuvent varier légèrement. Cette variation s'explique par les données insuffisantes qu'ont fournies les hôpitaux (données manquantes ou ambiguës ou différentes périodes de référence que celles qui étaient recommandées dans les directives énoncées dans le Plan d'amélioration de la qualité – Document d'orientation pour 2012-2013). Vous remarquerez en outre que les graphiques renferment des directives sur la manière d'interpréter les renseignements fournis ainsi que certaines questions à examiner qui font réfléchir.

Sécurité : Infection à *Clostridium difficile*

Trente hôpitaux ont choisi l'infection à *C. difficile* comme priorité n° 1, et 91 hôpitaux l'ont choisie parmi leurs priorités.

Définition

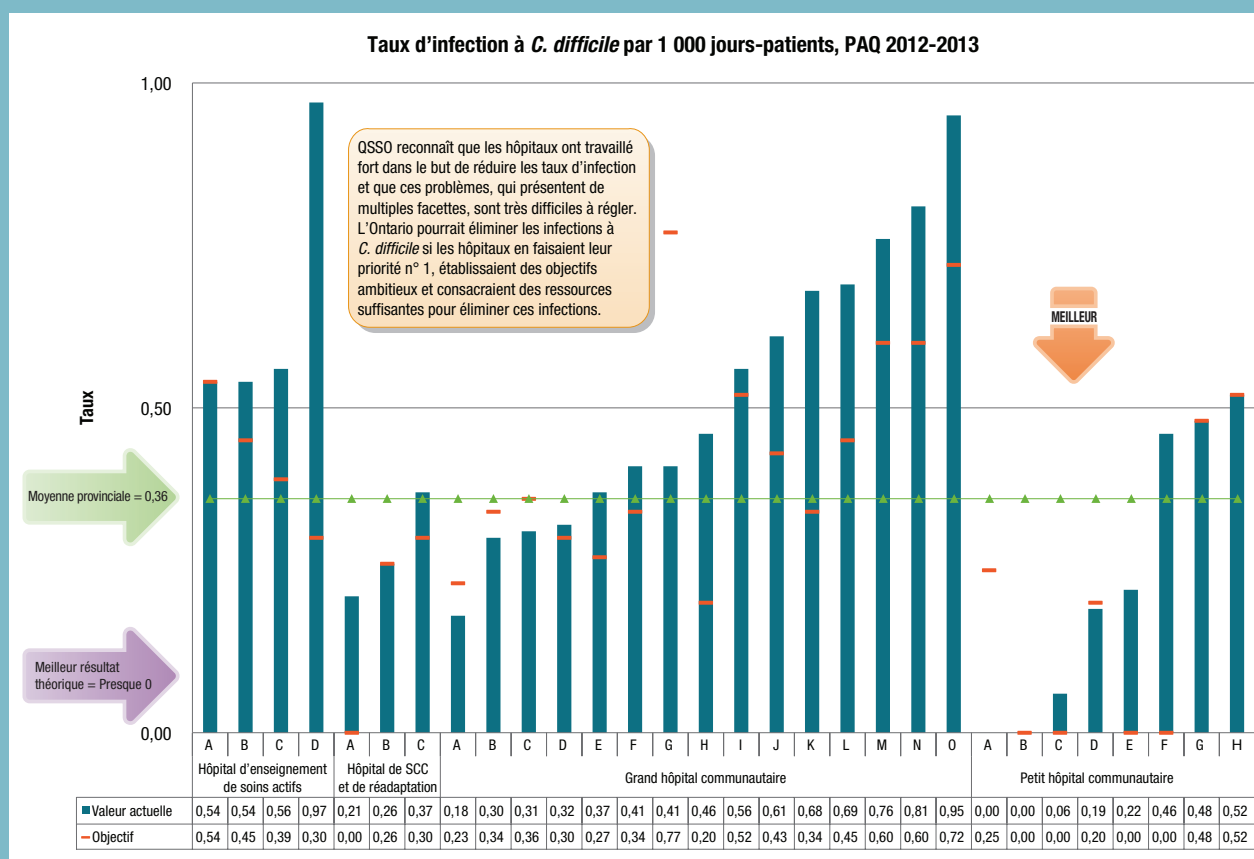
Le taux d'infection à *C. difficile* correspond au nombre de patients ayant récemment reçu un diagnostic d'infection à *C. difficile* contractée en milieu hospitalier, divisé par le nombre de jours-patients dans ce mois, multiplié par 1 000, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.

TABLEAU 13 : ÉTABLISSEMENT DES OBJECTIFS LIÉS AUX INFECTIONS À *C. DIFFICILE*, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
Données de référence en cours d'élaboration	Presque zéro	0,36 (déc. 2011)	24 %	-88 %*	100 %

* Les valeurs négatives indiquent que certains hôpitaux ont établi des objectifs inférieurs à la mesure de base du rendement.

FIGURE 2 : TAUX D'INFECTION À *C. DIFFICILE* – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013



Sécurité : Pneumonie sous ventilation assistée (PVA)

Un hôpital a choisi la PVA comme priorité n° 1 et 38 hôpitaux l'ont choisie parmi leurs priorités.

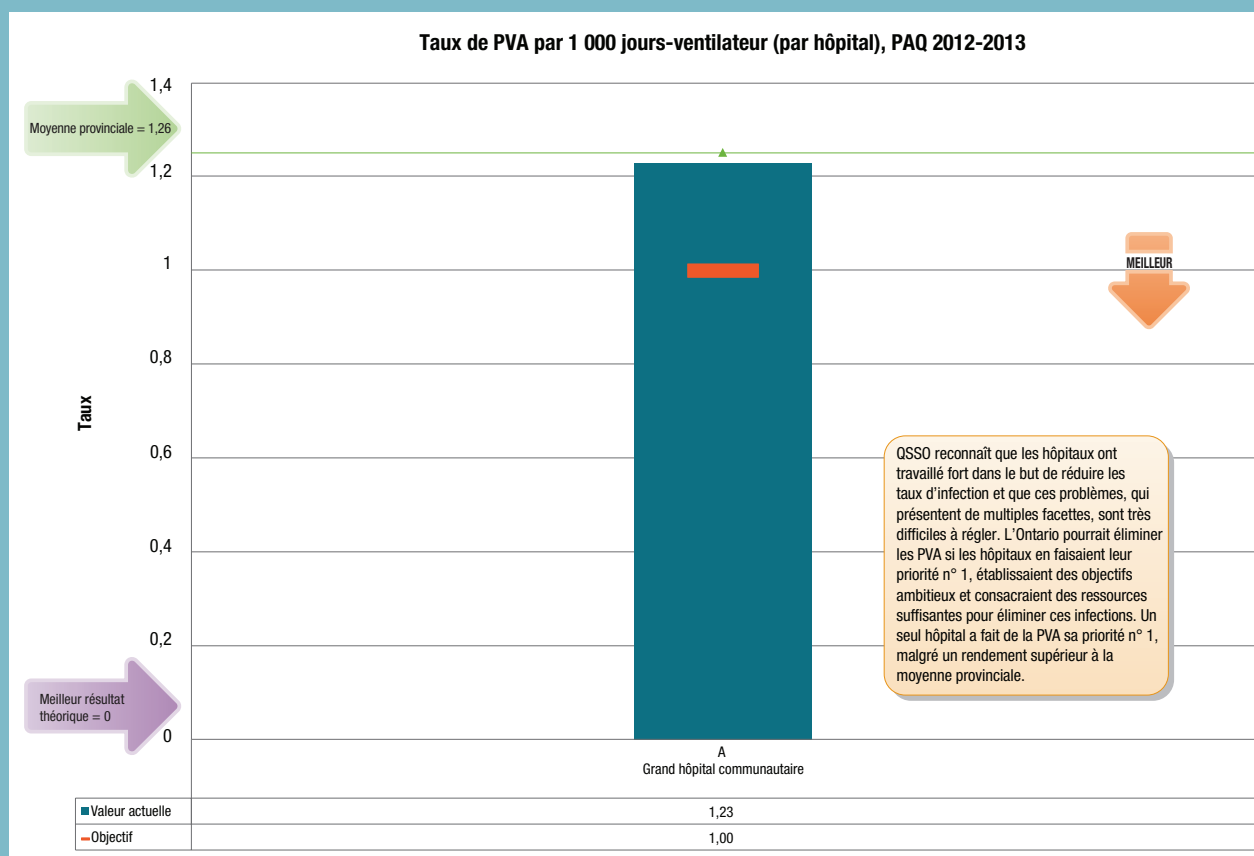
Définition

Le taux de PVA correspond au nombre total de nouveaux cas aux soins intensifs après au moins 48 heures sous ventilation assistée, divisé par le nombre de jours-ventilateur durant cette période de référence, multiplié par 1 000, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.

TABLEAU 14 : ÉTABLISSEMENT DES OBJECTIFS LIÉS À LA PVA, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
Zéro pour les hôpitaux grands, petits et d'enseignement; ne s'applique pas aux hôpitaux psychiatriques et de SCC et de réadaptation	Zéro	1,26 (T3 2011-2012)	19 %	19 %	19 %

FIGURE 3 : PVA – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013



Sécurité : Hygiène des mains

Quatre-vingt-cinq hôpitaux ont choisi l'hygiène des mains comme leur priorité n° 1 et 119 hôpitaux l'ont choisie parmi leurs priorités.

Définition

Le taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains correspond au nombre de fois où l'hygiène des mains a été effectuée avant le premier contact avec le patient, divisé par le nombre de directives observées sur l'hygiène des mains avant le premier contact avec le patient, multiplié par 100, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.

TABEAU 15 : ÉTABLISSEMENT DES OBJECTIFS LIÉS À L'HYGIÈNE DES MAINS, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
92 % pour les hôpitaux d'enseignement, les grands hôpitaux communautaires, les hôpitaux de SCLD, les hôpitaux psychiatriques; 100 % pour les petits hôpitaux communautaires.	100 %	72 % (exercice 2010-2011)	9 %	-19 %*	40 %

* Les valeurs négatives indiquent que certains hôpitaux ont établi des objectifs inférieurs à la mesure de base du rendement.

FIGURE 4 : HYGIÈNE DES MAINS – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013

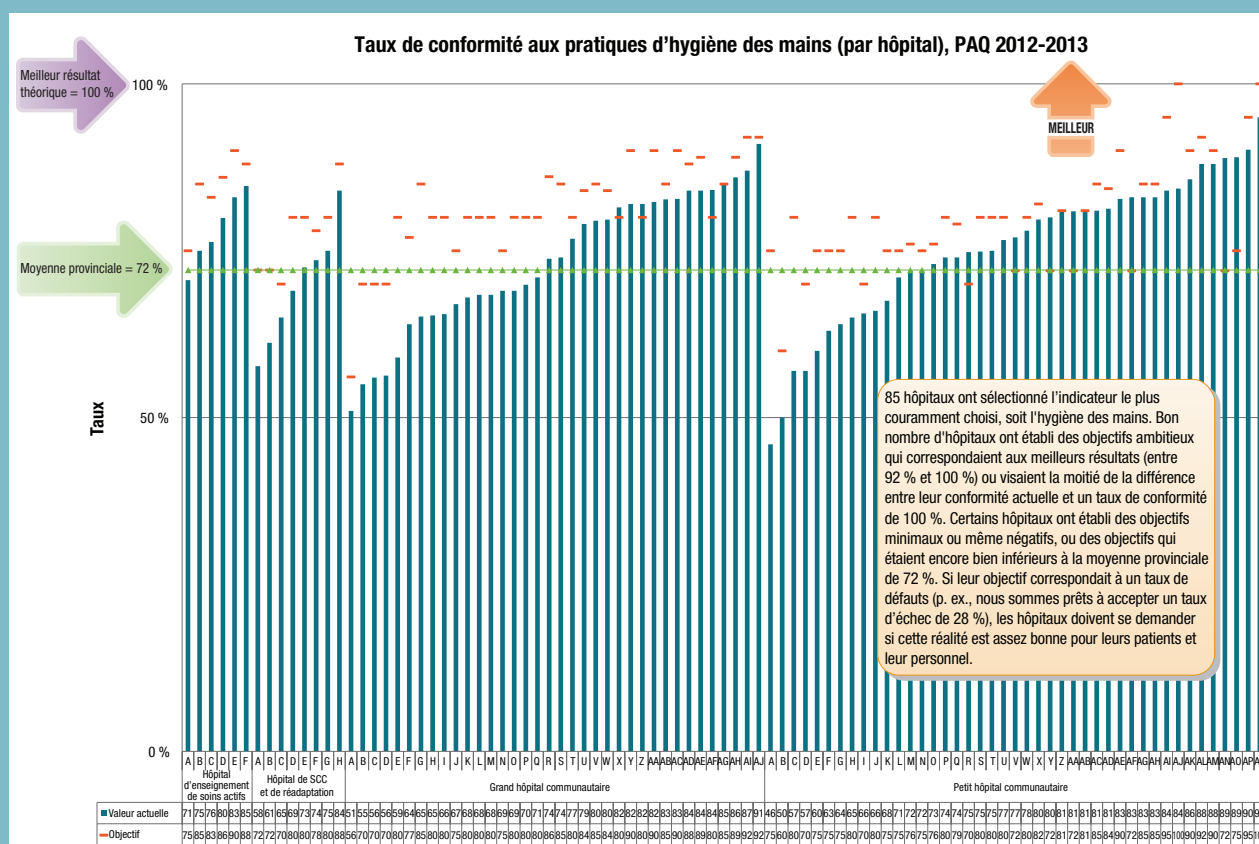


TABLEAU 16 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE DES MAINS

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Mesure et rétroaction	Fréquent (p. ex., évaluation chaque mois ou chaque trimestre)	Présentation des données pour chaque service	Les écrans des ordinateurs sont reliés afin d'afficher les taux de conformité mensuels obtenus à la suite de la vérification, propres à chaque service et pour l'ensemble de l'hôpital. Les résultats propres à chaque service seront affichés sur tous les panneaux de rendement des services.	Ne figure pas sur la liste.	Hôpital Stevenson Memorial (petit hôpital communautaire)
	Donner de la rétroaction à chaque service et aux membres du personnel, que ce soit en groupe ou de façon individuelle	Distribution de fiches de rendement portant sur l'hygiène des mains qui fournissent une rétroaction immédiate à la suite des vérifications de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains afin de favoriser l'adoption de pratiques améliorées.	Pourcentage de membres du personnel recevant une fiche de rendement à la suite d'une vérification.	Ne figure pas sur la liste.	Sunnybrook Health Sciences Centre (enseignement de soins actifs)
	Utiliser des méthodes innovatrices afin d'effectuer des vérifications fréquentes	Utilisation de tablettes (p. ex., iPad) en vue d'améliorer l'efficacité et de réduire les délais, pour le personnel, de la rétroaction à l'égard des données relatives à l'hygiène des mains obtenues à la suite d'une vérification.	Nombre de vérifications; pourcentage des services offrant des soins aux patients qui reçoivent les données obtenues à la suite d'une vérification dans les sept jours ouvrables.	50 % des services offrant des soins aux patients reçoivent des données à la suite de la vérification.	Brant Community Healthcare System (grand hôpital communautaire)

TABLEAU 16 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE DES MAINS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus	S'assurer que les distributeurs sont toujours pleins	Placer des drapeaux rouges qui signalent que les distributeurs sont vides sur tous les distributeurs de désinfectant pour les mains dans les zones non cliniques ciblées afin de déterminer rapidement des distributeurs vides, y compris les collants qui avisent d'« appeler si le distributeur est vide ».	Placer des drapeaux rouges qui signalent que les distributeurs sont vides sur tous les distributeurs de désinfectant pour les mains; pourcentage de distributeurs de désinfectant pour les mains auxquels sont apposés des drapeaux rouges.	80 % des distributeurs de désinfectant pour les mains sur lesquels des drapeaux rouges ont été apposés au moment de la vérification en décembre 2012.	Halton Healthcare Services (grand hôpital communautaire)
	Transfert des responsabilités	L'hygiène des mains sera intégrée dans le cadre du déploiement d'une liste de vérification relative au transfert des responsabilités. Cela se passera pour chaque transfert effectué par des infirmiers et infirmières autorisés et devant chaque patient, lorsque cela est possible.	Pourcentage de listes de vérification remplies relativement à l'hygiène des mains.	Au moins six services auront mis en œuvre une liste de vérification relative au transfert des responsabilités qui comprend l'hygiène des mains.	Hôpital St. Michael (enseignement de soins actifs)
Engagement de la part des patients	Encourager les patients à s'informer	Création d'une campagne ayant pour thème « C'est bien de s'informer », en collaboration avec le conseil des enfants et les familles comme partenaires de la sécurité des patients.	Pourcentage des services prioritaires (populations présentant un risque élevé ou atteintes de maladies chroniques) dans lesquels un programme a été mis en œuvre.	80 %	L'Hospital for Sick Children (enseignement de soins actifs)
	Sensibiliser les patients et la collectivité à l'hygiène des mains	Sensibiliser les patients à l'hygiène des mains en plaçant des napperons informatifs sur tous les plateaux des patients (au moins un repas par jour/semaine).	Nombre de napperons sur plateaux à repas distribués	3 900/année	Le South Bruce Grey Health Centre (petit hôpital communautaire)

TABLEAU 16 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE DES MAINS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Engagement de la part des patients (suite)	Sensibiliser les patients et la collectivité à l'hygiène des mains (suite)	Distribution de la brochure de Krames sur l'hygiène des mains, ainsi que sensibilisation des familles et des patients sur l'importance de l'hygiène des mains personnelle, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital.	Nombre de services qui intègrent la sensibilisation des patients à l'hygiène des mains (avec la brochure de Krames) à leurs documents relatifs à l'admission. La version électronique de la brochure à l'intention des patients serait également publiée sur le site intranet pour que le personnel de première ligne l'imprime ou s'y réfère afin d'aider à leur sensibilisation.	Au moins trois services intégreront des documents de sensibilisation sur l'hygiène des mains à l'admission des patients.	Hôpital St. Michael (enseignement de soins actifs)
	Perfectionnement des compétences et vérification	Tournées régulières ou ciblées exécutées par le personnel, encadrément à l'interne, sensibilisation et systèmes de responsabilisation afin de surveiller les efforts visant l'amélioration. Apprentissage en ligne et séances de formation en personne démontrant les compétences de base requises en matière d'hygiène des mains en vue d'obtenir un nouveau certificat d'infirmier tous les deux ans.	Les écrans des ordinateurs sont reliés afin d'afficher les taux de conformité mensuels obtenus à la suite de la vérification, propres à chaque service et pour l'ensemble de l'organisme. Les résultats propres à chaque service seront affichés sur tous les panneaux de rendement des services. Taux de réussite du module d'apprentissage en ligne et de la formation individuelle axée sur le programme	Ne figure pas sur la liste. Tout le personnel infirmier doit renouveler la certification tous les deux ans.	Hôpital Stevenson Memorial (petit hôpital communautaire) Sunnybrook Health Sciences Centre (enseignement de soins actifs)
	Vérifier les compétences en matière de lavage des mains	Publication d'un questionnaire portant sur l'hygiène des mains sur le site intranet que les fournisseurs de soins de santé devront remplir (médecins, infirmiers, disciplines de la santé, assistants médicaux, etc.).	Les répondants devront y inscrire leur discipline (compétition entre les disciplines). Reconnaissance ou prix spécial pour la discipline ayant obtenu le plus de répondants.	500 répondants	Hôpital St. Michael (enseignement de soins actifs)

