

# Plan d'amélioration de la qualité 2024-2025

## Cibles et initiatives d'amélioration

Soins continus Bruyère inc., 43, rue Bruyère, Ottawa (Ontario) K1N 5C8

But		Mesures								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	Collaborateurs externes	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Cible pour la mesure du processus	
											Méthodes	Mesures du processus	Remarques	
O = Obligatoire (toutes les cellules doivent être remplies) P = Prioritaire (remplissez SEULEMENT la cellule de commentaires si vous ne travaillez pas sur cet indicateur) A = Additionnel (sélectionnez cet indicateur, seulement si vous travaillez dessus) S = Sur mesure (ajoutez tous les autres indicateurs sur lesquels vous travaillez)														
Accès et flux	Efficience	Ratio de prise en charge des autres niveaux de soins (ANS)	F	Ratio (sans unité) / ANS regroupant l'ensemble des patients	SITA / Du 1er juillet au 30 septembre 2023 (T2)	932*	0,8	0,80	Ouverture de lit de soins transitoires additionnels		1) Respect continu de la philosophie Chez soi avant tout	Revue conjointe hebdomadaire des plans de congé (RCC) pour discuter des cas d'ANS nouveaux et existants.	Pourcentage des nouveaux cas d'ANS présentés à la RCC	Cible pour la mesure du processus : 100 % des nouveaux cas d'ANS abordés lors de la RCC, et examen périodique des patients actuels en attente d'un ANS.
											2) Optimisation des lits de soins transitoires	Optimiser l'utilisation des lits de soins transitoires afin que les patients en attente d'un ANS en réadaptation de haute et faible intensité soient transférés le plus rapidement possible, de sorte que les services de réadaptation puissent admettre le patient suivant en provenance des soins actifs.	Optimiser le processus de transfert des programmes intermédiaires vers les lits de soins transitoires	L'optimisation des lits de soins transitoires est terminée
Expérience	Axé sur les patient	Expérience de sortie de l'hôpital : expérience globale	S	% ou nbre de patients ayant obtenu leur congé	Collecte de données à l'interne / 2024-2025	932*	65,7	66,80	2,5 % d'amélioration par rapport au rendement actuel (jusqu'à janv. 2024)		1) Programme Bruyère@Domicile.	Le programme Bruyère@Domicile est offert à tous les patients hospitalisés qui sont admissibles à ces services.	Pourcentage des patients aiguillés vers le programme Bruyère@Domicile dans les 2 jours suivant la date prévue de leur congé.	90 % des congés ont eu lieu à leur date prévue.
											2) Programme sur l'expérience des patients De l'hôpital à la maison	Les coord. de la qualité et les responsables des programmes de soins médicaux complexes de courte durée (SMCCD), de réadaptation gériatrique et de réadaptation post-AVC examineront les données actuelles du programme Expérience du patient de l'hôpital à la maison pour trouver une occasion ciblée d'améliorer l'expérience de congé du patient.	Pourcentage des programmes SMCCD, réadapt. gériatrique et post-AVC qui ont instauré un projet d'AQ pour le congé du patient.	On vise 100 % pour cette mesure.
		Expérience du patient : Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos amis s'ils avaient besoin de ce type de soins?	S	% / tous les patients hospitalisés	Collecte de données à l'interne / 2024-2025	932*	81,3	84,20	2,5 % d'amélioration par rapport au rendement actuel (jusqu'à janv. 2024)		1) Continuer de présenter les pratiques permanentes en soins infirmiers durant les séances d'orientation et d'intégration, notamment celles sur le rapport au chevet du patient, le tableau des soins, les réunions éclair sur la sécurité et les tournées ciblées.	Une formation sur les pratiques permanentes en soins infirmiers est donnée à tous les nouveaux membres du personnel infirmier durant l'orientation et les quarts de travail en jumelage.	Pourcentage du personnel infirmier nouvellement embauché	On vise 100 % pour cette mesure.
