

Plans d'amélioration  
de la qualité 2011 :  
Une analyse à l'appui  
de l'apprentissage



**Ontario**

Qualité des services  
de santé Ontario



## Table des matières

Résumé .....	2
Contexte .....	3
Leçons tirées .....	5
Établissement de l'ordre des priorités .....	5
Établissement des objectifs .....	7
Idées de changement .....	12
Conclusion .....	23
Annexes I : Ressources suggérées .....	24
Annexe II : Rapport technique .....	28

## Résumé

En avril 2011, les hôpitaux ontariens ont élaboré leurs premiers plans d'amélioration de la qualité (PAQ), comme le prescrit la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* (LESPT) de 2010. Aux termes de la Loi, les plans devaient être soumis à Qualité des services de santé Ontario (QSSO) selon une présentation déterminée par QSSO permettant d'établir des comparaisons à l'échelle de la province et de rendre compte d'une série minimale d'indicateurs de qualité.

QSSO présente ici une analyse des 152 PAQ soumis. QSSO a surtout cherché à sélectionner des exemples de plans qui sortaient du lot en raison de la clarté de la vision et de la stratégie d'amélioration qu'ils contiennent, afin que d'autres organisations puissent s'en inspirer. L'analyse décrit également les aspects à améliorer dans les plans qui ont été produits. Cela devrait permettre de profiter de l'expérience acquise. L'approche la plus constructive consiste à décrire les problèmes, à en cerner les causes fondamentales probables et à proposer des améliorations pour l'avenir. Il faut tenir compte du fait que c'est la première année où les hôpitaux présentent ces plans, et que les lacunes ou les problèmes constatés dans les PAQ peuvent provenir du caractère nouveau du processus ou de difficultés liées aux modèles élaborés, aux documents d'orientation sur les PAQ ou à des attentes mal définies.

Voici les trois observations principales sur les PAQ de cette année :

1. **Établissement des priorités** : les hôpitaux doivent avoir une série limitée de priorités, c'est-à-dire ni trop peu ni trop. Ils ont sélectionné en moyenne 4,5 sujets relevant de la priorité 1 (la plus élevée). Nous ignorons

quel est le nombre adéquat de priorités, mais à l'avenir, nous examinerons le lien qui existe ou pourrait exister entre la réalisation des buts et le nombre de priorités choisies.

2. **Établissement des objectifs** : les hôpitaux doivent se fixer des objectifs audacieux d'amélioration. Les exemples valables d'objectifs souples tendent à avoir les caractéristiques suivantes :

- viser un rendement optimal théorique (ex. : adoption à 100 % d'une pratique exemplaire ou « zéro défaut »);
- viser le meilleur résultat obtenu ailleurs;
- viser un classement au 90<sup>e</sup> percentile dans sa catégorie;
- viser une réduction de moitié d'un défaut ou d'un gaspillage dans le cycle de planification en cours;
- viser un taux d'amélioration correspondant à celui d'autres organisations;
- viser la moyenne (*uniquement* dans les cas où une organisation se situe très en dessous).

3. **Idées de changement** : les meilleurs plans présentaient un éventail d'idées de changement ayant pour but de mettre en œuvre des pratiques exemplaires, notamment :

- mesurer la qualité et communiquer les résultats aux fournisseurs;
- remanier ou normaliser les processus;
- fournir des aides à la décision clinique et des rappels;
- perfectionner les compétences du personnel ou les vérifier;
- s'assurer que l'infrastructure, la capacité ou les ressources sont correctement configurées;
- faire participer les patients;
- créer les bons mécanismes de responsabilisation.

Il est également recommandé dans le présent document de modifier les lignes directrices sur les PAQ afin de les rendre plus claires. Le document fournit une liste de ressources portant spécifiquement sur chaque indicateur (annexe II) et contient un rapport technique décrivant la méthodologie employée et les sources de données pour chaque indicateur (annexe II).

## Contexte

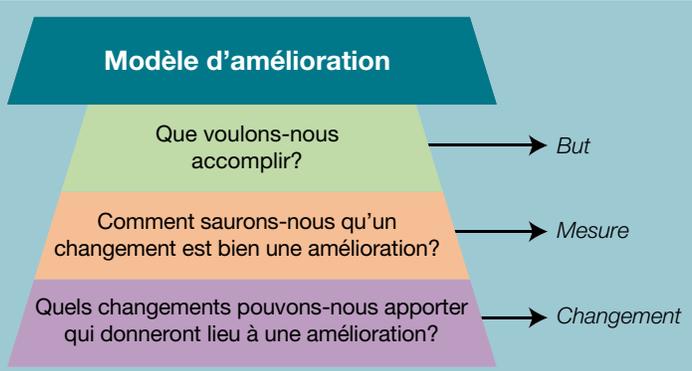
### PLANS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ : DE QUOI S'AGIT-IL? POURQUOI CES PLANS SONT-ILS IMPORTANTS?

En vertu de la LESPT, chaque hôpital de l'Ontario (au sens de la *Loi sur les hôpitaux publics*) doit soumettre chaque année un PAQ contenant des objectifs d'amélioration du rendement pour l'année et la justification des objectifs. Le comité de la qualité de l'hôpital doit superviser la préparation du PAQ, qui doit être certifié par le président du conseil d'administration et le directeur général, et remis à QSSO. Le plan doit également être mis à la disposition du public.

L'exigence relative à l'élaboration des PAQ n'est qu'un élément de la législation, mais c'est un facteur déterminant de l'amélioration de la qualité. Un plan solide est la démonstration qu'il existe un leadership organisationnel orienté vers la qualité. Le PAQ aide une organisation à concentrer ses efforts sur un nombre limité de priorités et à sélectionner quelques aspects à modifier ou à faire différemment sur une période donnée, au lieu de tenter l'impossible.

### APPROCHE DES PLANS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

La vision qu'a l'Ontario des PAQ repose sur le modèle de cadre d'amélioration des initiatives relatives à la qualité élaboré par les experts de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), qui pose trois questions simples :



Les deux premières questions – « Que voulons-nous accomplir? » « Comment saurons-nous qu'un changement est bien une amélioration? » – sont posées comme principes dans la LESPT. Les hôpitaux doivent se fixer des buts clairs, c'est-à-dire avoir une cible chiffrée d'amélioration à atteindre dans un délai précis au cours de l'exercice (année).

La nécessité de se fixer un but audacieux a sans doute été le mieux expliquée par Don Berwick, ancien directeur général de l'IHI, lorsqu'il a déclaré « *Quelque* n'est pas un chiffre, *bientôt* n'est pas un délai » pour lancer la campagne *100, 000 Lives* de l'IHI en décembre 2004. Dans le cadre de la campagne, l'IHI a fait appel à des hôpitaux des États-Unis dans le but d'améliorer six interventions, dont celles relatives à la pneumonie sous ventilation assistée (PVA), aux infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) (qui figurent également sur la liste des indicateurs de qualité normalisés) et à la réduction de la mortalité d'ici le 14 juin 2006. La campagne a finalement dépassé son objectif et permis de sauver 122 300 vies<sup>1</sup>.

La réponse à la troisième question, « Quels changements pouvons-nous apporter qui donneront lieu à une amélioration? », décrit la stratégie de changement de l'organisation. En élaborant leurs stratégies de changement, les hôpitaux doivent tenir compte de deux types de changements :

- les changements visant les pratiques ou activités cliniques qui, selon les preuves scientifiques, mèneront à une amélioration (ex. : commander le bon médicament ou faire passer un examen au bon moment au patient);
- les changements visant les pratiques organisationnelles pour que les pratiques cliniques exemplaires ne soient pas uniquement adoptées de temps à autre, mais systématiquement (ex. vérifier que les personnes ont

1. Tanne, J. H. « Us Campaign to save 100,00- lives exceeds its target », *BMJ*, 14 juin 2006, vol. 337, n° 7556, p. 1468.

les compétences requises pour exécuter une tâche ou revoir la manière dont les soins sont donnés pour s'assurer que les renseignements essentiels sont toujours transmis d'une personne à l'autre).

### **ANALYSE DES PAQ DE LA PREMIÈRE ANNÉE : UNE COURBE D'APPRENTISSAGE**

Les PAQ constituent un nouveau processus pour les hôpitaux ontariens. Pour guider leur conception, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a mis sur pied un groupe de travail composé de représentants du ministère, de QSSO, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) et des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) à l'automne 2010. Pour simplifier la production de rapports, le groupe de travail a recommandé que les PAQ portent surtout sur quatre attributs clés des soins de qualité : la sécurité, l'efficacité, l'accès et la centralité du patient. De plus, le groupe de travail a conçu un modèle normalisé pour les PAQ qui faciliterait la comparaison entre hôpitaux des activités d'amélioration de la qualité.

D'ici le 1<sup>er</sup> avril 2011 — moins d'un an après l'adoption de la nouvelle loi — on a demandé aux hôpitaux de transmettre à QSSO leurs PAQ (un bref exposé accompagné d'un fichier Excel). QSSO a examiné les PAQ transmis par 152 hôpitaux, qui donnaient un aperçu de l'activité et du rendement des hôpitaux dans toute la province.

### **OBJECTIF DE L'ANALYSE À L'APPUI DE L'APPRENTISSAGE**

L'analyse doit être un outil d'apprentissage, en vue de :

- assurer la conformité à la loi – c'est-à-dire s'assurer que les hôpitaux ont bien transmis leur PAQ, avec leurs objectifs et leurs délais;
- faire ressortir les exemples de plans qui sortent du lot par leur vision et leur stratégie claires d'amélioration;
- cerner les difficultés auxquelles les hôpitaux ont pu être confrontés en élaborant leurs PAQ et en chercher les causes profondes éventuelles;
- fournir une information qui aidera les hôpitaux à améliorer leurs PAQ de l'année prochaine et créera les conditions du succès les années suivantes.

Cette information est rendue publique dans un esprit de transparence, afin d'optimiser la diffusion des bonnes idées d'amélioration dans l'ensemble du secteur hospitalier.

Dans l'analyse à l'appui l'apprentissage, les aspects suivants des plans d'amélioration de la qualité ont été examinés :

**Établissement des priorités** : combien de priorités les hôpitaux ont-ils choisies dans leur PAQ et quel sujet ont-ils généralement retenu? Comment les hôpitaux peuvent-ils améliorer la manière dont ils établissent leurs priorités?

**Établissement des objectifs** : Quels types d'objectifs les hôpitaux décrivent-ils? A-t-on des exemples d'objectifs audacieux bien formulés? Comment les hôpitaux peuvent-ils améliorer la manière dont ils établissent des objectifs?

**Idées de changement** : Quels types d'idées de changement les hôpitaux décrivent-ils? Comment peuvent-ils renforcer leurs idées de changement? L'ensemble des termes employés dans l'analyse et les sources sont définis à l'annexe II.

## Leçons tirées

### Établissement des priorités

Un PAQ est un outil utile pour décrire les priorités d'amélioration principales. Le fait de cerner les priorités aide les organisations à centrer leur attention sur ce qu'elles veulent accomplir. Dans leur PAQ, les hôpitaux devaient définir les indicateurs ou les secteurs d'amélioration de la qualité et les classer par ordre de priorité (c'est-à-dire : priorité 1, priorité 2, priorité 3, etc.). Les hôpitaux étaient censés saisir dans leur PAQ une série d'indicateurs de base normalisés sur la sécurité, l'efficacité, l'accès et la centralité du patient, mais on les avait également incités à saisir des indicateurs représentant des priorités d'amélioration locales.

Pour rehausser la qualité, combien de priorités le PAQ devrait-il contenir? Il n'est pas facile de répondre à cette question. Un trop grand nombre de priorités peut aboutir à une dilution des activités, tandis qu'un trop petit nombre peut être le signe que certains aspects essentiels de la qualité sont négligés. Pour répondre, il faudrait peut-être examiner les PAQ plusieurs années de suite et analyser si la capacité d'un hôpital à atteindre ses objectifs est liée au nombre de priorités.