TABLEAU 16 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE DES MAINS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Perfectionnement des compétences et vérification (suite)	Vérifier les compétences en matière de lavage des mains (suite)	Organisation d'une série de rencontres sur l'hygiène des mains auprès des cliniciens afin de faire le test de l'éclairage ultraviolet et de la gélose au sang avant/après, suivi de la période de questions dans chaque service.	Série de rencontres dans 30 services par année	100 %	Centre régional de santé de North Bay (grand hôpital communautaire)
Aides à la décision	Utiliser des aide-mémoire	Mise en place d'un système indiquant quels patients ont besoin d'aide par rapport à l'hygiène des mains avant de prendre un repas. Un indicateur serait placé sur la porte du patient pour informer le personnel.	Ne figure pas sur la liste.	Effectuer au moins 100 observations de l'hygiène des mains par site par trimestre.	Providence Care (hôpital de SCC et de réadaptation)
Ressources	Redéployer le personnel qui doit effectuer un travail modifié	Utilisation des employés qui effectuent un travail modifié afin qu'ils s'entretiennent avec le personnel pour leur rappeler de se laver les mains avant et après un contact avec un patient.	Le service de prévention et de lutte contre les infections continuera d'effectuer les vérifications de l'hygiène des mains.	Atteindre un seul objectif de 75 % avant un contact avec un patient dans l'ensemble de l'hôpital.	William Osler Health System (grand hôpital communautaire)
	Placer les postes de lavage des mains à des endroits plus stratégiques	Évaluation de la disponibilité et de l'emplacement des désinfectants afin de s'assurer de leurs présences dans la zone où se déroulent les activités.	Pourcentage des services dans lesquels une évaluation a été effectuée.	100 %	Centre régional de santé de North Bay (grand hôpital communautaire)

TABLEAU 16 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE DES MAINS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Incitatifs	Visiter et démontrer de l'intérêt (haute direction)	Utilisation des visites de la haute direction pour favoriser le dialogue et la sensibilisation et pour illustrer l'engagement de la haute direction envers l'hygiène des mains.	Visites pour favoriser le dialogue et la sensibilisation.	Des rapports mensuels portant sur la conformité aux pratiques d'hygiène des mains seront présentés, analysés et utilisés pour cerner les possibilités d'amélioration.	Hôpital Hôtel Dieu (enseignement de soins actifs)
	Faire preuve de reconnaissance	Envoi de lettres d'appréciation aux membres du personnel qui se conforment entièrement aux pratiques d'hygiène des mains avant un contact avec un patient. Attribution, de façon spontanée, de bons pour le café aux membres du personnel qui respectent bien les quatre moments et (ou) qui appuient les initiatives d'hygiène des mains.	Nombre de lettres envoyées au personnel par année	Ne figure pas sur la liste.	Services de santé de Chapleau (grand hôpital communautaire)
		Campagne d'affichage afin de féliciter les services qui ont atteint ou dépassé l'objectif et d'encourager ceux qui n'ont pas réussi à améliorer leur situation. Mettre en place un concours amical entre les services afin d'améliorer le 1 ^{er} moment où l'on doit se laver les mains.	Nombre de bons pour le café distribué	Quatre chaque mois	Centre régional de santé de North Bay grand hôpital communautaire)
			Diverses affiches accrocheuses et informatives comportant différents titres liés à l'hygiène des mains seront apposées de manière appropriée dans l'ensemble de l'hôpital.	Des affiches seront distribuées aux services au moins chaque trimestre.	Soins continus Bruyère (hôpital de SCC et de réadaptation)

TABLEAU 16 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE DES MAINS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Incitatifs (suite)	Établir une compétition	Maintien de la fréquence des vérifications de l'hygiène des mains, soit chaque trimestre; mise en place d'un concours trimestriel dans l'ensemble de l'hôpital qui récompense les services qui font preuve d'un rendement élevé.	Calendrier proactif; nombre de vérifications trimestrielles; les services seront récompensés de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains et du nombre de participations au questionnaire; taux de participation.	Accroissement de 25 % de la volonté d'utiliser du désinfectant pour les mains.	Centre de soins de santé Runnymede (hôpital de SCC et de réadaptation)
	Utiliser des champions	Identification de champions et affiches des champions en matière d'hygiène des mains apposées dans des lieux publics	Les affiches des champions en matière d'hygiène des mains seront installées dans trois lieux publics.	On déterminera au moins quatre champions pour chaque secteur. 100 % des affiches installées	Bluewater Health (grand hôpital communautaire)
		Reconnaissance des personnes les plus performantes et envisager l'utilisation d'incitatifs pour récompenser leur excellent rendement. Identification des champions des services et du personnel médical et participation de ceux-ci à l'adoption de comportements exemplaires relativement à l'hygiène des mains	Vérifications hebdomadaires effectuées par différents membres provenant de tous les services. La participation à la vérification accroît l'importance et la responsabilisation à l'égard de la conformité aux pratiques d'hygiène de mains. Rétroaction et sensibilisation, en temps opportun, pour combler les lacunes des personnes dont le rendement est faible.	1) Reddition de compte mensuelle aux cadres et au conseil afin de continuer à accroître la sensibilisation relative aux taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains. 2) Augmentation de la fréquence de la vérification, passant ainsi à toutes les deux semaines. 3) L'atteinte d'un taux de conformité de 75 % placerait la South Huron Hospital Association parmi l'un des hôpitaux présentant le meilleur rendement de l'Ontario.	Hôpital South Huron (petit hôpital communautaire)

TABLEAU 16 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE DES MAINS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Incitatifs (suite)	Faire preuve de déviance positive	Mise en œuvre d'une stratégie de « déviance positive » dirigée par le champion en matière d'hygiène des mains de l'organisme. Cette stratégie reconnaît les personnes qui adoptent une pratique conforme comme déviant positif : ces personnes utilisent différentes méthodes pour donner des exemples du comportement, transmettre leurs connaissances et étudier les obstacles qui se présentent afin d'encourager l'adoption de pratiques conformes par leurs collègues (y compris les médecins), qui à leur tour sont reconnus comme déviant positifs lorsque leur conformité s'accroît.	Ne figure pas sur la liste.	Ne figure pas sur la liste.	Hôpital Memorial de Cambridge (grand hôpital communautaire)

Sécurité : Infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central

Un hôpital a choisi l'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central comme priorité n° 1, et 38 hôpitaux l'ont choisie parmi leurs priorités.

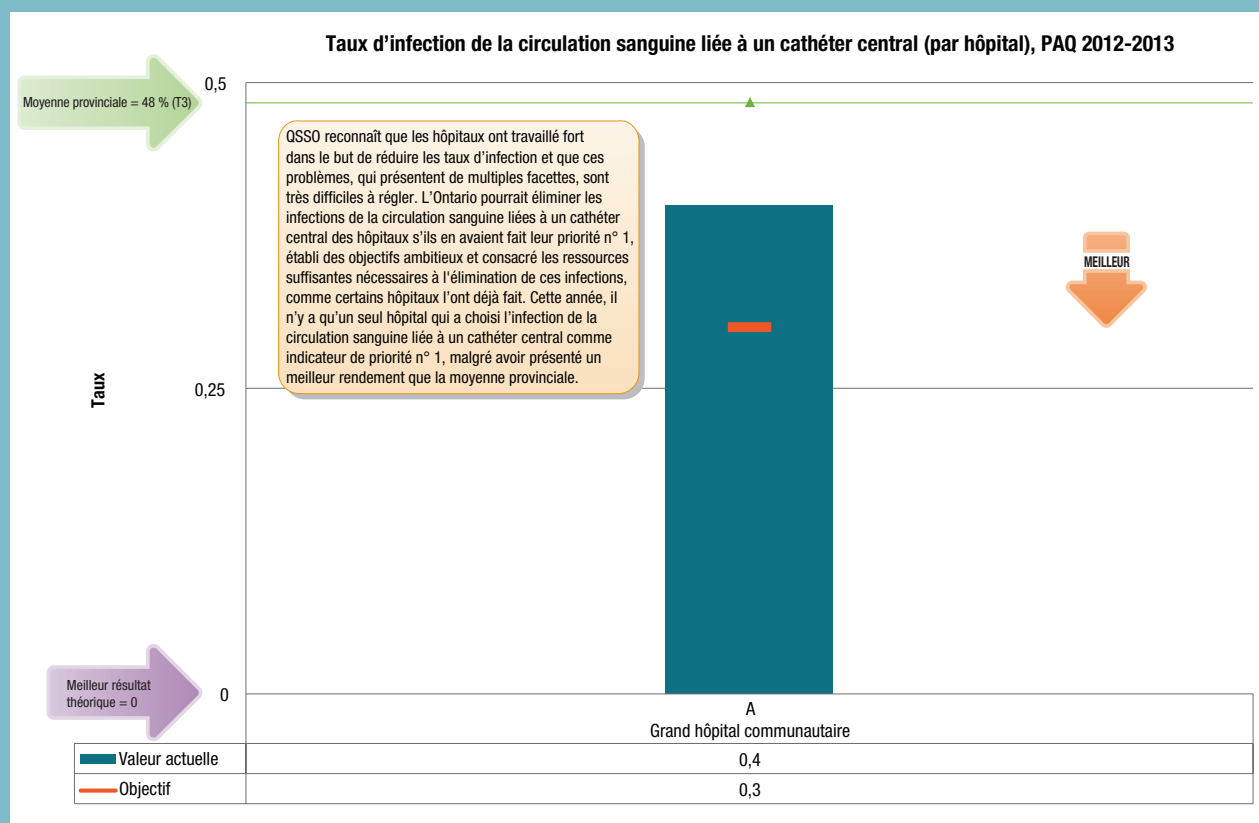
Définition

On détermine le taux d'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central par le nombre total de nouveaux cas d'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central aux soins intensifs après au moins 48 heures suivant l'insertion d'un cathéter central, divisé par le nombre de jours-cathéter central pendant cette période, multiplié par 1 000, conformément aux données publiques sur la sécurité des patients.

TABEAU 17 : ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS RELATIFS À L'INFECTION DE LA CIRCULATION SANGUINE LIÉE À UN CATHÉTER CENTRAL, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
Zéro pour les hôpitaux grands, petits et d'enseignement; ne s'applique pas aux hôpitaux psychiatriques et de SCC et de réadaptation.	Zéro	0,48 (T3 2011-2012)	25 %	25 %	25 %

FIGURE 5 : INFECTION DE LA CIRCULATION SANGUINE LIÉE À UN CATHÉTER CENTRAL – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013



Sécurité : Escarres de décubitus

Dix hôpitaux ont choisi les escarres de décubitus comme priorité n° 1, et 44 hôpitaux les ont choisies parmi leurs priorités. Cet indicateur a été le plus choisi parmi les hôpitaux de SCC et de réadaptation.

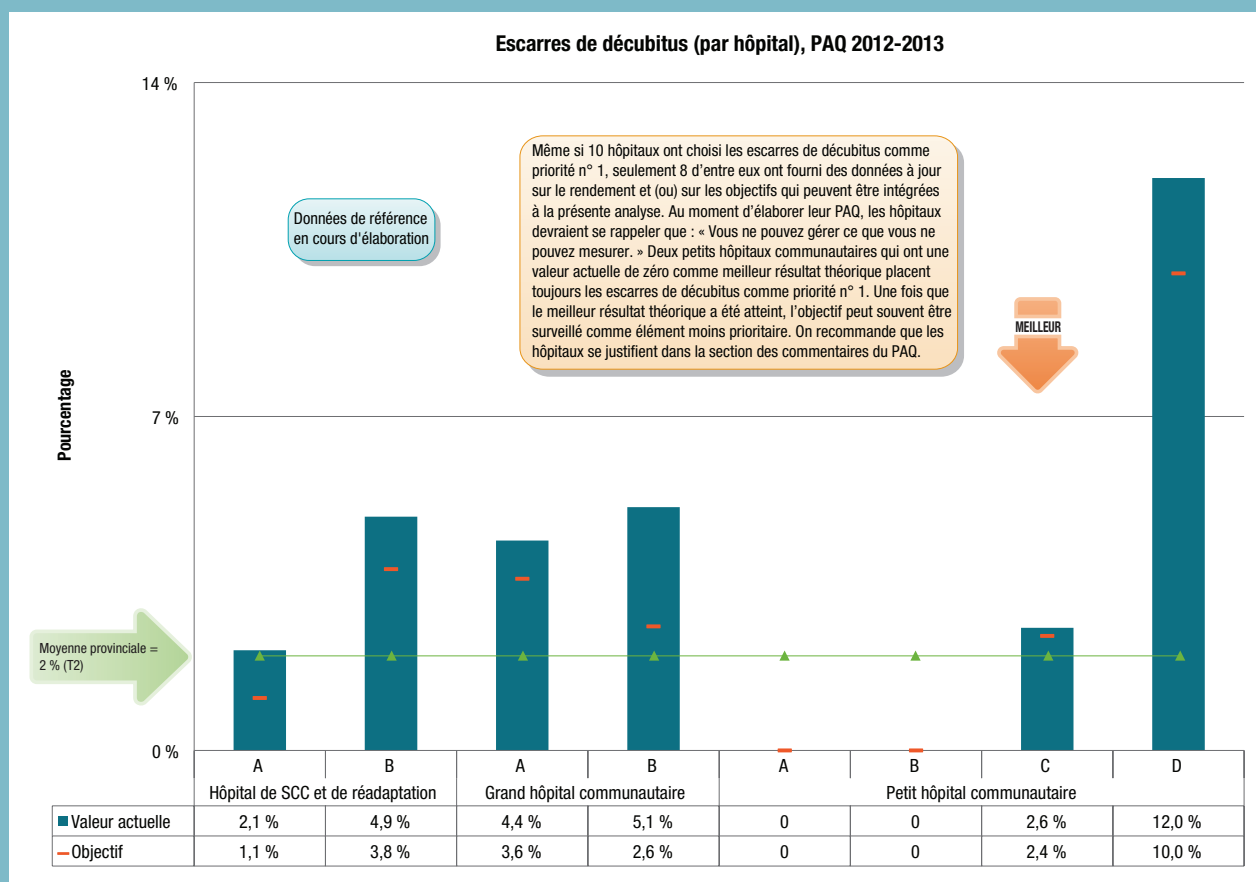
Définition

On détermine le taux d'escarres de décubitus par le pourcentage de pensionnaires aux hôpitaux de soins continus complexes ayant eu une nouvelle escarre de décubitus au cours des trois derniers mois (stade 2 ou plus élevé).

TABEAU 18 : ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS RELATIFS AUX ESCARRES DE DÉCUBITUS, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
Données de référence en cours d'élaboration		2,0 % (T2 2011-2012)	20 %	0 %	49 %

FIGURE 6 : ESCARRES DE DÉCUBITUS – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013



Sécurité : Chutes

Douze hôpitaux ont choisi les chutes comme priorité n° 1, et 40 hôpitaux les ont choisies parmi leurs priorités. Cet indicateur a été le plus choisi parmi les hôpitaux de SCC et de réadaptation.

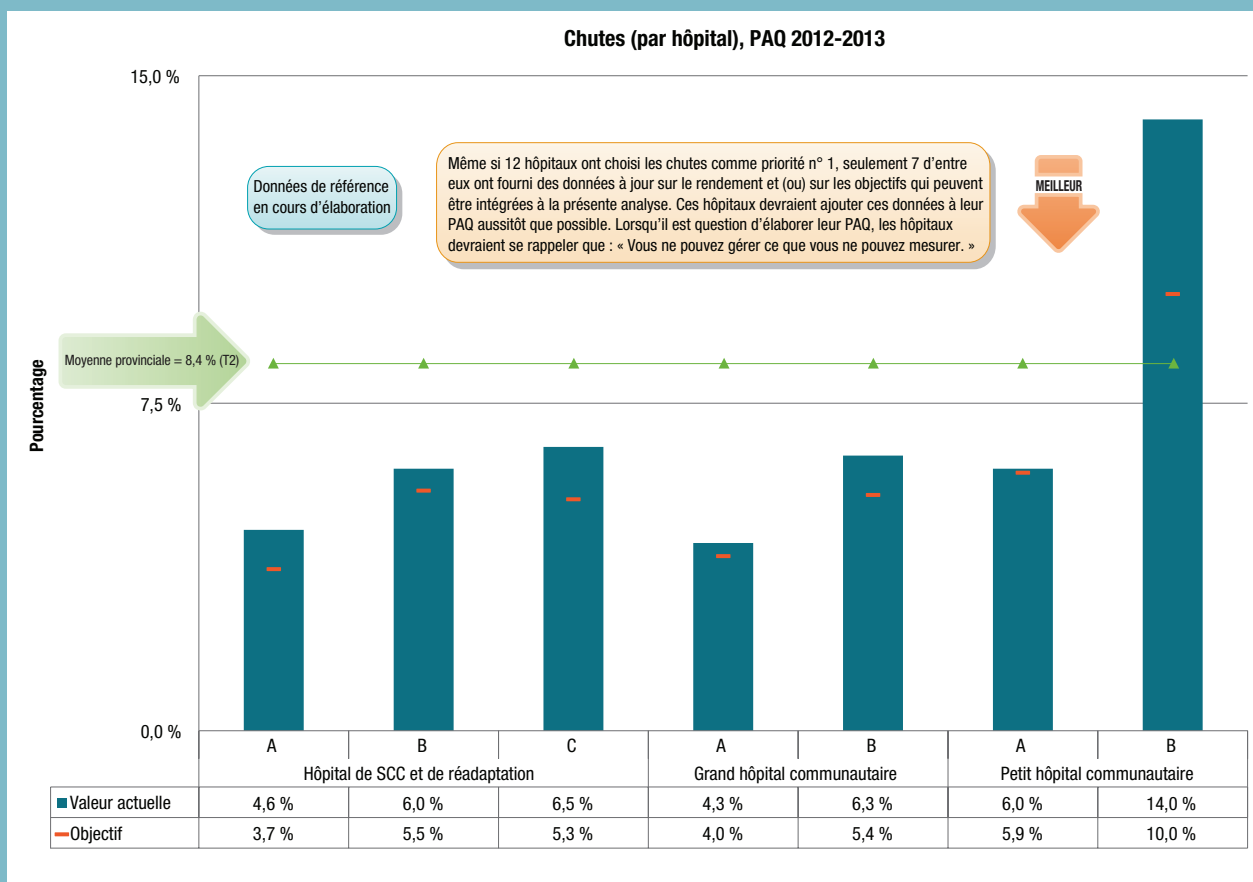
Définition

Le taux des chutes est déterminé par le pourcentage de pensionnaires aux hôpitaux de soins continus complexes qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours.

