

Section narrative du Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)
pour les organismes de soins
de santé de l'Ontario

2023-2024



APERÇU

L'Hôpital communautaire de Cornwall (HCC) entend fournir des soins exceptionnels afin d'améliorer continuellement la qualité et la sécurité des soins, dans un environnement réduisant les risques pour les patients et le personnel. L'HCC s'honore de prendre soin de la communauté dans la collectivité. Nos partenariats avec chaque hôpital de l'Est sont solides et nous sommes reconnaissants de ces relations de collaboration. Nous sommes énormément fiers de nos gens en raison de leur présence forte et de leur détermination à travailler en équipe pour que nos patientes et patients continuent à obtenir des soins exceptionnels, toujours.

Cette année, l'HCC a mené un exercice de participation à l'interne en compagnie de ses partenaires en matière de soins, des intervenants communautaires et dans le cadre d'ententes d'affiliation dans le secteur des collèges et universités afin d'actualiser ses orientations stratégiques. Par suite d'une vaste participation, le document *Au gouvernail d'une transformation innovatrice* a été préparé, élaborant ainsi les orientations de 2022 à 2027. Les trois orientations sont les suivantes. La reprise – améliorer l'accès aux soins, adhérer à l'excellence opérationnelle, promouvoir l'innovation, maintenir une culture de la qualité et de la sécurité et enfin, établir une capacité physique. Les gens – s'inspirer des patients et des partenaires de soins, appuyer le bien-être de notre communauté hospitalière, mettre à contribution et développer une équipe à haut rendement, établir une culture d'équité, de diversité et d'inclusion, souscrire à la réconciliation, gérer nos responsabilités environnementales et sociales. L'intégration – créer des modèles de soins viables, appuyer la transition des soins, faire progresser les partenariats de collaboration et promouvoir l'intégration du système de santé.

Le Plan d'amélioration de la qualité 2023-2024 s'appuiera sur les initiatives du même document de l'année précédente pour rehausser davantage la qualité et la sécurité des soins fournis, en mettant l'accent sur les transitions de soins en s'assurant de fournir des renseignements importants et en temps opportun sur les congés, ainsi qu'en diminuant la probabilité qu'il y ait de la médecine de couloir, et ce, en améliorant l'accès aux lits d'hospitalisation. Notre priorité demeure l'amélioration des temps d'attente au SU. Indirectement, les améliorations choisies visent à rehausser l'expérience des patients, des familles et des fournisseurs de soins le long du continuum de soins. En outre, le plan s'attarde à rehausser la sécurité des patients en améliorant nos processus d'administration de médicaments par l'ajout d'un indicateur personnalisé. Ensemble, ces initiatives permettront d'assurer la sécurité des patients et du personnel tout en favorisant la qualité des soins.

CONSULTATION ET PARTICIPATION DES PATIENTS/CLIENTS/RÉSIDENTS

À l'HCC, interagir et collaborer avec les patients et les familles fait partie intégrante de notre travail d'amélioration de la qualité. Nous entendons offrir une expérience de grande qualité, sécuritaire et excellente aux patients, en nous assurant qu'on tient compte de leur voix et de leurs points de vue ainsi que de ceux des familles dans le cadre du continuum de soins et des services. En collaborant avec le Comité consultatif des patients et des familles (CCPF), les patients et les proches aidants contribuent aux initiatives d'amélioration de la qualité en faisant part de leurs expériences et en formulant des recommandations sur la planification et la prestation de services de soins de santé de qualité, sécuritaires et excellents.

Le projet du programme de partenaires de soins essentiels comprenait les membres du CCPF ainsi que les proches aidants ayant récemment vécu des expériences à l'HCC. Par l'entremise de réunions et de séances de groupes de discussion, leurs points de vue et voix uniques ayant fait l'objet d'une grande attention ont guidé notre travail. Ce projet vise à favoriser une culture d'appui aux partenariats en santé avec les patients et les familles, reconnaissant le rôle essentiel de ces relations afin de contribuer à des résultats positifs en matière de santé.

