

Les hôpitaux

Impressions et observations
Plans d'amélioration de la qualité 2015-2016

Faisons en sorte que notre système soit en meilleure santé

LES HÔPITAUX

À propos de nous

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : **une meilleure santé pour toutes les Ontariennes et tous les Ontariens.**

Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario. Cela comprend l'examen de la santé générale des Ontariennes et des Ontariens, de la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, de l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il lui arrive souvent de ne pas atteindre son plein potentiel. De plus, certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. À Qualité des services de santé Ontario, notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes inspirés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limite.

Table des matières

Résumé	4
À propos de ce rapport	5
Introduction	7
Chapitre 1 : Observations globales.....	10
Chapitre 2 : Travailler au sein du secteur : Progrès propres au secteur réalisés à l'égard d'indicateurs prioritaires.....	12
Indicateur : Amélioration du bilan comparatif des médicaments à l'admission.....	12
Indicateur : Réduction des infections à la bactérie <i>C. difficile</i>	15
Indicateur : Équilibrer la marge totale.....	17
Chapitre 3 : Communiquer et travailler ensemble : Améliorations intersectorielles des indicateurs prioritaires	20
Indicateur : Durée du séjour aux urgences au 90 ^e percentile pour les clients admis.....	20
Indicateur : Réduction du pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'autres niveaux de soins.....	25
Indicateur : Réduire le nombre de réadmissions dans les 30 jours suivant la date de congé dans un établissement	30
Chapitre 4 : Écouter les patients : La satisfaction et la participation des patients	36
Indicateur : Amélioration de la satisfaction des patients	36
Chapitre 5 : Aller de l'avant	41
Annexe : Gammes de données pour certains indicateurs prioritaires	44
Notes	48

Résumé

Il existe un engagement clair à améliorer les soins prodigués dans les hôpitaux de l'Ontario. Les hôpitaux ont démontré cet engagement en formulant des buts et objectifs d'amélioration dans leur plan d'amélioration de la qualité (PAQ), en le diffusant annuellement dans leur collectivité et en le soumettant à Qualité des services de santé Ontario. La soumission du 1^{er} avril 2015 marque la cinquième année de cet engagement officiel à l'égard de la qualité pour l'ensemble des hôpitaux publics ontariens, plus de 140 organismes au total.

Les PAQ élaborés et soumis cette année démontrent que les hôpitaux ont intégré des processus d'amélioration de la qualité dans leurs organismes et travaillent fort pour mettre en œuvre des pratiques exemplaires, tout en établissant des relations avec les partenaires du système. La plupart des hôpitaux (131) se sont améliorés au titre d'au moins un des sept indicateurs prioritaires et 55 d'entre eux ont noté une amélioration quant à trois indicateurs ou plus. Les hôpitaux élargissent leurs stratégies d'amélioration au-delà des définitions normalisées des indicateurs, comme en diffusant les leçons tirées de programmes de gestion de l'utilisation des antimicrobiens dans la collectivité, et en utilisant les notes se trouvant dans les catégories les plus élevées afin de favoriser l'amélioration de la satisfaction.

Les hôpitaux adoptent également une démarche plus proactive afin de saisir l'information au sujet des expériences vécues par les patients en ayant recours à des outils, comme les portails des patients, en fournissant des sondages dans différentes langues et en faisant participer les patients et les familles aux conseils consultatifs et à des comités de la qualité.

Simultanément, les progrès sur la plupart des indicateurs prioritaires ont été lents. Cela peut être parce que certains indicateurs nécessitent des travaux à l'extérieur des organismes et il est difficile d'améliorer les choses. Les PAQ ont révélé une grande variabilité dans les indicateurs au sein des différents types d'hôpitaux et de régions.

Afin de comprendre pourquoi certains génèrent un rendement supérieur à celui des autres, il est essentiel de partager les leçons tirées des échecs comme des réussites.

Le présent rapport fait partie de notre série continue *Pleins feux sur l'amélioration de la qualité*. Afin de poursuivre le partage de renseignements à propos des stratégies d'amélioration des soins, le rapport aborde les trois composantes des PAQ préparés par les hôpitaux et met largement l'accent sur les leçons retenues au cours de la dernière année.



À propos de ce rapport

Au cours des cinq dernières années, les secteurs de la santé de l'ensemble de l'Ontario ont élaboré et soumis des plans d'amélioration de la qualité (PAQ). Ce processus entamé par les hôpitaux de l'Ontario s'est ensuite étendu aux organismes de soins primaires organisés, aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et aux foyers de soins de longue durée.

La soumission annuelle de PAQ démontre l'engagement continu de plus de 1 000 organismes de soins de santé à prodiguer des soins de meilleure qualité en Ontario. Ces plans permettent aux organismes de formuler leurs objectifs de qualité, d'officialiser leurs activités d'amélioration et de déterminer des moyens précis d'atteindre ces objectifs.

Chaque PAQ décrit en détail les efforts déployés par un organisme à l'égard d'un ensemble d'indicateurs prioritaires. Ces indicateurs s'harmonisent avec le programme commun d'amélioration de la qualité, un ensemble de plus de 40 indicateurs issu d'une collaboration entre Qualité des services de santé

Ontario et d'autres partenaires du système de santé. Le [programme commun d'amélioration de la qualité](#) est un effort visant à orienter les rapports sur le rendement, à rendre le système de santé plus transparent et plus responsable, et à promouvoir des soins intégrés axés sur le patient. Il constitue le fondement d'*À la hauteur*, le rapport annuel de Qualité des services de santé Ontario sur le rendement du système de santé de l'Ontario. Les organismes de soins de santé peuvent utiliser les renseignements fournis dans le rapport *À la hauteur* et nos rapports *Pleins feux sur l'amélioration de la qualité* pour obtenir une meilleure compréhension de l'amélioration de la qualité selon le point de vue des organismes et celui de l'ensemble du système.

La préparation et le souci du détail nécessaires à l'élaboration de chaque PAQ témoignent habituellement des efforts impressionnants déployés par chaque organisme de soins de santé. Qualité des services de santé Ontario tient compte de ce travail en lisant attentivement chaque PAQ afin d'examiner et d'évaluer les données et les idées de changement fournies.

Pour Qualité des services de santé Ontario, l'utilisation de PAQ pour mettre les progrès en évidence et cerner les secteurs à améliorer est une manière de travailler avec les 1 076 organismes de soins de santé des quatre secteurs pour transformer la qualité des soins au sein de l'ensemble du système de santé.

Qualité des services de santé Ontario espère que les conclusions de ce rapport éclaireront les décisions relatives à la qualité des soins offerts dans les hôpitaux, favoriseront des essais plus approfondis des innovations et contribueront à guider les efforts de planification pour l'année à venir.

Le présent rapport fait partie de la série continue *Pleins feux sur l'amélioration de la qualité*. Il aborde les trois composantes des PAQ (document narratif, plan de travail et rapport d'étape) préparés par les hôpitaux et mettra largement l'accent sur les leçons retenues par ces derniers au cours de la dernière année. Il comprend des données quantitatives et qualitatives. Les données qualitatives sont présentées sous forme d'idées de changement et de profils d'organisme tirés de tous les indicateurs prioritaires.

Les données quantitatives proviennent seulement des hôpitaux qui ont choisi un indicateur en particulier et qui ont décidé de le mesurer selon la définition technique originale de Qualité des services de santé Ontario (accessible dans les [documents d'orientation des PAQ](#)). Nous utilisons le terme « amélioré » lorsqu'une valeur de l'indicateur de l'hôpital est supérieure à la fin de l'année à ce qu'elle était au début. Les tests qui présentent une signification statistique n'ont pas été réalisés sur les données et les résultats doivent être interprétés avec une certaine réserve.

Introduction

L'an dernier, les hôpitaux de l'Ontario ont fourni un large éventail de services aux patients hospitalisés et aux patients externes pour soutenir la population de la province qui compte plus de 13,5 millions de personnes. Les hôpitaux travaillent en collaboration avec les patients, les familles et les fournisseurs de soins dans l'ensemble du système de soins de santé pour offrir des soins actifs et des services spécialisés aux patients, avec l'objectif de veiller à ce que les patients reçoivent non seulement des soins de qualité élevée, mais aussi d'assurer une transition harmonieuse lorsqu'ils passent d'un service ou d'un secteur à l'autre.

C'était la cinquième année que les hôpitaux élaboraient et soumettaient des PAQ, et la première année où ils ont non seulement défini leur plan en termes de résultats précis et signalé les progrès liés à ces résultats, mais également produit des rapports sur les principales leçons retenues pour chaque idée de changement qu'ils ont mises en place. Cela a augmenté la richesse et la profondeur des initiatives de changement qui servent à améliorer la qualité des soins dans l'ensemble du secteur des soins de santé et témoigne également de l'accroissement de l'accent mis sur l'amélioration de la qualité dans l'ensemble de la province.

Le présent rapport portera essentiellement sur les sept indicateurs prioritaires déterminés pour les hôpitaux de l'Ontario :

- Diminution des infections à *Clostridium difficile*
- Amélioration du bilan comparatif des médicaments à l'admission
- Équilibre de la marge totale
- Réduction du 90^e percentile pour la durée du séjour des patients admis aux SU

- Réduction du pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'autres niveaux de soins
- Réduction des réadmissions dans les 30 jours pour des groupes de maladies analogues précisés
- Amélioration de la satisfaction des patients

Les indicateurs prioritaires sont sélectionnés afin que tous mettent l'accent sur la qualité dans l'ensemble du système et choisis afin d'être complémentaires aux priorités établies dans d'autres secteurs également. Comme l'indiquent les [documents d'orientation des PAQ](#), les organismes de soins de santé sont invités à choisir les indicateurs prioritaires si leur rendement actuel n'est pas acceptable, en particulier lorsqu'il est largement inférieur à celui des autres organismes de la province.

Amélioration obtenue

Les hôpitaux continuent de progresser sur les priorités à l'échelle provinciale, dont un grand nombre requièrent des stratégies pluriannuelles afin d'aller de l'avant. Tout au long du présent rapport, des graphiques indiquent les progrès réalisés dans l'ensemble de la province à la suite des efforts d'amélioration consentis par les hôpitaux individuellement et, dans certains cas, grâce à des collaborations avec d'autres organismes. Pour chaque indicateur, le rapport fournit le pourcentage d'hôpitaux qui ont inscrit ces paramètres dans leur plan en 2015-2016, ainsi que l'orientation de l'établissement de leurs cibles. Nous avons également résumé les initiatives d'amélioration sur lesquelles les hôpitaux ont déclaré vouloir travailler et le travail qu'ils ont déjà fait. Des observations clés complètent les résumés de haut niveau pour chaque indicateur.

Quelles sont les initiatives d'amélioration auxquelles les hôpitaux travaillent?

Le tableau montre le pourcentage des hôpitaux qui ont choisi chacun des indicateurs prioritaires. Afin de tenir compte de l'ampleur du travail qui permettra d'améliorer ces indicateurs, les pourcentages comprennent les hôpitaux qui ont utilisé l'indicateur tel que défini dans les caractéristiques techniques, ainsi que ceux qui ont utilisé une définition légèrement différente.

Indicateur prioritaire	Orientation de l'amélioration	Pourcentage d'hôpitaux
Réadmission dans les 30 jours	↓	65 %
Autre niveau de soins	↓	74 %
Taux d'infection à la bactérie <i>C. difficile</i>	↓	65 %
Durée du séjour des patients admis aux SU	↓	62 %
Bilan comparatif des médicaments à l'admission	↑	78 %
Satisfaction des patients	↑	88 %
Marge totale	Plus près de zéro	83 %

Les [documents d'orientation des PAQ](#) ont également signalé des indicateurs supplémentaires que les hôpitaux peuvent inclure dans leur PAQ afin de témoigner de leurs propres buts et possibilités d'amélioration de la qualité. Les indicateurs supplémentaires que les hôpitaux ont le plus couramment sélectionnés sont l'hygiène des mains (qui a été sélectionné par 46 % des hôpitaux), les chutes (36 %) et le bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital (34 %).

Les hôpitaux sont également encouragés à inclure d'autres indicateurs qui témoignent des objectifs et les possibilités d'amélioration de la qualité propres à chaque organisme, et 98 hôpitaux l'ont fait. Ces hôpitaux ont créé des indicateurs personnalisés dans les dimensions (de la plus fréquente à la moins fréquente) de la sécurité, de l'accès, de l'efficacité, de la centralité du patient et de l'intégration.

L'examen de Qualité des services de santé Ontario des PAQ 2015-2016 est présenté comme suit :

- Le premier chapitre contient les observations déterminantes de notre analyse.
- Le chapitre 2 se penche sur deux indicateurs, comme l'infection à *C. difficile* ou la marge totale, qui exigent des efforts d'amélioration au sein d'un seul organisme.
- Le chapitre 3 porte sur d'autres indicateurs, comme les réadmissions et la durée du séjour aux services des urgences, qui s'améliorent mieux lorsque les secteurs collaborent et travaillent en collaboration avec d'autres organismes et dans l'ensemble du continuum de soins.
- Le chapitre 4 est axé sur les indicateurs des soins axés sur le patient, qui ont été récemment mis en valeur par l'introduction de [deux nouveaux règlements](#) en vertu de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* en Ontario. Les nouveaux règlements visent à renforcer le processus de relations avec les patients et à assurer que les patients participent à l'élaboration de PAQ, en soulignant le rôle de plus en plus important que jouent la participation et l'expérience des patients dans le processus d'amélioration de la qualité.
- Enfin, le chapitre 5 énonce nos impressions finales sur le fait de passer à la prochaine ronde de PAQ.

Nous espérons que les observations incluses dans ces chapitres encourageront les organismes à tenir compte de leurs progrès et à envisager de nouvelles possibilités de collaboration, d'apprentissage partagé et d'idées novatrices afin de favoriser l'amélioration à l'avenir.

**Examen plus approfondi des progrès constatés par les hôpitaux :
nombre d'hôpitaux qui ont atteint ou dépassé leurs objectifs quant aux indicateurs prioritaires**

23 sur 64 hôpitaux (**36 %**)
Diminution des infections à *C. difficile*

21 sur 113 hôpitaux (**19 %**)
Amélioration de la satisfaction générale
des patients à l'égard des soins

39 sur 111 hôpitaux (**35 %**)
Amélioration du bilan comparatif des
médicaments à l'admission

11 sur 79 hôpitaux (**14 %**)
Réduction du 90e percentile de la durée
du séjour aux services des urgences

28 sur 100 hôpitaux (**28 %**)
Diminution du pourcentage de journées
d'hospitalisation de patients nécessitant
d'autres niveaux de soins

14 sur 131 hôpitaux (**11 %**)
Amélioration de la marge totale

23 sur 92 hôpitaux (**25 %**)
Diminution du taux de réadmission après
30 jours dans un établissement

Chapitre 1

Observations globales

En plus des observations sur les progrès des hôpitaux quant aux indicateurs prioritaires, des observations générales ont émergé durant l'analyse des PAQ des hôpitaux réalisée par Qualité des services de santé Ontario.

- **La participation des patients gagne une importance considérable.** Les hôpitaux travaillent de concert avec les patients, les familles et les personnes soignantes de manière active afin de planifier les programmes et les services qu'ils offrent et déterminer ce qui est le plus important pour les patients lorsqu'ils interagissent avec le secteur.
 - o Cette année, on a vu pour la première fois un hôpital rédiger un rapport narratif du PAQ précisément pour la population desservie. Voici la traduction de quelques lignes du rapport narratif du Centre de santé de West Parry Sound : « ... *Nous avons écrit cela pour les patients et les familles que nous avons le privilège de servir. ... Merci de faire partie de cette communication importante. ... Vous pouvez nous aider à nous améliorer en expliquant où et comment nous pourrions avoir été en deçà de vos attentes. ... Veuillez nous mettre au défi d'être un organisme qui cherche, trouve et offre l'amélioration de la qualité.* »
- Plus des deux tiers des hôpitaux (68 %) ont mentionné plus particulièrement le travail qu'ils effectuent afin de mettre en œuvre **des procédures fondées sur la qualité**, notamment pour faire participer des équipes cliniques à l'harmonisation des soins selon les cheminements des manuels cliniques.
- Les hôpitaux **travaillent en collaboration** les uns avec les autres, ainsi qu'avec d'autres secteurs. La plupart d'entre eux (73 %) ont mentionné leur travail en partenariat avec les soins à domicile et en milieu communautaire offerts par les CASC, 56 % ont déclaré qu'ils travaillent de concert avec les fournisseurs de soins primaires et 55 % ont décrit un partenariat avec d'autres hôpitaux.
 - o Les maillons santé sont l'une des initiatives intersectorielles les plus fréquemment mentionnées dans la section intégration des PAQ. Près de la moitié (46 %) des hôpitaux ont mentionné faire partie d'un maillon santé. Un grand nombre de ces hôpitaux ne sont pas officiellement liés à un maillon santé, mais travaillent en partenariat avec un maillon santé au travail d'amélioration de la qualité. Cependant, il est prévu que de nombreux autres hôpitaux sont susceptibles de travailler avec les maillons santé – dans le cadre d'un partenariat officiel ou non – mais nous n'avons pas encore vu de lien entre ce travail et leur PAQ.
- Au-delà du soutien des patients ayant des besoins très complexes, nous observons **plus de démarches visant l'amélioration de la prestation des soins intégrés** dans l'ensemble des secteurs et le continuum complet de soins.
- Les hôpitaux font des efforts afin d'**accroître la participation des membres du personnel dans les efforts d'amélioration de la qualité**. Un grand nombre d'hôpitaux ont ouvertement et régulièrement suivi le progrès de leurs indicateurs de qualité parmi les membres du personnel grâce à des activités comme les réunions flash, et certains utilisent des tableaux de la qualité que le personnel, les patients et les visiteurs peuvent consulter. Il y a

également une augmentation de la disponibilité des données dans certains organismes qui ont recours à des portails de données pour diffuser les initiatives relatives à la qualité avec leur personnel.

