

Plan d'amélioration de la  
qualité 2025-2026  
**Objectifs et projets  
d'amélioration**

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

BUT		Mesure								Changement				
Enjeu	Dimension de la qualité	Mesure/indicateur	Type	Unité/population	Source/période	N° d'organisme	Rendement		Justification de la cible	Collaborateurs externes	Projets d'amélioration prévus (idées de changement)	Méthodes	Mesures du processus	Cible pour la mesure du processus
							actuel	Cible						
<b>Obligatoire</b> (toutes les cellules doivent être remplies); <b>Prioritaire</b> (remplir SEULEMENT la cellule des commentaires si vous ne travaillez pas avec cet indicateur); <b>Facultatif</b> (ne rien sélectionner si vous ne travaillez pas avec cet indicateur); <b>Personnalisé</b> (ajouter tout autre indicateur avec lequel vous travaillez)														
Accès et flux	Efficace	Pourcentage de clients atteints de diabète sucré de type 2 qui sont à jour dans la surveillance leur glycémie HbA1c (hémoglobine glyquée)	Obligatoire	%/patients/clients en soins de première ligne	DME/examen des dossiers/période de 12 mois consécutifs la plus récente	91397*	49,3	52,60	Moyenne provinciale et représenterait une augmentation de 3,3 % dans notre cabinet.		1) Optimiser la prise en charge du diabète en améliorant les outils du DME, en favorisant une meilleure communication interdisciplinaire, en créant un registre précis des patients et en utilisant le système de communication Ocean pour un suivi efficace des tests d'HbA1c.	1.1) Améliorer les outils et les ressources du DME avec le groupe de travail responsable du modèle de prise en charge du diabète, en se concentrant sur le « passeport éducatif » pour les patients. 1.2) Améliorer la communication interdisciplinaire pour la gestion du diabète, par le biais d'un outil d'aiguillage à jour. 1.3) Mise à jour du registre des patients diabétiques de notre ESF, avec des critères de recherche plus précis à partir du DME. 1.4) Tirer parti d'Ocean pour communiquer afin d'assurer le suivi des patients soumis à un test de dépistage de l'HbA1c. 1.5) Explorer les possibilités de collaboration ou de soutien supplémentaire de la part agente de l'agente de liaison du Programme d'innovation.	Méthodes d'idées de changement appliquées et progrès accomplis.	On vise 100 % pour toutes les mesures du processus.
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.	Personnalisé	%Patients retournés vivre chez eux	Collecte de données locales/AF 2025	932*	65,3	66,80	Amélioration progressive continue dans l'optimisation de l'expérience du congé.		1) Expérience du congé ciblée projets d'AQ dans les programmes de soins médicaux complexes de courte durée (SMCCD).	Poursuite des travaux de l'exercice précédent : les coordinateurs de la qualité travailleront avec le service de SMCCD pour mettre en œuvre et poursuivre le projet d'amélioration de la qualité « valeurs des patients » contre « objectifs de réadaptation », ou pour mettre en œuvre un nouveau projet d'AQ visant à améliorer l'expérience du congé de l'hôpital.	Programme qui n'a pas atteint l'objectif de l'exercice précédent et qui a mis en œuvre et poursuivi un projet d'amélioration de l'expérience des patients lors de leur congé.	On vise 100 % pour les mesures du processus.
											2) Expérience du congé ciblée projets d'AQ en réadaptation gériatrique.	Poursuite des travaux de l'exercice précédent : les coordinateurs de la qualité travailleront avec le service de réadaptation gériatrique pour poursuivre les séries éducatives « Les essentiels de la réadaptation gériatrique » ou pour mettre en œuvre un nouveau projet d'AQ	Le programme instaure et maintient un projet d'AQ sur l'expérience patient lors du congé.	On vise 100 % pour la mesure du processus.

											visant à améliorer l'expérience du congé de l'hôpital.		