											2) Mise sur pied du comité directeur sur les pratiques permanentes en soins infirmiers, dont l'intérêt principal porte sur les stratégies de viabilité, parmi lesquelles a) soutien à la tenue de réunions éclair sur la sécurité et b) remédier aux empêchements à la tenue du rapport au chevet du patient.	a) Le 3e étage de l'HÉB met à l'essai un système d'affectation des patients, qui prévoit que le personnel de l'équipe en poste prépare l'affectation pour l'équipe suivante et b) Les services de la pratique professionnelle des soins infirmiers (PPSI) et de la qualité, de la sécurité des patients et gestion des risques (QSPGR) créeront un aide-mémoire à l'intention des gestionnaires cliniques (GC) portant sur le soutien à la tenue opportune de réunions éclair sur la sécurité.	a) Les objectifs trimestriels viseront à garantir que les affectations sont prêtes avant le début du quart de travail. b) Des vérifications trimestrielles sont effectuées par le service de la PPSI afin de veiller au respect des pratiques entourant le RCP et de fournir une formation en temps opportun au personnel clinique; on vérifie aussi le pourcentage des patients qui répondent "Toujours" à la question "Voyez-vous régulièrement votre infirmière ou votre infirmier?", qui leur est posée dans le sondage sur l'expérience des patients.	a) 85 % est l'objectif visé pour la mesure du processus; b) 85 % est l'objectif visé pour la mesure du processus dans les vérifications; 66,73 % est l'objectif visé pour la mesure du processus quant aux résultats de la question du sondage.
									3) Tableau des soins comme instrument de communication	Poursuivre la formation sur l'usage des tableaux des soins dans les programmes hospitaliers.	Vérifications trimestrielles des tableaux des soins	80 % est l'objectif visé pour cette mesure du processus.		
									4) Tournée des cadres auprès des patients.	Les gestionnaires cliniques visiteront les patients.	Pourcentage des gestionnaires qui visiteront les patients.	Objectif pour la mesure du processus : 90 % des gestionnaires cliniques visiteront les patients, selon l'objectif fixé pour leur programme.		

									5) Tous les programmes doivent revoir les données relatives à l'expérience courante du patient pour cibler une occasion ciblée pour améliorer l'expérience du patient.	Les coordinateurs de la qualité travaillent avec le programme ou l'unité concerné pour cerner les domaines à améliorer et mettre en œuvre un projet structuré d'amélioration de la qualité.	Pourcentage des programmes/unités qui ont instauré un projet d'AQ pour l'expérience du patient.	On vise 100 % pour ce processus.
Pourcentage des résidents ayant donné une réponse positive à l'affirmation : « Je participe à des activités significatives. »	S	% / résidents des foyers de SLD	sondage interne, sondage InterRAI / 2024-2025	51651*	48	48,00	Durant les trois derniers trimestres, la RSL est restée au-dessus de l'objectif prédéfini. La moyenne de la RSL indique une amélioration et l'équipe souhaiterait qu'elle se maintienne. Par conséquent, l'objectif pour le nouvel exercice financier sera de 48 % afin de refléter la moyenne des trois derniers trimestres.	1) Maintenir des horaires adaptés pour pouvoir proposer des activités le soir et la fin de semaine et poursuivre les efforts de recrutement de bénévoles.	1.1) Accueillir des étudiants 1.2) Soutenir les efforts de recrutement de bénévoles	1.1) Accueillir divers types d'étudiants (p. ex. service des loisirs thérapeutiques, programmes coopératifs, partenariats) 1.2) Nombre total d'heures de bénévolat	1.1) Accueillir au moins trois étudiants 1.2) augmentation de 10 % du nombre total d'heures de bénévolat	
								2) Offrir davantage d'occasions de tenir des séances de groupes avec les intervenants en soins spirituels	Maintenir l'état actuel des choses et créer de nouvelles possibilités pour les activités de groupe mensuelles dirigées par les intervenants en soins spirituels.	Nombre d'activités de groupe dirigées par les intervenants en soins spirituels par mois, développer et essayer une activité de groupe mensuelle pour se souvenir des résidents décédés, en plus de l'amélioration et du retour d'une activité plus importante de célébration de la vie.	Proposer 24 activités de groupe par mois sous la direction des intervenants en soins spirituels, développer et tester une nouvelle activité de commémoration pendant au moins 3 mois, et relancer au moins une activité de célébration de la vie de plus grande envergure.	
