

Excellence des soins  
pour tous.



2011-12

# PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

(version abrégée)



**Hôpital Glengarry Memorial Hospital**

Le 22 mars 2011

Ce document a pour objectif de guider les hôpitaux publics dans leurs démarches afin de satisfaire aux exigences du plan d'amélioration de la qualité dans la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (LESPT). En dépit de nos efforts et de nos soins dans la préparation de ce document, celui-ci ne saurait être considéré comme une référence juridique; en effet, au besoin, les hôpitaux doivent consulter leurs conseillers juridiques, leurs conseillers en gouvernance et d'autres conseillers appropriés pour concevoir leur plan d'amélioration de la qualité. De plus, les hôpitaux peuvent choisir de concevoir leur propre plan d'amélioration de la qualité selon un format et un contenu différents, à condition de satisfaire aux exigences stipulées dans la LESPT et de présenter au Conseil ontarien de la qualité des services de santé une version de ce plan sous la forme décrite aux présentes.

# Partie A

## Aperçu du plan d'amélioration de la qualité de notre hôpital

### 1. Aperçu du plan d'amélioration de la qualité de notre hôpital pour 2011-2012

La mission de HGMH est de « prodiguer des soins primaires novateurs, accessibles et de qualité aux résidents des comtés de l'Est dans les deux langues officielles ». C'est ce qui ressort de notre Plan d'action de la qualité des soins qui a été développé pour offrir aux patients appropriés, cohérents, des soins de santé en temps opportun dans un environnement sûr dans lequel les meilleurs résultats possibles sont obtenus tout en pratiquant nos valeurs. Nous avons adopté le slogan: HGMH puts the «U» in Quality / À HGMH Votre Bien-être primordiale. Le PAQ s'engage à mettre en œuvre les normes de meilleures pratiques et des processus normalisés qui permettront de réduire les taux de réadmission, d'améliorer les résultats cliniques pour un séjour de soins appropriées et de maintenir des expériences positives auprès des patients.

### 2. Ce à quoi nous nous consacrerons et comment nous atteindrons ces objectifs

- a) De réaliser plus de 66% sur la conformité d'hygiène des mains avant le contact avec le/la patient(e). Cet objectif sera atteint grâce à des vérifications ciblées par nos Champions sur la conformité d'hygiène des mains choisis au sein de l'organisation. Les champions sont formés dans l'audit, comment offrir des commentaires constructifs et sur la formation un-à-un au moment de la vérification.
- b) Réduire le taux de réadmission au cours des 30 jours pour des groupes de maladies analogues (GMA) du pourcentage actuel de 12,8% à 12,5%. Nous mettrons en œuvre le «Retour chez soi avant tout» en collaboration avec le Centre d'accès aux soins communautaires de Champlain. Nous allons développer une équipe formalisé qui se rencontrera régulièrement pour discuter du plan de départ ainsi que de vérifier les différents protocoles utilisés. Les protocoles d'insuffisance cardiaque congestive seront élaborés, instruits et ensuite mis en œuvre.
- c) Atteindre 80% de réponse positive à la question du sondage: «Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et à votre famille?» pour maintenir notre niveau élevé de satisfaction des patients hospitalisés dans notre unité. Atteindre 75% de réponse positive à cette même question pour notre service d'urgence.
- d) Réduire le nombre total de jours de soins de courte durée désignés comme autres niveaux de soins de 23% à 21% cette année et mettre en œuvre une stratégie de 3 ans pour ramener ce taux à la moyenne provinciale de 16%.
- e) les temps d'attente dans la salle d'urgence continueront à être meilleur que la moyenne provinciale:
  - Neuf des dix patients seront admis en moins de 24,3 heures à partir du moment de leur arrivée à l'urgence jusqu'au moment de leur admission à l'unité des soins actifs;
  - Neuf des dix patients souffrant de problèmes complexes seront vus et transférés à l'endroit le plus approprié en moins de 9,3 heures à partir du moment de leur arrivée à l'urgence;
  - Neuf des dix patients souffrant de problèmes non complexes seront vus et traités à l'urgence de 3,1 heures ou moins.
- f) Le nombre total de jours pour les patients admis avec un cas typique sera réduit de 7,2 jours à 7,0 jours.