Ces collaborations et partenariats raffermissent les relations et rehaussent l'expérience des patients, des familles et des fournisseurs de services.

EXPÉRIENCE DES FOURNISSEURS DE SERVICES

Au cœur de soins exceptionnels

En 2022, le modèle de pratique professionnelle de l'HCC, Au cœur de soins exceptionnels, a été mis en place après des mois de discussions avec notre personnel et les médecins interagissant avec les patients ainsi qu'avec les conseillers pour les patients et la famille. Le modèle final représente nos voix et nos priorités collectives en tant qu'équipe de soins axés sur la collaboration, aligné directement sur la mission et les valeurs ICARE de l'HCC. Il montrera la voie vers une amélioration continue de la qualité, alimentée par les initiatives de première ligne. Il s'agit de l'élément moteur des soins cliniques, qui montre les façons dont les professionnels réglementés et les partenaires exercent, collaborent, communiquent et se perfectionnent sur le plan professionnel afin de fournir des soins de la plus haute qualité

Figure 1 :

Collaboration en équipe : Nous adoptons des approches de conception et de soins coopératives afin de donner toutes les fois des soins exceptionnels à chaque patient.

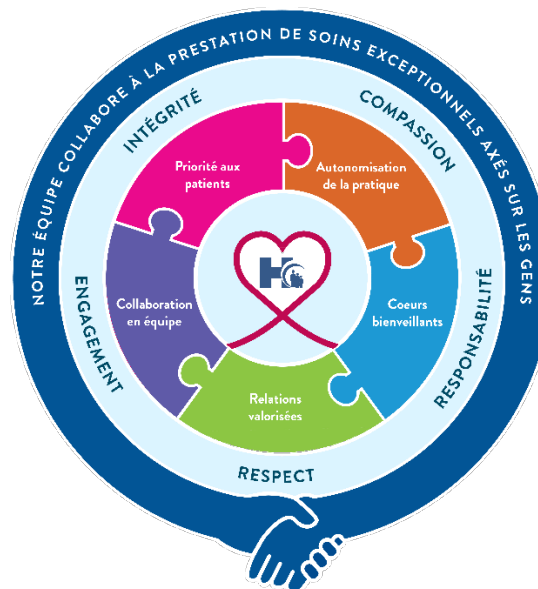
Priorité aux patients : Nous mettons l'accent sur la sécurité des patients et d'excellents résultats pour les patients en tant que fondement de tout ce que nous faisons. Nous valorisons l'expérience des patients et nous créons des processus efficaces de mesure, d'évaluation et d'amélioration continue.

Autonomisation de la pratique : Nous échangeons nos connaissances à des fins de perfectionnement professionnel. Nous nous soucions des patients comme nous nous attendons que l'on se soucie de nous.

Cœurs bienveillants : Nous nous occupons des patients au moyen de modèles de soins en évolution qui comprennent des soins holistiques.

Relations valorisées : Sans cesse, nous nous célébrons mutuellement et nous établissons des relations en tissant des liens solides grâce à une approche coopérative.

Ce modèle représente tout ce que nous faisons pour améliorer les résultats en matière de soins. Il guide nos principes concernant la pratique professionnelle, la prestation des soins, l'information et la sensibilisation.



PRÉVENTION DE LA VIOLENCE AU TRAVAIL

La violence au travail est une préoccupation grandissante dans l'ensemble des secteurs de soins de santé. À l'HCC, nous savons que la violence envers nos travailleuses et travailleurs nous affecte tous. Cela a un impact considérable sur nos employés, leurs familles et notre communauté. Encore une fois, les incidents de violence au travail sont l'un des éléments centraux de notre PAQ. Les volets

suivants de notre plan stratégique le démontrent. La reprise : maintenir une culture de la qualité. Les gens : la sécurité et l'appui à leur bien-être sont des priorités pour nous. Nous avons élaboré un plan d'action solide pour cibler la violence au travail, qui précise des objectifs spécifiques et des éléments applicables afin de cerner les causes fondamentales et les lacunes au moyen d'efforts d'analyse, de communication et de collaboration pour s'employer à mettre en place un milieu de travail sécuritaire et viable. Nous savons que la violence au travail constitue un enjeu complexe qui nécessite un engagement à créer un milieu de travail sécuritaire pour le personnel et les patients.