- o Le Centre Sunnybrook des sciences de la santé utilise un portail de données pour que les membres du personnel en apprennent davantage sur les indicateurs du PAQ, les progrès vers la réalisation des objectifs et la façon dont les efforts du personnel ont une incidence sur ce travail. L'objet de cette initiative est de permettre au personnel de parler des données et des pratiques exemplaires connexes pour appuyer l'amélioration de la qualité à l'échelon local et, ultimement, favoriser des améliorations des soins aux patients.
 - **Un accent sur l'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux.** Nous sommes heureux de constater que plus de la moitié des 16 organismes participant au réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario, et qui se sont officiellement inscrits pour faire partie du National Surgical Quality Improvement Program et du réseau collaboratif du NSQIP-ON, ont intégré leurs activités d'amélioration du programme d'interventions chirurgicales dans leur PAQ 2015-2016. Le NSQIP, qui vient compléter des indicateurs du PAQ comme les réadmissions et la satisfaction des patients, est un programme internationalement reconnu conçu pour mesurer et améliorer la qualité des soins chirurgicaux. Les stratégies utilisées dans le cadre de ce programme ont démontré qu'elles favorisaient l'amélioration dans certains secteurs, comme les soins prodigués aux patients et les résultats, les complications et les coûts. Tous les hôpitaux de l'Ontario sont invités à participer au réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario et à en tirer des leçons. Cette année, de nombreuses possibilités d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux devraient être mises de l'avant.
 - **Utiliser la technologie comme catalyseur important des soins de qualité intégrés.** Les hôpitaux de l'Ontario tirent parti de ces possibilités de différentes manières.
 - o Plusieurs hôpitaux de l'ensemble de l'Ontario ont mentionné qu'ils mesurent activement leur modèle d'adoption des dossiers médicaux électroniques (EMRAM) et leur pointage de la Healthcare Information Management Systems Society (HIMSS). L'EMRAM est un modèle en sept étapes qui mesure les progrès de l'hôpital vers un environnement sans papier et qui permet à l'organisme d'évaluer ses progrès réalisés par rapport aux organismes de soins de santé de l'ensemble du pays.
 - o Les solutions de technologies comme les systèmes informatisés d'entrée d'ordonnances permettent d'acheminer les ordonnances patients immédiatement, de raccourcir les erreurs et de réduire les délais d'exécution.
 - o L'administration électronique des médicaments permet à la pharmacie d'un hôpital et aux infirmières et infirmiers de vérifier des médicaments à mesure que les ordonnances sont effectuées. Jumelée à l'utilisation de la technologie de numérisation des codes à barres, cela réduit considérablement le risque que des patients reçoivent le mauvais médicament.
 - o Les portails électroniques permettent aux hôpitaux de partager des renseignements avec chacun des patients et des membres du personnel. De plus en plus d'hôpitaux élaborent des dépôts communs de dossiers médicaux et donnent aux cliniciens et aux partenaires communautaires l'accès aux renseignements du dossier du patient en temps réel.
 - Plus des trois quarts des hôpitaux (77 %) ont discuté de la mise en œuvre de chacune de leurs **idées de changement** au cours de la dernière année dans leurs rapports d'étape. Bien qu'un grand nombre d'entre eux aient décrit les idées de changement qui ont aidé à mener à la réussite, peu ont formulé des commentaires sur les leçons retenues au cours de la dernière année. L'achèvement intégral du rapport d'étape est important afin de fournir un aperçu complet de ce qui fonctionne pour faire progresser les secteurs prioritaires de l'Ontario vers l'avenir.
- Le présent rapport traitera notamment de ces thèmes dans les analyses des initiatives des hôpitaux qui cherchent à s'améliorer à l'égard des indicateurs prioritaires, dès le chapitre suivant.

Chapitre 2

Travailler au sein du secteur : Progrès propres au secteur réalisés à l'égard d'indicateurs prioritaires

Le présent chapitre examine les efforts individuels que déploient les hôpitaux afin d'améliorer trois indicateurs prioritaires qui nécessitent des activités d'amélioration propres au secteur. Ces indicateurs sont le bilan comparatif des médicaments à l'admission, l'infection à *C. difficile* et la marge totale (un indicateur de la santé financière).

INDICATEUR : AMÉLIORATION DU BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS À L'ADMISSION

À propos de cet indicateur : Les hôpitaux évaluent le processus de bilan comparatif des médicaments en mesurant le nombre total de patients ayant bénéficié d'un bilan comparatif des médicaments par rapport au nombre total de patients admis à l'hôpital.

Comprendre cet indicateur : Les communications efficaces concernant les médicaments constituent un composant essentiel pour prodiguer des soins sécuritaires. Dans l'Étude canadienne sur les événements indésirables, les erreurs de médicaments sont le deuxième type d'événement indésirable le plus courant¹. Le bilan comparatif des médicaments est un processus formel au sein duquel les professionnels des soins de santé collaborent avec les patients, leur famille et d'autres fournisseurs de soins de santé afin de s'assurer que des renseignements exacts et exhaustifs sur les médicaments sont communiqués de manière uniforme dans le cadre des transitions de soins². La première étape de ce processus est de recueillir le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP), soit une liste précise des médicaments du patient avant son admission à l'hôpital.

Analyser cet indicateur : Pour le PAQ 2015-2016, les hôpitaux ont été encouragés à travailler à la mise en œuvre exhaustive du bilan comparatif des médicaments. Plus particulièrement, on a demandé aux hôpitaux qui avaient précédemment déclaré un bilan comparatif des médicaments à l'admission pour une unité, un service, un programme ou une population cible dans leur PAQ de produire un rapport sur le rendement actuel à l'échelon de l'organisme, ainsi que de définir des objectifs pour l'ensemble de l'hôpital. Dans notre examen, seulement 17 hôpitaux ont déclaré précisément la population couverte dans leur mesure (16, totalité de l'organisme; 1, plus petit échantillon).

Progrès réalisés

Lors de l'analyse des PAQ 2015-2016, 35 % des hôpitaux (39/111) ont atteint ou dépassé l'objectif établi dans leur PAQ 2014-2015, ce qui se reflète dans leur rapport d'étape. Cinquante-quatre pour cent (60/111) ont amélioré leur rendement, mais n'avaient pas nécessairement atteint leurs cibles.

Rendement actuel

- Plage : Un bilan comparatif des médicaments a été effectué pour 9 % à 100 % des patients à leur admission à l'hôpital.

Les hôpitaux qui ont atteint 100 % de bilan comparatif des médicaments à l'admission sont vivement encouragés à examiner la qualité du processus de bilan comparatif des médicaments, et (ou) à passer à la prochaine étape, soit un bilan comparatif au transfert ou au congé.

Établissement des cibles de 2015-2016

Les 100 hôpitaux qui ont inclus le bilan comparatif des médicaments à l'admission dans leur PAQ 2015-2016 en utilisant la définition originale de cet indicateur ont établi les types de cibles suivants :

- Plage de cibles choisies : 9,4 % à 100 %
- 72 % (72/100) ont établi des cibles d'amélioration
- 17 % (17/100) ont établi des cibles de maintien du rendement actuel
- 11 % (11/100) ont établi des cibles régressives; parmi ceux-ci, sept (64 %) ont expliqué que leur taux varie en raison d'un petit nombre d'admissions

Le cinquième des hôpitaux environ n'ont pas inclus le bilan comparatif des médicaments à l'admission à titre d'indicateur du PAQ. Ils ont fourni les justifications suivantes : ils se concentrent sur un autre segment du processus de bilan comparatif, comme le bilan comparatif au congé ou la qualité du bilan comparatif, ou leur objectif est de maintenir leur rendement actuel.

Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

Voici quelques exemples d'idées novatrices que les hôpitaux ont mises en œuvre afin d'améliorer le bilan comparatif des médicaments à l'admission, comme l'indiquent leurs rapports d'étape.

- Assurer la participation de la haute direction et faire en sorte que l'ensemble de l'organisme se concentre sur le bilan comparatif des médicaments.
 - o Le Headwaters Health Care Centre a déterminé que le fait d'avoir mis l'accent organisationnel sur le bilan comparatif des médicaments s'est avéré très précieux dans sa capacité à réaliser des progrès énormes dans son taux d'achèvement et de dépasser sa cible élargie au cours

de la dernière année. Son rendement de départ était de 41,10 %. Il s'est fixé une cible de 70 % et, à la fin de l'exercice, il avait obtenu 78,44 %.

- o Bon nombre d'hôpitaux ont reconnu le bilan comparatif des médicaments comme élément permanent à l'ordre du jour de plusieurs comités à l'échelle de l'ensemble de l'organisme, comme le comité consultatif médical, le comité consultatif des soins infirmiers, la qualité et la sécurité des patients, et les comités professionnels de l'exercice de la profession.
- Se concentrer sur l'amélioration du processus de bilan comparatif des médicaments.
 - o Les hôpitaux ont utilisé un schéma de la chaîne de valeur pour cerner les lacunes dans leurs processus et déterminer l'état futur idéal. Ces hôpitaux ont également indiqué l'importance de la mise en œuvre des changements de processus en séquence, à l'aide de cycles Planifier-Faire-Étudier-Agir.
 - o Le Centre Sunnybrook des sciences de la santé a mis en œuvre la documentation électronique des meilleurs antécédents de médicaments possible, intégrés avec le système informatisé d'entrée d'ordonnances, pour les patients en clinique de préadmission. L'hôpital a révélé que ce changement était un catalyseur clé pour soutenir la phase finale du bilan comparatif des médicaments dans le cadre des transitions.
- Préciser les rôles, les responsabilités et les obligations de l'équipe à chaque étape du processus : Les rapports d'étape ont transmis l'importance de ces étapes, ainsi que la valeur de faire participer le personnel, les médecins et les patients tout au long de l'initiative.
 - o Le Centre St-Joseph de Hamilton a indiqué que le leadership et la participation des intervenants étaient des facteurs clés de réussite dans le progrès à l'égard du bilan comparatif des médicaments.

- o Le Centre Sunnybrook des sciences de la santé a révélé que le recours à des techniciens en pharmacie réglementés, formés pour recueillir des antécédents de médicaments de la meilleure qualité possible, peut avoir contribué de façon significative à l'amélioration de l'achèvement du bilan comparatif des médicaments à l'admission.
- Mettre en œuvre un outil normalisé de vérification : Traditionnellement, les flux de travail des cliniciens n'incluaient pas l'inventaire régulier des médicaments des patients. Sans un outil normalisé, la variabilité au sein d'un organisme entraîne des possibilités d'erreur. L'Hôpital Lake of the Woods District utilise un outil normalisé pour permettre une évaluation et un examen objectifs continus du bilan comparatif des médicaments qui peuvent être appliqués dans l'ensemble de l'hôpital.
- Offrir une formation continue au personnel œuvrant à l'exécution du bilan comparatif : Dans le cadre de cette éducation, les hôpitaux mènent une vérification régulière des taux d'achèvement et partagent des résultats avec les membres de l'équipe afin de renforcer et célébrer les progrès accomplis; ils fournissent également du mentorat et un suivi individuels.
 - o L'Hôpital Lake of the Woods District a révélé que la formation continue du personnel de première ligne est essentielle pour maintenir la conformité au processus de bilan comparatif des médicaments.
 - o Le Centre régional de santé de North Bay a indiqué qu'une fréquence élevée de la production de rapports et d'utilisation fréquentes d'un tableau de bord ont aidé l'équipe à se concentrer sur l'exactitude et le taux d'achèvement du MSTP pour les patients admis du service des urgences.

Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

Plusieurs hôpitaux ont mentionné qu'ils travaillent principalement à assurer la qualité du meilleur schéma thérapeutique possible en 2015-2016. Les hôpitaux cherchent des manières d'intégrer cette étape aux flux existants et mettent l'accent sur l'amélioration du processus de MSTP pour les patients admis par le service des urgences.

Une technologie améliorée peut soutenir le bilan comparatif des médicaments par un lien vers des documents électroniques et l'intégration de cette activité essentielle dans les processus quotidiens³. Par exemple, dix hôpitaux régionaux du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Sud-Ouest se sont reliés à un système d'information qu'ils appellent le projet de soins de santé en voie d'optimisation HUGO (Healthcare Undergoing Optimization). Ce projet permet à tous les établissements de consulter la liste de médicaments d'un patient et d'effectuer un MSTP à chaque consultation ou à l'admission. Le bilan comparatif des médicaments à chaque transition de soins a été reconnu comme une pratique exemplaire, et les hôpitaux du RLISS du Sud-Ouest disposent maintenant des outils nécessaires afin de créer des transitions plus sécuritaires pour les patients qui passent d'un hôpital à un autre en 2015-2016.

Les hôpitaux ont également commencé à communiquer avec d'autres partenaires dans le secteur des soins de santé afin d'améliorer le bilan comparatif des médicaments à la sortie. Bien que tous les hôpitaux devraient fournir aux patients leurs renseignements sur les médicaments au moment du congé, l'Hôpital général Wilson Memorial a fait franchir un pas de plus à ce processus : non seulement l'hôpital fournit-il au patient un formulaire des médicaments au moment du congé avec toutes leurs directives relatives aux médicaments, mais l'hôpital envoie également le formulaire directement au fournisseur de soins primaires et au pharmacien de la collectivité au moment du congé.

INDICATEUR : RÉDUCTION DES INFECTIONS À LA BACTÉRIE *C. DIFFICILE*

À propos de cet indicateur : Cet indicateur mesure le nombre de patients ayant récemment reçu un diagnostic d'infection à *Clostridium difficile* (infection à *C. difficile*) contractée en milieu hospitalier pendant la période de référence, divisé par le nombre de jours-patients dans la période de référence, multiplié par 1 000.

Comprendre cet indicateur : *C. difficile*, une bactérie qui cause de la diarrhée et d'autres affections intestinales graves, est la cause de diarrhée infectieuse la plus courante dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée au Canada. La maladie peut être fatale.

C. difficile a été un domaine prioritaire de la qualité des hôpitaux pendant de nombreuses années. À l'échelle de la province, le taux d'infection à *C. difficile* a diminué de 2011-2012 à 2014-2015, passant de 0,35 à 0,26 cas par 1 000 jours-patients. Ce changement représente une baisse de plus de 800 cas⁴.

Des recherches récente menées en Ontario indiquent que l'infection à *C. difficile* peut dépendre davantage de facteurs liés aux patients (âge plus élevé, admissions non facultatives et médicales, et comorbidités médicales précises) que des processus que les hôpitaux mettent en place pour prévenir les infections. Dans l'étude la plus importante et la plus récente sur la prévention des infections à *C. difficile* dans les hôpitaux de soins actifs dans cette province, les stratégies de prévention n'étaient pas associées à une réduction importante des risques d'infection pour les patients sur le plan statistique. Cependant, les auteurs ont conclu que, en raison des limites de l'étude, ils ne recommandaient pas de retirer les ressources des pratiques de prévention⁵.

Analyser cet indicateur :

Progrès réalisés

Lors de l'analyse des PAQ 2015-2016, 36 % (23/64) ont atteint ou dépassé l'objectif établi dans leur PAQ 2014-2015, ce qui se reflète dans leurs rapports d'étape. Cinquante-deux pour cent (33/64) ont amélioré leur rendement, mais n'avaient pas nécessairement atteint leurs cibles.

Rendement actuel

- Moyenne provinciale : 0,26 cas de *C. difficile* par 1 000 jours-patients
- Plage : 0 à 0,86 cas de *C. difficile* par 1 000 jours-patients

Établissement des cibles de 2015-2016

Les 80 hôpitaux qui ont choisi l'infection à *C. difficile* pour leur PAQ 2015-2016, en utilisant la définition originale de cet indicateur ont établi les types suivants de cibles :

- Plage de cibles choisies : 0 à 0,5 cas/1 000 jours-patients
- 44 % (35/80) ont établi des cibles d'amélioration
- 39 % (31/80) ont établi des cibles de maintien du rendement actuel
- 18 % (14/80) ont établi des cibles régressives (inférieures au rendement de 2014-2015); six de ces 14 hôpitaux (43 %) ont fourni des justifications, par exemple, leur année de référence n'avait enregistré aucun cas d'infection à *C. difficile*, de sorte qu'ils ont permis un cas pendant l'année en cours, ou le rendement de 2014-2015 était inhabituel, de sorte qu'ils ont ciblé une réduction comparativement à l'année précédente

Plus d'un tiers des hôpitaux n'ont pas choisi l'indicateur de l'infection à *C. difficile*. Ils ont fourni les justifications suivantes : le rendement était constamment à zéro; ils ont atteint l'objectif de leur RLIS; et ils ont des processus en place pour surveiller les infections à *C. difficile*.

Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

Les hôpitaux qui font des progrès sur les infections à *C. difficile* déclarent que leur succès est attribuable à une démarche multidisciplinaire et à la mise en œuvre combinée de multiples stratégies afin de maintenir leur rendement.

Voici quelques exemples d'idées novatrices mises en place par les hôpitaux pour réduire les infections à *C. difficile* et présentées dans leurs rapports d'étape.

