

Plan d'amélioration de la qualité 2026-2027

« Objectifs et projets d'amélioration »

Santé Bruyère, 43, rue Bruyère, Ottawa (Ontario) K1N 5C8

BUT		Mesure				Cet indicateur est-il lié à :										Changement					
Problème	Dimension de la qualité	Mesure ou indicateur	Type	Unité ou population	Source ou période	No d'organisme	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Service d'urgence (Vérifications des visites de suivi)	Rémunération des cadres	Plan d'action du programme de financement axé sur les résultats	Collaborateurs externes	Projets d'amélioration planifiés (idées de changement)	Méthodes	Mesures du processus	Cible pour la mesure du processus	Commentaires			
Accès et flux	Efficace	Nombre de nouveaux patients, clients ou inscriptions	Priorité	Nombre de patients et clients en soins de première ligne	DME, examen des dossiers, période de 12 mois consécutifs la plus récente	91397*	1432.8	1450.00	En raison des limites du système, prenez note que le rendement actuel est de 14 328 et que la cible est 14 500. Il s'agit d'une cible de l'entreprise					1) L'équipe de santé familiale augmentera le nombre de nouvelles inscriptions de patients en travaillant avec Accès Soins et le projet des quartiers K1N, sous réserve de l'approbation du financement par Santé Ontario, afin de prendre en charge les patients orphelins dans la collectivité. Grâce à un système coordonné d'aiguillage et à des procédures d'admission simplifiées, nous donnerons la priorité à l'inscription des patients admissibles qui ont besoin de soins de santé primaires. Cette initiative vise à améliorer l'accès aux soins tout en renforçant le sentiment d'appartenance des patients à l'équipe	L'équipe de santé familiale collaborera avec Accès Soins et le projet de quartiers K1N afin de recevoir les patients orphelins locaux. Des procédures d'admission et d'inscription normalisées seront mises en place pour faciliter la prise en charge rapide des patients, le personnel administratif assurant le suivi de l'aiguillage et des inscriptions finalisées afin de surveiller l'avancement du processus	Nombre de patients inscrits	14 500 patients inscrits				
	Opportun	Perception des patients et clients de l'accès aux soins en temps opportun : pourcentage de patients ou clients qui déclarent que la dernière fois qu'ils ont été malades ou ont eu un problème de santé, ils ont obtenu un rendez-vous à la date souhaitée	Priorité	%/population de l'organisme de soins primaires (échantillon sondé)	Sondage maison / période de 12 mois la plus récente	91397*	72	85.00	La comparaison à l'indice de référence repose sur la cible établie par l'Alliance pour des communautés en santé					1) L'équipe de santé familiale améliorera la perception des patients quant à l'accès opportun aux soins en augmentant ses communications et la connaissance des centres de santé et des services accessibles en dehors des heures d'ouverture. Des messages clairs et cohérents sur les modalités et les horaires d'accès aux soins en dehors des heures d'ouverture seront diffusés par le biais de multiples canaux afin de faciliter l'obtention rapide d'un rendez-vous lorsque les patients sont malades ou ont un problème de santé urgent	L'équipe de santé familiale mettra en place un message d'information diffusé en dehors des heures d'ouverture sur les lignes téléphoniques de l'établissement et maintiendra les diapositives d'affichage présentant les consultations et les services proposés en dehors des heures d'ouverture. Ces outils permettront de diffuser des messages uniformes et accessibles afin de mieux sensibiliser les patients et de faciliter leur accès rapide aux soins	% de patients ayant déclaré avoir obtenu un rendez-vous le jour souhaité	85 % des patients ont déclaré avoir obtenu un rendez-vous le jour souhaité				
