

Accès et flux | Opportun | Indicateur Priorité

Indicateur #1	L'année dernière		Cette année		
	90e percentile – temps de déchargement de l'ambulance (Hôpital Montfort)	134,00 Performance (2025/26)	44 Cible (2025/26)	38,00 Performance (2026/27)	71.64% Pourcentage d'amélioration (2026/27)

Idee de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #1 mis en oeuvre pas mis en oeuvre en cours

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

L'atteinte de l'objectif est le résultat direct de l'engagement soutenu du personnel et des partenaires impliqués. Ce travail d'équipe a permis d'atteindre les cibles fixées et il se poursuit afin d'assurer le maintien des progrès réalisés. Par ailleurs, une révision de l'outil lié à la distribution des ambulances est en amélioration constante pour renforcer la collaboration entre tous les acteurs concernés.

Idee de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #2 mis en oeuvre pas mis en oeuvre en cours

Poursuivre les rencontres mensuelles avec les facilitatrices de soins pour optimiser le déchargement d'ambulance.

La mesure de processus

- Nombre d'initiatives identifiées et mises en place.

Cible pour la mesure de processus

- 3 initiatives identifiées et mises en place

Leçons apprises

Les rencontres mensuelles avec les différents partenaires se poursuivent. Nous avons perfectionné le processus de transfert d'information aux points de transition grâce à une documentation optimisée, tout en améliorant également la répartition des ressources humaines. De plus, nous avons fluidifié l'organisation lors des périodes d'achalandage important, notamment durant la saison virale.



	L'année dernière		Cette année		
Indicateur #3	4,97	4,50	4,70	5.43%	3,50
90e percentile – temps d'attente aux urgences pour l'évaluation initiale par un médecin (Hôpital Montfort)	Performance (2025/26)	Cible (2025/26)	Performance (2026/27)	Pourcentage d'amélioration (2026/27)	Cible (2026/27)

Idee de changement indiquée au PAQ de l'année précédente #1 mis en oeuvre pas mis en oeuvre en cours

Poursuivre la révision du fonctionnement du triage incluant l'allocation des ressources interdisciplinaires et les horaires de travail pour accélérer la prise en charge médicale.

La mesure de processus

- Indicateurs journaliers de performance PIA - Cible provinciale

Cible pour la mesure de processus

- PIA - 4,5 heures

Leçons apprises

La présence d'un médecin assigné spécifiquement au triage et au flot, de 7 h 30 à 23 h, a permis d'améliorer de façon significative la gestion des patients à l'Urgence. Cette mesure contribue à une prise en charge plus rapide des personnes arrivant à l'hôpital. Grâce à cette organisation, on observe une diminution notable du taux de patients quittant sans avoir vu un médecin. Cependant, il y a eu une augmentation du taux de personnes quittant à l'encontre de l'avis médical. Il est possible de supposer que le contact initial rapide avec un médecin répond à certains besoins des patients, ce qui pourrait expliquer ces résultats.

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

Consolider la cascade d'information aux médecins afin de les conscientiser aux actions et aux résultats attendus.

La mesure de processus

- Un médecin est présent à chaque groupe de travail désigné par la direction. Les médecins se disent satisfaits des communications lors des rencontres départementales.

Cible pour la mesure de processus

- PIA - 4,5 heures

Leçons apprises

Des médecins sont présents dans chaque groupe de travail, assurant une transmission d'informations cohérentes au sein du personnel médical.

Commentaire

Poursuite des travaux avec medecins dédiés au triage.



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

Indicateur #2

90e percentile – durée de séjour aux urgences pour les patients qui ne sont pas admis ayant une acuité élevée (Hôpital Montfort)

L'année dernière

14,58Performance
(2025/26)**11,90**Cible
(2025/26)

Cette année

16,30Performance
(2026/27)**-
11.80%**Pourcentage
d'amélioration
(2026/27)**12,10**Cible
(2026/27)

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

Maintenir l'offre de service pour la couverture des heures soir/nuit en Tomodensitométrie et augmenter notre couverture d'échographie en soirée de fin de semaine et soirs fériés.

La mesure de processus

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

Cible pour la mesure de processus

- Ouverture soir/nuit 7jrs/semaine

Leçons apprises

Le rehaussement de l'offre de service a exercé une influence positive sur l'expérience globale des soins et services. Cette amélioration s'est reflétée dans les commentaires des patients, soulignant une continuité accrue des soins, notamment en ce qui concerne la fluidité, la qualité et la sécurité. Toutefois, cette action n'a pas eu d'effet sur la réduction de la durée moyenne de séjour à l'Urgence.

