

Pleins feux sur l'amélioration de la qualité

A photograph of a patient lying in a hospital bed, wearing a blue patterned gown and a blue hairnet. The patient's face is partially visible, looking upwards. In the foreground, a pair of hands, likely belonging to a caregiver or family member, is gently holding the patient's hand. The background is a blurred hospital room.

Principales observations
Plans d'amélioration de la qualité 2014-2015
Hôpitaux

Introduction

L'Ontario compte maintenant près de quatre années d'expérience à l'égard des plans d'amélioration de la qualité (PAQ) qui ont d'abord été mis en œuvre dans le secteur hospitalier et, au cours des dernières années, se sont étendus aux organismes de soins primaires interprofessionnels et aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC). Ils seront bientôt mis en place dans les foyers de soins de longue durée (FSLD) (dont certains ont déjà volontairement soumis leur PAQ cette année).

Les PAQ jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité des soins offerts dans la province. Ils permettent aux organismes d'officialiser leurs activités d'amélioration de la qualité, d'énoncer clairement leurs objectifs et de déterminer des moyens concrets pour les atteindre.

Dans le but de définir plus précisément les activités d'amélioration de la qualité qui seront menées en Ontario au cours de la prochaine année, les hôpitaux devaient envisager sept indicateurs prioritaires et aborder la plupart d'entre eux dans leur plan. Toutefois, il est entendu que les organismes ont leurs propres priorités et ils sont encouragés à les prendre en compte et à les aborder dans leur PAQ annuel. Pour tenir compte de la variation régionale, les organismes peuvent établir leurs propres objectifs d'amélioration. Bien que les hôpitaux ne réussissent pas toujours à atteindre leurs objectifs, la plupart d'entre eux réalisent des progrès vers l'atteinte de leurs objectifs d'amélioration de la qualité.

Le présent rapport a pour objet de présenter des renseignements au sujet des éléments sur lesquels les fournisseurs de services en Ontario se concentrent pour améliorer la qualité des soins, les idées de changement qui ont donné lieu à des améliorations et les occasions qui pourraient permettre de tirer des leçons de ceux qui ont réalisé des gains. Nous espérons que ce rapport stimulera de nouvelles façons de réfléchir à des moyens d'améliorer la qualité. Il vise à alimenter les conversations sur la qualité entre les membres des conseils, les membres de la haute direction, les dirigeants de services cliniques individuels et les équipes. Il jettera un regard sectoriel particulier sur les principaux indicateurs des PAQ 2014-2015. Dans les prochains rapports, nous nous efforcerons d'apporter des perspectives intersectorielles et de fournir une vision plus détaillée des enjeux touchant la qualité.

Bien qu'il soit difficile d'établir des corrélations directes ou des liens de causalité à partir des données, la section Principales observations met en lumière les activités qui ont été associées à des gains positifs pour chaque indicateur prioritaire. Nous mettons en valeur les idées dont l'adoption dans l'ensemble du secteur pourrait s'avérer la plus efficace.

Qualité des Services de santé Ontario (QSSO) s'engage à s'assurer que les PAQ font partie intégrante des efforts communs d'amélioration de la qualité déployés en Ontario. Nous espérons que le présent rapport permettra de maintenir l'élan en faveur de l'amélioration de la qualité et aidera les organismes à tirer parti de l'expérience des autres dans leur démarche d'amélioration de la qualité.



146 hôpitaux

7 indicateurs prioritaires

4 années de progrès

Examen plus approfondi des progrès constatés par les hôpitaux : Des hôpitaux qui ont inscrit un indicateur prioritaire particulier dans leur PAQ, voici le nombre d'entre eux qui ont atteint ou dépassé leurs objectifs.

35 sur 72 hôpitaux (49 %) : Diminution des infections à *Clostridium difficile*

29 sur 65 hôpitaux (45 %) : Amélioration du bilan comparatif des médicaments à l'admission

29 sur 70 hôpitaux (41 %) : Réduction du 90^e percentile de la durée du séjour aux services des urgences

40 sur 105 hôpitaux (38 %) : Amélioration de la satisfaction générale des patients à l'égard des soins

19 sur 62 hôpitaux (31 %) : Diminution du pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'autres niveaux de soins

7 sur 37 hôpitaux (19 %) : Diminution du taux de réadmission après 30 jours dans un établissement