										3) Ciblage du projet d'amélioration de la qualité dans l'expérience du congé de l'hôpital en réadaptation post-AVC.	Poursuite des travaux de l'exercice précédent : les coordinateurs de la qualité travailleront avec le service de réadaptation post-AVC pour poursuivre le projet de remaniement des tableaux de soins ou pour instaurer un nouveau projet d'AQ visant à améliorer l'expérience du congé de l'hôpital.	Le programme instaure et maintient un projet d'AQ sur l'expérience patient lors du congé.	On vise 100 % pour les mesures du processus.
	Les patients/clients se sentent-ils à l'aise et bien accueillis chez leur fournisseur de soins de première ligne? Pourcentage de patients déclarant se sentir à l'aise pour parler de leurs problèmes de santé avec leur fournisseur de soins.	Personnalisé	%/patients	Sondage interne/2025-2026	91397*	96	97	Augmentation de 1 % par rapport au rendement actuel.		1) Améliorer l'expérience des patients en utilisant les données du nouveau système téléphonique en vue d'optimiser le service en assurant la clarté et l'actualité des messages au moyen de contrôles réguliers des enregistrements, et en améliorant l'accès en ouvrant les lignes téléphoniques en dehors des heures d'ouverture des cliniques afin d'améliorer la disponibilité des rendez-vous. Renouveler l'image de la clinique en même temps que celle de notre organisme en modernisant les éléments visuels, les messages et la signalisation afin d'améliorer la compréhension de la population, de renforcer la confiance dans les services et de créer un environnement accueillant pour les patients. Élargir l'utilisation du système Ocean pour les rappels de rendez-vous afin que tous les patients, quel que soit le type de professionnel de la santé qu'ils consultent, reçoivent en temps utile des rappels concernant leurs prochains rendez-vous. Mettre régulièrement à jour les diapositives informatives télévisuelles avec les ressources courantes et les détails sur les fournisseurs, y compris des images des fournisseurs et des résidents.	1.1) Collecte de données par le biais de notre nouveau système téléphonique afin d'optimiser l'expérience des patients. Revoir et modifier les enregistrements afin de garantir la clarté et l'actualité des messages adressés aux patients. Ouvrir des lignes téléphoniques en dehors des heures d'ouverture des cliniques afin de faciliter l'accès aux rendez-vous. 1.2) L'exercice de renouvellement de l'image de marque vise à aider nos concitoyens et nos partenaires à mieux comprendre qui nous sommes et ce que nous faisons, et à renforcer leur confiance et leur intérêt à l'égard de nos services. Cela inclut des éléments visuels, des couleurs et des logos, mais aussi la manière dont nous construisons notre histoire et le langage que nous employons. La signalétique sera progressivement mise à jour, tant dans notre clinique que dans les espaces environnants, afin que les patients se sentent à l'aise dans nos locaux. 1.3) Revoir et simplifier la liste actuelle des types de rendez-vous dans le DME. Ajouter des rappels de rendez-vous pour tous les types de visites. 1.4) Révision et mise à jour périodiques des diapositives afin de fournir aux patients des informations et des ressources actualisées. Nous incluons des images des fournisseurs de soins et des résidents afin que les patients se familiarisent avec leurs soignants et se sentent à l'aise avec eux.	Pourcentage de patients déclarant se sentir à l'aise pour parler de leurs problèmes de santé avec leur fournisseur de soins.	97 % de patients déclarent se sentir à l'aise pour parler de leurs problèmes de santé avec leur fournisseur de soins.
	Les patients/clients se sentent-ils à l'aise et bien accueillis chez leur fournisseur de soins de première ligne? Pourcentage	Personnalisé	%/patients	Sondage interne/2025-2026	91397*	98	99	Augmentation de 1 % par rapport au rendement actuel.		1) Améliorer l'expérience des patients en utilisant les données du nouveau système téléphonique en vue d'optimiser le service en assurant la clarté et l'actualité des messages au moyen de contrôles réguliers des enregistrements, et en améliorant	1.1) Collecte de données par le biais de notre nouveau système téléphonique afin d'optimiser l'expérience des patients. Revoir et modifier les enregistrements afin de garantir la clarté et l'actualité	Pourcentage de patients ayant déclaré que la clinique offre un niveau de confort physique excellent, bon ou moyen.	99 % des patients déclarent que la clinique offre un niveau de confort physique excellent, bon ou moyen.