En ce qui concerne les PAQ de 2011, les analystes ont examiné les indicateurs de priorité 1 définis par les hôpitaux et les idées de changement qu'ils ont proposées. Le présent document fournit une analyse descriptive du nombre et du type d'indicateurs de priorité 1, en résumant l'information fournie par les hôpitaux.

### CONSTATATIONS

#### Nombre d'indicateurs relevant de la priorité 1

Le nombre d'indicateurs relevant de la priorité 1 sélectionnés par les hôpitaux variait entre 15 (chiffre le plus élevé) et 1 (chiffre le plus faible). La moyenne provinciale était de 4,5 indicateurs de priorité 1 par hôpital.

Comme l'illustre la figure 1, les hôpitaux d'enseignement en soins actifs ont choisi, en moyenne, un plus grand nombre d'indicateurs de priorité 1 que les petits hôpitaux communautaires, les hôpitaux de réadaptation ou les hôpitaux psychiatriques.

FIGURE 1 : NOMBRE MOYEN D'INDICATEURS DE PRIORITÉ 1 PAR TYPE D'HÔPITAL

Groupe de même catégorie	Nombre moyen des indicateurs de priorité
Hôpital provincial	4,5
Hôpital de soins actifs à vocation universitaire	5,3
Grand hôpital communautaire	5
Petit hôpital communautaire	3,9
Soins continus complexes (SCC) et réadaptation	3,8
Hôpital psychiatrique	2,5

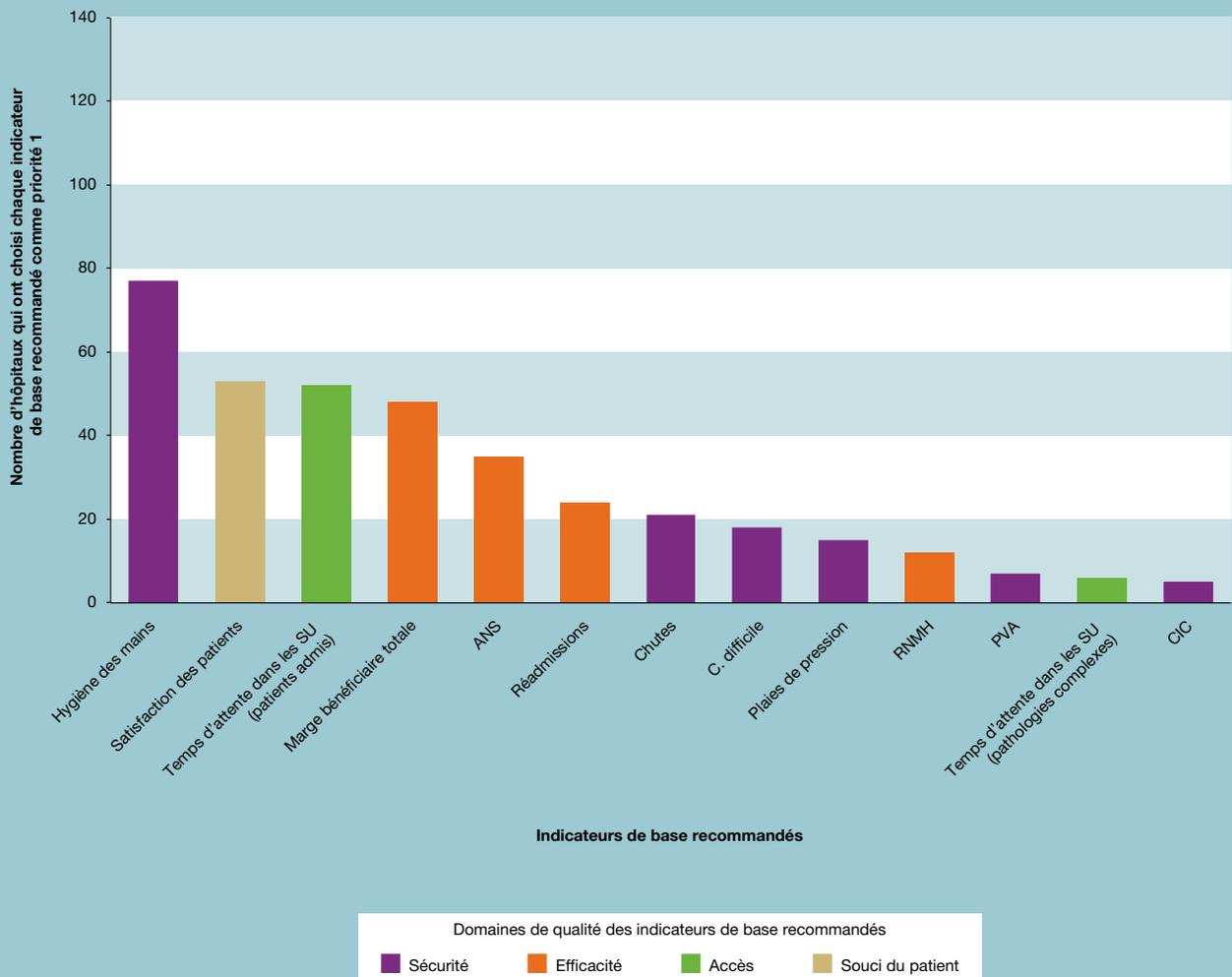
### Indicateurs de priorité 1 les plus fréquents

La figure 2 montre, d'après la série d'indicateurs de base fournie aux hôpitaux, la fréquence à laquelle les hôpitaux ont sélectionné chaque indicateur comme étant de priorité 1.

Les sujets d'amélioration de priorité 1 les plus souvent choisis sont l'hygiène des mains, l'expérience des patients, le temps d'attente dans les services d'urgence (SU) et la marge bénéficiaire totale.

Il est intéressant d'observer que, parmi les quatre premiers sujets choisis, au moins un correspond à chaque attribut clé des soins de santé de qualité, à savoir la sécurité (hygiène des mains), l'efficacité (marge bénéficiaire totale), l'accès (temps d'attente dans les SU) et le souci du patient (expérience des patients). On constatait de légères variations dans la popularité d'autres sujets, entre les petits et les grands hôpitaux; pour plus amples renseignements, voir l'annexe II.

FIGURE 2 : FRÉQUENCE DES SUJETS SÉLECTIONNÉS COMME ÉTANT DE PRIORITÉ 1 DANS LES PLANS 2011-2012 D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES HÔPITAUX ONTARIENS (N=152)



Les hôpitaux ont suggéré de nombreux autres sujets d'amélioration de priorité 1. Ces sujets sont résumés à la figure 3. Le chiffre entre parenthèses représente l'indice de fréquence de la priorité 1.

En ce qui concerne l'expérience des patients, les organisations devaient inclure un indicateur global à améliorer (pourcentage de personnes qui recommanderaient absolument l'hôpital aux membres de leur famille ou à leurs amis). Pour réussir, il faut toutefois cerner un domaine précis d'amélioration. Les domaines choisis couramment par les hôpitaux étaient, notamment les suivants :

- la gestion de la douleur;
- la communication avec les patients;
- la simplification du processus de réception et d'admission, de transfert et de congé des patients;

- la réactivité à la sonnette d'appel;
- les expériences alimentaires.

### Établissement des objectifs

Les hôpitaux devaient fournir des mesures de référence et établir des objectifs d'amélioration dans leurs PAQ. Il est indispensable, si l'on veut réussir, d'avoir un but ou un objectif clair et un délai précis pour atteindre le but ou l'objectif. Il incombe au conseil d'administration et aux dirigeants principaux d'adopter des buts et de superviser les mesures, responsabilité qui ne peut être déléguée. Ce qui retient l'attention du conseil d'administration ou des dirigeants est ce qui retiendra l'attention des gestionnaires, des chefs médecins-chefs et finalement, de toute l'organisation.

FIGURE 3 : AUTRES INDICATEURS CHOISIS PAR LES HÔPITAUX

Sécurité	Efficacité
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste de vérification de la sécurité des interventions chirurgicales et taux de mise en œuvre (20)</li> <li>• Bilan comparatif des médicaments (19)</li> <li>• Taux d'incidence des infections à staphylocoque doré résistant à la méthicilline (12)</li> <li>• Prévention des thromboembolies veineuses (11)</li> <li>• Taux d'incidence des infections à entérocoque résistant à la vancomycine (9)</li> <li>• Incidents ou erreurs médicamenteuses (9)</li> <li>• Taux de conformité concernant l'hygiène des mains après le contact avec le patient (7)</li> <li>• Taux d'infection du site opératoire (7)</li> <li>• Sécurité de l'environnement de travail (6)</li> <li>• Moyen de contention (5)</li> <li>• Conformité concernant le nettoyage des surfaces fréquemment touchées (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction du personnel (7)</li> <li>• Taux de conformité avec les lignes directrices et les normes établies (7)</li> <li>• Heures supplémentaires payées, congés de maladie et postes vacants (4)</li> <li>• Travail en cours sans valeur ajoutée dans le processus (ex. : temps inutile en soins actifs, en soins continus et en réadaptation) (4)</li> <li>• Durée moyenne du séjour (3)</li> </ul>
Accès	Expérience des patients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps d'attente dans les services d'urgence (SU) des patients non admis dont le cas est de faible complexité (7)</li> <li>• Temps d'attente pour les tomodensitogrammes (TMD) (6)</li> <li>• Temps d'attente pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM) (4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de satisfaction des patients à l'égard de la qualité globale des soins et des services reçus dans un hôpital ou aux urgences (6)</li> <li>• Nombre de plaintes adressées par des patients et leur famille (4)</li> </ul>

Les hôpitaux ont plus de chances d'atteindre leurs objectifs d'amélioration de la qualité s'ils se fixent un objectif audacieux, c'est-à-dire un objectif difficile, mais réalisable, au lieu de ne formuler aucun objectif, de formuler un objectif de manière vague ou de se fixer un objectif minimal (ex. : « Faites de votre mieux » ou « Faites mieux »). L'efficacité de l'établissement d'objectifs audacieux a été bien documentée dans l'analyse exhaustive effectuée par Edwin Locke des études psychologiques réalisées de 1969 à 1980<sup>2</sup>. Des buts audacieux peuvent être une source d'inspiration; ils motivent le personnel et le fait de les atteindre lui donne confiance en sa capacité de s'attaquer à la prochaine grande difficulté.

Mais qu'est-ce qu'un objectif audacieux? Pour certains indicateurs, les hôpitaux peuvent ne pas avoir de points de référence qui les aideraient à se fixer des objectifs. Le document d'orientation sur les PAQ (janvier 2011) donnait quelques exemples de critères possibles pour les objectifs audacieux, qui reposaient largement sur l'idée de viser les meilleurs résultats déjà obtenus ailleurs. Ces exemples sont prometteurs parce qu'ils démontrent qu'il est parfaitement possible d'atteindre un certain degré d'amélioration.

Le processus d'amélioration de la qualité incite les hôpitaux à se fixer des objectifs audacieux, mais ces objectifs doivent être ciblés et réalistes. Par exemple, il n'est pas réaliste de définir des objectifs nouveaux pour tous les aspects du rendement. En fait, il est très inhabituel qu'une organisation, de santé ou d'un autre secteur, atteigne des objectifs nouveaux dans plus d'un ou deux domaines prioritaires, au cours d'une année donnée.

Dans son analyse, QSSO a examiné en particulier les types d'objectifs établis par les hôpitaux pour trouver des exemples d'objectifs audacieux et des moyens pour aider les hôpitaux à concevoir des objectifs plus efficaces. La section qui suit est censée aider les hôpitaux à établir des objectifs conçus comme moteurs de l'amélioration. La présente analyse nous aidera à obtenir de meilleurs résultats à la prochaine étape du processus des PAQ.