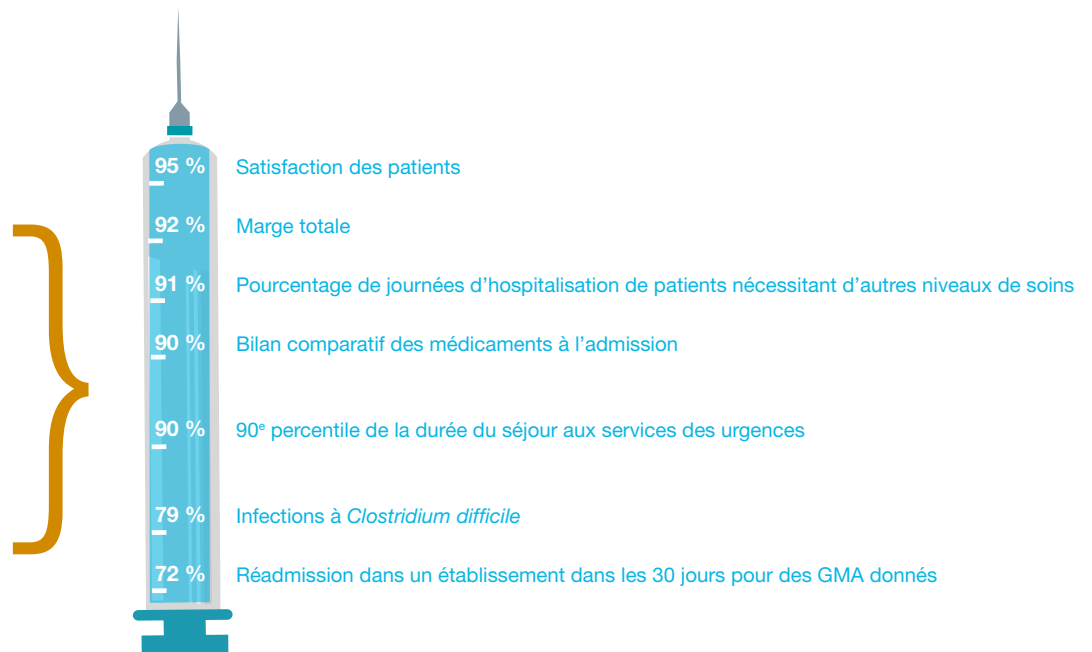
4 sur 94 hôpitaux (4 %) : Amélioration de la marge totale

Examen plus approfondi des priorités

Voici les pourcentages des hôpitaux qui ont intégré les secteurs prioritaires suivants dans leur PAQ

55 %

Pourcentage des hôpitaux (81 des 146) qui ont choisi d'inscrire les sept indicateurs prioritaires dans leur PAQ.



Les thèmes ci-dessous se sont dégagés des PAQ soumis

1

Les hôpitaux ont priorisé la satisfaction des patients.

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des hôpitaux déploient des efforts pour améliorer la satisfaction des patients conformément à la description qui en est donnée dans leur PAQ. Ils sont 95 % à avoir utilisé les questions standards recommandées dans le guide d'information sur les PAQ pour cibler leurs efforts, alors qu'ils étaient 83 % à avoir publié un rapport l'an dernier.

2

Les hôpitaux se conforment aux procédures fondées sur la qualité (PFQ).

Soixante-douze pour cent des hôpitaux ont indiqué les PFQ dans leur PAQ, soit comme étant un objectif précis en matière d'amélioration de la qualité, soit comme faisant partie des initiatives de changement visant à soutenir les plans d'amélioration en ce qui a trait à la marge totale ou aux réadmissions.

3

Les hôpitaux prônent l'adoption des normes les plus élevées.

Des hôpitaux qui ont inscrit la question portant sur la « qualité générale des soins » dans leur PAQ, 11 % ont choisi de mettre l'accent sur les résultats se trouvant dans les « catégories les plus élevées », dépassant largement les résultats « excellent », « très bon » et « bon » recommandés.

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

Cet indicateur mesure le pourcentage de réadmissions non facultatives dans un hôpital dans les 30 jours (pour certains troubles et selon les groupes de maladies analogues).

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Les réadmissions peuvent être frustrantes pour les patients. Lorsqu'elles sont évitables, elles constituent également une utilisation inefficace des ressources des hôpitaux. Bien qu'il soit difficile d'estimer le nombre de réadmissions qui auraient pu être évitées, les hôpitaux peuvent réduire leurs taux en cernant les patients les plus susceptibles de retourner à l'hôpital dans un court délai et en améliorant les processus de congé.

