

Plan d'amélioration de la qualité 2015-2016 des hôpitaux de l'Ontario

« Cibles et initiatives d'amélioration »

Hôpital Notre-Dame Hospital (Hearst) 1405, rue Edward, sac postal 8000

BUT		MESURE							Changement					
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/indicateur	Unité/population	Source/période	Id. de l'organisation	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Mesures de processus		Objectifs des idées de changement	Commentaires
									Méthodes					
Accès	Réduire les temps d'attente au Service des urgences	Temps d'attente au Service des urgences : durée du séjour au 90 ^e centile pour les patients admis	Heures/patients à l'urgence	Accès à iPort d'ACO /du 1 ^{er} janv. 2014 au 31 déc. 2014	681*	19.57	18.5	Rendement réel en 2013-2014 : 23,98; cible pour 2014 : 22,78; ***La cible est fondée sur une baisse de 5,5 % par rapport au rendement réel.	1) Surveiller la durée du séjour au Service des urgences	1) Le Comité consultatif sur les soins infirmiers (CCSI) examine et analyse tous les cas où la durée du séjour au Service des urgences est supérieure à 20 h. 2) Le groupe doit élaborer et mettre en oeuvre un plan d'action afin de réduire la durée du séjour au service des urgences là où c'est possible. 3) Élaborer une politique sur la gestion des patients de long séjour au Service des urgences.	1) Pourcentage de cas où la durée du séjour est supérieure à 20 h selon l'examen réalisé par le CCSI 2) Réévaluation à 14 h des cas de patients qui sont restés longtemps au Service des urgences pour déterminer si le patient sera admis ou non.	1) Tous les cas examinés par le Comité consultatif sur les soins infirmiers (CCSI) et les cas nécessitant l'adoption d'autres mesures seront portés à l'attention du Comité des ressources aux patients. 2) Politique appliquée dans 90 % des cas.	Chef générale - soins ambulatoires	
									2) Fournir aux intervenants une rétroaction sur la durée du séjour au Service des urgences	S'assurer que le Comité de la qualité et des soins aux patients du conseil et le Comité médical consultatif (CMC) effectuent régulièrement des examens.	1) Nombre d'examens de données sur la durée du séjour au Service des urgences réalisés par divers comités.	1) 2 examens réalisés au 31 déc. 2015.		Chef générale - soins ambulatoires
Efficacité	Assainir les finances de l'organisme	Marge totale (consolidée) : pourcentage selon lequel les revenus totaux (consolidés) d'un établissement sont supérieurs ou inférieurs à ses dépenses totales (consolidées), en excluant l'incidence de l'amortissement des immobilisations au cours d'un exercice donné	%S.O.	Normes de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario (NPRSSO), MSSLD/ 3 ^e trim. de 2014-2015 (total cumulatif du 1 ^{er} avril 2014 au 31 déc. 2014)	681*	-0.63	-1.36	Rendement réel en 2013-2014 : -1,0; cible pour 2014 : -1,75; ***La cible est fixée en fonction du plan d'exploitation soumis au RLISS du Nord-Est.	1) Tenir compte dans le plan d'exploitation des changements prévus aux activités à l'appui de l'atteinte de l'équilibre budgétaire	1) Élaborer et mettre en oeuvre un plan de restructuration et d'exploitation qui permettra d'atteindre les objectifs financiers de l'hôpital et en faire la surveillance continue.	1) Élaborer et faire approuver le plan de restructuration et d'exploitation 2) Tous les superviseurs doivent régulièrement passer en revue les résultats financiers.	1) Approbation du plan d'exploitation avant le 30 avril 2015 2) 3 examens trimestriels réalisés par l'équipe des cadres supérieurs (sept., déc. et mars).	Directeur des services financiers	
									2) Plan d'immobilisations	Élaborer un plan d'immobilisations qui permettra d'atteindre les objectifs d'exploitation et financiers de l'hôpital et assurer la surveillance continue de sa mise en oeuvre.	1) Élaborer et faire approuver le plan d'immobilisations 2) L'équipe des cadres supérieurs doit évaluer régulièrement la mise en oeuvre du plan d'immobilisations.	1) Approbation du plan d'exploitation avant le 30 avril 2015 2) 2 examens réalisés par l'équipe des cadres supérieurs (sept. et février).		Directeur des services financiers
	Réduire les décès évitables dans les hôpitaux	Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) : nombre réel de décès survenus/nombre de décès prévus x 100	Ratio (pas d'unité)/tous les patients	Base de données sur les congés des patients (BDCP), ICIS / du 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014	681*	192	0	Ne sera pas surveillé. Non pertinent pour notre organisme en raison de l'absence de valeur statistique.	1) Ne sera pas surveillé. Non pertinent pour notre organisme.	Ne sera pas surveillé. Non pertinent pour notre organisme.	Ne sera pas surveillé. Non pertinent pour notre organisme.			