TABLEAU 19 : ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS RELATIFS AUX CHUTES, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
Données de référence en cours d'élaboration		8,4 % (T2, 2011-2012)	14 %	2 %	29 %

FIGURE 7 : CHUTES – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013



Sécurité : Liste de vérification de la sécurité chirurgicale

Huit hôpitaux ont choisi la liste de vérification de la sécurité chirurgicale comme priorité n° 1, et 60 hôpitaux l'ont choisie parmi leurs priorités.

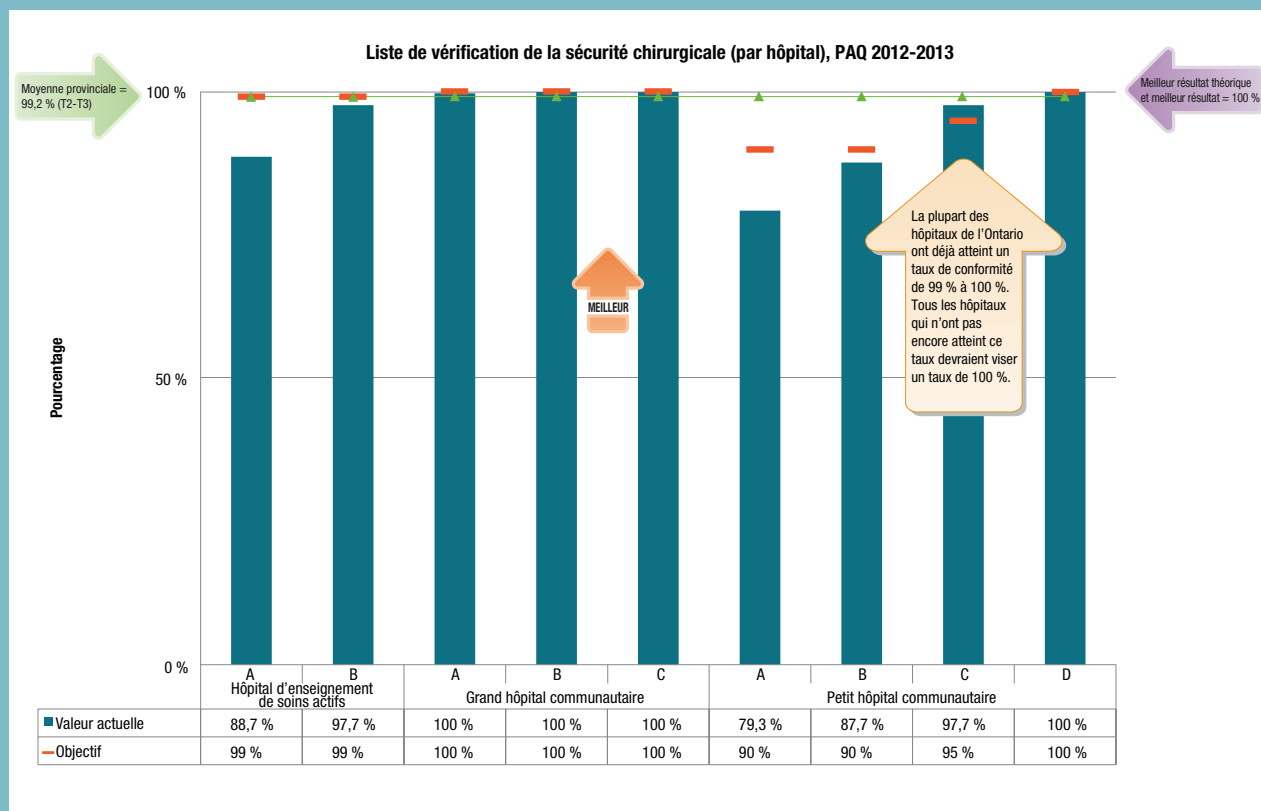
Définition

Le taux relatif à la liste de vérification de la sécurité chirurgicale est déterminé par le nombre de fois où les trois étapes de la liste de vérification de la sécurité chirurgicale ont toutes été effectuées (« breffage », « temps d'arrêt » et « débriefage »), divisé par le nombre total d'interventions chirurgicales pratiquées, multiplié par 100, de janvier à décembre 2011, conformément aux données publiques sur la sécurité des patients.

TABEAU 20 : ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS RELATIFS À LA LISTE DE VÉRIFICATION DE LA SÉCURITÉ CHIRURGICALE, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
100 %	100 %	99,2 % (T2 à T3 2011-2012)	5 %	0 %	13 %

FIGURE 8 : LISTE DE VÉRIFICATION DE LA SÉCURITÉ CHIRURGICALE – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013



Sécurité : Moyens de contention

Huit hôpitaux ont choisi les moyens de contention comme priorité n° 1, et 30 hôpitaux les ont choisis parmi leurs priorités. Cet indicateur a été le plus choisi parmi les hôpitaux psychiatriques.

Définition

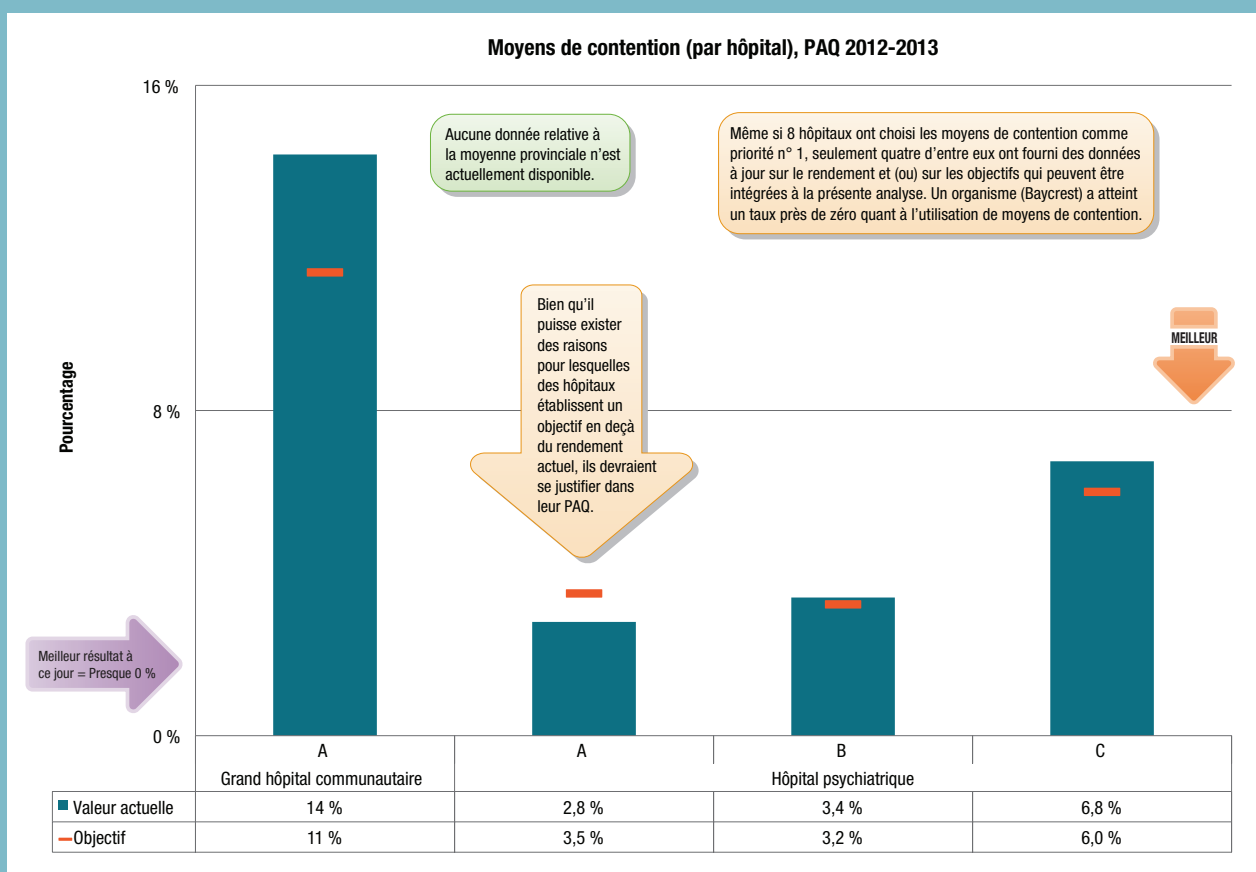
Le taux relatif aux moyens de contention est déterminé par le nombre de patients faisant l'objet de moyens de contention pendant au moins une journée dans les trois jours précédant leur admission complète, divisé par le nombre de cas où l'on a effectué une évaluation complète à l'admission.

TABEAU 21 : ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS RELATIFS AUX MOYENS DE CONTENTION, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
Presque zéro		Aucune donnée n'est disponible.	3 %	-25 %*	20 %

* Les valeurs négatives indiquent que certains hôpitaux ont établi des objectifs inférieurs à la mesure de base du rendement.

FIGURE 9 : MOYENS DE CONTENTION – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013



Efficacité : Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)

Six hôpitaux ont choisi le RNMH comme priorité n° 1, et 41 hôpitaux l'ont choisi parmi leurs priorités.

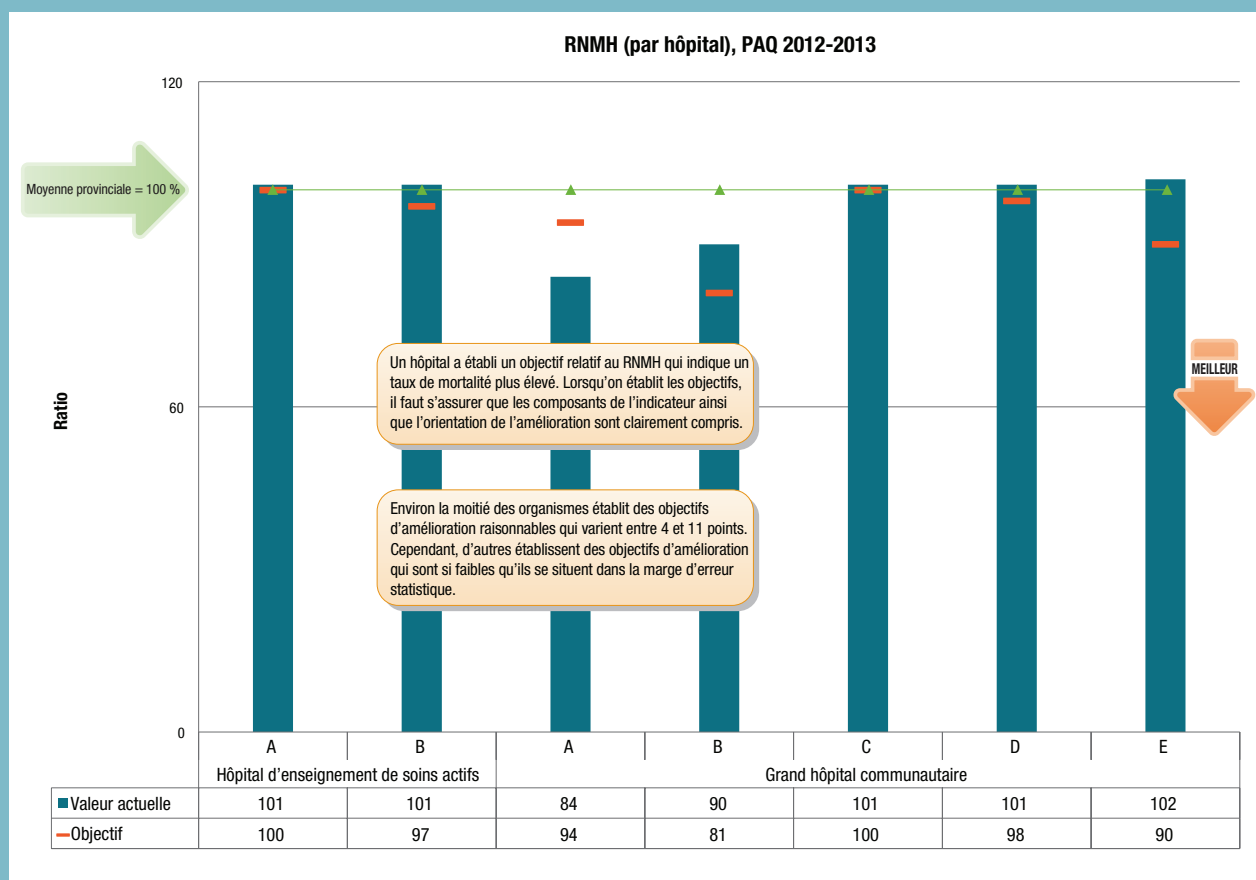
Définition

Le RNMH est déterminé par le nombre de décès observés / décès prévus, multiplié par 100.

TABEAU 22 : ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS RELATIFS AU RNMH, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
S.O.	S.O.	100 % (il s'agit du taux de base)	5 %	1 %	12 %

FIGURE 10 : RNMH – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013



Efficacité : Hôpital – Marge totale (NPRSSO)

Soixante-deux hôpitaux ont choisi la marge totale comme priorité n° 1, et 121 hôpitaux l'ont choisie parmi leurs priorités.

Définition

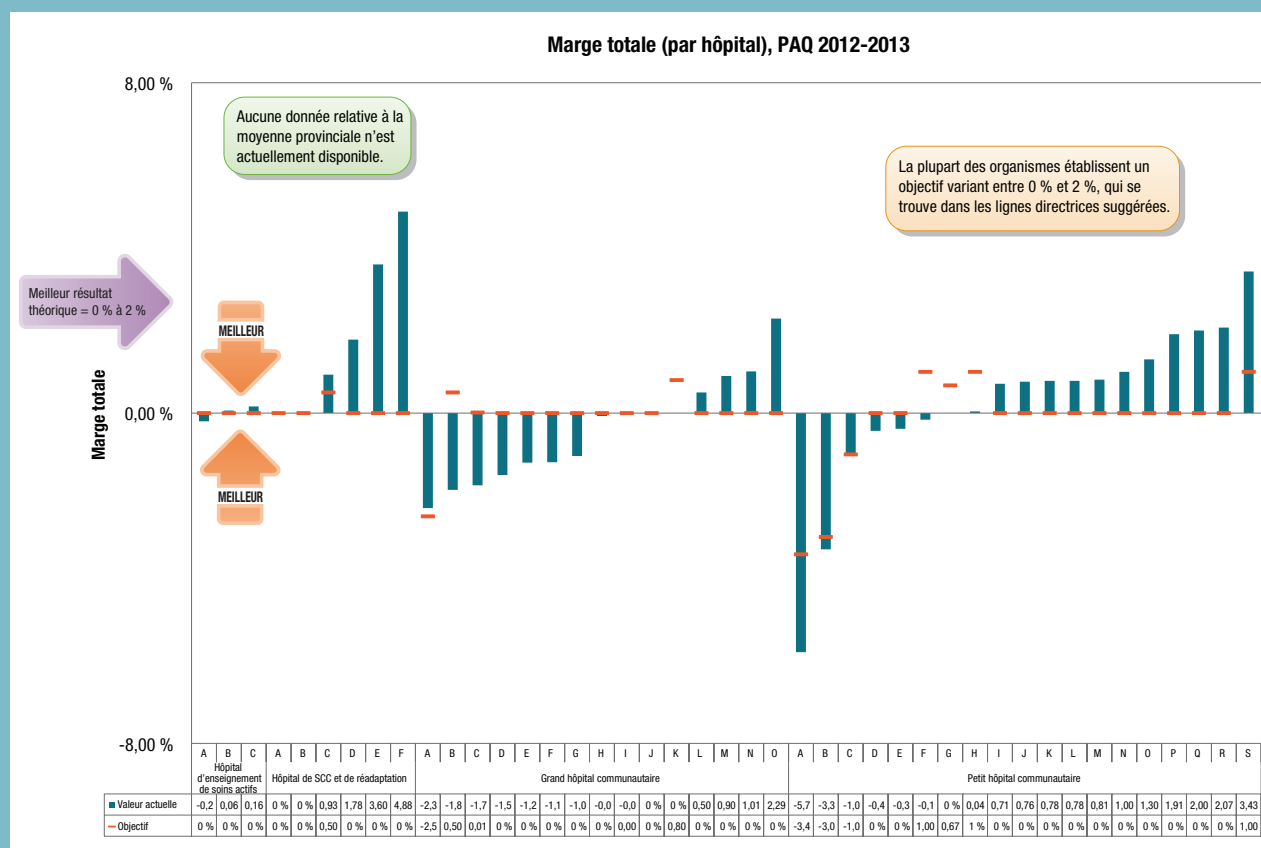
La marge totale est déterminée par le pourcentage selon lequel les recettes totales (consolidées) sont supérieures ou inférieures aux dépenses totales (consolidées), sans la dépréciation du bâtiment, dans une année donnée.

TABLEAU 23 : ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS RELATIFS À LA MARGE TOTALE, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
0,7 % à 1,7 % pour les hôpitaux d'enseignement; 0,1 % à 1,6 % pour les hôpitaux de SCC; 0 % à 1,6 % pour les grands hôpitaux communautaires; 0 % à 1,8 % pour les petits hôpitaux communautaires; 1,9 % pour les hôpitaux psychiatriques	0 % à 2 %	Données non disponibles*	S.O.	S.O.	S.O.

* Données disponibles sur le site Web du MSSLD. QSSO ne peut toutefois pas y avoir accès.

FIGURE 11 : MARGE TOTALE – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013



Accès : 90^e percentile pour la durée du séjour des patients admis aux SU

Cinquante-quatre hôpitaux ont choisi le 90^e percentile pour la durée du séjour des patients admis aux SU comme priorité n° 1, et 94 hôpitaux l'ont choisi parmi leurs priorités.

Définition

La durée du séjour des patients admis aux SU est déterminée par le temps qui s'écoule entre le moment où le patient s'enregistre ou voit un infirmier affecté au triage, le premier des deux prévalant, et le moment où il quitte les SU.

TABEAU 24 : ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS RELATIFS AU 90^e PERCENTILE POUR LA DURÉE DU SÉJOUR DES PATIENTS ADMIS AUX SU, PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
Données non disponibles	Presque zéro	11,5 heures (données de l'exercice 2010-2011)	11 %	-117 %*	68 %

* Les valeurs négatives indiquent que certains hôpitaux ont établi des objectifs inférieurs à la mesure de base du rendement.