- Élaborer un protocole de traitement d'infection à *C. difficile* et normaliser le nettoyage et le processus de gestion des déchets : Pour réduire le nombre d'infections à *C. difficile*, les hôpitaux ont reconnu la nécessité d'un respect rigoureux et continu des pratiques normalisées de nettoyage, des précautions d'isolement et de l'hygiène des mains.
 - o Les hôpitaux ont mentionné les facteurs clés suivants de réussite pour ces stratégies : clarifier les attentes, les rôles et les responsabilités, et mesurer le rendement; s'assurer que les normes sont claires et faciles à exécuter, et qu'elles sont appuyées par les dirigeants; et veiller à ce que le personnel soit au courant de la raison pour laquelle le matériel est consacré à un seul patient et des préoccupations pour la sécurité du patient sous-jacentes à la décision.
 - o Les hôpitaux qui ont fait le plus de progrès pour réduire le taux d'infection à *C. difficile* au cours de la dernière année ont mentionné les taux élevés relatifs à l'hygiène des mains comme ayant contribué à leur réussite.
- Communiquer et assurer la transparence au sujet des données : Un grand nombre d'hôpitaux estiment qu'il est impératif de formuler des déclarations ouvertes à l'égard de cet indicateur et ont recours à une stratégie d'amélioration fondée sur « la vérification et la rétroaction ».
 - o Le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton a adopté une démarche unique pour rendre les données sur le rendement relatif aux infections à *C. difficile* significatives pour le personnel infirmier. Le plan de changement de l'hôpital relatif aux infections à *C. difficile* visait à réduire l'utilisation d'un cathéter urinaire dans la salle d'opération. Cela permettrait de réduire les risques d'infections des voies urinaires, qui exigent des antibiotiques qui, à leur tour, peuvent accroître le risque des patients à contracter une infection à *C. difficile*. L'hôpital a conclu que cette démarche est très utile, car la réduction de l'utilisation d'un cathéter est un indicateur significatif pour les infirmières et infirmiers chirurgicaux dans leur travail.
- Réduire l'utilisation des antibiotiques à risque élevé : Un grand nombre d'hôpitaux continuent d'élaborer des stratégies et des initiatives visant à améliorer la gestion responsable des antimicrobiens.
 - o Le Centre régional de santé Royal Victoria a décrit la façon dont son programme de gestion responsable des antimicrobiens évalue les patients pour la pertinence des antibiotiques qui leur ont été prescrits. « *Les recommandations sont acceptées en moyenne 80 % du temps et plus de la moitié d'entre elles visent à cesser ou à réduire la thérapie antibiotique initiale.* » Depuis le début du programme en 2013, « nous avons constaté une réduction de la consommation d'antibiotiques de 125 % et une réduction de 33 % de la durée du séjour chez les patients qui ont reçu un diagnostic de pneumonie contractée dans la collectivité. En comparaison avec les unités de patients hospitalisés qui n'ont pas de programme de gestion responsable des antimicrobiens, nous avons vu une réduction de 68 % du nombre d'infections à *Clostridium difficile*, soit 40 cas de moins par année. »
- Mettre à l'essai de nouvelles démarches fidèles au cycle Planifier-Faire-Étudier-Agir.
 - o Il y a des données probantes scientifiques conflictuelles en matière d'utilisation des probiotiques dans le cadre de plans de soins pour les antibiotiques. L'Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia a mis cela à l'essai en les ajoutant aux plans de soins. Grâce à des essais de changement réalisés à petite échelle, l'utilisation accrue d'antibiotiques en raison de la pneumonie acquise après la grippe n'a pas montré d'augmentation du nombre d'infections à *C. difficile*.

★ **Pleins feux : Voici un exemple d'organisme qui décrit des essais de changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.**

Hôpital Grand River

L'hôpital n'a connu aucune éclosion de bactérie *C. difficile* au cours de la dernière année et son rendement de 2014-2015 présentait un taux très faible de 0,13. Grand River attribue cela à ses efforts sur deux plans. Tout d'abord, le soutien des pratiques de contrôle des infections est essentiel. « *L'hygiène des mains avant d'entrer en contact avec le patient est un indicateur sur les tableaux de bord cliniques du programme. Le rendement sur l'hygiène des mains est publié tous les trimestres dans notre bulletin d'information interne d'hôpital.* » En outre, un programme de sensibilisation et d'éducation relatives à l'hygiène des mains a été présenté aux patients et aux familles, et sera élargi en 2015-2016. Ensuite, « *la gestion responsable des antimicrobiens continue d'être une initiative importante dans notre hôpital. Au cours de la dernière année, un projet pilote pour l'utilisation de bassins hygiéniques et de chaises d'aisance a été réalisé. Les membres du personnel des services environnementaux ont atteint un taux de conformité supérieur à 95 % dans les vérifications de la simulation microbienne. Ces vérifications sont publiées dans notre bulletin d'information interne d'hôpital.* »

Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

En 2015-2016, 14 hôpitaux mettront en œuvre un modèle de réseau en étoile du projet ARTIC Community Hospital ICU Local Leadership (CHILL). [Le programme ARTIC](#), ou Adopting Research to Improve Care, est un programme conçu pour accélérer la mise en œuvre de données probantes issues de la recherche et de pratiques exemplaires dans l'ensemble du système de santé de l'Ontario. Cette initiative vise à établir des programmes robustes de gestion responsable des antimicrobiens qui optimisent l'utilisation d'antimicrobiens dans les unités de soins intensifs, la réduction de la consommation d'antimicrobiens, les coûts et les infections à l'hôpital (infections à *C. difficile*).

Le Centre régional de santé de Peterborough (PRHC), l'un des établissements, a indiqué que l'élaboration de son programme de gestion responsable des antimicrobiens était une stratégie essentielle dans son plan de travail de PAQ. Le PRHC s'efforcera de renforcer les partenariats communautaires afin d'atténuer le risque d'infection à *C. difficile* dans la collectivité. Plus précisément, l'hôpital organisera et offrira des séances trimestrielles d'éducation axées sur la gestion responsable des antimicrobiens de plusieurs prescripteurs en milieu communautaire (fournisseurs de l'équipe de santé familiale, dentistes, pharmaciens). Ces séances relieront directement les prescripteurs de la collectivité à l'expertise relative à la gestion responsable des antimicrobiens et aux maladies infectieuses de l'hôpital afin d'établir une communauté de pratique et une démarche commune fondée sur des données probantes visant à réduire le risque d'infection à *C. difficile*.

INDICATEUR : ÉQUILIBRER LA MARGE TOTALE

À propos de cet indicateur : Cet indicateur mesure la santé financière d'un hôpital. Cette mesure examine le pourcentage selon lequel les recettes totales (consolidées) sont supérieures ou inférieures aux dépenses totales (consolidées), pour une année donnée, en excluant les coûts d'amortissement de leurs bâtiments. Chaque année, les hôpitaux de l'Ontario visent à équilibrer leurs revenus et leurs dépenses.

Comprendre cet indicateur : L'Ontario réforme actuellement la manière dont il finance certains aspects du système de santé, avec l'objectif que le paiement, les politiques et la planification suivent les patients à mesure qu'ils progressent au sein du système de santé. L'indicateur de la marge totale est l'un des moyens que les organismes peuvent utiliser pour incorporer des politiques qui soutiennent la Réforme du financement du système de santé dans leur PAQ.

Analyser cet indicateur :**Progrès réalisés**

Lors de l'analyse des PAQ 2015-2016, 11 % (14/131) ont atteint ou dépassé la cible établie dans leur PAQ 2014-2015, ce qui se reflète dans leur rapport d'étape. Quarante-quatre pour cent (58/131) ont amélioré leur rendement, mais n'avaient pas nécessairement atteint leurs cibles.

Rendement actuel

- Plage : Marge allant de -8,95 % à 6,11 % des revenus sur les dépenses

Établissement des cibles de 2015-2016

Les 83 % (121/146) des hôpitaux qui ont inscrit la marge totale dans leur PAQ 2015-2016, en utilisant la définition originale de cet indicateur ont établi les types suivants de cibles :

- Plage de cibles choisies : -8,37 % à 6,60 %
- 80 % (97/122) ont établi des cibles d'amélioration
- 10 % (12/122) ont établi des cibles de maintien du rendement actuel
- 11 % (13/122) ont établi des cibles régressives; parmi ceux-ci, 6 (46 %) ont fourni des justifications, comme une augmentation du volume de patients, le triage, le nombre de jours d'hospitalisation désignés comme autres niveaux de soins (ANS) ou une entente avec le RLISS.

Les hôpitaux qui n'ont pas choisi la marge totale dans leur PAQ ont fourni les justifications suivantes : Ils maintiennent et surveillent le rendement actuel, et ils utilisent d'autres indicateurs pour examiner la durée du séjour des procédures fondées sur la qualité (ce qui a une incidence sur le bilan de l'hôpital).

Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

Les idées de changement qui ont été présentées par les hôpitaux pour améliorer la marge totale sont semblables à celles qui ont été cernées dans le passé. Ces idées comprennent des stratégies comme la maximisation des sources de revenus (p. ex., pharmacie pour consommateurs, hébergement privilégiée), en se concentrant sur la logistique et l'acquisition de fournitures, et en réduisant le gaspillage des stocks.

Voici quelques exemples d'idées novatrices mises en place par les hôpitaux afin d'améliorer leur marge totale et présentées dans leurs rapports d'étape.

- Accroître l'accent sur la mise en œuvre des pratiques exemplaires énoncées dans les procédures fondées sur la qualité (PFQ).
 - o Les hôpitaux collaborent avec d'autres hôpitaux du secteur et avec les CASC afin d'élaborer des cheminements cliniques normalisés pour opérer la transition des patients.
 - o Les hôpitaux mettent en outre sur pied des comités responsables de l'utilisation afin de veiller à ce que les pratiques exemplaires et les cheminements cliniques soient suivis. Ces comités rassemblent des dirigeants et des cliniciens qui examinent les données et les rapports qui ont des répercussions directes et indirectes sur la qualité et les coûts. Parmi les exemples des données qu'ils examinent, notons les journées d'hospitalisation pouvant être conservées, la durée du séjour pour les procédures fondées sur la qualité, le coût par jour par visite, les réadmissions inutiles et les jours en attente d'autres niveaux de soins, ainsi que les temps d'attente au service des urgences.
 - o L'Hôpital d'Ottawa s'est concentré sur les écarts et la réduction des écarts pour les PFQ relatives à la hanche et au genou. L'hôpital a créé une équipe clinique multidisciplinaire, soutenue par les services administratifs, pour mener une enquête sur les causes des excédents

de dépenses mettre en œuvre des solutions. À l'aide de données relatives au coût des cas, l'équipe a identifié les économies liées à la réduction des analyses de sang, de l'imagerie diagnostique et de la durée du séjour, avec des économies additionnelles effectuées grâce à un nouveau contrat d'approvisionnement. À la fin du deuxième trimestre, l'hôpital avait atteint une réduction de 5 % du coût par cas pondéré pour une intervention chirurgicale non urgente de la hanche et une réduction de 3 % du coût par cas pondéré pour une intervention chirurgicale non urgente du genou, alors que les volumes de cas sont demeurés stables comparativement aux années antérieures. L'hôpital croit que les économies sont probablement attribuables à la réduction de la durée du séjour, et l'hôpital continuera de mesurer la viabilité de ces changements et de les appliquer à d'autres procédures fondées sur la qualité au cours de l'année prochaine.

- Intégrer des fonctions administratives pour optimiser des processus clés et mettre l'accent sur l'amélioration de l'expérience des patients.
 - o En 2014, le Headwaters Health Care Centre, le William Osler Health System et le CASC du Centre-Ouest se sont engagés dans un partenariat novateur afin d'intégrer les fonctions de soutien non cliniques comme l'administration. On espérait que ce nouveau partenariat serve de catalyseur de la collaboration, en permettant aux trois organismes d'examiner des possibilités d'investissement conjoint et de planification au niveau du système. Cette initiative « d'arrière-boutique » ne servira pas seulement à améliorer leur capacité combinée à répondre aux besoins de la collectivité; idéalement, elle permettra également de réduire les coûts à long terme.

Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

La Réforme du financement du système de santé étant en cours en Ontario, les hôpitaux envisagent les conséquences de ces changements tout en conservant des niveaux élevés de soins prodigués aux patients. Les hôpitaux ont recours à des rapports et à des données de base afin de créer des points de référence et de cerner des gains d'efficacité. Leurs plans de travail 2015-2016 indiquent que les hôpitaux travaillent de plus en plus à réduire la durée moyenne du séjour lié aux PFQ. Ils sont axés principalement sur les procédures fondées sur la qualité associées aux AVC et aux fractures de la hanche, et ont pour objectif de transférer les patients dans des programmes de réadaptation plus rapidement. Ces efforts visent à fournir des soins de qualité supérieure pour réduire les complications et les réadmissions coûteuses.

Chapitre 3

Communiquer et travailler ensemble : Améliorations intersectorielles des indicateurs prioritaires

Le présent chapitre se penche sur trois indicateurs pour lesquels le rendement peut s'améliorer lorsque les organismes collaborent d'un secteur à l'autre : la durée du séjour au service des urgences (SU) pour les patients admis, le pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS) et les réadmissions. Il examine également comment des organismes précis communiquent entre eux et travaillent en collaboration pour améliorer les soins grâce à des services intégrés.

INDICATEUR : DURÉE DU SÉJOUR AUX URGENCES AU 90^E PERCENTILE POUR LES CLIENTS ADMIS

À propos de cet indicateur : Cet indicateur signale la durée du séjour (en heures) au SU au 90e percentile pour les patients qui sont admis plus tard à l'hôpital. La durée du séjour au SU au 90e percentile est le temps qui divise les 10 % des patients qui restent dans les services des urgences le plus longtemps des 90 % des patients qui utilisent les services des urgences. En d'autres mots, 10 % des patients restent au SU plus longtemps que la durée du séjour au SU au 90e percentile. La durée du séjour des patients admis au 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 le SU. Pour cet indicateur, quitter signifie être admis dans un lit d'hôpital.

Comprendre cet indicateur : La mesure de la longueur des séjours des patients au SU fournit non seulement des renseignements sur les soins qui sont prodigués dans ces hôpitaux, mais également sur le fonctionnement des différentes parties du système de santé. Cet indicateur comprend uniquement

des données pour les 10 % approximatifs des patients aux urgences qui ont besoin d'être admis à l'hôpital pour y subir d'autres traitements⁶. Certains de ces patients peuvent passer beaucoup de temps dans le SU parce qu'on manque de lits réservés aux patients hospitalisés. Le manque de lits disponibles pour les patients hospitalisés est souvent le résultat d'autres facteurs qui ont une incidence sur le système de santé, comme des patients incapables de quitter l'hôpital pour recevoir des soins dans d'autres établissements⁴.

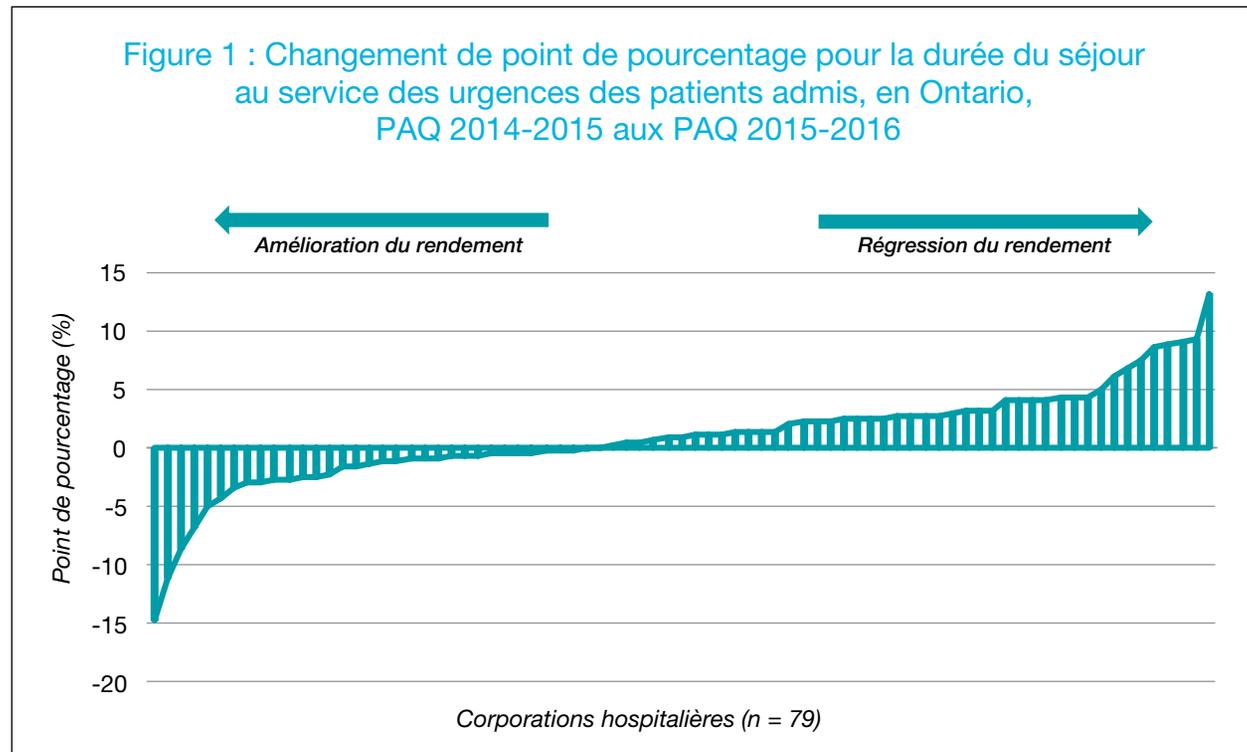
Analyser cet indicateur :

Progrès réalisés

Lors de l'analyse des PAQ 2015-2016, 14 % (11/79) ont atteint ou dépassé la cible établie dans leur PAQ 2014-2015, ce qui se reflète dans leurs rapports d'étape. Quarante-deux pour cent (33/79) ont amélioré leur rendement, mais n'avaient pas nécessairement atteint leurs cibles.

