

Plan d'amélioration de la qualité 2020-2021
Objectifs et initiatives d'amélioration

Soins continus Bruyère inc., 43, rue Bruyère, Ottawa, ON, K1N 5C8

But		Mesures								Changement					
Problème	Dimension de la qualité	Mesure ou indicateur	Type	Unité ou population	Source ou période	N° d'organisme	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes	Initiatives d'amélioration prévues (Idées de changement)		Cible pour la mesure du processus	Remarques	
											Méthodes	Mesures du processus			
O = Obligatoire (toutes les cellules doivent être remplies) P = Prioritaire (remplir SEULEMENT la cellule de remarques si vous ne travaillez pas sur cet indicateur) S = Sur mesure (ajoutez tous les autres indicateurs sur lesquels vous travaillez)															
Thème 1 : Transitions opportunes et efficaces	Opportunes	Pourcentage de patients et de clients qui peuvent consulter un médecin ou un infirmier praticien le jour même ou le lendemain de la sollicitation de services.	P	% de soins primaires destinés à la population sondée	Sondage interne avril 2019 à mars 2020	91397*	50	60,00	Notre performance actuelle est adéquate par rapport à la moyenne provinciale, mais nous constatons une baisse d'année en année depuis les dernières années. Nous aimerions donc voir une amélioration par rapport à la mesure actuelle et c'est un objectif que nous avons atteint l'année dernière.		1) Continuer de scruter l'accès aux rendez-vous et modifier les horaires selon le cas, p. ex. ajouter d'autres créneaux de rendez-vous réservés au jour même à des temps d'achalandage après les vacances ou après les périodes de fermeture prolongées.	Impliquer les commis administratifs dans l'exactitude des données sur les rendez-vous le jour même : Ajoutez ces données en détail pour chaque rendez-vous donné le jour même, que le patient s'y soit présenté ou non.	Tous les rendez-vous le jour même inclueront la mention "JM" dans les détails du rendez-vous.	100 % des rendez-vous le jour même inclueront la mention "JM" dans les détails du rendez-vous.	
											2) Développement d'un suivi des données relatives aux rendez-vous le jour même. Utiliser le type de rendez-vous le jour même pour suivre l'offre et la demande de rendez-vous le jour même.	Les responsables de la pratique examineront les données sur l'utilisation de la clinique sans rendez-vous ou avec rendez-vous le jour même.	Nombre de patients qui se sont vu offrir un rendez-vous le jour même ou le jour suivant. Nombre de patients qui demandent un rendez-vous le jour même ou le jour suivant.	80 % des patients qui ont demandé un rendez-vous le même jour ou le jour suivant se sont vu offrir le rendez-vous demandé.	
											3) Identifier les usagers qui fréquentent en masse la clinique sans rendez-vous afin de mieux comprendre leurs besoins en matière de soins.	Approcher les fournisseurs de façon individuelle pour s'enquérir sur les plus grands usagers de la clinique sans rendez-vous afin de saisir le contexte de cet usage.	Nombre de fournisseurs approchés au regard des plus grands usagers de la clinique sans rendez-vous afin de saisir le contexte de cet usage.	Tous les fournisseurs ont été approchés pour donner du contexte.	
		Pourcentage de patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital pour lequel des sommaires de mise en congé sont envoyés à un fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé du patient de l'hôpital.	P	% de patients ayant obtenu leur congé	Données recueillies auprès de l'hôpital pour la dernière période de 3 mois	932*	81,2	85,00	Priorité du CCPF et de QSSO : 85 % représente une amélioration de 4,3 % par rapport à la performance actuelle.		1) Cerner les obstacles qui empêchent de réaliser cet objectif : couverture lors des vacances, besoin de cosignature et de notes rédigées en concertation.	Vérifications des dossiers, remue-méninges avec les chefs médicaux, puis réunions des médecins du service. Rappeler de porter attention à l'inscription "Sign" dans MEDITECH lorsqu'elle s'affiche en rouge.	Faire la vérification des dossiers pour déterminer les principales causes du retard dans les sommaires au congé.	100 % des congés dans les deux unités les moins performantes seront scrutés tous les trois mois afin de déterminer les raisons qui les ont empêché de respecter la limite de 48 heures.	