SÉCURITÉ DES PATIENTS

Guidé par son Plan intégré de sécurité des patients et de la qualité, l'HCC veut réaliser ses orientations stratégiques en maintenant une culture de la qualité et de la sécurité inspirée par les patients et les familles. Nous avons adopté le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour orienter nos efforts visant à toujours donner des soins exceptionnels. Afin d'appuyer l'amélioration de la qualité et de rehausser une culture juste et de la sécurité, nous passons en revue et analysons les incidents liés à la sécurité des patients grâce à un cadre structuré. Notre processus comprend la promotion d'une culture sécuritaire et juste pour tous, le maintien d'une plateforme de déclaration des incidents et la formation de tout le personnel, l'analyse de tous les incidents liés à la sécurité des patients, l'identification des lacunes et des occasions d'apprentissage et d'amélioration ainsi que l'échange de ces observations avec toutes les équipes multidisciplinaires.

Le Comité interprofessionnel de la qualité et de la pratique, le Groupe de travail sur la sécurité des médicaments, la direction des soins infirmiers et toutes les équipes multidisciplinaires passent régulièrement en revue les incidents liés à la sécurité des patients, donnent des conseils sur les projets d'amélioration concernant la

qualité de la pratique professionnelle, les guident et communiquent à ce sujet. On veut ainsi appuyer une culture organisationnelle de professionnalisme, maintenir les normes de pratique et favoriser l'excellence par la collaboration interprofessionnelle tout en veillant à la qualité des soins aux patients en mettant l'accent sur la sécurité.

ÉQUITÉ EN SANTÉ

À l'HCC, nous reconnaissons qu'il est essentiel de favoriser et d'appuyer l'équité, la diversité et l'inclusion. Nous savons qu'il existe des inégalités dans le système de soins de santé canadien et que cela peut avoir des répercussions négatives pour les patients, les familles et les fournisseurs de soins. Notre engagement à fournir des soins collaboratifs et de compassion comprenant la nécessité de promouvoir l'équité en matière de santé fait partie de notre plan stratégique (à savoir les gens : établir une culture d'équité, de diversité et d'inclusion, souscrire à la réconciliation).

Au début 2023, l'HCC a conclu un partenariat avec le Service de police de Cornwall (SPC) afin d'adopter des actions positives mesurables visant à promouvoir l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) par le recrutement d'un coordonnateur en la matière. Cette personne qui sera au service de l'HCC et du SPC offrira une orientation stratégique relativement à l'EDI et contribuera à la mise en œuvre d'initiatives au sein des deux organismes.

En outre, nous voulons combler les écarts liés aux inégalités en matière de santé au moyen d'efforts ciblés pour mieux appuyer la communauté de la Première Nation mohawk d'Akwesasne que nous servons. Nous ajoutons un intervenant-pivot autochtone à notre équipe, qui offrira soutien et réconfort tout en atténuant les obstacles au moyen d'une approche centrée sur les patients. Nous voulons améliorer l'accès pour les patients autochtones et nous assurer que leur expérience est sécuritaire sur le plan culturel et inclusive.

Nous reconnaissons que l'équité en santé est obtenue lorsque toutes les personnes peuvent réaliser leur plein potentiel en matière de santé et de bien-être grâce à des occasions justes, une démarche qui se déroulera à long terme et de façon continue. Nous serons heureux que notre travail continue d'appuyer notre équipe et les patients pour que l'EDI soit une priorité.

