

Accès et flux | Opportun | **Indicateur Optional**

Indicateur #1	L'année dernière		Cette année		
	15,88	11,40	14,80	6.80%	NA
90e percentile – durée de séjour aux urgences (Hôpital Montfort)	Performance (2024/25)	Cible (2024/25)	Performance (2025/26)	Pourcentage d'amélioration (2025/26)	Cible (2025/26)

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #1 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Revoir le fonctionnement du PODS triage incluant l'allocation des ressources et les horaires de travail pour accélérer la prise en charge médicale (Physician initial assessment (PIA))

La mesure de processus

- Indicateurs journaliers de performance PIA - Cible provinciale

Cible pour la mesure de processus

- PIA - 3h cible provinciale

Leçons apprises

La révision du flot des patients dans cette zone (mauve) ainsi que la révision des modalités de prise en charge ont mené à une série d'améliorations. La formation récente d'un groupe de travail « Innovation Urgence » ayant pour principal mandat de revoir le fonctionnement de cette zone et l'appréciation de l'inclusion suggérée de la nouvelle technologie et de l'intelligence artificielle est certainement un gage d'efficacité. Plusieurs actions sont encore en cours et nous sommes sûrs d'obtenir d'autres répercussions significatives sur le flot des patients et le temps d'attente à l'Urgence.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #2 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Standardiser la procédure de collecte de données selon la méthode définie et assurer la qualité des données de l'urgence (ER stats).

La mesure de processus

- Audits des rapports des dossiers corrigés

Cible pour la mesure de processus

- 100% de correction à la source et dans un délai de 5 jours.

Leçons apprises

La procédure standardisée avec succès a permis d'assurer une qualité des données ayant un impact sur l'appréciation globale de la performance de l'Urgence. Il importe de mentionner la poursuite des efforts de communication pour maintenir une pérennité dans la collecte de ces données.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #3 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Augmenter l'offre de service pour la couverture des heures soir/nuit en imagerie médicale. (CT scan et ultrasons).

La mesure de processus

- Offre de service soir/nuit 7jrs/sem, les fins de semaine et fériés.

Cible pour la mesure de processus

- Ouverture soir/nuit 7jrs/semaine

Leçons apprises

Le service 24/7 en tomodensitométrie est effectif et nous poursuivons nos efforts pour le service d'échographies. Il est encore tôt pour mesurer de manière précise l'impact au niveau du temps d'attente à l'Urgence pour les patients non admis, mais nous pouvons certainement affirmer l'engagement envers l'excellence des soins pour nos patients.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #4 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Optimiser les outils technologiques pour répondre aux besoins de l'équipe du service des urgences.

La mesure de processus

- Pourcentage d'outils remplacé et d'application mise à jour.

Cible pour la mesure de processus

- Nous ciblons 100%

Leçons apprises

L'ajout d'outils et l'optimisation d'outils existants (ordinateurs, caméras, lecteurs de cartes, configuration pour la rapidité des outils) ont été réalisés et les retombées sont palpables tant au niveau de l'efficacité des opérations que sur la satisfaction de membres du personnel.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #5 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Poursuivre les efforts d'amélioration du délai de déchargement des ambulances en collaboration avec les partenaires régionaux en contexte d'un nouveau système de distribution des ambulances

La mesure de processus

- Participation active aux rencontres régionales (un représentant ou délégué).

Cible pour la mesure de processus

- Présence à 100% des rencontres

Leçons apprises

Le programme d'affectation du personnel infirmier aux soins des patients arrivant en ambulance à l'Urgence a pris fin en octobre 2024. Un financement supplémentaire du Ministère a permis d'ajouter du personnel infirmier 24/7 pour le débarquement et la prise en charge des patients arrivant par ambulance. Nos efforts de collaboration avec nos partenaires régionaux et notre changement de culture ont eu des impacts significatifs au niveau du temps de débarquement des ambulances, passant de 213 minutes en août 2023 à 45 minutes en décembre 2024.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #6 ☒ **mis en oeuvre** ☐ **pas mis en oeuvre**

Poursuivre les travaux du groupe de travail PODS (Modèle de soins) à l'urgence et y inclure l'analyse des indicateurs de durée moyenne de séjour pour patients non admis.

La mesure de processus

- Indicateurs journaliers de performance.

Cible pour la mesure de processus

- 11.4 heures durée moyenne de séjour à l'urgence pour les patients très urgents.