	Efficientes	Espaces non conventionnels	P	Compte tous les patients hospitalisés	BCS quotidien / à déterminer	932*					1)			Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.	
		Nombre de consultations au service des urgences (SU) pour des affections faisant partie de la liste modifiée des « troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier »*, par tranche de 100 résidents de foyers de soins de longue durée	P	Taux pour 100 pensionnaires / les résidents des foyers de SLD	SISLD de l'ICIS, SNISA de l'ICIS / octobre 2018 à septembre 2019	51651*	17,3				1)			Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.	
		Nombre de consultations au service des urgences (SU) pour des affections faisant partie de la liste modifiée des « troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier »*, par tranche de 100 résidents de foyers de soins de longue durée	P	Taux pour 100 pensionnaires / les résidents des foyers de SLD	SISLD de l'ICIS, SNISA de l'ICIS / octobre 2018 à septembre 2019	53536*	26,88				1)			Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.	

		Nombre total de jours désignés comme autres niveaux de soins (ANS) auquel ont contribué les patients en attente d'un ANS pendant le mois/trimestre de déclaration précis à l'aide de renseignements sur les ANS obtenus auprès des soins actifs et post-actifs pratiquement en temps réel et des données sur les taux d'occupation des lits	P	Taux par 100 jours-patients hospitalisés / tous les patients hospitalisés	SITA, ACC, BDCP, MSSLD / jul 2019 sept 2019	932*	20,5				1)				Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.	
		Pourcentage des sorties de l'hôpital (toutes les affections) pour lesquelles un avis a été reçu en temps opportun (dans les 48 heures) et pour lesquelles un suivi a été effectué (par n'importe quel mode, clinicien) dans les 7 jours suivant le congé de l'hôpital.	P	% / Patients ayant obtenu leur congé	Le dossier médical électronique/men du dossier / dernière période de 12 mois	91397*	21	85,00	Notre but est que 80 % des sommaires au congé soient revus pour déterminer si un suivi est nécessaire. Le suivi pourrait se faire par téléphone ou en personne avec le membre de l'équipe concerné.		1) A la suite de l'évaluation du processus de l'année dernière, nous mettons en place une fiche modifiée sur un formulaire unique qui inclura les données de base du sommaire des congés ainsi que les données recueillies par l'infirmière ou le personnel clinique sur le suivi après le congé afin de faciliter l'extraction des données. Ce formulaire comprendra des éléments jugés importants pour le suivi du patient (résultats médicaux, raison de l'hospitalisation, détails de la réadmission dans les 30 jours après la rencontre téléphonique, etc.).	Utiliser notre comité sur la qualité pour évaluer le processus modifié d'évaluation après le congé de l'hôpital, tel que détaillé ci-dessous, en particulier compte tenu d'un nouvel élément : le responsable de la numérisation des documents insèrera désormais un formulaire de suivi de congé dans le dossier du patient avant d'envoyer un message aux infirmières. Processus du formulaire 1. Le responsable de la numérisation insèrera un formulaire unique dans le dossier du patient lorsqu'il recevra un sommaire de congé. Cette même personne remplira sa section dans le formulaire (date de sortie, date de réception de l'autorisation du congé, date d'admission, autre). 2. Le responsable de la numérisation enverra ensuite un message directement à l'infirmière en pièce jointe au formulaire pour l'avertir de la réception du sommaire au congé. 3. L'infirmière ou un autre professionnel de la santé remplira les autres sections du formulaire qui se rapportent aux soins.	Nombre de sommaires de congés soumis à l'évaluation / Nombre total de sommaires de congés	1. 80 % de tous les sommaires de congé auront été évalués (soit à l'aide de la fiche officielle d'évaluation du congé, soit par l'examen du sommaire de congé fait par le médecin attiré ou le principal médecin responsable.	Notre but est d'avoir un suivi adéquat pour les patients jugés à risque élevé soit en raison de leurs comorbidités, soit en raison de facteurs socioéconomiques.	
Thème II : Excellence du service	Axé sur les patient	Pourcentage de patients ayant indiqué que lorsqu'ils consultent le médecin ou l'infirmier praticien, celui-ci ou quelqu'un d'autre du cabinet leur donne (tousjours/souvent) à quelle fréquence cette personne ou une autre personne du cabinet vous inclut autant	P	% / Soins primaires destinée population enquêtée	Sondage interne / avril 2019-mars 2020	91397*					1)				Présentement, nous avons de bons résultats et ne planifions aucun rhabonnement Pas	
		Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les cinq jours ouvrables	P	% / Tous les patients	Collecte de données à l'interne / dernière période de 12 mois	932*						1)			Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.	
