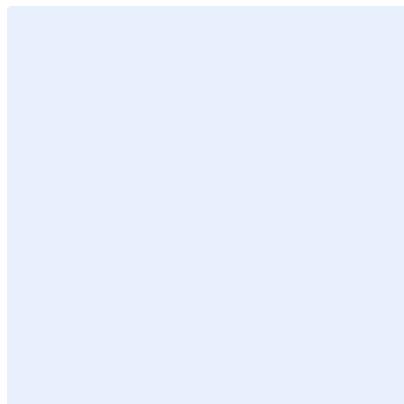


Let's Make Healthy
Change Happen.



Quality Improvement Plan (QIP) Narrative for Health Care Organizations in Ontario



Centre de santé
communautaire
de l'Estrie

4/12/2016

This document is intended to provide health care organizations in Ontario with guidance as to how they can develop a Quality Improvement Plan. While much effort and care has gone into preparing this document, this document should not be relied on as legal advice and organizations should consult with their legal, governance and other relevant advisors as appropriate in preparing their quality improvement plans. Furthermore, organizations are free to design their own public quality improvement plans using alternative formats and contents, provided that they submit a version of their quality improvement plan to Health Quality Ontario (if required) in the format described herein.

ontario.ca/excellentcare

Overview

Le Centre de santé communautaire de L'Estrie (CSCE) aborde l'année 2016-2017 sous l'angle de la poursuite de l'excellence face aux différents indicateurs de rendement. L'excellence, une des valeurs organisationnelle du CSCE, est l'offre de services de grande qualité grâce à l'innovation, la formation et le perfectionnement continu, l'évaluation, et l'application de pratiques exemplaires.

Cette année, le plan d'amélioration de la qualité (PAQ) du CSCE met l'emphase sur l'accessibilité, par le biais d'une augmentation importante d'accès aux soins primaires (« panel size ») pour tous les médecins et infirmières praticiennes de l'organisation, tel que spécifié dans notre entente de responsabilisation, tout en maintenant le haut niveau de performance face aux autres indicateurs de rendement. Les équipes interdisciplinaires du CSCE travailleront à augmenter l'accessibilité sur plusieurs facettes, telles le nombre de clients actifs, le nombre de nouveaux clients, la possibilité d'avoir un rendez-vous rapidement, le nombre de rendez-vous cliniques non utilisés, etc.

QI Achievements From the Past Year

Le CSCE a mis en place plusieurs initiatives en 2015 afin d'améliorer différentes dimensions de la qualité de ses services. Le CSCE a choisi de mettre l'emphase sur l'accès aux services. Ainsi, trois de ses cinq sites ont respectivement ouvert leurs horaires aux clients des autres sites, leur permettant d'avoir un meilleur accès à un médecin ou une infirmière praticienne. Certains sites ont aussi initié des changements à l'horaire des intervenants afin d'augmenter le nombre de rendez-vous cliniques disponibles à chaque jour.

Malgré ses initiatives importantes, la plus grande réalisation du CSCE en matière d'amélioration de la qualité en 2015 est sans aucun doute la décision organisationnelle d'augmenter significativement le nombre de clients actifs de tous les médecins et infirmières praticienne afin que tous les intervenants atteignent 100% de leur cible d'accès aux soins primaires, en fonction de leur équivalent temps-plein et indice SAMI respectifs.

Integration & Continuity of Care

Trois des cinq axes stratégiques de la planification stratégique du CSCE pour 2014-2017 touchent directement l'accessibilité des soins. Ces axes stratégiques sont :

1. le client : Un centre de santé accessible et doté d'une approche bien centrée sur les besoins de sa clientèle,
2. l'engagement : Un centre de santé engagé qui contribue activement à son système de santé local.
3. La viabilité: Un centre de santé performant dont la force repose sur le dynamisme collectif de ses cinq sites ainsi que sur l'étendue du territoire desservi.

Les autres priorités du CSCE de 2014 à 2017 sont :

4. Le personnel: Un centre de santé dynamique, engageant et où il fait bon travailler.
5. Les collectivités: Un centre de santé visible et sensible aux besoins évolutifs de sa clientèle et à l'écoute de ses collectivités.