Leçons apprises

L'optimisation de zones (vert, mauve, jaune, ambulance) a permis non seulement d'équilibrer la charge de travail, mais également une révision des rôles et responsabilités, une standardisation de certains processus ainsi qu'une adaptation de l'environnement aux besoins des patients. Nous n'avons pas atteint la cible ambitieuse fixée, mais nos efforts se poursuivront.

Commentaire

Incorporer avec les objectifs de cette année.



Expérience | Axé sur les patient | Indicateur Douane

Indicateur #2

Pourcentage de répondants qui ont répondu « complètement » à la question suivante : Recommanderiez-vous cet hôpital à vos parents et amis? (Hôpital Montfort)

L'année dernière

73,10

Performance
(2024/25)

75

Cible
(2024/25)

Cette année

72,70

Performance
(2025/26)

0.55%

Pourcentage
d'amélioration
(2025/26)

NA

Cible
(2025/26)

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #1 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Procéder à un exercice de corrélation identifiant les questions ayant un impact fort sur la question (Recommanderiez-vous cet hôpital question 22 de Qualtrics).

La mesure de processus

- Analyse de corrélation à partir du sondage expérience patient sur la plateforme Qualtrics.

Cible pour la mesure de processus

- 100% des questions sont identifiées.

Leçons apprises

L'exercice de corrélation dès les balbutiements du plan a permis d'identifier des actions significatives plutôt que de diriger l'attention sur des possibilités axées davantage sur une réflexion, un savoir professionnel. L'exercice a permis de mettre le patient et la globalité de son expérience au premier plan. Il est certain que ceci a été un facteur gagnant dans la continuité du plan.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #2 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Analyser les plaintes et les compliments obtenus par la direction responsable de l'expérience patient.

La mesure de processus

- Qualtrics- Tournées des cadres, Courriel et appel ligne patients.

Cible pour la mesure de processus

- 100% des commentaires reçus (plaintes et compliments) sont analysés.

Leçons apprises

L'analyse des plaintes et des compliments de la dernière année a permis de me mettre en lumière certaines catégories plus marquées. Il a été fort intéressant de constater que ces catégories qui ont transcendé l'exercice étaient cohérentes avec la démarche de corrélation faite en début d'exercice.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #3 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Former un comité travaillant sur l'expérience patient incluant des patients partenaires et membre du personnel.

La mesure de processus

- Nombre de stratégies mises en place.

Cible pour la mesure de processus

- Cinq (5) stratégies mises en place.

Leçons apprises

Notre comité de travail a été formé à partir de l'exercice de corrélation et l'exercice d'analyse des plaintes et des compliments. Les membres du personnel et patients partenaires impliqués jouaient vraiment un rôle clair en plus d'un sens évident à leur participation suivant les exercices préalables à la création du comité.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #4 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Consolider les tournées des cadres en assurant une meilleure juxtaposition des insatisfactions/plaintes des patients hospitalisés.

La mesure de processus

- Pourcentage de plaintes des patients hospitalisés adressées par un cadre (gestionnaires, directeurs ou cadres supérieurs) lors de tournées.

Cible pour la mesure de processus

- 100% des plaintes sont adressées

Leçons apprises

Le comité de travail fort des apprentissages fait, des exercices réalisés a réfléchi sur la meilleure façon d’effectuer les tournées pour avoir un impact sur l’expérience globale du patient. Le comité a aussi mis en lumière l’importance de ses tournées en mettant en évidence que les unités où la présence du gestionnaire étaient marquées par le nombre de tournées sont les unités où la réponse du patient à la question atteignait les plus hauts taux.



Sécurité | Sécuritaire | **Indicateur Optional**

Indicateur #3	L'année dernière		Cette année		
	Performance (2024/25)	Cible (2024/25)	Performance (2025/26)	Pourcentage d'amélioration (2025/26)	Cible (2025/26)
Taux d’incidents de violence au travail entraînant des préjudices avec interruption de travail (Hôpital Montfort)	22,00	21	16,00	27.27%	NA

Idée de changement indiquée au PAQ de l’année précédente #1 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Augmenter le taux de conformité aux formations de prévention de la violence en milieu de travail.

La mesure de processus

- Pourcentage d'employés formés

Cible pour la mesure de processus

- Atteindre 75% des cibles établies pour chaque secteur.