		de patients ayant déclaré que la clinique offre un niveau de confort physique excellent, bon ou moyen.								l'accès en ouvrant les lignes téléphoniques en dehors des heures d'ouverture des cliniques afin d'améliorer la disponibilité des rendez-vous. Renouveler l'image de la clinique en même temps que celle de notre organisme en modernisant les éléments visuels, les messages et la signalisation afin d'améliorer la compréhension de la population, de renforcer la confiance dans les services et de créer un environnement accueillant pour les patients. Élargir l'utilisation du système Ocean pour les rappels de rendez-vous afin que tous les patients, quel que soit le type de professionnel de la santé qu'ils consultent, reçoivent en temps utile des rappels concernant leurs prochains rendez-vous. Mettre régulièrement à jour les diapositives informatives télévisuelles avec les ressources courantes et les détails sur les fournisseurs, y compris des images des fournisseurs et des résidents.	des messages adressés aux patients. Ouvrir des lignes téléphoniques en dehors des heures d'ouverture des cliniques afin de faciliter l'accès aux rendez-vous. 1.2) L'exercice de renouvellement de l'image de marque vise à aider nos concitoyens et nos partenaires à mieux comprendre qui nous sommes et ce que nous faisons, et à renforcer leur confiance et leur intérêt à l'égard de nos services. Cela inclut des éléments visuels, des couleurs et des logos, mais aussi la manière dont nous construisons notre histoire et le langage que nous employons. La signalétique sera progressivement mise à jour, tant dans notre clinique que dans les espaces environnants, afin que les patients se sentent à l'aise dans nos locaux. 1.3) Revoir et simplifier la liste actuelle des types de rendez-vous dans le DME. Ajouter des rappels de rendez-vous pour tous les types de visites. 1.4) Révision et mise à jour périodiques des diapositives afin de fournir aux patients des informations et des ressources actualisées. Nous incluons des images des fournisseurs de soins et des résidents afin que les patients se familiarisent avec leurs soignants et se sentent à l'aise avec eux.		
	Expérience des familles « Recommanderiez-vous?... »	Personnalisé	%/familles	Collecte de données locales/AF 2025	932*	85,3	89,60	Amélioration progressive continue dans l'optimisation de l'expérience des familles.		1) Tableau des soins comme moyen de communication	Poursuivre la formation sur l'usage des tableaux des soins dans les programmes hospitaliers.	Vérifications trimestrielles des tableaux des soins.	L'objectif pour cette mesure du processus est 85 %.
										2) Continuer d'insister sur la tenue de rapports de fin de quart de travail normalisés au chevet des patients hospitalisés dans tous nos programmes.	Contrôles trimestriels des rapports au chevet des patients, à raison de 8-10 patients par unité de soins.	Pourcentage de lits vérifiés lors du changement d'équipe entre le jour et le 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.	75 % des rapports au chevet vérifiés contiendront les éléments essentiels.
	Expérience des patients « Si un membre de votre famille ou un ami avait besoin de soins de longue durée, recommanderiez-vous cet établissement? »	Personnalisé	%/patients en séjour prolongé	Sondage maison/AF 2025	932*	79,4	82,60	La cible est une amélioration d'environ 2 % par rapport à la cible de 84,2 % de l'exercice précédent.		1) Tableau des soins comme moyen de communication	Poursuivre la formation sur l'usage des tableaux des soins dans les programmes hospitaliers.	Vérifications trimestrielles des tableaux des soins.	L'objectif pour cette mesure du processus est 85 %.
										2) Continuer d'insister sur la tenue de rapports de fin de quart de travail normalisés au chevet des patients hospitalisés dans tous nos programmes.	Contrôles trimestriels des rapports au chevet des patients, à raison de 8-10 patients par unité de soins.	Pourcentage de lits vérifiés lors du changement d'équipe entre le jour et le soir, pour lesquels des éléments essentiels des rapports au chevet du	75 % des rapports au chevet vérifiés contiendront les éléments essentiels.