Le CSCE est activement impliqué dans la santé des collectivités qu'il dessert, ayant déjà établi des partenariats avec les hôpitaux (Cornwall, Hawkesbury, Winchester, Glengarry), les équipes de santé familiale (Clarence-Rockland, Plantagenet, etc.), les municipalités, et de nombreux autres partenaires communautaires. Le CSCE participe aussi à la mise en place de trois Maillons-Santé dans les comtés de Stormont, Dundas, & Glengarry et de Prescott-Russell. L'implication au sein des Maillons-Santé s'inscrit parfaitement dans le mandat du CSCE auprès de la clientèle vulnérable et/ou francophone.

Engagement of Leadership, Clinicians and Staff

Le CSCE a mis sur pied un Comité de qualité des services en 2006; ce comité, composé de différents professionnels travaillant dans différents sites, a pour mandat de :

- Veiller à l'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts par le CSCE.
- Superviser annuellement la préparation et le suivi du plan d'amélioration de la qualité (PAQ).
- S'assurer que l'organisation élabore annuellement un sondage pour évaluer le niveau de satisfaction de la clientèle face aux services reçus.
- S'assurer que le CSCE organise des sondages auprès de ses employés, au moins une fois tous les deux ans.
- Surveiller les enjeux en matière de qualité des services que fournit le CSCE, entre autre avec l'examen des données sur les incidents médicaux critiques, tel que présenté par la direction générale.
- Établir un processus de relations avec les clients afin d'aborder et d'améliorer leur expérience.

Ce comité a également la responsabilité d'offrir aux clients les moyens pour exprimer leurs commentaires concernant les services au CSCE. Le comité s'assure finalement que le processus de révision de la tenue des dossiers médicaux ou des archives médicales soit fait annuellement par les pairs, dans tous les points de services.

De plus, tous les employés du CSCE sont activement impliqués dans l'exercice de planification stratégique, participant à des rencontres et consultations non seulement sur les orientations mais aussi sur les méthodes pratiques pour la réalisation des objectifs.

Le souci de la direction et des employés à maximiser l'accessibilité nous pousse à repenser l'approche à rendre certains services cliniques. Ainsi, l'analyse des données de nos communautés nous incite à mettre en place de nombreux programmes offerts en groupe, la plupart offerts à tous les sites (par exemple : programme de perte de poids [Équilibre pour un poids sensé], programmes de prévention des chutes [Équilibre], dépistage de troubles visuels dans les écoles primaires [enfants de jardin et 1ère année], groupe de prévention et contrôle d'anxiété, groupe de relaxation sans exercice, cours de cuisine aux enfants de 9-12 ans [Escouade culinaire] et lecture des étiquettes nutritionnelles, etc.).

Patient/Resident/Client Engagement

Le conseil d'administration est composé de membres des communautés que dessert le CSCE. La plupart de nos services et programmes sont donc élaborés en réponse directe aux besoins exprimés par les membres des collectivités en matière de santé communautaire. De plus, notre sondage sur la satisfaction de la clientèle en 2015 a comporté un échantillon de plus de 1,000 clients actifs, soit près de 10% des patients servis par le CSCE.

Other

Un défi important du PAQ 2016-2017 sera certainement le changement de dossier médical électronique (DME), anticipé avant la fin de l'année civile 2016. Après avoir apprivoisé et avoir investi dans un produit (Purkinje 4.13) depuis plus de 10 ans, l'arrivée d'une nouvelle version, complètement différente, essentiellement un nouveau DME, sera associée à la nécessité de transfert de données d'un système à l'autre et de formation du personnel, et entrainera momentanément une diminution de l'efficacité globale de l'organisation. Le CSCE mise sur la formation et l'implication de son personnel dans la réalisation du plan stratégique/tactique pour surmonter ce défi.

Sign-off

It is recommended that the following individuals review and sign-off on your organization's Quality Improvement Plan (where applicable):

I have reviewed and approved our organization's Quality Improvement Plan

Board Chair Gilles Davidson

Quality Committee Chair or delegate Charles Dupont

Executive Director / Administrative Lead Marc Bisson

CEO/Executive Director/Admin. Lead _____ (signature)

Other leadership as appropriate _____ (signature)