IDÉES DE CHANGEMENT

- Procéder à une planification personnalisée des congés.
- Évaluer le risque après la transition et activer le suivi approprié. Avant que les patients qui présentent un risque élevé de réadmission aient quitté l'hôpital, il faudrait fixer un appel de suivi dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital et un rendez-vous avec leur équipe de soins primaires dans les cinq jours suivant le congé.
- Promouvoir l'autogestion et fournir une éducation efficace aux patients et aux fournisseurs de soins.
- Effectuer un bilan comparatif des médicaments dans les 24 à 48 heures suivant l'admission à l'hôpital.
- Effectuer un bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital : élaborer le meilleur plan pharmaceutique à la sortie de l'hôpital.
- S'intéresser de près aux programmes uniques afin de s'attaquer aux populations qui sont réadmisses à l'hôpital le plus fréquemment et en concevoir.

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

72 % Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ*.

19 % Ont atteint ou dépassé leurs objectifs.

38 % Ont mené à bien leurs objectifs (sans nécessairement les atteindre).

** Pourcentage fondé sur un dénominateur de 138 hôpitaux de soins actifs.*

CE QUE NOUS CONSTATONS : Bien qu'une proportion des hôpitaux a fait des progrès quant à l'amélioration de cet indicateur, le taux de réadmission de l'Ontario a enregistré une faible amélioration dans son ensemble.

- Entre 2009 et 2012, le taux de réadmission provincial est passé de 15 % en 2009 à 16 % en 2012.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

Les hôpitaux ont noté les idées de changement fondées sur des données probantes ci-dessous.

- 1) Procéder à une planification personnalisée des congés.
 - Quatorze hôpitaux (10 %) ont inscrit la planification personnalisée des congés dans leur plan de travail.
- 2) Évaluer le risque après la transition et activer le suivi approprié.
 - Trente hôpitaux (21 %) ont inclus des initiatives visant le renforcement des transitions de soins pour les patients qui présentent un risque élevé de réadmission. Bon nombre d'hôpitaux ont reconnu l'utilisation de l'outil d'évaluation des risques LACE.
 - Soixante-huit hôpitaux (47 %) ont mentionné leur participation dans les maillons santé de l'Ontario.
- 3) Promouvoir l'autogestion et fournir une éducation efficace aux patients et aux fournisseurs de soins.
 - Dix hôpitaux (7 %) ont défini les efforts déployés pour accroître les compétences des patients en matière d'autogestion.
- 4) Réaliser un bilan comparatif des médicaments et établir des plans de gestion de la médication après une hospitalisation.
 - Quatre hôpitaux (3 %) ont associé les bilans comparatifs des médicaments aux réadmissions comme idée de changement importante.

Infections à *Clostridium difficile* (ICD)

Cet indicateur mesure le pourcentage de nouveaux cas de patients ayant contracté l'infection à *Clostridium difficile* en milieu hospitalier.

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Les infections à *Clostridium difficile* sont un problème commun aux établissements de soins de santé. Les éclosions surviennent lorsque des humains ingèrent accidentellement des spores dans un établissement médical, ce qui peut provoquer une vaste gamme de troubles, entre autres la diarrhée, voire même la mort.

IDÉES DE CHANGEMENT

Les mesures de prévention et de contrôle cernées par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) comprennent :

- l'utilisation de gants quand une infection à *C. difficile* est soupçonnée;
- l'utilisation (deux fois par jour) d'un sporicide dans les chambres et les salles de bain des patients quand une infection à *C. difficile* est soupçonnée;
- le nettoyage double au moment du congé/transfert;
- des fournitures de nettoyage réservées exclusivement à la chambre d'un patient infecté à *C. difficile* ou désinfectées avant d'être réutilisées;
- une gestion efficace des déchets comme étant un élément important dont il faut tenir compte pour prévenir la contamination croisée (p. ex., les appareils de rinçage des bassins hygiéniques, les sacs de poubelles, etc.);
- la prescription de fidaxomicine. Bien qu'elle coûte plus cher que la vancomycine, la fidaxomicine utilisée comme traitement

Infection à *Clostridium difficile*

79 % Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ*.

49 % Ont atteint ou dépassé leurs objectifs.

63 % Ont mené à bien leurs objectifs (sans nécessairement les atteindre).

* Pourcentage fondé sur un dénominateur de 146 hôpitaux de soins actifs.