		Pourcentage de répondants qui ont répondu « complètement » à la question suivante : Le personnel hospitalier vous a-t-il fourni suffisamment de renseignements sur ce que vous pouvez faire si vous avez des inquiétudes au sujet de votre problème ou de votre traitement après votre départ de l'hôpital?	P	% / répondants au sondage	SEHPC de l'ICIS / dernière période de 12 mois	932*							1)			Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.
		pourcentage de résidents qui ont répondu de manière positive à l'énoncé suivant : Je peux exprimer mon opinion sans craindre de représailles.*	P	% / les résidents des foyers de SLD	Sondage interne, sondage InterRAI / avril 2019-mars 2020	S1651*							1)			Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.
		pourcentage de résidents qui ont répondu de manière positive à l'énoncé suivant : Je peux exprimer mon opinion sans craindre de représailles.*	P	% / les résidents des foyers de SLD	Sondage interne, sondage InterRAI / avril 2019-mars 2020	S3536*							1)			Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.
		Pourcentage de résidents qui ont répondu de manière positive à la question suivante : Quel chiffre utiliserez-vous pour évaluer le niveau d'écoute du personnel à votre égard?	P	% / les résidents des foyers de SLD	Sondage interne, sondage NNSAHPs / avril 2019-mars 2020	S1651*							1)			Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.

	Pourcentage de résidents qui ont répondu de manière positive à la question suivante : Quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer le niveau d'écoute du personnel à votre égard?	P	% / les résidents des foyers de SLD	Sondage interne, sondage NNSAHP5 / avril 2019-mars 2020	53536*					1)				Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.
	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 / avril 2020 à mars 2021	932*	84	85,00	Une cible de 85 % commune aux programmes hospitaliers représente une amélioration progressive dans l'atteinte de notre but qui est de nous trouver dans le premier quartile en ce qui a trait à l'expérience du patient.		85,00	1) Fournir une approche d'apprentissage mixte pour le personnel, les médecins, les bénévoles et les étudiants, sous forme de bref module de cyberapprentissage en autodidacte	1) L'apprentissage gardera la trace des modules électroniques qu'aura réussi le personnel de Bruyère.	1) 90 % de tout le personnel sera formé à l'outil AIDET à l'aide du module électronique avant la fin de juin 2020.	
										2) Instaurer l'outil de communication AIDET partout dans l'organisme (y compris pour l'usage du personnel, des médecins, des bénévoles et des étudiants).	2) Un groupe professionnel dirigé sera formé dans les unités ou dans les services, le cas échéant.	2) L'apprentissage gardera la trace du nombre de membres du personnel qui assistera au groupe professionnel dirigé (SGA).	2) L'apprentissage gardera la trace du nombre de membres du personnel qui assistera au groupe professionnel dirigé d'ici la fin juin 2020.	
	Pourcentage de résidents qui ont répondu positivement à l'énoncé « Le personnel me demande comment il peut combler mes besoins. » (InterRAI QoL)	S	% / les résidents des foyers de SLD	Sondage interne, sondage InterRAI / avril 2020 à mars 2021	51651*	40	50,00	N'avons pas atteint l'objectif en 2019-2020. Travaillons afin de mieux comprendre les réponses.	Initiative d'amélioration de la qualité des soins aux aînés/Groupe de travail sur la qualité de vie	1) Application continue des tournées ciblées	1) Responsables des tournées, formation	1) Le personnel fait les modules en ligne	1) 100 % du personnel régulier	
										2) Application continue du projet "All About"	2) Éléments visuels terminés et affichés dans les chambres des résidents	2) Éléments visuels dans les chambres de séjour prolongé	2) 75 % des chambres	
										3) Incorporer les pratiques permanentes dans l'orientation	3) Orientation uniformisée	3) La nouvelle orientation uniformisée s'offrira avant l'été 2020.	3) Terminer la prestation de la nouvelle orientation uniformisée avant l'été 2020.	