RÉMUNÉRATION DES CADRES

À l'HCC, le régime de rémunération axée sur le rendement de la directrice générale et des personnes qui relèvent directement d'elle est relié à l'atteinte des cibles du PAQ, conformément aux exigences de la Loi sur l'excellence des soins pour tous.

L'atteinte des cibles annuelles des indicateurs du PAQ ci-dessous compte pour un total de 2 % de la rémunération globale de la directrice générale et des dirigeants qui suivent. Les paiements seront déterminés en affectant une pondération comparable à chaque indicateur et au moyen d'une échelle mobile du pourcentage de la cible atteinte.

- présidente et directrice générale
- vice-présidente des services aux patients et chef de direction des soins infirmiers
- vice-présidente des Programmes communautaires
- chef des Services financiers
- chef de l'information et des opérations
- médecin-chef

COURRIEL

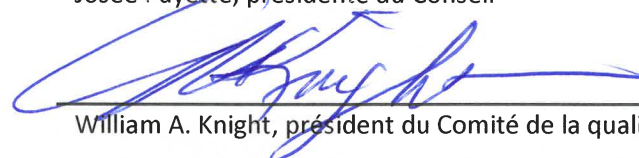
Amy Mulyca
Gestionnaire, Qualité, Sécurité et expérience des patients
et gestion des risques
Amy.Mulyca@cornwallhospital.ca

APPROBATION

J'ai passé en revue et approuvé le plan d'amélioration de la qualité de notre organisme le 9 mars 2023.



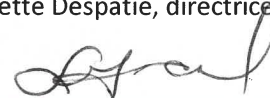
Josée Payette, présidente du Conseil



William A. Knight, président du Comité de la qualité du Conseil



Jeanette Despatie, directrice générale



Linda Gravel, vice-présidente des services aux patients
et chef de direction des soins infirmiers

Plan d’amélioration de la qualité 2023-2024

« Cibles et initiatives d’amélioration »

Hôpital communautaire de Cornwall – 840, avenue McConnell, Cornwall (Ontario) K6H 5S5