Sécurité	Efficace	Chutes	Personnalisé	Taux par 1 000/tous les patients hospitalisés	Collecte de données à l'interne/AF 2024	932*	3,69	3,73	La cible est une amélioration d'environ 2 % par rapport à la cible de 3,8 fixée pour la dernière AF.		1) Instauration de la trajectoire « Autonome avec risques ».	Explorer cette trajectoire dans deux unités de réadaptation (3N et 6 <sup>e</sup> étage) et évaluer les résultats dans trois mois. Après le projet pilote, application de cette trajectoire dans toutes les unités de soins médicaux complexes de courte durée et de réadaptation.	Pourcentage d'unités de réadaptation (soins médicaux complexes de courte durée, réadaptation post-AVC, réadaptation gériatrique) qui ont mis en œuvre la trajectoire.	L'objectif est d'atteindre 100 % des unités de réadaptation qui adoptent la trajectoire.
											2) Instauration de réunions éclair suivant une chute.	Adapter et déployer des modèles de réunions éclair suivant une chute dans les unités de soins transitoires et de soins médicaux complexes de longue durée, afin de répondre aux besoins des équipes soignantes.	Pourcentage d'unités de soins médicaux complexes de longue durée et de soins transitoires qui ont adapté les réunions éclair suivant une chute.	33 % des unités de soins médicaux complexes de longue durée et 33 % des unités de soins transitoires déploieront réunions éclair spécifiques aux chutes dans les unités de soins prolongés.
	Escarres de décubitus : le pourcentage de patients en séjour prolongé qui développent ou qui ont une escarre de stade 2 ou plus qui s'aggrave pendant leur admission en soins médicaux complexes de longue durée (2N, 4N et 5N) et en soins transitoires (4S, 2BD, BOE5).	Personnalisé	%patients hospitalisés en soins médicaux complexes de longue durée et en soins transitoires.	RAI-MDS/AF 2025	932*	6,6	6,60	Afin d'enrayer la récente tendance à la hausse des plaies de pression dans nos programmes de séjour prolongé, nous avons fixé un objectif de maintien.		1) Instauration de rondes multidisciplinaires au chevet des patients pour examiner les plaies.	L'objectif est d'instaurer des rondes multidisciplinaires d'examen des plaies basées sur les données d'AQ liées au patient.	Pourcentage de patients dans chaque programme (soins médicaux complexes de longue durée et soins transitoires) ayant la plus grande proportion de plaies de pression au cours de l'exercice 2024-2025 qui ont participé aux rondes.	L'équipe interprofessionnelle effectue des visites auprès de 80 % des patients identifiés dans les données d'AQ liées au patient dans une unité de soins médicaux complexes de longue durée et une unité de soins transitoires.	
										2) Réduire le plus possible les épaisseurs de vêtements des patients afin de diminuer le risque de plaies de pression.	L'AQ est à l'essai au 4N et au 3S. L'objectif est de réduire le nombre de couches de vêtements lorsque les patients sont couchés dans leur lit ou assis dans leur fauteuil roulant.	Pourcentage des patients qui portent un nombre approprié de couches de vêtements.	80 % des patients porteraient un nombre approprié de couches de vêtements.	
	Sûr	Obligatoire	Nombre de télécopies envoyées par 1 000 patients inscrits.	Autre/plus récent trimestre de données disponibles (période de 3 mois consécutifs).	91397*	908	817	Diminution de 10 % du rendement actuel		1) Définir et optimiser les solutions actuelles de télécopie en clinique (prescribeIT, Ocean Eforms, Ereferral, etc.).	L'administrateur facilite l'inscription de tous les fournisseurs dans PrescribeIT.	Pourcentage des fournisseurs inscrits à PrescribeIT.	Cible de 100 % de fournisseurs inscrits.	
										2) Augmenter le nombre de patients dont le dossier contient une adresse électronique afin de faciliter les communications par ce moyen, en particulier quand on veut leur transmettre des résultats normaux et des demandes d'examen.	Préciser et encourager l'ajout des courriels des patients dans les dossiers. Intégration des formulaires électroniques pour les rappels de rendez-vous afin de transmettre ses demandes d'examen aux patients.	Pourcentage de patients dont le dossier contient une adresse électronique.	13 600 patients ou 90 % des patients accèdent à leur dossier électronique.	