Leçons apprises

Le taux de conformité aux diverses formations de prévention de la violence a connu une nette augmentation grâce aux différents rappels ainsi qu'à la suite de l'introduction d'une directive corporative rappelant l'obligation d'être conforme à l'ensemble des formations obligatoires d'ici le 31 mars 2025, et annuellement. Cette directive prévoit une sanction administrative en cas de non-respect de cette exigence, renforçant ainsi l'importance de se conformer à la politique établie. Grâce à cette mesure, l'engagement des employés à suivre les formations est désormais clairement encadré, ce qui permet de garantir une meilleure préparation face aux enjeux de prévention de la violence en milieu de travail.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #2 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Prioriser l'implantation de certaines activités du programme Safeward.

La mesure de processus

- Pourcentage des activités priorisées mis en place.

Cible pour la mesure de processus

- Atteindre 100% des échéanciers établis pour la relance des activités.

Leçons apprises

La majorité des initiatives du programme Safewards a été réintroduite au Programme de santé mentale et se poursuit en continu. Certaines initiatives sont à l'étude pour d'autres secteurs où elles seraient applicables. En particulier, on pense à l'unité du 4C qui pourrait bénéficier du programme.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #3 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Réviser la prise en charge des patients pouvant démontrer des risques de violence.

La mesure de processus

- Nouvelle stratégie identifiée et endossée

Cible pour la mesure de processus

- Nous ciblons 1 dossier.

Leçons apprises

La nouvelle Zone d'urgence de santé mentale (ZUSM) a été inaugurée le 5 novembre 2024. Le personnel clinique et médical concerné a été formé pour travailler dans cette nouvelle zone. Les données préliminaires dont on dispose sont encourageantes et nous permettent de penser à une diminution éventuelle du nombre d'incidents de violence pour notre personnel et nos patients. On note une leçon apprise au niveau de la gestion du changement, soit de bien communiquer, orienter et préparer les équipes à travailler dans un nouveau modèle de soins collaboratif intersectoriel (Urgence et Programme de santé mentale) ; un défi surmonté et en amélioration depuis janvier 2025.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #4 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Consolider le processus d'analyse des incidents de violence entraînant des préjudices avec interruption de travail.

La mesure de processus

- Nombre d'incidents analysés et revus

Cible pour la mesure de processus

- Nous ciblons de revoir 7 rapports.

Leçons apprises

Depuis avril 2024, un processus structuré de revue des incidents a été instauré. Le comité de prévention de la violence a procédé à l'examen approfondi de plusieurs analyses et enquêtes concernant des incidents ayant entraîné des préjudices corporels et des interruptions de travail. Ce processus a permis d'identifier et de mettre en place des actions correctives ciblées dans les secteurs de médecine, chirurgie et santé mentale. Grâce à cette revue systémique, des mesures concrètes ont été prises pour améliorer la sécurité et le bien-être des membres du personnel, tout en réduisant les risques associés à ces incidents.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #5 ☒ mis en oeuvre ☐ pas mis en oeuvre

Sensibiliser la population à l'importance de la prévention de la violence, de notre code de conduite, civilité et valeurs.

La mesure de processus

- Mise en place d'une campagne de communication, nombre de publication dans les médias sociaux ou nombre d'affiches.

Cible pour la mesure de processus

- Nous ciblons deux (2) campagnes de communication.

Leçons apprises

Nous avons lancé officiellement le code de conduite revisité en incluant les nouvelles valeurs de Montfort ainsi que des concepts d'équité de diversité et d'inclusion en plus de concept de prévention et contrôle des infections. Afin de favoriser une pénétration efficace dans toutes les strates de l'organisation une approche multimodale a été choisie pour la campagne de communication.

Idée de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #6 ☒ **mis en oeuvre** ☐ **pas mis en oeuvre**

Poursuivre l'implantation des initiatives visées par l'étude de sécurité.

La mesure de processus

- Pourcentage des initiatives prioritaires mises en place.

Cible pour la mesure de processus

- Atteindre 100% des échéanciers établis pour la relance des initiatives.

Leçons apprises

Toutes les initiatives visées ont été implantées à l'exception du réaménagement du centre de contrôle de la sécurité. Parmi celles-ci, on retrouve l'ajout d'un bureau d'agent de sécurité au triage de l'Urgence, un contrôle des accès dans les salles dans la ZUSM, l'installation des boutons pour code blanc à l'Urgence et les boutons portatifs en Santé mentale et à l'Urgence, la surveillance des portes extérieures de l'hôpital par caméra et contrôle par carte d'accès, l'ajout et/ou remplacement de 48 caméras de surveillance. Dans les initiatives qui ont été complétées, nous continuons de bonifier le processus de distribution et d'utilisation des boutons pour code blanc portatifs et évaluons, en continu, le besoin en caméras de surveillance pour assurer une couverture optimale et sans angles morts des lieux de l'hôpital



