

Accès et flux

Mesure Dimension : Opportun

Indicateur #2	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
90e percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis ayant une acuité élevée	P	Heures / Patients des services d'urgence	ICIS SNISA / Du 1er décembre 2024 au 30 novembre 2025, conformément au programme de financement axé sur les résultats	16.30	12.10	Résultat régional. Résultat province à 8,3 hrs), cible à mi chemin entre région et province. Cet indicateur place Montfort à la dernière place provinciale donc une réduction significative est recommandée. L'idéal serait bien entendu d'atteindre la cible Santé Ontario de 7 heures qui est située un peu en-dessous du niveau provincial réel. La performance de la sous-région est à mi-chemin entre la performance actuelle de Montfort et celle de la province, donc semble une étape plus réaliste, tenant compte des réalités du système de santé local (12,1 heures en octobre 2025).	

Cet indicateur est-il lié à:	
Audits de visite de retour aux urgences?	Oui
Rémunération des cadres supérieurs?	Oui
Partie du plan d'action sur le paiement aux résultats	Oui

Idées de changements

Idée de changement #1			
Consolider la culture organisationnelle sur la fluidité du cheminement patient			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Augmenter la visibilité des indicateurs clés auprès de toutes les équipes concernées	Diffusion aux cercles de qualité hebdomadairement; Diffusion aux assemblées du PDG mensuellement; Diffusion cinq (5) fois par année au Conseil de la Démarche Qualité; Diffusion des indicateurs journaliers de performance aux cadres; Diffusion à l'équipe médicale de l'outil d'audit de rétroaction, dont les indices de productivité.	Atteindre 100% des équipes concernées (clinique, médicale, gestion, qualité) ayant accès en temps réel au 90e percentile de durée de séjour aux urgences (CTAS 1-3, non admis) via un tableau de bord partagé, d'ici fin juin 2026.	Critères d'accès actif : = 1 consultation/membre/trimestre ou alerte automatisée reçue
Idée de changement #2			
Consolider la culture organisationnelle sur la fluidité du cheminement patient			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Réviser et diffuser les actions requises et responsabilités des équipes en lien avec la fluidité du parcours du patient	Nombre de rôle et responsabilité diffusés	Atteindre 100% des équipes concernées formées et engagées sur les responsabilités fluidité patient, via révision et diffusion d'un plan d'actions validé, d'ici six mois	
Idée de changement #3			
Collaborer avec le patient et ses proches pour améliorer l'expérience patient			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Mettre en place un comité avec patients partenaires	Nombre de rencontres tenues	Mettre en place un comité avec patient CTAS 1-3 non admis, avec ses proches si présents, pour 80% de ces cas, au cours des 12 prochains mois	Une rencontre par trimestre

Idée de changement #4 Collaborer avec le patient et ses proches pour améliorer l'expérience patient			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Recenser les plaintes les plus fréquentes et identifier des stratégies d'amélioration avec le comité.	Nombre de mesures d'amélioration mises en place suivant la présentation.	Mettre en place au moins 80% des mesures d'amélioration identifiées à partir des plaintes fréquentes (top 5), validées par le comité de l'urgence, dans les trois mois suivant la première présentation des données.	Cette cible transforme les plaintes en leviers d'amélioration rapide, impactant directement le 90e percentile durée de séjour. Elle favorise une boucle d'apprentissage continue alignée sur la gestion des risques patients en urgences.

Idée de changement #5 Collaborer avec le patient et ses proches pour améliorer l'expérience patient			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Revoir notre benchmarking avec l'OHA pour les résultats au sondage d'expérience patient et forer les résultats moins performants avec le comité	Partage des résultats trimestriels et des cinq questions aux scores les plus faibles avec le comité	Présentation des résultats quatre trimestres sur quatre	

Idée de changement #6 Collaborer avec le patient et ses proches pour améliorer l'expérience patient			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Avec les patients et leurs proches, revoir les documents d'information remis lors du séjour à l'urgence et en favoriser la disponibilité	Nombre de documents révisés et rendus disponibles	Réviser et standardiser trois documents clés (ex: accueil, délais, congés)	