										4) Rehausser les rapports de fin de service	4) Rapport au chevet uniformisé	4) Le personnel s'investira dans le modèle uniformisé de rapport au chevet.	4) Période de réflexion du personnel terminée, modèle esquisé.	
										5) Commencer à se servir de AIDET en SLD	5) Module pédagogique en ligne	5) Le personnel fait le module en ligne.	5) 80 % du personnel régulier fait le module en ligne	
	Pourcentage de résidents qui ont répondu positivement à l'énoncé « Le personnel me demande comment il peut combler mes besoins. » (InterRAI QoL)	S	% / les résidents des foyers de SLD	Sondage interne, sondage InterRAI / avril 2020 à mars 2021	53536*	40	50,00	N'avons pas atteint l'objectif en 2019-2020. Travaillons afin de mieux comprendre les réponses.	Initiative d'amélioration de la qualité des soins aux aînés/Groupe de travail sur la qualité de vie	1) Application continue des tournées ciblées	1) Responsables des tournées, formation	1) Le personnel fait les modules en ligne	1) 100 % du personnel régulier	
										2) Application continue du projet "All About"	2) Éléments visuels terminés et affichés dans les chambres des résidents	2) Éléments visuels dans les chambres de séjour prolongé	2) 75 % des chambres	
										3) Incorporer les pratiques permanentes dans l'orientation	3) Orientation uniformisée	3) La nouvelle orientation uniformisée s'offrira avant l'été 2020.	3) Terminer la prestation de la nouvelle orientation uniformisée avant l'été 2020.	
										4) Rehausser les rapports de fin de service	4) Rapport au chevet uniformisé	4) Le personnel s'investira dans le modèle uniformisé de rapport au chevet.	4) Période de réflexion du personnel terminée, modèle esquisé.	
										5) Commencer à se servir de AIDET en SLD	5) Module pédagogique en ligne	5) Le personnel fait le module en ligne.	5) 80 % du personnel régulier	

Thème III : Soins sûrs et efficaces	Sûrs	Le nombre d'incidents de violence au travail rapportés par des travailleurs du milieu hospitalier (selon la définition de la LSST) sur une période de 12 mois	O B L I G A T O I R E	Compte / le travailleur	Collecte de données à l'interne / janvier à décembre 2019	932*	38	36,00	Le signalement de la violence sur le lieu de travail a augmenté en 2019-2020 et nous espérons continuer à améliorer le système de signalement dans les programmes hospitaliers, car il s'agit d'une amélioration positive qui démontre la volonté des organismes à faire comprendre au personnel qu'il peut signaler les incidents qui affectent sa sécurité au travail.		1) Continuer la surveillance, l'accompagnement et la formation sur la production de rapports d'incidents en ligne et le système d'enquêtes. Nous étendons aussi le système de signalement utilisé pour repérer les patients et les visiteurs qui posent un risque de violence à l'endroit du personnel dans nos foyers de SLD.	Les directeurs, gestionnaires et superviseurs des services cliniques et opérationnels peuvent recevoir une formation personnelle en ligne portant sur le système de signalement et d'enquête sur les incidents. Les autres membres de la direction et du personnel de première ligne ont été contactés par courrier électronique et par le biais de l'intranet. Le SSST examine les rapports et les enquêtes sur les incidents de violence pour s'assurer que tous les renseignements pertinents sont fournis et que des mesures correctives sont mises en œuvre.	Pourcentage de nouveaux gestionnaires et directeurs formés à l'utilisation du système de signalement des incidents.	100 % des nouveaux gestionnaires et directeurs ont été formés.	L'introduction d'un système en ligne a amélioré la production de rapports ainsi que le temps, la qualité et la quantité d'information relatifs aux enquêtes.