Expérience	Centré sur le patient	Expérience au congé : pourcentage de patients qui ont reçu leur congé de l'hôpital, à qui on a posé la question « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre expérience de congé de l'hôpital? » et qui ont répondu « Très bien » (case du haut) dans le sondage du programme De l'hôpital à la maison.	Sur mesure	% / patients ayant reçu leur congé pour retourner vivre chez eux	Collecte de données à l'interne/2026-2027	932*	69	65.00	Maintien de la cible actuelle	Non	Non	Non		1) Mettre au point une application pour les tournées du responsable clinique afin de faciliter les visites au moment du congé de l'hôpital	L'équipe chargée de la qualité, de la sécurité des patients et de la gestion des risques doit développer une application informatique en collaboration avec les programmes hospitaliers afin de faciliter le suivi des tournées du responsable clinique	Documentation des tournées effectuées par les responsables cliniques dans l'ensemble des programmes hospitaliers conformément aux délais établis	80 % des patients auront reçu la visite du responsable clinique à l'intérieur des délais établis				
														2) Exécuter une visite du responsable clinique dans les 48 heures du congé d'hôpital planifié	Établir des tournées du responsable clinique avant les congés des patients	% de patients ayant reçu leur congé pour retourner vivre chez eux et qui ont à leur dossier une visite documentée du responsable clinique dans les 48 heures de leur congé d'hôpital	80 % des patients auront reçu la visite de leur responsable clinique à l'intérieur des délais établis				
														3) Exécuter des tournées du responsable clinique dans les 48 heures avant le congé d'hôpital planifié	Établir des tournées du responsable clinique avant les congés des patients	% de patients ayant reçu leur congé pour retourner vivre chez eux et qui ont à leur dossier une visite documentée du responsable clinique dans les 48 heures avant leur congé d'hôpital	80 % des patients auront reçu la visite de leur responsable clinique à l'intérieur des délais établis				
		Expérience des familles – Recommanderiez-vous?	Sur mesure	% de réponses positives (case du haut) à l'énoncé « Je recommanderais certainement » dans le sondage sur l'expérience des familles en soins palliatifs	Collecte de données à l'interne/2026-2027	932*	90.5	89.60	Maintien de la cible actuelle	Non	Non	Non		1) Mettre au point une méthode pour soutenir la réalisation des tournées du responsable clinique dans les 72 heures suivant l'admission du patient	Lancer le processus de tournée mis à jour	% de patients et de familles qui ont reçu la visite du responsable clinique à l'intérieur des délais établis	80 % des patients ou familles auront reçu la visite du responsable clinique à l'intérieur des délais établis				
														2) Continuer de renforcer les rapports de changement de quart au chevet du patient normalisés dans tous les programmes hospitaliers	Vérifications trimestrielles des rapports au chevet du patient, à raison de 8 à 10 patients par unité de soins	% de lits vérifiés durant le changement de quart entre l'équipe de jour et celle de soir pour lesquels des éléments essentiels des rapports au chevet du patient (p. ex., à l'intérieur de la chambre du patient, méthode M.E.A.L.) ont été observés au cours de la vérification	80 % des rapports au chevet vérifiés contiendront les éléments essentiels				
		Expérience des patients en soins MCLD et transitoires : pourcentage de réponses positives (case du haut) à la question « Si des soins prolongés étaient nécessaires pour un autre membre de la famille ou un ami, recommanderiez-vous cet établissement? »	Sur mesure	% / patients hospitalisés en soins médicaux complexes de longue durée et en soins transitoires	Collecte de données à l'interne/2026-2027	932*	85.1	82.60	Maintien de la cible actuelle	Non	Non	Non		1) Mettre au point une méthode pour soutenir la réalisation des tournées postadmission du responsable clinique dans les 5 jours suivant l'admission du patient	Lancer le processus de tournée mis à jour	% de patients et de familles qui ont reçu la visite du responsable clinique à l'intérieur des délais établis	80 % des patients auront reçu la visite de leur responsable clinique à l'intérieur des délais établis				
														2) Mettre au point un processus visant à faciliter les visites mensuelles des responsables cliniques auprès des patients hospitalisés pour une longue durée, tout au long de leur séjour	Lancer le processus de tournée mis à jour	% de patients et de familles qui ont reçu la visite du responsable clinique à l'intérieur des délais établis	80 % des patients auront reçu la visite de leur responsable clinique à l'intérieur des délais établis				