	Obligatoire	Pourcentage de résidents en SLD sans épisode de psychose, mais qui ont reçu des antipsychotiques durant les 7 jours ayant précédé leur évaluation.	SISLD de l'ICIS/1er juillet au 30 sept. 2024 (T2), en tant que trimestre cible de la moyenne de 4 trimestres regroupés.	51651*	20,96	20	Au cours des quatre derniers trimestres, nous avons constaté une diminution lente, mais constante d'antipsychotiques à la RSL. Une amélioration de 2,5 %, ramenant le nouvel objectif proposé de 21 % à 20 %, semble réalisable si l'on considère que nous avons avoisiné les 19 % au cours des deux derniers trimestres.	1) Maintenir le signalement, la divulgation et l'identité des résidents pour qui la déprescription est appropriée. 2) Développer un protocole adéquat pour la déprescription. 3) Encourager les compétences des médecins en matière de déprescription.	1) Réunions de groupes et vérifications périodiques. 2) Synthétiser les recherches sur les ressources disponibles et contacter des experts-conseils externes. 3) Inviter un expert en la matière (p. ex. Barb Farrell, docteure en pharmacie) à une réunion avec les médecins et la direction des SLD.	1) 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. 2) Développer une méthode d'évaluation et un processus appropriés pour la déprescription. 3) Demander qu'un expert en la matière (p. ex. Barb Farrell, docteure en pharmacie) fasse un exposé lors d'une réunion du comité consultatif médical.	1) Au moins une vérification et discussion de groupe par trimestre. 2) Grandes lignes du processus développées et mises en œuvre. 3) Un expert en la matière a fait un exposé lors d'une importante réunion avec les médecins des SLD (p. ex. comité consultatif médical).			

		Pourcentage de résidents en SLD sans épisode de psychose, mais qui ont reçu des antipsychotiques durant les 7 jours ayant précédé leur évaluation.	Obligatoire	%/résidents des foyers de SLD	SISLD de l'ICIS/1er juillet au 30 sept. 2024 (T2), en tant que trimestre cible de la moyenne de 4 trimestres regroupés.	53536*	24,29	25	Au cours des quatre derniers trimestres, nous avons constaté certaines fluctuations à l'HÉB. Cela étant, une amélioration légèrement plus prudente de 2 %, abaissant de 1 % le nouvel objectif proposé, soit de 26 % à 25 %, semble réalisable si l'on considère que nous avons été à 25 % ou moins au cours des deux derniers trimestres.		1) Maintenir le signalement, la divulgation et l'identité des résidents pour qui la déprescription est appropriée. 2) Développer un protocole adéquat pour la déprescription. 3) Encourager les compétences des médecins en matière de déprescription.	1) Réunions de groupes et vérifications périodiques. 2) Synthétiser les recherches sur les ressources disponibles et contacter des experts-conseils externes. 3) Inviter un expert en la matière (p. ex. Barb Farrell, docteur en pharmacie) à une réunion avec les médecins et la direction des SLD.	1) 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. 2) Développer une méthode d'évaluation et un processus appropriés pour la déprescription. 3) Demander qu'un expert en la matière (p. ex. Barb Farrell, docteur en pharmacie) fasse un exposé lors d'une réunion du comité consultatif médical.	1) Au moins une vérification et discussion de groupe par trimestre. 2) Grandes lignes du processus développées et mises en œuvre. 3) Un expert en la matière a fait un exposé lors d'une importante réunion avec les médecins des SLD (p. ex. comité consultatif médical).