La figure 1 fournit le point de départ du changement absolu en pourcentage dans le rendement des hôpitaux sur la durée du séjour des patients admis aux urgences (comme indiqué dans leurs rapports d'étape du PAQ 2015-2016) et tient compte du changement du rendement du PAQ 2014-2015 au PAQ 2015-2016. Les barres de gauche (sous zéro) indiquent les hôpitaux qui ont réduit la durée du séjour aux urgences (n = 33), et les barres de droite (au-dessus de zéro) indiquent les hôpitaux où la durée du séjour aux urgences a augmenté (n = 46). Reconnaisant que les petits changements dans une direction ou une

autre ne sont pas concluants, le graphique montre généralement que ceux qui ont réussi à s'améliorer sont moins nombreux que ceux dont les résultats ont régressé. Malgré les cinq années pendant lesquelles la durée du séjour a été un indicateur prioritaire du PAQ, cet intérêt ne semble pas avoir l'effet escompté sur l'ensemble des hôpitaux de la province. Les hôpitaux sont invités à continuer à communiquer avec les autres secteurs, tout particulièrement ceux qui élaborent également des PAQ, afin de travailler en collaboration pour réduire le nombre de visites évitables au SU.



Remarques

PAQ 2014-2015 et PAQ 2015-2016 représentent l'année de la soumission du PAQ (à QSSO).

Le changement de point de pourcentage est calculé en se fondant sur les données provenant du SNISA de l'ICIS pour les PAQ 2014-2015 (T4 de l'exercice 2013-2014 au T3 de l'exercice 2014-2015) et PAQ 2015-2016 (T4 de l'exercice 2014-2015 au T3 de l'exercice 2015-2016).

Les données représentent 79 corporations hospitalières de l'Ontario qui ont choisi cet indicateur dans leur PAQ des deux années (c.-à-d. PAQ 2014-2015 et PAQ 2015-2016). L'analyse excluait la « collecte de base des données » et a supprimé des données.

Sources

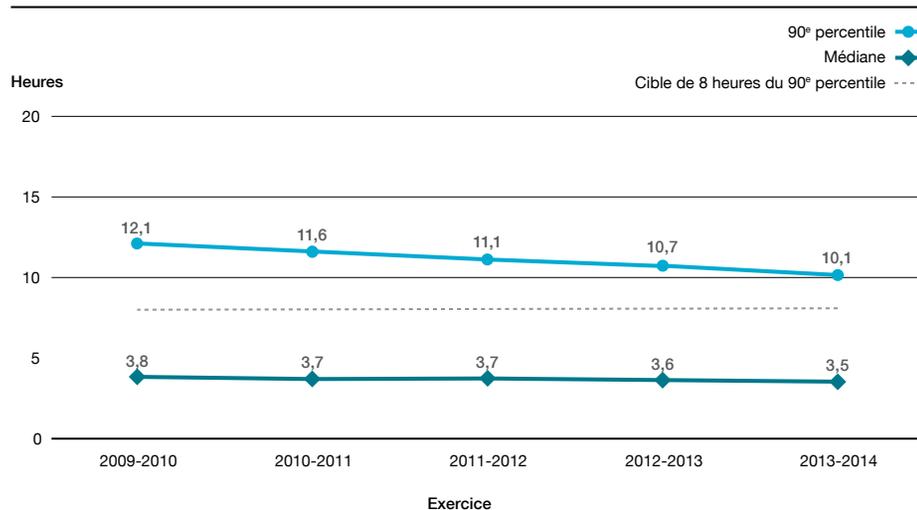
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), plans d'amélioration de la qualité (PAQ), Qualité des services de santé Ontario

Rendement actuel

- Plage, petits hôpitaux communautaires : 1,35 à 54,28 heures était le temps maximal que neuf patients sur dix ont passé au service des urgences avant d'être transférés à un lit d'hôpital.
- Plage, grands hôpitaux communautaires : 4,30 à 63,15 heures
- Plage, hôpitaux d'enseignement : 12,88 à 32,85 heures

Parmi les hôpitaux qui ont choisi d'inclure la durée du séjour aux urgences dans leur PAQ, il existe une grande variabilité dans les temps d'attente pour l'ensemble des types d'hôpitaux. En outre, la plage de rendement parmi tous les hôpitaux dans chaque RLIS montre certaines différences géographiques importantes. La variabilité du rendement actuel est la plus marquée dans les RLIS du Nord-Est, du Nord-Ouest et de Champlain, et l'est moins au sein du RLIS de Mississauga Halton (voir l'annexe, tableau 1).

FIGURE 2 : Temps maximal passé par 9 patients sur 10 (90^e percentile) et 5 patients sur 10 (médiane) au service des urgences pour des états pathologiques de gravité élevée, en Ontario, 2009-2010 à 2013-2014



Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, fourni par Action Cancer Ontario.

Le rapport *À la hauteur*, dont la portée dépasse les PAQ seuls, laisse entendre que, bien que la durée du séjour des patients admis au service des urgences se soit améliorée depuis l'exercice 2009-2010, les données les plus récentes indiquent que plus de travail doit être fait pour atteindre la cible provinciale de 8 heures pour le 90^e percentile (figure 2)⁴.

Établissement des cibles de 2015-2016

Les 80 hôpitaux qui ont inscrit la durée du séjour aux urgences dans leur PAQ 2015-2016, en utilisant la définition originale de cet indicateur ont établi les types suivants de cibles :

- Plage de cibles choisies : 3 à 39 heures
- 86 % (69/80) ont établi des cibles d'amélioration
- 3 % (2/80) ont établi des cibles de maintien du rendement actuel
- 11 % (9/80) ont établi des cibles régressives; trois d'entre eux (33 %) ont fourni une justification, comme la fermeture de lits d'hôpitaux.

Les hôpitaux qui n'ont pas inclus la durée du séjour aux urgences dans leur PAQ ont fourni les justifications suivantes : ils ont constamment un rendement correspondant à la cible ou inférieur à celle-ci, ou n'ont pas de SU.

Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

Voici quelques exemples d'idées novatrices que les hôpitaux ont mises en œuvre afin de réduire leur durée du séjour aux urgences, comme l'indiquent leurs rapports d'étape.

- Prévenir les consultations inutiles aux urgences.
 - o Le Centre régional de santé de North Bay a un programme de réacheminement principalement destiné aux patients âgés qui se présentent au service des urgences, mais qui n'ont pas besoin d'être admis à l'hôpital. Ce programme de réacheminement s'inscrit dans la façon dont l'hôpital utilise le programme d'aide prioritaire pour le transfert au domicile PATH (Priority Assistance to Transition Home), un partenariat régional visant à fournir des soins transitoires aux personnes âgées.
 - o Le programme de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Hôpital de Sault Ste. Marie fournit des ressources ciblées et du soutien aux patients qui ont quatre consultations ou plus aux SU liées à la santé mentale, afin de réduire le besoin de futures consultations aux urgences.
- Doter en personnel supplémentaire pour les temps d'attente à l'admission au SU atteignant un sommet.
 - o L'Hôpital General and Marine de Collingwood a un infirmier disponible six heures par jour pour aider les services des urgences avec les admissions et les congés. En outre, l'hôpital a recours à une équipe de transition au SU afin de fournir une intervention précoce pour les patients nécessitant une admission et de commencer la planification de la mise en congé dès que possible.
- Créer des unités de court séjour.
 - o L'Hôpital régional de Windsor a créé une unité médicale de court séjour, une unité de 16 lits pour les patients sans médecin de famille dont le séjour à l'hôpital sera inférieur à 72 heures. Cette démarche permet aux patients de transférer du SU à l'unité de court séjour en 90 minutes (à partir du moment où le patient est admis jusqu'à celui où il est transféré à l'unité). Par conséquent, l'hôpital a observé une diminution de la durée du séjour des patients admis au SU, une diminution du nombre de patients admis qui attendent dans le SU pour un lit pour patients hospitalisés et l'amélioration de la satisfaction des patients.
- Utiliser une démarche à l'échelle de l'hôpital en vue d'améliorer le flux des patients : Plusieurs hôpitaux décrivent la façon dont ils s'attaquent à cet indicateur plus largement, plutôt qu'en le considérant comme un projet d'amélioration du SU.
 - o L'Hôpital général de Hawkesbury utilise un coordonnateur du flux des patients pour mettre l'accent sur le patient et la totalité de l'épisode de soins en facilitant la circulation dans l'ensemble de l'hôpital. L'hôpital signale que l'introduction de ce poste a eu une incidence sur le flux des patients du SU aux unités, ce qui contribue à réduire les temps d'attente au SU.
 - o L'Hôpital Joseph Brant a révisé sa politique de gestion des lits et mis en œuvre une stratégie « prendre un patient » dans ses opérations de routine. La stratégie « prendre un patient » touche chaque programme de l'hôpital qui admet un patient avant 10 h, chaque jour. Ce changement a non seulement eu une incidence positive sur le flux des patients, mais il a aussi créé une culture de la responsabilité commune pour les patients admis à partir du SU.

★ **Pleins feux : Voici un exemple d'organisme qui décrit des essais de changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.**

Alliance Chatham-Kent pour la santé

Soumis à des ressources limitées et à des pénuries d'urgentologues, l'Alliance Chatham-Kent pour la santé a été mise au défi d'essayer de maintenir ses initiatives au SU en vertu du Programme de financement axé sur les résultats (FAR). Pour réduire au minimum les répercussions des pénuries de médecins, l'hôpital a mis en œuvre un modèle collaboratif de prestation des soins qui inclut les infirmières et infirmiers praticiens, les assistants et les médecins. Tous les fournisseurs évoluent dans trois zones de soins actifs (affections graves, modérées et mineures). De plus, l'hôpital a mis en œuvre l'outil de rapports quotidiens sur l'accès (DART), qui fournit des renseignements en temps réel sur les temps d'attente, ce qui permet à l'hôpital de surveiller ses données sur le rendement quotidiennement. Grâce au nouveau modèle de soins, l'hôpital a réduit la durée des séjours des patients admis au SU, la faisant passer de 17,3 heures à 10,6 heures, et s'est hissé parmi les dix meilleurs hôpitaux participant au programme FAR. L'hôpital prévoit réduire davantage les temps d'attente au SU en ouvrant un poste d'infirmière ou d'infirmier praticien autorisé qui occupera de multiples fonctions dans le SU; le ou la titulaire du poste exercera des fonctions connexes comme des prises de sang et des électrocardiogrammes et collaborera au bilan comparatif des médicaments.

Conversations intersectorielles : Afin de favoriser l'intégration du système, nous fournissons les exemples de haut niveau suivants afin d'illustrer la manière dont les organismes travaillent ensemble d'un secteur à l'autre en vue d'améliorer la qualité.

- L'Hôpital Markham Stouffville travaille à la création d'une équipe multidisciplinaire qui comprend des représentants de cabinets de médecine familiale et du CASC du Centre. Cette équipe examinera un échantillon de patients qui sont admis à l'hôpital pour déterminer s'il existe d'autres

types de soins ou de soutien qui auraient permis d'éviter une admission, et l'hôpital et le CASC travailleront de concert pour mettre en œuvre les recommandations découlant de l'examen.

- Une autre stratégie intersectorielle pour réduire le besoin de soins d'urgence en milieu hospitalier consiste à relier les utilisateurs fréquents des SU avec des fournisseurs de soins primaires. À l'Hôpital de Sault Ste. Marie, un examen des données sur les visites au SU effectué à l'échelle des patients a démontré qu'une portion importante des patients faisant partie du groupe ayant des besoins élevés n'avait pas de fournisseur de soins primaires. En travaillant en collaboration avec l'équipe Santé familiale du lac Supérieur, le coordonnateur responsable de l'évitement de l'admission et les services de soutien décisionnel de l'hôpital ont cerné 30 patients qui ont été confiés à l'un des médecins de l'équipe. En outre, ces données ont permis au coordonnateur de l'évitement de l'admission de définir les utilisateurs ayant des besoins importants dans les SU et les services offerts aux patients hospitalisés et, en collaboration avec le fournisseur de soins primaires et d'autres membres du personnel de l'hôpital, de créer des plans de soins complexes individualisés qui sont accessibles par voie électronique.

Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

Travailler en collaboration avec d'autres secteurs afin de réacheminer les visites potentiellement évitables au service des urgences est une solution à plus long terme qui nécessite un effort soutenu sur plusieurs années. Plusieurs hôpitaux ont décrit des plans afin d'entreprendre ou de faire progresser des collaborations avec les services de soins primaires dans leurs secteurs pour améliorer l'accès des patients aux soins.

- L'Hôpital du district de Geraldton a signé des lettres d'entente avec le Centre de santé Aroland afin d'aiguiller les patients dont les problèmes sont non urgents à la Clinique médicale de Nakina pour obtenir des soins. L'Hôpital bâtit également une relation avec le Geraldton Medical Group et l'équipe

Santé familiale de Greenstone afin d'aiguiller les patients dont les problèmes sont non urgents vers leurs services. On prévoit que la couverture accrue des soins primaires permettra d'améliorer l'accès des patients aux soins le jour même et de réduire le besoin d'avoir recours au SU.

- Les soins de suivi sont souvent difficiles pour les patients présentant des problèmes de santé mentale. Cette année, les hôpitaux comme le Centre de santé régionale Arnprior mettront l'accent sur l'amélioration de l'accès aux services de soins primaires pour les patients qui ont reçu des soins de santé mentale au SU. Grâce à des partenariats avec d'autres fournisseurs de soins primaires, l'hôpital prévoit améliorer les aiguillages vers des services appropriés et s'assurer que chaque « porte sera la bonne » pour que ces patients accèdent aux soins dont ils ont besoin.

INDICATEUR : RÉDUCTION DU POURCENTAGE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DE PATIENTS NÉCESSITANT D'AUTRES NIVEAUX DE SOINS

À propos de cet indicateur : Cet indicateur mesure le pourcentage de jours d'hospitalisation d'un patient requérant d'autres niveaux de soins (ANS), soit les patients qui n'ont plus besoin de soins actifs dans un hôpital, mais qui continuent d'occuper un lit pendant qu'ils attendent d'obtenir leur congé ou d'être transférés à un autre établissement de soins.

Comprendre cet indicateur : Les patients ne sont pas bien servis lorsqu'ils sont retenus à l'hôpital plus longtemps que nécessaire. Les jours de soins désignés comme ANS ont une incidence sur le système de soins de santé dans son ensemble parce qu'ils exercent une pression sur les ressources

des hôpitaux et qu'ils contribuent à la congestion aux points de transition à l'intérieur comme à l'extérieur des murs de l'hôpital. Signalons parmi les autres problèmes que, quand les lits de soins actifs sont occupés par des patients en attente d'ANS, ces hôpitaux perdent la capacité nécessaire offrir des soins aux patients gravement malades, en particulier ceux admis par le SU. Toutefois, il est reconnu que les hôpitaux à eux seuls ne peuvent améliorer cet indicateur et qu'ils ont besoin de la participation de la collectivité afin d'élaborer des solutions qui apporteront une amélioration.

Un accent sur la création d'un système de santé intégré de qualité élevé est essentiel pour s'assurer que les bons soins sont offerts au bon endroit.

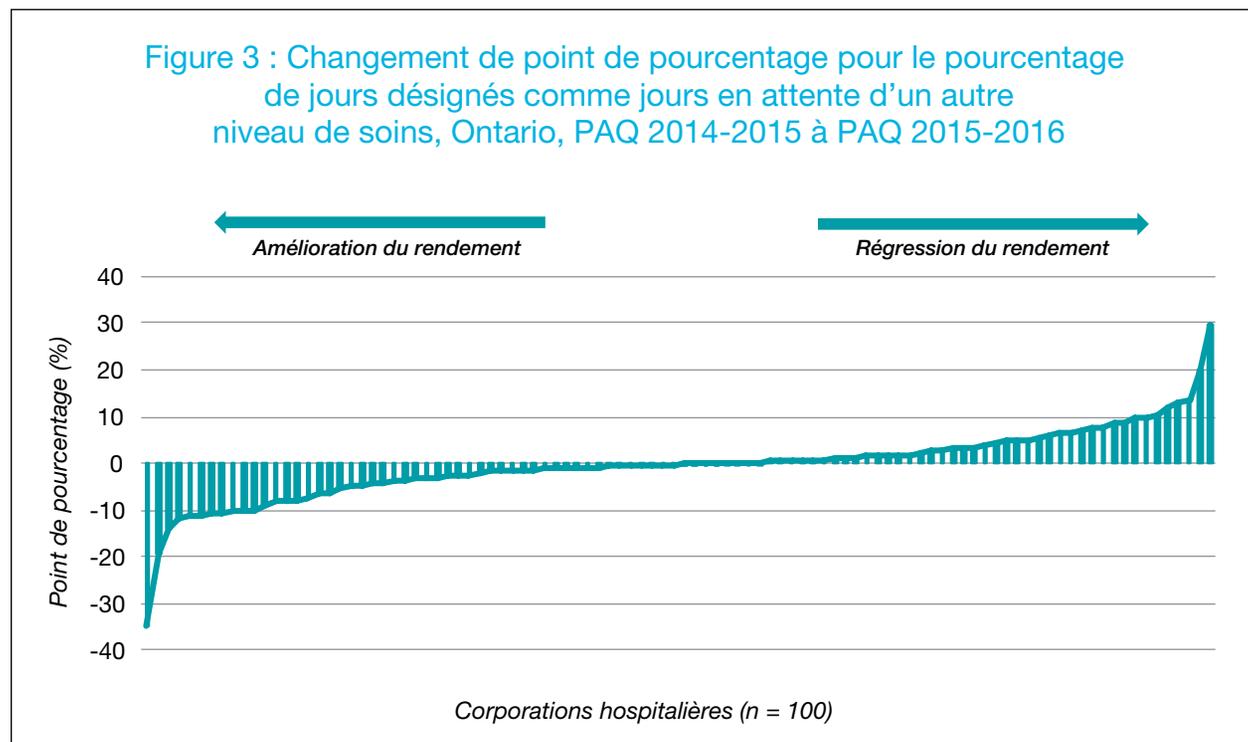
Analyser cet indicateur : L'indicateur ANS est difficile à faire progresser, car les changements exigent de multiples partenaires; en outre, le décalage de données est un défi continu dans l'évaluation des progrès réalisés. Par conséquent, les cibles de cet indicateur ont tendance à être modestes. Dans ces circonstances, les hôpitaux peuvent tirer profit de l'établissement de stratégies pluriannuelles afin de s'attaquer à l'indicateur ANS.