	Expérience du patient – Pourcentage de patients ayant répondu positivement (case du haut) à la question « Recommanderiez-vous cet hôpital? »	Sur mesure	% de réponses positives au sondage dans le module SEHPC+Réadaptation	Collecte de données à l'interne/2026-2027	932*	CDB	CDB	Avec la transition vers la méthode normalisée de sondage par courriel, une nouvelle cible sera fixée en fonction des données recueillies pendant six trimestres de sondage par courriel	Non	Non	Non		1) Réalisation des tournées postadmission du responsable clinique dans les 5 jours suivant l'admission du patient	Lancer le processus de tournée mis à jour	% de patients et de familles qui ont reçu la visite du responsable clinique à l'intérieur des délais établis	80 % des patients auront reçu la visite de leur responsable clinique à l'intérieur des délais établis					
													2) Continuer de renforcer les rapports de changement de quart au chevet du patient normalisés dans tous les programmes hospitaliers	Vérifications trimestrielles des rapports au chevet du patient, à raison de 8 à 10 patients par unité de soins hospitaliers	% de lits vérifiés durant le changement de quart entre l'équipe de jour et celle de soir pour lesquels des éléments essentiels des rapports au chevet du patient (p. ex., à l'intérieur de la chambre du patient, méthode M.E.A.L.) ont été observés au cours de la vérification	80 % des rapports au chevet du patient vérifiés contiendront les éléments essentiels					
													3) Continuer à renforcer les tournées ciblées	Mettre au point un processus de vérification des tournées ciblées à jour au premier trimestre	Les cinq unités où se sont produits le plus grand nombre de chutes feront l'objet de vérifications trimestrielles de leurs tournées ciblées	80 % des éléments de vérification seront satisfaits					
													4) Utiliser les tableaux des soins comme outil de communication	Poursuivre la formation sur l'utilisation des tableaux des soins dans les programmes hospitaliers	Vérifications trimestrielles des tableaux des soins	On vise 80 % pour cette mesure du processus					

Pourcentage de résidents en SLD sans épisode de psychose, mais qui ont reçu des antipsychotiques durant les 7 jours ayant précédé leur évaluation	Facultatif	%/résidents des foyers de SLD	SISLD de l'ICIS/1er juillet au 30 septembre 2025 (T2), en tant que trimestre cible de la moyenne de 4 trimestres regroupés	53536*	26.23	23.00	Respecter les directives de l'Agence des médicaments du Canada tout en veillant à la faisabilité compte tenu des fluctuations observées.					1) Renforcer les capacités multidisciplinaires afin de réduire l'utilisation inappropriée des antipsychotiques en accordant la priorité à la formation de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire.	1) Mettre en place un projet de formation complet destiné à tous les membres de l'équipe multidisciplinaire, axé sur des solutions de remplacement à l'utilisation des antipsychotiques centrées sur la personne.	1) Pourcentage du personnel multidisciplinaire ayant suivi une formation sur les interventions « non pharmacologiques » visant à réduire le comportement réactif.	1) D'ici mars 2027, au moins 75 % des membres des équipes multidisciplinaires auront suivi une formation approfondie sur les pratiques exemplaires en matière de traitements non pharmacologiques ou de réduction des antipsychotiques.
												2) Intégrer l'utilisation de la boîte à outils sur les antipsychotiques et des approches non pharmacologiques dans la pratique courante auprès des résidents et de leurs familles.	2) La boîte à outils sur les antipsychotiques sera mise en place aux fins d'utilisation lors des réunions axées sur les soins et des réunions familiales. Elle sera accompagnée d'un processus structuré pour chaque résident qui détient une ordonnance d'antipsychotiques.	2) Pourcentage de résidents sous antipsychotiques dont les familles reçoivent la boîte à outils sur les antipsychotiques au moment opportun.	2) D'ici mars 2027, au moins 50 % des résidents à qui l'on a prescrit des antipsychotiques auront fait l'objet d'un suivi documenté de l'utilisation de la boîte à outils sur les antipsychotiques dans le cadre de l'accompagnement des familles.
