



FICHE DE RENDEMENT 2025-2026 DU PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (PAQ)

Vision : Des soins exceptionnels. Toujours.

Mission : Notre équipe de soins collabore en vue de dispenser des soins exceptionnels, axés sur les patients.

Valeurs : *ICARE* *Intégrité* - *Compassion* - *Responsabilité* - *Respect* - *Engagement*

Directives : Cliquer sur l'indicateur pour afficher des renseignements supplémentaires.

LA REPRISE					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Visites au Service d'urgence – Temps de déchargement des ambulances	PAQ	V	V	V	V
Visites au Service d'urgence – Temps d'attente pour les cas mineurs non admis	PAQ	R	R	R	R
Visites au Service d'urgence – Temps d'attente pour l'évaluation initiale du médecin	PAQ	R	R	R	R

L'INTÉGRATION					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Conformité au scannage des médicaments	PAQ	J	J	J	V
Sondage sur la satisfaction des patients	PAQ	V	V	V	V

LES GENS					
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4
Information en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme	PAQ	J	R	V	V

Résultats :

Paramètre inférieur à la cible
Paramètre dans un intervalle de 10 % de la cible
Paramètre égal ou supérieur à la cible
Données non disponibles

R
J
V
n.d.

Rendement global des indicateurs :

% des indicateurs égaux ou supérieurs aux cibles :
% des indicateurs dans un intervalle de 10 % des cibles :
% des indicateurs inférieurs aux cibles :

	T1	T2	T3	T4
% des indicateurs égaux ou supérieurs aux cibles :	33%	33%	50%	67%
% des indicateurs dans un intervalle de 10 % des cibles :	33%	17%	17%	0%
% des indicateurs inférieurs aux cibles :	33%	50%	33%	33%

Explications des références :

Agrément – Agrément Canada
Conseil – Exigé par le Conseil
ERS-H – Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers
MSAN – Publication de rapports exigée; directive du ministère
ERS-M – Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels
CPF - Cible (annuelle) du plan de fonctionnement
Adapté aux besoins des aînés – Initiative adaptée aux besoins des aînés (ERS-H)
PAQ – Plan d'amélioration de la qualité

Indicateur : Visites au Service d'urgence - Temps de déchargement des ambulances (minutes) (90^e centile)

Orientation stratégique : LA REPRISE

Définition : Le 90^e centile du nombre total de minutes écoulées de la date ou de l'heure d'arrivée des ambulances (déchargement) à la date ou à l'heure du processus de transfert de soins. Temps de déchargement des ambulances (TDA) = Date/heure de transfert de soins des ambulances (déchargement) moins date/temps du déchargement. (critère d'exclusion actuel : cas où la date ou l'heure d'arrivée des ambulances est postérieur à la date ou à l'heure du transfert de soins, cas où la date ou le temps d'arrivée des ambulances et la date ou l'heure de transfert des soins est inconnu (9999) ou laissé vide, cas où l'indicateur d'arrivée des ambulances est autre que A (air), T (terrestre) ou C (combinaison) et où les cas de TDA sont supérieurs ou égaux à 1440 minutes (24 heures).