Intégration des soins	Réduire le temps passé inutilement aux soins actifs	Pourcentage des jours d'un autre niveau de soins (ANS) : nombre total de jours-patients hospitalisés en soins actifs désignés patients ANS, divisé par le nombre total de jours-patients hospitalisés en soins actifs *100	% / tous les patients en soins actifs	Portail du ministère de la Santé /du 1 ^{er} oct. 2013 au 30 sept. 2014	681*	22.48	17	Rendement réel en 2013-2014 : 17,77; cible pour 2014 : 17,77; ***La cible correspond à la cible établie par le RLISS du Nord-Est, soit 17 %.	1) Cerner les obstacles à la planification des congés et y remédier	1) Cerner les obstacles à la planification des congés grâce à des réunions hebdomadaires des équipes multidisciplinaires 2) Mettre en place un processus d'examen de gestion de cas complexes réalisé collectivement par un médecin, un représentant du CASC, un physiothérapeute, le coordonnateur de Vieillir chez soi et un intervenant-pivot auprès des patients autochtones pour assurer la détermination des facteurs qui empêchent le patient de retourner chez lui et l'élaboration d'une solution.	1) Pourcentage de semaines où l'équipe multidisciplinaire tient des réunions 2) Pourcentage de patients identifiés comme complexes pour qui il y a un examen de gestion de cas 3) Mise à l'essai d'un programme d'hospitalistes à l'HND.	1) 80 % des semaines, l'équipe multidisciplinaire aura tenu des réunions 2) Le processus d'examen de gestion de cas est achevé à l'égard de tous les patients identifiés comme complexes (moyennant le financement des maillons santé) 3) Mise en oeuvre, en juin 2015, du projet pilote de services d'hospitalistes (dépend de la conclusion d'une entente avec les médecins).	Chef générale - soins actifs	
									2) Aiguillage vers des services communautaires avant la mise en congé du patient	Aiguiller les patients hospitalisés admissibles vers le programme Vieillir chez soi avant leur mise en congé et aiguiller les patients de 65 ans et plus vers des services paramédicaux communautaires s'ils y sont admissibles.	1) La coordonnatrice de Vieillir chez soi se rend à l'hôpital afin de passer en revue la liste de contrôle de planification des congés. 2) Les professionnels paramédicaux se rendent à l'hôpital pour participer à la mise en congé du patient.	1) 90 % des patients admissibles aiguillés vers les services de Vieillir chez soi 2) 75 % des patients admissibles aiguillés vers le Programme de soins paramédicaux communautaires		Chef générale - soins actifs, coordonnatrice de Vieillir chez soi et coordonnateur des soins paramédicaux

BUT		MESURE							Changement				
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/indicateur	Unité/ population	Source/période	Id. de l'organisation	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)				
									Méthodes	Mesures de processus	Objectifs des idées de changement	Commentaires	
									3) Réduction du déclin fonctionnel chez les patients âgés à l'hôpital	Grâce au Programme d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés, les patients admissibles (65 ans et plus et tous les nouveaux cas d'ANS) seront évalués par un physiothérapeute et une diététiste en vue de l'élaboration d'un plan de soins. Optimiser le recours aux services de réadaptation afin d'éviter la décompensation du patient après son admission à l'hôpital.	1) Pourcentage de patients admissibles (65 ans et plus et tous les nouveaux cas d'ANS) aiguillés vers les services de physiothérapie pour qui on a élaboré et mis en œuvre un plan de soins. 2) Pourcentage de patients admissibles (65 ans et plus et tous les nouveaux cas d'ANS) aiguillés vers les services d'une diététiste pour qui on a élaboré et mis en œuvre un plan de soins.	1) Réalisation d'une évaluation et élaboration d'un plan d'action pour tous les patients admissibles en physiothérapie 2) Réalisation d'une évaluation et élaboration d'un plan d'action pour tous les patients admissibles aux services d'une diététiste - 80 % des clients n'afficheront pas de déclin fonctionnel au moment du congé.	Chef générale - soins actifs