CE QUE NOUS CONSTATONS : Dans la lutte contre la réduction des taux d'infection à *C. difficile*, le lavage des mains est utile, la surveillance des antibiotiques à risque élevé peut faire une différence et l'utilisation de bassins de lit à usage unique et de sacs hygiéniques peut permettre de contrôler les infections transmissibles.

contre l'infection à *C. difficile* est équivalente au moment du traitement initial et supérieure pour prévenir la récurrence.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- 1) Le lavage des mains est utile.** Nous avons observé que les hôpitaux ont réussi à réduire le taux d'infection à *C. difficile*. Au cours de la période de 2013, ils ont déclaré des taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains (avant le contact avec le patient) de 80 % ou plus.
 - Cette année, 14 % des hôpitaux ont choisi la conformité aux pratiques d'hygiène des mains comme idée de changement importante.
 - Cinquante-six pour cent des hôpitaux ont inscrit la conformité aux pratiques d'hygiène des mains comme indicateur supplémentaire dans leur PAQ.
- 2) La surveillance des antibiotiques à risque élevé peut faire une différence.** Bon nombre d'hôpitaux ont supprimé les antibiotiques à risque élevé de leurs formulaires pharmaceutiques. Trois antibiotiques connus pour augmenter le risque d'infection à *C. difficile* ont été expressément mentionnés dans leurs rapports d'étape : la clindamycine, la moxifloxacine et la lévofloxacine. Il a été démontré que les programmes d'intendance des antibiotiques permettent de réduire les taux d'infection. Les hôpitaux affichent des taux d'infection moins élevés lorsque des ajustements sont apportés à un large spectre d'antibiotiques en fonction des résultats des cultures.
- 3) L'utilisation de bassins de lit à usage unique et de sacs hygiéniques peut permettre de contrôler les infections transmissibles.** Une étude récente réalisée en partenariat avec l'Université de Guelph et les Grey Bruce Health Services, a déterminé que le retraitement des cuvettes des hôpitaux non utilisées pour faire sa toilette s'est révélé largement inefficace pour éliminer les spores de la bactérie *C. difficile* dans les bassins de lit.

Bilan comparatif des médicaments à l'admission

Cet indicateur mesure le nombre total de patients ayant bénéficié d'un bilan comparatif des médicaments, en pourcentage du nombre total de patients admis à l'hôpital. Chaque organisme de soins de santé en est à une étape différente à l'égard de la réalisation et de l'évaluation d'un bilan comparatif des médicaments à l'admission.

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Les communications efficaces concernant les médicaments constituent un composant essentiel pour prodiguer des soins sécuritaires. Le bilan comparatif des médicaments est un processus formel au sein duquel les professionnels des soins de santé collaborent avec les patients, leurs familles et d'autres fournisseurs de soins de santé afin de s'assurer que des renseignements exacts et exhaustifs sur les médicaments sont communiqués de manière uniforme dans le cadre des transitions de soins. Le bilan comparatif des médicaments consiste en un examen systématique et exhaustif de l'ensemble des médicaments qu'un patient prend, afin de s'assurer que les médicaments qui sont ajoutés, changés ou abandonnés sont évalués minutieusement.

IDÉES DE CHANGEMENT

- Créer une équipe multidisciplinaire : L'équipe devrait comprendre un groupe chargé de coordonner la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments et une équipe plus petite à l'échelon de l'unité des soins aux patients qui effectue des évaluations du changement. Des champions au niveau clinique peuvent considérablement contribuer au processus de bilan comparatif des médicaments. Les hôpitaux qui ont recours à des techniciens en pharmacie pour obtenir le meilleur profil pharmaceutique possible ont déclaré obtenir un profil de patient de qualité supérieure.
- Inclure le bilan comparatif des médicaments dans les processus de soins normaux. Les formulaires offerts pour faciliter ce processus nécessiteront des modifications pour assurer qu'ils sont efficaces. Comme c'est le cas pour tout changement que vous apportez, il vaut mieux faire l'essai des formulaires à petite échelle et les modifier au besoin.
- Envisager une mise en œuvre soigneusement orchestrée d'une version électronique du bilan comparatif des médicaments (BCM électronique) comme un facteur de réussite important. Le BCM électronique pourrait réduire les erreurs et améliorer la conformité aux processus de commande et l'efficacité.

Bilan comparatif des médicaments à l'admission

90 % Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ*.

45 % Ont atteint ou dépassé leurs objectifs.

60 % Ont mené à bien leurs objectifs (sans nécessairement les atteindre).

** Pourcentage fondé sur un dénominateur de 138 hôpitaux de soins actifs offrant des services.*

CE QUE NOUS CONSTATONS : Le bilan comparatif des médicaments s'étend en tant que priorité dépassant les admissions des patients, pour s'appliquer aux transferts et aux congés.