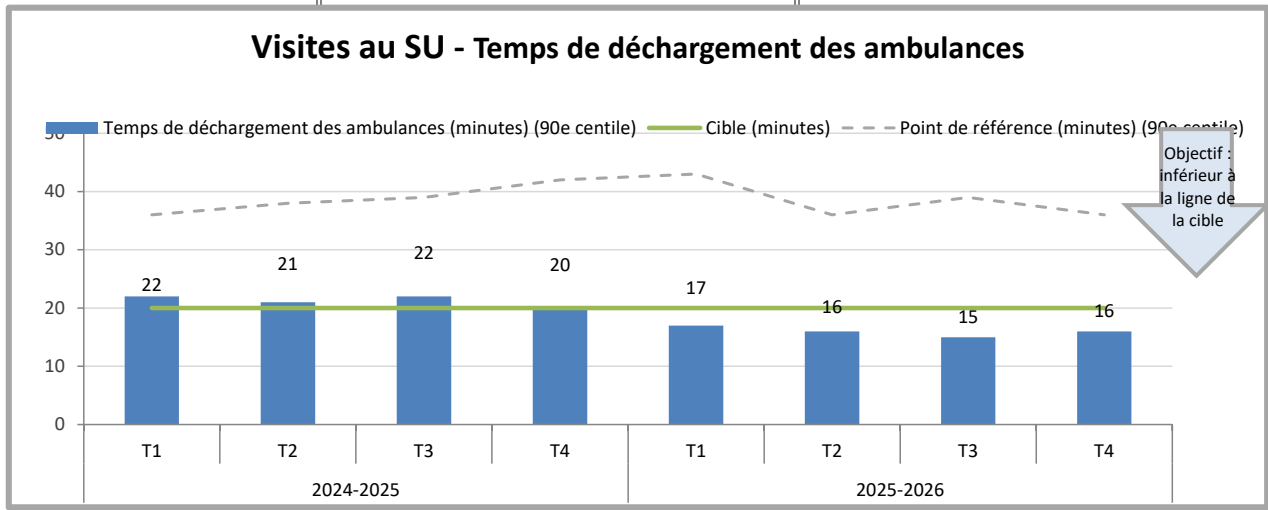
Importance : Les temps de déchargement des ambulances, soit le délai entre lequel un patient arrive à l'hôpital et le transfert des soins, sont un paramètre essentiel qui aide à évaluer l'efficacité et la réactivité du système de soins de santé. Ces temps ont un impact direct sur la disponibilité des services médicaux, les résultats pour les patients et la capacité globale du système. Cet indicateur peut être influencé par divers facteurs, notamment la capacité des services d'urgence, la gravité de l'état des patients et les inefficacités au sein du système de soins de santé.

Source des données : Anzer-SNISA

Renseignements sur la cible : Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ afin d'améliorer de 10 % la note de classement relativement au Programme FAR pour l'année précédente (déc. 2023-nov. 2024) de 75 hôpitaux pairs au 90^e centile.

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif au rendement fondé sur les résultats du rapport trimestriel de l'exercice du groupe d'hôpitaux communautaires de capacité moyenne (accès aux soins au SU).

	2024-2025				2025-2026			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Temps de déchargement des ambulances (minutes) (90 ^e centile)	22	21	22	20	17	16	15	16
Point de référence (minutes) (90 ^e centile)	36	38	39	42	43	36	39	36
Cible (minutes)	20	20	20	20	20	20	20	20

**Analyse du rendement :**

- T1** Cible atteinte. Au T1, les TDA se sont améliorés de 15 % comparativement au trimestre précédent, passant de 20 à 17 minutes; 22,2 % des patients se rendant à l'urgence (2 808 sur 12 660) sont arrivés par ambulance.
- T2** Cible atteinte. Au T2, 2 835 sur 12 283 des patients se rendant à l'urgence (23,1 %) sont arrivés par ambulance. Au même trimestre, les arrivées par ambulance ont augmenté de presque 1 % et pourtant, les temps de déchargement ont diminué d'une minute.
- T3** Cible atteinte. Au T3, 3 033 sur 12 108 des patients se rendant à l'urgence (25 %) sont arrivés par ambulance. Comparativement aux trimestres précédents, la tendance demeure à la hausse pour ce qui est d'arrivées d'ambulances à l'urgence.
- T4** Cible atteinte. Au T4, 2 682 patients se rendant à l'urgence sont arrivés par ambulance. Les résultats sont demeurés constants d'un mois à l'autre, soit 16 minutes pour l'ensemble du trimestre.

Plans d'amélioration :

- T1** Le Service d'urgence (SU) travaille étroitement avec nos partenaires communautaires pour continuer à collaborer au maintien et à la réduction des TDA. Durant le T1, l'équipe de direction du SU a continué à collaborer avec le Soutien décisionnel en faisant une vérification de tous les retards de 15 minutes ou plus concernant le TDA. La collaboration avec l'Informatique clinique a permis à l'équipe de direction du SU d'optimiser la collecte de données et la production de rapports (Fit2Sit) avec une corrélation directe liée à la réduction des TDA. Des cartes de pointage expressément pour les infirmières responsables ont été créées et remises aux infirmières responsables à temps plein au SU afin d'accroître la sensibilisation aux retards concernant les TDA.
- T2** Le SU continue à collaborer avec les SMU et notre équipe du Soutien décisionnel pour optimiser la collecte des données de ce paramètre. L'accent sera mis sur le groupe des commis du SU et leurs flux de travail concernant les TDA. Le groupe des infirmières responsables à temps partiel a maintenant accès à des cartes de pointage mensuelles (situation semblable à celle du groupe des infirmières responsables à temps plein) afin d'accroître la sensibilisation aux retards.
- T3** Le SU continue à prioriser le déchargement sécuritaire et rapide des ambulances. Nous collaborons de façon soutenue avec notre équipe du Soutien décisionnel et nos partenaires des SMU pour peaufiner davantage notre processus et la qualité des données.
- T4** Le SU continue à prioriser le déchargement sécuritaire et rapide des ambulances. Nous collaborons de façon soutenue avec notre équipe du Soutien décisionnel et nos partenaires des SMU pour peaufiner davantage notre processus et la qualité des données.