Chutes par 1 000 jours-résident.	Sur mesure	Taux par 1000 résidents/résidents des foyers de SLD	Collecte de données à l'interne/2026-2027	51651*	7.89	7.20	L'objectif est de réduire le nombre de chutes à un niveau similaire à celui de l'année précédente.					1) Améliorer et afficher un tableau de bord visuel des tendances des chutes afin de faire le suivi des renseignements importants, comme le taux de chutes par unité résidentielle et par moment de la journée (p. ex., par quart de travail).	1) Ajuster les affiches actuelles sur la « cible mensuelle relative aux chutes » afin d'y inclure les renseignements supplémentaires communiqués et d'encourager le personnel à interagir avec ces tableaux.	1) Nombre de tableaux de bord visuels améliorés relatifs aux chutes publiés au cours de la première quinzaine de chaque mois.	1) D'ici septembre 2026, toutes les unités résidentielles disposeront d'un tableau de bord mis à jour chaque mois, affichant les tendances en matière de chutes.
												2) Élaborer et mettre à l'essai un processus normalisé permettant au personnel de consigner le nombre de chutes évitées à la fin de chaque quart de travail, afin de sensibiliser davantage aux mesures proactives de prévention des chutes et de renforcer une culture de la sécurité qui contribue directement à réduire le nombre total de chutes.	2) Mettre en place une page de signalement des chutes évitées par quart de travail dans certaines unités résidentielles, où le personnel consigne les chutes évitées ainsi que les interventions qui ont contribué à leur prévention (p. ex., service de toilette ponctuel, aide à la mobilité, repérage des dangers, adaptation de l'environnement).	2) Élaborer et mettre à l'essai un processus normalisé.	2) D'ici mars 2027, élaborer et mettre à l'essai un processus normalisé pour consigner les chutes évitées dans au moins une unité résidentielle.
Chutes par 1 000 jours-résident.	Sur mesure	Taux par 1000 résidents/résidents des foyers de SLD	Collecte de données à l'interne/2026-2027	53536*	9.23	6.30	L'objectif est de réduire le nombre de chutes à un niveau similaire à celui de l'année précédente					1) Améliorer et afficher un tableau de bord visuel des tendances des chutes afin de faire le suivi des renseignements importants, comme le taux de chutes par unité résidentielle et par moment de la journée (p. ex., par quart de travail).	1) Ajuster les affiches actuelles sur la « cible mensuelle relative aux chutes » afin d'y inclure les renseignements supplémentaires communiqués et d'encourager le personnel à interagir avec ces tableaux.	1) Nombre de tableaux de bord visuels améliorés relatifs aux chutes publiés au cours de la première quinzaine de chaque mois	1) D'ici septembre 2026, toutes les unités résidentielles disposeront d'un tableau de bord mis à jour chaque mois, affichant les tendances en matière de chutes.
												2) Élaborer et mettre à l'essai un processus normalisé permettant au personnel de consigner le nombre de chutes évitées à la fin de chaque quart de travail, afin de sensibiliser davantage aux mesures proactives de prévention des chutes et de renforcer une culture de la sécurité qui contribue directement à réduire le nombre total de chutes.	2) Mettre en place une page de signalement des chutes évitées par quart de travail dans certaines unités résidentielles, où le personnel consigne les chutes évitées ainsi que les interventions qui ont contribué à leur prévention (p. ex., service de toilette ponctuel, aide à la mobilité, repérage des dangers, adaptation de l'environnement).	2) Élaborer et mettre à l'essai un processus normalisé.	2) D'ici mars 2027, élaborer et mettre à l'essai le processus normalisé pour consigner les chutes évitées dans au moins une unité résidentielle.