### 3. Comment le plan s'harmonise avec les autres processus de planification

Notre plan d'amélioration de la qualité s'aligne avec les stratégies abordées par la province et le RLISS de Champlain sur les temps d'attente à l'urgence, la réduction du nombre total de jours pour les patients nécessitant des soins de courte durée désignés comme autres niveaux de soins et en améliorant les taux de réadmission pour les patients souffrant de maladies chroniques. Le plan intègre également des initiatives de sécurité pour les patients et la satisfaction des patients qui sont en alignement avec Agrément Canada

## 4. Défis, risques et stratégies d'atténuation

Le défi est de maintenir la motivation du personnel tout en se conformant aux pratiques d'hygiène des mains pendant qu'ils essaient de faire face aux défis qui se présentent à tous les jours. Il est aussi un défi pour avoir l'engagement des médecins dans ce processus. L'éducation auprès des familles et des visiteurs est également nécessaire et il est souvent difficile pour le personnel de prendre le temps nécessaire à cet éducation tout en maintenant la qualité des soins donnée aux divers patients sur leur unité.

Nous devons également avec l'engagement des médecins et du personnel afin de réduire les taux de réadmission, le nombre total de jours des patients nécessitant un autre niveau de soins et la durée totale des séjours des patients.

Il faudra démontrer régulièrement les résultats de nos stratégies au Comité consultatif médical et au personnel afin de démontrer les résultats positifs et négatifs de notre plan d'amélioration de la qualité.

Le respect du programme des pratiques d'hygiène des mains par le personnel sera atténué par la recherche de leurs suggestions sur la manière de soutenir les pratiques nécessaires en mettant l'accent sur l'impact sur les patients qui obtiennent une infection nosocomiale durant leur séjour dans un endroit hospitalier.

## Partie B

# Nos objectifs et nos initiatives d'amélioration

Veillez remplir la [partie B, Objectifs et initiatives d'amélioration, du tableur](#) [fichier Excel]. N'oubliez pas d'inclure le tableur [fichier Excel] avec la version abrégée du PAQ aux fins de présentation au Conseil ontarien de la qualité des services de santé [QIP@ohqc.ca] et d'y inclure un lien vers ces documents et le site Web de votre hôpital. Veillez consulter le document d'orientation du PAQ pour des indications sur la manière de remplir cette section.

**PARTIE B : Objectifs et initiatives d'amélioration**



HÔPITAL GLENGARRY MEMORIAL HOSPITAL

*Veillez ne pas éditer ou modifier le texte inclus dans les colonnes A, B et C.*

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/indicateur de résultat	Rendement actuel	Objectif de rendement en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
Sécurité	Réduire les infections à Clostridium difficile (ICD)	<b>Taux d'ICD par mille jours-patient</b> : Nombre de patients nouvellement diagnostiqués avec une ICD attrapée à l'hôpital, divisé par le nombre de jours-patients dans un mois, multiplié par 1 000 - moyenne en janv.-déc. 2010 selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	N/A			1)				
						2)				
						... N)				
	Réduire l'incidence de la pneumonie sous ventilation assistée (PVA)	<b>Taux de VPA par 1 000 jours-ventilation</b> : Nombre total de cas nouvellement diagnostiqués de PVA dans l'unité de soins intensifs après au moins 48 heures de ventilation mécanique, divisé par le nombre de jours-ventilation au cours de cette période de référence, multiplié par 1 000 - moyenne en janv.-déc. 2010 selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	N/A			1)				
						2)				
						... N)				
	Améliorer l'hygiène des mains des fournisseurs de service	<b>Respect des mesures d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé avant un contact avec un patient</b> : Nombre de fois que les mesures d'hygiène des mains ont été respectées avant le premier contact avec un patient, divisé par le nombre d'occurrences observées d'hygiène des mains avant un contact avec un patient, multiplié par 100 - 2009-2010, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	>86%	>66%		1)				
					2)					
					... N)					
Réduire le taux d'infections de la circulation sanguine liées à un cathéter central	<b>Taux d'infections de la circulation sanguine liées à un cathéter central par 1 000 jours-circulation sanguine</b> : Nombre total de cas nouvellement diagnostiqués d'infections de la circulation sanguine liées à un cathéter central dans l'unité de soins intensifs après au moins 48 heures de branchement à un cathéter central, divisé par le nombre de jours-cathéter central au cours de cette période de référence, multiplié par 1 000 - moyenne en janv.-déc. 2010 selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	N/A			1)					
					2)					
					... N)					
Éviter les nouveaux cas de plaies de lit	<b>Taux de plaies de lit</b> : Pourcentage de patients en soins continus complexes affligés de nouvelles plaies de lit au cours des trois derniers mois (stage 2 ou plus) - Exercice 2009-2010, Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD).		15.70%	<14%		1)				
						2)				
						... N)				
Empêcher les chutes	<b>Taux de chute</b> : Pourcentage de patients en soins continus complexes qui n'ont pas un historique récent de chute, mais qui en ont fait une au cours des derniers 90 jours - Exercice 2009-2010, SISLD.		7.60%	<7.2%		1)				
						2)				
						... N)				
	<i>Espace pour des indicateurs additionnels</i>									
Efficacité	Réduire les décès évitables dans les hôpitaux	<b>Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)</b> : Nombre de décès observés divisé par le nombre de décès prévus, multiplié par 100 - Exercice 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).	N/R			1)				
						2)				
						... N)				
Réduire les réadmissions inutiles dans les hôpitaux	<b>Taux de réadmissions au cours des 30 jours pour des groupes de maladies analogues (GMA) dans n'importe quel établissement</b> : Nombre de patients faisant partie d'un GMA donné réadmis dans n'importe quel établissement pour des soins non facultatifs en milieu hospitalier au cours des 30 jours après avoir obtenu leur congé, comparativement au nombre de réadmissions non prévues pour des soins non facultatifs - T1 2010-2011, Base de données sur les congés des patients (BDGP).		12.80%	12.50%		1) Mise en œuvre des lignes directrices du programme 'Getting with the Gap' visant à réduire les réadmissions pour les patients admis avec des problèmes d'insuffisance cardiaque congestive	Revue des dossiers pour les patients admis avec des problèmes d'insuffisance cardiaque congestive pour voir l'effet de la mise en œuvre des protocoles	Réduction des admissions pour les patients souffrants d'insuffisance cardiaque congestive de 5 %	L'insuffisance cardiaque congestive est une des causes majeures de nos réadmissions au cours des 30 jours. La réduction de 5 % est réaliste.	
						Rééducation des protocoles avec ou sans pneumonie pour les maladies pulmonaires chroniques	Revue des dossiers pour les patients admis avec une maladie pulmonaire chronique pour voir l'effet de la mise en œuvre des protocoles	Réduction des admissions pour les patients ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique de 5 %	Les maladies pulmonaires obstructives chroniques est une des causes majeures de nos réadmissions au cours des 30 jours. La réduction de 5 % est réaliste.	
						3) Augmentation du taux d'utilisation du programme télémonitorage à domicile pour les patients ayant des problèmes d'insuffisance cardiaque congestive	Suivi fait auprès des patients dans le programme	Augmentation le nombre de patients du programme de 50 %	1 de 2 patients devraient participer au programme de télémonitorage à domicile selon l'Institut de Cardiologie de l'Université d'Ottawa	