Gestionnaires responsables : vice-présidente des Services aux patients et chef de direction des soins infirmiers/directrice, Service d'urgence

Indicateur : Visites au Service d'urgence - temps d'attente pour les cas mineurs non admis (ETG IV-V) (heures) (90^e centile)

Orientation stratégique : LA REPRISE

Définition : L'indicateur est mesuré en heures, en fonction du 90^e centile, qui représente le temps total écoulé du triage ou de l'inscription (selon la première éventualité) au départ du patient du SU pour les cas mineurs non admis (ETG IV-V). Cela exclut la durée de séjour à l'Unité de décisions cliniques.

Importance : Le temps est un aspect essentiel de l'efficacité et des résultats en matière de soins aux patients, surtout à l'urgence. Combiné à d'autres indicateurs, il peut servir à surveiller le temps passé à l'urgence par les patients, dans le but d'améliorer l'efficacité et, ultimement, les résultats en matière de soins aux patients.

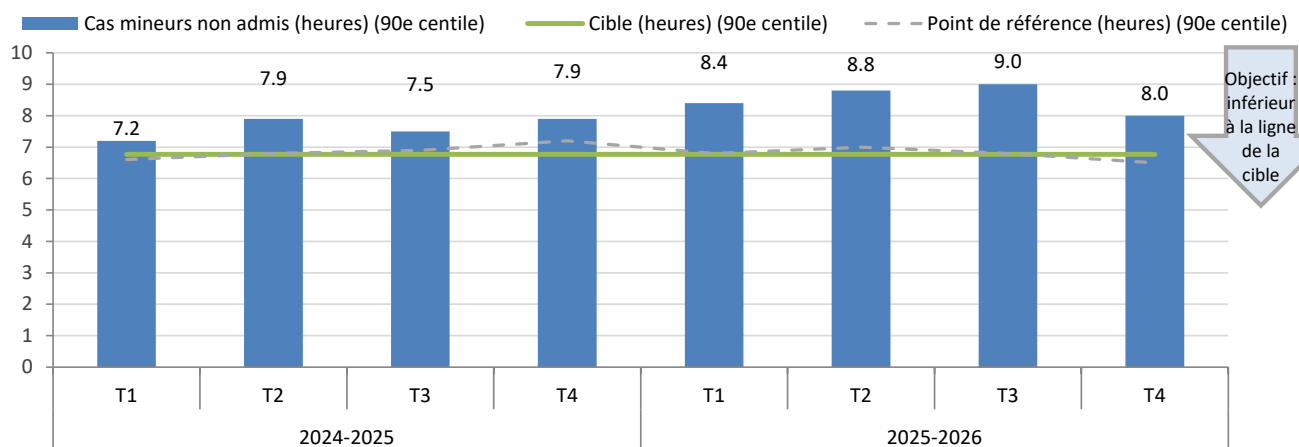
Source des données : Anzer-SNISA

Renseignements sur la cible : Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ afin d'améliorer de 10 % la note de classement relativement au Programme FAR pour l'année précédente (déc. 2023-nov. 2024) de 75 hôpitaux pairs au 90^e centile.

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif au rendement fondé sur les résultats du rapport trimestriel de l'exercice du groupe d'hôpitaux communautaires de capacité moyenne (accès aux soins au SU).