## CONSTATATIONS

L'analyse des PAQ de 2011 a permis de dégager plusieurs exemples valables d'objectifs présentés par des organisations, qui semblent être des objectifs audacieux, selon les critères énoncés dans l'une des six lignes directrices sur l'établissement des objectifs.

### 1. Viser le rendement optimal théorique

Pour certains indicateurs, un rendement optimal théorique pourrait être un objectif à atteindre par l'hôpital, en particulier pour les éléments mesurant les défauts, le temps d'attente ou l'utilisation d'une pratique exemplaire. Par exemple, l'objectif zéro défaut, aucun temps d'attente ou 100 % d'adoption d'une pratique clinique recommandée peut représenter un rendement optimal théorique. Mais dans le cas d'autres indicateurs et en particulier de ceux qui sont liés à une partie du processus morbide, il n'est pas réaliste de viser un rendement optimal théorique parce que les indicateurs peuvent être réduits, mais non être éliminés. Par exemple, les réadmissions peuvent être réduites, mais non éliminées, parce que certaines personnes, par exemple, peuvent avoir besoin de revenir à l'hôpital à cause d'une complication inévitable. De même, il est probablement impossible d'éliminer l'infection à la bactérie *C. difficile* acquise, parce que si des patients pouvant en être naturellement porteurs reçoivent certains antibiotiques, cela peut provoquer chez eux une diarrhée associée à la bactérie, même si l'hôpital a tout fait pour prévenir l'infection.

Plusieurs hôpitaux se sont fixé des objectifs audacieux et réalistes, fondés sur un rendement optimal théorique. Par exemple :

- le Mental Health Centre Penetanguishene et le Dryden Regional Health Centre comptent effectuer un bilan comparatif des médicaments pour tous les patients (100 %);
- le Campbellford Memorial Hospital compte parvenir à une conformité à 100 % à son protocole de supervision rigoureuse des antibiotiques;
- le Kirkland and District Hospital compte augmenter l'usage de la prophylaxie pour la thromboembolie veineuse (TEV), de < 50 % à 75 % en 2011-2012, puis à 100 % en 2012-2013;

2. Locke, Edwin A., Shaw, Karyll N., Saari, Lise M., Latham, Gary P. (1981). « Goal Setting and Task Performance : 1969–1980. », *Psychological Bulletin* (American Psychological Association), vol. 90, n° 1, p. 125-152, [http://datause.cse.ucla.edu/DOCS/eal\\_goal\\_1981.pdf](http://datause.cse.ucla.edu/DOCS/eal_goal_1981.pdf). Document consulté le 17 octobre 2011.

- le Windsor Regional Hospital a l'intention de faire diminuer les incidents médicamenteux d'alerte élevée, de 18 à 0;
- le Georgian Bay General Hospital (GBGH) et le Hamilton Health Sciences Centre (HHSC) veulent parvenir à 100 % d'utilisation de la liste de vérification de la sécurité des interventions chirurgicales; elle était de 97,6 % au GBGH et de 93, 7 % au HHSC.

## 2. Viser le meilleur résultat obtenu ailleurs

Une autre solution consiste à établir des objectifs fondés sur ce qui se fait de mieux ailleurs. Nous avons à présent de nombreux exemples d'obtention d'un taux zéro pour les pneumonies sous ventilation assistée (PVA) et les infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC). Par exemple, presque toutes les unités de soins intensifs (USI) du Michigan se sont rattachées au projet Keystone et, après la mise en œuvre du volet sur les ICC, la majorité d'entre elles ont maintenu un taux zéro de CIC<sup>3</sup>. Dans le cadre du projet de collaboration entre USI du Rhode Island, plus de la moitié des unités participantes ont réussi à atteindre un taux zéro de PVA<sup>4</sup>. Dans le *Quality Monitor 2011* de QSSO, on notait que le North York General avait maintenu la PVA à zéro pendant deux ans et que le Windsor Regional Hospital avait également réduit à zéro le taux de CICI.

Plusieurs hôpitaux se sont fixé des objectifs audacieux fondés sur le meilleur résultat obtenu ailleurs. Par exemple :

- le Queensway Carleton Hospital compte réduire les PVA de 0,57 à 0 et les CIC, de 0,51 à 0;
- le Grand River Hospital a l'intention de réduire les PVA de 2,55 à 0 et les CIC, de 1,33 à 0;
- St.Thomas-Elgin compte réduire les PVA de 3,17 à 0.

## 3. Viser un classement au 90<sup>e</sup> percentile dans sa catégorie

Les Centres for Medicare et Medicaid Services viennent de proposer comme objectif audacieux d'atteindre le 90<sup>e</sup> percentile dans leur catégorie<sup>5</sup>. En Ontario, cela serait un objectif audacieux de qualité si le point de départ ou le point de référence de l'hôpital est nettement inférieur.

Dans la série de PAQ de 2011, aucun hôpital n'a adopté le 90<sup>e</sup> percentile comme objectif, mais certains veulent réussir à se placer dans le tiers supérieur de leur catégorie.

## 4. Viser une réduction de moitié d'un défaut ou d'un gaspillage dans le cycle de planification en cours

L'objectif du rendement optimal théorique (option 1) peut être idéal, mais il peut être plus réaliste et faisable de cibler une réduction précise d'un problème, et cela peut représenter un pas en direction du rendement optimal plus théorique. Ce type d'objectif fonctionne mieux avec les indicateurs pour lesquels un maximum théorique peut se définir aisément, par exemple zéro défaut, zéro temps d'attente et 100 % d'adoption d'une pratique exemplaire.

Plusieurs hôpitaux semblent avoir fait appel à ce principe pour établir les objectifs de conformité aux pratiques d'hygiène des mains, essentiellement en diminuant d'environ la moitié le taux de non-conformité. La figure 4 illustre certains de ces exemples.

FIGURE 4 : EXEMPLES D'OBJECTIFS RELATIFS À L'HYGIÈNE DES MAINS

Hôpital	Point de référence	Objectif
St Michael's	65 %	80 %
Guelph General	65 %	80 %
Bluelwater	45 %	75 %
St. Thomas-Elgin	63 %	80 %

3. Pronovost, P.J., Goeschel, C.A., Colantuoni, E., Watson, S., Lubomski, L.H., Berenholtz, S.M., Thompson, D.A., Sinopoli, D.J., Cosgrove, S., Sexton, J.B., Marsteller, J.A., Hyzy, R.C., Welsh, R., Posa, P., Schumacher, K. et Needham, D. « Sustaining reductions in catheter related bloodstream infections in Michigan intensive care units: observational study », *BMJ*, 4 février 2010, vol. 340, n° 309, doi:10.1136/bmj.c309.

4. DePalo, V.A., McNicoll, L., Cornell, M., Rocha, J.M., Adams, L., Pronovost, P.J. « The Rhode Island ICU collaborative: a model for reducing central line-associated bloodstream infection and ventilator-associated pneumonia statewide », *Qual Saf Health Care*, décembre 2010, vol. 19, n° 6, p. 555-561.

5. U.S. Department of Health and Human Services. Report to Congress: Plan to Implement a Medicare Hospital Value-Based Purchasing Program. <http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/downloads/Hospital.pdf>. Document consulté le 17 octobre 2011.

## 5. Viser un taux d'amélioration correspondant à celui d'autres organisations

Pour certains indicateurs de qualité, il n'existe pas de points de repère bien définis en matière de rendement (ex. : le meilleur résultat obtenu ailleurs). Dans d'autres cas, l'hôpital ne peut comparer son rendement à celui d'autres hôpitaux en raison des différences de clientèle. Pour ce qui est de l'expérience des patients, le rendement optimal théorique pourrait être de 100 %, mais un tel précédent n'existe pas, même dans d'autres industries, et les organisations qui se sont efforcées d'améliorer cet indicateur ont pu obtenir une amélioration lente, mais régulière au fil du temps.

Une des approches qu'il est possible d'adopter pour établir les objectifs de ces indicateurs consiste à examiner les meilleurs taux d'amélioration obtenus par les organisations ayant mis l'accent sur les mêmes problèmes. Par exemple, nous avons déjà des exemples d'hôpitaux au Canada et à l'étranger qui ont réussi à réduire de cinq à dix points par an leur ratio de mortalité normalisé (RNMH). Voici certains des hôpitaux qui ont adopté ce principe :

- le Windsor Regional Hospital, qui a l'intention de réduire son RNMH de 101 à 90 en s'efforçant de diminuer le taux de septicémie;
- le Niagara Health System, qui compte réduire son RNMH de 105 à 95 en concentrant leurs efforts sur la septicémie, les thromboembolies veineuses et un système d'alerte rapide.

## 6. Viser la moyenne (*uniquement dans les cas où une organisation se situe très en dessous*)

Une approche de l'établissement d'objectifs consiste à observer le rendement moyen ou médian du secteur. *Toutefois, nous recommandons la prudence, parce que, dans la plupart des cas, une qualité moyenne n'est pas souhaitable et est éloignée du rendement optimal ou du meilleur résultat démontré ailleurs.* Cette approche ne devrait être envisagée que dans les cas où le point de référence en matière de qualité de l'organisation se situe bien en dessous de la moyenne. Par exemple, un hôpital s'est fixé comme objectif d'atteindre la moyenne provinciale de 66 %, car son taux de référence était de 52 %. Même dans ce cas, ce type d'objectif devrait être envisagé à court terme, l'objectif à long terme devant

dépasser la moyenne provinciale, comme dans les exemples énumérés ci-dessus.

## ASPECTS DE L'ÉTABLISSEMENT DES OBJECTIFS À AMÉLIORER

Bon nombre des PAQ de 2011, quel que soit le type d'hôpital – grands centres d'enseignement ou petits hôpitaux de collectivité rurale – n'avaient pas inclus d'objectifs audacieux pour toutes leurs priorités. L'analyse a permis de cerner trois problèmes majeurs : les objectifs fixés étaient inférieurs à leur rendement de base, les objectifs représentaient une amélioration négligeable ou minime, ou les mesures et les objectifs de base manquaient.

Dans cette section, nous décrivons les problèmes relevés dans les PAQ, leurs causes profondes et les stratégies proposées pour les résoudre. Il convient de noter que la liste des causes profondes n'est pas définitive et qu'elle a été dressée à partir des consultations menées avec le milieu dans des forums d'enseignement et d'entretiens avec les responsables d'hôpitaux, et non à partir des PAQ des hôpitaux. Les hôpitaux devraient toujours effectuer leur propre analyse interne des causes fondamentales, et nous les invitons à réfléchir aux causes profondes particulières à leurs organisations. La liste que nous proposons doit être considérée comme un point de départ pour la discussion. De même, les stratégies proposées se fondent sur l'analyse des plans effectuée par QSSO, mais nous invitons les hôpitaux à organiser des séances de remue-méninges pour trouver des idées permettant de renforcer leurs plans.

### 1. Cibler des objectifs inférieurs au rendement de base

Plusieurs hôpitaux ont fixé des objectifs inférieurs à leur point de référence. Cet écart a été observé pour des indicateurs situés à tous les niveaux de priorité. Voici des exemples<sup>6</sup> :

- attente en salle d'urgence (SU) pour les patients admis : 90<sup>e</sup> percentile
  - point de référence : 21,4 heures; objectif : 25 heures (priorité 1)
- temps passé en SU jusqu'à l'évaluation du médecin
  - point de référence : 2,9 heures; objectif : 3,2 heures (priorité 1)

6. Certains chiffres de la source originale ont été arrondis.

- hygiène des mains
  - point de référence : 77 %; objectif : 75 % (priorité 2)
- Infections par cathéter central
  - point de référence : 0; objectif : 1,2 (priorité 2)
- RNMH
  - point de référence : 83; objectif <100 (priorité 3)
- C difficile
  - point de référence : 0,14; objectif : 0,34 (priorité 3)
- pneumonie sous ventilation assistée (PVA)
  - point de référence : 1; objectif 2 (priorité 3)

Les hôpitaux ont décrit au moins deux causes profondes pour expliquer ce phénomène dans la section du modèle réservée aux commentaires :

- L'organisation pensait que le rendement « moyen » était l'objectif, même si le rendement actuel était déjà supérieur à la moyenne. C'était particulièrement fréquent dans le cas du RNMH, où l'on supposait que 100 était l'objectif.
- L'organisation comptait maintenir la qualité au niveau actuel parce que l'indicateur n'était pas une priorité principale; toutefois, l'hôpital a établi un objectif inférieur au rendement de base afin de permettre une variation aléatoire dans l'indicateur.