Chutes ayant causé des blessures	Sur mesure	Taux par 1 000/tous les patients hospitalisés	Collecte de données à l'interne/2026-2027	932*	1.6	1.60	Viser à stabiliser le taux de chutes causant des blessures	Non	Non	Non		1) Concevoir et déployer un processus complet de vérification et de rétroaction sur les chutes.	1) Mettre en place, au cours du premier trimestre, un processus actualisé de vérification des tournées ciblées. 2) Le Service de la qualité, de la sécurité des patients et de la gestion des risques et le Service de la pratique professionnelle des soins infirmiers créeront un processus de vérification du milieu visant à soutenir les pratiques exemplaires en matière de prévention des chutes.	1) Les 5 unités présentant le plus grand nombre de chutes feront l'objet de tournées ciblées trimestrielles de vérification. 2) Pourcentage d'unités où les mesures de prévention des chutes suivantes sont appropriées : indicateur à l'extérieur de la chambre du patient, panneau au-dessus du lit, aménagement de l'environnement (lit en position la plus basse avec freins enclenchés, mobilité, appareils fonctionnels, téléphone et sonnette d'appel à portée de main, chaussures adaptées et passages dégagés/aucun déversement).	1) 80 % des critères vérifiés seront respectés. 2) Les vérifications de l'environnement respecteront 80 % des critères vérifiés.
Pourcentage des résidents chez qui une plaie de pression de stade 2 à 4 s'est formée ou a évolué vers le stade 2, 3 ou 4 depuis la dernière évaluation.	Sur mesure	%/résidents des foyers de SLD	Aperçu des performances de PCC/2025-2026	51651*	1.16	3.00	Réduction de la cible à 3 % (3,6 % l'année précédente)					1) Optimiser les pratiques de nettoyage des plaies en procédant à un examen approfondi des pratiques et des produits actuellement utilisés dans ce domaine.	1.1) Une équipe multidisciplinaire examinera les pratiques actuelles en matière de nettoyage des plaies à la lumière des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes et les comparera à celles d'autres foyers de soins de longue durée. 1.2) Les préposés aux services de soutien à la personne et le personnel infirmier recevront de la formation.	1.1) Mettre en œuvre des lignes directrices optimisées en matière de nettoyage des plaies. 1.2) Pourcentage du personnel ayant suivi les séances éducatives actualisées sur les soins et le nettoyage des plaies.	1.1) D'ici décembre 2026, élaborer et mettre en œuvre les directives améliorées relatives au nettoyage des plaies. 1.2) D'ici mars 2027, faire en sorte que 90 % des PSPP et du personnel infirmier aient suivi une formation sur les nouvelles pratiques.
												2) Améliorer l'exactitude et l'uniformité dans la tenue des dossiers relatifs aux plaies en révisant l'outil d'évaluation de la peau et des plaies et en dispensant une formation au personnel.	2) Effectuer un examen approfondi de l'instrument actuel d'évaluation de la peau et des plaies, ainsi que de la tenue de séances de formation en milieu de travail destinées au personnel, animées conjointement par l'infirmière spécialisée en soins de la peau et le directeur adjoint des soins.	2) Optimiser l'instrument d'évaluation de l'état de la peau et des plaies ou son utilisation. L'objectif est de veiller à la conformité de l'instrument avec les lignes directrices et le respect des pratiques exemplaires afin d'améliorer la clarté, son utilisation et son exhaustivité.	2) D'ici décembre 2026, l'examen de l'instrument d'évaluation de l'état de la peau et des plaies sera terminé et des formations internes auront été données.