	2024-2025				2025-2026			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Cas mineurs non admis (heures) (90 ^e centile)	7.2	7.9	7.5	7.9	8.4	8.8	9.0	8.0
Point de référence (heures) (90 ^e centile)	6.6	6.8	6.9	7.2	6.8	7.0	6.8	6.5
Cible (heures) (90 ^e centile)	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8

Visites au SU - temps d'attente pour les cas mineurs non admis (ETG IV-V)



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. Au T1, 2 326 visites sur 9 987 avaient trait à des cas mineurs (soit 23 %). Tous les mois au cours du T1 étaient supérieurs à la cible (avril 9,2, mai 8,1, juin 7,9), mais les résultats commencent à baisser.
- T2** Cible non atteinte. Juillet a été le seul mois inférieur à la cible, soit 8,4 heures. Août (9,2 heures) et septembre (9,0 heures) étaient supérieurs à la cible, mais ils demeuraient dans un intervalle de 10 % de l'objectif.
- T3** Cible non atteinte. En décembre, les temps d'attente ont été les plus élevés au cours du trimestre (10,9), comparativement à octobre (8,3) et novembre (8,4).
- T4** Cible non atteinte. Le rendement a surpassé la cible en janvier (8,2) et en mars (8,7), tandis que la cible a été atteinte en février (6,8).

Plans d'amélioration :

- T1** Le SU continue à explorer des méthodes de soins alternatives pour les patients non admis qui se rendent au SU en présentant un score de 4 et 5 à l'ETG (cas mineurs). Malheureusement, les défis de dotation en personnel concernant les urgentologues ont eu des répercussions sur ce paramètre.
- T2** Les modèles identifiés au T1 ont été explorés davantage. Durant le T2, nous avons mené une analyse du contexte concernant la pratique des adjoints au médecin dans les urgences ontariennes. Nous avons aussi mené des séances en personne pour revoir et optimiser la pratique des adjoints au médecin dans notre SU afin d'améliorer les flux de travail et de réduire la durée de séjour au SU des patients non admis présentant des cas mineurs.
- T3** La collaboration avec les TI est continue par rapport au modèle de soins exploré au T1 pour les visites concernant des cas mineurs. Des discussions sont en cours concernant l'acheminement des patients dans la zone d'évaluation et de traitement, et ce, pour l'optimiser et définir clairement les rôles au sein du personnel infirmier et de soutien dans le but de réduire la durée de séjour des patients non admis présentant des cas mineurs. La dotation en personnel concernant les urgentologues s'est récemment améliorée par rapport aux mois précédents.
- T4** Nous continuons d'explorer des modèles de soins pour les patients dans la zone d'évaluation et de traitement (patients non admis présentant des cas mineurs). Le groupe d'urgentologues continue de se pencher sur ces propres flux de travail pour optimiser l'acheminement des patients dans ce secteur de soins.

Gestionnaires responsables : vice-présidente des Services aux patients et chef de direction des soins infirmiers/directrice, Service d'urgence

Indicateur : Visites au Service d'urgence – Temps d'attente pour l'évaluation initiale du médecin (EIM)

Orientation stratégique : LA REPRISE

Définition : L'indicateur est mesuré en heures au moyen du 90^e centile qui représente l'intervalle entre la date/heure de triage ou la date/heure d'inscription et l'évaluation initiale du médecin et la date/heure de l'évaluation initiale par une personne qui n'est pas médecin (EIM/PPM), au SU. Cela comprend : médecins, adjoints au médecin, dentistes et infirmières praticiennes. Exclusions : personnes parties sans avoir été vues (PSAEV), date et heure de l'EIM manquantes, date et heure d'attribution d'un code d'état manquantes, date et heure de sortie du patient du SU manquantes, aux termes des critères du Programme FAR.