FIGURE 12 : 90^e PERCENTILE POUR LA DURÉE DU SÉJOUR DES PATIENTS ADMIS – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013

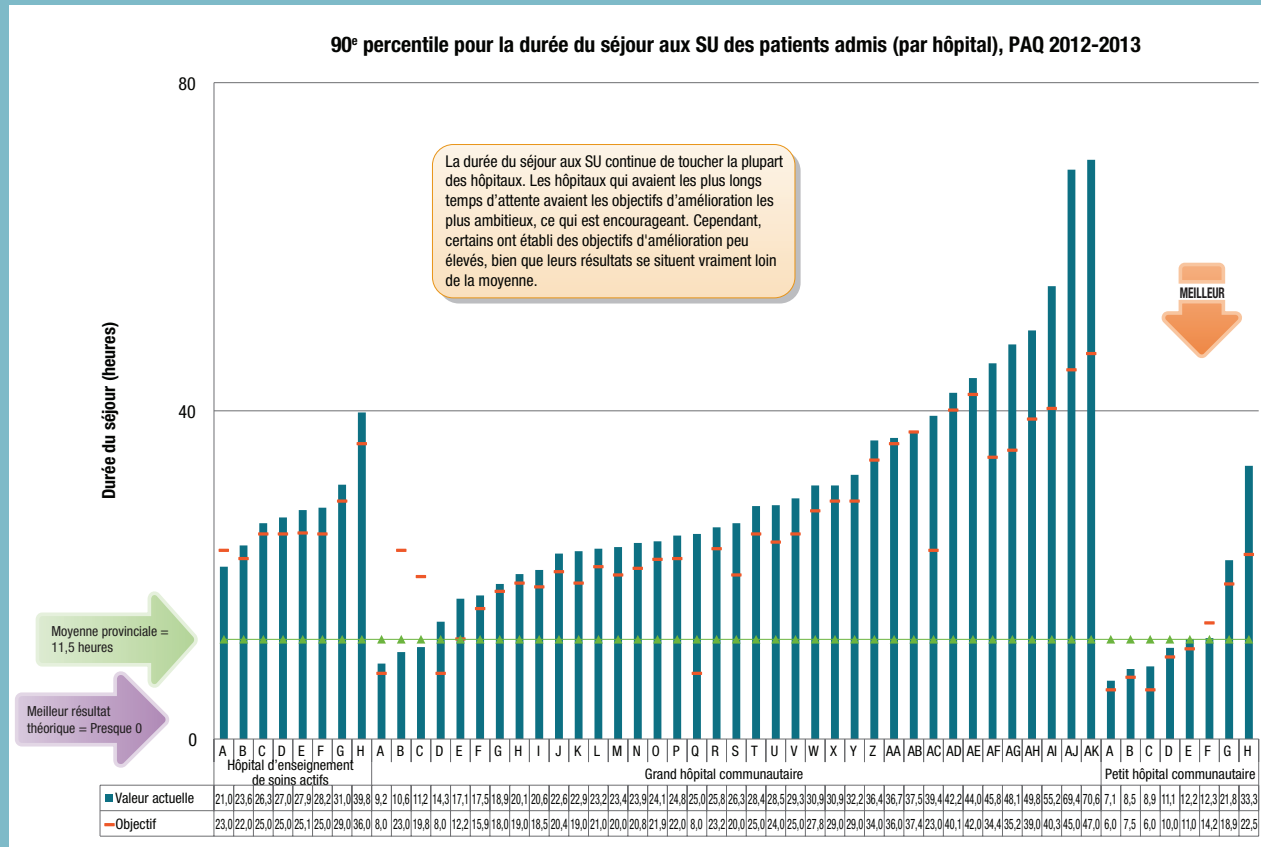


TABLEAU 25 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LES TEMPS D'ATTENTE AUX SU POUR LES PATIENTS ADMIS

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Surveillance et rétroaction	Tableau électronique	Mettre en place un système de surveillance en temps réel de la durée du séjour dans les services des urgences au moyen d'un tableau électronique.	Pourcentage des réunions des chefs de service responsables des patients hospitalisés dans lesquelles les temps d'attente pour un lit aux SU sont à l'ordre du jour.	100 %	L'Hospital for Sick Children (enseignement de soins actifs)
		Intégrer un nouveau système de messagerie électronique dans les SU afin d'aviser les médecins traitants que les résultats de tests de diagnostic sont disponibles.	Mise en œuvre du système, exploitation du système, mesure des temps de réponse	Réduction des temps d'attente pour tous les patients des SU, y compris pour ceux qui seront éventuellement admis.	Sunnybrook Health Sciences Centre (enseignement de soins actifs)
	Système de suivi des lits pour patients hospitalisés	Continuer de rendre les temps d'attente pour les lits visibles et accessibles en les affichant partout dans l'hôpital, en publiant les données sur le site intranet (tableau quotidien, DART, rapports), en décrivant la situation pendant les réunions quotidiennes de gestion des lits, en envoyant des courriels quotidiens aux cadres, etc.	Pourcentage des réunions des chefs de service responsables des patients hospitalisés dans lesquelles les temps d'attente pour un lit aux SU sont à l'ordre du jour.	100 %	L'Hospital for Sick Children (enseignement de soins actifs)
		Mettre en œuvre un système de gestion électronique des lits afin de pouvoir faire le suivi et d'améliorer les temps d'attente relatifs aux lits disponibles.	Le directeur des services de soins critiques assure la supervision et la surveillance continue de la conformité de l'intervention et des répercussions.	On prévoit que la mise en œuvre des mesures du processus signifiera des avis en temps opportun quant à l'efficacité de l'intervention, ou si un plan de redressement est exigé à différents échelons – opérationnel, équipe de direction et gouvernance.	Hôpital communautaire de Cornwall (grand hôpital communautaire)

TABLEAU 25 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LES TEMPS D'ATTENTE AUX SU POUR LES PATIENTS ADMIS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus	Respecter les niveaux de dotation en personnel afin de répondre aux augmentations subites de la demande	Nous examinerons l'horaire de travail des médecins dans les SU et apporterons des changements afin de faire correspondre nos ressources en médecins aux besoins des patients.	Des données sur l'arrivée des patients indiquent qu'il existe des périodes de forte demande pendant lesquelles on manque de médecins pour traiter les cas non urgents. Pendant ces périodes, les temps d'attente sont plus longs.	Offrir une couverture médicale supplémentaire pour 90 % des périodes de forte demande dans les SU.	St. Joseph's Healthcare Hamilton (enseignement de soins actifs)
		Évaluer la possibilité de créer un poste « volant » de préposé au service de l'environnement pendant les périodes d'admission de pointe afin de réduire le temps d'attente relatif au nettoyage d'une chambre et à sa préparation pour une admission.	Ne figure pas sur la liste.	On prévoit que la mise en œuvre des mesures du processus signifiera des avis en temps opportun quant à l'efficacité de l'intervention, ou si un plan de redressement est exigé à différents échelons – opérationnel, équipe de direction et gouvernance.	Hôpital communautaire de Cornwall (grand hôpital communautaire)
		Aplanir la charge de travail ou coordonner l'emploi du temps personnel en fonction de la demande.	Chaque trimestre, faire rapport au comité des soins aux patients et de la qualité du conseil, à l'équipe clinique en service d'urgence et au comité médical consultatif.	L'objectif établi est de gérer à l'interne le transfert des patients à la fin de l'exercice.	Hôpital général de Brockville (grand hôpital communautaire)
	Répartir les interventions chirurgicales non urgentes de manière égale	Répartir les cas de chirurgies non urgentes de manière plus égale tout au long de la semaine afin de disposer d'une meilleure marge de manœuvre pour accepter les cas de chirurgies provenant de la SU dès qu'ils surviennent.	Chaque trimestre, faire rapport au comité des soins aux patients et de la qualité du conseil, à l'équipe clinique en service d'urgence et au comité médical consultatif.	L'objectif établi est de gérer à l'interne le transfert des patients à la fin de l'exercice.	Hôpital général de Brockville (grand hôpital communautaire)

TABLEAU 25 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LES TEMPS D'ATTENTE AUX SU POUR LES PATIENTS ADMIS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus (suite)	Aménager des zones spécialisées (p. ex., zones permettant d'évaluer rapidement)	Aménager une salle permettant d'évaluer rapidement les patients notés 4 et 5 à l'ÉTG.	Ne figure pas sur la liste.	Temps d'attente améliorés de 5 %	Hôpital Memorial de Campbellford (enseignement de soins actifs)
	Concevoir un plan des SU permettant une circulation efficace	Ranger le matériel près de son lieu d'utilisation.	Chaque trimestre, faire rapport au comité des soins aux patients et de la qualité du conseil, à l'équipe clinique en service d'urgence et au comité médical consultatif.	L'objectif établi est de gérer à l'interne le transfert des patients à la fin de l'exercice.	Hôpital général de Brockville (grand hôpital communautaire)
		Mener un examen du fonctionnement des SU en utilisant les principes de l'allègement, dans le but de trouver d'autres occasions de réduire les temps d'attente.			Hôpital Memorial de Cambridge (grand hôpital communautaire)
	Améliorer le processus de mise en congé afin d'éviter que des patients retournent aux SU	Transmettre des documents relatifs à la mise en congé au fournisseur de soins communautaires dans les 72 heures suivant le congé du patient.	Ne figure pas sur la liste.	On prévoit que la mise en œuvre des mesures du processus signifiera des avis en temps opportun quant à l'efficacité de l'intervention, ou si un plan de redressement est exigé à différents échelons – opérationnel, équipe de direction et gouvernance.	Hôpital communautaire de Cornwall (grand hôpital communautaire)

TABLEAU 25 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LES TEMPS D'ATTENTE AUX SU POUR LES PATIENTS ADMIS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus (suite)	Améliorer le processus de mise en congé afin d'éviter que des patients retournent aux SU (suite)	Communiquer avec les patients ayant obtenu leur congé dans les 24 à 72 heures suivant l'obtention du congé.	Ne figure pas sur la liste.	On prévoit que la mise en œuvre des mesures du processus signifiera des avis en temps opportun quant à l'efficacité de l'intervention, ou si un plan de redressement est exigé à différents échelons – opérationnel, équipe de direction et gouvernance.	Hôpital communautaire de Cornwall (grand hôpital communautaire)
	Améliorer l'accès aux services communautaires afin d'éviter que des patients reviennent aux SU	Accroître au maximum le nombre de patients aiguillés vers des cliniques d'accès rapide à la médecine interne générale en fournissant des données trimestrielles à la médecine interne générale et aux médecins des services des urgences relatives à leur taux d'aiguillage vers les cliniques d'accès rapide à la médecine interne générale.	Augmentation du pourcentage relatif au nombre de nouvelles visites aux cliniques d'accès rapide à la médecine interne générale pour 2011-2012.	Amélioration de 5 % pour 2011-2012	Hamilton Health Sciences Corporation (enseignement de soins actifs)

TABLEAU 25 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LES TEMPS D'ATTENTE AUX SU POUR LES PATIENTS ADMIS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus (suite)	Améliorer l'accès aux services communautaires afin d'éviter que des patients reviennent aux SU (suite)	En continuant de miser sur la réussite que connaissent les cliniques d'aiguillage rapide en matière d'évaluation et de gestion de patients ayant de problèmes médicaux généraux afin d'éviter que des patients soient hospitalisés, une étude de faisabilité sera amorcée en ce qui concerne la mise en place d'autres cliniques visant les patients cardiaques et atteints du cancer.	Faire le suivi du nombre d'admissions en médecine générale évitées par les cliniques d'aiguillage rapide.	Mener une étude de faisabilité.	Sunnybrook Health Sciences Centre (enseignement de soins actifs)
	Élaborer des stratégies de gestion des lits réservés aux patients hospitalisés	Séjour du patient ayant de problèmes médicaux généraux; cerner les principaux obstacles à la circulation des patients; harmonisation des processus de gestion des lits aux pratiques exemplaires et aux résultats pour les patients; accroître/protéger la capacité et les demandes de ressources (équilibrer la demande avec la capacité).	Durée prévue du séjour par rapport à la durée moyenne du séjour, durée du séjour aux SU pour les patients admis < 8 heures	Écart représenté en pourcentage de la durée prévue du séjour par rapport à la durée moyenne du séjour < 8 heures	Hôpital Hôtel-Dieu Grace (grand hôpital communautaire)
		Améliorer l'accès aux bons lits, au moment opportun, à l'aide d'un outil sur l'utilisation des lits qui tient compte des données de simulation.	1. Mise en œuvre du modèle prédictif sur l'utilisation des lits servant à la chirurgie. 2. Élaboration d'un modèle prédictif sur l'utilisation des lits au service de médecine	1. Modèle prédictif en matière de chirurgie : la mise en œuvre sera terminée dans les établissements du HHS d'ici octobre 2012. 2. Modèle prédictif dans les services de médecine : un modèle pilote sera élaboré en avril 2013.	Hamilton Health Sciences (enseignement de soins actifs)

TABLEAU 25 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LES TEMPS D'ATTENTE AUX SU POUR LES PATIENTS ADMIS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus (suite)	Élaborer des stratégies de gestion des lits réservés aux patients hospitalisés (suite)	Veiller à ce que les tournées des médecins dans les soins actifs soient terminées avant 11 heures afin de s'assurer que les patients qui obtiennent leur congé quittent le service avant cette heure.	Chaque trimestre, faire rapport au comité des soins aux patients et de la qualité du conseil, à l'équipe clinique en service d'urgence et au comité médical consultatif.	L'objectif établi est de gérer à l'interne le transfert des patients à la fin de l'exercice.	Hôpital général de Brockville (grand hôpital communautaire)
	Améliorer les transferts des SU au service d'hospitalisation	Créer une équipe d'admission multidisciplinaire dans les SU afin de coordonner les soins prodigués aux patients qui attendent leur transfert vers un lit d'hôpital.	Réduction de la durée moyenne du séjour chez les patients provenant des SU et ayant reçu des soins de l'équipe d'admission.	Réduire la moyenne de la durée du séjour aux soins actifs pour les patients provenant des SU de 10 %, passant ainsi de 5,9 jours (total cumulatif du T3 de 2011-2012) à 5,3 jours.	Hôpital de Markham-Stouffville (grand hôpital communautaire)
		L'équipe de transition est mise en place et les examens ont commencé à améliorer le processus de transfert des patients des SU au service de soins aux patients hospitalisés. En effet, le transfert s'effectue plus rapidement et de façon plus sécuritaire, ce qui devrait réduire la durée du séjour des patients hospitalisés. Améliorer le processus de transfert au service de soins aux patients hospitalisés et réduire le temps du séjour dans ce service.	Lits destinés aux patients hospitalisés prêts en 30 minutes, volume de patients admis examinés par l'équipe de transition.	Pourcentage atteignant l'objectif de 30 minutes.	Hôpital Hôtel-Dieu Grace (grand hôpital communautaire)

TABLEAU 25 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LES TEMPS D'ATTENTE AUX SU POUR LES PATIENTS ADMIS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Aides à la décision	Ensembles d'ordonnances sur les patients	Créer des ensembles d'ordonnances sur les patients, y compris des ensembles d'ordonnances sur l'admission afin de normaliser la date de mise en congé prévue et de s'assurer que la planification des congés soit effectuée le plus tôt possible, et que les fournisseurs communautaires y participent, au besoin.	Pourcentage des patients admis ayant à leur dossier un ensemble complet d'ordonnances sur l'admission.	Affections mineures : 4; Affections complexes : 8	Hôpital Joseph Brant Memorial (grand hôpital communautaire)
Engagement de la part des patients	Aviser les patients des temps d'attente	Faire preuve de transparence en ce qui concerne les temps d'attente actuels. Utiliser la technologie pour indiquer au public la durée du temps d'attente.	Ne figure pas sur la liste.	Affections mineures : 4; Affections complexes : 8	Hôpital général de Brockville (grand hôpital communautaire)
	Informar les patients au sujet des soins qu'ils reçoivent	Utiliser des tableaux blancs dans chaque chambre de patients; planifier les congés et les mettre à la vue des familles et des patients.	Procéder à des vérifications aléatoires afin de s'assurer que les tableaux blancs sont mis à jour quotidiennement par le personnel afin de refléter le plan de soins et de congé élaborés en collaboration avec les médecins.	Taux de conformité de 100 % relativement à l'utilisation des tableaux blancs	Hôpital Stevenson Memorial (petit hôpital communautaire)
Ressources	Personnel spécifiquement affecté à la gestion de la circulation dans les SU	Faire appel à un coordonnateur du transfert des patients afin d'orienter les améliorations du processus dans les SU pour les patients notés 1 à 3 à l'ÉTG. Le coordonnateur aidera l'équipe des SU à faire une utilisation plus efficace des lits des SU, afin qu'elle puisse réduire les temps d'attente pour les patients.	Utiliser les données du tableau de suivi des SU pour analyser la circulation des patients dans les SU, puis utiliser ces données pour examiner et améliorer l'utilisation des lits.	Ne figure pas sur la liste.	Centre de santé St. Joseph de Hamilton (enseignement de soins actifs)

TABLEAU 25 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LES TEMPS D'ATTENTE AUX SU POUR LES PATIENTS ADMIS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Ressources (suite)	Personnel spécifique-ment affecté à la gestion de la circulation dans les SU (suite)	Faire l'essai du rôle du coordonnateur des lits afin de soutenir les pratiques exemplaires en matière de gestion des lits et l'évaluer, p. ex, processus prédictif de mise en congé, réunions relatives à la gestion des lits tenues deux fois par jour selon les changements de quart afin d'optimiser l'utilisation des lits, transferts des patients des SU au service de soins aux patients hospitalisés tôt en matinée, mise en congé à 10 h, etc.	Présentation du bilan du deuxième PAQ trimestriel à l'équipe de la haute direction, au comité responsable de la qualité des soins médicaux et au comité responsable de la surveillance du rendement et de la qualité.	Ne figure pas sur la liste.	Hôpital communautaire de Cornwall (grand hôpital communautaire)
	Redéployer des ressources vers les endroits engorgés	Poursuivre avec les stratégies relatives aux « lieux névralgiques », p. ex., infirmiers praticiens placés dans des zones de traitement accéléré, formateurs en matière de circulation et services d'admission / de congés.	Ne figure pas sur la liste.	Ne figure pas sur la liste.	Hôpital Memorial de Cambridge (grand hôpital communautaire)
Compétences du personnel	Formation du personnel	Outils de communication : mettre en place une formation d'« instruction inversée », sensibilisation relative aux connaissances en matière de santé et formation sur la communication offerte à tous les FSS de première ligne.	Pourcentage de personnes formées	90 % des FSS de première ligne (à l'exception des médecins qui suivent une formation d'instruction inversée [temps plein et temps partiel])	Hôpital Margaret Cochenour Memorial de Red Lake (petit hôpital communautaire)

Axé sur les patients : satisfaction des patients

Cinquante-neuf hôpitaux ont choisi la satisfaction des patients comme priorité n° 1, et 129 hôpitaux l'ont choisie parmi leurs priorités.

Définition

L'amélioration de la satisfaction des patients exige d'interroger les patients au sujet des soins et des services reçus à l'hôpital, et (ou) de leur demander s'ils recommanderaient l'hôpital à d'autres personnes. La plupart des hôpitaux utilisent le questionnaire de sondage du NRC Picker Canada pour les patients hospitalisés et pour les patients des SU, mais il est également possible de procéder à un sondage maison.