								3) Maintenir les activités de savoir-faire et les groupes d'intérêts des résidents, et accroître le nombre de sorties à l'extérieur.	Créer une liste de sorties extérieures possibles durant l'année.	Nbre de sorties extérieures par année	Organiser de 4 à 6 sorties extérieures	
								4) Améliorer la collecte des réponses aux sondages mensuels et le processus de revue des données	Recueillir peu à peu des données sur la qualité de vie des résidents au cours de l'année entière.	4.1) % des résidents ayant donné une réponse positive quand on leur a demandé s'il y avait des activités agréables à faire en soirée. 4.2) % des résidents ayant donné une réponse positive quand on leur a demandé s'il y avait des activités agréables à faire les fins de semaine. 4.3) % des résidents ayant répondu par l'affirmative quand on leur a demandé s'ils participaient à des activités religieuses qui ont un sens pour eux. 4.4) % des résidents ayant donné une réponse positive lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient l'occasion d'explorer de nouvelles habiletés et de découvrir de nouveaux centres d'intérêt.	4.1) Activités du soir (même cible) : 36 % 4.2) Activités de fin de semaine (moyenne) : 28 % 4.3) Participer à des activités religieuses qui ont un sens pour eux (moyenne) : 79 % 4.4) Habiletés et intérêts (même objectif) : 20 %	
								5) Intégrer les séances de physiothérapie dans le calendrier des activités et les offrir de manière constante.	Inclure dans le calendrier des activités et prévoir des ressources suffisantes transporter les personnes, etc.	5.1) Nbre d'exercices de groupe en physio au calendrier des activités 5.2) Nbre de séances d'exercices de groupe en physio	5.1) 2 séances par foyer au calendrier d'activités 5.2) 2 séances par foyer menées de manière constante, sauf dans des circonstances exceptionnelles.	
Pourcentage des résidents ayant donné une réponse positive à l'affirmation : « Je participe à des activités significatives. »	S	% / les résidents des foyers de SLD	sondage interne, sondage InterRAI / 2024-2025	53536*	51	48,00	Durant les deux derniers trimestres où des données ont été recueillies, la RÉB est restée au-dessus de l'objectif	1) Maintenir des horaires adaptés pour pouvoir proposer des activités le soir et la fin de semaine et poursuivre les efforts de recrutement de bénévoles.	1.1) Accueillir des étudiants 1.2) Soutenir les efforts de recrutement de bénévoles.	1.1) Accueillir divers types d'étudiants (p. ex. service des loisirs thérapeutiques, programmes coopératifs, partenariats) 1.2) Nombre total d'heures de bénévolat	1.1) Accueillir au moins deux étudiants 1.2) augmentation de 10 % du nombre total d'heures de bénévolat	



										3) Recherche et développement d'un outil d'évaluation et d'un processus adéquats pour la déprescription	Mener des recherches à l'aide des ressources disponibles et contacter des experts externes.	Recherche et développement d'un outil d'évaluation et d'un processus adéquats pour la déprescription	Collecte d'informations terminée et grandes lignes établies pour ce processus	
Le pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée qui ne sont pas atteints de psychose et auxquels on a administré des médicaments antipsychotiques au cours de la période de sept jours précédant leur évaluation.	F	% / résidents des foyers de SLD	ICIS SISLD / De juillet 2023 à septembre 2023 (T2 2023-2024), avec une moyenne mobile sur quatre trimestres	53536*	28,46	26,00	Au cours des quatre derniers trimestres, la RÉB n'a pas été en mesure d'atteindre l'objectif fixé. L'objectif restera donc le même.		1) Soutenir le signalement et la divulgation des données, et cibler les résidents pour qui la déprescription est appropriée.	Rapports et vérifications	Réaliser des vérifications auprès de tous les résidents à qui l'on a prescrit des antipsychotiques et communiquer le rapport aux membres désignés de l'équipe.	Vérifications mensuelles et envoi d'au moins deux rapports trimestriels aux membres désignés de l'équipe.		