												3) Pour prévenir les plaies de pression, il est important de déterminer les résidents susceptibles de bénéficier de l'utilisation d'un harnais de rotation Twin, d'harmoniser les pratiques de repositionnement, d'intégrer des procédures de retrait des harnais et d'élaborer un protocole complet de repositionnement. Ce protocole doit inclure l'utilisation de l'équipement, de pictogrammes et de consignes claires pour le personnel. L'objectif est d'améliorer l'intégrité de la peau et de réduire les blessures sur le lieu de travail.	3) Une équipe multidisciplinaire examinera le cas de tous les résidents susceptibles de bénéficier du harnais de rotation Twin. Elle intégrera cette analyse au projet de retrait de la toile afin de simplifier les procédures de repositionnement en toute sécurité et de réduire les risques de blessures pour le personnel. Un protocole de repositionnement normalisé sera élaboré; il comprendra des pictogrammes et des interventions normalisées dans le cadre du plan de soins.	3) Recenser des résidents qui tireront profit du harnais de rotation Twin, et élaborer et mettre en œuvre de nouvelles pratiques sur leur utilisation.	3) D'ici mars 2027, élaborer et mettre en œuvre les pictogrammes et les interventions normalisées dans le cadre du plan de soins.
Pourcentage des résidents chez qui une plaie de pression de stade 2 à 4 s'est	Sur mesure	%/résidents des foyers de SLD	Aperçu des performances du PCC/2025-2026	53536*	3.08	2.40	Conserver la même cible que l'année précédente					1) Proposer les services d'une infirmière spécialisée en soins des plaies, stomies et continence (ISPSCC).	1) Inscrire une infirmière autorisée au programme d'ISPSCC et lui donner du soutien.	1) L'infirmière inscrite à la formation spécialisée en soin des plaies et de la peau est désormais certifiée.	1) D'ici mars 2027, les services d'une ISPSCC seront offerts dans le foyer.

		formée ou a évolué vers le stade 2, 3 ou 4 depuis la dernière évaluation.											2) Renforcer la prévention des plaies de pressions en déterminant les résidents qui pourraient bénéficier de l'utilisation d'un harnais de rotation Twin, en harmonisant les pratiques de repositionnement, en intégrant des procédures de retrait des harnais et en élaborant un protocole complet de repositionnement comprenant l'utilisation de l'équipement, des pictogrammes et des consignes claires à l'intention du personnel, afin d'améliorer l'intégrité de la peau et de réduire les blessures en milieu de travail.	2) Une équipe multidisciplinaire examinera le cas de tous les résidents susceptibles de bénéficier du harnais de rotation Twin. Elle intégrera cette analyse au projet de retrait de la toile afin de simplifier les procédures de repositionnement en toute sécurité et de réduire les risques de blessures pour le personnel. Un protocole de repositionnement normalisé sera élaboré; il comprendra des pictogrammes et des interventions normalisées dans le cadre du plan de soins.	2) Recenser les résidents qui tireront profit du harnais de rotation Twin, et élaborer et mettre en œuvre de nouvelles pratiques sur leur utilisation.	2) D'ici mars 2027, élaborer et mettre en œuvre les pictogrammes et les interventions normalisées dans le cadre du plan de soins.	
		Plaies de pression : Pourcentage de patients en séjour prolongé qui développent ou qui ont une plaie de pression de stade 2 ou plus qui s'aggrave	Sur mesure	%/de patients hospitalisés en soins médicaux complexes de longue durée et en soins	RAI-MDS/2026-2027	932*	5.73	6.60	Maintien de la cible actuelle	Non	Non	Non	1) Tous les SMCLD et les unités transitoires utiliseront la superposition de linge de lit appropriée. 2) Poursuivre la mise en œuvre du processus de retrait des piqués dans tous les SMCLD et les unités transitoires.	Vérifications et formations trimestrielles sur la pratique professionnelle en soins infirmiers Lancement du processus de retrait des piqués par unité.	% des patients qui portent un nombre approprié de couches de vêtements % de SMCLD et d'unités transitoires où les piqués ont été retirés de la pratique clinique	80 % des patients admissibles porteront un nombre approprié de couches de vêtements 100 % des unités auront retiré les piqués de la pratique clinique	