- Dix-huit pour cent des hôpitaux se penchent sur les bilans comparatifs des médicaments au transfert ou au congé en tant qu'indicateur clé dans leur PAQ.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- 1) La collecte de données de base et leur suivi électronique au fil du temps favorisent les progrès.
 - Un grand nombre d'hôpitaux ont mis en œuvre, ou travaillent à leur mise en œuvre, le système informatique de saisie des commandes du médecin et le bilan comparatif des médicaments électronique pour permettre la surveillance continue à l'échelle de tout l'hôpital.
- 2) De petits essais pilotes aident à mettre en œuvre de nouvelles stratégies.
 - Nous avons observé que les hôpitaux qui ont réussi ont mis à l'essai les changements apportés aux processus relatifs au bilan comparatif des médicaments et ont déterminé si les changements ont donné lieu à des améliorations avant de les étendre à d'autres domaines ou groupes de patients.
- 3) La participation de la haute direction contribue au succès.

Bilan comparatif des médicaments à l'admission (suite)

IDÉES DE CHANGEMENT (suite) :

- Assurer la participation de la haute direction : Présenter les progrès à la haute direction tous les mois. Inclure des données sur les erreurs qui ont été évitées grâce au processus de bilan comparatif des médicaments et cerner les ressources nécessaires à la réussite.
- Envisager d'appliquer la méthodologie de l'indicateur à un service ou à une population cible en particulier. Par exemple :
 - les patients à qui l'on a prescrit trois médicaments ou plus;
 - tous les patients de 65 ans ou plus;
 - les patients admis pour une intervention chirurgicale non urgente exigeant des séjours de plusieurs nuitées.

ÉCHÉANCIER DE CHANGEMENT

Voici une illustration pour montrer comment les changements dans le système de soins de santé se produisent au fil du temps. Dans le présent cas, nous avons suivi l'élaboration du bilan comparatif des médicaments.

2000 à

2005 : Bon nombre d'hôpitaux ont travaillé activement pour améliorer les processus relatifs au bilan comparatif des médicaments.

2005 : Le bilan comparatif des médicaments est présenté comme l'une des six interventions originales de la campagne **Soins de santé plus sécuritaires maintenant!**

2006 : Le bilan comparatif des médicaments fait partie des pratiques organisationnelles obligatoires du Programme d'agrément AIM (pre-Qmentum).

2011 : Dans le cadre des consultations menées par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, le bilan comparatif des médicaments a été défini comme l'une des trois principales priorités à l'égard de la sécurité des patients dans chaque territoire de compétence par les dirigeants du système de soins de santé de tout le Canada.

2012 : Le bilan comparatif des médicaments à l'admission est ajouté en tant que priorité d'un PAQ, après avoir été pendant des années l'indicateur le plus choisi en marge des indicateurs prioritaires par les hôpitaux.

2013 : Le bilan comparatif des médicaments à l'admission continue d'être une priorité de premier rang, et les hôpitaux vont au-delà en l'appliquant aux transferts et aux congés. Par conséquent, le bilan comparatif des médicaments au congé est un indicateur supplémentaire pour 2015-2016 (ou à l'avenir).

Avenir : Agrément Canada prévoit exiger de tous les organismes hospitaliers qu'ils appliquent intégralement le bilan comparatif des médicaments à toutes les transitions de soins d'ici 2018.

Le bilan comparatif des médicaments est largement intégré au sein du système.

90^e percentile de la durée du séjour aux services des urgences

Cet indicateur mesure le temps qui s'écoule entre le moment où le patient s'enregistre ou voit un infirmier affecté au triage, le premier des deux prévalant, et le moment où il quitte les services des urgences, soit parce qu'il obtient son congé, soit parce qu'il est hospitalisé. Une réduction du temps passé aux urgences semble indiquer que le flux des patients s'est amélioré.

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

La durée du séjour aux urgences représente un enjeu essentiel pour les hôpitaux de l'Ontario. Ils s'efforcent d'améliorer le flux des patients et de réduire le temps d'attente des patients aux urgences pour obtenir un diagnostic, un traitement, un transfert à un lit d'hôpital ou un congé.