									4) Accès à des services communautaires pour les patients	S'assurer que les patients et les personnes âgées ont accès aux services communautaires nécessaires (p. ex. transport, entretien ménager ou prévention des chutes) grâce à la mise en place de services par l'équipe de Vieillir chez soi.	1) Nombre de patients inscrits à chacun des deux programmes de prévention des chutes 2) Nombre de patients inscrits au programme PED 3) Pourcentage de patients qui nécessitent un moyen de transport pour recevoir un traitement de dialyse qui ont reçu un tel service pour se rendre à un rendez-vous à Kapuskasing 4) Nombre de semaines où le service de transport est offert aux aînés de Mattice.	1) 2 séances de formation en prévention des chutes pour 15 personnes (PIED) 2) Mise en œuvre du programme PED pour 10 participants dans la communauté 3) Tous les patients conduits à leurs traitements nécessaires de dialyse 4) Service de transport offert à Mattice 12 jours pendant l'année	Coordonnatrice de Vieillir chez soi
	Réduire les taux de réadmissions inutiles à l'hôpital	Taux de réadmission dans les 30 jours pour certains groupes de maladies analogues	%/tous les patients en soins actifs	Base de données sur les congés des patients (BDPCP), ISIS/du 1 ^{er} juillet 2013 au 30 juin 2014	681*	20.51	18	Rendement réel en 2013-2014 : 18,18; cible pour 2014 : N/D; ***La cible est établie à 18 % afin de refléter une réduction de 12 %.	1) Surveiller les réadmissions	Faire passer en revue toutes les réadmissions non prévues dans les 30 jours pour le même diagnostic ou un diagnostic connexe pr le Comité des ressources aux patients et élaborer un plan d'action visant à régler les problèmes. Intégration de l'IP dans les programmes communautaires comme les soins palliatifs et les télésoins dans les cas d'insuffisance cardiaque congestive et de MPOC.	1) Nombre de réunions trimestrielles du Comité des ressources aux patients lors desquelles on a passé en revue les réadmissions 2) Pourcentage des réadmissions non prévues dans les 30 jours pour le même diagnostic ou un diagnostic connexe qui ont fait l'objet d'un examen par le Comité d'utilisation 3) Pourcentage des recommandations ou des mesures à prendre proposées par le Comité de ressources aux patients auxquelles on a donné suite 4) Nombre de programmes élaborés et mis en œuvre par l'IP.	1) 4 réunions trimestrielles du Comité des ressources aux patients 2) Toutes les réadmissions non prévues dans les 30 jours pour le même diagnostic ou un diagnostic connexe feront l'objet d'un examen 3) 80 % des recommandations ou des mesures à prendre auront été mises en œuvre en temps et lieu 4) 2 programmes auront été élaborés et mis en œuvre par l'IP d'ici le 31 mars 2016.	Chef générale- soins actifs
Approche centrée sur le patient	Améliorer la satisfaction des patients	Sondage interne (le cas échéant) : fournir le taux de réponse en pourcentage à une question générale telle que « Recommanderiez-vous cet hôpital à vos parents et amis? » (Veuillez préciser la question et les réponses possibles dans le PAQ.)	%/autres	Sondage interne/d'oct. 2013 à sept. 2014	681*	100	100	Rendement réel en 2013-2014 : 100 %; cible pour 2014 : 100 %; ***La cible est fondée sur le rendement réel des 5 dernières années.	1) Réviser le processus de rétroaction des patients	Poursuivre la mise en œuvre du processus d'appels téléphoniques après la mise en congé des patients hospitalisés et ceux ayant subi une chirurgie. Réviser le processus concernant le questionnaire destiné aux patients. Le sous-comité examinera la possibilité d'établir un processus formel concernant les appels téléphoniques après la mise en congé, les questionnaires de mise en congé, les questionnaires destinés aux patients et le questionnaire destiné à l'ombudsman ainsi que la possibilité de créer un lien sur les téléviseurs au chevet des patients. Examiner aussi la possibilité d'obtenir l'adresse courriel des patients et d'utiliser le logiciel SurveyMonkey pour obtenir la rétroaction des patients sur les soins qu'ils ont reçus à l'Hôpital Notre-Dame.	1) Pourcentage de patients ayant subi une chirurgie qui ont reçu un appel après la mise en congé afin de discuter du traitement et des soins de suivi 2) Nombre d'appels téléphoniques faits au hasard à des patients hospitalisés à risque élevé de réadmission 3) Révision du processus concernant le questionnaire destiné aux patients 4) Distribution mensuelle au hasard d'un questionnaire sur les services en consultation externe comme l'urgence, les soins de jour, les cliniques, la physiothérapie et le laboratoire.	1) 10 % des patients ayant subi une chirurgie recevront un appel téléphonique.2) 24 appels téléphoniques seront faits au hasard concernant les patients hospitalisés à risque élevé de réadmission 3) Mise en place, d'ici le 1 ^{er} septembre 2015, d'un processus révisé concernant le questionnaire destiné aux patients 4) 200 questionnaires destinés aux patients externes ont été remplis durant l'année.	Chef générale - soins actifs, chef générale - soins ambulatoires