OBJECTIF		Mesure									Changement					
Problème	Dimension de la qualité	Mesure/Indicateur	Type	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures des processus		Cible pour la mesure des processus	Commentaires
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 (ne pas sélectionner si vous ne travaillez pas sur cet indicateur) Sur mesure (ajoutez tous les autres indicateurs sur lesquels vous travaillez)																
Thème I : Transitions opportunes et efficaces	Efficient	Visites au Service d'urgence (SU) – temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (TALH) (heures) (90° centile). L'indicateur est mesuré en heures, au moyen du 90° centile, qui représente l'intervalle entre la date et l'heure d'attribution d'un code d'état et la date et l'heure où le patient a quitté le SU pour être admis dans un lit d'hospitalisation ou à la salle d'opération.	Sur mesure	90° centile/tous les patients	ICIS SNISA/oct.-déc. 2022	967*	30.1	28.3	Cible établie en se fondant sur le classement des hôpitaux pairs pour l'accès aux soins dans les hôpitaux communautaires de capacité moyenne au moyen des résultats de la médiane 90° centile de l'année précédente (déc.-nov.).		1) Continuer la surveillance organisationnelle du temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (TALH) afin d'atteindre ou de surpasser la cible.	Faire le suivi du TALH au moyen de l'Outil de rapport de l'accès quotidien (DART) + Programme de financement axé sur les résultats (Programme FAR).	Collaborer avec l'Acheminement des patients pour maintenir les lits de désengorgement, optimiser les lits placés dans les corridors et maximiser la capacité d'hospitalisation afin de réduire le TALH.	D'ici au T4, le TALH sera inférieur ou égal aux résultats des pairs.	Maintien des lits de désengorgement et des lits placés dans les corridors pour atteindre la cible de TALH.	
											2) Passer en revue la situation actuelle du TALH par service et chercher des stratégies d'amélioration.	Collaborer avec le Soutien décisionnel pour extraire les données internes en temps réel qui sont exploitables par rapport au TALH de chaque unité pour patients hospitalisés.	Passer en revue les données pour par le Soutien décisionnel.	D'ici au T4, le TALH sera inférieur ou égal aux résultats des pairs.	Collaborer avec les unités pour patients hospitalisés.	
											3) Communiquer et collaborer entre le SU, l'Acheminement des patients et les services pour patients hospitalisés.	Explorer le modèle actuel des équipes de médecins hospitaliers et l'approche coopérative en compagnie de l'équipe de soins pour faciliter la planification précoce des congés dans le cadre de la culture organisationnelle et de la philosophie en matière de soins.	Amorcer le processus dans le cadre du modèle actuel des équipes de médecins hospitaliers afin de mieux appuyer le SU.	Mettre en oeuvre 50 % des améliorations aux processus déterminées d'ici au T4.	Objet : soutien fourni par les SMU, soutien au SU, augmentation dans l'ensemble du secteur.	
	Soins en temps opportun	Visites répétées au Service d'urgence pour un problème de santé mentale	Sur mesure	%/patients du SU	ICIS SNISA/avr.-juin 2022	967*	12.9	16.30	Cible établie par l'entremise de l'ERS-H. Rendement actuel de 12,9 % (avr.-juin 2022).		1) Passer en revue la situation actuelle des visites répétées au SU en raison de problèmes de santé mentale et élaborer des stratégies pour en diminuer la fréquence.	Collaborer avec le Soutien décisionnel pour extraire les données internes en temps réel qui sont exploitables.	Produire mensuellement des rapports internes sur les visites répétées.	Rapports concrets tous les mois d'ici au T1.		
											2) Mettre sur pied un groupe de travail du SU pour passer en revue et vérifier les dossiers de santé mentale au SU pour chercher des occasions d'amélioration.	Faire appel au groupe de travail du SU.	Confirmer les membres du groupe et l'examen de la vérification.	Toutes les vérifications du trimestre précédent terminées d'ici à la fin de chaque trimestre.		
											3) Faire connaître et optimiser l'information transmise avec le SU au sujet des services de santé mentale.	Séances de sensibilisation à l'intention des membres du groupe de travail sur les services de santé mentale en consultation externe.	Trois séances sur les services de santé mentale en consultation externe (Équipe d'intervention d'urgence en santé mentale, Services de gestion du sevrage et Services de santé mentale pour les enfants et les jeunes).	D'ici à la fin du T4, les 3 séances seront terminées.		
											4) Explorer les ressources disponibles pour mieux appuyer le SU par rapport à la population de patients en santé mentale.	Collaborer avec le Soutien décisionnel pour extraire les données internes en temps réel qui sont exploitables par rapport aux consultations liées à ces services.	Rapports d'aiguillage interne et en consultation externe vers les services de santé mentale, préparés mensuellement.	Toujours passer en revue les rapports mensuels.		
Thème III : Soins sécuritaires et efficaces	Efficace	BCM au congé : nombre total de patients sortants pour lesquels un MPMPCC a été créé, en proportion du nombre total de patients sortants.	Prioritaire	Taux par nombre total de patients sortants/ patients sortants	Données recueillies à l'hôpital/oct.-déc. 2022 (T3 2022-2023	967*	89	85.00	Continuer de maintenir ou de surpasser le rendement de l'exercice précédent (2022-2023). (Indicateur excluant les décès, les transferts d'un		1) Améliorer l'information transmise de l'hôpital aux partenaires communautaires, obtenue par le BCM au congé, afin de favoriser la sécurité des patients.	Vérifications par l'entremise du dossier de santé électronique.	Nombre de patients recevant un BCM au congé/nombre de mises en congé.	D'ici juillet 2023, BCM fait au congé pour 85 % des patients.		