IDÉES DE CHANGEMENT

- Fournir un enseignement approfondi au personnel de la santé, aux patients et aux familles, les informant que l'hôpital ne constitue pas un endroit approprié pour un lit de soins de longue durée (SLD).
- Améliorer la planification des congés et les communications au moyen de visites d'équipe, de tableaux blancs et d'un codage simultané.
- Avoir des options prêtes à être utilisées avant l'émission des ordonnances de congé pour les patients qui exigent une planification complexe de la sortie d'hôpital.
- Élaborer un processus interne d'interventions par paliers pour les cas complexes.
- Promouvoir la philosophie Chez soi avant tout, selon laquelle les patients sont mieux placés pour prendre des décisions quant à leurs conditions de logement après leur hospitalisation à partir de leur domicile plutôt qu'à partir de l'hôpital.
- Améliorer l'utilisation et la sélection d'une résidence ou d'un foyer pour personnes âgées en ce qui a trait aux soins post-hospitalisation.
- Procéder à des « visites éclair » (p. ex., des discussions quotidiennes avec les équipes de soins de santé) pour la planification des soins et des congés.

Durée du séjour aux services des urgences

- 90 %** Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ*.
- 41 %** Ont atteint ou dépassé leurs objectifs.
- 60 %** Ont mené à bien leurs objectifs (sans nécessairement les atteindre).

** Pourcentage fondé sur un dénominateur de 124 corporations hospitalières présentant des services d'urgence.*

CE QUE NOUS CONSTATONS : On constate une large variation régionale dans les heures passées au service des urgences avant d'être admis.

- Dans un RLISS, 9 pensionnaires sur 10 ont passé jusqu'à 37 heures au service des urgences avant d'être admis; toutefois, dans un autre RLISS, 9 pensionnaires sur 10 y ont passé jusqu'à 18 heures (de janvier à décembre 2013).
- En moyenne, 9 Ontariens sur 10 passent jusqu'à 28 heures au service des urgences avant d'être admis (exercice 2013).

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Les hôpitaux qui ont signalé la plus grande réussite quant à la réduction du séjour aux urgences l'attribuent aux connaissances acquises en travaillant avec un leader pair qu'ils considèrent essentielles à leur transformation.
- La participation de la haute direction, et tout particulièrement des chefs de la direction, a été définie comme ayant la plus grande incidence sur la culture de changement, en faisant peser la responsabilité des changements sur tous les niveaux de l'organisation.

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

Cet indicateur mesure le pourcentage de journées d'hospitalisation d'un patient requérant d'autres niveaux de soins, qui renvoie aux patients qui n'ont plus besoin de soins actifs dans un hôpital, mais qui continuent d'occuper un lit dans un hôpital de soins actifs après leur congé, en attente d'un transfert dans un autre établissement de soins.

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Les ANS représentent un enjeu qui touche le système de soins de santé dans son ensemble, y compris les services des urgences. Il semble qu'il y ait un lien entre le flux des services des urgences pris en compte dans la durée du séjour des patients admis aux services des urgences et la capacité hospitalière totale, qui est influencée par les ANS. Les jours de soins désignés comme ANS contribuent à la congestion aux points de transition et surchargent les ressources hospitalières. Plus important encore, les patients ne sont pas bien servis lorsqu'ils sont retenus à l'hôpital alors qu'ils n'ont plus besoin d'y être. En s'efforçant de créer un système intégré de santé de qualité supérieure, on veille à fournir les bons soins au bon endroit, au bon moment.

IDÉES DE CHANGEMENT

- Passer en revue le modèle de planification des congés chaque jour pour déterminer quels patients devraient être rapidement évalués et pris en charge afin d'assurer une transition sécuritaire dans la collectivité.
- Faire participer les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) à titre de partenaires pour déterminer et lever les obstacles aux congés précoces des patients hospitalisés.
- Avoir des options prêtes à être utilisées avant l'émission des ordonnances de congé pour les patients qui exigent une planification complexe de la sortie d'hôpital.
- Fournir un enseignement approfondi au personnel des soins de santé, aux patients et aux familles, les informant que l'hôpital ne constitue pas un endroit approprié pour un lit de soins de longue durée.
- Créer un comité d'examen de la planification intégrée des congés pour les patients nécessitant d'ANS ou ceux ayant des besoins plus complexes en matière de congé.

Pourcentage de journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'autres niveaux de soins

91 % Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ*.

31 % Ont atteint ou dépassé leurs objectifs.

50 % Ont mené à bien leurs objectifs (sans nécessairement les atteindre).

* Pourcentage fondé sur un dénominateur de 138 hôpitaux de soins actifs.

CE QUE NOUS CONSTATONS : On constate une large variation régionale dans les pourcentages de jours de soins désignés comme ANS en Ontario.