		Le pourcentage de patients en soins non palliatifs qui ont fait exécuter une nouvelle ordonnance d'opioïde rédigée par tout fournisseur du système de santé au cours de la période de six mois visée.	P	% / patients	CAPE, ICIS, BDCP, BDPI, NMS / Point de données : 31 mars 2019	91397*	3,5	5,80	Préserver le rendement, qui est déjà 15 % sous la moyenne provinciale.	Rapports "MaPratique" de QSSO	1) Réduire le nombre de patients qui prennent plus de 90 mEq de morphine.	1. Augmenter le nombre de médecins qui utilisent les rapports "MaPratique" 2. Établir un registre des patients sous fortes doses de morphine; le pharmacien et l'infirmière chargée de la gestion des maladies chroniques examineront cette liste et collaboreront ensuite avec les fournisseurs de soins à une stratégie visant à réduire l'administration de morphine. Nous avons expérimenté cette approche une fois au cours de la dernière année. 3. Projet de recherche mené par des résidents sur le changement de lieu pour le contrat actuel relatif aux substances contrôlées, ainsi que sur les modifications à apporter à son libellé; fourniture d'une vidéo éducative au personnel.	1. % des médecins qui se sont inscrits aux rapports "MaPratique" 2. Dénominateur : nombre de patients qui prennent plus de 90 mEq de morphine, Numérateur : nombre de patients qui ont reçu le soutien d'un pharmacien et d'une infirmière en autogestion des maladies chroniques pour réduire leur consommation d'opioïdes. 3. Nombre de patients qui reçoivent 90 mEq ou plus de morphine. 4. Projet résidents : % de patients qui ont une ordonnance d'opioïdes ont un contrat; et un sondage auprès des fournisseurs sera effectué.	1. 1,75 % des médecins se sont inscrits. 2. 100 % des patients qui prennent plus de 90 mEq de morphine ont eu une révision de leur dossier et le médecin le plus directement responsable pour chaque patient a étudié les possibilités de réduire la dose d'opioïdes. 3. 15 %	
		Chutes (par 1 000 jours-patients).	S	% / tous les patients hospitalisés	DCU/Meditech / avril 2020 à mars 2021	932*	3,43	3,40	Préserver la cible de 3,4 est un objectif complémentaire étant donné l'augmentation dans les lits de rétablissement en SCC.	Comité régional sur les chutes du RLSS de Champlain	1) Un comité de réduction des risques de chute a été créé. Une analyse des lacunes sera effectuée à l'aide du RAC. L'examen préliminaire indique que nous devons chercher à améliorer l'enseignement aux patients, en particulier après une chute, sous la forme de : 1) compte rendu après la chute	Examen annuel des priorités stratégiques et du plan de travail du comité. Maintien des liens organisationnels et examen de la documentation qui oriente les bonnes pratiques en matière de réduction des chutes et de prévention des blessures.	Examen annuel du plan de travail pour s'assurer que les objectifs sont atteints. En outre, production de rapports réguliers à l'équipe principale responsable de la qualité et vérifications des entrées dans Meditech.	1) Une fois mis en œuvre en septembre 2020, 100 % des séances-bilan auront lieu après la chute.	
											2) Répéter les réunions éclair après une chute	Examen annuel des priorités stratégiques et du plan de travail du comité. Maintien des liens organisationnels et examen de la documentation qui oriente les bonnes pratiques en matière de réduction des chutes et de prévention des blessures.	Examen annuel du plan de travail pour s'assurer que les objectifs sont atteints. En outre, production de rapports réguliers à l'équipe principale responsable de la qualité et vérifications des entrées dans Meditech.	2) La réunion éclair après les chutes est un projet autonome et il sera mis à l'essai dans une unité à l'été 2020.	
											3) Algorithme de soins après une chute	Examen annuel des priorités stratégiques et du plan de travail du comité. Maintien des liens organisationnels et examen de la documentation qui oriente les bonnes pratiques en matière de réduction des chutes et de prévention des blessures.	Examen annuel du plan de travail pour s'assurer que les objectifs sont atteints. En outre, production de rapports réguliers à l'équipe principale responsable de la qualité et vérifications des entrées dans Meditech.	3) Une fois mis en œuvre en septembre 2020, 100 % des algorithmes d'après-chutes devront être achevés	Doit être réalisé de concert avec les patients et les familles. La politique sur les chutes doit être revue et modifiée pour tenir compte des soins ambulatoires. Avec le service de l'approvisionnement, une inspection des lits à faible hauteur de FRSV est en cours.