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

Poursuivre les travaux du groupe de travail 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

- 11.9 heures durée moyenne de séjour à l'urgence pour les patients très urgents - Rencontre mensuelle du groupe de travail

Leçons apprises

L'implantation du modèle de soins à l'Urgence repose principalement sur la disponibilité des ressources humaines. Bien que l'équipe ait atteint une certaine stabilité, la mise en œuvre du modèle a été envisagée avec des titres d'emploi spécifiques qui sont actuellement moins représentés au sein de l'équipe. Cette réalité a nécessité une adaptation de l'approche initiale afin d'optimiser l'intégration du modèle dans le contexte actuel.

La mise en place du modèle de soins représente également un processus de gestion du changement au sein de l'équipe. Pour faciliter cette transition, des efforts particuliers ont été déployés pour consolider la formation, notamment en mettant l'accent sur la culture du flot. De plus, le rehaussement de la présence du coach clinique a été priorisé dans le but de favoriser le développement de la pensée critique parmi les membres de l'équipe. Ces stratégies ont contribué à soutenir l'adoption du nouveau modèle et à renforcer la cohésion des pratiques au sein de l'Urgence.

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

Poursuivre les rencontres du comité Groupe Innovation explore technologie, projet de recherche, intelligence artificielle.

La mesure de processus

- Nombre d'initiatives identifiées et mises en place

Cible pour la mesure de processus

- 3 initiatives identifiées et mises en place

Leçons apprises

Le groupe Innovation s'est réuni à plusieurs reprises. Sa principale force, toujours présente, réside dans sa capacité d'innovation. Le groupe se compose de partenaires internes et externes, dont la diversité des expertises a enrichi les échanges et permis d'approfondir les réflexions.

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

Maintenir et poursuivre l'évaluation du rehaussement de l'offre de services infirmier dans les différents secteurs de l'urgence

La mesure de processus

- Performance journalière (indicateur journalier de performance) les postes infirmiers identifiés sont dotés

Cible pour la mesure de processus

- 3 postes identifiés dotés - Révision du tableau de bord à toutes les rencontres

Leçons apprises

L'offre de services du volet infirmier demeure stable et répond aux besoins identifiés. La consolidation de la présence du coach clinique ainsi que la révision de l'offre de formation ont été déterminantes dans le succès du service. Ces initiatives ont facilité le recrutement, permettant l'arrivée de plusieurs nouvelles diplômées au sein de l'équipe infirmière.

Par ailleurs, afin de renforcer la qualité et la cohésion des soins, il serait pertinent de consolider l'intégration et d'assurer une formation continue du personnel médical. Cette démarche soutiendrait l'adaptation des pratiques et favoriserait une amélioration constante de l'offre de services.

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

Revoir la signalisation de déplacement entre la zone d'urgence et l'imagerie diagnostique.

La mesure de processus

- Revue de plaintes, résultats satisfaction expérience patients et tournées de patients

Cible pour la mesure de processus

- Aucun commentaire négatif n'est enregistré sur le signalement entre l'urgence et l'imagerie suivant la révision

Leçons apprises

La signalisation au sein de l'Urgence a été bonifiée pour répondre à des besoins émergents. Une première phase est complétée et une seconde est en cours. La collaboration se poursuit entre l'Urgence et la Direction des communications pour maintenir un système de signalisation qui réponde aux besoins du secteur tout en respectant les normes de signalisation établies (cohérence, durabilité, accessibilité) et la faisabilité de la mise en œuvre des solutions souhaitées.

Commentaire

L'indicateur est en continu dans le prochain PAQ.



Équité | Équitable | **Indicateur Douane**

Indicateur #4	L'année dernière		Cette année		
	Performance (2025/26)	Cible (2025/26)	Performance (2026/27)	Pourcentage d'amélioration (2026/27)	Cible (2026/27)
Nombre d'employés et de médecins ayant complété la formation en sécurité culturelle autochtone de 3.5 h intitulée les 4 saisons de la réconciliation de l'Université des Premières Nations (**on vise à utiliser nos 1000 licences disponibles) (Hôpital Montfort)	241,00	950	1149,0 0	--	NA

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

Maintenir l'obligation de formation pour tous les nouveaux employés avec un titre professionnel

La mesure de processus

- Valider les fiches d'inscription nouveaux employés

Cible pour la mesure de processus

- Le but est de former 100% des nouveaux employés ayant un titre professionnel

Leçons apprises

Chaque nouveau membre du personnel clinique est invité à suivre le parcours d'intégration à Montfort en complétant la formation requise. L'instauration d'un processus structuré assorti d'une date limite de réalisation a contribué au succès du programme.

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

Maintenir l'obligation de formation pour tous les nouveaux cadres et les cadres en poste

La mesure de processus

- Valider des fiches d'inscription

Cible pour la mesure de processus

- Le but est de former 100% des nouveaux cadres ainsi que les cadres actuels

Leçons apprises

Au cours de cette année, tous les nouveaux cadres ont suivi la formation. Contrairement aux employés cliniques, aucune date limite n'a été fixée. Si nous devons proposer à nouveau cette formation, il serait important de préciser une échéance.