									2) Collaborer avec la communauté des Premières Nations pour résoudre les problèmes	Collaborer avec l'intervenant-pivot auprès des patients autochtones de l'Équipe de santé familiale Nord-Aski Family Health Team (ESFNAFHT) afin de régler les problèmes cernés et d'élaborer un plan d'action.	1) En collaboration avec le Comité de liaison, élaborer et faire approuver un plan d'action visant à régler les préoccupations et les problèmes des Premières Nations 2) Nombre de possibilités d'éducation offertes aux membres du personnel et à ceux du conseil - Pourcentage de membres du personnel qui ont reçu une formation sur le comportement à adopter dans le cadre de relations thérapeutiques avec des patients des Premières Nations, laquelle sera assurée par l'intervenant-pivot auprès des patients autochtones et l'hôpital.	1) 80 % des mesures à prendre auront été mises en œuvre 2) Tenue de 2 séances d'éducation sur la culture autochtone à l'intention des membres du conseil et du personnel.	Directrice des services aux patients et directrice générale
									3) Les ombudsmans de l'hôpital rendent régulièrement visite aux patients hospitalisés et aux patients externes.	Les deux ombudsmans de l'hôpital sélectionnés par le conseil d'administration rendent régulièrement visite aux patients hospitalisés et aux patients externes et les sondent afin de s'assurer qu'ils sont satisfaits des services qu'ils ont reçus. Ils font un compte rendu de leurs constatations à l'équipe de la haute direction et au Comité des relations publiques.	1) Nombre de visites à des patients hospitalisés et à des patients externes faites par les ombudsmans de l'hôpital 2) Pourcentage de problèmes ou de préoccupations qui ont été soulevés par les ombudsmans de l'hôpital qu'on a réglés rapidement 3) Élaboration d'une nouvelle façon de présenter le compte rendu des constatations des ombudsmans.	1) 6 visites faites par les ombudsmans 2) 95 % des problèmes auront été réglés rapidement par l'équipe des cadres supérieurs 3) Façon de présenter le compte rendu sera élaborée d'ici le 30 juin 2015.	Directrice générale

BUT		MESURE							Changement						
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/indicateur	Unité/ population	Source/période	Id. de l'organisation	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Méthodes	Mesures de processus		Objectifs des idées de changement	Commentaires
Sécurité	Accroître la proportion de patients bénéficiant d'un bilan comparatif des médicaments à l'admission	Bilan comparatif des médicaments à l'admission : nombre total de patients ayant bénéficiés d'un bilan comparatif des médicaments par rapport au nombre total de patients admis à l'hôpital	%/tous les patients	Données recueillies par l'hôpital/ données à la disposition de l'hôpital visant le trimestre le plus récent	681*	94.4	100	Rendement réel en 2013-2014 : 97,6; cible pour 2014 : 100; **La cible est établie à la meilleure valeur théorique, soit 100 %.	1) Réviser la politique sur le bilan comparatif des médicaments au Service des urgences et continuer à analyser les données relatives au bilan comparatif	Réviser la politique sur le bilan comparatif des médicaments au Service des urgences. Procéder régulièrement à des vérifications pour s'assurer qu'on respecte le protocole relatif au bilan comparatif. Passer en revue régulièrement les données des réunions du Comité de pharmacologie, du CMC et du Comité de la qualité.	1) Mettre en œuvre la politique révisée sur le bilan comparatif des médicaments au Service des urgences 2) Nombre d'examen de données réalisés par le Comité de pharmacologie, le CMC et le Comité de la qualité 3) Pourcentage de cas de non-conformité à l'égard desquels on a fait un suivi.	1) Mise en œuvre de la politique révisée au plus tard le 30 avril 2015 2) 3 vérifications des données (mai 2015, octobre 2015 et janvier 2016) 3) 3 examens des vérifications réalisés par les comités visés.		Chef générale - soins actifs, chef générale - soins ambulatoires	