Progrès réalisés

Lors de l'analyse des PAQ 2015-2016, 28 % (28/100) ont atteint ou dépassé l'objectif établi dans leur PAQ 2014-2015, ce qui se reflète dans leurs rapports d'étape. Cinquante-quatre pour cent (54/100) ont amélioré leur rendement, mais n'avaient pas nécessairement atteint leurs cibles.

La figure 3 fournit le point de départ du changement absolu en pourcentage dans le rendement des hôpitaux sur les journées d'hospitalisation de patients nécessitant un ANS dans chaque hôpital (comme indiqué dans leurs rapports d'étape de PAQ 2015-2016) et tient compte des changements du rendement du PAQ 2014-2015 au PAQ 2015-2016. Les barres de gauche (sous zéro) indiquent les hôpitaux qui ont réduit le pourcentage de jours d'hospitalisation de patients nécessitant un ANS (n = 54), et les barres de droite (au-dessus de zéro) indiquent les hôpitaux où le pourcentage de jours d'hospitalisation de patients nécessitant un ANS a augmenté (n = 46). Reconnaisant que les petits

changements dans une direction ou une autre ne sont pas concluants, le graphique indique généralement qu'il y a un peu plus d'hôpitaux qui ont tendance à voir leurs résultats s'améliorer que s'aggraver. Malgré l'accent mis sur les journées ANS à titre d'indicateur prioritaire du PAQ, cela ne semble pas avoir eu la réduction souhaitée sur le pourcentage de jours ANS au sein de tous les hôpitaux. QSSO s'engage à poursuivre l'examen des données afin de comprendre comment, au sein d'un système, nous pouvons faire progresser ce paramètre. Simultanément, les hôpitaux sont invités à poursuivre le renforcement de la coordination des soins avec d'autres fournisseurs de soins de santé.



Remarques

PAQ 2014-2015 et PAQ 2015-2016 représentent l'année de la soumission du PAQ (à QSSO).

Le changement de point de pourcentage est calculé en se fondant sur les données provenant du SNISA de l'ICIS pour les PAQ 2014-2015 (T3 de l'exercice 2013-2014 au T2 de l'exercice 2014-2015) et PAQ 2015-2016 (T3 de l'exercice 2014-2015 au T2 de l'exercice 2015-2016).

Ces données représentent 100 corporations hospitalières de l'Ontario qui ont choisi cet indicateur au cours des deux années du PAQ (c.-à-d. PAQ 2014-2015 et PAQ 2015-2016). L'analyse excluait la « collecte de base des données » et a supprimé des données.

Sources

Base de données sur les congés des patients (BDGP), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Plans d'amélioration de la qualité (PAQ), Qualité des services de santé Ontario

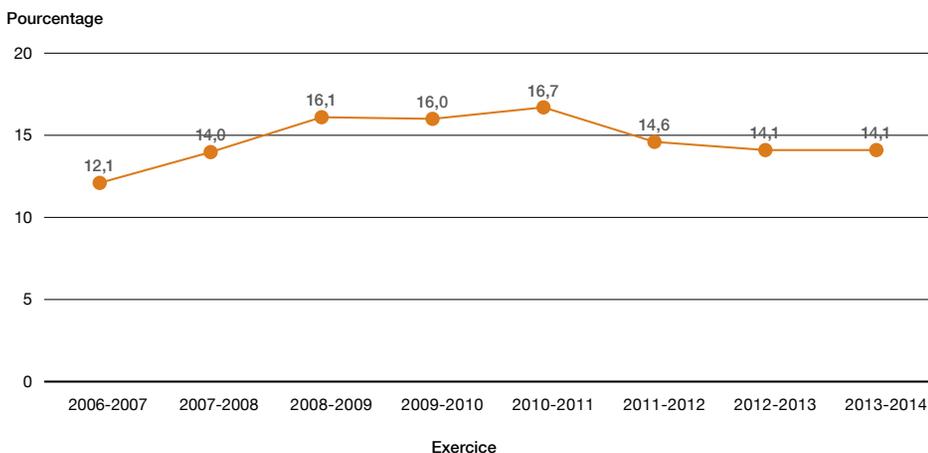
Rendement actuel

- Moyenne provinciale : 13,95 % des jours que les patients passent à attendre un congé ou d'être transférés à un autre établissement de soins.
- Plage, petits hôpitaux communautaires : 5,73 % à 51,48 %
- Plage, grands hôpitaux communautaires : 3,23 % à 37,99 %
- Plage, hôpitaux d'enseignement : 0,51 % à 19,51 %

Parmi les hôpitaux qui ont décidé de travailler à la réduction du pourcentage de jours d'hospitalisation d'un patient requérant d'ANS, il existe une grande variabilité dans les temps d'attente pour tous les types d'hôpitaux. La variabilité de cet indicateur est plus élevée dans le RLISS de Champlain et plus basse au sein du RLISS de Mississauga Halton (voir l'annexe, tableau 2).

Les données relatives au rendement du système de santé, dont la portée dépasse les PAQ seuls, laissent entendre que le pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés comme ANS a été amélioré, mais il est toujours plus élevé qu'en 2006-2007 (figure 4)⁴.

FIGURE 4 :
Pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés comme une attente d'un autre niveau de soins, en Ontario, 2006-2007 à 2013-2014



Source des données : Base de données sur les congés des patients, fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
*La différence dans le taux de l'Ontario en 2013-2014 des figures 3.8 3.9 et 3.10 est attribuable aux différentes méthodes utilisées par les fournisseurs de données pour calculer ce taux. Consultez l'annexe technique sur le site Web de QSSO pour obtenir plus de détails.

Établissement des cibles de 2015-2016

Les 64 % (93/146) des hôpitaux qui ont inscrit cet indicateur d'ANS dans leur PAQ 2015-2016 en utilisant la définition originale de cet indicateur ont établi les types suivants de cibles :

- Plage de cibles choisies : 0 % à 42,76 %
- 72 % (67/93) ont établi des cibles d'amélioration
- 6 % (6/93) ont établi des cibles de maintien du rendement actuel
- 22 % (20/93) ont établi des cibles régressives; cinq de ces 20 (25 %) ont fourni comme justification que la fermeture de lits pour soins continus complexes ou de longue durée entraînerait une augmentation du nombre de jours de soins désignés comme ANS. Puisque le PAQ est un plan d'amélioration, les hôpitaux devraient envisager d'établir un objectif ambitieux ou de fournir une justification plus poussée sur les raisons pour lesquelles ils s'attendent à ce que leur rendement s'aggrave.

Les hôpitaux qui n'ont pas inclus cet indicateur ont fourni les justifications suivantes : ils avaient déjà un faible nombre de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'ANS et, par conséquent, une grande variabilité dans leurs données, ou ils ne sont pas un hôpital de soins actifs, alors ils utilisent une autre mesure des jours en attente d'ANS.

Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

Voici quelques exemples d'idées novatrices que les hôpitaux ont mis en œuvre afin de réduire leur pourcentage de journées d'hospitalisation en attente d'ANS, comme l'indiquent leurs rapports d'étape.

- Suivre les pratiques exemplaires pour les cheminements des soins de réadaptation, particulièrement pour les arthroplasties de la hanche et du genou, les fractures de la hanche et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).
 - o Le Rouge Valley Health System a réorganisé la prestation des soins tout au long du cheminement des patients, une pratique exemplaire énoncée dans les manuels de procédures fondées sur la qualité. Dans

le cadre de ce changement de processus, l'hôpital a mis en œuvre une nouvelle carte des lits qui a créé des unités intégrées visant à réduire le nombre de transferts de patients. Dans le but de mesurer ce changement de processus, l'hôpital s'est concentré au « temps de traitement des ANS », qui mesure le nombre de patients qui ne sont pas dans le meilleur lit et reflète la capacité de l'hôpital à transférer le patient dans le meilleur lit en temps opportun. Les résultats préliminaires montrent une diminution sur un an du nombre de patients dans des lits de réadaptation internes qui ont été désignés comme ANS et une augmentation générale de 5 % du pourcentage de patients ayant subi des interventions médicales qui ont obtenu leur congé. Le Rouge Valley Health System a également observé une diminution globale du taux d'ANS en 2014-2015, qui est passé de 16,25 % à 4,38 % à l'établissement d'Ajax et Pickering et de 11,17 % à 3,4 % à l'établissement Centenary.

- Utiliser des modèles de prédiction pour estimer le moment de la mise en congé, améliorer le moment de la prise de décisions et mettre des services en place pour réduire le risque de déclin fonctionnel qui peut mener au fait qu'un patient soit désigné comme étant en attente d'un ANS.
 - o Le Centre régional de santé Royal Victoria a mis en œuvre un outil de dépistage des risques au triage dans son SU. L'outil de dépistage des risques au triage cerne la déficience fonctionnelle de référence chez les patients âgés du SU et prédit le déclin fonctionnel subséquent après une première visite au SU. Cela a aidé l'hôpital à organiser le déploiement précoce des services de soutien supplémentaires par l'intermédiaire du CASC. Le pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'ANS a diminué, passant de 23,19 % à 15,34 %.
 - o Horizon Santé-Nord a révélé que 50 % de ses patients admis passaient les 48 premières heures dans le SU avant d'être transférés à l'unité. Afin d'éviter les retards pour évaluer le risque que les patients subissent un déclin fonctionnel, cette évaluation a été intégrée au service des urgences afin qu'elle puisse être effectuée dans les 48 premières heures. L'hôpital a découvert que cette stratégie a entraîné une diminution du déclin fonctionnel dans la population cible.
- o Les hôpitaux de soins continus complexes et de réadaptation utilisent des interventions d'évaluation et de rétablissement – des traitements à court terme qui s'attaquent à la perte de fonction qui peut se produire quand les patients attendent dans un lit d'hôpital qui empêchent ou retardent leur retour à domicile. Par exemple, l'hôpital Sensenbrenner fournit des activités de séances d'exercice en groupe pour tous les patients afin de promouvoir la mobilité et de conserver leur force, pour qu'ils puissent retourner dans la collectivité. En 2014-2015, l'hôpital a augmenté la capacité du programme d'exercices dans les unités de soins continus et de soins actifs pour répondre aux besoins de leurs patients.
- Optimiser la capacité de l'hôpital et le flux des patients. Cela nécessite d'appliquer les pratiques exemplaires en matière d'évitement d'admission, de planification des congés et d'élimination des obstacles au congé.
 - o L'Hôpital Memorial du district de Winchester a mis l'accent sur le flux des patients afin de réduire le nombre de jours en attente d'ANS grâce à l'utilisation des coordonnateurs de flux. Le coordonnateur de flux et le chef d'équipe contrôlent les patients potentiels et désignés en attente d'ANS chaque jour pour éliminer les obstacles à leur congé. Un coordonnateur de flux a également été embauché au SU pour aider à assurer le congé sécuritaire des patients qui ne nécessitent pas une admission aux soins actifs. En 2014-2015, l'Hôpital a réussi à réduire son pourcentage de journées d'hospitalisation en attente d'ANS en le faisant passer de 7,17 à 3,23.
 - o La plupart des hôpitaux utilisent des réunions flash pour améliorer la communication quotidienne de l'équipe afin de maximiser le flux des patients et la coordination des soins, tout particulièrement pour les congés de patients ayant des besoins complexes. L'hôpital Bluewater Health, par exemple, a déclaré que la clarté de la fonction et la rétroaction aux patients sont des facteurs importants pour assurer la réussite de ses réunions flash interprofessionnelles.

- o « *Un dévouement constant à l'égard de la planification des congés constitue un catalyseur clé de la réussite dans la réduction des taux d'ANS* », a indiqué le Centre de santé Runnymede dans son rapport d'étape. Un grand nombre d'hôpitaux ont fait équipe avec les planificateurs de mise en congé du CASC afin d'offrir une transition harmonieuse aux patients qui passent de l'hôpital à la collectivité.
 - Adapter les ressources des petits hôpitaux ruraux, où les patients en attente d'un ANS peuvent occuper une capacité importante de lits. Ces hôpitaux ont adapté leurs ressources afin de répondre aux besoins de la population, par les services de réadaptation, de traitement du comportement, de soins palliatifs et, parfois, de rétablissement disponibles à l'hôpital.
 - o L'Hôpital d'Englehart et du district, situé dans le RLISS du Nord-Est, est l'un de ces petits organismes ruraux. Il a inscrit 14 de ses lits de soins continus complexes (plus de 50 %) comme des lits de soins désignés comme ANS. Ce processus fonctionne bien, étant donné que le manque de ressources communautaires signifie que les besoins de certains patients locaux ne seraient autrement pas satisfaits.
 - o Également dans le RLISS du Nord-Est, l'Hôpital de Mattawa soutient les patients des lits d'hospitalisation de patients en attente d'ANS du Centre régional de santé de North Bay lorsque son propre recensement est faible afin d'optimiser l'utilisation des lits de soins actifs de North Bay.
 - Les hôpitaux et les CASC mènent des examens réguliers des ANS afin d'établir des plans d'action, de s'attaquer aux obstacles aux congés et de faciliter des options supplémentaires pour les patients qui ont obtenu leur congé ou qui sont transférés.
 - o Selon la philosophie Chez soi avant tout, le Centre régional de santé Royal Victoria et le CASC de Simcoe Nord Muskoka ont collaboré à refondre leurs processus liés au transfert des patients vers leur fournisseur de soins communautaire après un séjour à l'hôpital. Les changements comprennent une structure de gouvernance mixte et ont donné lieu à plusieurs résultats positifs : meilleure communication entre les fournisseurs de soins, les patients et les familles; nouvelle politique de congé qui comprend un processus d'escalade pour atteindre la partie prioritaire de la liste d'attente pour les patients des hôpitaux aiguillés vers un foyer de soins de longue durée; l'éducation complète pour le personnel de l'hôpital et les médecins; et paramètres communs pour surveiller l'efficacité.
 - Les maillons santé continuent de prendre de l'expansion dans l'ensemble du continuum de soins pour améliorer la coordination des soins pour les patients atteints de troubles médicaux complexes.
- Conversations intersectorielles :** Les hôpitaux continuent de collaborer avec les CASC et les RLISS dans la mise en œuvre des stratégies visant à fournir plus de soutien communautaire spécialisé, comme les soins palliatifs, les soins de santé mentale et les services adaptés aux personnes âgées.
- Les hôpitaux du RLISS du Nord-Est ont adopté un programme d'aide prioritaire pour le transfert au domicile (appelé programme PATH pour Priority Assistance to Transition Home) pour aider les personnes âgées à retourner à leur domicile après un séjour à l'hôpital en toute sécurité, dans une atmosphère d'harmonie et de confort. Afin de combler l'écart entre les soins de l'hôpital et le début des soins à domicile, des préposés aux services de soutien offerts par le CASC aident les patients à retourner à leur domicile en cueillant l'épicerie, les ordonnances ou le matériel médical et les fournitures. Ils peuvent également offrir des repas légers et l'entretien ménager, et relier les personnes âgées aux services communautaires.

Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

L'idée de changement la plus couramment mentionnée pour 2015-2016 afin de réduire les journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'ANS reconnaît la nécessité pour le système de travailler en collaboration : un grand nombre d'hôpitaux ont indiqué souhaiter renforcer davantage la coordination des soins avec les autres fournisseurs, en particulier pour améliorer l'accès des patients aux soins de longue durée et au soutien à domicile offert dans la collectivité. Un grand nombre d'hôpitaux concentrent ces efforts sur leurs patients âgés ayant des problèmes de santé complexes.

Une autre stratégie fréquemment mentionnée était l'attention continue accordée aux soins de rétablissement afin de réduire le déconditionnement contracté en milieu hospitalier. Quelques hôpitaux mettent sur pied des types de lits de rechange pour aider à régler ce problème.

Quelques hôpitaux ont mentionné souhaiter mettre en œuvre des systèmes de suivi du flux des patients pour améliorer le mouvement des patients tout au long du continuum de soins. Par exemple, les Services de santé Royal Ottawa ont commencé à utiliser un système d'utilisation du niveau de soins LOCUS (Level of Care Utilization System), avec une mise en œuvre à l'échelle de l'organisme prévue pour l'exercice 2015-2016. Ce système évalue les besoins des patients en se fondant sur leur niveau de fonctionnement plutôt que sur un diagnostic et le risque psychiatrique uniquement. Il fournit des renseignements précieux sur le niveau de soins utilisé et la variation des taux d'ANS dans l'ensemble de l'organisme.

De même, le William Osler Health System poursuit la mise en œuvre de son système de gestion de l'utilisation dans les unités médicales/chirurgicales afin de déterminer plus facilement les obstacles à la mise en congé (y compris les obstacles dans la collectivité) pour les patients en attente d'un ANS et ceux qui ne le sont pas, et pour encourager la mise en congé des patients prêts à quitter l'hôpital selon des critères déterminés au préalable. Le système de gestion de l'utilisation évalue en outre le niveau des exigences de soins pour chaque patient afin de veiller à ce que chacun reçoive les bons soins au bon moment et au bon endroit.