AIM		Measure							Change				
Quality dimension	Objective	Measure/Indicator	Unit / Population	Source / Period	Organization Id	Current performance	Target	Target justification	Planned improvement initiatives (Change Ideas)	Methods	Process measures	Goal for change ideas	Comments
Effective	Improve rate of cancer screening.	Percentage of patients aged 50-74 who had a fecal occult blood test within past two years, sigmoidoscopy or barium enema within five years, or a colonoscopy within the past 10 years	% / PC organization population eligible for screening	See Tech Specs / Annually	92338*	48.3	53.00	Indicateur ERSM/MSAA au Q3 2015-2016. Corridor de cible entre 44.0% et 66.0%. Augmentation prévue de la performance actuelle de 10%.	1) Identification de la population ciblée à l'aide du dossier médical électronique	Extraction des données du DME	Entrée au DME de l'offre de test	Objectif d'augmentation de 5%	Indicateur ERSM/MSAA au Q3 2015-2016 Alexandria: 41.2% Bourget: 50.2% Cornwall: 50.0% Crysler: 49.3% Embrun: 48.4%
		Percentage of women aged 21 to 69 who had a Papanicolaou (Pap) smear within the past three years	% / PC organization population eligible for screening	See Tech Specs / Annually	92338*	55	60.00	Indicateur ERSM/MSAA au Q3 2015-2016. Corridor de cible entre 44% et 66%. Augmentation prévue de la performance actuelle de 10%.	1) Identification de la population ciblée à l'aide du dossier médical électronique	Extraction des données du dossier médical électronique	Entrée au DME l'offre de test	Objectif d'augmentation de 5%	Indicateur ERSM/MSAA au Q3 2015-2016 Alexandria: 41.2% Bourget: 50.2% Cornwall: 50.0% Crysler: 49.3% Embrun: 48.4%
	Improve rate of HbA1C testing for diabetics	Percentage of patients with diabetes, aged 40 or over, with two or more glycated hemoglobin (HbA1C) tests within the past 12 months	% / All patients with diabetes	Ontario Diabetes Database, OHIP / Annually	92338*	CB	CB	Pourcentage de patients atteints de diabète, âgés de 40 ans ou plus, ayant subi au moins deux tests d'hémoglobine glycosylée (HbA1c) au cours des 12 derniers mois	1) Établissement d'un niveau de base par une recherche dans plus de 500 dossiers de clients diabétiques au site de Bourget, puisque Purkinje est incapable d'exporter les taux HbA1c provenant de LifeLabs ou du tableau de surveillance.	Recherche manuelle présentement en cours dans DME de Bourget. Résultats attendus avant de 29 mars 2016 et pourront donc être inclus de la PAQ 2016-2017	Établissement d'un niveau de base	Établissement d'un niveau de base	
	Improve seasonal Immunization rates	Percentage of people/patients who report having a seasonal flu shot in the past year	% / PC organization population eligible for screening	EMR/Chart Review / Annually	92338*	22.5	24.80	Indicateur ERSM/MSAA au Q3 2015-2016. Corridor de cible entre 12.0% et 18.0%. Augmentation prévue de la performance actuelle de 10%.	1) Focus sur les >65 ans, tel que recommandé par les GCPs.	Recherche dans DME selon critères et génération d'une liste d'envoi	Envoi postal et enregistrement de l'offre dans le DME	Augmentation de 10% en 2016	Total de 3856 lettres d'invitation envoyées aux clients: Alexandria: 509 Bourget: 950 Cornwall: 796 Crysler: 686 Embrun: 915
	Reduce hospital readmission rate for primary care patient population	Percentage of acute hospital inpatients discharged with selected HIGs that are readmitted to any acute inpatient hospital for non-elective patient care within 30 days of the discharge for index admission, by primary care practice model.	% / PC org population discharged from hospital	DAD, CAPE, CPDB / April 2014 – March 2015	92338*	CB	CB	Données non disponibles. Données trop petites rapportées dans les rapports ICES par sites plutôt que pour l'ensemble du CSCE.	1) Collaboration accrue avec hôpitaux de la région	Participation aux différents Maillon Santé	Mesure d'ICES	Données non disponibles	Données non disponibles. Données trop petites rapportées dans les rapports ICES par sites plutôt que pour l'ensemble du CSCE.