Bien que les interprétations de ce qui était demandé s'expliquent, elles posent un sérieux problème dans la mesure où le public ou les employeurs peuvent regarder les objectifs chiffrés et mal comprendre le but fixé, ce qui pourrait avoir un effet négatif sur la réputation de l'hôpital.

### Considérations

QSSO suggère aux organisations de tenir compte des éléments suivants pour les PAQ des années suivantes :

1. Les lignes directrices sur les PAQ incitent les hôpitaux qui sont déjà « au-dessus de la moyenne » à se fixer des objectifs qui les maintiennent au moins au même niveau. En conservant leurs résultats supérieurs, ces hôpitaux peuvent continuer à montrer la voie aux autres organisations.
2. Pour les organisations qui veulent vraiment se maintenir au même niveau, le modèle du PAQ contient une entrée leur permettant de saisir comme cible le niveau actuel avec une variation aléatoire positive ou

négative. Dans ce cas, il ne serait pas nécessaire de fixer un objectif inférieur au rendement actuel pour permettre une variation aléatoire.

### 2. Objectifs qui représentent une amélioration négligeable ou minime

Certains hôpitaux ont fixé des objectifs qui représentent une amélioration minime par rapport au rendement de base. Dans certains cas, il s'agissait d'une amélioration de moins de 1 %; dans d'autres cas, l'objectif était identique au rendement actuel. Ce genre d'objectif n'aidera pas les organisations qui cherchent à améliorer leur rendement. En voici des exemples :

- hygiène des mains
  - point de référence : 79 %; objectif : 80 % (priorité 1)
- réadmissions
  - point de référence : 14,4 %; objectif : 14,6 % (priorité 2)
- PVA
  - point de référence : 1,10; objectif 1,10 (priorité 1)
- liste de vérification de la conformité pour les interventions chirurgicales
  - point de référence : 93 %; objectif : 93 % (priorité 2)

Les causes profondes pouvant expliquer ce phénomène étaient, entre autres, les suivantes :

- manque de clarté sur ce qui constitue un objectif audacieux
- réticence à fixer un objectif audacieux une année où la rémunération des cadres est liée à la qualité (en vertu de la LESPT), mais où la rémunération globale a été gelée en vertu de la législation sur la modération des salaires dans la fonction publique. Comme c'est la première année de ce changement radical, il se peut que la gestion de la rémunération des cadres au rendement soit nouvelle pour le conseil d'administration.

### Considérations

Pour s'assurer que les hôpitaux se fixent des objectifs audacieux à l'avenir, QSSO suggère que les organisations envisagent les solutions suivantes :

1. Faire participer les cliniciens au processus d'établissement des objectifs pour s'assurer que les objectifs sont difficiles, mais réalistes. Cela favorise la prise en charge et l'acceptation des objectifs des initiatives d'amélioration du rendement.

2. Réfléchir avec soin à ce que les objectifs globaux du PAQ devraient être pour décrire ce à quoi l'organisation aspire et ce que l'objectif devrait être en ce qui concerne la rémunération des cadres. Aucune exigence législative n'indique de manière explicite que ces deux types d'objectifs doivent être exactement équivalents. Certains objectifs d'amélioration pourraient être liés à la rémunération des cadres, mais pas tous. Par exemple, si un hôpital veut se donner pour objectif audacieux de réduire le nombre de jours ANS (autre niveau de soins), cette réduction dépend en partie des mesures que les hôpitaux peuvent prendre et en partie de l'action d'autres partenaires (ex. : soins à domicile ou soins primaires). Les directeurs généraux peuvent influencer, mais non gérer les actions de ces partenaires. Dans ce cas, il peut être raisonnable de lier la rémunération des directeurs généraux aux mesures qu'ils peuvent gérer, mais non à celles qu'ils influencent, mais ne maîtrisent pas.

### 3. Mesures ou objectifs de base manquants

Les hôpitaux n'ont pas établi d'objectifs chiffrés précis pour certaines priorités. Ils ont plutôt indiqué que l'objectif devrait être « meilleur », qu'ils voulaient « atteindre la moyenne » ou atteindre la « moyenne dans leur catégorie ». Dans ces cas, les hôpitaux n'ont pas donné d'explication claire du manque d'objectifs chiffrés.

Il est arrivé également que les hôpitaux ne fournissent pas de mesure de base du rendement avec l'objectif. Il a donc été difficile d'évaluer si l'objectif était ou non un objectif audacieux. Cela a plus souvent le cas lorsqu'un hôpital voulait s'améliorer dans un domaine où aucune donnée n'a encore été recueillie. Le manque de données de base rend difficile l'établissement d'un objectif réaliste.

### Considérations

Pour éviter cette lacune à l'avenir :

1. les lignes directrices sur les PAQ devraient insister davantage sur le fait que des objectifs chiffrés sont indispensables pour se conformer à la législation;
2. les lignes directrices peuvent inclure des exemples d'objectifs audacieux adéquats à reprendre par d'autres hôpitaux;

3. si des hôpitaux n'ont pas de données de base, les lignes directrices doivent suggérer que, dans le cadre de leur processus du PAQ, les hôpitaux indiquent le moment où ils auront terminé la collecte de données de base et rendent public un plan actualisé avec un objectif chiffré.

### Idées de changement

Dans leurs PAQ, les hôpitaux devaient proposer des idées de changement pour tous leurs indicateurs de priorité 1.

Les idées de changement sont importantes. Elles aident une organisation à élaborer sa stratégie d'amélioration, à cerner les principales pratiques exemplaires fondées sur des faits probants qui sont à mettre en œuvre, à prévoir les obstacles courants à la mise en œuvre et à créer un plan tenant compte de ces obstacles. Lorsqu'ils trouvent des idées de changement, les hôpitaux doivent penser aux stratégies de changement sous deux angles :

1. D'après les preuves scientifiques, quelles pratiques ou activités particulières déboucheraient sur une amélioration? Il peut s'agir de certains traitements, de certains médicaments ou d'examen à administrer ou à effectuer pour certains types de patients, que l'on trouve souvent dans les lignes directrices sur la pratique clinique.
2. Quels changements ou approches en gestion organisationnelle peuvent faire en sorte que certaines pratiques cliniques exemplaires soient adoptées systématiquement et non la moitié du temps? C'est un élément important parce que l'ensemble de la preuve montre que les pratiques exemplaires ne sont pas souvent mises en œuvre systématiquement. En effet, beaucoup ne le sont que la moitié du temps, 15 à 20 ans après que la preuve a été démontrée clairement<sup>7</sup>.

Pour concevoir des idées de changement efficaces, les hôpitaux doivent comprendre les causes fondamentales qui influent sur la systématisation d'une pratique et les problèmes organisationnels qui limitent cette application uniforme des pratiques exemplaires.

7. Balas, E.A., Boren, S.A. « Managing clinical knowledge for health care improvement ». In: *Yearbook of Medical Informatics 2000: Patient-Centered Systems*. Stuttgart, Allemagne, Schattauer, 2000, p. 65-70.

La figure 5 illustre certaines des causes profondes de la qualité médiocre, et les types d'idées de changement qui peuvent les éliminer. Si nous voulons que les activités d'amélioration des organisations soient couronnées de succès, elles doivent s'attaquer aux causes profondes, en commençant par les plus importantes et en s'y attaquant par ordre de priorité.

## CONSTATATIONS

Plusieurs PAQ de 2011 comprenaient d'excellents exemples d'idées de changement, qui prenaient les choses à la racine et répondaient à un problème spécifique. Dans le cas des soins axés sur le patient, un exemple de PAQ intégrait un vaste éventail d'éléments de ce type : le plan de gestion de la douleur du Trillium Health Centre (voir la figure 6).

FIGURE 5 : CAUSES FONDAMENTALES DE LA QUALITÉ MÉDIocre ET CHANGEMENTS PROPOSÉS

Cause fondamentale	Changements
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fournisseurs ignorent le degré de médiocrité réel du rendement.</li> <li>• On oublie facilement, on est occupé, c'est trop compliqué ou on n'est pas au courant d'une pratique exemplaire.</li> <li>• Processus médiocres et non normalisés</li> <li>• Manque de compétence pour appliquer les pratiques exemplaires, ou détérioration au fil du temps.</li> <li>• Ressources ou capacités inadéquates ou insuffisantes</li> <li>• les patients ne sont pas au courant de leur rôle ou des solutions qui existent, et on ne les fait pas participer.</li> <li>• Pas d'incitation au changement ni de motivation à changer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systèmes de mesure et de rétroaction</li> <li>• Systèmes de rappel, aides à la décision clinique</li> <li>• Processus remaniés</li> <li>• Formation ET vérification des compétences, accueil et intégration des nouveaux employés, ou création de groupes d'employés ou d'équipes spécialisées</li> <li>• Investissements ciblés ou réorientation de la capacité s'il y a lieu</li> <li>• Participation des patients — éducation, participation à la conception</li> <li>• Reconnaissance, primes, leadership motivant, responsabilisation, rémunération des cadres liée à la qualité</li> </ul>

FIGURE 6 : PLAN DE GESTION DE LA DOULEUR DU TRILLUM HEALTH CENTRE

Concept de changement	Idées de gestion de la douleur	Changements
Systèmes de mesure et de rétroaction	Base de données sur la gestion de la douleur	S. O.
Systèmes de rappel, aides à la décision clinique	Séries de commandes normalisées	Contrôle des dossiers médicaux
Processus remaniés	Protocoles de pré-procédure, plans de gestion de la douleur, normalisation des pratiques relatives aux stupéfiants	Contrôle des dossiers médicaux
Formation ET vérification des compétences, accueil et intégration des nouveaux employés ou création de groupe d'employés ou d'équipes spécialisées	Formation aux compétences en évaluation de la douleur; création d'équipes formées en gestion de la douleur et disponibles pour les activités de consultation	Nombre d'activités de consultation, taux de satisfaction à l'égard de l'équipe
Participation des patients — éducation, participation à la conception	Enseignement des patients aux fins de la participation à l'évaluation de la douleur	Nombre de patients suivant la formation
Reconnaissance, primes, leadership motivant, responsabilisation, rémunération des cadres liée à la qualité	Comité spécial sur la douleur qui rend compte au comité médical consultatif (CMC)	Nombre de réunions, taux de participation

## 1. HYGIÈNE DES MAINS

En ce qui concerne l'hygiène des mains, il y avait de nombreux exemples de plans qui intégraient une large série d'idées de changement comme celui du

St. Michael's Hospital. Comme l'illustre la figure 7, la mise en commun des meilleures idées de divers hôpitaux débouche sur un plan riche qui tient compte de toutes les catégories de changement.