Idée de changement #7 Optimiser l'efficacité du service de l'urgence en s'appuyant sur les meilleures pratiques			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Standardiser les rôles du personnel clinique, instaurer des outils lean pour augmenter la productivité et maximiser le temps passé au chevet et au flot du patient	Nombre de postes revu	Révision des rôles du personnel clinique	

Idée de changement #8 Optimiser l'efficacité du service de l'urgence en s'appuyant sur les meilleures pratiques

Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Poursuivre notre observation des tendances et des meilleures pratiques et assurer communication et formation le cas échéant avec l'équipe de l'urgence.	Nombre de visite ou de contacts établis avec des services d'urgence - Nombre de nouvelles initiatives implantées dans le Emergency leading practices toolkit (Optimisation du flot à l'urgence).	Deux visites de services d'urgence - 2 nouvelles initiatives implantées.	

Mesure Dimension : Opportun

Indicateur #3	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
90e percentile – temps d'attente aux urgences pour l'évaluation initiale par un médecin	P	Heures / Patients des services d'urgence	ICIS SNISA / Du 1er décembre 2024 au 30 novembre 2025, conformément au programme de financement axé sur les résultats	4.70	3.50	Une cible PAQ à 3,5 est alignée avec la cible de Santé Ontario et réaliste au vue de la performance récente depuis septembre. Cela garantit un bon classement P4R (le rang de 42 correspond à la performance cumulative de 4,8 heures sur l'année P4R, l'amélioration s'étant produite récemment). De plus, 3,5 hrs est notre performance au mois d'octobre 2025 et cela correspond à la cible suggérée par Santé Ontario. Cela permettrait aussi de se concentrer sur les indicateurs qui présentent plus de défis.	

Cet indicateur est-il lié à:	
Audits de visite de retour aux urgences?	Oui
Rémunération des cadres supérieurs?	Oui
Partie du plan d'action sur le paiement aux résultats	Oui

Idées de changements

Idée de changement #1			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Standardiser notre approche au PIA en termes de cheminement de patient, interventions et la gestion des congés précoces			
Évaluer la possibilité d'adopter les lignes directrices de Choisir avec soin pour la pertinence des tests de laboratoire et des examens d'imagerie médicale.	Compléter à 100% l'évaluation de faisabilité d'implantation de Choisir avec soin (labo/imagerie) d'ici six mois, avec production d'un rapport décisionnel validé par le comité d'urgence et proposition d'implémentation priorisée.	20-30% réduction sur utilisation des tests et des examens en imagerie identifiés sans valeur ajoutée.	Impact attendu: Réduire les demandes non pertinentes, libère capacité PIA et accélère évaluation initiale médecin (90e percentile ciblé).
Idée de changement #2			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Standardiser notre approche au PIA en termes de cheminement de patient, interventions et la gestion des congés précoces			
Mettre en place un outil d'appréciation de rendement pour les membres de l'équipe et en partager les résultats afin d'améliorer les délais.	Analyser les écarts entre les processus actuels et futurs.	Déployer à 100% l'outil d'appréciation de rendement pour tous les membres de l'équipe clinique, avec analyse systématique des écarts processus actuels/futurs et partage mensuel des résultats anonymisé.	Impact attendu : Cette approche basée sur les données réduit la variabilité inter-praticiens (cause majeure dépassements 90e percentile), aligne pratiques sur standards du ministère et favorise culture d'amélioration continue.

Sécurité

Mesure Dimension : Efficace

Indicateur #1	Type	Unité / Population	Source / Période	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes
Implanter le dossier de santé électronique (DSE) Epic pour améliorer l'expérience de nos clinicien(ne)s et de nos patient(e)s	P	Taux / Les prestataires de santé de l'installation	Le dossier médical électronique/ examen du dossier / 2026-2027	0.00	80.00	Impact attendu : Cette approche basée sur les données réduit la variabilité inter-praticiens (cause majeure dépassements 90e percentile), aligne pratiques sur standards du ministère et favorise culture d'amélioration continue.	Alliance Atlas

Cet indicateur est-il lié à:	
Audits de visite de retour aux urgences?	Non
Rémunération des cadres supérieurs?	Oui
Partie du plan d'action sur le paiement aux résultats	Non