- Dans le RLISS présentant le nombre le plus élevé de jours de soins désignés comme ANS, le pourcentage était de près de 25 % de jours de soins désignés comme ANS. Dans le RLISS présentant le nombre le moins élevé de jours de soins désignés comme ANS, le pourcentage était de près de 10 % de jours de soins désignés comme ANS au cours de la période allant du 3^e trimestre de l'exercice 2012-2013 au 2^e trimestre de l'exercice 2013-2014.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- 1) Les efforts régionaux contribuent aux réussites individuelles.
 - Aucun hôpital ne peut réduire son taux de sa propre initiative. Une source d'aiguillage central qui comprend un point de contact unique au courant de toutes les ressources disponibles au sein d'une communauté peut aider à réduire le nombre de jours de soins désignés comme ANS.
- 2) Le fait de se concentrer sur le flux des patients au sein de l'organisme peut aider à écourter la durée du séjour au service des urgences et à réduire le nombre de jours de soins désignés comme ANS.
 - Les hôpitaux qui ont fait part de leur réussite ont tracé des itinéraires pour prédire le jour où un patient sera prêt à passer au prochain niveau de soins et ont effectué les aiguillages nécessaires en prévision du congé.
 - Les changements apportés aux services des urgences ont des retombées sur le reste de l'organisation et vice-versa, et aident à faire évoluer la culture organisationnelle vers une culture d'amélioration continue.
- 3) Les services communautaires favorisent la durabilité.
 - La philosophie Chez soi avant tout a la plus grande influence à court terme sur les jours de soins désignés comme ANS pour les hôpitaux. Les régions doivent investir dans la communauté dans les secteurs qui sont les plus pertinents pour la population locale afin de maintenir les gains.

Marge totale

Cet indicateur mesure la santé financière d'un hôpital. Une marge positive indique que l'hôpital dispose d'un excédent de revenus par rapport à ses dépenses et est donc sur la bonne voie en matière de dépenses.

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Une Réforme du financement du système de santé (RFSS) est en cours en Ontario pour assurer que le paiement, les politiques et la planification suivent les patients à mesure qu'ils progressent au sein du système de santé. L'indicateur de la marge totale est l'un des moyens que les organismes peuvent utiliser pour incorporer la politique de financement de la RFSS dans leur cadre d'amélioration de la qualité.

IDÉES DE CHANGEMENT

- Réduire le coût direct des marchandises : les organismes sont encouragés à collaborer avec leurs distributeurs pour réduire les coûts (p. ex., achats groupés, services communs, approvisionnement). Il peut être possible d'acheter une plus grande quantité de produits en vrac, de conclure une entente à plus long terme ou de trouver d'autres fournisseurs pour réussir à diminuer les coûts.
- Réduire le gaspillage des stocks : Les organismes peuvent souvent éviter la détérioration ou même les vols en gérant les stocks plus efficacement (voir la section de la RFSS sur la méthodologie allégée).
- Intégrer les services pour répondre différemment aux besoins des patients : Si la demande pour certains services est faible et que d'autres organismes offrent les mêmes services, envisagez d'établir un partenariat avec un autre fournisseur pour pouvoir offrir ces services à vos patients à un coût moins élevé.
- Cerner les points de référence afin de permettre aux organismes de comparer les données financières, le rendement et les stratégies.

Marge totale

- 92 %** Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ.
- 4 %** Ont atteint ou dépassé leurs objectifs.
- 48 %** Ont mené à bien leurs objectifs (sans nécessairement les atteindre).

Remarque : Bien que seulement 4 % des hôpitaux qui ont choisi cet indicateur ont atteint ou dépassé leur objectif, cela ne signifie pas que 96 % des hôpitaux n'équilibrent pas leur budget. À titre d'exemple, les hôpitaux peuvent avoir une marge totale se situant entre 0 et 2, qui est considérée comme une fourchette idéale et établir un objectif d'amélioration visant à se rapprocher de la marge totale de 0. Par conséquent, il est possible que des hôpitaux n'aient pas réussi à atteindre leurs objectifs d'amélioration tout en maintenant une marge totale saine (entre 0 et 2).