FIGURE 7 : IDÉES DE CHANGEMENTS POUR AMÉLIORER LA CONFORMITÉ DES PRATIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS

Concept de changement	Idées de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital
<b>Mesure et rétroaction</b>	Mettre à l'épreuve une nouvelle technologie de surveillance de l'hygiène des mains dans une unité	Pourcentage de la conformité dans l'unité d'intervention	Amélioration de 10 % de la conformité	St Michael's
	Rétroaction postérieure sur la conformité pour chaque unité.	Pourcentage des unités de patients hospitalisés qui ont une affiche par trimestre	100 %	St Michael's
	Inclusion des taux d'hygiène des mains chez les médecins sur le tableau de bord du comité médical consultatif	Pourcentage de conformité au premier moment	93 %	Hôtel-Dieu Grace Hospital
<b>Rappels, outils de soutien clinique</b>	Créer un mot codé pour tout l'hôpital à utiliser lorsqu'on laisse passer des occasions d'utiliser les pratiques normalisées d'hygiène des mains	Pourcentage de conformité aux pratiques d'hygiène des mains avant un contact avec un patient	Augmentation de 5 % dans l'unité pilote	Chatham Kent Health Alliance
	La campagne de sensibilisation comprend des méthodes novatrices planifiées pour élever le degré de sensibilisation à la conformité aux pratiques d'hygiène des mains (ex. « N'hésitez pas à demander... » « Prenez un moment pour... »)	Taux d'achèvement de la campagne de sensibilisation	90 %	Collingwood General & Marine

FIGURE 7 : IDÉES DE CHANGEMENTS POUR AMÉLIORER LA CONFORMITÉ DES PRATIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS (SUITE)

Concept de changement	Idées de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital
<b>Rappels, outils de soutien clinique</b> (suite)	Saisir des messages-guides sur l'hygiène des mains dans les programmes économiseurs d'écrans	Pourcentage de saisie de messages guides sur l'hygiène des mains dans les programmes économiseurs d'écrans des ordinateurs aux postes de soins infirmiers	100 % des 14 unités de patients hospitalisés	Toronto Rehabilitation Institute
<b>Amélioration de processus</b>	Placement d'affichettes « VIDE » sur tous les distributeurs de désinfectant pour permettre à tous les usagers de signaler qu'un distributeur est vide	Pourcentage de placement	100 %	University Health Network
	Préparer un schéma de déroulement des tâches et une évaluation du risque pour faciliter le placement des produits et des postes de travail		100 %	Women's College
<b>Perfectionnement des compétences</b>	Former les nouvelles recrues au moyen du cyberapprentissage	Pourcentage des nouvelles recrues ayant reçu une formation sur les pratiques d'hygiène des mains	80 %	St Michael's
	Former les nouvelles recrues au moyen du cyberapprentissage	Pourcentage des employés en poste ayant reçu une formation sur les pratiques d'hygiène des mains	70 %	St Michael's
<b>Participation des patients</b>	Placer de nouvelles affiches dans les chambres des patients : « Rappelez-moi de me laver les mains si je ne l'ai pas fait ».	S. O.	S. O.	Southlake
<b>Incitatifs/Motivation</b>	Primes aux unités qui ont le meilleur rendement ou dont le rendement s'est le plus amélioré.	Nombre de trimestres où des primes ont été remises	Primes remises à deux unités par trimestre	St Michael's

## 2. RÉADMISSIONS

En employant la même méthode qui consiste à combiner les idées de changement des PAQ de divers hôpitaux, on obtient un plan tout aussi robuste pour les réadmissions, comme le montre la figure 8.

FIGURE 8 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR RÉDUIRE LES TAUX DE RÉADMISSIONS

Concept de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital
<b>Mesure et rétroaction</b>	Fournir des données trimestrielles aux médecins sur les réadmissions; sujet inclus dans la réunion et les procès-verbaux du comité médical consultatif	Les données sur le nombre de jours sont fournies aux médecins dès qu'elles sont disponibles	Dans les 30 jours à partir du moment où elles sont disponibles	Nigipon District Memorial
<b>Amélioration de processus</b>	Prévoir un rendez-vous de suivi dans les cinq jours avant le congé du patient ou une visite à domicile des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) avant le congé	Pourcentage de rendez-vous pris dans les cinq jours avant le congé du patient (au moyen du contrôle du dossier médical)	Aucune indication	Toronto East General
	Création d'une unité de soins virtuelle. Des gestionnaires de cas évaluent les patients des unités de soins virtuelles en effectuant des appels téléphoniques réguliers et ils assurent la gestion des cas	Pourcentage de réadmissions d'urgence non prévues	Réduction de 5 %	Toronto East General
	Améliorer les résultats pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) ayant reçu leur congé, au moyen d'un appel téléphonique de suivi effectué par une infirmière praticienne dans un délai de quatre jours ouvrables.	Contrôle des dossiers médicaux des patients atteints d'ICC pour trouver le pourcentage de dossiers de patients ayant reçu leur congé de l'hôpital contenant une note sur un appel téléphonique de suivi.	Taux actuel de réadmissions de patients atteints d'ICC à CKHA = 20,2 % au cours de l'année civile 2009. Abaisser ce taux de réadmissions à 19 % en 2011	Chatham Kent Health Alliance

FIGURE 8 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR RÉDUIRE LES TAUX DE RÉADMISSIONS (SUITE)

Concept de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital
<b>Perfectionnement des compétences</b>	Examiner l'efficacité et l'utilisation des trousse de formation sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en procédant à un contrôle des dossiers médicaux de tous les patients atteints de la MPOC	Pourcentage de réadmissions de patients atteints de la MPOC par trimestre	Réduction de 20 % des réadmissions de patients atteints de la MPOC	Woodstock General
<b>Rappels, outils de soutien clinique</b>	Utiliser des séries de commandes normalisées pour les patients admis atteints de la MPOC et établir un point de référence	Pourcentage d'utilisation des séries pré-imprimées de commandes normalisées pour les patients atteints de la MPOC	Des séries de commandes normalisées sont dans le dossier médical de 50 % des patients atteints de la MPOC	Cambridge Memorial
	Concevoir une liste de vérification à utiliser par les médecins au moment du congé de l'hôpital	Temps de traitement des résumés de dossier de congé et pourcentage des bilans comparatifs de médicaments au moment du congé	Aucune indication	Timmins et District
<b>Investissements ciblés</b>	L'ED/FHT EMR Access Project donne un accès sécurisé aux médecins urgentistes aux dossiers médicaux de l'équipe de santé familiale (ESF) locale qui dessert les patients.	Pourcentage du temps d'arrêt (accès sécurisé au dossier médical de l'ESF)	Temps d'arrêt <10 %	Collingwood General et Marine
<b>Incitatifs/Motivation</b>	Aucun exemple trouvé			
<b>Participation des patients</b>	Mettre en œuvre une stratégie de formation sur le passeport des patients atteints de la MPOC à l'intention des fournisseurs de soins et mieux les informer de l'objectif de réduction du taux de réadmission de ces patients.	Pourcentage de fournisseurs de soins en salle d'urgence et dans les unités médicales ayant suivi les séances de formation permanente sur la MPOC	60 % des fournisseurs de soins ont suivi les séances de formation (infirmières et autres professionnels de la santé, et médecins de famille)	Cambridge Memorial

### 3. EXPÉRIENCES DU PATIENT

La figure 9 illustre un plan solide visant à améliorer l'expérience des patients, fondé sur les idées de changement trouvées par un certain nombre d'hôpitaux.

FIGURE 9 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS

Concept de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital
<b>Mesure et rétroaction</b>	Intégrer un indicateur sous forme de question : « Recommanderiez-vous l'hôpital à vos amis et aux membres de votre famille? » sur tous les registres du programme d'appels téléphoniques après le congé de l'hôpital (PDPC)	Pourcentage de secteurs intégrant l'indicateur sous forme de question	100 %	Toronto East General
	Résultats tabulés chaque semaine du sondage interne sur la satisfaction des patients. Le rendement est suivi par le personnel chaque semaine dans le cadre de brèves séances de discussion sur le rendement quotidien des comités de vérification du rendement	Pourcentage de personnes interrogées ayant répondu clairement oui à la question « Recommanderiez-vous l'hôpital à vos amis et aux membres de votre famille? »	70 %	St Thomas-Elgin General
<b>Amélioration de processus</b>	Améliorer le délai de réponse aux sonnettes d'appel en mettant en œuvre le programme Releasing Time To Care dans les unités de soins actifs, aux deux sites. L'accent doit être mis sur le module de changement de quart et sur l'élaboration et la mise en œuvre d'un sondage relatif à la réponse « juste-à-temps » effectué auprès des patients admis, qui cerne les aspects précis d'amélioration influant sur la recommandation des patients.	Pourcentage de réponses favorables à la question du sondage de NRC Picker : « Une fois que vous avez appuyé sur le bouton d'appel, diriez-vous que l'attente était raisonnable? » Rendement actuel : 49,4 % à la fin septembre 2010	Amélioration de 20 %, pour atteindre 59,3 %	Markham Souffville

FIGURE 9 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS (SUITE)

Concept de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital
<b>Amélioration de processus</b> <i>(suite)</i>	Sondage sur les appels téléphoniques après le congé de l'hôpital pour créer une meilleure expérience des patients des services de médecine et des urgences	Pourcentage des appels téléphoniques effectués auprès des patients à haut risque des services de médecine et des urgences après leur congé	10 %	York Central
<b>Perfectionnement des compétences</b>	Préparer une exposition sur l'expérience des patients pour échanger des pratiques modèles. L'exposition permettra au personnel d'en savoir davantage sur les pratiques mises en œuvre actuellement à l'hôpital et d'examiner d'autres possibilités de pratiques exemplaires.	L'activité sera organisée avant le 31 mars 2012.	Réalisation à 100 %	Sunnybrook
	Mettre en œuvre un programme de service à la clientèle à l'échelle de l'hôpital. Le programme comprend des outils tels des exercices d'introspection et des jeux de rôles axés sur l'amélioration de la communication avec les clients.	Pourcentage des dirigeants de l'organisation ayant assisté à une séance de formation sur l'expérience des clients	85 %	Sunnybrook
<b>Rappels</b>	Utiliser une liste de vérification au moment du congé de l'hôpital pour créer une meilleure expérience des patients dans les services de médecine et des urgences, dans le but ultime d'améliorer le résultat de continuité et de transition	Pourcentage de listes de vérification remplies dans les services de médecine et d'urgence	70 %	York Central

FIGURE 9 : IDÉES DE CHANGEMENT POUR AMÉLIORER L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS (SUITE)

Concept de changement	Idée de changement	Mesure du processus	Objectif du processus	Hôpital
<b>Incitations, motivation et responsabilisation</b>	Normes de conduite mises en œuvre pour tous les employés et les médecins.	Pourcentage de normes de conduite mises en œuvre	100 %	Hôpital d'Ottawa
	Concevoir et implanter le bureau de l'expérience des patients, lequel mettra en œuvre divers outils et services qui contribuent à améliorer l'expérience des patients et de leur famille.	Pourcentage de la mise en œuvre du bureau de l'expérience des patients	100 % d'ici le 31 mars 2012	Sunnybrook
<b>Participation des patients</b>	Le <i>Family Leadership Program</i> donne aux familles la possibilité de conseiller Holland Bloorview sur ses politiques et ses programmes, de communiquer leurs expériences des soins de santé et de fournir un appui entre pairs à d'autres familles	Nombre de clients et de familles ayant reçu une formation du programme de direction et nombre de clients participant à des programmes ou des initiatives sur la qualité ou la sécurité	60 clients ou familles participent au programme de direction pour la famille	Holland Bloorview Kids Rehabilitative
	Mettre en œuvre le plan de travail du Patient and Family Advisory Council, qui prévoit que des conseillers en expérience des patients (CEP) siègent dans les groupes de planification et de décision	Nombre de CEP siégeant aux principaux groupes de planification et de décision	15 CEP sont membres de comités et de conseils	Kingston General

## ASPECTS À AMÉLIORER EN CE QUI CONCERNE LES IDÉES DE CHANGEMENT

En analysant les idées de changement des PAQ de 2011, QSSO a cerné plusieurs problèmes auxquels ont été confrontés les hôpitaux dans l'élaboration des stratégies de changement :

- ils n'ont pas trouvé d'idées de changement ou n'en ont trouvé qu'une;
- ils ont inclus une analyse des causes profondes, mais pas d'idées de changement pour s'attaquer aux causes profondes;
- ils n'ont pas précisé d'indicateur ou d'objectif pour le processus afin de décrire la mise en œuvre réussie d'une idée de changement

### 1. Idées de changement non indiquées ou nombre limité d'idées de changement

Beaucoup de PAQ des hôpitaux ne décrivaient pas clairement leurs idées de changement ou n'en indiquaient qu'une. L'idée de changement la plus courante était le perfectionnement du personnel ou la formation en cours d'emploi, par exemple :

- offrir des services à l'interne sur les pratiques exemplaires relatives à l'expérience des patients;
- offrir des possibilités d'apprentissage aux gestionnaires et aux employés;
- assurer le mentorat, l'encadrement ou des exercices d'équipe ou la formation interne.