		Percentage of residents who fell during the 30 days preceding their resident assessment	S	% / les résidents des foyers de SLD	SISD de l'ICIS / juillet à septembre 2020	51651*	19	15,00	Préserver la cible de 2019-2020 (RFA l'atteint presque)	AIAO	1) Application continue et viabilité des tournées ciblées	Responsables des tournées, formation	Le personnel fait le module en ligne.	100 % du personnel régulier	
											2) Les équipes doivent trouver et instaurer des mesures de prévention et officialiser les réunions portant sur les risques qui guettent les résidents qui tombent souvent (au moins une fois par mois durant le quart de travail où il se produit le plus grand nombre de chutes)	Réunions éclair après les chutes, chaque mois, pour les résidents qui ont fait deux chutes ou plus.	Réunions tenues et documentées.	Réunions après les chutes effectuées pour 90 % des résidents, mensuellement, qui ont fait deux chutes ou plus.	

														3) Rehausser les rapports de fin de service	Rapport au chevet uniformisé	Le personnel doit s'investir dans le modèle uniformisé de rapport au chevet.	Période de réflexion du personnel terminée, modèle esquisé.	
														4) Les réunions après les chutes doivent comporter une sections sur les gestes posés pour prévenir les chutes ultérieures.	Actualiser l'outil d'évaluation	Outil d'évaluation actualisé et mis en application	Cette étape est terminée.	
														5) Créer un outil et protocole d'évaluation de l'incontinence vésicale et intestinale.	Créer un outil et protocole d'évaluation de l'incontinence vésicale et intestinale.	Outil et protocole d'évaluation de l'incontinence vésicale et intestinale créé et mis en application.	Cette étape est terminée.	
	Pourcentage de résidents ayant fait une chute au cours des 30 jours ayant précédé leur évaluation.	S	% / les résidents des foyers de SLD	SISD de l'ICIS / juillet à septembre 2020	53536*	15,8	15,00	Préserver la cible de 2019-2020 (REB l'atteint presque)	AIAO					1) Application continue et viabilité des tournées ciblées	Responsables des tournées, formation	Le personnel fait le module en ligne.	100 % du personnel régulier	
														2) Les équipes doivent trouver et instaurer des mesures de prévention et officialiser les réunions portant sur les risques qui guettent les résidents qui tombent souvent (au moins une fois par mois durant le quart de travail où il se produit le plus grand nombre de chutes)	Réunions éclair après les chutes, chaque mois, pour les résidents qui ont fait deux chutes ou plus.	Réunions tenues et documentées.	Réunions après les chutes effectuées pour 90 % des résidents, mensuellement, qui ont fait deux chutes ou plus.	
														3) Rehausser les rapports de fin de service	Rapport au chevet uniformisé	Le personnel doit s'investir dans le modèle uniformisé de rapport au chevet.	Période de réflexion du personnel terminée, modèle esquisé.	
														4) Les réunions après les chutes doivent comporter une sections sur les gestes posés pour prévenir les chutes ultérieures.	Actualiser l'outil d'évaluation	Outil d'évaluation actualisé et mis en application	Cette étape est terminée.	
														5) Créer un outil et protocole d'évaluation de l'incontinence vésicale et intestinale.	Créer un outil et protocole d'évaluation de l'incontinence vésicale et intestinale.	Outil et protocole d'évaluation de l'incontinence vésicale et intestinale créé et mis en application.	Cette étape est terminée.	
Efficace	Bilan comparatif des médicaments au congé. Nombre total de patients ayant reçu leur congé pour lesquels un meilleur plan pharmaceutique à la sortie de l'hôpital a été créé, en proportion du nombre total de patients ayant reçu leur congé.	P	Taux par nombre total de patients ayant reçu leur congé / Patients ayant obtenu leur congé	Les données recueillies auprès de l'hôpital / oct. 2019 à déc. 2019	932*									1)				Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.
	La proportion des hospitalisations pour lesquelles le patient, atteint d'une maladie évolutive limitant la vie et jugé comme tirant avantage des soins palliatifs, a par la suite vu ses besoins en soins palliatifs déterminés au moyen d'une évaluation holistique complète (durant la période de traitement).	P	proportion / Tous les patients	Collecte de données à l'interne / dernière période de 6 mois	932*	CB	CB	Comme aucun indicateur formel n'est actuellement en place, nous recueillons des données de référence pour cette année.						1) Utiliser l'outil RESPECT avec nos données CCC MDS pour repérer les patients qui bénéficieront de la planification préalable des soins et des conversations sur les maladies graves.	Le Service des systèmes d'information de Bruyère et les chercheurs de l'Institut de recherche Bruyère ont collaboré pour créer un rapport à l'aide de l'algorithme RESPECT appliqué aux données du MDS. Dans l'année à venir, le rapport sera remis aux médecins des SCC qui seront formés à l'utilisation du rapport ainsi qu'aux conversations sur les maladies graves.	1) Validation de l'outil RESPECT.	Rapport initial généré.	Nous travaillerons à établir, parmi nos partenaires, une compréhension commune des outils utilisés pour l'identification des patients atteints d'une maladie évolutive et potentiellement mortelle et pour l'évaluation de leurs besoins en soins palliatifs.