INDICATEUR : RÉDUIRE LE NOMBRE DE RÉADMISSIONS DANS LES 30 JOURS SUIVANT LA DATE DE CONGÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT

À propos de cet indicateur : Cet indicateur mesure le pourcentage de patients hospitalisés aux soins actifs pour certaines affections (certains groupes de maladies analogues) qui sont réadmis dans un hôpital de soins actifs pour des soins non facultatifs dans les 30 jours suivant le congé de la première hospitalisation.

Comprendre cet indicateur : Cet indicateur est conçu pour insister sur l'importance des transitions appropriées vers le prochain niveau de soins. Parfois, les patients ayant reçu leur congé quittent l'hôpital incertains quant à la façon de prendre soins d'eux-mêmes à la maison et incapables de suivre les directives et d'obtenir les soins de suivi nécessaires. Les réadmissions évitables constituent également une utilisation inefficace des ressources des hôpitaux. Bien qu'il soit difficile d'estimer le nombre de réadmissions qui auraient pu être évitées, les hôpitaux peuvent réduire leurs taux de réadmissions en cernant les patients susceptibles de retourner à l'hôpital dans un court délai et en améliorant les processus de congé pour ceux-ci. Cet indicateur a aussi des liens importants en matière de suivi avec les soins primaires après le congé et l'accès en temps opportun aux services de soins à domicile au besoin.

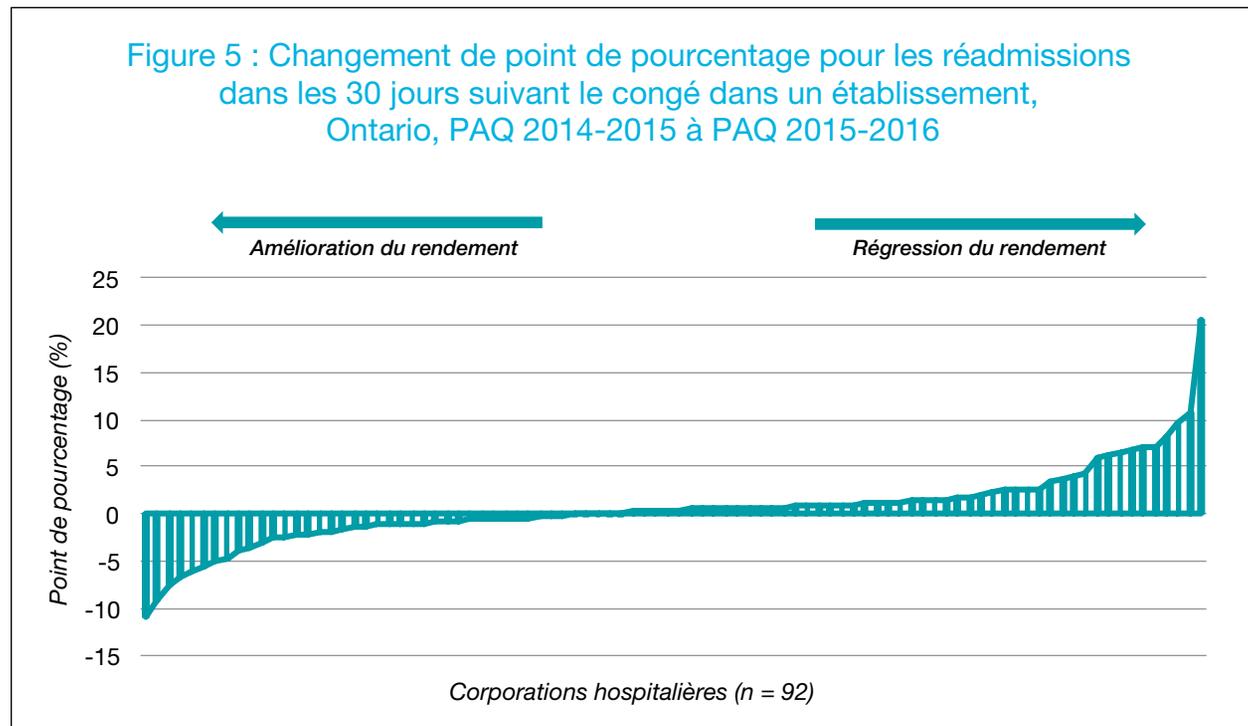
Analyser cet indicateur : Le décalage des données est un défi permanent afin d'évaluer les progrès réalisés à l'égard de cet indicateur, et les hôpitaux ne disposent que d'un trimestre pour effectuer des changements pour ce paramètre. Il s'agit d'un autre secteur où une stratégie pluriannuelle pourrait être la meilleure démarche pour faire progresser cet indicateur.

Progrès réalisés

Lors de l'analyse des PAQ 2015-2016, 25 % (23/92) ont atteint ou dépassé l'objectif établi dans leur PAQ 2014-2015, ce qui se reflète dans leurs rapports d'étape. Quarante-et-un pour cent (38/92) ont amélioré leur rendement, mais n'avaient pas nécessairement atteint leurs cibles.

La figure 5 présente le point de départ du changement absolu en pourcentage dans le rendement des hôpitaux sur les réadmissions dans les 30 jours pour des groupes sélectionnés de maladies analogues (comme indiqué dans leurs rapports d'étape de PAQ 2015-2016) et tient compte des changements du rendement du PAQ 2014-2015 au PAQ 2015-2016. Les barres de gauche indiquent les hôpitaux qui ont réduit le pourcentage de réadmissions dans les 30 jours (n = 38), et les barres de droite (au-dessus de zéro) indiquent les hôpitaux où le pourcentage de réadmission dans les 30 jours a augmenté (n = 53). Reconnaisant que les petits changements dans une direction ou une

autre ne sont pas concluants, le graphique indique généralement que la plupart des hôpitaux avaient tendance à afficher une aggravation des résultats plutôt qu'une amélioration. Les réadmissions dans les 30 jours suivant le congé ont été un défi depuis le lancement des indicateurs prioritaires du PAQ. Le taux de réadmission est un paramètre qui exige une démarche multisectorielle répartie sur plusieurs années. Les hôpitaux sont invités à continuer de renforcer le processus de mise en congé et le partage de renseignements avec des organismes d'autres secteurs afin d'assurer une transition harmonieuse au prochain niveau de soins.



Remarques

PAQ 2014-2015 et PAQ 2015-2016 représentent l'année de la soumission du PAQ (à QSSO).

Le changement de point de pourcentage est calculé en se fondant sur les données provenant du SNISA de l'ICIS pour les PAQ 2014-2015 (T4 de l'exercice 2013-2014 au T3 de l'exercice 2014-2015) et PAQ 2015-2016 (T4 de l'exercice 2014-2015 au T3 de l'exercice 2015-2016).

Ces données représentent 92 corporations hospitalières de l'Ontario qui ont choisi cet indicateur au cours des deux années du PAQ (c.-à-d. PAQ 2014-2015 et PAQ 2015-2016). L'analyse excluait la « collecte de base des données » et a supprimé des données.

Sources

Base de données sur les congés des patients (BDPCP), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Plans d'amélioration de la qualité (PAQ), Qualité des services de santé Ontario

Rendement actuel

- Moyenne provinciale : 16,77 % des patients ayant certaines affections ont été réadmis aux soins actifs dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital
- Plage, petits hôpitaux communautaires : 12,21 % à 46,94 %
- Plage, grands hôpitaux communautaires : 12,42 % à 26,1 %
- Plage, hôpitaux d'enseignement : 14,43 % à 19,45 %

La variabilité des réadmissions la plus élevée pour certaines affections est présente dans les RLISS de Champlain et du Nord-Ouest et la plus faible est présente dans les RLISS Mississauga et du Centre-Ouest (voir l'annexe, tableau 3).

Établissement des cibles de 2015-2016

Les 74 hôpitaux qui ont inclus les réadmissions dans les 30 jours dans leur PAQ 2015-2016 en utilisant la définition originale de cet indicateur ont établi les types suivants de cibles :

- Plage de cibles choisies : 0 % à 50 %
- 80 % (59/74) ont établi des cibles d'amélioration
- 8 % (6/74) ont établi des cibles de maintien du rendement actuel
- 12 % (9/74) ont établi des cibles régressives; ces neuf hôpitaux ont utilisé soit la cible de leur entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERSH), soit la moyenne provinciale comme justification d'une cible régressive. Les hôpitaux qui ont atteint la cible de leur ERSH ou la moyenne provinciale pour les réadmissions dans les 30 jours sont encouragés à envisager d'établir un objectif plus ambitieux (s'ils croient qu'ils peuvent continuer à améliorer cet indicateur) ou de faire passer cet indicateur du PAQ au statut d'indicateur qu'ils surveillent.

Les hôpitaux qui n'ont pas inclus cet indicateur ont fourni les justifications suivantes : ils ne sont pas un hôpital de soins actifs, alors l'indicateur ne s'applique pas; l'accès en temps opportun aux données n'était pas disponible; ou leurs volumes de patients sont faibles.

Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

Voici quelques exemples d'idées novatrices que les hôpitaux ont mises en œuvre afin de réduire leurs taux de réadmissions dans les 30 jours suivant le congé, comme l'indiquent leurs rapports d'étape.

- Utiliser des cheminements de soins : Plusieurs hôpitaux ont des plans de soins cliniques (une liste normalisée d'ordonnances pour un diagnostic particulier) qui sont remplis à l'admission pour les patients qui présentent une maladie pulmonaire obstructive chronique ou de l'insuffisance cardiaque congestive, et placent ces patients sur un cheminement clinique de soins approprié. Les cheminements de soins réduisent la variabilité dans la pratique clinique et il a été démontré qu'ils amélioreraient les résultats, ce qui a mené à un nombre réduit de réadmissions⁷.
 - o À l'hôpital communautaire Groves Memorial, les plans de soins cliniques et les cheminements de soins pour les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique ou d'insuffisance cardiaque congestive ont fait l'objet d'une mise à jour afin de tenir compte des lignes directrices pour les procédures fondées sur la qualité, y compris un aiguillage automatique vers une équipe Santé familiale dans une clinique de suivi. L'infirmier itinérant ou l'infirmière itinérante du CASC voit les patients qui ont obtenu leur congé dans les deux semaines afin d'améliorer la continuité des soins, d'assurer une bonne communication et de prévenir les réadmissions.

- Utiliser un outil d'évaluation des clients normalisé afin de détecter le risque de réadmission.
 - o L'Hôpital Memorial de Campbellford utilise l'indice Barthel afin d'évaluer chacun des patients à l'admission et au congé dans le but de déterminer et de consigner une amélioration ou un déclin fonctionnel.
 - o Le Centre de santé Muskoka Algonquin utilise l'indice LACE afin de cerner prospectivement les patients qui pourraient bénéficier de soins après l'obtention du congé, puis optimise les pratiques en matière de congé pour ces patients qui présentent un risque élevé de réadmission.
- Mettre en œuvre des initiatives des hôpitaux amis des aînés afin de prévenir le délire et le déclin fonctionnel contractés en milieu hospitalier.
 - o L'Hôpital Memorial de Campbellford a mis en œuvre un programme de soins de rétablissement multidisciplinaires afin d'offrir des services qui non seulement préviennent le déconditionnement, mais également renforcent les capacités physiques et cognitives des patients, afin qu'ils présentent un risque réduit de réadmission.
- Intégrer le transfert de soins afin d'assurer une transition harmonieuse pour les patients ayant reçu leur congé.
 - o Plusieurs hôpitaux ont défini la communication améliorée avec les médecins de soins primaires comme étant la clé pour réduire le nombre de réadmissions. Parmi les stratégies précises pour les patients qui présentent un risque élevé de réadmission, notons le fait d'avoir un rendez-vous de suivi confirmé par leur fournisseur de soins responsable dans les sept jours suivant l'obtention du congé et d'informer le médecin lorsque son patient a reçu son congé de l'hôpital.
- o Pour les patients ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, une partie du processus de mise en congé des Soins de santé Riverside consiste à les diriger vers les modifications nécessaires des services et du soutien de suivi.
- o L'Hôpital d'Ottawa a fait équipe avec Bruyère pour présenter des intervenants-pivots qui aident les patients qui ont des besoins médicaux complexes à trouver les services de suivi dont ils ont besoin lorsqu'ils passent d'un fournisseur de soins de santé à un autre.
- Renforcer les maillons santé : Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, un grand nombre d'hôpitaux utilisent le programme des maillons santé afin de se concentrer sur les transitions au sein du continuum de soins pour les patients ayant des problèmes de santé complexes.
 - o Les hôpitaux mettent en œuvre des cheminements de soins normalisés axés sur les patients afin d'orienter les soins de l'admission dans les SU au congé et au-delà. Ces cheminements de soins sont axés sur les populations qui utilisent fréquemment les SU et qui affichent des taux élevés de réadmissions.
- Travailler en partenariat avec les CASC afin de prévenir les réadmissions.
 - o Un grand nombre d'hôpitaux ont accès aux équipes d'intervention rapide du CASC afin de soutenir les patients pendant la transition de l'hôpital au domicile. Ces infirmières et infirmiers communiquent avec les patients dans les 24 heures suivant le congé et s'assurent qu'ils ont un rendez-vous avec un médecin ou un infirmier praticien dans les prochains sept jours. Ils travaillent également avec les coordonnateurs de soins du CASC, d'autres professionnels des soins de santé et des organismes communautaires afin d'aider les patients ayant des besoins plus complexes à éviter les visites au SU et les réadmissions inutiles.

- o D'autres améliorations continues des accords de communication et de partage des données afin de coordonner les soins comprennent, par exemple, des résumés de mise en congé produits en temps plus opportun et des déclencheurs afin d'informer le CASC lorsque l'un de ses patients consulte le SU.
- o La collaboration avec le CASC peut également faire en sorte que l'appui du personnel infirmier communautaire est disponible pour les patients après leur congé des soins actifs. Plusieurs hôpitaux qui n'ont pu observer de progrès à l'égard de cet indicateur ont indiqué le manque de services de soutien communautaires comme le facteur clé.
- Prévenir des réadmissions liées à des médicaments : Une proportion élevée d'événements indésirables sont associés aux médicaments¹. Le bilan comparatif des médicaments à la sortie peut aider à réduire ce nombre.
 - o Dans la transition des soins aux patients hospitalisés aux soins aux patients externes, le Centre de soins de santé mentale de Waypoint fournit à chaque patient une carte de conformité indiquant les jours et les heures précises auxquels il doit prendre chacun de ses médicaments.
 - o L'Hôpital général St-Joseph d'Elliot Lake a réussi à mettre en œuvre un programme de bilan comparatif des médicaments qui consiste notamment à informer le pharmacien et l'équipe Santé familiale du patient au moment du congé de l'hôpital.

★ **Pleins feux : Voici un exemple d'organisme qui décrit des essais de changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.**

Rouge Valley Health System

Le Programme CATCH (Care After The Care in Hospital) permet de réduire le nombre de réadmissions au site Centenary du Rouge Valley Health System et au site Ajax et Pickering en entourant les patients ayant des besoins et des situations complexes avec les services de soutien dont ils ont besoin pour assurer une transition sécuritaire à la maison. Au cours de ses huit premiers mois, le programme a servi plus de 400 patients et aucun n'a été réadmis dans un minimum de trois mois après avoir reçu son congé. En revanche, les populations similaires de patients du Rouge Valley Health System qui ne font pas partie du programme présentaient des taux de réadmissions dans les 30, 60 et 90 jours suivant le congé de 15,5 %, 20,6 % et 25,26 %, respectivement.

Le Programme CATCH relie les patients à une équipe interdisciplinaire qui les aide à mieux gérer leur santé à domicile et à accéder aux bons services de soutien dans la collectivité. Un interniste général s'attaque aux problèmes médicaux qui se présentent une fois que le patient a obtenu son congé; un infirmier évalue le patient relativement aux facteurs de risque comme les chutes et les médicaments, les capacités cognitives, la nutrition, l'incontinence et la douleur; un physiothérapeute prescrit un programme de rétablissement personnalisé que les patients exécutent en petits groupes avec l'aide d'un ergo thérapeute ou d'un physiothérapeute⁸.

Conversations intersectorielles

- Un cheminement clinique précisant les lignes directrices locales et les critères de mise en congé peut réduire le risque de réadmission à l'hôpital⁹. Dans le cadre d'un effort concerté afin de renforcer les transitions de soins pour les patients dans la région du RLISS de Waterloo-Wellington, les hôpitaux et le CASC travaillent de concert pour mettre en œuvre des pratiques exemplaires pour plusieurs populations de patients. Grâce à leur réseau de PDG, ces organismes ont élaboré un cadre de responsabilisation du programme clinique intégré et le personnel et les médecins font partie de conseils et de comités cliniques afin de soutenir et de promouvoir la prestation de soins intégrés dans une vaste gamme de domaines cliniques précis, comme les accidents vasculaires cérébraux, la santé mentale et la lutte contre les dépendances.
- Les hôpitaux travaillent de concert avec les pharmaciens locaux pour s'assurer qu'un bilan comparatif des médicaments effectué en milieu communautaire soutient les efforts visant à réduire les événements indésirables qui peuvent mener à des réadmissions. Horizon Santé-Nord a fait équipe avec les pharmaciens locaux afin d'aider à l'évaluation de tous les médicaments qui sont prescrits à un patient à l'hôpital et à la sortie de l'hôpital, en les comparant avec les médicaments existants afin de réduire le risque d'erreurs de prescription de médicaments. « Grâce à ce partenariat, nous pouvons assurer que la transition de l'hôpital au domicile est aussi harmonieuse que possible et rendre les soins pour nos patients meilleurs et plus sûrs. »

Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

En 2015-2016, les petits hôpitaux ruraux du RLISS du Nord-Ouest travaillent en collaboration dans le but d'améliorer le processus de planification des congés. Tous les hôpitaux ruraux du RLISS du Nord-Ouest ont adopté un outil de dépistage pour déterminer les patients qui présentent un risque élevé de réadmission et ont mis en œuvre un modèle de plan de congé commun pour les patients présentant un risque élevé. Cette initiative s'appelle BATON, pour Better Admissions & Transitions in Ontario's Northwest (amélioration des processus d'admission et de transition dans le Nord-Ouest de l'Ontario).