Le problème que pose la dépendance excessive à l'égard de la formation du personnel comme stratégie de changement est qu'elle suppose que le manque de connaissance est la seule cause fondamentale et qu'on ne s'attaque pas à des aspects tels que l'amélioration des processus. Les dirigeants des hôpitaux qui veulent vraiment se servir de la formation du personnel comme idée de changement pourraient donner des précisions sur la mise en œuvre et la surveillance du projet de formation, pour vérifier qu'ils répondent aux questions suivantes :

- Les employés y participent-ils?
- Même s'ils y participent, assimilent-ils l'information?

- Même s'ils assimilent l'information, l'utilisent-ils dans leur travail?
- Même s'ils acquièrent une compétence, sommes-nous vraiment sûrs qu'ils peuvent l'utiliser correctement?
- Même s'ils exécutent bien l'activité, vont-ils oublier la compétence à long terme?

Le caractère limité des idées de changement des PAQ de 2011 peut s'expliquer par le fait que, la première année du processus :

- les hôpitaux n'étaient pas sûrs du degré de précision attendu pour la description des idées de changement;
- les organisations peuvent avoir l'habitude d'utiliser la formation comme premier ou seul levier du changement;
- les organisations peuvent ne pas être conscientes de l'ampleur des possibilités qui s'offrent à elles;

Pour encourager les hôpitaux à saisir un plus large éventail d'idées de changement dans les plans futurs, nous devrions, dans les lignes directrices sur les PAQ de l'an prochain, leur demander de prendre en considération toutes les causes profondes et les idées de changement liées aux causes profondes dans leurs plans et d'y inclure des exemples de plans de changement global qui traitent tous les concepts de changement.

### 2. Une analyse des causes profondes plutôt qu'une stratégie de changement

Dans certains PAQ, les hôpitaux n'ont indiqué aucune idée de changement; ils ont présenté un plan pour recueillir des données, analyser les causes profondes, afin de définir ensuite les idées de changement.

Même s'il est de bonne pratique de déterminer les causes profondes avant de définir la stratégie de changement, QSSO recommande que ce processus soit mis en œuvre avant que les hôpitaux préparent leur PAQ. Si cela est impossible, ils pourraient indiquer une date cible de présentation de leurs idées de changement et s'engager à les diffuser publiquement à cette date.

### 3. Aucun indicateur ou d'objectif de processus pour les idées de changement

Fréquemment, les hôpitaux ont indiqué une idée de changement, mais ne l'ont pas rattachée à un indicateur ou à un objectif de processus. Il faut établir ce lien, car sans ces indicateurs, l'organisation aura du mal à savoir si une idée d'amélioration a été mise en pratique avec succès. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette lacune dans l'information, notamment :

- les organisations n'étaient pas certaines de ce qu'on leur demandait;
- les hôpitaux peuvent ne pas être sûrs de la valeur ajoutée de la mesure à ce niveau;
- il n'existe pas de normes ou de procédures claires pour mesurer l'adoption de l'idée du changement.

Pour éviter ce problème à l'avenir, les lignes directrices sur les prochains PAQ devraient donner plus d'exemples d'indicateurs et d'objectifs possibles de processus permettant de mesurer l'effet des idées de changement, tels que :

- formation/compétences :
  - pourcentage d'employés assistant à la formation (le plus faible);

- pourcentage d'employés obtenant une certification quelconque;
- pourcentage d'employés observés utilisant les compétences correctement (le plus fort);
- Amélioration des processus
  - Processus de vérification – déclaration du pourcentage du temps pour mettre en œuvre le processus ou pour le mettre en œuvre correctement la première fois (ex. : taux de réussite la première fois)
- Systèmes de rappels
  - pourcentage de fois où le rappel a été réellement utilisé
- Participation des patients
  - pourcentage de fois où les patients déclarent comprendre l'information sur les soins qu'ils reçoivent : envisager de recueillir ces données à l'aide d'un minisondage.

## Conclusion

L'analyse à l'appui l'apprentissage que nous venons de présenter a permis de mettre en évidence l'excellent travail que 152 hôpitaux ont accompli pour créer leurs premiers plans d'amélioration de la qualité comme l'exige la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, et de donner des exemples de plans qui sortaient du lot en raison de leur vision et de leur stratégie claires d'amélioration. Beaucoup de PAQ montraient que les hôpitaux avaient des idées d'amélioration qui serviront de modèles au prochain cycle du PAQ qui doit débiter fin novembre 2011.

Trois observations principales découlent du processus de cette année : il est nécessaire de se fixer un nombre adéquat de priorités, de se fixer des objectifs audacieux et clairs et de définir une vaste série d'idées de changement.

Bien que de nombreux hôpitaux aient défini des buts audacieux et trouvé des idées de changement novatrices, d'autres hôpitaux n'ont pas établi de priorités ou de buts clairs, d'objectifs audacieux et réalisables ni d'idées de changement global. Plusieurs raisons expliquent leur succès limité, et notre analyse du processus de cette première année décrit les aspects à améliorer à la prochaine étape de la planification des PAQ. Cela devrait aider les hôpitaux à élaborer des plans plus complets.

Nous félicitons tous les hôpitaux qui ont participé au premier cycle des plans d'améliorations de la qualité. Leur travail assidu et leur volonté d'améliorer la qualité des soins en Ontario seront très utiles aux hôpitaux qui participent à l'élaboration de la prochaine série de PAQ.

## Annexe I : Ressources suggérées

### Infection à la bactérie C. difficile

#### **IHI: Improvement Map – Antibiotic Stewardship**

<http://app.ihi.org/imap/tool/#Process=584d97d9-d698-478f-8a10-ee60362d7462>. Document consulté en octobre 2011.

#### **IHI: Improvement Map – Infection Prevention**

<http://app.ihi.org/imap/tool/#Process=33ad5993-cbdb-47c1-8013-35c6d4f1f9d7>. Document consulté en octobre 2011.

#### **Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) : Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé,**

<http://www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/Routine%20Practices%20and%20Additional%20Precautions%20FR.pdf>. Document consulté en octobre 2011.

#### **Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) : Analyse, surveillance et gestion du Clostridium difficile,**

<http://www.oahpp.ca/fr/resources/pidac-knowledge/best-practice-manuals/testing-surveillance-and-management-of-clostridium-difficile.html>. Document consulté en octobre 2011.

#### **Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) : Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et de la lutte contre les infections,**

<http://www.oahpp.ca/fr/resources/pidac-knowledge/best-practice-manuals/environmental-cleaning-for-prevention-and-control-of-infections.html>. Document consulté en octobre 2011.

### Pneumonie sous ventilation assistée

#### **IHI: Improvement Map – Ventilator Bundle**

<http://app.ihi.org/imap/tool/#Process=0f029d21-a307-4663-9d64-07da43f3f857>. Document consulté en octobre 2011.

#### **des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Pneumonie sous ventilation assistée (PVA)**

<http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/vap/pages/default.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

### Hygiène des mains

#### **IHI: Improvement Map – Hand Hygiene**

<http://app.ihi.org/imap/tool/#Process=f0e22d9b-e08d-4d96-9f5b-181fe63743d8>. Document consulté en octobre 2011.

#### **MSSLD : Lavez-vous les mains**

<http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/handhygiene/>. Document consulté en octobre 2011.

#### **OHA : Hand Hygiene**

<http://www.oha.com/Services/PatientSafety/Pages/HandHygiene.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

## Infection par cathéter central

### **IHI : Improvement Map – Central line bundle**

<http://www.ihl.org/imap/tool/#Process=e876565d-fd43-42ce-8340-8643b7e675c7>. Document consulté en octobre 2011.

### **Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC)**

<http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/CLI/Pages/default.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

## Prévention des plaies de pression

### **L'Association canadienne du soin des plaies**

<http://cawc.net/fr/>, site consulté en octobre 2011.

### **IHI: Improvement Map – Pressure Ulcer Prevention**

<http://app.ihl.org/imap/tool/#Process=cbe9c419-f6ae-49ed-8bb5-5d17844796e2>. Document consulté en octobre 2011.

### **Pressure Ulcer Awareness and Prevention**

<http://www.preventpressureulcers.ca/professional/pro.html>. Document consulté en octobre 2011.

### **RNAO : Best Practice Guideline : Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers,**

[http://www.rnao.org/Storage/12/638\\_BPG\\_Pressure\\_Ulcers\\_v2.pdf](http://www.rnao.org/Storage/12/638_BPG_Pressure_Ulcers_v2.pdf). Document consulté en octobre 2011.

## Prévention des chutes

### **IHI: Improvement Map – Falls Prevention**

<http://app.ihl.org/imap/tool/#Process=3c061d92-9c22-42bb-af04-26ae02ed191c>. Document consulté en octobre 2011.

### **RNAO: Best Practice Toolkit**

<http://lctoolkit.rnao.ca>. Document consulté en octobre 2011.

### **des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes**

<http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/falls/pages/default.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

## Sécurité générale

### **Institut canadien pour la sécurité des patients : Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients : Trousse à outils à l'intention des membres de conseils d'administration et des cadres supérieurs d'organismes de santé.**

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/governancepatientsafety/pages/default.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

### **Qualité des services de santé Ontario : Observateur de la qualité**

[http://www.hqontario.ca/pdfs/2011\\_report\\_-\\_french.pdf](http://www.hqontario.ca/pdfs/2011_report_-_french.pdf). Document consulté en octobre 2011.

### **OHA : Quality and Patient Safety Governance Toolkit**

<http://www.oha.com/leadership/gce/QPSGT/Pages/Default.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

## Réadmissions de certains groupes de clients dans les 30 jours, quel que soit l'établissement

### **Agency for Healthcare Research and Quality : Re-engineered discharge project dramatically reduces return trips to the hospitals**

<http://www.ahrq.gov/research/mar11/0311RA1.htm>. Document consulté en octobre 2011.

### **CMAJ : The LACE Index : Prediction of unplanned readmissions**

<http://www.cmaj.ca/content/182/6/551.full#ref-10institute.nhs.uk>. Document consulté en octobre 2011.

### **IHI: STate Action on Avoidable Rehospitalizations (STAAR)**

<http://www.ihl.org/offerings/initiatives/STAAR/Pages/default.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

## Marge bénéficiaire totale (fusion)

### **IHI: Increasing Efficiency, Enhancing Value in Healthcare**

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/IncreasingEfficiencyEnhancingValueinHealthCareWhitePaper.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

## Délais d'attente dans les services d'urgence

### **IHI : Improvement Map – Patient Flow for Efficiency & Safety**

<http://app.ihl.org/imap/tool/#Process=70a70f96-a47c-444e-bae0-981d8aabfc39>. Document consulté en octobre 2011.

### **IHI: Real Time Demand/Capacity Management to Improve Flow**

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/RealTimeDemandCapacityManagement.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

### **IHI: Shortening Waiting Times: Six Principles for Improved Access**

<http://www.ihl.org/knowledge/pages/improvementstories/shorteningwaitingtimesixprinciplesforimprovedaccess.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

### **Patient Flow Toolkit**

[www.patientflowtoolkit.ca](http://www.patientflowtoolkit.ca). Document consulté en octobre 2011.