														2) Fournir aux médecins du programme de soins continus complexes une formation sur l'utilisation du guide de conversation sur les maladies graves.	Donner des séances de formation et d'enseignement conjointement avec les médecins des SCC.	Pourcentage des médecins qui ont fait la formation axée sur les conversations sur les maladies graves.	72 % des médecins en SCC auront achevé la formation.	

La proportion des patients atteints d'une maladie évolutive limitant la vie et jugés comme tirant avantage des soins palliatifs dont les besoins en soins palliatifs ont par la suite été déterminés au moyen d'une évaluation holistique complète (durant la période de traitement).	P	proportion / Tous les patients	Collecte de données à l'interne / dernière période de 6 mois	91397*	CB	CB	Il s'agit d'une nouvelle démarche, donc nous n'avons pas de mesure de référence. Toutefois, nous pensons qu'une amélioration de 20 % par rapport à la référence de base démontrerait une amélioration à ce stade-ci.	Centre d'excellence en cybersanté	1) Dépister les patients jugés au stade palliatif selon les critères ci-dessous. Affiner l'algorithme en fonction des commentaires des soignants. Développer une liste de patients en soins palliatifs à distribuer aux soignants. Barre d'outils pour les soins palliatifs à utiliser avec la cohorte finale pour identifier les patients afin de faire une évaluation documentée.	Identifier les patients en soins palliatifs : Recherche dans le DME (recherche avec le code K, le terme "pallia" et le mot-clé palliareqbr). Ecran : Réunion des fournisseurs de soins pour examiner la liste des patients identifiés. PÉEA : Un fournisseur utilisera la barre d'outils "palliatif" et finalisera l'évaluation consignée des patients de sa liste.	Nombre de patients identifiés comme "palliatifs". Pourcentage de ces patients (palliatifs) dont le dossier a une barre d'outils "palliatifs" pour un seul fournisseur avec une évaluation finalisée et consignée au dossier.	20 % d'augmentation par rapport à la valeur de référence.	Cuillette de données de référence.
La proportion des résidents atteints d'une maladie évolutive limitant la vie et jugés comme tirant avantage des soins palliatifs dont les besoins en soins palliatifs ont par la suite été déterminés au moyen d'une évaluation holistique complète (durant la période de traitement).	P	proportion / les résidents des foyers de SLD	Collecte de données à l'interne / dernière période de 6 mois	51651*	CB	CB	Il n'y a pas de données disponibles actuellement.		1) Formation axée sur les conversations sur les maladies graves	Planifier et offrir de la formation	Pourcentage des médecins et des infirmières praticiennes qui ont achevé les séances de formation.	60 % des médecins et infirmières praticiennes.	
									2) Meilleur horaire pour les réunions sur les soins.	Travailler avec les commis pour optimiser les horaires et suivre le rendement	Pourcentage des réunions sur les soins à l'admission dans les six semaines.	80 % des réunions sur les soins à l'admission ont été tenues dans les six semaines.	
									3) Uniformiser le contenu des réunions sur les soins pour y inclure les objectifs de soins.	Mobiliser le personnel et les médecins pour uniformiser le contenu des réunions sur les soins et mettre à jour l'outil d'évaluation.	Mettre à jour l'outil d'évaluation.	Mise à jour de l'outil d'évaluation terminée.	
									4) Étudier comment intégrer l'outil RESPECT au DPE de PCC.	Explorer avec l'équipe de recherche et rechercher du financement.	Travailler avec l'équipe de recherche pour tracer la marche à suivre et obtenir du financement.	Plan élaboré et financement obtenu.	