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/indicateur de résultat	Rendement actuel	Objectif de rendement en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
	Réduire le temps inutile passé en soins de courte durée	<b>Pourcentage de jours d'autres niveaux de soins</b> : Nombre total de jours de soins de courte durée désignés comme autres niveaux de soins, divisé par le nombre total de jours de soins de courte durée. T2 2010-2011, BDCP, ICIS.	23.00%	21.00%		1) Identifier les patients qui bénéficieraient du programme "Retour chez soi avant tout"	Bonne planification de la gestion des départs des patients pour les patients nécessitant d'autres niveaux de soins	100 % des patients nécessitant d'autres niveaux de soins seront évalués par le planificateur de congé du CASC et un plan de départ sera identifié	Critère de l'entente de responsabilisation	
	Améliorer la santé financière de l'établissement	<b>Marge totale (consolidée)</b> : Pourcentage selon lequel les revenus totaux (consolidés) d'un établissement sont supérieurs ou inférieurs à ses dépenses totales (consolidées), en excluant l'incidence de l'amortissement des immobilisations au cours d'un exercice donné - Normes de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario (NPRSSO).	0.97%			2) Éducation et formation du programme "Retour chez soi avant tout" et bonne gestion des départs planifiés des patients ... N)	Taux d'assistance	> 75 % du personnel infirmier y assistera	Le but inclus la majorité du personnel	
	Réduction du nombre total de jours	Réduction du nombre total de jours d'hospitalisation pour les cas typiques 2009-2010	7.2	7		1) Identification de la date de départ anticipée à chaque admission	Audit vérifié par le comité de	> 95 % des 4 diagnostiques	La donnée capture la majorité de nos patients	
						2) Éducation et formation des groupes de travailleurs cliniciens sur le nombre total de jours, l'abstraction et les différentes options pour la réduction du nombre de jours	Taux d'assistance	> 75 % du personnel y assistera	Le but inclus la majorité du personnel	
Accès	Réduire le temps d'attente au service d'urgence	<b>Temps d'attente dans la salle d'urgence</b> : 90 pour cent du temps d'attente dans la salle d'urgence des patients admis. T2 2010-2011, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), ICIS.	24.3 heures	23 heures		1)				
		Temps d'attente dans la salle d'urgence : 90 pour cent du temps d'attente dans la salle d'urgence pour des problèmes complexes. T3 2010-2011, SNISA, ICIS.	9.5 heures	9.3 heures		2)				
	<i>Espace pour des indicateurs additionnels</i>	Temps d'attente dans la salle d'urgence : 90 pour cent du temps d'attente dans la salle d'urgence pour des problèmes non complexes. T3 2010-2011, SNISA, ICIS.	3.1 heures	3.1 heures		... N)				
Soins centrés sur les patients	Améliorer la satisfaction des patients	<i>Veillez choisir la question pertinente pour votre hôpital :</i> Sondage NRC Picker/Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) : « Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et à votre famille? » (Ajoutez le pourcentage des personnes qui ont répondu « définitivement oui ».	Soins actifs 83 % Urgence 77 %	Soins actifs > 80 % Urgence > 75 %		1)				
		Sondage interne (le cas échéant) : Fournir sous forme de pourcentage les réponses à une question portant sur l'intention des patients de recommander l'hôpital à des amis ou à la famille (veuillez inclure la question et les choix de réponse lorsque vous retournerez le Plan d'amélioration de la qualité [PAQ]).				2)				
	<i>Espace pour des indicateurs additionnels</i>					... N)				