									2) Organiser des réunions multidisciplinaires périodiques pour parler des résidents qui pourraient être candidats à la déprescription et planifier en conséquence.	Mener des débats multidisciplinaires sur le bien-fondé d'entreprendre ou de poursuivre la réduction progressive de leur dose de médicament, de créer des plans de soins améliorés comprenant des interventions non pharmacologiques, le cas échéant, et de déprescrire en conséquence.	Mener des débats multidisciplinaires périodiques par le biais de différentes tribunes.	Examens multidisciplinaires périodiques		
									3) Recherche et développement d'un outil d'évaluation et d'un processus adéquats pour la déprescription	Mener des recherches à l'aide des ressources disponibles et contacter des experts externes.	Recherche et développement d'un outil d'évaluation et d'un processus adéquats pour la déprescription	Collecte d'informations terminée et grandes lignes établies pour ce processus		
Taux de chutes par 1000 jours-résident	S	% / résidents des foyers de SLD	Collecte de données à l'interne / 2024-2025	53536*	4,1	3,90	Des cibles ont été fixées pour tout l'établissement, à partir des objectifs de prévention des chutes établis dans les sections des foyers accessibles aux résidents. Chaque cible fixée pour la prévention des chutes dans les diverses sections des foyers accessibles aux résidents était basée sur les résultats de 2023, lorsque les sections des foyers pouvaient atteindre leurs cibles individuelles dans au moins 50 % des cas. Nous supposons que le taux d'occupation des foyers pour 2024-2025 restera le même qu'en 2023-2024.		1) Maintenir la cible mensuelle relative aux chutes et à la mobilisation du personnel.	Impliquer l'équipe multidisciplinaire par le biais de réunions et de comités.	Les rapports mensuels sur les cibles ont été divulgués pour faciliter l'évaluation de l'état actuel des choses, et des discussions ont été organisées avec les équipes lorsque les cibles étaient dépassées.	12 rapports mensuels sur les cibles relatives aux chutes et des réunions ont été tenues avec les équipes qui ne satisfaisaient pas aux objectifs		
									2) Soutenir les discussions multidisciplinaires sur l'analyse des chutes et définir la fréquence des rencontres et la composition du groupe.	Réunion multidisciplinaire périodique ciblée	Organiser au moins une réunion multidisciplinaire par trimestre pour examiner la situation des résidents qui font souvent des chutes.	Au moins 4 réunions multidisciplinaires ciblées et bien documentées au cours de l'année.		
									3) Évaluer la nécessité d'afficher des pictogrammes dans les chambres des résidents présentant un risque élevé de chute et prendre les mesures qui s'imposent.	Évaluer la nécessité d'utiliser les pictogrammes relatifs aux chutes et planifier en conséquence, afin de déterminer qui est responsable de les afficher et de les enlever, et quand.	Décider d'afficher ou non les pictogrammes relatifs aux chutes et instaurer une façon de faire qui comprendra les responsabilités et attentes qui s'y rattachent.	Décision prise et méthode conçue en incluant les responsabilités et attentes entourant les pictogrammes relatifs aux chutes, dans le but de couvrir 100 % des chambres ciblées, advenant que l'équipe décide d'appliquer cette méthode.		
Chutes par 1000 jours-résident	S	% / résidents des foyers de SLD	Collecte de données à l'interne / 2024-2025	51651*	7,6	6,80	Des cibles ont été fixées pour tout l'établissement, à partir des cibles établies dans les secteurs du foyer. Chaque cible fixée pour la prévention des chutes dans les diverses sections des foyers accessibles aux résidents était basée sur les résultats de 2023, lorsque les sections des foyers pouvaient atteindre leurs cibles individuelles dans au moins 50 % des cas. Nous supposons que le taux		1) Maintenir la cible mensuelle relative aux chutes et à la mobilisation du personnel.	Impliquer l'équipe multidisciplinaire par le biais de réunions et de comités.	Les rapports mensuels sur les cibles ont été divulgués pour faciliter l'évaluation de l'état actuel des choses, et des discussions ont été organisées avec les équipes lorsque les cibles étaient dépassées.	12 rapports mensuels sur les cibles relatives aux chutes et des réunions ont été tenues avec les équipes qui ne satisfaisaient pas aux objectifs		
									2) Soutenir les discussions multidisciplinaires sur l'analyse des chutes	Réunion multidisciplinaire périodique ciblée	Organiser au moins une réunion multidisciplinaire par mois pour examiner la situation des résidents qui font souvent des chutes.	Au moins 12 réunions multidisciplinaires ciblées et bien documentées au cours de l'année.		
									3) Meilleures modalités pour les réunions axées sur les soins.	Uniformiser les réunions sur les soins	Concevoir et instaurer des modalités uniformisées pour tenir les réunions sur les soins	Les modalités de fonctionnement des réunions axées sur les soins ont été définies et instaurées.		