CE QUE NOUS CONSTATONS : Nous avons remarqué que les hôpitaux qui ont indiqué la plus grande réussite quant à l'amélioration de leur marge présentent des volumes plus élevés de soins hospitaliers et des séjours plus courts. Les stratégies communes de recherche d'économies comprennent l'établissement de possibilités d'approvisionnement à l'échelle du RLISS afin de réduire les coûts des fournitures, la réduction des congés de maladie et des heures supplémentaires pour les employés et la mise en œuvre d'un modèle de financement fondé sur les patients.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Un élément clé de la Réforme du financement du système de santé est l'élaboration et la mise en œuvre d'actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ) afin d'orienter la prestation de soins de haute qualité rentables fondés sur des données probantes pour certaines affections. L'adoption des pratiques fondées sur des données probantes énoncées dans les AMQ pourrait améliorer l'expérience globale des patients et les résultats cliniques, tout en assurant que les coûts hospitaliers sont harmonisés avec le financement et contribuent ainsi à une marge totale saine.
- Soixante-douze pour cent des hôpitaux ont mentionné les AMQ dans leur PAQ. Bon nombre d'hôpitaux utilisent des plans de soins des patients pour mettre les manuels cliniques des AMQ fondés sur des données probantes en pratique. Les plans de soins des patients électroniques constituent une technologie d'aide à la prise de décisions cliniques utilisée pour réduire les variations et améliorer les résultats et l'expérience des patients au meilleur coût.

Satisfaction des patients

Ces indicateurs mesurent le niveau de satisfaction des clients à l'égard de leurs expériences en milieu hospitalier et permettent de déterminer s'ils recommanderaient l'hôpital à d'autres personnes.

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Lorsque les soins de santé sont perçus à travers les yeux des patients et des familles et (ou) des personnes soignantes, les recherches montrent que la qualité des soins augmente, que les coûts diminuent, que la satisfaction des fournisseurs augmente et que l'expérience de soins des patients s'améliore.

IDÉES DE CHANGEMENT

- Les sondages constituent un moyen efficace pour comprendre les opinions des patients, mais bon nombre de fournisseurs de soins de santé dans l'ensemble de la province vont plus loin en mobilisant les patients et en travaillant avec eux pour concevoir et fournir des soins de santé qui sont liés à leurs besoins.
- Créer des partenariats dans les hôpitaux.
 - Faire part des histoires des patients au conseil d'administration et à l'équipe de direction de l'hôpital.
 - Utiliser les aides aux patients (c.-à-d., les patients et les membres de la famille qui sont atteints d'une maladie en particulier) qui sont prêtes à partager leurs connaissances avec les autres.
 - Aider les patients à acquérir des habiletés d'autogestion.
 - S'assurer que les patients et les membres de la famille sont des membres clés des comités de qualité internes.
- Former les professionnels des soins de santé.
- Mesurer et fournir une rétroaction de façon régulière.
- Créer des partenariats avec les organismes de soutien.
- Mettre l'accent sur la communication : Faire participer les patients à la planification des soins et aux visites quotidiennes.
- Créer une culture de compassion et de service.

Satisfaction des patients

95 % Ont inscrit au moins un de ces quatre indicateurs dans leur PAQ*.

38 % Ont atteint ou dépassé leurs objectifs.

65 % Ont mené à bien leurs objectifs (sans nécessairement les atteindre).

* *Pourcentage fondé sur un dénominateur de 146 hôpitaux.*

CE QUE NOUS CONSTATONS : Les hôpitaux mettent l'accent sur la satisfaction des patients hospitalisés en faisant la promotion de modèles de communication claire.

- Les hôpitaux ont inscrit 271 cas relatifs aux indicateurs de satisfaction des patients prioritaires recommandés dans leur PAQ, en se concentrant deux fois plus sur la satisfaction des patients hospitalisés que sur celle des patients des services des urgences.
- Les hôpitaux ont également inclus 41 « autres » indicateurs de l'expérience des patients dans leur PAQ.
 - Les principaux thèmes de ces indicateurs étaient les suivants : des modèles de communication claire prévoyant des renseignements sur les congés adéquats (20 %); des cliniciens qui prennent le temps de répondre aux questions (17 %); le respect de la sensibilité culturelle (15 %); la continuité des soins (12 %); la gestion de la douleur (12 %) et le traitement des patients avec courtoisie et respect (10 %).

PRINCIPALES OBSERVATIONS

Plusieurs hôpitaux ont déclaré dans leurs rapports d'étape que la satisfaction des patients du service des urgences avait tendance à s'améliorer lorsque les patients étaient périodiquement informés de leurs progrès dans le service.

- Entre 2009 et 2012, le pourcentage de personnes qui recommanderaient sans aucun doute leur service des urgences est passé de 58 % à 60 %, et le pourcentage des personnes qui ont qualifié la qualité générale des soins qu'ils ont reçus au service des urgences de « bonne », « très bonne » et « excellente » a augmenté de 85 % à 87 %.

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Téléphone : 416 323-6868
Sans frais : 1 866 623-6868
Courriel : info@hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014

ISBN 978-1-4606-4942-8 (PDF)

www.hqontario.ca