AIM		Measure							Change				
Quality dimension	Objective	Measure/Indicator	Unit / Population	Source / Period	Organization Id	Current performance	Target	Target justification	Planned improvement initiatives (Change Ideas)	Methods	Process measures	Goal for change ideas	Comments
		Réduire le taux d'hospitalisation évitable	% / PC org population visiting ED (for conditions BME)	CIHI eReporting Tool / 1 avril 2013 au 31 mars 2014	92338*	6.8	6.10	Selon le rapport des "CHC Practice Profile - Champlain CHC Region" (ICES November 2015), basé sur les données du 1 avril 2012 au 31 mars 2014, on peut assigner un poids aux données des cinq sites du CSCE, basé sur le N respectif, afin d'obtenir une moyenne pondérée pour l'ensemble du CSCE. Ainsi, selon le tableau à la page 14 intitulé "Health Service Utilization", Alexandria: 865/6406 = 0.13502966; Bourget: 1125/6406 = 0.175616609; Cornwall: 2680/6406 = 0.41835779; Crysler: 758/6406 = 0.118326569; Embrun: 978/6406 = 0.152669372. Donc, total avoidable hospitalization (rate per 1000) = (4.7 x 13.50%) + (5.4 x 17.56%) + (8.3 x 41.84%) + (12.0 x 11.83%) + (2.1 x 15.27%) = 6.80 Réduction prévue de 10%.	1)Sensibilisation des médecins et infirmières prsticiennes aux affections concernées	Avril 2013 à Mars 2014 (données tirées du document "ICES Practice Profile for Champlain CHCs", November 2015)	Données ICES	Réduction espérée de 10%.	Calcul de pondération approximatif basé sur le nombre de clients actifs par site
Efficient	Decrease Emergency Department visits for conditions best managed elsewhere (BME)	Percentage of patients or clients who visited the emergency department (ED) for conditions "best managed elsewhere" (BME)	% / PC org population visiting ED (for conditions BME)	DAD, CAPE, CPDB / April 2014 – March 2015	92338*	13.2	11.90	Selon le rapport des "CHC Practice Profile - Champlain CHC Region" (ICES November 2015), basé sur les données du 1 avril 2012 au 31 mars 2014, on peut assigner un poids aux données des cinq sites du CSCE, basé sur le N respectif, afin d'obtenir une moyenne pondérée pour l'ensemble du CSCE. Ainsi, selon le tableau à la page 14 "Health Service Utilization, Alexandria: 865/6406 = 0.13502966; Bourget: 1125/6406 = 0.175616609; Cornwall: 2680/6406 = 0.41835779; Crysler: 758/6406 = 0.118326569; Embrun: 978/6406 = 0.152669372. Donc, % ED visit best managed elsewhere = (15.9 x 13.50%) + (9.9 x 17.56%) + (14.3 x 41.84%) + (10.7 x 11.83%) + (13.5 x 15.27%) = 13.20%.	1)Sensibilisation des médecins et infirmières prsticiennes aux affections concernées	Avril 2013 à Mars 2014 (données tirées du document "ICES Practice Profile for Champlain CHCs", November 2015)	Données ICES	Réduction espérée de 10%	
Equitable	Other	Add other measure by clicking on "Add New Measure"	Other / Other	Other / other	92338*	CB	CB	Question sondage satisfaction de la clientèle	1)Voir indicateurs 9-10-11	Voir indicateurs 9-10-11	Voir indicateurs 9-10-11	Voir indicateurs 9-10-11	
		Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" ou "souvent" à la question "Je me sens confortable et bienvenu au Centre de santé communautaire de l'Estrie.	% / All patients	In-house survey / Janvier 2015 à Octobre 2015	92338*	98.7	100.00	Sondage interne du 20 octobre 2015 au 20 novembre 2015. Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" (92.0%) ou "souvent" (6.7%) à la question "Je me sens confortable et bienvenu au Centre de santé communautaire de l'Estrie."	1)Modification du sondage de 2016 pour nous donner de l'information narrative dès qu'ils n'ont pas répondu "toujours" à cette question sur l'équité	Changement initié par le comité de qualité des services	Bien qu'un score de plus de 98% soit excellent, le comité de qualité de service se demande pourquoi environ 8% des répondants ont répondu "souvent" plutôt que "toujours".	Une question ouverte (telle que "svp donnez-nous des détails") sera offerte à tous les répondants n'ayant pas répondu "toujours"	N=971