La proportion des résidents atteints d'une maladie évolutive limitant la vie et jugés comme tirant avantage des soins palliatifs dont les besoins en soins palliatifs ont par la suite été déterminés au moyen d'une évaluation holistique complète (durant la période de traitement).	P	proportion / les résidents des foyers de SLD	Collecte de données à l'interne / dernière période de 6 mois	53536*	CB	CB	Il n'y a pas de données disponibles actuellement.		1) Formation axée sur les conversations sur les maladies graves	1) Planifier et offrir de la formation	1) Formation livrée	1) 60 % des médecins et infirmières praticiennes	
									2) Meilleur horaire pour les réunions sur les soins.	2) Travailler avec les commis pour optimiser les horaires et suivre le rendement	2) Pourcentage de réunions sur les soins dans les 6 semaines de l'admission	2) 80 % de réunions sur les soins effectuées dans les 6 semaines de	
									3) Uniformiser le contenu des réunions sur les soins pour y inclure les objectifs de soins.	3) Mobiliser le personnel et les médecins pour uniformiser le contenu des réunions sur les soins et mettre à jour l'outil d'évaluation.	3) Mobilisation du personnel et des médecins pour créer le contenu des réunions sur les soins.	Mise à jour de l'outil d'évaluation terminée.	
									4) Étudier comment intégrer l'outil RESPECT au DPE de PCC.	4) Explorer avec l'équipe de recherche et rechercher du financement.	Travailler avec l'équipe de recherche pour tracer la marche à suivre et obtenir du financement.	Plan élaboré et financement obtenu.	
Pourcentage des consultations à l'urgence pour un trouble de santé mentale non prévues qui sont jugées répétées	P	% / Patients des services d'urgence	SNISA de l'ICS / avril 2019 à juin 2019	932*					1)				Pas considéré comme indicateur prioritaire cette année. On continue de surveiller le rendement.
Pourcentage des patients avec des déterminants sociaux de la santé (DSS) inclus dans le rapport de gestion du risque de l'entreprise (GRE)	S	% / patients	Dans des cohortes précises à la clinique / avril 2020 à mars 2021	91397*	1	40,00	L'identification de DSS a été jugée importante et mise en évidence dans le plan stratégique des cliniques, mais l'application des changements a été lente.		1) Accroître l'utilisation de la fiche des DSS et ajouter la cohorte de réfugiés du Myanmar au dénominateur.	Choisir des patients qui ont été aiguillés vers les travailleurs sociaux de l'équipe de médecine familiale et sélectionner des patients dans la cohorte de St. Mary's, Bethany Hope, Cornerstone Housing et des réfugiés du Myanmar (dénominateur).	% des patients de la cohorte Mary's, Bethany Hope, Cornerstone Housing et des réfugiés du Myanmar; ou aiguillés vers les travailleurs sociaux ont un dossier qui contient des renseignements sur leurs DSS.	40 % des patientes de la cohorte de St. Mary's, Bethany Hope, Cornerstone Housing et des réfugiés du Myanmar; ou aiguillés vers les travailleurs sociaux avaient des renseignements sur leurs DSS au dossier.	On a remarqué une augmentation du nombre de patients avec une fiche DSS depuis l'instauration, même si le rendement actuel a diminué dans les cohortes. Les cohortes n'ont pas été gardées à jour.
									2) Continuer de tracer l'usage, déterminer si les soignants notent les difficultés relatives aux DSS chez leurs patients.	Approcher chaque médecin qui est le plus directement responsable et demander à notre agent de liaison communautaire de remplir la fiche des DSS pour la cohorte de patients sélectionnés.	Repérer le numéro où la fiche des DSS a été remplie et incorporée au dossier.	40 % des cohortes ont été identifiées par des fiches de DSS et ont été consignées au dossier.	
Pourcentage des résidents chez qui une escarre de décubitus de stade 2 à 4 s'est formée ou a évolué vers le stade 2, 3 ou 4 depuis la dernière évaluation.	S	% / les résidents des foyers de SLD	SISD de l'ICS / juillet à sept. 2020	51651*	3,5	3,50	Avons atteint la cible de 4 % en 2019-2020. Amélioration progressive visée (3	AIIAO	1) Application continue et ciblé des tournées	1) Responsables des tournées, formation	1) Le personnel fait les modules en ligne	1) 100 % du personnel régulier	