TABEAU 26 : SATISFACTION DES PATIENTS – OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013

Indicateur	Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
				Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
Pourcentage de patients (hospitalisés) qui feraient sans aucun doute une recommandation	Données de référence en cours d'élaboration	Presque 100 %	73,1 % exercice 2010	3 %	-20 %*	23.0 %
Pourcentage de patients (des SU) qui feraient sans aucun doute une recommandation	Données de référence en cours d'élaboration	Presque 100 %	58,2 % exercice 2010	11 %	2 %	20 %
Pourcentage de patients (hospitalisés) qui ont jugé Excellents, Très bons ou Bons les soins qu'ils ont reçus	Données de référence en cours d'élaboration	Presque 100 %	93,2 % exercice 2010	2 %	-15 %*	15 %*
Pourcentage de patients (des SU) qui ont jugé Excellents, Très bons ou Bons les soins qu'ils ont reçus	Données de référence en cours d'élaboration	Presque 100 %	85,1 % exercice 2010	2 %	0 %	5 %

* Les valeurs négatives indiquent que certains hôpitaux ont établi des objectifs inférieurs à la mesure de base du rendement.

FIGURE 13 : SATISFACTION DES PATIENTS – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013

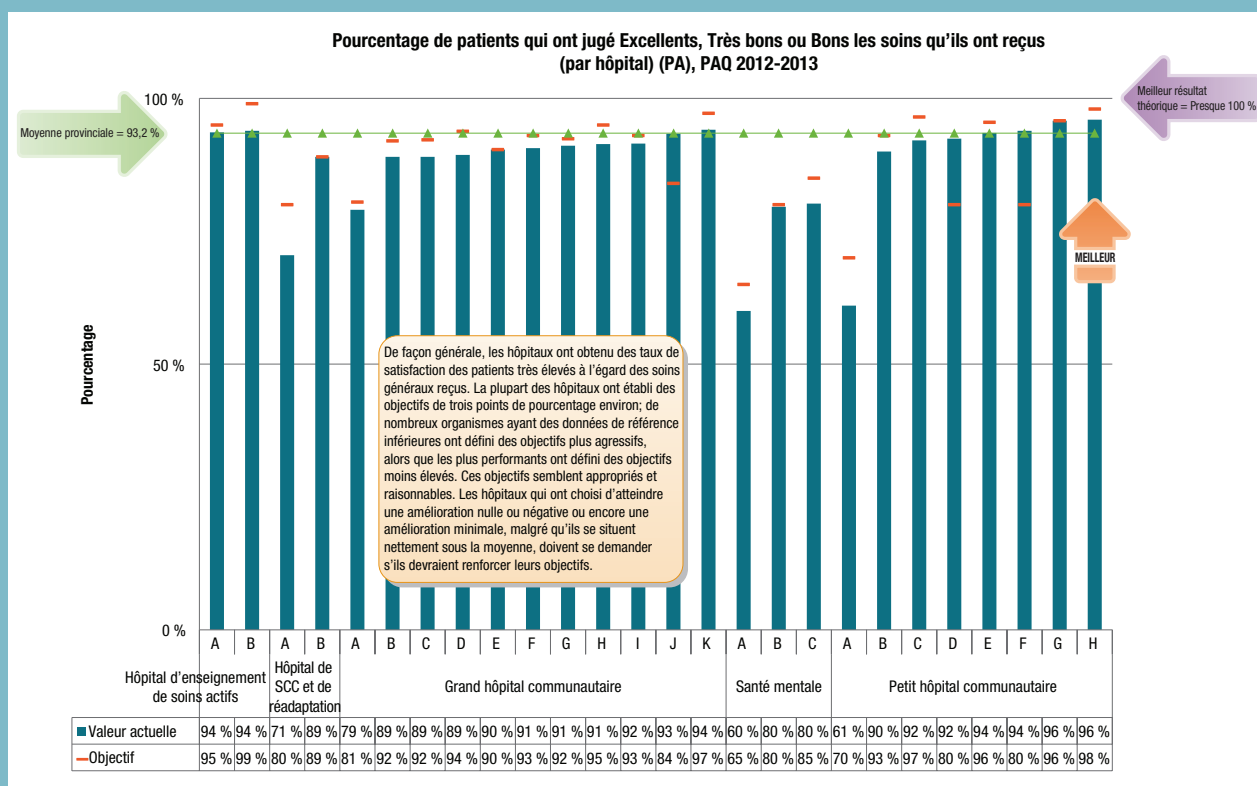
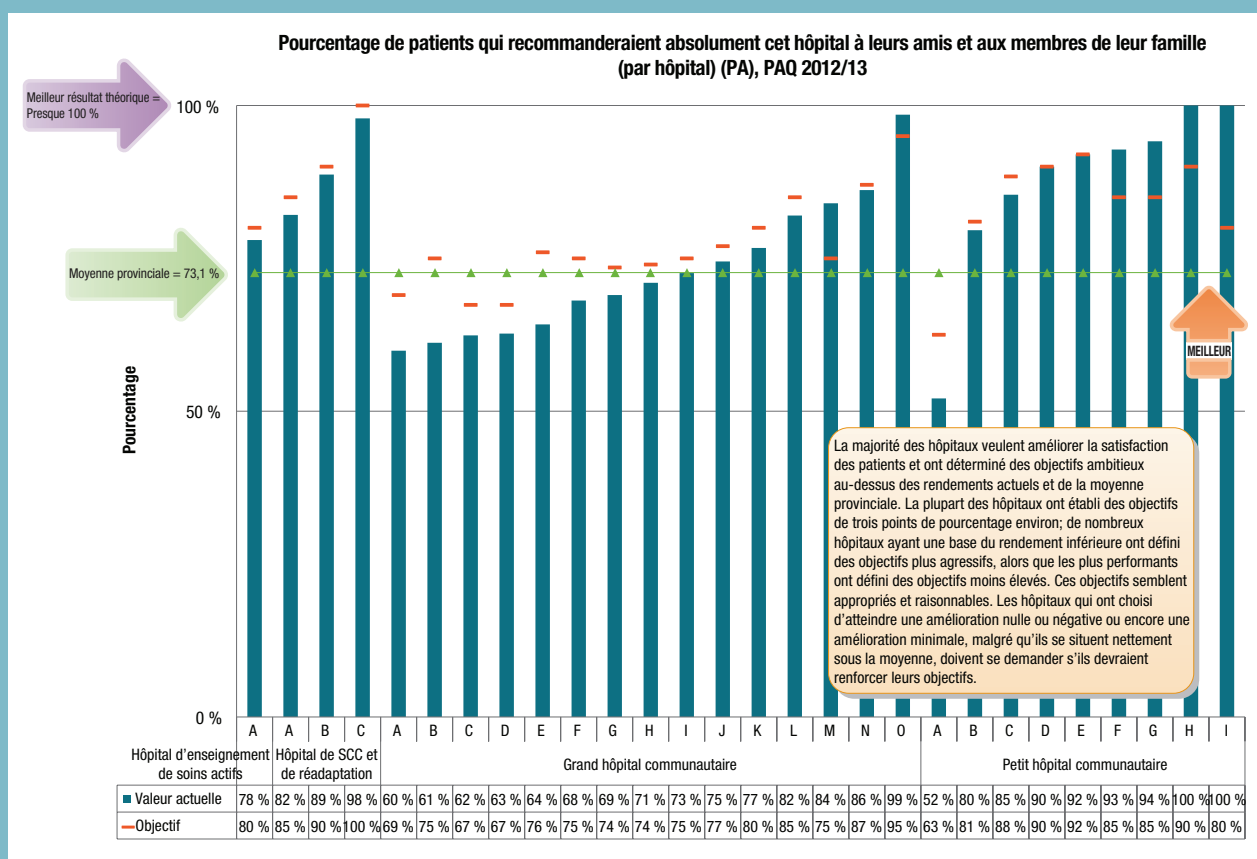


FIGURE 13 : SATISFACTION DES PATIENTS – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013
(SUITE)

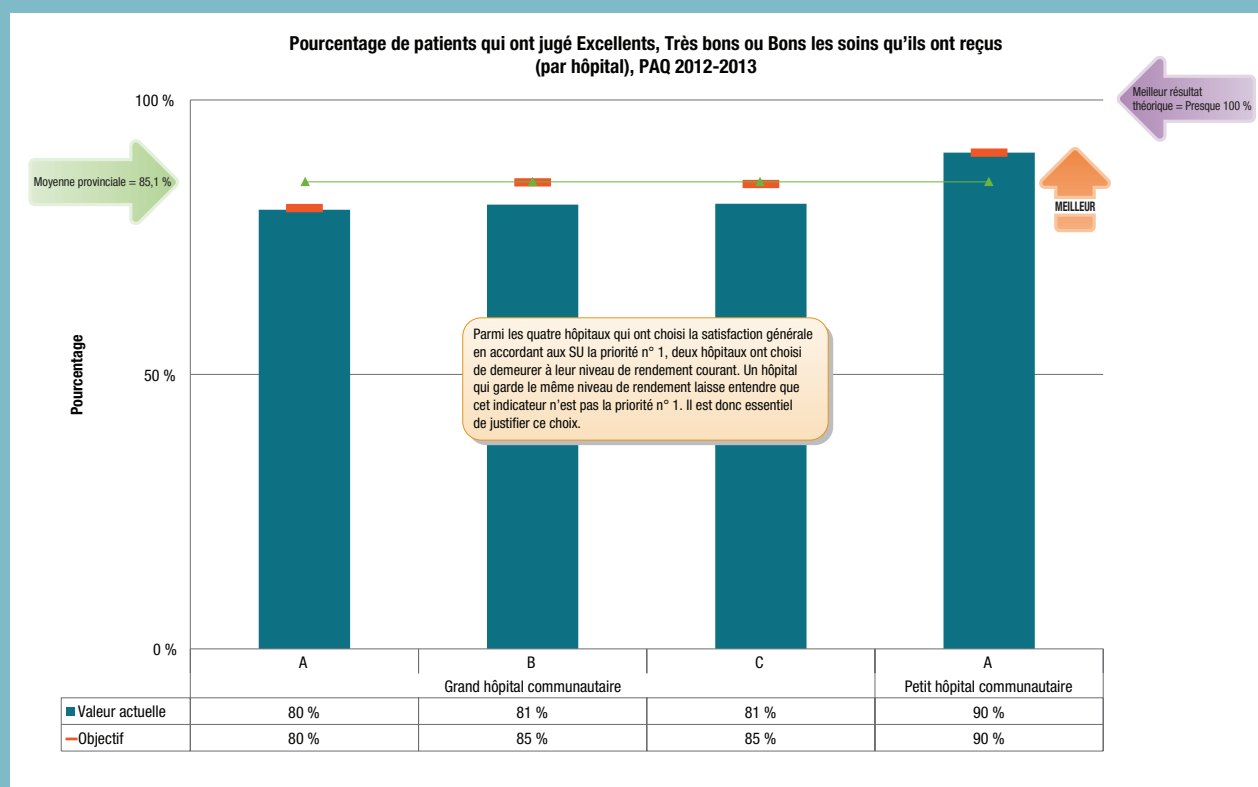
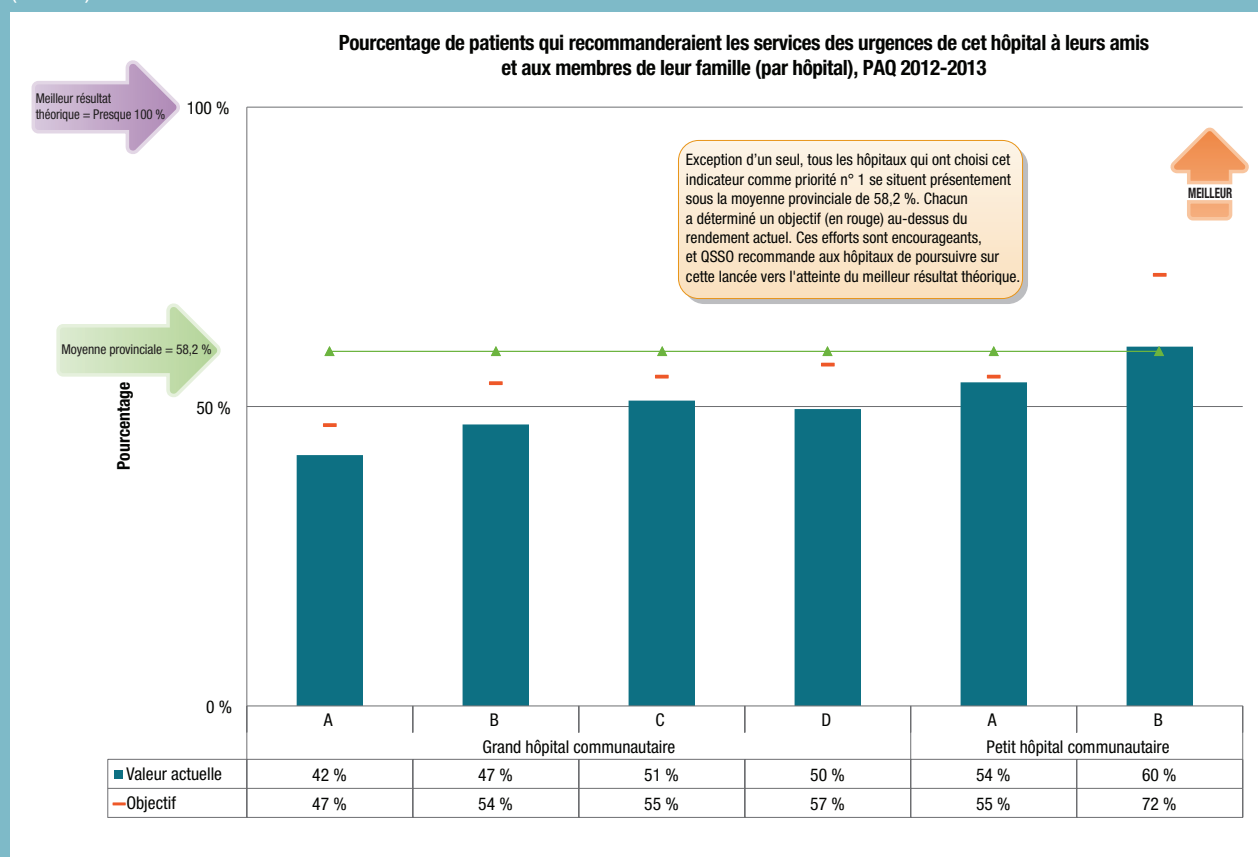


TABLEAU 27 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LA SATISFACTION DU PATIENT

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Mesure et rétroaction	Rétroaction aux services en particulier	Souligner au personnel les résultats positifs du sondage.	Analyser les résultats du sondage de janvier 2012 et élaborer des initiatives d'amélioration de la qualité au besoin.	Aucun objectif fourni	Services de santé Royal Ottawa (santé mentale)
	Surveillance de la rétroaction et des plaintes des patients	i) Déployer une application de rétroaction pour le patient et la famille. ii) Surveiller un système de rétroaction du patient et de la famille (compliments, suggestions et plaintes).	Les compliments, les suggestions et les plaintes proviennent de nombreuses sources et les constatations doivent être mises en tendance et transmises aux directeurs.	Aucun objectif fourni	Services de santé Royal Ottawa (santé mentale)
	Mini-sondages fréquents	Aucun hôpital n'a fait état de mini-sondage comme tel, mais les dirigeants des hôpitaux devraient envisager de recourir à cette pratique exemplaire qui les aiderait à obtenir en temps opportun des observations précieuses dans la prestation des services de santé aux patients afin de mieux satisfaire leurs besoins et leurs attentes. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'expérience positive des patients et les mini-sondages, veuillez consulter la section Expérience positive des patients de la Carte des améliorations sur le site de QSSO, (http://www.ohqc.ca/fr/imap/positive.html). L'onglet Outils fait état, entre autres, d'un document de l'Association des hôpitaux de l'Ontario sur la manière d'élaborer des sondages.			
Processus	Instruction inversée	Employer une méthode d'« instruction inversée » pour vérifier que les patients ont tout compris.	Faire rapport au comité des soins de qualité aux patients et à l'équipe clinique en service d'urgence.	L'objectif consiste à améliorer l'accès aux SU avant la fin de l'exercice.	Hôpital général de Brockville (grand hôpital communautaire)
	Directives de congé écrites	Fournir aux patients des directives de congé écrites claires sur la médication, les directives de soins à la maison et des plans de suivi.	Faire rapport au comité des soins de qualité aux patients et à l'équipe clinique en service d'urgence.	1) Réduire le nombre de plaintes. 2) Améliorer les évaluations de NRC Picker. 3) Augmenter la réponse aux questionnaires sur la satisfaction de NRC Picker.	Hôpital général de Brockville (grand hôpital communautaire)

TABLEAU 27 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LA SATISFACTION DU PATIENT (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus (suite)	Tableaux blancs	Des tableaux blancs pour communiquer aux patients et aux familles les noms des fournisseurs de soins de santé, la date de congé prévue, les besoins, etc.	De nombreuses fois, les patients ont trouvé cela utile (d'après les questions posées lors des visites).	100 %	Services de santé Royal Ottawa (santé mentale)
	Visites quotidiennes avec les patients	Mettre en œuvre des tactiques cliniques en vue d'offrir l'excellence du service dans tous les services des malades hospitalisés. Les tactiques comprennent les visites aux heures, des rapports remis au changement de garde, les conseils de soins et la visite des patients par les dirigeants. L'introduction de ces pratiques exemplaires fera en sorte que les patients soient bien informés et engagés dans leur processus de soins.	L'adoption des tactiques cliniques sera évaluée trimestriellement; le suivi de la conformité aux visites aux heures s'effectuera dans les registres quotidiens pendant les trois premiers mois, puis trimestriellement par vérification.	Adoption complète d'ici mars 2013	L'Hôpital d'Ottawa (enseignement de soins actifs)
Engagement de la part des patients	Conseils consultatifs pour le patient et la famille	Conseil consultatif pour le patient Renouvellement du système de suivi des rétroactions du patient Groupe d'étude sur l'expérience du patient Mise en œuvre de soins axés sur la famille	1) Mesure et évaluation des plaintes et des compliments du patient 2) Nouveau rôle en place et éducation du personnel relativement aux soins axés sur le patient et sur la famille 3) Suivi des plaintes et des compléments avec un système amélioré d'utilisation des données 4) Création de stratégies ciblées afin d'aborder les thèmes déterminés.	Améliorer l'offre des soins axés sur la famille et obtenir un modèle proactif d'anticipation des besoins du patient et de la famille et qui y répond.	London Health Sciences Centre (enseignement de soins actifs)

TABLEAU 27 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LA SATISFACTION DU PATIENT (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Ressources	Personnel désigné pour l'expérience des patients	Mettre en place un rôle d'intervention en faveur des patients afin d'établir un comité directeur de soins axés sur le patient et la famille; création d'un Bureau de l'expérience des patients; nouveau rôle de conseiller principal sur l'expérience des patients.	Établissement d'un comité directeur en septembre 2012 et examen régulier des données de sondage, notamment la question du sondage maison : « Combien de temps le personnel prend-il pour discuter de vos problèmes/d'autres questions avec vous? »	L'examen de données est entièrement compris dans les séances mensuelles du comité directeur.	Bluewater Health (grand hôpital communautaire)
Incitatifs	Visiter et démontrer de l'intérêt (haute direction)	Poursuivre les visites de la direction pour la sécurité des patients.	Effectuer au moins deux visites par mois.	Démonstration du soutien de la direction afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients et détermination des secteurs où il faut améliorer la sécurité et la qualité des soins.	Services de santé Royal Ottawa (santé mentale)
	Lien avec la rémunération des cadres	De nombreux hôpitaux ont choisi de lier la rémunération des cadres à la satisfaction des patients et parlent de rémunération au rendement.			
Aides à la décision	Outils d'appréciation	Création et application d'un outil d'appréciation des soins infirmiers aux SU afin d'inclure la sensibilisation à l'intention des patients et les éléments déclencheurs d'appréciation, y compris des lignes directrices d'accréditation pour les SU.	Vérification du dossier médical des patients des SU	Vérification entière de tous les dossiers médicaux des patients des SU avec l'outil d'appréciation des soins infirmiers	Hôpital Margaret Cochenour Memorial de Red Lake (petit hôpital communautaire)
	Aide-mémoire et rappels	Refaire le formulaire des patients externes des SU afin d'inclure la documentation sur les directives de mises en congé, le suivi et les coordonnées de la personne à appeler.	Vérification du dossier en ce qui a trait à la documentation des directives et aux appels de suivi des patients à risque élevé	Soixante-quinze pour cent des dossiers comporteront des directives de mise en congé et un plan de suivi.	Centre régional de santé de Dryden (petit hôpital communautaire)

Soins intégrés : Taux de réadmission après 30 jours dans un établissement (groupes de maladies analogues précis)

Dix-huit hôpitaux ont choisi le taux de réadmission après 30 jours dans un établissement (groupes de maladies analogues précis) comme priorité n° 1, et 74 hôpitaux l'ont choisi parmi leurs priorités.