AIM		Measure							Change				
Quality dimension	Objective	Measure/Indicator	Unit / Population	Source / Period	Organization Id	Current performance	Target	Target justification	Planned improvement initiatives (Change Ideas)	Methods	Process measures	Goal for change ideas	Comments
		Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" ou "souvent" à la question "Je sens que les employés du Centre de santé communautaire de l'Estrie respectent mes différences (culturelles, physiques, intellectuelles, religieuses, au niveau de mon orientation sexuelle, etc.)."	% / All patients	In-house survey / Janvier 2015 à octobre 2015	92338*	98.6	100.00	Sondage interne du 20 octobre 2015 au 20 novembre 2015. Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" (91.2%) ou "souvent" (7.4%) à la question "Je sens que les employés du Centre de santé communautaire de l'Estrie respectent mes différences (culturelles, physiques, intellectuelles, religieuses, au niveau de mon orientation sexuelle, etc.)."	1)Modification du sondage de 2016 pour nous donner de l'information narrative dès qu'ils n'ont pas répondu "toujours" à cette question sur l'équité	Changement initié par le comité de qualité des services	Bien qu'un score de plus de 98% soit excellent, le comité de qualité de service se demande pourquoi environ 8% des répondants ont répondu "souvent" plutôt que "toujours".	Une question ouverte (telle que "svp donnez-nous des détails") sera offerte à tous les répondants n'ayant pas répondu "toujours"	N=919
		Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" ou "souvent" à la question "Quand je reçois des services au Centre de santé communautaire de l'Estrie, je crois que les employés respectent ma dignité."	% / All patients	In-house survey / Janvier 2015 à octobre 2015	92338*	98.8	100.00	Sondage interne du 20 octobre 2015 au 20 novembre 2015. Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" (92.2%) ou "souvent" (6.6%) à la question "Quand je reçois des services au Centre de santé communautaire de l'Estrie, je crois que les employés respectent ma dignité."	1)Modification du sondage de 2016 pour nous donner de l'information narrative dès qu'ils n'ont pas répondu "toujours" à cette question sur l'équité	Changement initié par le comité de qualité des services	Bien qu'un score de plus de 98% soit excellent, le comité de qualité de service se demande pourquoi environ 8% des répondants ont répondu "souvent" plutôt que "toujours".	Une question ouverte (telle que "svp donnez-nous des détails") sera offerte à tous les répondants n'ayant pas répondu "toujours"	N=793
Patient Experience	Improve Patient Experience: Opportunity to ask questions	Percent of respondents who responded positively to the question: "When you see your doctor or nurse practitioner, how often do they or someone else in the office give you an opportunity to ask questions about recommended treatment?"	% / PC organization population (surveyed sample)	In-house survey / April 2015 - March 2016	92338*	96	97.00	Sondage interne du 20 octobre 2015 au 20 novembre 2015. Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" (83.6%) ou "souvent" (13.0%) à la question "Mon médecin ou mon infirmière praticienne me laisse poser des questions sur le traitement qui m'est recommandé."	1)Sensibilisation accrues des médecins et infirmières praticiennes lors des réunions du personnel et des équipes multidisciplinaires	Rôle du gestionnaire de programme, du superviseur de site, et des membres du comité de qualité des services	Nombre de répondants ayant indiqué "toujours" versus ceux ayant indiqué "souvent"	Augmentation de 5% des répondants ayant dit "toujours" plutôt que "souvent"	N=872
	Improve Patient Experience: Patient involvement in decisions about care	Percent of patients who stated that when they see the doctor or nurse practitioner, they or someone else in the office (always/often) involve them as much as they want to be in decisions about their care and treatment?	% / PC organization population (surveyed sample)	In-house survey / April 2015 - March 2016	92338*	96	97.00	Sondage interne du 20 octobre 2015 au 20 novembre 2015. Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" (75.3%) ou "souvent" (20.7%) à la question "Je sens que mon médecin ou mon infirmière praticienne m'implique dans les décisions touchant mes soins et mon traitement."	1)Sensibilisation accrues des médecins et infirmières praticiennes lors des réunions du personnel et des équipes multidisciplinaires	Rôle du gestionnaire de programme, du superviseur de site, et des membres du comité de qualité des services	Nombre de répondants ayant indiqué "toujours" versus ceux ayant indiqué "souvent"	Augmentation de 5% des répondants ayant dit "toujours" plutôt que "souvent"	N=859
	Improve Patient Experience: Primary care providers spending enough time with patients	Percent of patients who responded positively to the question: "When you see your doctor or nurse practitioner, how often do they or someone else in the office spend enough time with you?"	% / PC organization population (surveyed sample)	In-house survey / April 2015 - March 2016	92338*	94	96.00	Sondage interne du 20 octobre 2015 au 20 novembre 2015. Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" (77.0%) ou "souvent" (17.0%) à la question "Je sens que mon médecin ou mon infirmière praticienne passe assez de temps avec moi lors de mes rendez-vous".	1)Campagne de sensibilisation présentement en cours sur une limite de deux "problèmes" lors des rendez-vous afin de mieux gérer les attentes des clients	Rôle du gestionnaire de programme, du superviseur de site, et des membres du comité de qualité des services	Nombre de répondants ayant indiqué "toujours" versus ceux ayant indiqué "souvent"	Augmentation de 5% des répondants ayant dit "toujours" plutôt que "souvent"	N=918