En outre, les spécialistes de la réadaptation de la région ont créé des équipes de transition dans la collectivité pour effectuer un suivi des clients pendant leur transition après un séjour à l'hôpital pour assurer qu'ils se débrouillent bien dans leur environnement à domicile. Les équipes de transition travailleront avec les clients pour un maximum de deux semaines après leur congé de l'hôpital et soutiendront le transfert des soins au CASC du Nord-Ouest.

Chapitre 4

Écouter les patients : La satisfaction et la participation des patients

Les patients et les personnes soignantes constituent une source importante de connaissances et d'idées d'amélioration de la qualité. Une des façons utilisées par les hôpitaux pour recueillir des commentaires qui éclairent leurs efforts d'amélioration consiste à mesurer leur degré de satisfaction à l'égard des soins et des services qu'ils reçoivent, et le présent chapitre résume ce que les hôpitaux font en ce qui a trait au dernier indicateur prioritaire : la satisfaction des patients. Bien que cet indicateur mette actuellement l'accent sur la satisfaction des patients, il importe de souligner que les hôpitaux sont en train d'examiner la possibilité de passer de la satisfaction à un indicateur axé sur l'expérience des patients.

Cependant, pour vraiment comprendre l'expérience des patients et optimiser l'utilisation de la participation des patients et des personnes soignantes, les hôpitaux doivent aller au-delà des sondages sur la satisfaction et faire participer activement les patients et les personnes soignantes dans le cadre de l'élaboration, du maintien et de l'amélioration des soins et des services fournis. Davantage d'organismes font participer les patients et les écoutent afin de renforcer la prestation des soins de santé. De [nouveaux règlements](#) encouragent également la participation des patients au moment où les organismes élaborent leur PAQ. Le présent chapitre résumera également comment les hôpitaux commencent à faire participer les patients à la conception d'initiatives d'amélioration et mettent à contribution des conseils ou des groupes consultatifs composés de patients pour favoriser des activités d'amélioration.

INDICATEUR : AMÉLIORATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTS

À propos de cet indicateur : Cet indicateur mesure le pourcentage des répondants ayant répondu positivement à l'une des questions suivantes (les répondants sont des personnes qui ont reçu des soins au SU ou en tant que patients hospitalisés) :

- « Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et aux membres de votre famille? »
- « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins et les services que vous avez reçus à l'hôpital? »

Comprendre cet indicateur : La surveillance de l'objectif global de la satisfaction des patients et la production de rapport servent à cerner les domaines où les hôpitaux peuvent apporter des améliorations ciblées de l'expérience du patient. Les recherches montrent que lorsque les organismes de soins de santé intègrent les points de vue des patients, des membres de leur famille et des personnes soignantes dans leurs activités d'amélioration, cela peut entraîner des soins de qualité supérieure, une réduction des coûts, une amélioration de la satisfaction chez les fournisseurs de soins de santé et de meilleures expériences pour les patients¹⁰.

Analyser cet indicateur

Progrès réalisés

Lors de l'analyse des PAQ 2015-2016, 42 % (48/113) ont atteint ou dépassé l'objectif établi dans leur PAQ 2014-2015, ce qui se reflète dans leurs rapports d'étape. Soixante-et-un pour cent (69/113) ont amélioré leur rendement, mais n'avaient pas nécessairement atteint leurs cibles.

Rendement actuel

- « Recommanderiez-vous ...? »
 - o Plage du SU : 41,0 % à 100 % des patients recommanderaient l'hôpital.
 - o Patients hospitalisés, plage : 53,5 % à 100 %
- « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous...? »
 - o Plage du SU : 47,0 % à 100 % des patients ont évalué leurs soins globaux qu'ils ont reçus à l'hôpital comme étant positifs.
 - o Patients hospitalisés, plage : 68,7 % à 100 %

Parmi les hôpitaux qui ont inscrit la satisfaction des patients dans leur PAQ, il existe une importante variabilité dans les taux de satisfaction des patients. Les hôpitaux qui ont atteint une satisfaction des patients de 100 % en ayant recours à une notation positive en pourcentage (réponses « bonne », « très bonne » et « excellente ») sont encouragés à examiner l'indicateur en utilisant les notes se trouvant dans les « catégories les plus élevées » (uniquement les réponses « excellente ») pour cet indicateur.

Établissement des cibles de 2015-2016

Des 146 hôpitaux qui ont élaboré et soumis un PAQ, 128 ont inclus l'une des deux questions qui composent l'indicateur prioritaire sur la satisfaction des patients. Bien que tous les hôpitaux n'aient pas établi une cible d'amélioration,

les hôpitaux avec des cibles régressives ont fourni les justifications suivantes : un faible volume de sondages menant à une grande variabilité de leurs taux, le rendement actuel au-dessus du 90^e percentile, ainsi qu'un objectif de maintien du taux du 90^e percentile (voir l'annexe, tableaux 4 et 5, pour obtenir les résultats des hôpitaux à l'échelle de la province sur les sondages sur l'expérience des patients, par percentile). Les hôpitaux qui n'ont pas inclus cet indicateur prioritaire ont expliqué qu'ils mesurent la satisfaction des patients au moyen d'une autre question de sondage.

Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

Les hôpitaux adoptent une démarche plus proactive et en temps plus opportun afin de saisir des renseignements sur l'expérience des patients. La stratégie de suivi habituelle – envoi postal de sondages aux patients après le congé – a été utile, mais elle ne permet pas toujours de générer un échantillon de taille significative et est principalement de nature rétrospective. Voici quelques exemples d'idées novatrices que les hôpitaux ont mis en œuvre pour obtenir de meilleurs renseignements et améliorer la satisfaction et l'expérience des patients, comme l'indiquent leurs rapports d'étape.

- Les hôpitaux examinent diverses démarches, particulièrement pour surmonter certains obstacles linguistiques et autres pour que les patients formulent des commentaires sur l'expérience, pour améliorer les taux de réponse et le caractère opportun des données sur la satisfaction ou l'expérience des patients.
 - o Les autorités médicales de Weeneebayko (WAHA) ont mis l'accent sur des activités visant à augmenter les taux de réponse en rendant le processus de rétroaction plus accessible, par exemple, en éliminant les obstacles linguistiques. Une version du sondage sur la satisfaction des patients en langue crie a amélioré les taux de réponse. Les patients sont également en mesure de déclarer leur niveau de satisfaction par

voie électronique : ils peuvent accéder au sondage sur la satisfaction des patients sur le site Web de WAHA, et formuler des commentaires en écrivant à l'adresse courriel associée à la satisfaction des patients, également indiquée sur le site Web des autorités médicales. WAHA a également un navigateur des patients qui visite les patients sur une base régulière et pose des questions sur leur niveau de satisfaction relatif aux traitements qu'ils ont reçus et au sujet de leurs perceptions à l'égard des membres du personnel de WAHA et des services dans leur ensemble. Au besoin, le navigateur aide également les patients à remplir le sondage. Toutes ces activités ont donné lieu à un taux de réponse plus élevé.

- Passer à une technologie utilisant un modèle durable de soins axés sur le patient : Certains hôpitaux utilisent la vidéoconférence et le partage des données à distance pour diagnostiquer et traiter les patients où et quand ils en ont besoin.
 - o Pour réduire le besoin pour les patients d'être transféré à l'extérieur de leurs collectivités rurales pour obtenir des soins, Horizon Santé-Nord s'est associé à 16 hôpitaux dans l'ensemble du Nord-Est de l'Ontario pour créer des unités de soins critiques virtuelles qui prennent soin des patients là où leur famille et leurs systèmes de soutien se trouvent. En utilisant la vidéoconférence et les dossiers médicaux électroniques, Horizon Santé-Nord est relié avec des unités de soins critiques et des SU d'autres hôpitaux afin d'accroître sa capacité à diagnostiquer et à traiter les patients gravement malades à l'échelle locale. Cela permet de réduire les coûts et le fardeau des déplacements pour les familles des patients et accroît l'accès des patients aux services de soins de santé, ce qui a donné lieu à une plus grande satisfaction à l'égard du système de santé.

L'amélioration de l'accès aux services en français pour les patients et leur famille des collectivités francophones contribue à améliorer la satisfaction des patients dans l'ensemble, ainsi qu'à s'attaquer aux autres dimensions importantes de la qualité, comme l'accès équitable, l'orientation des soins sur les patients et l'efficacité.

- L'Hôpital de Timmins et du district a collaboré avec le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario pour fournir de la formation au personnel sur la manière d'offrir activement des services en français.
- En 2015-2016, l'Hôpital Hôtel Dieu à Kingston procédera à un certain nombre d'initiatives dans le but d'améliorer les services en français. L'Hôpital offrira une formation linguistique au personnel intéressé, augmentera aussi la signalisation bilingue pour aider les francophones à savoir quels départements ont du personnel francophone, et lancera une fonctionnalité en français sur son site Web. L'hôpital prévoit également élaborer des profils linguistiques pour des postes cliniques clés, et commencera à recruter du personnel bilingue pour ces postes aux fur et à mesure qu'ils seront vacants.

Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

Sur la lancée de la tendance de l'année dernière, plusieurs hôpitaux mettent l'accent sur leurs notes se trouvant dans les catégories les plus élevées (« excellent ») afin de favoriser l'amélioration de la satisfaction des patients. De plus, les hôpitaux examinent actuellement la possibilité de remplacer de la mesure de la satisfaction des patients par celle de l'expérience des patients.

FAIRE PARTICIPER LES PATIENTS À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Cette année, la section narrative du PAQ a également demandé aux hôpitaux d'expliquer comment ils font participer les patients et de quelle façon cette participation a éclairé l'élaboration de leur plan. Presque tous les hôpitaux (142/146) ont mentionné des initiatives de changement précises axées sur l'amélioration de la participation des patients et des personnes soignantes au cours de l'année prochaine. Voici quelques points saillants des idées de changement et des principales leçons à retenir de ces rapports narratifs afin d'inspirer les organismes à mesurer qu'ils font participer leurs patients et leur famille :

- Faire participer les patients afin de répondre à leurs besoins uniques.
 - o L'Hôpital général de la baie Georgienne a créé un poste de navigateur des patients autochtones, un rôle unique – entièrement financé par un partenariat avec un organisme de femmes des Premières Nations – pour aider l'organisme à améliorer l'expérience de ses patients autochtones. Un programme de sensibilisation à la culture soutient ce travail, de sorte que tous les membres du personnel *« ont une compréhension fondamentale des points de vue et des croyances uniques sur la santé et la prestation des soins de santé de notre communauté des Premières Nations, des Métis et des Inuits... En élargissant cette formation de sensibilisation culturelle aux membres du conseil d'administration, nous démontrons notre engagement envers les collectivités autochtones que nous servons et notre niveau de participation et d'engagement afin de nous assurer que l'expérience des patients répond à leurs besoins et facilite les partenariats uniques et la collaboration solide. »*
- Utiliser la technologie pour communiquer avec les patients et les familles et recueillir des commentaires.
 - o Depuis 2014, l'Hôpital de réadaptation pour enfants Holland Bloorview fait équipe avec Inforoute Santé du Canada afin d'élaborer un portail

externe appelé connect2care, pour les familles ayant des enfants qui reçoivent des soins à l'hôpital. *« Le fait de donner aux familles les renseignements dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées et mieux communiquer avec le fournisseur de soins de leur enfant s'est avéré un effort stratégique et utile. Le portail en ligne des clients et des membres de la famille permet aux familles d'accéder au dossier de santé de leur enfant à Holland Bloorview, de visualiser les rendez-vous et d'entrer en relation avec les membres de son équipe de soins de santé en quelques clics. »* Le portail donne également aux patients et aux familles un lien rapide vers le service des relations avec les clients de l'hôpital et leur famille qui peuvent suggérer d'autres améliorations. Plus de 180 familles s'y sont inscrites dans les premiers mois qui ont suivi le lancement du portail.

- Concevoir les programmes et les services de l'hôpital avec les patients et les familles.
 - o Cette année, l'Hôpital Bridgepoint (système de santé Sinai) a adopté la méthodologie de conception fondée sur l'expérience du UK National Health Service, qui rassemble les patients, leur famille et le personnel pour concevoir à nouveau les services et améliorer l'expérience de soins des patients. *« L'expérience des patients et des familles dans le cadre de ces projets a été recueillie afin de cerner des occasions de changement et certains patients et familles ont été recrutés comme consultants sur les équipes de conception. Cette année, à Bridgepoint, six patients et membres de leur famille consultants qui ont participé au travail d'amélioration de la qualité par la nouvelle conception de l'hôpital ont été recrutés afin d'examiner le plan d'amélioration de la qualité 2015-2016 »,* en particulier les idées de changement relatives à la satisfaction des patients, et pour saisir *« l'occasion de fournir des renseignements sur la façon de faire participer du mieux possible les patients et les familles dans d'autres domaines prioritaires. »*

- Effectuer le lancement public du PAQ.
 - o Comme tous les hôpitaux de l'Ontario, l'Hôpital St. Michael a rendu public la totalité de son PAQ sur son site Web le 1^{er} avril 2015. Faisant un pas de plus, l'Hôpital a créé un document facile à lire d'une page qui décrit les priorités de son PAQ 2015-2016 à l'égard de la qualité et de la sécurité. Ce document est accessible [ici](#). Il comprend l'adresse courriel d'une personne-ressource pour toute question ou tout commentaire sur les activités d'amélioration de la qualité de l'Hôpital St. Michael, et a été inclus dans le communiqué de l'Hôpital lors du lancement du PAQ.
- Travailler en collaboration avec les conseils consultatifs des patients et des familles.
 - o Dans la troisième phase de son plan de mise en œuvre pour améliorer l'expérience du patient et de la famille, St. Joseph's Health Care, London a activement cherché à obtenir la participation de son conseil consultatif des patients et des familles au Conseil de la qualité de l'Hôpital afin de cerner les obstacles pour les patients et de trouver des solutions afin d'y remédier.
 - o L'Hôpital général Norfolk a créé un conseil consultatif des patients et des familles en 2014-2015 et a placé un patient / membre de la famille consultant sur l'équipe d'accréditation.
- Informer les décideurs et les administrateurs sur l'importance et la valeur des partenariats avec les patients et les familles.
 - o L'Hôpital Memorial de St. Marys a élaboré un cadre de l'expérience des patients approuvé par le comité de la qualité du conseil d'administration. Ce cadre détermine les objectifs et un processus pour assurer le suivi des plaintes des patients en temps opportun; c'est aussi le fondement du plan de l'Hôpital pour faire participer un patient ou un représentant des familles à chaque initiative d'amélioration de la qualité.

Chapitre 5

Aller de l'avant

Le présent rapport examine de plus près les indicateurs prioritaires déterminés pour les hôpitaux de l'Ontario et transmet aux acteurs sur le terrain le travail accompli par les hôpitaux en vue d'améliorer la qualité des soins prodigués aux Ontariens. Les hôpitaux mettent de plus en plus l'accent sur la qualité comme stratégie fondamentale et harmonisent le plan stratégique et le PAQ afin qu'ils se renforcent mutuellement. Les idées de changement et les sections Pleins feux présentées tout au long du présent rapport démontrent l'engagement des hôpitaux à offrir des soins de qualité supérieure. Cet engagement est particulièrement remarquable dans la façon dont les hôpitaux collaborent dans l'ensemble des secteurs afin d'opérer un changement à grande échelle dans l'ensemble du système et de créer un parcours de soins de santé plus fluide pour les patients. Nous offrons ces conclusions en guise de réflexion pour les hôpitaux qui continuent de progresser.

Dans l'ensemble, les PAQ 2015-2016 démontrent un certain progrès, mais nous devons viser plus haut. Bien que le secteur hospitalier se soit grandement amélioré au cours de la collecte et de l'analyse des données et pendant la création de services de soutien à l'amélioration de la qualité, ces progrès ne se sont pas nécessairement traduits par d'importants gains dans l'ensemble du secteur. Pour de nombreux indicateurs, comme les réadmissions et la durée du séjour au SU des patients admis, nous n'avons observé de progrès concret ou le progrès a été inégal d'un organisme à l'autre. Dans la mesure du possible, on devrait largement tirer parti des efforts à grande échelle

qui visent à améliorer la qualité, comme les soins pour les patients dont les besoins et les situations sont complexes par les maillons santé ou la mise en œuvre des recommandations dans les manuels cliniques sur les PFQ, afin de soutenir les améliorations. Un effort énorme pourrait être nécessaire afin d'aller vraiment de l'avant, et dans les années à venir, il sera important pour les hôpitaux, Qualité des services de santé Ontario et l'ensemble du système de soins de santé de réfléchir sur ce qui fonctionne bien et sur les raisons de ce bon fonctionnement, ainsi que sur ce qui peut être fait afin de réduire les obstacles à l'amélioration.