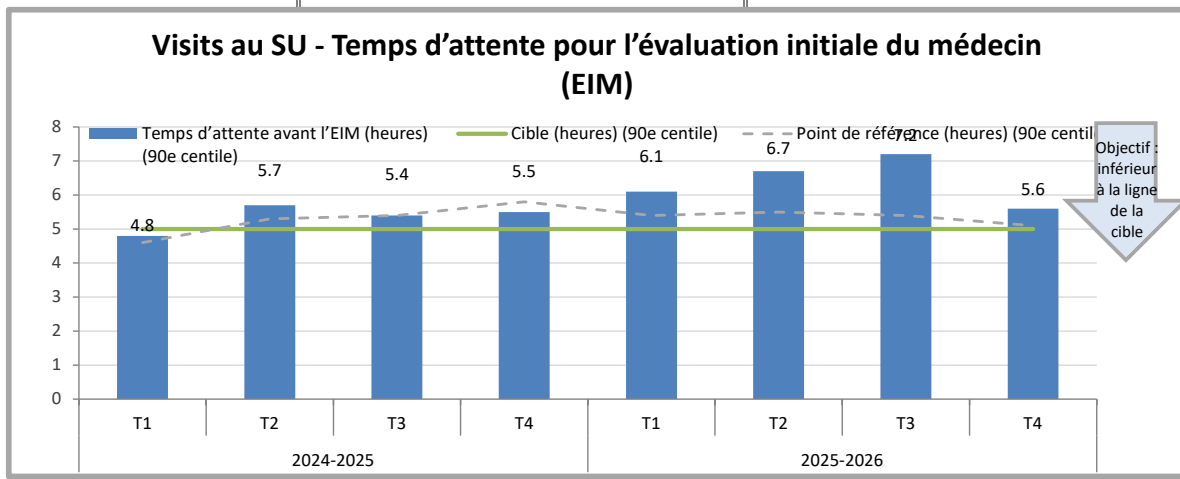
Importance : Le temps est un aspect essentiel de l'efficacité et des résultats en matière de soins aux patients, surtout à l'urgence. Combiné à d'autres indicateurs, il peut servir à surveiller le temps passé à l'urgence par les patients, dans le but d'améliorer l'efficacité et, ultimement, les résultats en matière de soins aux patients. De multiples facteurs peuvent influencer sur le résultat de l'indicateur : niveau de triage, population de patients, disponibilité des ressources, etc. Le 90^e centile de cet indicateur représente le maximum de temps passé au Service d'urgence par 90 % des patients pour une évaluation initiale du médecin (PIA).

Source des données : Anzer-SNISA

Renseignements sur la cible : Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ afin d'améliorer de 10 % la note de classement relativement au Programme FAR pour l'année précédente (déc. 2023-nov. 2024) de 75 hôpitaux pairs au 90^e centile

Renseignements sur le point de référence : Point de référence relatif au rendement fondé sur les résultats du rapport trimestriel de l'exercice du groupe d'hôpitaux communautaires de capacité moyenne (accès aux soins au SU).

	2024-2025				2025-2026			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Temps d'attente avant l'EIM (heures) (90 ^e centile)	4.8	5.7	5.4	5.5	6.1	6.7	7.2	5.6
Point de référence (heures) (90 ^e centile)	4.6	5.3	5.4	5.8	5.4	5.5	5.4	5.1
Cible (heures) (90 ^e centile)	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. Total au T1 de 10 631 visites, 77 % s'étant produites durant la journée (8 h-21 h). Au cours du trimestre, nos chiffres étaient 13 % plus élevés que ceux de nos pairs servant de point de référence (5,4 heures comparativement à 6,1 heures).
- T2** Cible non atteinte. Au T2, il y a eu 10 153, 76 % s'étant produites durant la journée (8 h-21 h). De plus, des adjoints au médecin ont participé à 568 rencontres.
- T3** Cible non atteinte. Au T3, il y a eu 9 985 visites, 76 % s'étant produites durant la journée (8 h-21 h), ce qui concorde avec le trimestre précédent. Le nombre de rencontres auxquelles les adjoints au médecin ont participé était en hausse au cours du trimestre (686 comparativement à 568 au T2).
- T4** Cible non atteinte. Au T4, il y a eu 9 575 visites, poursuivant ainsi le déclin d'un trimestre à l'autre constaté lors des trimestres précédents, 78 % s'étant produites durant la journée (8 h-21 h). Cependant, des adjoints au médecin ont participé à seulement 401 de ces rencontres. La participation des adjoints au médecin a diminué au T4 comparativement aux trimestres précédents.

Plans d'amélioration :