	Réduire les taux d'infections nosocomiales	Taux de MACD pour 1 000 jours-patient : nombre de patients nouvellement diagnostiqués d'une MACD contractée à l'hôpital, divisé par le nombre de jours-patient dans un mois, multiplié par 1 000 - moyenne pour janv. à déc. 2014, selon les rapports sur la sécurité des patients affichés sur le site Web de QSSO.	Taux par 1 000 jours-patient/ tous les patients	Rapports publics, MSSLD/ du 1 ^{er} janv. 2014 au 31 déc. 2014	681*	0	0	Rendement réel en 2013-2014 : 0,00; cible pour 2014 : 0,00; ***La cible est établie au taux de 0 % atteint les quelques dernières années.	1) Continuer à appliquer les pratiques exemplaires en matière de nettoyage des surfaces environnementales	Assurer le respect des pratiques exemplaires en matière de nettoyage des surfaces environnementales en effectuant des vérifications régulières des services d'entretien.	1) Nombre d'inspections hebdomadaires réalisées par l'infirmière - santé du personnel et le gestionnaire des services d'entretien à l'appui de la conformité 2) Pourcentage de cas de non-conformité à l'égard desquels on fait un suivi.	1) 2 inspections hebdomadaires des surfaces environnementales effectuées par l'infirmière - santé du personnel et le gestionnaire des services d'entretien 2) Réalisation d'un suivi individuel à l'égard de tous les cas où des problèmes sont survenus.	Responsable du contrôle des infections		
									2) Formation de tout le personnel concernant le contrôle des infections	Formation annuelle en cours d'emploi sur le lavage des mains et éducation du personnel sur le contrôle des infections donnée pendant la Semaine du contrôle des infections en octobre 2015. Tous les employés des soins de santé devront suivre les cours en ligne des RH sur le contrôle des infections et la manipulation des objets pointus et tranchants.	1) Pourcentage de tous les employés qui ont terminé les cours en ligne des RH sur le contrôle des infections et la manipulation des objets pointus et tranchants 2) Nombre de séances de formation tenues pendant la Semaine du contrôle des infections.	1) Tous les employés auront terminé les cours en ligne des RH d'ici décembre 2015 2) 2 séances de formation offertes aux employés durant la Semaine du contrôle des infections.	Responsable du contrôle des infections		
	Réduire l'incidence de nouveaux cas de plaies de pression	Observation des mesures d'hygiène des mains avant le contact avec le patient : nombre de fois que les mesures d'hygiène des mains ont été respectées avant le premier contact avec un patient, divisé par le nombre d'indications observées d'hygiène des mains avant le premier contact avec un patient, multiplié par 100 - selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	% / fournisseurs de soins de santé dans tout l'établissement	Rapports publics, MSSLD/ du 1 ^{er} janv. 2014 au 31 déc. 2014	681*	88.4	89	Rendement réel en 2013-2014 : 86,2; cible pour 2014 : 89; ***La cible établie vise à maintenir le meilleur taux atteint, soit 89 %.	1) Analyse des données concernant l'hygiène des mains	S'assurer, au moyen de vérifications régulières, que tous les membres du personnel et les médecins respectent les pratiques exemplaires d'hygiène des mains et faire le suivi qui convient dans les situations de non-conformité.	1) Nombre de vérifications des pratiques d'hygiène des mains 2) Pourcentage de cas de non-conformité à l'égard desquels on a fait un suivi 3) Nombre d'examen des données réalisés par le CCSI, le CMC et le Comité de la qualité.	1) 2 vérifications semestrielles des pratiques d'hygiène des mains (juin et nov.) 2) Suivi immédiat dans tous les cas de non-conformité 3) 2 examens des données réalisés par le CCSI, le CMC et le Comité de la qualité.	Responsable du contrôle des infections		
2) Sensibilisation des patients et de la communauté au contrôle des infections									Sensibiliser les patients et la communauté au contrôle des infections, à la prévention de la propagation des infections, à l'hygiène des mains et à la santé en général.	1) Utiliser les écrans d'éducation sur la santé e-Pack dans les aires d'attente de l'hôpital afin de fournir un enseignement aux patients.	1) D'ici septembre 2015, installer 2 écrans de télévision qui affichent, dans les aires d'attente, de l'information sur le contrôle des infections et la santé	Chef générale - soins ambulatoires			