Indicateur #5

Pourcentage de répondants qui ont répondu « complètement » à la question suivante : Croyez-vous qu'il y avait une bonne communication à propos de vos soins entre les médecins, les infirmiers et les infirmières et les autres membres du personnel de l'hôpital? (Hôpital Montfort)

L'année dernière

59,70Performance
(2025/26)**65**Cible
(2025/26)

Cette année

56,00Performance
(2026/27)**--**Pourcentage
d'amélioration
(2026/27)**NA**Cible
(2026/27)

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

Réviser et optimiser le système de catégorisation des plaintes et commentaires des patients relatifs à la communication afin d'en améliorer l'analyse, le traitement et la diffusion.

La mesure de processus

- Approbation des nouvelles catégories avec la communication.

Cible pour la mesure de processus

- Obtention d'une nouvelle liste

Leçons apprises

Le comité s'est mis d'accord sur des catégories après avoir examiné celles proposées par d'autres organisations. Toutefois, il a décidé de ne pas appliquer les modifications cette année, en raison de la charge de travail supplémentaire pour plusieurs services et du risque de confusion lors du partage des rapports, compte tenu de la différence que cela engendrerait.

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

Poursuivre l'amélioration des tournées des gestionnaires auprès des patients.

La mesure de processus

- Utilisation de l'application des tournées par les gestionnaires.

Cible pour la mesure de processus

- Le but est d'obtenir 100% des tournées réalisées

Leçons apprises

Dans le cadre du PAQ de l'année précédente, une question d'ordre général portant sur l'expérience patient a été intégrée aux tournées réalisées par les gestionnaires. Les commentaires recueillis à cette occasion se sont révélés, sans surprise, cohérents avec ceux obtenus à travers les sondages d'expérience patients. Cette constance dans les réponses témoigne de la pertinence de la question et de l'homogénéité des perceptions exprimées par les patients, quel que soit le mode de recueil.

Cependant, il est important de souligner que d'investissement de temps requis pour traiter cette question ouverte a été sous-estimé. Cette réalité a amené le groupe à réfléchir à des façons de continuer à recueillir les commentaires des patients de manière humaine, tout en rendant le processus plus efficace. Ainsi, des pistes d'amélioration sont en cours d'exploration afin d'optimiser la collecte de ces informations essentielles.

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

Réaliser une analyse de corrélation afin d'identifier les questions du sondage ayant le plus d'impact sur la perception de la communication des patients.

La mesure de processus

- Top 3 questions corrélées

Cible pour la mesure de processus

- Nous allons identifier le Top 3

Leçons apprises

L'analyse de corrélation menée cette année a permis d'identifier les éléments du sondage ayant le plus d'impact sur la perception des patients en matière de communication. Les résultats de cet exercice ont été partagés avec les parties concernées afin d'informer les actions à venir.

Il ressort de cette analyse que, de façon générale, l'expérience des patients à l'égard du respect et de la courtoisie demeure positive. Cependant, un constat important émerge : plusieurs patients mentionnent ne pas recevoir suffisamment d'information pendant leur séjour. Les questions liées à cet aspect affichent une forte corrélation avec l'expérience globale de communication, ce qui met en lumière l'importance de la transmission claire et complète des renseignements aux patients.

Face à ce constat, une démarche de sensibilisation a été entreprise auprès du personnel. L'accent a été mis sur la nécessité de valider la compréhension des patients, notamment par l'utilisation de questions ouvertes. Cette approche vise à assurer que l'information communiquée soit effectivement comprise et réponde adéquatement aux besoins exprimés par les patients.

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

Réviser le programme de formation en lien avec la communication pour l'aligner sur les meilleures pratiques et intégrer les enseignements tirés des sondages et des commentaires des patients.

La mesure de processus

- Nombre de formations consolidées ou ajoutées

Cible pour la mesure de processus

- Revue de la liste

Leçons apprises

Le comité a procédé à une révision approfondie des formations existantes afin de garantir leur pertinence et de s'assurer qu'elles tiennent compte des commentaires recueillis auprès des patients, des proches ainsi que des rapports d'incident. Cette démarche visait à aligner le contenu des formations avec les besoins exprimés par les différentes parties prenantes.

À la suite de cette analyse, le comité a décidé de déployer une nouvelle formation Osoin qui s'harmonise avec la manière renouvelée de se présenter et d'interagir avec les patients et les partenaires de l'organisation. Cette approche met l'accent sur la sensibilité à l'équité, à la diversité et à l'inclusion, favorisant ainsi une offre active des services en anglais et en français, un environnement accueillant et respectueux pour tous.

La formation s'appuie sur divers scénarios illustrant le quotidien de plusieurs groupes au sein de l'organisation. Elle est accessible via une plateforme en ligne, ce qui permet d'assurer un suivi rigoureux des participants et de garantir la conformité des audits.