- T1** Le SU continue à explorer des méthodes de soins alternatives pour les patients dans la zone d'évaluation et de traitement. Malheureusement, les défis de dotation en personnel concernant les urgentologues ont eu des répercussions sur ce paramètre, maintenir l'EIM et réduire les délais avant d'en obtenir une constituant ainsi un défi. Nous continuons à collaborer avec nos adjoints au médecin afin d'essayer de réduire les délais avant d'obtenir une EIM, si possible.
- T2** Les modèles identifiés au T1 ont été explorés davantage. Durant le T2, nous avons mené une analyse du contexte concernant la pratique des adjoints au médecin dans les urgences ontariennes. Nous avons aussi mené des séances en personne pour revoir et optimiser la pratique des adjoints au médecin dans notre SU afin d'améliorer les flux de travail et de réduire les délais avant d'obtenir une EIM. Malheureusement, les défis de dotation en personnel concernant les urgentologues ont eu des répercussions sur ce paramètre, maintenir l'EIM et réduire les délais avant d'en obtenir une posant ainsi des difficultés.
- T3** La collaboration avec les TI est continue par rapport au modèle de soins exploré au T1. L'équipe de direction du SU continue à collaborer avec le groupe d'urgentologues relativement à l'EIM. Des discussions sont en cours concernant l'acheminement des patients dans la zone d'évaluation et de traitement, et ce, pour l'optimiser et définir clairement les rôles au sein du personnel infirmier et de soutien dans le but de réduire les délais avant d'obtenir une EIM.
- T4** Au T4, le nombre d'adjoints au médecin de garde au SU a diminué. Nous continuons d'explorer des modèles de soins pour les patients dans la zone d'évaluation et de traitement. Le groupe d'urgentologues continue de se pencher sur ces propres flux de travail pour optimiser l'acheminement des patients dans ce secteur de soins. La dotation en personnel concernant les urgentologues s'est récemment améliorée par rapport aux mois précédents.

Gestionnaires responsables : vice-présidente des Services aux patients et chef de direction des soins infirmiers/directrice, Service d'urgence

Indicateur : Conformité au scannage des médicaments

Orientation stratégique : L'INTÉGRATION

Définition : Cet indicateur mesure le pourcentage de médicaments administrés pour lequel un scannage de médicaments a été fait pour tous les patients hospitalisés et les patients au SU (excluant les patients externes, les chirurgies d'un jour et les soins ambulatoires).

Importance : Les systèmes d'administration de médicaments par code à barres (AMCB) permettent de scanner les bracelets et la liste des médicaments à donner afin d'éviter des erreurs de médicaments. L'AMCB a permis de grandement réduire ce type d'erreurs et de diminuer les préjudices liés aux graves erreurs de médicaments.

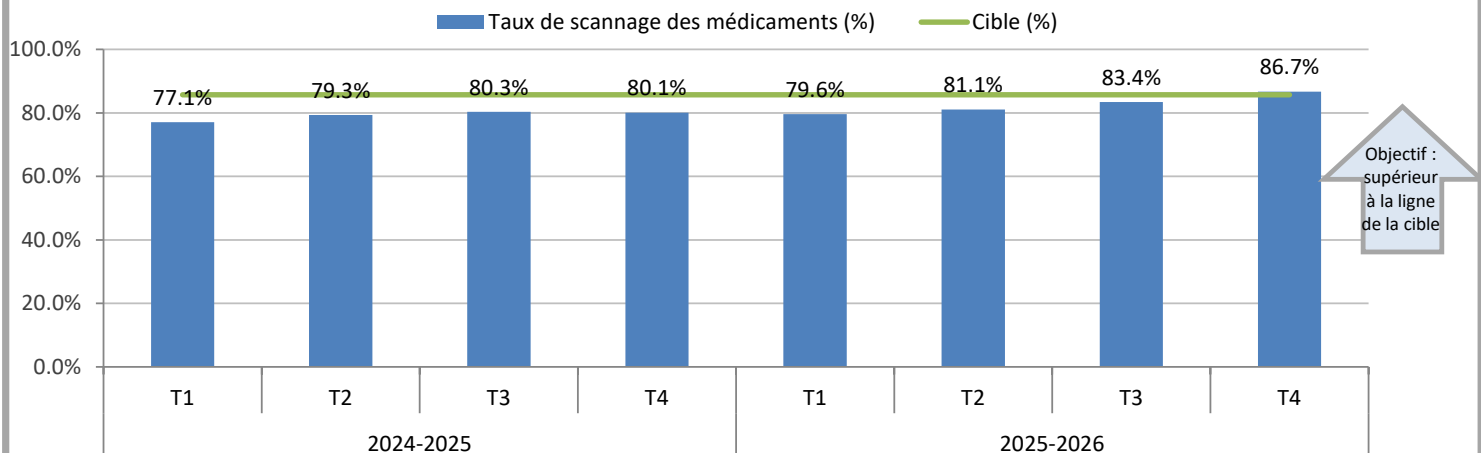
Source des données : Portail d'établissement de rapports Cerner

Renseignements sur la cible : Cible établie à l'interne à 85,7 %, conformément à l'indicateur du PAQ.