								d'occupation des foyers pour 2024-2025 restera le même qu'en 2023-2024.		4) Garder les pictogrammes dans les chambres des résidents présentant un risque élevé de chute ou accompagner le résident dans ses déplacements et améliorer la déambulation.	Définir qui est responsable d'afficher et d'enlever les pictogrammes relatifs aux chutes, et quand.	Concevoir un mode de fonctionnement comportant les responsabilités et les attentes liées aux pictogrammes relatifs aux chutes.	Mode de fonctionnement conçu, qui contient les responsabilités et attentes entourant les pictogrammes relatifs aux chutes, dans le but de couvrir 100 % des chambres ciblées	
Pourcentage des résidents chez qui une escarre de stade 2 à 4 s'est formée ou a évolué vers le stade 2, 3 ou 4 depuis leur dernière évaluation.	S	% / résidents des foyers de SLD	Données de l'EMD (ICIS) / 2024-2025	51651*	7,3	6,50	Durant les quatre derniers trimestres, la RSL s'est trouvée en deçà des objectifs uniquement dans le premier trimestre. Bien que la tendance soit à la baisse, la moyenne des quatre derniers trimestres de la RSL est supérieure à la cible de l'exercice précédent. Une amélioration de 10 % par rapport à la moyenne de de la RSL au cours des quatre derniers trimestres donnerait 6,57 %. L'équipe estime qu'il serait bénéfique de maintenir la cible de 6,5 % à la RSL, car elle n'a été atteinte qu'une seule fois et, avec une		1) Continuer de rédiger des rapports mensuels sur le risque d'escarres de décubitus (échelle PURS), à l'aide de l'ensemble minimal de données (MDS) et du personnel.	Impliquer l'équipe multidisciplinaire par le biais de réunions et de comités.	Les rapports mensuels sur les cibles ont été divulgués pour faciliter l'évaluation de l'état actuel des choses, et des discussions ont été organisées avec l'équipe de la direction.	12 rapports mensuels et au moins 10 réunions ont eu lieu avec l'équipe de la direction, afin d'analyser les données brutes.		
									2) Poursuivre les discussions multidisciplinaires pour revoir les escarres de décubitus	Réunion multidisciplinaire et vérifications périodiques ciblées	Organiser au moins une réunion multidisciplinaire par mois pour examiner la situation des résidents qui ont ou qui sont à risque de développer des escarres de décubitus.	Au moins 12 réunions multidisciplinaires ciblées et bien documentées au cours de l'année.		
									3) Retravailler le module d'apprentissage électronique qui porte sur les soins de la peau et des plaies.	Revue et actualisation du matériel.	Retravailler le module d'apprentissage électronique qui porte sur les soins de la peau et des plaies.	Le module d'apprentissage électronique qui porte sur les soins de la peau et des plaies a été remanié.		
									4) Planifier la façon de procéder pour afficher le pictogramme dans la chambre des résidents à grand risque de développer des escarres de décubitus, et les faire suivre par l'équipe spécialisée en soins des plaies.	Mettre en place un système pour déterminer qui sera chargé d'afficher et d'enlever les pictogrammes relatifs aux escarres de décubitus, et quand.	Concevoir un mode de fonctionnement comportant les responsabilités et les attentes liées aux pictogrammes relatifs aux escarres de décubitus.	Mode de fonctionnement conçu, qui contient les responsabilités et attentes entourant les pictogrammes relatifs aux escarres de décubitus.		
Pourcentage des résidents chez qui une escarre de stade 2 à 4 s'est formée ou a évolué vers le stade 2, 3 ou 4 depuis leur dernière évaluation.	S	Mois / résidents des foyers de SLD	Données de l'EMD (ICIS) / 2024-2025	53536*	3,7	3,70	Pour la totalité des quatre derniers trimestres, la RÉB est restée en deçà de la cible. La moyenne de la RÉB pour les quatre derniers trimestres est assez basse et l'équipe souhaiterait qu'elle se maintienne ainsi. Par conséquent, la cible pour le nouvel exercice financier sera de 3,7 % afin de refléter la moyenne des quatre derniers trimestres.		1) Continuer de rédiger des rapports mensuels sur le risque d'escarres de décubitus (échelle PURS), à l'aide de l'ensemble minimal de données (MDS) et du personnel.	Impliquer l'équipe multidisciplinaire par le biais de réunions et de comités.	Les rapports mensuels ont été divulgués pour faciliter l'évaluation de l'état actuel des choses, et des discussions ont été organisées avec l'équipe de la direction.	12 rapports mensuels et au moins 10 réunions ont eu lieu avec l'équipe de la direction, afin d'analyser les données brutes.		
									2) Entamer les discussions multidisciplinaires pour revoir les escarres de décubitus.	Réunion multidisciplinaire et vérifications périodiques ciblées	Organiser au moins une réunion multidisciplinaire par trimestre pour examiner la situation des résidents qui ont ou qui sont à grand risque de développer des escarres de décubitus.	Au moins 4 réunions multidisciplinaires ciblées et bien documentées au cours de l'année.		