AIM		Measure							Change				
Quality dimension	Objective	Measure/Indicator	Unit / Population	Source / Period	Organization Id	Current performance	Target	Target justification	Planned improvement initiatives (Change Ideas)	Methods	Process measures	Goal for change ideas	Comments
Timely	Improve 7 day post hospital discharge follow-up rate for selected conditions	Percent of patients/clients who see their primary care provider within 7 days after discharge from hospital for selected conditions.	% / PC org population discharged from hospital	DAD, CIHI / April 2014 – March 2015	92338*	CB	CB	Données non disponibles. En 2015, 166 rendez-vous donnés en deça de 7 jours suivant un congé hospitalier, comparativement à 102 rendez-vous en 2014 (augmentation de 62.7%	1)Suivi à 7 jours post-congé hospitalier peut être fait par téléphone par un médecin ou une infirmière praticienne, à condition qu'elle note soit faite	Rôle du gestionnaire de programme, du superviseur de site, et des membres du comité de qualité des services	Enseignement des professionnels de santé primaire	Établissement d'un niveau de base fiable	Nombre de rendez-vous suivi 7 jours congé: Alexandria: 4 Bourget: 20 Cornwall: 106 Chrysler: 1 Embrun: 35
	Improve timely access to primary care when needed	Percent of patients/clients who responded positively to the question: "The last time you were sick or were concerned you had a health problem, how many days did it take from when you first tried to see your doctor or nurse practitioner to when you actually SAW him/her or someone else in their office?"	% / PC organization population (surveyed sample)	In-house survey / Apr 2015 – Mar 2016 (or most recent 12-month period available)	92338*	CB	CB	Nouvelle indicateur	1)Nouvel indicateur. Cette question sera incluse dans le sondage 2016 (octobre 2016) sur la satisfaction de la clientèle.	Sondage interne	Sondage aura lieu en septembre/octobre 2016 pendant la période de vaccination contre la grippe	voir indicateur #19	
		% de la cible d'accès aux soins primaires pour les médecins et infirmières praticiennes	% / All patients	OHRs, MOH / 21janv2013 au 21janv2016	92338*	67	77.00	Cible d'accès aux soins primaires pour l'ensemble du CSCE, basée sur 14.5 ETP avec un SAMI (2014) global de 1.20, tel que négociée pour l'ERSM 2016-2017.	1)Plan triennal organisationnel pour augmenter les cibles d'accès aux soins primaires des MD/IP (et par conséquence des sites avec leur SAMI respectif) de 76.3% à 100%	Campagne publicitaire axée sur la répétition que TOUS les médecins et TOUTES les infirmières praticiennes de TOUS les sites du CSCE acceptent des nouveaux clients	Implication et inputabilité("accountability") des superviseurs de sites	Augmentation de cible d'accès aux soins primaires de 8-10% par année pour 3 ans	SAMI (2014) Alexandria 1.08 Bourget 1.31 Cornwall 1.30 Chrysler 1.11 Embrun 1.23 Total CSCE 1.20
		Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" ou "souvent" à la question "Quand j'en ai besoin, je réussis à obtenir un rendez-vous pour une visite d'urgence avec un médecin ou une infirmière praticienne au Centre de santé communautaire de l'Estrie."	% / All patients	In-house survey / 20oct2015 au 20nov2015	92338*	76.8	80.60	Lors du sondage sur la satisfaction de la clientèle, 346 clients ont répondu "toujours" (42.6%) et 278 clients ont répondu "souvent" (34.2%) à la question "Quand j'en ai besoin, je réussis à obtenir un rendez-vous pour une visite d'urgence avec un médecin ou une infirmière praticienne au Centre de santé communautaire de l'Estrie." Augmentation prévue de 5%.	1)En modifiant la grille horaire des médecins et infirmières praticiennes de certains sites, en réduisant la durée de certains rendez-vous et par conséquence en augmentant le nombre de rendez-vous d'urgence, nous tenterons d'augmenter la satisfaction de la clientèle face à la disponibilité de rendez-vous lorsque les clients en ont besoin	Modification de la durée de rendez-vous (MD à 15 min et 20 min pour IP) à Bourget et réduction du temps pour certains types de RV (e.g. examens périodiques, rendez-vous avec les bébés, suivi initial de grossesse, rendez-vous initial) à Embrun et Chrysler	Augmentation du nombre de rendez-vous "à la demande du client" et augmentation de la satisfaction face à l'obtention d'un rendez-vous	Augmentation de plus de 10% de la satisfaction de la clientèle pour l'obtention d'un rendez-vous "d'urgence"	N=813
		Pourcentage de clients ayant répondu "toujours" ou "souvent" à la question "Quand je fixe un rendez-vous au Centre de santé communautaire de l'Estrie, je suis satisfait de la date qu'on me suggère."	% / All patients	In-house survey / 20oct2015 au 20nov2015	92338*	93.5	95.00	Lors du sondage sur la satisfaction de la clientèle, 563 clients ont répondu "toujours" (61.5%) et 293 clients ont répondu "souvent" (32.0%) à la question "Quand je fixe un rendez-vous au Centre de santé communautaire de l'Estrie, je suis satisfait de la date qu'on me suggère."	1)En modifiant la grille horaire des médecins et infirmières praticiennes de certains sites, en réduisant la durée de certains rendez-vous et par conséquence en augmentant le nombre de rendez-vous d'urgence, nous tenterons d'augmenter la satisfaction de la clientèle face à la disponibilité de rendez-vous lorsque les clients en ont besoin	Modification de la durée de rendez-vous (MD à 15 min et 20 min pour IP) à Bourget et réduction du temps pour certains types de RV (e.g. examens périodiques, rendez-vous avec les bébés, suivi initial de grossesse, rendez-vous initial) à Embrun et Chrysler	Augmentation du nombre de rendez-vous "à la demande du client" et augmentation de la satisfaction face à l'obtention d'un rendez-vous	Augmentation du % des clients qui se disent "toujours satisfaits" de la date du rendez-vous proposé	N=915