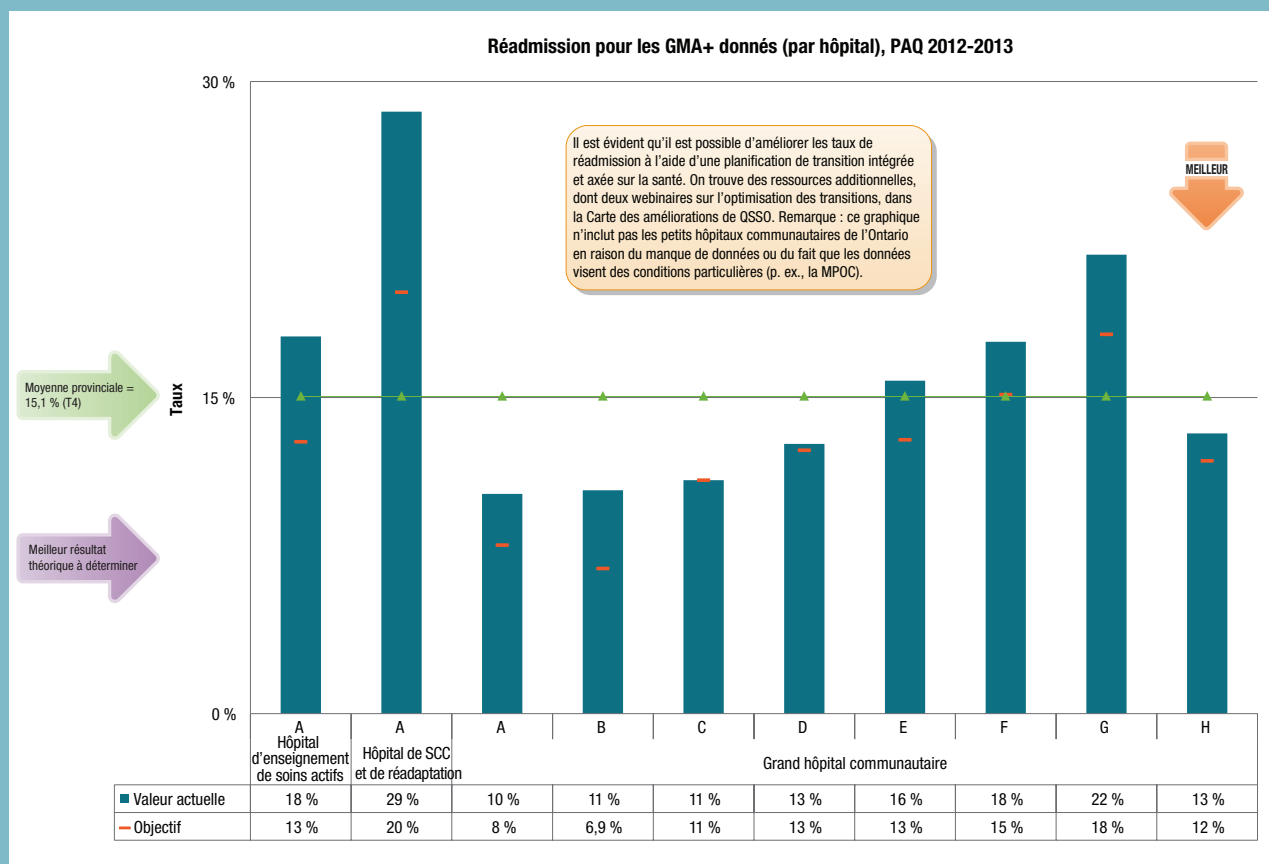
Définition

Le taux de réadmission après 30 jours dans un établissement (groupes de maladies analogues précis) est défini comme la réadmission dans un établissement dans les 30 jours de personnes atteintes de GMA précis.

TABEAU 28 : TAUX DE RÉADMISSION APRÈS 30 JOURS DANS UN ÉTABLISSEMENT – OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
À déterminer		15,1 % (T4 2010/11)	18 %	0 %	35 %

FIGURE 14 : TAUX DE RÉADMISSION APRÈS 30 JOURS DANS UN ÉTABLISSEMENT – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013



Soins intégrés : Pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS)

Trente-six hôpitaux ont choisi le pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'ANS comme priorité n° 1, et 103 hôpitaux l'ont choisi parmi leurs priorités.

Définition

Le pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'ANS est défini comme le nombre total des jours d'hospitalisation d'un patient requérant d'autres niveaux de soins (ANS), divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation.

TABEAU 29 : POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS – OBJECTIFS DES PAQ 2012/2013

Meilleur résultat à ce jour en Ontario	Meilleur résultat théorique	Moyenne provinciale	Objectifs d'amélioration relative des hôpitaux (choix comme priorité n° 1)		
			Objectif moyen	Objectif le moins élevé	Objectif le plus élevé
Zéro pour cent pour les hôpitaux d'enseignement de soins actifs, les grands et les petits hôpitaux communautaires et les hôpitaux psychiatriques; 2 % pour les hôpitaux de SCLD (< 5)	Zéro	17 % exercice 2010	10 %	-97 %*	64 %

* Les valeurs négatives indiquent que certains hôpitaux ont établi des objectifs inférieurs à la mesure de base du rendement.

FIGURE 15 : POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS – RENDEMENT ACTUEL ET OBJECTIFS DES PAQ 2012-2013

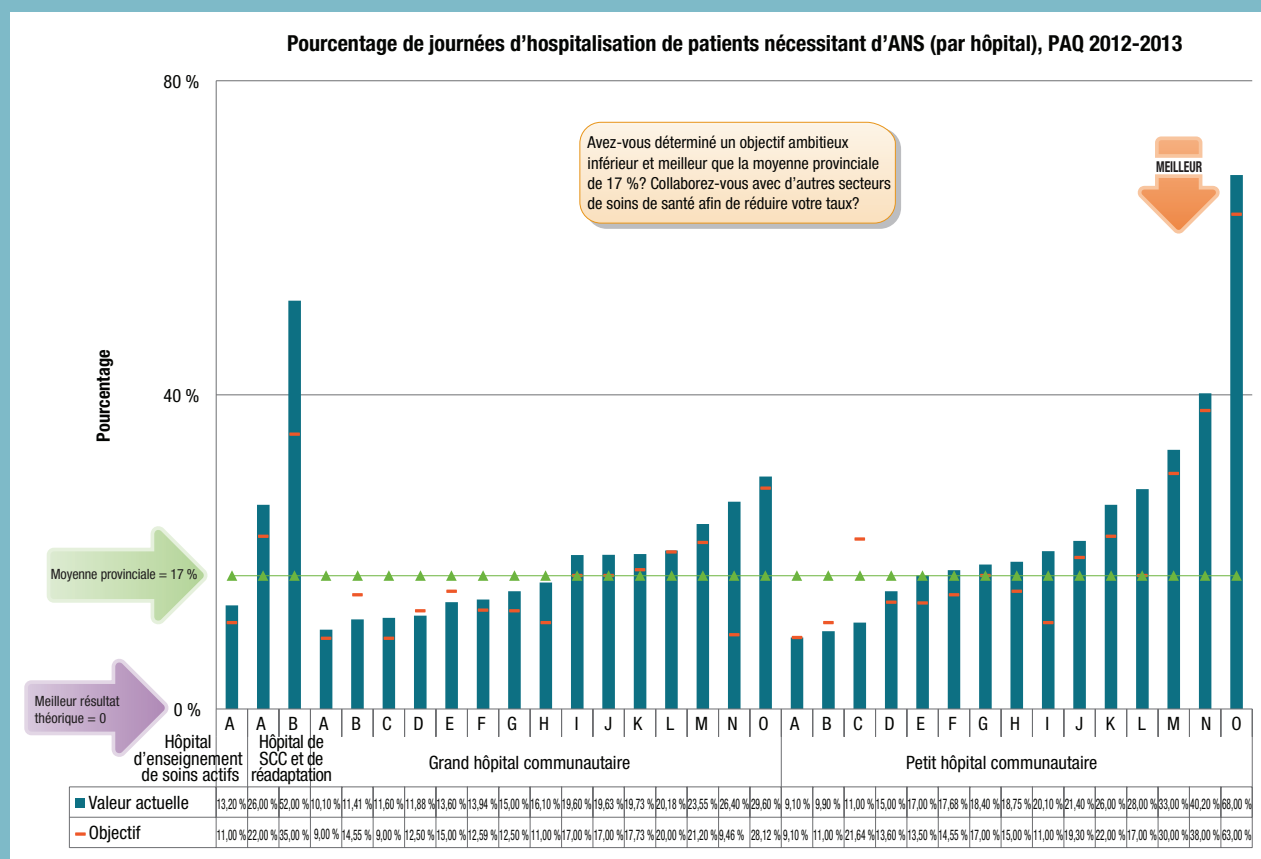


TABLEAU 30 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LE POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Mesure et rétroaction	Rétroaction sur les ANS, autres données aux fournisseurs	Suivi de l'utilisation de la mise en œuvre de l'outil DASH pour s'assurer que les patients sont placés au niveau de soins approprié.	Pourcentage des personnes placées dans un établissement de SLD et ne nécessitant pas un niveau élevé ou très élevé de SLD selon les résultats obtenus avec la méthode d'attribution des niveaux prioritaires MAPLe.	Données de référence : 31 % (2009-2010)	Centre régional de santé de North Bay (grand hôpital communautaire)
Processus	Chez soi avant tout (vise le retour à la maison, la prise de décision touchant les SLD à partir de la maison, évite l'autorisation de congé qui mène directement vers les établissements de SLD)	Les congés vers les établissements de SLD doivent être revus par l'équipe interprofessionnelle d'examen des congés, qui comprend les membres de la haute direction, le directeur des services aux clients de CASC et le planificateur de congé.	95 % du personnel clinique des services de soins aux malades hospitalisés sont informés du fonctionnement du comité d'examen des congés.	Dans les 90 jours	Hôpital Glengarry Memorial (petit hôpital communautaire)
	Évaluation des risques	Travailler avec les médecins de famille et les équipes Santé familiale (ESF) à effectuer les évaluations des risques de leurs patients en vue d'une détection et d'une intervention précoce.	Vérifications trimestrielles	Prodiguer au bon patient les bons soins au bon endroit, ce qui contribue à l'efficacité et à l'efficacité du système de soins de santé dans son ensemble.	Centre de santé de Manitoulin (petit hôpital communautaire)

TABLEAU 30 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LE POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus (suite)	Prise en charge des cas nécessitant des soins intensifs	1) Processus d'examen de la prise en charge des cas nécessitant des soins intensifs terminé en collaboration avec les CASC et les patients et la famille afin de cerner les obstacles aux congés et de les éliminer. 2) Début de rencontres entre le CASC et les travailleurs sociaux du HHS. 3) Mise au point d'outils pour aider le personnel à comprendre les rôles et les échéanciers des processus d'examen de la prise en charge des cas nécessitant des soins intensifs.	Ne figure pas sur la liste.	1. Processus d'examen de la prise en charge des cas nécessitant des soins intensifs terminé pour tous les patients identifiés. 2. Trois rencontres en 2012-2013 3. Outils prêts en juillet 2012	Hamilton Health Sciences Corporation (enseignement de soins actifs)
	Programmes de réadaptation et de déconditionnement	Amélioration de l'état fonctionnel et de la qualité de vie des patients grâce aux lits d'évaluation et de rétablissement, afin d'aider les patients à reprendre des forces, de l'endurance et de la fonctionnalité en vue d'un congé et d'un retour à la maison ou d'un transfert dans un établissement approprié. Optimisation de l'utilisation des services et des lits de réadaptation afin de prévenir la décompensation suivant l'admission à l'hôpital.	Selon l'initiative d'évaluation et de rétablissement Revue des paramètres du programme, de l'espace physique et des besoins en ressources	Ne figure pas sur la liste. Le plan du programme d'évaluation et de rétablissement sera élaboré au plus tard le 1^{er} mai 2012.	Hôpital de Timmins et du district (grand hôpital communautaire) Centre de santé de l'Ouest de Parry Sound (petit hôpital communautaire)

TABLEAU 30 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LE POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus (suite)	Accès aux services communautaires	Collaboration avec les organismes communautaires afin d'accélérer l'accès aux soins à domicile, l'aide à la vie autonome avec les Infirmières de l'Ordre de Victoria et les SLD.	Vérifications trimestrielles	Prodiguer au bon patient les bons soins au bon endroit, ce qui contribue à l'efficacité et à l'efficience du système de soins de santé dans son ensemble.	Centre de santé de Manitoulin (petit hôpital communautaire)
		1) Exploration d'un modèle de soins regroupés 2) Établissement de l'inventaire des services communautaires 3) Reconnaissance des manques 4) Confirmation des priorités de la collectivité auprès des organismes de soutien communautaire 5) Instauration d'un continuum de soins avec tous les fournisseurs de soins locaux 6) Utilisation et suivi du modèle Chez soi avant tout	Rapport trimestriel au conseil et à l'équipe clinique	• Terminer l'inventaire des services de soutien communautaires. • Stratégie communautaire pour combler les lacunes. • Établir un processus pour permettre aux personnes de naviguer dans le système communautaire. • Poursuivre le processus Chez soi avant tout.	Hôpital Memorial du district de Winchester (petit hôpital communautaire)
		Mise en œuvre d'un programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement pour mieux réagir aux comportements des personnes âgées et les garder au bon endroit.	Conformément au Programme ontarien de soutien en cas de troubles du comportement	Ne figure pas sur la liste.	Hôpital de Timmins et du district (grand hôpital communautaire)

TABLEAU 30 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LE POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus (suite)	Améliorer l'accès aux services communautaires afin d'éviter que des patients reviennent aux SU	Accroître au maximum le nombre de patients aiguillés vers des cliniques d'accès rapide à la médecine interne générale en fournissant des données trimestrielles à la médecine interne générale et aux médecins des services des urgences relatives à leur taux d'aiguillage vers les cliniques d'accès rapide à la médecine interne générale. En continuant de miser sur la réussite que connaissent les cliniques d'aiguillage rapide en matière d'évaluation et de gestion de patients ayant de problèmes médicaux généraux afin d'éviter que des patients soient hospitalisés, une étude de faisabilité sera amorcée en ce qui concerne la mise en place d'autres cliniques visant les patients cardiaques et atteints du cancer.	Augmentation du pourcentage relatif au nombre de nouvelles visites aux cliniques d'accès rapide à la médecine interne générale pour 2011-2012. Faire le suivi du nombre d'admissions en médecine générale évitées par les cliniques d'aiguillage rapide.	Amélioration de 5 % pour 2011-2012 Mener une étude de faisabilité.	Hamilton Health Sciences Centre (enseignement de soins actifs) Sunnybrook Health Sciences Centre (enseignement de soins actifs)

TABLEAU 30 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LE POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Processus (suite)	Planification des congés intégrée	Collaboration avec les orienteurs au sein du système du SCS pour établir des liens avec les fournisseurs de services d'aide à la vie autonome, le SCS, le CASC et les fournisseurs de services en santé mentale et en dépendance et coordonner les évaluations et les réévaluations en vue de soutenir une planification des congés intégrée qui respecte la philosophie Chez soi avant tout.	Conformément à Chez soi avant tout et aux travaux de planification des congés intégrée	Ne figure pas sur la liste.	Hôpital de Timmins et du district (grand hôpital communautaire)
		Planification des congés : aide du coordonnateur du programme Vieillir chez soi et de l'orienteur autochtone en planification des congés	Réunions hebdomadaires	Ne figure pas sur la liste.	Hôpital Notre-Dame Hospital (petit hôpital communautaire)
	Prévention des chutes dans la collectivité	Établissement de partenariats avec des maisons de retraite et des établissements de SLD et les cibler pour distribuer des trousseaux d'outils de prévention des chutes et instaurer des pratiques à cet effet dans le but de réduire le nombre d'admissions aux SU (principalement à cause de chutes) de personnes en maison de retraite et en établissement de SLD.	Pourcentage d'établissements répertoriés qui ont reçu des outils et ont été informés de pratiques.	Toutes les trousseaux d'outils distribués	Centre régional de santé de North Bay (grand hôpital communautaire)

TABLEAU 30 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LE POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Compétences	Formation du personnel	Sensibiliser le personnel infirmier au fait que 100 % des patients qui nécessitent d'ANS doivent être référés au CASC pour consultation.	Pourcentage de patients nécessitant d'ANS référés au CASC.	100 %	Hôpital Glengarry Memorial (petit hôpital communautaire)
		Sensibilisation de tout le personnel aux processus de circulation des patients, aux solutions de Medworxx et aux attentes	Formation du personnel infirmier au processus de travail normalisé et aux comportements attendus liés au transfert ou aux soins	Quatre-vingt-dix pour cent du personnel infirmier formé aux processus de travail normalisés, aux objectifs de transfert des patients et aux attentes pour le T3 2012-2013. Tout nouveau membre du personnel infirmier reçoit l'orientation pratique des nouveaux employés.	Hôpital Memorial du district de Leamington (petit hôpital communautaire)
Ressources	Plan pour les services gériatriques de la collectivité	Recours au financement obtenu et à un expert-conseil pour préparer un plan pour les services gériatriques spécialisés du district afin de cerner les lacunes et les possibilités de financement du système.	Achèvement pour avril 2012 et présentation au RLISS	Entièrement terminé	Centre régional de santé de North Bay (grand hôpital communautaire)

TABLEAU 30 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER LE POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS (SUITE)

Concept de changement	Sous-catégorie de changement	Idee de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital (type)
Ressources (suite)	Logements avec services de soutien / logements sécuritaires	Poursuite du travail avec les médecins et les partenaires communautaires afin de s'assurer que tout le soutien est disponible et pleinement utilisé afin d'encourager une mise en congé au bon moment de l'hôpital. Cela comprend la mise en place au bon moment des processus de planification de mise en congé et la demande de placement dans un établissement de SLD, au besoin, ou d'aide pour trouver un logement social convenable, le cas échéant. Notre succès dépend fortement de l'offre de services de soins et de soutiens communautaires, de la disponibilité des places appropriées dans les établissements de SLD, des logements sociaux à loyer indexé sur le revenu convenables et des logements sécuritaires pour les personnes ayant une mobilité réduite ainsi que de la collaboration de tous les intervenants du continuum des soins.	Suivi hebdomadaire de l'utilisation des lits d'ANS communiquée au RLISS, suivi des listes d'attentes des établissements de SLD, examen hebdomadaire de tous les patients nécessitant un autre niveau de soins (ANS) au cours des rencontres multidisciplinaires avec les médecins et les équipes de soins; transmission des données au comité consultatif.	Le pourcentage de patients requérant un ANS demeurera élevé en raison de nombreux facteurs atténuants : nombre de logements appropriés limité, aucune vacance dans les établissements de SLD ayant une liste d'attente, insuffisance de médecins de soins primaires dans la collectivité et recours à des hospitalistes suppléants à l'hôpital, lacunes des services de santé mentale et de soins en toxicomanie, ainsi que disponibilité limitée des services de soins à domicile.	Hôpital de Kirkland et du district (petit hôpital communautaire)
Engagement de la part des patients	Aider les soignants membres de la famille (à continuer d'aider le patient dans la collectivité)	Séances de formation pour les membres de la famille et les personnes soignantes qui aident les personnes âgées dans la collectivité.	Séances de 25 participants	Ne figure pas sur la liste.	Hôpital Notre-Dame Hospital (petit hôpital communautaire)

Le Centre régional de santé de North Bay a composé un excellent plan de changement relativement à la réduction de jours en attente d'ANS (voir le tableau 31).