		Chutes par 1 000 jours-résident	Personnalisé	%/résidents des foyers de SLD	Collecte de données à l'interne/2025-2026	51651*	7,13	7,20	Au cours des quatre derniers trimestres, nous avons observé des tendances à la hausse et des fluctuations des données. Les objectifs proposés pour les secteurs d'habitation individuels reflètent les moyennes de l'année précédente, de novembre 2023 à octobre 2024. Certains objectifs de secteurs résidentiels individuels restent inchangés, quelques augmentations et une diminution.		1) Mettre à jour et améliorer l'évaluation de l'utilisateur en ce qui a trait aux réunions éclair suivant une chute et enrichir les connaissances du personnel infirmier quant à la marche à suivre. 2) Accroître les occasions d'examen multidisciplinaire et holistique de certains résidents à haut risque ou présentant un nombre élevé de chutes. 3) Améliorer la connaissance et l'utilisation des évaluations de la douleur (par exemple, après une chute). 4) Renforcer les pratiques entourant les rondes ciblées.	1) Consulter l'équipe multidisciplinaire et créer une version améliorée des évaluations définies par l'utilisateur en ce qui a trait à la réunion éclair suivant une chute. 2) Consulter l'équipe multidisciplinaire et améliorer les outils utilisés pour consigner les observations. 3) Élever la prise de conscience du personnel lors des réunions et dans les communications. 4) Élever la prise de conscience du personnel lors des réunions et dans les communications.	1) Organiser une réunion et offrir au moins deux chances au groupe multidisciplinaire pour formuler des commentaires. 2) Prendre connaissance des rapports ministériels, des exigences de la Loi sur le redressement des soins de longue durée et les commentaires du personnel de première ligne et les professionnels paramédicaux, afin de mettre à jour les méthodes et les outils. 3) Soumettre des sujets sur l'évaluation de la douleur aux réunions du comité (p. ex., soins infirmiers et équipe multidisciplinaire) et dans des communications plus larges (p. ex., campagnes et kiosques de renseignements). 4) Soumettre des sujets sur les tournées ciblées aux réunions du comité (p. ex., soins infirmiers et équipe multidisciplinaire) et lors des séances de formation obligatoires annuelles.	1) Les évaluations définies par l'utilisateur suivant une chute ont été mises à jour et instaurées, puis mises en ligne dans PCCO. Processus amélioré pour les interventions de groupe de prévention des chutes et les outils utilisés par l'équipe. 3) Discuter de l'évaluation de la douleur dans au moins 2 réunions ou activités. 4) Vérifications indiquent 80 % du personnel a refait une formation grâce au système de formation obligatoire.
		Chutes par 1 000 jours-résident	Personnalisé	%/résidents des foyers de SLD	Collecte de données à l'interne/2025-2026	53536*	6,28	5,30	Au cours des quatre derniers trimestres, nous avons observé une certaine stabilité dans données et au-dessus de la cible, la plupart du temps. Les objectifs proposés pour les secteurs d'habitation individuels reflètent les moyennes de l'année précédente, de novembre 2023 à octobre 2024. Les cibles pour les secteurs résidentiels visés sont en augmentation à l'HÉB.		1) Mettre à jour et améliorer l'évaluation de l'utilisateur en ce qui a trait aux réunions éclair suivant une chute et enrichir les connaissances du personnel infirmier quant à la marche à suivre. 2) Soutenir les discussions multidisciplinaires sur l'analyse des chutes et définir la fréquence des rencontres et la composition du groupe. 3) Améliorer la connaissance et l'utilisation des évaluations de la douleur (par exemple, après une chute).	1) Consulter l'équipe multidisciplinaire et créer une version améliorée des évaluations définies par l'utilisateur en ce qui a trait à la réunion éclair suivant une chute. 2) Accent mis sur les réunions multidisciplinaires ordinaires, y compris sur les notes consignées. 3) Élever la prise de conscience du personnel lors des réunions et dans les communications.	1) Organiser une réunion et offrir au moins deux chances au groupe multidisciplinaire pour formuler des commentaires. 2) Tenir une réunion multidisciplinaire par mois et par secteur de foyer et consigner lorsque c'est fait. 3) Soumettre le sujet de l'évaluation de la douleur aux réunions du	1) Les évaluations définies par l'utilisateur suivant une chute ont été mises à jour et instaurées, puis mises en ligne dans PCCO. Au moins 8 discussions d'équipe multidisciplinaire faisant suite à l'analyse des chutes dans chaque secteur du foyer et documentation pertinente qui les accompagne. Responsabilités décrites et officialisées. 3) Discuter de l'évaluation de la douleur dans au moins 2 réunions ou activités.