# Partie C

## Le lien à la rémunération selon le rendement de nos cadres

### Comment la rémunération de nos cadres est liée à la réalisation des objectifs et dans quelle mesure

La rémunération de nos cadres est liée au rendement de la manière suivante:

HÔPITAL GLENGARRY MEMORIAL HOSPITAL  
RÉMUNÉRATION DE NOS CADRES

#### HYPOTHÈSES

1. Le montant de rémunération à risque est cohérent avec des attentes de caractères raisonnables
2. Le plan de rémunération des cadres satisfait aux exigences de LESPT
3. Total de la rémunération annualisée de 2011/2012 est plafonnée à la valeur de rémunération annualisée de 2009/2010

À risque: 3.0 % par \$100,000

MESURE/INDICATEUR DE RÉSULTAT	CALENDRIER DU NIVEAU	NIVEAU PERFORMANCE	PERFORMANCE CIBLÉ	JUSTIFICATION	Valeur Cible	0 % - < 5%	≥ 5 %	10%	>10 %
					% Valeur	0%	75%	100%	125%
Temps d'attente à l'urgence: 90 <sup>th</sup> percentile pour les patients admis	Q3 2010/11	24.3 hrs	23.0 hrs	Meilleur que la moyenne provinciale	\$ Valeur	\$0	\$563	\$750	\$938
Taux de réadmission au cours des 30 jours pour les GMA	Q1 2010/11	12.80%	12.5%	Présentement 6ième de 15 hôpitaux dans le RLISS	Valeur Cible	0 % - < 5%	≥5 % - <8%	8%	> 8 %
					% Valeur	0%	75%	100%	125%
					\$ Valeur	\$0	\$563	\$750	\$938
Conformité de l'hygiène des mains au premier contact avec le patient	2010/2011	86%	> 66 %	Maintenir la moyenne provinciale	Valeur Cible	< 66 %	= 66 %	>66 % -< 86	≥ 86 %
					% Valeur	0%	75%	100%	125%
					\$ Valeur	\$0	\$563	\$750	\$938
Amélioration de la satisfaction des patients (NRC Picker Survey)	2009-2010	Soins actifs 83% Urgence 77%	Soins actifs >80% Urgence > 75%	Meilleur que la moyenne pour les petits hôpitaux	Valeur Cible	< 75 %	= 75 %	>75 % - <84%	≥ 84 %
					% Valeur	0%	75%	100%	125%
					\$ Valeur	\$0	\$563	\$750	\$938

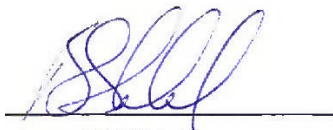


## Partie D

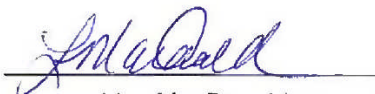
### Approbation

J'ai examiné et approuvé le plan d'amélioration de la qualité de notre hôpital, et j'atteste que notre établissement satisfait aux exigences de la Loi sur l'excellence des soins pour tous. Plus particulièrement, notre plan d'amélioration de la qualité :

1. a été conçu en tenant compte des données sur le processus de relation avec les patients, des résultats des sondages menés auprès des patients et des employés et fournisseurs de soins de santé, de l'ensemble des données sur les incidents critiques et des indicateurs de sécurité des patients;
2. indique les cibles d'amélioration annuelles du rendement et leur justification;
3. décrit la manière dont la rémunération de nos cadres est liée à la réalisation des objectifs du PAQ et dans quelle mesure;
4. a été examiné dans le cadre du processus de présentation de la planification et s'intègre à la planification opérationnelle de l'établissement.



Bill Shields  
*Président du conseil*



Lisa MacDonald  
*Présidente du Comité  
de la qualité*



Linda Morrow  
*Directrice générale*