TABLEAU 31 : PLAN DE CHANGEMENT DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE NORTH BAY EN VUE DE RÉDUIRE LE NOMBRE DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS

Objectif		Mesure				
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/indicateur	Rendement actuel	Objectif pour 2012-2013	Justification de l'objectif	Niveau de priorité
Intégration des soins	Réduction du temps non nécessaire passé dans les services de soins actifs	Pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'ANS : le nombre total des jours d'hospitalisation d'un patient requérant d'autres niveaux de soins (ANS), divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation.	Moyenne de 23,55 % de janv. à déc. 2011, Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est (RLISS du Nord-Est)	Moyenne de 21,2 % de janv. à déc. 2012, RLISS du Nord-Est	Réduction de 10 % de la moyenne vers l'objectif de 17 % du RLISS du Nord-Est	1
	Plan de changement					
	Initiatives d'amélioration planifiées (idées de changement)					
		Méthodes et mesures du processus		Objectif des idées de changement (2012-2013)		Observations
Poursuite de l'expansion du programme HELP grâce au recrutement de bénévoles		Nombre de nouveaux bénévoles du programme HELP		En raison du roulement, 14 bénévoles et plus pour maintenir le recrutement continu.	Les initiatives concernant les patients nécessitant d'ANS sont liées au processus de planification d'intervention et d'implantation 2012-2013 dans les hôpitaux adaptés aux aînés du RLISS du Nord-Est.	
Accroître la sensibilisation des intervenants et des cabinets de médecins au programme de jour en gériatrie offert pour la réadaptation après opération et au programme communautaire de prévention des chutes (« Restez debout ») en leur fournissant le calendrier des séances d'information.		Nombre d'aiguillages mensuel moyen reçus		Cinq aiguillages par mois		
Mise en place d'un poste de coordonnateur de la circulation des patients hospitalisés		Mise en place pour juin 2012		Entièrement terminé		
Évaluation et utilisation des leçons apprises afin de favoriser l'amélioration.		Pourcentage de patients ayant reçu leur congé de l'hôpital dans les 90 jours.		60 %		

TABLEAU 31 : PLAN DE CHANGEMENT DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE NORTH BAY EN VUE DE RÉDUIRE LE NOMBRE DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS (SUITE)

Plan de changement (suite)			
Initiatives d'amélioration planifiées (idées de changement)	Méthodes et mesures du processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Observations
Définition complète des valeurs pour le processus de planification de mise en congé de l'hôpital, notamment son utilisation, les partenaires communautaires et les planificateurs de mise en congé, et utilisation pour favoriser l'amélioration du processus.	Terminé pour juin 2012	Entièrement terminé	
Élaboration d'un processus intégré de planification des congés pour tout l'hôpital et de désignation des patients nécessitant d'ANS de sorte que tous les processus soient harmonisés après la fusion.	Terminé pour juin 2012	Entièrement terminé	
Élaboration d'un sommaire de mise en congé de l'hôpital en ligne à utiliser dans les SU, les CASC et les cabinets de médecin, y compris le plan de mise en congé.	Terminé pour janvier 2013	Entièrement terminé	
Intégrer le CASC au processus de planification des congés	Terminé pour juin 2012	Entièrement terminé	
Mise sur pied d'une équipe d'intervention comportementale pour faire le dépistage, la formation de l'équipe/famille et la mise en congé du patient vers la maison et (ou) la collectivité.	Terminé pour juin 2012	Entièrement terminé	Nous faisons équipe avec le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (pour le Nord-Est) pour élaborer des données de référence et des mesures de rendement en vue d'évaluer l'efficacité de l'équipe d'intervention comportementale.
Poursuite de l'expansion et utilisation du programme d'évaluation des personnes âgées à risque ISAR	Nombre de patients de plus de 69 ans vus par le travailleur social ou le planificateur de mise en congé des SU		

TABLEAU 31 : PLAN DE CHANGEMENT DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE NORTH BAY EN VUE DE RÉDUIRE LE NOMBRE DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ANS (SUITE)

Plan de changement (suite)			
Initiatives d'amélioration planifiées (Idées de changement)	Méthodes et mesures du processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Observations
Mise en place de services de santé mentale intégrés pour les personnes âgées afin d'accélérer la transition ou le placement des patients dans la collectivité.	Terminé pour juin 2012	Entièrement terminé	En ce moment, nous faisons équipe avec des services similaires du Sud de l'Ontario afin de trouver un outil de mesure de l'efficacité du service que tous espèrent pouvoir utiliser pour régler leurs problèmes. Un travail de collecte des mesures est en cours avec suivi continu selon les directives de notre directeur médical.
Recours au financement obtenu et à un expert-conseil pour préparer un plan pour les services gériatriques spécialisés du district afin de cerner les lacunes et les possibilités de financement du système.	Achèvement pour avril 2012 et présentation au RLIS	Entièrement terminé	
Poursuivre l'expansion des stratégies de recrutement de médecins généralistes.	Nombre de nouveaux médecins généralistes recrutés	Nombre minimum = 4	
Suivi de l'utilisation de la mise en œuvre de l'outil DASH pour s'assurer que les patients sont placés au niveau de soins approprié.	Pourcentage des personnes placées dans un établissement de SLD et ne nécessitant pas un niveau élevé ou très élevé de SLD selon les résultats obtenus avec la méthode d'attribution des niveaux prioritaires MAPLe.	Données de référence : 31 % (2009-2010)	

TABLEAU 31 : PLAN DE CHANGEMENT DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE NORTH BAY EN VUE DE RÉDUIRE LE NOMBRE DE PATIENTS NÉCESSITANT D'ÂNS (SUITE)

Plan de changement (suite)			
Initiatives d'amélioration planifiées (idées de changement)	Méthodes et mesures du processus	Objectif des idées de changement (2012-2013)	Observations
Mise au point dans tout le RLISS d'une politique d'uniformité de placement en établissement de SLD et d'accès aux lits entre les RLISS si des lits sont disponibles ailleurs.	Terminé pour mars 2013	Entièrement terminé	
Mise au point d'un processus accéléré fondé sur des indicateurs prédéterminés afin de permettre une réponse communautaire à la surcapacité de l'hôpital en vue d'adopter la désignation C1A.	Terminé pour mars 2013	Entièrement terminé	
Établissement de partenariats avec des maisons de retraite et des établissements de SLD et les cibler pour distribuer des trousses d'outils de prévention des chutes et instaurer des pratiques à cet effet dans le but de réduire le nombre d'admissions aux SU (principalement à cause de chutes) de personnes en maison de retraite et en établissement de SLD.	Pourcentage d'établissements répertoriés qui ont reçu des outils et ont été informés de pratiques.	Toutes les trousses d'outils distribuées	
Participation continue au RLISS et aux comités communautaires, p, ex., au comité de stratégies provisoires, afin de faciliter la circulation des patients et les stratégies les concernant.	Pourcentage de la représentation du Centre régional de santé de North Bay au comité des stratégies provisoires	Participation de 75 %	

Conclusion

La présente *analyse des points à améliorer* a permis de souligner un bon nombre des réussites au sein des domaines de l'amélioration de la qualité au cours de l'année 2011-2012 ainsi que l'excellent travail accompli par les hôpitaux dans le cadre de la création de leurs plans d'amélioration de la qualité pour 2012-2013, comme exigé par la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Beaucoup d'hôpitaux ont élaboré des PAQ efficaces dans lesquels ils ont fixé des objectifs clairs qui s'harmonisent aux priorités stratégiques, y compris des mesures et des objectifs motivationnels, et ont fourni des plans de changements qui favorisent l'amélioration.

Bien que bon nombre d'hôpitaux se soient fixé des objectifs ambitieux et qu'ils aient cerné des idées de changement novatrices, d'autres hôpitaux n'ont pas établi de priorités ou de buts clairs, d'objectifs ambitieux atteignables ou d'idées de changement globales. La présente analyse des PAQ constitue un outil d'apprentissage qui aidera tous les hôpitaux de l'Ontario à l'avenir – afin d'échanger des idées novatrices de changement, des stratégies efficaces et des exemples de réussite, de communiquer les progrès réalisés et de mettre en évidence les points qui doivent encore être améliorés.

À mesure que nous progressons, nous espérons que de plus importantes améliorations soient apportées aux PAQ des hôpitaux, ce qui se traduira par une amélioration et un succès continus pour eux : les patients obtiendront de meilleurs soins et de meilleurs résultats, et les hôpitaux connaîtront du succès en offrant des services adéquats à l'endroit et au moment opportun. À l'avenir, des plans de changements plus détaillés, des objectifs plus ambitieux et des données plus fiables permettront à QSSO d'évaluer le progrès, de susciter l'amélioration et d'en catalyser la diffusion.

QSSO s'attend à ce que les hôpitaux continuent d'utiliser leurs PAQ afin de susciter l'amélioration du rendement et de s'assurer qu'ils se concentrent sur les secteurs prioritaires.

Félicitations à tous les hôpitaux de l'Ontario pour leurs efforts continus tout au long de l'année. Leur travail acharné et leur engagement à élaborer des PAQ efficaces jettent les bases à l'amélioration de la qualité au sein du système de santé ontarien.

Annexe A : Ensemble de mesures de renforcement de la capacité

LEST (Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous)

Rôles stratégiques de QSSO

- Orienter le système vers un programme commun d'amélioration de la qualité
- Développer des données probantes et les connaissances
- Susciter l'amélioration
- Catalyser la diffusion
- Évaluer les progrès

Rôles fonctionnels de QSSO dans le cadre du renforcement de la capacité

- Faciliter
- Diffuser des idées de changement, des stratégies efficaces et des exemples de réussite en matière d'amélioration de la qualité au moyen des ressources énoncées ci-dessous

RESSOURCES DESTINÉES AU RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ

Carte des améliorations de la qualité de QSSO : Un outil en ligne créé pour aider les hôpitaux à élaborer leurs plans d'amélioration de la qualité. La carte des améliorations de la qualité est une source d'idées de changement des pratiques exemplaires et fournit des liens vers les ressources recommandées. Consultez le site <http://www.hqontario.ca/fr/ecfaa.html>.

Plans d'amélioration de la qualité 2012-2013 : une analyse des points à améliorer : Ce rapport fait état des progrès réalisés et met en évidence les domaines qui doivent encore être améliorés dans les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux.

Spécialistes des plans d'amélioration de la qualité (PAQ) de QSSO : Les spécialistes des PAQ de QSSO collaborent avec les partenaires et les hôpitaux dans le cadre de l'élaboration des plans d'amélioration de la qualité. Pour communiquer avec un de ces spécialistes, faites parvenir un courriel à l'adresse QIP@hqontario.ca.

Séances de formation de QSSO offertes en direct sur Internet : Ces séances portent sur divers sujets d'amélioration. Nous vous encourageons à présenter des sujets qui vous intéressent pour les prochaines séances. Pour vous inscrire à notre liste d'envoi par courriel afin d'être avisé des prochaines activités, veuillez envoyer un courriel à QIP@hqontario.ca.

Commentaires des pairs sur les PAQ : Le cycle proposé Planifier-Exécuter-Étudier-Agir doit commencer à l'automne 2012. QSSO collabore avec ses partenaires afin de trouver des occasions de tenir des séances de rétroaction des pairs sur les PAQ.

École ouverte de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) : L'école offre un vaste éventail d'outils d'amélioration de la qualité sur son site Web à l'adresse www.IHI.org. QSSO donne l'occasion à deux employés de chaque hôpital de s'inscrire aux cours sur l'amélioration offerts à l'école ouverte de l'IHI, qui sont destinés aux professionnels de la santé et conçus pour la prochaine génération de leaders. Pour vous inscrire, veuillez envoyer un courriel à QIP@hqontario.ca.

Programme de mentorat : L'Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO) et le Canadian Health Care Risk Management Network (CHRMN) offrent à des personnes l'occasion de participer au programme de mentorat sur la sécurité des patients, la qualité et la gestion du risque. Consultez le site www.oha.com/SERVICES/PATIENTSAFETY/Pages/QualityandPatientSafetyMentorshipProgram.aspx.

Liens au renforcement de la capacité de QSSO

- **Direction de l'exécution intégrée des programmes de QSSO**

- **Accès et maladie chronique** : Dans le cadre de son travail visant à promouvoir la capacité d'amélioration de la qualité dans le système de santé de l'Ontario, QSSO propose des initiatives d'amélioration relatives à l'accès ouvert, à l'efficacité et à la prise en charge des maladies chroniques dans cadre des soins primaires. Consultez le site http://www.hqontario.ca/fr/supporting_qi_pc.html.
- **Programme *meilleureAPPROCHE*** : Des conseillers en amélioration de la qualité facilitent l'intégration du système de santé dans les collectivités participantes.
Les produits du programme *meilleureAPPROCHE* incluent des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes concernant les soins de transition visant à réduire les nouvelles hospitalisations évitables.
- **Soins de longue durée** : Priorité aux résidents est une initiative provinciale d'amélioration de la qualité qui aide tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario à offrir des soins sûrs et efficaces qui répondent aux besoins de leurs pensionnaires. Consultez le site http://www.hqontario.ca/fr/supporting_qi.html.

- **Direction de l'élaboration des preuves et des normes de QSSO** : L'équipe d'analyse des données et des normes de QSSO travaille de concert avec des experts cliniciens, des collaborateurs scientifiques ainsi que des partenaires d'évaluation sur le terrain afin d'effectuer des analyses fondées sur des données probantes permettant d'évaluer l'efficacité et l'efficience des technologies et des services de santé en Ontario. En se fondant sur les résultats des analyses effectuées par cette équipe, le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS) – un sous-comité consultatif permanent du Conseil d'administration de QSSO – formule des recommandations sur l'adoption, la diffusion, la répartition ou le retrait des interventions en santé à l'intention du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, des cliniciens, des responsables du système de santé et des décideurs. Consultez le site www.hqontario.ca/fr/mas/mas.html.

- **Direction du rendement du système de santé de QSSO** : Dans le cadre du mandat de QSSO, l'équipe du rendement du système de santé surveille l'accès aux services de santé publics, les ressources humaines dans les services de santé publics, l'état de santé des consommateurs et de la population et les résultats du système de santé et en fait rapport à la population de l'Ontario. Les principaux moyens d'évaluer les progrès réalisés sont l'observateur de la qualité et l'ensemble complet des sites Web de rapports publics. L'équipe du rendement du système de santé participe également à d'autres projets sur la mesure du rendement des soins primaires, l'analyse comparative des principaux indicateurs de qualité ainsi que l'élaboration et l'harmonisation des indicateurs de surveillance et de reddition de comptes des initiatives d'amélioration de la qualité qu'appuie QSSO. Consultez le site www.hqontario.ca/fr/framework.html.

Autres organismes de soutien

- Les **Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)** planifient, financent et intègrent les services de santé à l'échelon local et élaborent des plans d'intégration des services de santé (PISS) pour chaque RLISS. Par conséquent, les PISS varient en fonction du RLISS puisque chaque plan est personnalisé selon les priorités et les besoins locaux en matière de services de santé. Consultez le site www.lhins.on.ca.
- **Associations professionnelles**, notamment l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Association of Family Health Teams Ontario, etc.
- Le **Quality Healthcare Network** est un organisme communautaire sans but lucratif dont la mission est d'améliorer le rendement du système grâce à des mesures de collaboration innovatrices. Consultez le site www.QHN.ca.
- **Agrément Canada** établit des normes, des outils et des processus qui répondent aux besoins de programmes particuliers. Consultez le site www.accreditation.ca.
- L'**Institut canadien pour la sécurité des patients** est un organisme de sensibilisation national sans but lucratif qui vise à améliorer la sécurité des patients en sensibilisant davantage les gens et en facilitant la mise en œuvre d'idées novatrices et de pratiques exemplaires. Consultez le site <http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/pages/default.aspx>.
- L'**Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada** est un organisme national indépendant sans but lucratif voué à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les secteurs des soins de santé. Consultez le site www.ismp-canada.org.

Annexe B : Rapport technique

INTRODUCTION

Le Rapport technique a pour objet de faire en sorte que le public ait accès aux renseignements sur le processus utilisé pour générer les résultats des indicateurs. Ces renseignements seront utiles à quiconque souhaite reproduire les indicateurs présentés. Il est possible d'obtenir de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) d'autres renseignements sur le processus et les méthodes utilisés pour sélectionner les indicateurs sur son site Web.

SOURCES DE DONNÉES

Les résultats présentés sur les indicateurs ont été remis à QSSO par plusieurs sources, notamment l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).

Base de données sur les congés des patients (BDGP)

La BDGP est un outil de collecte de données dont se sert l'ICIS pour recueillir des renseignements sur les patients traités dans les établissements de soins actifs. Elle contient des données administratives, cliniques et démographiques. L'ICIS reçoit directement des données soit des établissements de soins actifs ou des autorités de santé ou régionales respectives, soit du ministère de la Santé.

Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)

Les données du SIOSM proviennent de l'instrument d'évaluation des pensionnaires en santé mentale (RAI-MH), un système unique et normalisé de collecte de données sur la santé mentale. Il comprend des données sur les personnes admises à un lit en santé mentale pour adultes hospitalisés en Ontario. Les données sont recueillies à l'admission, à la sortie et à chaque trimestre dans le cas des patients dont le séjour est prolongé.

Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

Le SNISA est un outil de collecte de données que l'ICIS a mis au point dans le but de recueillir des renseignements sur les visites des patients à l'hôpital et aux établissements de soins ambulatoires en milieu communautaire. Les données du SNISA utilisées dans le présent rapport sont recueillies régulièrement dans tous les services des urgences (SU) de l'Ontario.

Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)

Le SISLD est un outil de collecte de données que l'ICIS a mis au point pour recueillir des données démographiques, cliniques et fonctionnelles sur les personnes qui reçoivent des services de soins de longue durée dans les hôpitaux ou les établissements de soins pour bénéficiaires internes au Canada, ainsi que des renseignements sur l'utilisation des ressources. Les organismes participants fournissent également des renseignements sur les caractéristiques de l'établissement pour appuyer les analyses et les rapports comparatifs.

Système d'information sur les soins aux malades en phase critique (SISMPIC)

Le SISMPIC est un outil de collecte de données que le MSSLD a mis au point dans le but de recueillir des données sur les patients admis aux soins intensifs, les interventions réalisées pour répondre aux besoins en matière de soins et le recours aux équipes d'intervention auprès des malades en phase critique.

Système de production de rapports sur le Web (SPRW)

Le SPRW est un outil en ligne convivial que le MSSLD a mis au point pour effectuer la préparation et le suivi complet des rapports des hôpitaux et autres utilisateurs institutionnels.

Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario (SPRHO)

Les bases de données du SPRHO que le MSSLD a créées sont l'unique source intégrée de données sur les activités financières et opérationnelles réelles des hôpitaux dans la province.

NRC Picker/Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)

Le système NRC Picker/HCAHPS a recours à des sondages normalisés pour recueillir les points de vue des patients sur les soins hospitaliers. Ces sondages offrent des renseignements comparables sur la qualité des hôpitaux.

CATÉGORIES DE L'AHO

Voici de courtes descriptions des cinq types d'hôpitaux utilisés dans le présent rapport sur les PAQ.

1. Hôpital d'enseignement de soins actifs

Les hôpitaux d'enseignement de soins actifs comprennent les hôpitaux de soins actifs et les hôpitaux pédiatriques qui sont membres du Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO). Les hôpitaux membres prodiguent des soins très complexes aux patients, sont affiliés à une faculté de médecine ou de sciences de la santé, font des travaux de recherche et offrent une formation postdoctorale. (Source : www.hospitalreport.ca/downloads/2007/AC/acute_report_2007.pdf.)

2. Grand hôpital communautaire

Un grand hôpital communautaire est un établissement qui n'est défini ni comme un petit hôpital ni comme un hôpital d'enseignement. (Source : www.hospitalreport.ca/downloads/2007/AC/acute_report_2007.pdf.)

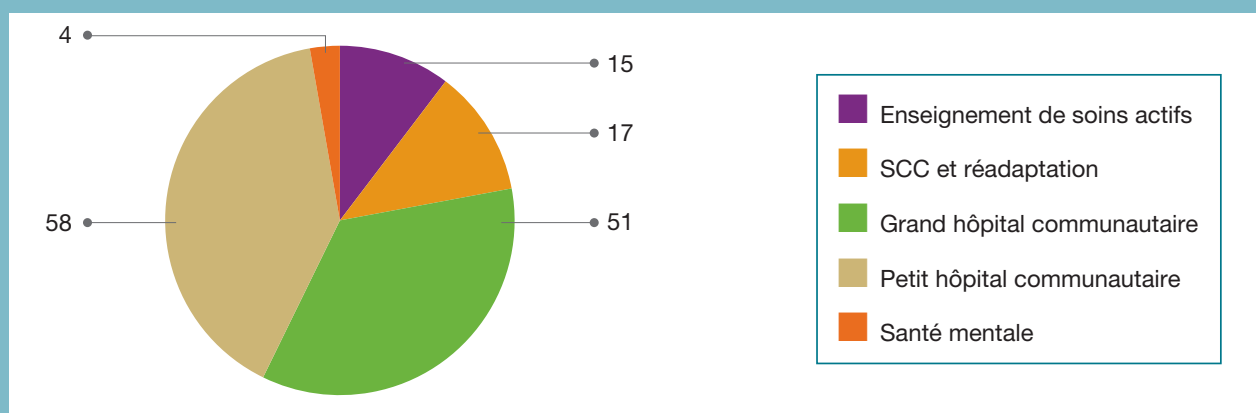
3. Petit hôpital communautaire

Les petits hôpitaux communautaires sont définis conformément aux lignes directrices établies par l'ancien Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP). De façon générale, ces hôpitaux desservent une seule collectivité et le nombre de cas pondérés de patients internes aux soins actifs, aux soins continus complexes (SCC) et aux services de chirurgie d'un jour est de moins de 2 700, selon les données de 2005-2006. (Source : www.hospitalreport.ca/downloads/2007/AC/acute_report_2007.pdf.)

4. Hôpital de soins continus complexes et hôpital de réadaptation

Les hôpitaux de SCC respectent généralement les critères suivants : a) ils n'ont pas de patients nécessitant des soins actifs, b) ils font rapport des données statistiques, cliniques et financières séparément des autres hôpitaux ou établissements aux MSSLD, c) ils ont leur propre chef de la direction et leur propre conseil d'administration et d) ils ont leurs propres bâtiments. (Source : www.hospitalreport.ca/downloads/2007/CCC/ccc_report_2007.pdf.)

FIGURE 1 : NOMBRE D'HÔPITAUX DANS CHAQUE CATÉGORIE DE L'AHO (SUR UN TOTAL DE 145)



Les hôpitaux de réadaptation dispensent des services de réadaptation aux clients occupant un lit de réadaptation pour adulte financé par les deniers publics, soit dans un hôpital autonome spécialisé dans la réadaptation des patients internes, soit dans un hôpital général dont des lits ou des services sont réservés à la réadaptation. Ce type d'hôpital ne comprend pas les services de réadaptation offerts dans les unités de soins actifs, de soins aux patients externes ou de soins à la maison. Les établissements ou les services prodiguent des soins aux clients ayant pour affection principale un trouble d'ordre physiologique – p. ex., accident vasculaire cérébral, trouble orthopédique, dysfonctionnement cérébral, dysfonctionnement médullaire ou amputation. (Source : www.hospitalreport.ca/downloads/2007/rehab/rehab_report_2007.pdf.)

5. Hôpital spécialisé en santé mentale

Les hôpitaux spécialisés en santé mentale desservent des personnes ayant des besoins complexes en matière de traitement et de gestion du comportement, qui nécessitent habituellement des séjours de longue durée. Les hôpitaux spécialisés comprennent les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux qui offrent plusieurs services (comme des soins actifs pour les problèmes de santé mentale et autres affections). De nombreux établissements spécialisés sont d'anciens hôpitaux psychiatriques provinciaux. (Source : www.hospitalreport.ca/downloads/2007/MH/2007_MH_techman.pdf.)

TABLEAU 1 : INFORMATION TECHNIQUE SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Attribut	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source des données
Sécurité	Taux d'infection à <i>C. difficile</i> par 1 000 jours-patients Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale	Inclusion : Le nombre d'infections à <i>C. difficile</i> est le nombre de nouveaux cas d'infection par mois. Exclusion : Enfants de moins de un an.	Inclusion : Le dénominateur, soit le nombre de jours-patients, devrait être tiré des données de recensement quotidien des lits de l'hôpital. Exclusion : Enfants de moins de un an.	MSSLD
Sécurité	Taux de pneumonie sous ventilation assistée (PVA) par 1 000 jours-ventilateur Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale	Inclusion : Le nombre total de nouveaux cas de PVA aux soins intensifs après au moins 48 heures sous ventilation assistée. Exclusion : Tout patient qui a fait l'objet d'un diagnostic de PVA dans les deux jours civils suivant son admission est exclu.	Inclusion : Le nombre total de jours-ventilateur au cours de ce mois. Les jours-ventilateur représentent le nombre de jours passés sous ventilation assistée pour tous les patients aux soins intensifs âgés de 18 ans et plus.	MSSLD
Sécurité	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains avant d'entrer en contact avec le patient Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale	Nombre de fois où l'hygiène des mains est effectuée avant le premier contact avec le patient/l'environnement du patient par type d'hôpital.	Nombre de directives observées sur l'hygiène des mains avant le premier contact avec le patient/l'environnement du patient par type d'hôpital.	MSSLD

TABLEAU 1 : INFORMATION TECHNIQUE SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source des données
Sécurité	Taux d'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central par 1 000 jours-cathéter central Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale	Inclusion : Le nombre total de nouveaux cas d'infections de la circulation sanguine liée à un cathéter central aux soins intensifs après au moins 48 heures suivant l'insertion d'un cathéter central. Exclusion : Tout patient admis aux soins intensifs souffrant déjà d'une infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central.	Le nombre de jours-cathéter central au cours de ce mois multiplié par 1 000. Le nombre de jours-cathéter central correspond au nombre total de jours pendant lesquels un cathéter central est utilisé chez les patients des soins intensifs âgés de 18 ans et plus.	MSSLD
Sécurité	Pourcentage de pensionnaires aux SCC ayant eu de nouvelles escarres de décubitus au cours des trois derniers mois (stade 2 ou plus élevé) Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale	Inclusion : Si l'un des critères suivants s'applique : • M1b > 0 à l'évaluation de la cible • M1c > 0 à l'évaluation de la cible • M1d > 0 à l'évaluation de la cible	Inclusion : Toutes les évaluations des patients en soins chroniques au cours de l'exercice 2011-2012 qui respectent les critères généraux d'inclusion/d'exclusion pour les indicateurs d'incidence. Exclusion : Si l'un des critères suivants s'applique : M1b > 0 à une évaluation précédente M1c > 0 à une évaluation précédente M1d > 0 à une évaluation précédente M1b, M1c ou M1d est manquant à l'évaluation précédente M1b, M1c ou M1d est manquant à l'évaluation de la cible.	SISLD, ICIS

TABLEAU 1 : INFORMATION TECHNIQUE SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source des données
Sécurité	Pourcentage de pensionnaires aux SC qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale	Inclusion : Si J4a = 1 (fait une chute au cours des 30 derniers jours) à l'évaluation de la cible.	Inclusion : Toutes les évaluations des patients en soins chroniques au cours de l'exercice 2011-2012 qui respectent les critères généraux d'inclusion/d'exclusion. Exclusion : J4a est manquant à l'évaluation de la cible.	SISLD, ICIS
Sécurité	Conformité à la liste de vérification de la sécurité chirurgicale Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale	Nombre de fois où les trois étapes de la liste de vérification de la sécurité chirurgicale ont toutes été effectuées.	Nombre total d'interventions	MSSLD
Sécurité	Moyens de contention en santé mentale	Nombre de patients faisant l'objet de moyens de contention pendant au moins une journée dans les trois jours précédant leur admission complète.	Nombre total de cas faisant l'objet d'une évaluation au moment d'une admission complète.	SIOSM, ICIS

TABLEAU 1 : INFORMATION TECHNIQUE SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source des données
Efficacité	Taux comparatif de mortalité à l'hôpital Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale	Décès observés ou nombre réel de décès en milieu hospitalier.	Décès prévus ou nombre de décès qui seraient survenus dans un hôpital si la mortalité de ces patients avait été la même que la mortalité de patients similaires dans l'ensemble du pays, d'après l'année de référence. Inclusion : 1. Congé donné entre le 1 ^{er} avril d'une année donnée et le 31 mars de l'année suivante 2. Admission dans un établissement de soins actifs 3. Congé d'un patient appartenant à un groupe de diagnostics d'intérêt (c'est-à-dire l'un des groupes de diagnostics responsables d'environ 80 % des décès en milieu hospitalier) 4. Âge à l'admission : entre 0 et 120 ans 5. Sexe indiqué : homme ou femme 6. Séjour d'une durée maximale de 365 jours consécutifs 7. Catégorie d'admission : non-urgence ou urgence / extrême urgence 8. Résident canadien	BDCP, ICIS

TABLEAU 1 : INFORMATION TECHNIQUE SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source des données
Efficacité	Taux comparatif de mortalité à l'hôpital Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale (suite)		Exclusion : 1. Patients décédés 2. Mortinaissances 3. Sortie contre l'avis des médecins 4. Nouveau-nés dont l'âge à l'admission est de 28 jours ou moins. 5. Dossiers où le code du diagnostic principal est une mort cérébrale. 6. Dossiers où le code du diagnostic principal est associé à des soins palliatifs.	
Efficacité	Marge totale (consolidée) Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale	Pourcentage selon lequel les recettes totales (consolidées) sont supérieures ou inférieures aux dépenses totales (consolidées), sans la dépréciation du bâtiment, dans une année donnée.		SPRHO, MSSLD

TABLEAU 1 : INFORMATION TECHNIQUE SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source des données
Accès	Temps d'attente aux SU : 90 ^e percentile pour la durée du séjour aux SU des patients admis	90 ^e percentile pour la durée du séjour des patients admis aux SU.		SNISA, ICIS
	Au total	Le temps d'attente aux SU correspond au temps qui s'écoule entre le moment où le patient s'enregistre ou voit un infirmier affecté au triage, le premier des deux prévalant, et le moment où il quitte les SU.		
	Enseignement de soins actifs			
	Grand hôpital communautaire			
	Petit hôpital communautaire			
	SCC/réadaptation			
	Santé mentale			
Soins axés sur le patient	Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et aux membres de votre famille?	Nombre de personnes qui ont répondu « Oui, absolument » (sondage NRC Picker) ou « Absolument » (sondage HCAHPS) à la question.	Nombre de personnes qui ont répondu à cette question (à l'exclusion de celles qui n'ont pas répondu au sondage).	NRC Picker/ HCAPHS
	Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins et les services dont vous avez bénéficié à l'hôpital?	Nombre de personnes qui ont répondu « Excellents, très bons et bons » (NRC Picker).	Nombre de personnes qui ont répondu à cette question (à l'exclusion de celles qui n'ont pas répondu au sondage).	
	Au total			
	Enseignement de soins actifs			
	Grand hôpital communautaire			
	Petit hôpital communautaire			
	SCC/réadaptation			
	Santé mentale			

TABLEAU 1 : INFORMATION TECHNIQUE SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source des données
Soins intégrés	Réadmission dans un établissement dans les 30 jours pour des GMA donnés Au total Enseignement de soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire SCC/réadaptation Santé mentale	La somme des réadmissions pour tous les cas de référence	Inclusion : Calculer tous les congés pour les GMA donnés dont la date se situe dans la période en question et qui respectent les restrictions quant à l'âge indiquées dans les critères d'inclusion. Inclure uniquement les cas typiques et les cas particuliers (d'après l'indicateur d'exclusion des pondérations du volume des ressources de la base de données sur les congés des patients) parmi les cas de référence. Patients hospitalisés aux soins actifs pour les GMA précisés : les restrictions quant à l'âge dépendent de la cohorte. Une réadmission est jugée non urgente ou imprévue si : a) la nouvelle date d'admission se situe dans les 30 jours suivant la date de congé pour l'hospitalisation de référence. b) le champ de la BDCP « catégorie d'admission » indique urgent. Exclusion : Décès, transferts, sorties contre l'avis du médecin, dossiers dans lesquels la date de congé ou d'admission, le numéro de carte Santé, l'âge ou le sexe est manquant ou erroné.	BDCP, ICIS

TABLEAU 1 : INFORMATION TECHNIQUE SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source des données
Soins intégrés	Pourcentage de journées d'hospitalisation de patients n'ayant pas besoin de soins actifs	Nombre total de journées d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soins.	Inclusion : Nombre total de journées d'hospitalisation durant l'année. Exclusion : Dossiers ayant une date de congé manquante ou erronée, mort-nés, nouveau-nés.	BDCP, ICIS
	Au total			
	Enseignement de soins actifs			
	Grand hôpital communautaire			
	Petit hôpital communautaire			
	SCC/réadaptation			
	Santé mentale			

TABLEAU 2 : FRÉQUENCE À LAQUELLE UN SUJET A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ COMME PRIORITÉ N° 1 POUR LES DIFFÉRENTS TYPES D'HÔPITAUX

Priorité n° 1 :	Enseignement de soins actifs	Hôpital de SCC et de réadaptation	Grand hôpital communautaire	Petit hôpital communautaire	Hôpital psychiatrique	Province
Taux d'infection à <i>C. difficile</i> par 1 000 jours-patients	4	3	15	8	0	30
Temps d'attente aux SU pour les patients admis	0	0	1	0	0	1
Chutes	0	0	1	0	0	1
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains avant d'entrer en contact avec le patient	0	2	3	5	0	10
RNMH	0	3	3	6	0	12
Sondage NRC Picker/ HCAHPS ou sondage maison (le cas échéant)	2	0	2	4	0	8
Pourcentage de journée d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soins	0	2	1	2	3	8
Escarre de décubitus	2	0	4	0	0	6
Taux d'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central par 1 000 jours-cathéter central	5	8	24	24	1	62
Réadmissions dans un établissement dans les 30 jours pour des GMA donnés	7	0	37	10	0	54
Marge totale (consolidée)	0	0	1	0	0	1
Taux de PVA par 1 000 jours-ventilateur	4	6	25	21	3	59

TABLEAU 3 : FRÉQUENCE À LAQUELLE UN SUJET A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ COMME PRIORITÉ (1, 2 OU 3) POUR LES DIFFÉRENTS TYPES D'HÔPITAUX

N'importe quelle priorité	Enseignement de soins actifs	Hôpital de SCC et de réadaptation	Grand hôpital communautaire	Petit hôpital communautaire	Hôpital psychiatrique	Province
Taux d'infection à <i>C. difficile</i> par 1 000 jours-patients	11	12	34	34	0	91
Temps d'attente aux SU pour les patients admis	7	0	25	6	0	38
Chutes	8	0	24	6	0	38
Conformité aux pratiques d'hygiène des mains avant d'entrer en contact avec le patient	2	8	15	19	0	44
RNMH	1	7	14	18	0	40
Sondage NRC Picker/ HCAHPS ou sondage maison (le cas échéant)	10	0	28	22	0	60
Pourcentage de journée d'hospitalisation pour lesquelles pourrait être fourni un autre niveau de soins	1	4	16	5	4	30
Escarre de décubitus	8	0	30	3	0	41
Taux d'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central par 1 000 jours-cathéter central	13	15	37	52	4	121
Réadmissions dans un établissement dans les 30 jours pour des GMA donnés	10	0	50	36	1	97
Marge totale (consolidée)	10	0	48	35	1	94
Taux de PVA par 1 000 jours-ventilateur	0	0	2	1	0	3

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest, 10^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5
Tél. : 416 323-6868 | 1 866 623-6868
Télec. : 416 323-9261

www.hqontario.ca