AIM		Measure							Change				
Quality dimension	Objective	Measure/Indicator	Unit / Population	Source / Period	Organization Id	Current performance	Target	Target justification	Planned improvement initiatives (Change Ideas)	Methods	Process measures	Goal for change ideas	Comments
		Rendez-vous avec un médecin ou une infirmière praticienne le jour même ou le lendemain de la demande du client	% / All patients	EMR/Chart Review / 1janv2015 au 31déc2015	92338*	53.7	56.40	Du 1 janvier 2015 au 31 décembre 2015, 66.7% (13860/20780) des rendez-vous attribués aux médecins ou aux infirmières praticienne ont été à la demande de ceux-ci (examen complet, suivi, renouvellement de prescriptions, etc.), comparativement à 61.5 % en 2014. Donc, en 2015, 33.3 % des rendez-vous attribués l'ont été à la demande d'un client. Parmi les rendez-vous demandés par les clients, 53.7 % ont été donnés le jour même de la demande ou le lendemain (comparativement à 60.3 % en 2014). Augmentation prévue de la performance actuelle de 5%.	1) Identifier et minimizer le nombre de rendez-vous cliniques non utilisés (rendez-vous vides)	Analyse manuelle du module Scheduler du DME	Nombre de rendez-vous cliniques (verts) non assignés à un client du 1janv2015 au 31déc2015 pour chaque médecin et infirmière praticienne	Réduction de 10% du nombre de rendez-vous cliniques (verts) non assignés à un clients	Rendez-vous données la journée même (same day) ou le lendemain (with 48hrs) en 2015: Alexandria: 64.4% Bourget: 63.9% Cornwall: 36.2% Crysler: 65.1% Embrun: 83.2%