OBJECTIF		Mesure									Changement				
Problème	Dimension de la qualité	Mesure/Indicateur	Type	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes	Initiatives d’amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures des processus	Cible pour la mesure des processus	Commentaires
									établissement à un autre, les patients en attente d’un lit d’hospitalisation, obstétrique et pédiatrie).		2) Faire connaître la polypharmacie au Comité sur les besoins des personnes âgées (Initiative adaptée aux besoins des aînés)	Faire le suivi du nombre de patients sortants d’au moins 65 ans qui ont obtenu un BCM afin de mettre en lumière et d’explorer les occasions de sensibilisation au Comité sur les besoins des personnes âgées.	Point récurrent à l’ordre du jour du Comité sur les besoins des personnes âgées. Nombre de patients d’au moins 65 ans qui ont obtenu un BCM au congé/nombre total de patients sortants d’au moins 65 ans.	BCM fait au congé pour 85 % des patients; 90 % des patients de l’USPPC mis en congé (à domicile) recevront un BCM au congé.	
		Sommaire de congé envoyé aux soins primaires dans les 48 heures. Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital pour lequel des sommaires de congé sont envoyés à leur fournisseur de soins primaires (FSP) dans les 48 heures suivant le congé du patient de l’hôpital.	Sur mesure	Compte/ patients sortants	Collecte de données interne/oct.-déc. 2022	967*	82.4	80.00	Point de référence établi.		1) Continuer à optimiser les modèles de mise en congé avec documentation structurée afin d’assurer l’échange d’information rapide avec les soins primaires au congé.	Fournir une formation aux médecins durant la socialisation organisationnelle pour mettre les demandes personnelles dans les modèles et assurer une compréhension solide de la technologie et des processus.	Nombre de nouveaux fournisseurs recevant une formation/nombre de nouveaux fournisseurs ayant suivi une socialisation organisationnelle.	80 % d’ici à la fin du T3.	
											2) Explorer les approches à l’échelle du système pour améliorer ce processus et minimiser le nombre d’incidents > 48 heures.	Suivre le délai d’exécution de la mise en congé à la distribution du sommaire de congé pour mesurer le pourcentage reçu dans les 48 heures. Suivre et évaluer le délai d’exécution pour la préparation de notes de congé au niveau des médecins.	Nombre de sommaires de congé « distribués » dans les 48 heures/nombre total de sommaires de congé.	80 % d’ici à la fin du T3.	
Sécuritaire	Conformité au scannage des médicaments	Sur mesure	Compte/tous les patients et patients du SU	Collecte de données locales/ données recueillies à l’hôpital/oct.-déc. 2022	967*	79.2	85.70	Point de référence de la justification de la cible établi au moyen des données de l’exercice 2022-2023. Cible établie à 10 % d’amélioration par rapport au rendement de l’année précédente (77,9 x *10 % = 85,7).		1) Tirer parti de la technologie.	Veiller à ce qu’il y ait des scanners aux points d’administration de médicaments. Vérifier les étiquettes de réétalonnage des postes de travail sur roulettes. Informer les gens et les sensibiliser à l’importance du réétalonnage. Séquence d’information de 5 jours par diverses méthodes. Assurer la responsabilisation par rapport au réétalonnage au niveau de l’unité.	Évaluer l’état actuel de l’équipement opérationnel et corriger les lacunes. Mener la vérification, mener 5 séances durant 5 jours, vérifier la liste de contrôle.	D’ici à la fin du T4 : respecter tous les plans en vigueur afin de solutionner les enjeux en suspens, toutes les vérifications et les étiquettes en place, les 5 séances durant 5 jours et 90 % de la cible de vérifications terminées.		
										2) Informer davantage le personnel clinique sur l’utilisation de la page Med Request (Mpage) pour signaler les problèmes de scannage des médicaments.	Évaluer l’état actuel d’utilisation de Mpage par l’élaboration d’un rapport sur les problèmes d’administration de médicaments par code à barres.	Passer en revue les rapports et élaborer les processus pour accroître l’adhésion à l’utilisation de Mpage.	Préparation d’un rapport d’ici au T3 et information à ce sujet d’ici au T4.		
										3) Évaluer les options d’annulation du scannage des médicaments dans le dossier de santé électronique.	Vérifier le rapport sur l’utilisation des options d’annulation du scannage des médicaments.	Évaluation fondée sur les pratiques exemplaires concernant les processus électroniques d’administration des médicaments.	Liste succincte telle que définie par les pratiques exemplaires, établie d’ici au T3.		
	Nombre d’incidents de violence au travail signalés par des travailleurs du milieu hospitalier (selon la définition de la LSST) durant une période de 12 mois. Changement d’orientation visant à miser sur une culture de signalement afin	Sur mesure	Nombre d’incidents/ service/ travailleur	Collecte de données locales/janv. 2022-déc. 2022	967*	251	250.00	Nouvelle cible établie à 10 % d’amélioration par rapport à la cible de l’année précédente (223) en raison d’une augmentation de la dotation en personnel. Durant l’exercice financier actuel, accent sur		1) Accroître la sensibilisation à la violence au travail et sa compréhension auprès de l’ensemble du personnel, des médecins et des bénévoles de l’HCC qui interagissent avec les patients et le public.	Méthodes de formation et de communication : orientation (hôpital et services), réunions internes et réunions des services (officielles et informelles), initiatives du personnel relatives à la semaine de sécurité, échanges des membres du CMSST avec le personnel durant les inspections des lieux de travail; initiatives de concert avec le coordonnateur des communications.	Nombre de réunions internes et d’occasions de formation suivies par trimestre.	Mener 60 réunions internes par trimestre.	Étude au Sous-comité sur la violence et le harcèlement pour appuyer le plan d’action, ainsi qu’au Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail.	