Idées de changements

Idée de changement #1 Terminer la configuration des modules par application			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Assurer un paramétrage des différents modules selon les besoins cliniques et organisationnels via les groupes de travail d'Atlas et groupe de travail interne. Valider avec les analystes d'Atlas les configurations bâties dans le système.	Analyser les écarts entre les processus actuels et futurs. Valider les configurations dans l'environnement Sandbox.	Portée : 100 % des processus cliniques et administratifs identifiés comme dans le scope du DSE (ex. admission, consultation externe, imagerie, labo, ordonnances, congé, etc.).	Délai : analyse complétée et validée (avec les équipes cliniques) avant la phase de configuration détaillée, typiquement dans les 3–6 mois suivant le lancement.

Idée de changement #2			
Effectuer les tests au niveau des applications et des intégrations			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Assurer l'intégration des systèmes existants . Planifier des tests fonctionnels et techniques au niveau de chaque application et interface. Suivi des indicateurs de performance d'Atlas pour prendre la décision « go/no-go ».	Réussir à 100% les tests fonctionnels et d'intégration	100 % des scénarios critiques et majeurs (sécurité, médication, résultats labo/imagerie, admissions, congé, etc.) exécutés avec succès. 0 anomalie de sévérité « critique » ou « majeure » ouverte à la date du lancement.	Des anomalies mineures documentées avec un plan de correction post-go-live peuvent être tolérées, mais la cible reste 100 % de réussite pour tout ce qui touche la sécurité, la continuité des soins et l'intégrité des données

Idée de changement #3			
Concevoir différentes modalités de formations et les déployer			
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques
Offrir des sessions pratiques et des modules e-learning Simuler des scénarios réels avec des cliniciens pour valider les processus Préparer de la documentation, guides et procédures	Former 100 % des utilisateurs clés avant le lancement.	Atteindre 100% de formation complétée et validée pour tous les utilisateurs clés (médecins, infirmières et autre personnel, responsables administratifs, etc.) avant la date de lancement du DSE	Utilisateurs clés (soins directs au patient) : Ensemble des professionnels dont l'absence de maîtrise du DSE pourrait compromettre la sécurité des patients ou la continuité des soins (typiquement 20–30% des utilisateurs totaux, mais 100% critiques).

Idée de changement #4		Support au lancement		
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques	
Nommer et former des champions pour assurer un support de proximité lors de l'implantation. Planifier les ressources nécessaires au moment du lancement. Assurer un support technique et clinique au déploiement.	Avoir 10% de la main-d'œuvre désignée comme super-utilisateurs (environ 200 personnes) Assurer un support 24/7 pendant les quatre premières semaines.	Désigner, former et déployer 100% des 200 super-utilisateurs (10% de la main-d'œuvre cible) avant le lancement, avec 90% d'entre eux actifs et opérationnels dès la première semaine post lancement. Assurer un support technique 24/7/365 opérationnel à 100% pendant les 4 premières semaines post-lancement, avec un temps de résolution des incidents critiques = 15 minutes et des majeurs = 60 minutes	Critères de succès : 100% désignés et formés (incluant formation avancée + certification) à Jour 15. Niveaux de service : Critique (sécurité patient, crash système) : 100% résolus en = 15 min. Majeur (fonctionnalités clés) : 95% résolus en = 60 min. Mineur : 90% résolus en = 4h.	

Idée de changement #5		Déploiement du portail patient MyChart		
Méthodes	Les mesures des processus	Cible pour la mesure de processus	Remarques	
Consultation avec des patients partenaires pour validation du plan de déploiement. Développer un plan de communication pour le déploiement externe Assurer un support aux utilisateurs lors de la période de transition vers le portail patient MyChart.	Valider à 100% le plan de déploiement de MyChart avec au moins un patient partenaire.	Valider à 100% le plan de déploiement de MyChart par les parties prenantes clés, incluant la participation active d'au moins un patient partenaire, avant la fin de la phase de conception (J-60 du lancement)	Critères de succès : 100% des sections du plan (fonctionnalités, sécurité, formation patients, communications, service support) validées. Preuve écrite de participation patient partenaire (compte-rendu d'atelier, procès-verbal, retroaction).	