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2024-2025				2025-2026			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de scannage des médicaments (%)	77.1%	79.3%	80.3%	80.1%	79.6%	81.1%	83.4%	86.7%
Point de référence (%)								
Cible (%)	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%

Conformité au scannage des médicaments



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. T1 : 199 320 médicaments scannés sur 250 448. Des 9 unités de soins infirmiers incluses, 5 étaient à 10 % d'atteindre la cible.
- T2** Cible non atteinte. T2 : 207 241 médicaments scannés sur 255 430, soit une augmentation de 1,5 % de la conformité comparativement au trimestre précédent. Des 9 unités de soins infirmiers incluses, 3 étaient supérieures à la cible, 2 étaient à 10 % d'atteindre la cible et 4 étaient inférieures à la cible.
- T3** Cible non atteinte. T3 : 208 241 médicaments scannés sur 249 487. Des 9 unités de soins infirmiers incluses, 4 étaient supérieures à la cible, 3 étaient à 10 % d'atteindre la cible et 2 étaient inférieures à la cible.
- T4** Cible atteinte. T3 : 221 081 médicaments scannés sur 254 958. Des 9 unités de soins infirmiers incluses, 5 étaient supérieures à la cible, 2 étaient à 5 % d'atteindre la cible et 2 étaient à 10 % d'atteindre la cible.

Plans d'amélioration :

- T1** Un groupe de travail multidisciplinaire a été mis en place pour déterminer les causes fondamentales pour lesquelles des médicaments ne sont pas scannés. Améliorations systémiques continues dans le cadre des profils pharmaceutiques et du dossier de santé électronique afin de corriger rapidement les problèmes.
- T2** La cible n'a pas été atteinte, mais des améliorations ont été constatées. Des activités d'information ciblées se poursuivront auprès du groupe particulier déterminé afin d'appuyer davantage de progrès.
- T3** Bien que la cible n'ait pas été atteinte, le rendement va dans la bonne direction. Des activités d'information et d'accompagnement ciblées se poursuivront auprès du groupe particulier déterminé afin d'appuyer d'autres améliorations.
- T4** Cible atteinte. Des activités continues d'information et d'accompagnement ciblées se dérouleront pour appuyer la pratique.

Gestionnaires responsables : vice-présidente des Services aux patients et chef de direction des soins infirmiers/
directrice, Qualité et Gestion des risques

Indicateur : Sondage sur la satisfaction des patients

Orientation stratégique : L'INTÉGRATION

Définition : patients hospitalisés qui ont donné une réponse favorable (réponse positive : « complètement » et « moyennement ») (2 notes supérieures) à la question suivante – « Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre départ de l'hôpital? » (Sondage abrégé sur l'expérience des patients adultes hospitalisés de l'Ontario - question 7)