OBJECTIF		Mesure									Changement				
Problème	Dimension de la qualité	Mesure/Indicateur	Type	Unité / population	Source / période	Organisation Id	Rendement actuel	Cible	Justification de la cible	Collaborateurs externes	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesures des processus	Cible pour la mesure des processus	Commentaires
		d'accroître le nombre d'incidents rapportés.							l'augmentation du nombre de signalements d'incidents afin d'atteindre le point de référence.		2) Créer une culture d'engagement du personnel afin d'accroître le signalement des incidents de violence au travail.	Songer à faciliter les signalements au moyen du système de déclaration des incidents et de mesures visant à appuyer la transmission de commentaires aux employés qui font des comptes rendus.	Nombre d'incidents signalés par service comparativement au compte rendu précédent.	10 % d'augmentation des signalements.	
											3) Passer en revue et évaluer les programmes de formation disponibles pour accroître l'accès à la formation obligatoire et son observation.	Passer en revue la situation actuelle : taux de conformité par rapport à l'intervention non violente en cas de crise (INVCC), approches douces et persuasives, formation sur la dignité et le respect en milieu de travail, disponibilité de formateurs, nombre de cours offerts annuellement, occasions d'améliorer l'accès pour le personnel, etc. Mettre en place un processus afin d'établir un ordre de priorité des gens ayant accès à des occasions de formation pour appuyer la transparence et l'équité dans tous les services.	Pourcentage d'employés certifiés en INVCC avancée et abrégée (taux d'ensemble et par service).	Amélioration de 25 % des taux de conformité à l'INVCC avancée et abrégée d'ici au T4.	
											4) S'appuyer sur l'évolution concernant les incidents pour établir les priorités et les stratégies d'atténuation ainsi que les plans d'action du Sous-comité sur la violence et le harcèlement et le Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail (plans de sécurité des patients, plans de sécurité du personnel, alertes, etc.).	Relever les thèmes communs, comme le démontrent les incidents et discussions avec le personnel, y compris les incidents multiples avec le même patient, les déclencheurs pour certains patients, les tendances selon les services et les défis concernant les incidents.	Nombre d'incidents, de services, de patients et de visiteurs ayant 2 incidents ou plus.	Étude trimestrielle conjointe de 50 % des incidents impliquant 1 patient avec des incidents multiples par la santé et sécurité au travail et le gestionnaire.	