									3) Retravailler le module d'apprentissage électronique qui porte sur les soins de la peau et des plaies.	Revue et actualisation du matériel.	Retravailler le module d'apprentissage électronique qui porte sur les soins de la peau et des plaies.	Le module d'apprentissage électronique qui porte sur les soins de la peau et des plaies a été remanié.		

	Pourcentage du personnel et des fournisseurs de soins qui sont en épousement professionnel.	S	% / personnel et fournisseurs de soins	Sondage sur le bien-être des employés / 2024-2025	91397*	CB	CB	Un sondage sur le bien-être du personnel et des fournisseurs de soins sera lancé sous peu.		1) Trouver des façons d'alléger le fardeau administratif. Trouver des moyens d'améliorer le déroulement des activités par l'utilisation du DME ou d'outils électroniques. Rechercher des occasions d'exprimer notre reconnaissance à l'égard du personnel et des fournisseurs de soins. Accroître la possibilité de tenir des études de cas multidisciplinaires pour les fournisseurs de soins et le personnel; l'objectif est d'aider un échantillon de patients triés sur le volet qui utilisent fréquemment plusieurs ressources de l'équipe de santé familiale.	Développer des outils simplifiés pour utiliser le DME. Instaurer un système de prise de rendez-vous en ligne. Instaurer un système téléphonique amélioré. Rencontre individuelle avec chaque membre du personnel. Envoyer des mots de reconnaissance à chaque personne et aux équipes. Organiser des études de cas multidisciplinaires.	% des supérieurs immédiats ont rencontré individuellement leur personnel une fois l'an. Nbre de mots de reconnaissance envoyés annuellement. Nbre d'études de cas multidisciplinaires annuellement.	90 % des supérieurs immédiats rencontreront individuellement leur personnel une fois l'an. 5 messages de reconnaissance ou plus chaque mois. 8 études de cas multidisciplinaires annuellement.	
	Pourcentage du personnel et des fournisseurs de soins qui respectent l'hygiène des mains au 1er moment.	S	% / personnel, fournisseurs de soins et apprenants	Collecte de données à l'interne / 2024-2025	91397*	90	95,00	Continuer ou améliorer. L'objectif principal est d'instaurer une marche à suivre pour assurer un bon contrôle.		1) Accroître la disponibilité des désinfectants pour les mains à base d'alcool et rappeler au personnel de manière active ou passive de s'y conformer. Encourager les patients à rappeler au personnel de se désinfecter les mains.	Mise à l'essai d'un nouvel outil de vérification. Essai d'un outil par lequel le patient surveillera les moments où l'hygiène des mains est pratiquée. Vérification des endroits où se trouvent les stations de désinfection des mains. Communiquer plus fréquemment au personnel, aux fournisseurs de soins et aux patients les taux de conformité en matière d'hygiène des mains.	% du personnel, des fournisseurs de soins et des apprenants qui respectent le 1er moment d'hygiène des mains.	95 % pour le 1er moment	Le comité des patients partenaires a souligné qu'il s'agissait d'un indicateur d'AQ recommandé.
	Pourcentage du personnel et des fournisseurs de soins qui respectent l'hygiène des mains au 4e moment.	S	% / personnel, fournisseurs de soins et apprenants	Collecte de données à l'interne / 2024-2025	91397*	97	95,00	Continuer ou améliorer. L'objectif principal est d'instaurer une marche à suivre pour assurer un bon contrôle.		1) Accroître la disponibilité des désinfectants pour les mains à base d'alcool. Accroître les rappels actifs et passifs. Encourager les patients à rappeler au personnel de se désinfecter les mains.	Mise à l'essai d'un nouvel outil de vérification. Essai d'un outil par lequel le patient surveillera les moments où l'hygiène des mains est pratiquée. Vérification des endroits où se trouvent les stations de désinfection des mains. Communiquer plus fréquemment au personnel, aux fournisseurs de soins et aux patients les taux de conformité en matière d'hygiène des mains.	% du personnel, des fournisseurs de soins et des apprenants qui respectent le 4e moment d'hygiène des mains.	Au moins 95 % pour le 4e moment.	Le comité des patients partenaires a souligné qu'il s'agissait d'un indicateur d'AQ recommandé.