## Expérience des patients

### **IHI : Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care: How to Get Started**

<http://www.ihl.org/knowledge/pages/publications/advancingthepracticepfchowtogetstarted.aspx>. Document consulté en octobre 2011.

### **Institute for Patient- and family-Centered Care**

<http://www.ipfcc.org/tools/downloads.html>. Document consulté en octobre 2011.

### **NHS Institute for Innovation and Improvement: Experience-Based Design**

[http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_value/introduction/experience\\_based\\_design.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/introduction/experience_based_design.html). Document consulté en octobre 2011.

### **OHA : Leading Practices in Emergency Department Patient Experience**

<http://www.oha.com/KnowledgeCentre/Library/Documents/Leading%20Practices%20in%20Emergency%20Department%20Patient%20Experience.pdf>. Document consulté en octobre 2011.

### **Picker Institute**

<http://pickerinstitute.org>. Document consulté en octobre 2011.

### **RNAO : Best Practice Guidelines for Assessment and Management of Pain**

<http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=720>. Document consulté en octobre 2011.

### **RNAO : Best Practice Guidelines for Client Centred Care**

<http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=798>. Document consulté en octobre 2011.

### **RNAO : Évaluation et prise en charge de la douleur**

<http://ltctoolkit.rnao.ca/resources/pain#Best-PracticesStandards>. Document consulté en octobre 2011.

## Annexe II : Rapport technique

### INTRODUCTION

Le Rapport technique vise à rendre publiques les données sur le processus utilisé pour produire des résultats par indicateur. Cette information sera utile à d'autres personnes ou groupes qui sont intéressés à reproduire les indicateurs présentés. Il est possible d'obtenir auprès de QSSO d'autres renseignements sur le processus et les méthodes employées pour sélectionner les indicateurs présentés sur son site Web.

### SOURCES DE DONNÉES

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

### Base de données sur les congés des patients (BDCP)

La BDCP est un outil de collecte de données conçu par l'ICIS pour recueillir de l'information sur les patients traités dans les hôpitaux de soins actifs. Chaque fois qu'une personne reçoit son congé d'un hôpital de soins actifs, l'hôpital soumet à l'ICIS un document électronique qui contient les données démographiques sur le patient, son diagnostic et son traitement.

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

Le SNISA est un outil de collecte de données conçu par l'ICIS pour saisir l'information sur les visites des patients aux urgences. Les données du SNISA utilisées dans le présent rapport sont recueillies régulièrement par tous les services d'urgence (SU) en Ontario.

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

Le SISLD est un outil de collecte de données conçu par l'ICIS pour saisir des données démographiques, cliniques, fonctionnelles et des données sur l'utilisation des ressources relatives aux patients recevant des services de soins de longue durée dans les hôpitaux ou des foyers de soins de longue durée au Canada. Les organisations participantes fournissent également des informations sur les caractéristiques de l'établissement pour appuyer les rapports comparatifs et l'établissement de données repères.

### Critical Care Information System (CCIS)

Le CCIS est un outil de collecte de données conçu par le MSSLD pour recueillir des renseignements sur les patients admis dans les unités de soins intensifs (USI), sur les interventions destinées à répondre aux besoins de santé et sur le recours aux équipes d'intervention en soins critiques.

### Web-enabled reporting System (WERS)

Le WERS est un outil en ligne d'utilisation facile, qui a été conçu par le MSSLD pour la préparation et le suivi complets des rapports produits par les hôpitaux et d'autres utilisateurs institutionnels.

### Ontario Healthcare Reporting Standards (OHRS)

Les bases de données sur les normes OHRS conçues par le MSSLD fournissent la seule source de données intégrée sur les activités réelles financières et opérationnelles des hôpitaux de la province.

## HCAPHS de NRC Picker

L'évaluation HCAPHS de NRC Picker fournit des solutions de mesure adaptées aux hôpitaux, aux cliniques ou aux organismes de soins de santé à domicile et à leurs partenaires, de façon à ce que les soins soient axés sur les patients.

## CLASSIFICATIONS DE L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX DE L'ONTARIO (AHO)

Dans le paragraphe suivant, nous vous décrivons brièvement les cinq catégories d'hôpitaux utilisées dans le rapport, selon la définition du MSSLD :

### 1. Hôpitaux d'enseignement en soins actifs

Les hôpitaux d'enseignement en soins actifs sont les hôpitaux de soins de courte durée et pédiatriques, membres du Council of Academic Hospital of Ontario (CAHO). Les hôpitaux membres dispensent des soins très complexes, sont affiliés à une école de médecine ou de sciences de la santé, mènent des travaux de recherche et offrent une formation postdoctorale. (Source : [http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/AC/acute\\_report\\_2007.pdf](http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/AC/acute_report_2007.pdf).)

### 2. Grands hôpitaux communautaires

La catégorie des grands hôpitaux communautaires englobe les hôpitaux qui ne sont pas définis comme de petits hôpitaux ni comme des hôpitaux d'enseignement. (Source : [http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/AC/acute\\_report\\_2007.pdf](http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/AC/acute_report_2007.pdf).)

### 3. Petits hôpitaux communautaires

Les petits hôpitaux communautaires sont définis conformément aux lignes directrices de l'ancien Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP). En général, ce genre d'hôpital dessert une seule collectivité et le total des cas pondérés de patients hospitalisés en soins actifs, en soins continus complexes ou en chirurgie ambulatoire est inférieur à 2 700, d'après les données de 2005-2006. (Source : [http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/AC/acute\\_report\\_2007.pdf](http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/AC/acute_report_2007.pdf).)

## 4. Hôpitaux de soins continus complexes (SCC) et hôpitaux de réadaptation

Les hôpitaux de soins continus complexes remplissent habituellement les critères suivant : a) ils n'ont pas de patients recevant des soins actifs; b) ils font séparément (d'autres hôpitaux ou établissements) rapport des données statistiques, cliniques et financières au MSSLD; c) ils ont leur propre président-directeur général (PDG) ainsi que leur propre conseil d'administration; d) ils sont dans des édifices distincts. (Source : [http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/CCC/ccc\\_report\\_2007.pdf](http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/CCC/ccc_report_2007.pdf).)

Les hôpitaux de réadaptation fournissent aux clients adultes des services de réadaptation financés le secteur public, que ces services soient dispensés dans un établissement de réadaptation autonome spécialisé pour les patients hospitalisés ou dans unités ou des lits désignés pour la réadaptation à l'intérieur d'un hôpital général. Cela exclut la réadaptation en soins actifs, en milieu ambulatoire ou à domicile. Les établissements ou les unités dispensent des services aux clients dont le principal problème de santé est de nature physique, comme un accident vasculaire cérébral, un trouble orthopédique, un dysfonctionnement cérébral, une lésion de la moelle épinière ou une amputation. (Source : [http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/rehab/rehab\\_report\\_2007.pdf](http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/rehab/rehab_report_2007.pdf).)

### 5. Hôpitaux psychiatriques

Les hôpitaux psychiatriques accueillent des personnes nécessitant un traitement et une prise en charge comportementale complexes et donc un plus long séjour. Ces derniers comprennent à la fois des établissements dédiés à la santé mentale et des hôpitaux mixtes (qui offrent également des soins de courte durée pour les troubles mentaux et d'autres affections). Bon nombre d'établissements spécialisés sont d'anciens hôpitaux psychiatriques provinciaux. ([http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/MH/2007\\_MH\\_techman.pdf](http://www.hospitalreport.ca/downloads/2007/MH/2007_MH_techman.pdf).)

TABLEAU 1 : RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Attribut	Thème	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
Sécurité	Infections nosocomiales	Taux d'infection à Clostridium difficile (ICD) pour 1 000 jours-patients	<b>Inclusion</b> : le décompte d'ICD est le nombre de nouveaux cas d'ICD nosocomiale par mois	<b>Inclusion</b> : Le dénominateur, les données sur les jours-patients, doit être tiré des données de recensement quotidien des lits de l'hôpital	MSSLD
		Global Enseignement en soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire Hôpital psychiatrique	<b>Exclusion</b> : les enfants de moins d'un an	<b>Exclusion</b> : enfants de moins d'un an	
Sécurité	Infections nosocomiales	Taux de pneumonies sous ventilation assistée (PVA) pour 1 000 jours-ventilateur	<b>Inclusion</b> : nombre total de nouveaux cas de PVA diagnostiqués dans l'USI après au moins 48 heures de ventilation mécanique	Les jours-ventilateur au cours de ce mois représentent le nombre de jours passés sous ventilateur par tous les patients de l'USI âgés d'au moins 18 ans.	MSSLD
		Global Enseignement en soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire Maladies chroniques/ Réadaptation Hôpital psychiatrique	<b>Exclusion</b> : tout patient ayant un incident signalé de PVA au cours des deux premières journées civiles d'admission sera exclu.		

TABLEAU 1 : RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Thème	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
Sécurité	Infections nosocomiales	Conformité aux pratiques d'hygiène des mains avant le contact avec un patient	Nombre de fois où l'hygiène des mains est pratiquée avant un premier contact avec un patient ou avec l'environnement du patient par type d'hôpital	Nombre d'indications respectées sur l'hygiène des mains avant le premier contact avec le patient ou avec l'environnement du patient par type d'hôpital	MSSLD
		Global Enseignement en soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire Maladies chroniques/ Réadaptation Hôpital psychiatrique			
Sécurité	Infections hospitalières	Taux d'infections liées aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) pour 1 000 jours-cathéter	<b>Inclusion :</b> nombre total de nouveaux cas d'infection CIC dans l'USI après au moins 48 heures de cathéter central <b>Exclusion :</b> Tout patient admis à l'unité ayant déjà contracté une infection CIC	Nombre de jours – cathéter au cours de ce mois, multiplié par 1 000. Les jours-cathéter représentent le nombre total de jours un cathéter central a été utilisé pour les patients de l'USI âgés d'au moins 18 ans	MSSLD
		Global Enseignement en soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire Maladies chroniques/ Réadaptation Hôpital psychiatrique			

TABLEAU 1 : RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Thème	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
<b>Sécurité</b>	Éviter les préjudices en soins de longue durée	Pourcentage de patients hospitalisés en soins continus complexes ayant des plaies de pression, au cours des trois derniers mois (stade 2 ou plus) Global Soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire Maladies chroniques/ Réadaptation Hôpital psychiatrique	Numérateur À inclure si l'un des résultats suivants s'applique : • M1b>0 à l'évaluation cible • M1c>0 à l'évaluation cible • M1d>0 à l'évaluation cible	Dénominateur Inclure toutes les évaluations de patients chroniques effectuées au cours de l'exercice 2006-2007 qui répondent aux critères généraux d'inclusion/d'exclusion des indicateurs d'incidence. Critères d'inclusion dans l'évaluation de (tous les) indicateurs d'incidence chez (tous les) patients chroniques hospitalisés. L'évaluation concerne le patient chronique hospitalisé. Une évaluation antérieure a été effectuée 45 à 165 jours plus tôt (à laquelle la nouvelle est comparée). Critères d'exclusion de l'évaluation des indicateurs d'incidence chez tous les patients chroniques hospitalisés. L'évaluation a lieu plus de 165 jours après l'évaluation antérieure. L'évaluation est effectuée moins de 45 jours après l'évaluation antérieure et si on obtient : • M1b=0 et • M1c=0 et • M1d=0 à l'évaluation antérieure	Source de données