	Réduire l'incidence de nouveaux cas de plaies de pression	Pourcentage de résidents en soins continus complexes affligés de nouvelles plaies de pression au cours des trois derniers mois (stade 2 ou plus)	%/résidents en soins continus complexes	SISLD, ICIS, (rapports électroniques) / du 1 ^{er} oct. 2013 au 30 sept. 2014 - 2 ^e trim. de 2014-2015 (moyenne sur 4 trimestres)	681*	X	1.2	Rendement réel en 2013-2014 : N/D; cible pour 2014 : 2,2; Rendement réel en 2014 : 1,2; ***La cible est établie au meilleur taux atteint, soit 1,2 % (2014).	1) Analyse des données concernant la politique d'évaluation de l'état de la peau	S'assurer que le personnel respecte la politique d'évaluation de l'état de la peau de tous les patients à l'admission - réévaluation de l'état de la peau de tous les patients tous les 3 mois ou si on remarque un changement de l'état de la peau.	1) Nombre de vérifications des dossiers visant à assurer le respect de la politique d'évaluation de l'état de la peau 2) Pourcentage de cas de non-conformité à l'égard desquels on a fait un suivi auprès des membres du personnel visés.	1) 2 vérifications semestrielles des dossiers (mars et septembre) 2) Suivi dans tous les cas de non-conformité	Chef générale - soins actifs		

BUT		MESURE							Changement					
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/indicateur	Unité/ population	Source/période	Id. de l'organisation	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Méthodes	Mesures de processus	Objectifs des idées de changement	Commentaires
	Empêcher les chutes chez les patients	Pourcentage de résidents en soins continus complexes (SCC) qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours	%/résidents en soins continus complexes	SISLD, ICIS, (rapports électroniques) / du 1 ^{er} oct. 2013 au 30 sept. 2014 - 2 ^e trim. de 2014-2015 (moyenne sur 4 trimestres)	681*	X	5	Rendement réel en 2013-2014 : N/D; cible pour 2014 : 8,4; Rendement réel en 2014 : 6,0; ***La cible est établie pour refléter une baisse relative prévue d'environ 17 %.	1) Évaluation du risque de chute des patients réalisée à l'admission	S'assurer qu'on documente dans Meditech les résultats à l'échelle de Morse de tous les cas admissibles de patients admis en soins actifs (sauf les cas d'obstétrique et de santé mentale).	1) Nombre de vérifications de dossiers Meditech visant à déterminer si on évalue et documente comme il faut, à l'admission, le risque de chute chez les patients en soins actifs (sauf les cas d'obstétrique et de santé mentale) 2) Pourcentage de patients en soins actifs dont les résultats à l'échelle de Morse sont documentés dans Meditech - Pourcentage de toutes les admissions admissibles de patients en soins actifs dont les résultats à l'échelle de Morse sont documentés	1) 2 vérifications des dossiers Meditech 2) Les résultats à l'échelle de Morse de tous les patients en soins actifs sont documentés	Chef générale - soins actifs	
	Réduire le taux de décès et de complications associés aux soins chirurgicaux	Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale : nombre de fois que les trois phases de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale ont été observées (« breffage », « temps d'arrêt » et « débreffage »), divisé par le nombre total de chirurgies pratiquées, multiplié par 100 - selon les données sur la sécurité des patients	%/toutes les interventions chirurgicales	Rapports publics, MSSLD/ du 1 ^{er} janv. 2014 au 31 déc. 2014	681*	92.18	99.3	Rendement réel en 2013-2014 : 95,8; cible pour 2014 : 99,3; ***La cible est établie au taux prov., soit 99,3 % (2012).	1) Analyse des données concernant la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2) Élaboration d'une politique et d'un processus sur la non-conformité	S'assurer, au moyen de vérifications régulières, que tous les membres du personnel et les médecins respectent la politique concernant la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale. Élaborer une politique et un processus sur la non-conformité afin de régler les problèmes de non-conformité en ce qui a trait à la mise en œuvre de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale.	1) Nombre d'examen des vérifications réalisés par le CMC et le Comité de la qualité 1) Élaboration d'une politique et d'un processus permettant de régler les cas de non-conformité à la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale	2) 2 examens des vérifications réalisés par le CMC et le Comité de la qualité (en avril 2015 et en oct. 2015) 1) Approbation de la politique par le conseil d'ici le 30 nov. 2015	Chef générale - soins ambulatoires Conseil d'administration et directrice générale	