Un récent rapport rédigé par le Dr Ross Baker qui examine les tendances relatives à la sécurité des patients au Canada dix ans après la publication de l'Étude canadienne sur les événements indésirables affirme ce qui suit : améliorer la qualité constitue un défi et exige du temps. En se fondant sur cette expérience, le rapport inclut une série de recommandations que les organismes doivent prendre en compte pendant qu'ils continuent d'accroître la capacité de l'amélioration de la qualité et favorisent une culture de qualité dans l'ensemble de l'organisme. Certaines de ces recommandations sont reprises dans le [cadre de référence La qualité ça compte](#) de Qualité des services de santé Ontario, en particulier les bases importantes dont les organismes et le système de santé doivent constamment se rappeler et continuer d'élaborer activement pendant cette quête de l'amélioration.

Il est positif d'observer l'importance accordée aux indicateurs difficiles des soins intégrés, et il sera important de soutenir ces efforts en vue d'atteindre une amélioration. Certains des indicateurs prioritaires sont difficiles à améliorer, sont interdépendants avec d'autres secteurs et prendront du temps pour s'améliorer. Cela est particulièrement vrai pour les indicateurs évoqués au chapitre trois : les réadmissions, les journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'autres niveaux de soins et la durée du séjour des patients admis aux urgences. À elle seule, l'influence d'un seul hôpital ou d'un programme visant à faire progresser cet indicateur sera limitée. Une collaboration intersectorielle et des stratégies pluriannuelles sont essentielles pour réaliser des progrès.

Comme l'indique le présent rapport, les hôpitaux jettent les bases nécessaires afin d'améliorer ces indicateurs. Ils mettent en œuvre des programmes proactifs, comme les maillons santé, axés sur la prestation de soins appropriés aux besoins et situations complexes d'une population de patients qui a tendance à utiliser davantage de ressources en soins de santé, assurent la coordination des soins à l'extérieur de l'environnement de l'hôpital, et établissent des programmes interdisciplinaires avec les partenaires du système pour assurer une transition des patients qui rentrent chez eux en toute sécurité après avoir obtenu leur congé de l'hôpital.

L'échec et la réussite sont des enseignants d'importance égale. Que l'on parle de collaboration intersectorielle ou d'un simple changement interne, chaque initiative d'amélioration comporte des leçons utiles. Partager ces leçons est un objectif clé des rapports d'étape du PAQ, tout comme la célébration des réussites. Qualité des services de santé Ontario encourage les hôpitaux à utiliser le plein potentiel de ces rapports d'étape, y compris les leçons apprises pour que tous puissent tirer parti des expériences vécues par d'autres. Les commentaires visant l'amélioration du rendement permettront d'approfondir notre compréhension de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas, d'éviter les erreurs répétées et, ultimement, de donner lieu à des projets d'amélioration de plus en plus fructueux, de meilleures expériences et des résultats supérieurs pour les patients de l'Ontario.

Pour améliorer l'expérience des patients, il faut continuer d'éliminer les obstacles pour les patients afin qu'ils puissent fournir une rétroaction et les faire participer directement afin d'orienter les améliorations.

Bien que les hôpitaux cherchent à axer leurs soins de santé davantage sur le patient, nombre d'organismes essaient de comprendre ce que signifie réellement « soins axés sur le patient » et ce à quoi cela ressemble. Une évaluation qui combine des réponses « bon », « très bon » et « excellent » dans un sondage sur la satisfaction des patients est-elle une assez bonne mesure de succès? Une portion importante des hôpitaux de l'Ontario ne le croient pas et remplacent leurs sondages pour mettre l'accent sur leurs notes se trouvant dans les catégories les plus élevées (c'est-à-dire seule les réponses « excellent »). En outre, il est impératif de s'assurer que la rétroaction des patients est représentative de toute la population de l'hôpital. Les hôpitaux de l'Ontario sont invités à envisager des moyens d'éliminer les obstacles pour que leurs patients et les membres de leur famille puissent formuler leurs commentaires, notamment en s'attaquant aux problèmes linguistiques.

Dans la même veine, Qualité des services de santé Ontario soutient ces efforts grâce à l'élaboration de ressources conçues pour aider tous les secteurs à faire participer les patients à la prestation des soins qu'ils prodiguent. De [nouveaux règlements](#) publiés cette année nous aideront à mieux articuler comment les organismes de soins de santé peuvent atteindre leurs objectifs à l'égard de la participation des patients. Nous travaillons en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour aider les hôpitaux et d'autres secteurs à faire participer les patients à l'élaboration de leur PAQ et de leurs activités d'amélioration de la qualité plus largement. Pour la plupart des hôpitaux, cela a été une année de référence en ce qui a trait au fait de rapprocher les patients du processus du PAQ. Nous sommes impatients de travailler avec les hôpitaux et d'apprendre de leurs expériences dans le cadre de cette initiative importante pour favoriser des soins axés sur le patient.

Le présent rapport a tenté de saisir la créativité et l'innovation transmises par l'engagement envers la qualité démontré dans les PAQ. Il est évident que les hôpitaux comprennent la valeur de ces plans annuels, au-delà des simples rapports d'étape, et qu'ils les intègrent activement dans leurs plans stratégiques. Nous espérons que les exemples inclus dans l'ensemble de ce rapport seront une inspiration et qu'ils susciteront une réflexion sur les initiatives actuelles et un examen de la pleine portée des possibilités offertes pour aider à faire progresser les efforts d'amélioration de la qualité. Le présent rapport, ainsi que la diffusion publique des PAQ, donne aux hôpitaux et à d'autres secteurs l'occasion d'apprendre de chacun et d'utiliser ces apprentissages dans leurs propres pratiques.

En réfléchissant aux progrès mesurés et grâce à un engagement sans relâche envers l'amélioration, nous pouvons nous assurer que les excellents soins de santé offerts aujourd'hui seront encore meilleurs demain.

Annexe :

Gammes de données pour certains indicateurs prioritaires

Tableau 1. 90th percentile durée du séjour aux urgences pour les patientes et patients admis

Gammes de données pour le rendement et les objectifs actuels, par RLISS, compte tenu des hôpitaux qui ont inclus cet indicateur dans le plan de travail de leur PAQ de 2015-2016.

Période visée par le rapport : 4^e trimestre 2013-2014 – 3^e trimestre 2014-2015

RLISS	Rendement actuel minimal, heures	Rendement actuel maximal, heures	Rendement visé minimal, heures	Rendement visé maximal, heures
Érié St-Clair	10,55	28,63	10,90	20,90
Sud-Ouest	1,35	31,90	3,00	28,62
Waterloo Wellington	7,45	18,88	8,00	16,00
Hamilton Niagara Haldimand Brant	9,72	63,15	9,72	39,00
Centre-Ouest	10,85	36,10	9,70	33,30
Mississauga Halton	34,15	35,50	28,00	39,00
Centre-Toronto	12,88	36,82	12,80	30,00
Centre	10,38	48,43	10,00	35,00
Centre-Est	18,90	52,02	15,00	34,08
Sud-Est	4,30	32,42	4,30	29,00
Champlain	10,28	38,90	9,00	30,00
Simcoe Nord Muskoka	23,28	32,35	21,30	27,5
Nord-Est	7,98	54,28	7,50	30,00
Nord-Ouest	3,70	32,85	5,00	32,60

Tableau 2. Pourcentage de jours autre niveau de soins

Gammes de données pour le rendement et les objectifs actuels, par RLISS, compte tenu des hôpitaux qui ont inclus cet indicateur dans le plan de travail de leur PAQ de 2015-2016.

Période visée par le rapport : 3^e trimestre 2013-2014 – 2^e trimestre 2014-2015

RLISS	Rendement actuel minimal, %	Rendement actuel maximal, %	Rendement visé minimal, %	Rendement visé maximal, %
Érié St-Clair	8,20	22,07	8,50	15,30
Sud-Ouest	3,88	35,64	5,20	32,10
Waterloo Wellington	11,63	15,80	9,50	12,00
Hamilton Niagara Haldimand Brant	9,52	23,12	9,52	17,00
Centre-Ouest	4,15	7,63	4,15	9,50
Mississauga Halton	9,36	12,50	8,00	10,00
Centre-Toronto	0,51	18,25	0,51	16,00
Centre	10,59	16,56	10,50	16,50
Centre-Est	3,40	24,72	7,10	24,00
Sud-Est	7,74	28,13	7,00	22,00
Champlain	1,14	49,29	0,81	35,00
Simcoe Nord Muskoka	15,34	26,41	17,10	24,23
Nord-Est	18,34	47,51	0	42,76
Nord-Ouest	6,34	51,48	7,90	26,10

Tableau 3. Taux de réadmission dans les 30 jours pour certains groupes de maladies analogues

Gammes de données pour le rendement et les objectifs actuels, par RLISS, compte tenu des hôpitaux qui ont inclus cet indicateur dans le plan de travail de leur PAQ de 2015-2016.

Période visée par le rapport : 2^e trimestre 2013-2014 – 1^{er} trimestre 2014/15

RLISS	Rendement actuel minimal, %	Rendement actuel maximal, %	Rendement visé minimal, %	Rendement visé maximal, %
Érié St-Clair	15,55	15,60	12,80	14,80
Sud-Ouest	12,74	19,69	10,00	18,00
Waterloo Wellington	12,94	16,41	14,00	18,92
Hamilton Niagara Haldimand Brant	12,21	18,84	8,00	16,45
Centre-Ouest	15,77	16,34	15,49	15,77
Mississauga Halton	16,28	16,28	13,50	13,50
Centre-Toronto	18,73	19,45	16,70	18,80
Centre	13,93	17,25	13,50	16,00
Centre-Est	16,07	17,51	12,50	15,50
Sud-Est	13,66	17,16	12,00	16,25
Champlain	13,73	26,42	0	20,30
Simcoe Nord Muskoka	14,84	17,38	13,00	17,10
Nord-Est	13,16	46,94	14,15	40,00
Nord-Ouest	12,42	27,91	12,42	50,00

Tableau 4. Satisfaction des patientes et patients : résultats du sondage sur les expériences en matière de soins actifs

Évaluation des soins globaux et recommandation probable, par percentile, pour tous les rapports des hôpitaux ontariens, avril 2013 à mars 2014

	Soins globaux, % de résultats positifs	Recommandation, % de résultats positifs
Meilleur rendement	100,0	97,2
90 th %ile	98,1	87,0
75 th %ile	96,6	81,7
50 th %ile (médiane)	94,2	75,2
25 th %ile	92,3	66,8
Rendement le plus faible	81,0	48,8

Source: National Research Corporation of Canada. (2015). Rapport *Patient experience percentile : Results of patient experience surveys from April 2013 to March 2014*. Markham (Ontario) : National Research Corporation Canada.

Tableau 5. Satisfaction des patientes et patients : résultats du sondage sur les expériences aux urgences

Évaluation des soins globaux et recommandation probable, par percentile, pour tous les rapports des hôpitaux ontariens, avril 2013 à 2014

	Soins globaux, % de résultats positifs	Recommandation, % de résultats positifs
Meilleur rendement	98,3	85,9
90 th %ile	95,3	78,7
75 th %ile	92,3	72,0
50 th %ile (médiane)	88,9	60,7
25 th %ile	83,5	53,6
Rendement le plus faible	68,4	38,8

Source : National Research Corporation of Canada. (2015). Rapport *Patient experience percentile : Results of patient experience surveys from April 2013 to March 2014*. Markham (Ontario) : National Research Corporation Canada.

NOTES

- ¹ BAKER, G. R., P. G. Norton, V. Flintoft, R. Blais, A. Brown, J. Cox et R. Tamblyn. « Étude canadienne sur les événements indésirables : L'incidence des événements indésirables chez les patients hospitalisés au Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 170, n° 11 (2004), pp. 1678 à 1686. Tiré de <http://www.cmaj.ca/content/170/11/1678.full.pdf+html>.
- ² Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. *Bilan comparatif des médicaments (BCM) (2000-2015)*. Tiré de <http://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>.
- ³ LESSELROTH, B. J., K. Adams, S. Tallett, S. D. Wood, A. Keeling, K. Cheng et H. Tran. « Design of admission medication reconciliation technology: A human factors approach to requirements and prototyping », *Health Environments Research & Design Journal*, vol. 6, n° 3 (2013), pp. 30 à 48.
- ⁴ Qualité des services de santé Ontario . *À la hauteur 2015 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015. Accessible à l'adresse <http://www.hqontario.ca/Rapports/Rapport-Annuel>.
- ⁵ DANEMAN, N., A. Guttman, X. Wang, X. Ma, D. Gibson et T.A. Stukel . « The association of hospital prevention processes and patient risk factors with the risk of *Clostridium difficile* infection: A population-based cohort study », *BMJ Quality & Safety Online First*, publié le 24 avril 2015. doi:10.1136/ bmjqs-2014-003863. Tiré de <http://qualitysafety.bmj.com/content/24/7/435.abstract>.
- ⁶ Institut canadien d'information sur la santé. *Les visites à l'urgence en 2014-2015*. Tiré de https://secure.cihi.ca/free_products/NACRS_ED_QuickStats_Infosheet_2014-15_FRweb.pdf.
- ⁷ PANELLA, M., S. Marchisio et F. Di Stanislao. « Reducing clinical variations with clinical pathways: Do pathways work? », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 15, n° 6, pp. 509 à 521. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzg057>.
- ⁸ KITCHEN, J. « CATCH program lowers readmission rates to hospital », *Hospital News*, 4 mars 2015. Tiré de <http://hospitalnews.com/catch-program-lowers-readmission-rates-hospital/>
- ⁹ CHENEY, J., S. Barber, L. Altamirano, Medico Cirujano, M. Cheney, C. Williams et C. Wainwright. « A clinical pathway for bronchiolitis is effective in reducing readmission rates », *Journal of Pediatrics*, vol. 147, n° 5 (2005), pp. 622 à 626. Tiré de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.06.040>.
- ¹⁰ CHARMEL, P. A. et S. B. Frampton . « Building the business case for patient-centered care », *Healthcare financial Management*, vol. 62, n° 3 (2008), pp. 8 à 85.

Le présent rapport n'aurait pu être rédigé sans l'aide des partenaires de Qualité des services de santé Ontario : l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA), les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé et le groupe consultatif intersectoriel des PAQ de Qualité des services de santé Ontario. Les membres du groupe consultatif incluent notamment le Dr Richard McLean, Jillian Paul, Joanne Iacono, Karen Lu, Kelly Gillis, la Dre Cathy Faulds, Marsha Stephen, Sonja Glass, Anne Wojtak, Leah Levesque, le Dr G. Ross Baker et le Dr Jeffrey Turnbull.

Engagement envers l'amélioration de la qualité

Nous promouvons l'amélioration continue de la qualité afin de mettre en œuvre des changements positifs importants et durables au sein des soins de santé, en tirant pleinement parti des données probantes émergentes et des rapports du public pour aider à cerner les possibilités d'amélioration. Nous pourrions ensuite bâtir la capacité en matière d'amélioration du système de santé en appuyant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'amélioration, en partageant des observations sur des innovations qui contribuent à l'amélioration et en faisant la promotion du perfectionnement des compétences en amélioration de la qualité. Nous soutenons de manière active la création d'une culture de la qualité et l'établissement de liens au sein de la communauté d'amélioration de la qualité afin d'apprendre les uns des autres.

La qualité ça compte

La qualité ça compte est une initiative de Qualité des services de santé Ontario conçue pour réunir tous les intervenants du système de santé autour d'une même compréhension des soins de santé de qualité et d'un engagement mutuel afin de prendre des mesures concernant des objectifs communs.

La qualité ça compte prend une approche à deux volets. Le premier comprend un processus de participation des patients, appelé *La qualité c'est...* qui permet aux patients, aux personnes soignantes et au public de formuler des commentaires sur ce que signifie la qualité pour eux.

Le deuxième consiste en un approfondissement par un comité d'experts de la compréhension de la qualité des services de la santé, de la prestation de soins de qualité dans l'ensemble du système et de l'établissement d'une culture axée sur la qualité. Le premier rapport du comité, *Réaliser l'excellence des soins pour tous*, fournit un cadre de qualité provincial et expose des facteurs essentiels dont il faut tenir compte. Nous espérons qu'il servira de pierre d'assise pour les organismes à mesure qu'ils entreprennent des efforts d'amélioration de la qualité, comme ceux qui ont été identifiés dans leur PAQ, et qu'il appuiera un système de santé en perpétuelle amélioration.

Ce n'est là que le début. Au cours des prochains mois, nous continuerons à interagir avec les patients, les experts et les intervenants de l'ensemble du système. *La qualité ça compte* se traduira par l'élaboration d'une feuille de route, éclairée par les patients et le public, pour aider les décideurs, les cliniciens et les dirigeants du système de santé à bâtir un système de santé d'abord fondé sur la qualité en Ontario.

Pour en apprendre davantage sur *La qualité ça compte*, visitez le site Web <http://www.hqontario.ca/Accueil>.

Programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité est un ensemble de mesures ou d'indicateurs sélectionnés par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec les partenaires du système de santé afin d'orienter les rapports sur le rendement. Qualité des services de santé Ontario utilise le programme commun d'amélioration de la qualité pour concentrer ses efforts d'amélioration et pour faire le suivi des progrès à long terme en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs du système de santé et rendre le système de santé plus transparent et plus responsable. Les indicateurs promeuvent des soins intégrés axés sur le patient et constituent le fondement de notre rapport annuel intitulé *À la hauteur*. À mesure que nos rapports publics sur le rendement du système de santé prendront de l'ampleur, le programme commun d'amélioration de la qualité évoluera et servira de pierre angulaire à tous nos rapports publics. Qualité des services de santé Ontario est le nom commercial du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

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

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015

ISBN 978-1-4606-7464-2 (Imprimé)
ISSN 2369-9132 (Imprimé)
ISBN 978-1-4606-7465-9 (PDF)
ISSN 2369-9140 (En ligne)

www.hqontario.ca