TABLEAU 1 : RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Thème	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
Sécurité				<p>EXCLURE si l'un des éléments suivants s'applique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M1b&gt;0 à l'évaluation antérieure</li> <li>• M1c&gt;0 à l'évaluation antérieure</li> <li>• M1d&gt;0 à l'évaluation antérieure</li> <li>• M1b, M1c ou M1d manque à l'évaluation antérieure</li> <li>• M1B, M1c ou M1d manque à l'évaluation des objectifs.</li> </ul>	
		<p>Pourcentage de patients résidents recevant des soins continus complexes sans antécédent récent de chute, mais qui ont fait une chute au cours des 90 derniers jours</p> <p>Global</p> <p>Enseignements en soins actifs</p> <p>Grand hôpital communautaire</p> <p>Petit hôpital communautaire</p> <p>Maladies chroniques/ Réadaptation</p> <p>Hôpital psychiatrique</p>	Inclure, si J4a=1 à l'évaluation cible	<p>Inclure toutes les évaluations des patients chroniques au cours de l'exercice 2006-2007, remplissant les critères généraux d'inclusion/ d'exclusion des indicateurs d'incidence.</p> <p>Critères d'inclusion de l'évaluation, pour tous les patients résidents chroniques.</p> <p>L'évaluation vise le patient résident chronique. Une évaluation antérieure a été effectuée 45 à 165 jours avant (avec laquelle établir une comparaison).</p>	<p>Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)</p>

TABLEAU 1 : RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Thème	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
				<p>Critères d'exclusion de l'évaluation des indicateurs d'évaluation, pour tous les patients résidents chroniques.</p> <p>L'évaluation est effectuée plus de 165 jours après l'évaluation antérieure.</p> <p>L'évaluation est effectuée moins de 45 jours après l'évaluation antérieure et si :</p> <p>J4a=0 à l'évaluation antérieure</p> <p>Exclure dans l'un des cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• J4a=1 à l'évaluation antérieure</li> <li>• J4a manque à l'évaluation cible</li> <li>• J4a manque à l'évaluation antérieure</li> </ul>	
<b>Efficacité</b>	Mortalité dans les hôpitaux	<p>RNMH (ratio normalisé de mortalité hospitalière)</p> <p>Global</p> <p>Enseignements en soins actifs</p> <p>Grand hôpital communautaire</p> <p>Petit hôpital communautaire</p> <p>Maladies chroniques/ Réadaptation</p> <p>Hôpital psychiatrique</p>	<p>Nombre de décès observés ou nombre réel de décès hospitaliers survenus dans un hôpital ou une région</p>	<p>Nombre de décès prévus ou nombre de décès qui se seraient produits dans un hôpital ou une région si la mortalité de ces patients avait été la même que celle des patients du même type à l'échelle du pays, selon l'année de référence.</p> <p>Critère d'inclusion :</p> <p>1. Sortie entre le 1<sup>er</sup> avril d'une année donnée et le 31 mars de l'année suivante</p>	<p>Base de données sur les congés des patients (BDGP)</p>

TABLEAU 1 : RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Thème	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
				<p>2. Admission dans un établissement de soins actifs.</p> <p>3. Sortie avec un groupe de diagnostics d'intérêt (c.-à-d. l'un des groupes de diagnostics responsables de 80 % des décès hospitaliers)</p> <p>4. Âge à l'admission : de 0 à 120 ans</p> <p>5. Sexe indiqué : homme ou femme</p> <p>6. Séjour maximum de 365 jours consécutifs</p> <p>7. Catégorie d'admission : non-urgence ou urgence/cas d'urgence</p> <p>8. Résident canadien</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <p>1. Patients décédés</p> <p>2. Mortinaissances</p> <p>3. Patients qui sortent malgré un avis médical</p> <p>4. Nouveau-né (dont l'âge à l'admission est 28 jours ou moins)</p> <p>5. Enregistrements avec le code relatif à la mort neurologique à titre de diagnostic principal</p> <p>6. Enregistrements avec le code relatif aux soins palliatifs à titre de diagnostic principal</p>	

TABLEAU 1 : RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Thème	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
Efficacité		Réadmission dans les 30 jours de certains groupes de maladies analogues, quel que soit le type d'hôpital Global Enseignements en soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire Maladies chroniques/ Réadaptation Hôpital psychiatrique	Le total des réadmissions pour tous les cas de référence au cours d'une année civile	<b>Inclusion</b> : sélectionner toutes les sorties parmi les groupes de diagnostics sélectionnés, ayant des dates de sortie à la période visée et les restrictions d'âge, selon la description de la section sur les inclusions.  Inclure uniquement les cas types et les cas aberrants (selon l'indicateur d'exclusion du PVR de la BDCP) parmi les cas de référence.  Patients hospitalisés aux soins actifs dans les groupes de diagnostics – les restrictions sur l'âge sont propres à chaque groupe  L'hospitalisation à la réadmission est considérée comme non urgente ou non prévue si a) la date d'admission se situe dans les 30 jours de la date de congé du cas de référence  b) le champ « catégorie d'admission » de la BDCP indique « urgent »	

TABLEAU 1 : RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Thème	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
				<p><b>Exclusion :</b> exclure les décès, les transferts, les patients sortis malgré l'avis du médecin; enregistrements dans lesquels les données valides – congé/date d'admission/numéro d'assurance-maladie, âge, sexe – sont manquantes.</p>	
<b>Efficacité</b>	Le bon service au bon endroit	<p>Pourcentage de jours-ANS</p> <p>Global</p> <p>Enseignements en soins actifs</p> <p>Grand hôpital communautaire</p> <p>Petit hôpital communautaire</p> <p>Maladies chroniques/ Réadaptation</p> <p>Hôpital psychiatrique</p>	<p>Nombre total de jours-lits désigné autre niveau de soins (ANS)</p>	<p><b>Inclusion :</b> total des jours d'hospitalisation dans l'année</p> <p><b>Exclusion :</b> date de congé de l'hôpital non valide ou manquante</p> <p>nouveau-nés</p> <p>mortinaissances</p>	BDCP – ICIS
<b>Efficacité</b>	Coût par service fourni	<p>Marge bénéficiaire totale (données regroupées)</p> <p>Global</p> <p>Enseignements en soins actifs</p> <p>Grand hôpital communautaire</p> <p>Petit hôpital communautaire</p> <p>Maladies chroniques/ Réadaptation</p> <p>Hôpital psychiatrique</p>	<p>Pourcentage du total des recettes (combinées) de l'organisation qui est supérieur ou inférieur à celui de ses dépenses (combinées), en excluant les effets de l'amortissement des installations, au cours d'une année donnée</p>		MSSLD

TABLEAU 1 : RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES SUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS (SUITE)

Attribut	Thème	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
Accès		Délais d'attente à l'urgence : 90 <sup>e</sup> percentile du séjour à l'urgence pour les patients admis Global Enseignements en soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire Maladies chroniques/ Réadaptation Hôpital psychiatrique	90 <sup>e</sup> percentile du séjour à l'urgence pour les patients admis (le séjour à l'urgence est défini comme le temps écoulé entre le moment du triage à l'enregistrement, selon la première de ces deux éventualités, et le moment où le patient quitte l'urgence).		
		Délais d'attente à l'urgence : 90 <sup>e</sup> percentile du séjour à l'urgence pour les patients demandant des soins complexes – Global	90 <sup>e</sup> percentile du séjour à l'urgence pour les patients atteints de pathologies complexes ou de pathologies pour lesquelles le diagnostic demande plus de temps, un traitement ou une hospitalisation (se rapporte à la durée maximale passée à l'urgence par 9 patients sur 10 demandant des soins complexes ou présentant des pathologies pour lesquelles le diagnostic prend plus de temps, exigent un traitement ou une hospitalisation, depuis le moment où ils s'enregistrent jusqu'au moment où ils quittent l'urgence).		
Centralité du patient		Recommanderiez-vous l'hôpital à vos amis et aux membres de votre famille? Global Enseignements en soins actifs Grand hôpital communautaire Petit hôpital communautaire Maladies chroniques/ Réadaptation Hôpital psychiatrique	Nombre de personnes interrogées ayant répondu « Absolument » (NRC Picker)	Nombre de personnes interrogées ayant donné une réponse à cette question (les personnes n'ayant pas répondu sont exclues)	Évaluation HCAPHS de NRC Picker

TABLEAU 2 : VENTILATION DE TOUS LES HÔPITAUX ET SERVICES D'URGENCE (SU)

	Enseignement en soins actifs	SCC et réadaptation	Grand hôpital communautaire	Santé mentale	Petit hôpital communautaire	Province
<b>TOUS</b>	16	16	63	4	53	152
<b>SU</b>	12	1	59	0	52	124

TABLEAU 3 : FRÉQUENCE À LAQUELLE UN SUJET A ÉTÉ CHOISI COMME PRIORITÉ 1 POUR LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'HÔPITAUX

Priorité 1	Enseignement en soins actifs	SCC et réadaptation	Grand hôpital communautaire	Santé mentale	Petit hôpital communautaire	Province
<b>Taux d'ICD pour 1 000 patients</b>	4	2	10	0	2	18
<b>Délais d'attente à l'urgence pour les patients admis</b>	6	1	36	0	9	52
<b>Délais d'attente à l'urgence pour les patients atteints de pathologies complexes</b>	0	0	4	0	2	6
<b>Chutes</b>	0	6	11	0	4	21
<b>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains avant un contact avec le patient</b>	10	10	31	1	25	77
<b>RNMH</b>	3	1	8	0	0	12
<b>Évaluation HCAPHS de NRC Picker ou sondage interne (si disponible)</b>	4	5	24	2	18	53
<b>Pourcentage de jours – ANS</b>	3	2	22	0	8	35
<b>Plaies de pression</b>	0	7	6	0	2	15
<b>Taux de bactériémies primaires reliées aux cathéters intravasculaires centraux par 1 000 jours-cathéters</b>	2	0	3	0	0	5
<b>Réadmission dans les 30 jours pour certains groupes clients quel que soit l'hôpital</b>	3	1	12	0	8	24
<b>Marge bénéficiaire totale (données regroupées)</b>	2	5	31	0	10	48
<b>PVA par 1 000 jours-ventilateurs</b>	3	0	3	0	1	7

**TABLEAU 4 : FRÉQUENCE À LAQUELLE UNE SUJET A ÉTÉ CHOISI COMME PRIORITÉ (1, 2 OU 3), POUR LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'HÔPITAUX**

<b>Toute priorité</b>	<b>Enseignement en soins actifs</b>	<b>SCC et réadaptation</b>	<b>Grand hôpital communautaire</b>	<b>Santé mentale</b>	<b>Petit hôpital communautaire</b>	<b>Province</b>
<b>Taux d'ICD pour 1 000 patients</b>	8	11	32	1	20	72
<b>Délais d'attente à l'urgence pour les patients admis</b>	8	2	52	1	30	93
<b>Délais d'attente à l'urgence pour les patients atteints de pathologies complexes</b>	2	0	10	0	6	18
<b>Chutes</b>	1	11	23	0	16	51
<b>Conformité aux pratiques d'hygiène des mains avant un contact avec le patient</b>	12	14	48	2	34	110
<b>RNMH</b>	7	1	34	0	3	45
<b>Évaluation HCAPHS de NRC Picker ou sondage interne (si disponible)</b>	12	16	47	4	35	114
<b>Pourcentage de jours – ANS</b>	10	3	50	2	36	101
<b>Plaies de pression</b>	2	12	18	1	15	48
<b>Taux de bactériémies primaires reliées aux cathéters intravasculaires centraux par 1 000 jours-cathéters</b>	7	1	27	0	4	39
<b>Réadmission dans les 30 jours pour certains groupes clients quel que soit l'hôpital</b>	11	1	45	0	27	84
<b>Marge bénéficiaire totale (données regroupées)</b>	12	13	51	3	37	116
<b>PVA par 1 000 jours-ventilateurs</b>	7	1	26	0	3	37



Qualité des services de santé Ontario  
130, rue Bloor Ouest, 10<sup>e</sup> étage  
Toronto, ON M5S 1N5  
Tél. : 416-323-6868 | 1-866-623-6868  
Télééc. : 416-323-9261

ISBN 978-1-4249-5661-6 (Imprimé)  
ISBN 978-1-4249-5662-3 (En ligne)  
ISBN 978-1-4249-5663-0 (TXT)