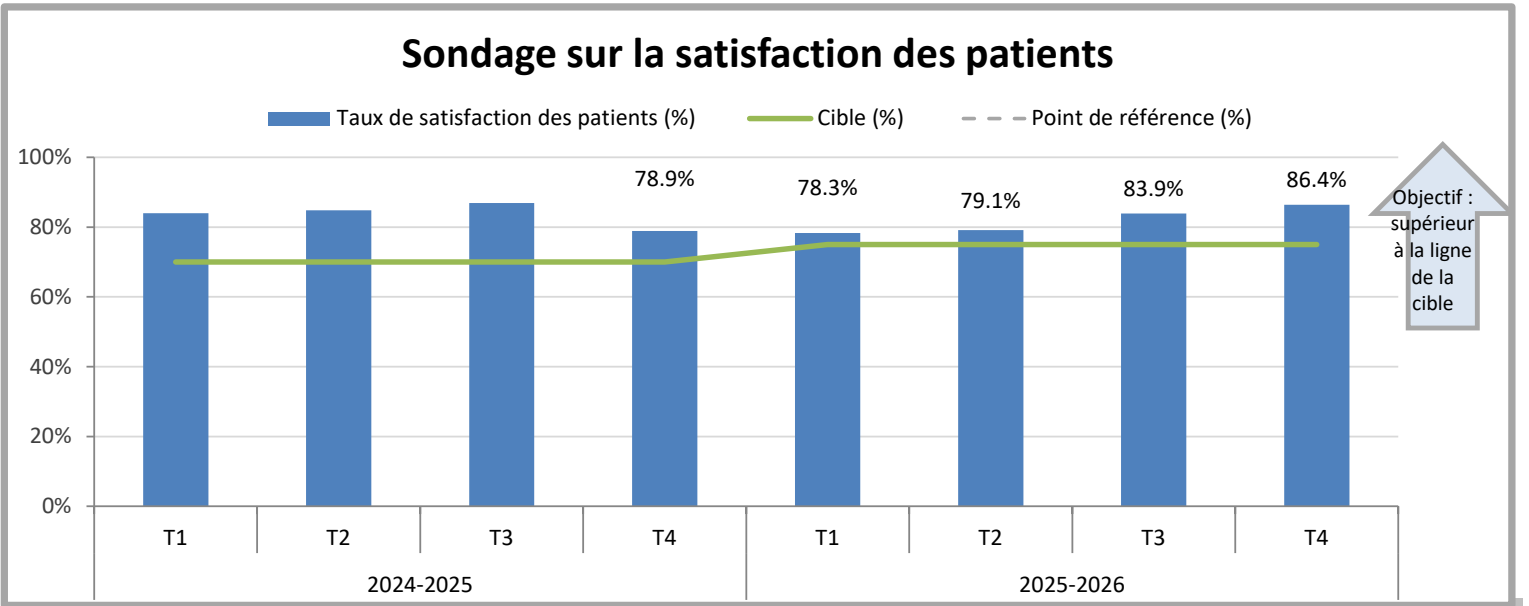
Importance : Tiré de QSSO – « La satisfaction des patients est un important paramètre de mesure de l'expérience des Ontariennes et Ontariens à l'égard du système de soins de santé. Trop souvent, les besoins des établissements et des fournisseurs de soins de santé en Ontario obtiennent la priorité. Un changement de paradigme s'impose en faveur d'un système de soins de santé axés sur les patients, qui tient compte des inquiétudes et du confort des patients, et qui engage la participation active des patients et des membres de leur famille dans la prise de décisions entourant les soins qui les concernent. »

Source des données : Qualtrics

Renseignements sur la cible : Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ en se fondant sur le rendement de l'année précédente

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2024-2025				2025-2026			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de satisfaction des patients (%)	84.0%	84.8%	86.9%	78.9%	78.3%	79.1%	83.9%	86.4%
Point de référence (%)								
Cible (%)	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%



Analyse du rendement :

- T1** Cible atteinte. Au T1, 65 répondants sur 83 ont répondu positivement, bien que le taux de réponse global du trimestre soit inférieur aux trimestres précédents.
- T2** Cible atteinte. Au T2, 72 répondants sur 91 ont transmis des commentaires positifs. Le taux de réponse s'est amélioré comparativement au trimestre précédent.
- T3** Cible atteinte. Au T3, 73 répondants sur 87 ont transmis des commentaires positifs, le taux de réponse continuant à augmenter.
- T4** Cible atteinte. Au T4, 76 répondants sur 88 ont transmis des commentaires positifs, le taux de réponse continuant à augmenter.

Plans d'amélioration :

- T1** Cible atteinte, mais léger déclin. On continue de suivre et d'employer les idées de changement, ce qui comprend les tournées auprès des patients par les gestionnaires pour trouver les occasions d'intervention précoce.
- T2** Cible atteinte. On continuera à faire un suivi étroit du rendement pour garantir un succès soutenu.
- T3** Cible atteinte. Améliorations notables depuis le T2.
- T4** Cible atteinte. Améliorations depuis le T3.

Gestionnaire responsable : vice-présidente des Services aux patients et chef de direction des soins infirmiers

Fiche de rendement 2025-2026 du PAQ

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme

Orientation stratégique : LES GENS

Définition : Cet indicateur mesure le pourcentage de membres du personnel ayant suivi une formation pertinente en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme. Cela comprend les cadres, tous les membres de la direction, les chefs des services et les bénévoles. Le rendement est cumulatif depuis le début de l'année.

Importance : La formation est essentielle pour aider à guider et à bâtir une culture axée sur l'équité, la diversité, l'inclusion et la lutte contre le racisme ainsi que pour contribuer à de meilleurs résultats pour les patients, les familles et les fournisseurs au sein du système hospitalier. Nous sommes déterminés à nous attaquer au racisme et à la discrimination, à réduire les inégalités dans le système de santé et à reconnaître que notre culture organisationnelle doit être équitable afin d'améliorer les résultats pour les communautés que nous servons.

Source des données : système de gestion de l'apprentissage (SGA)

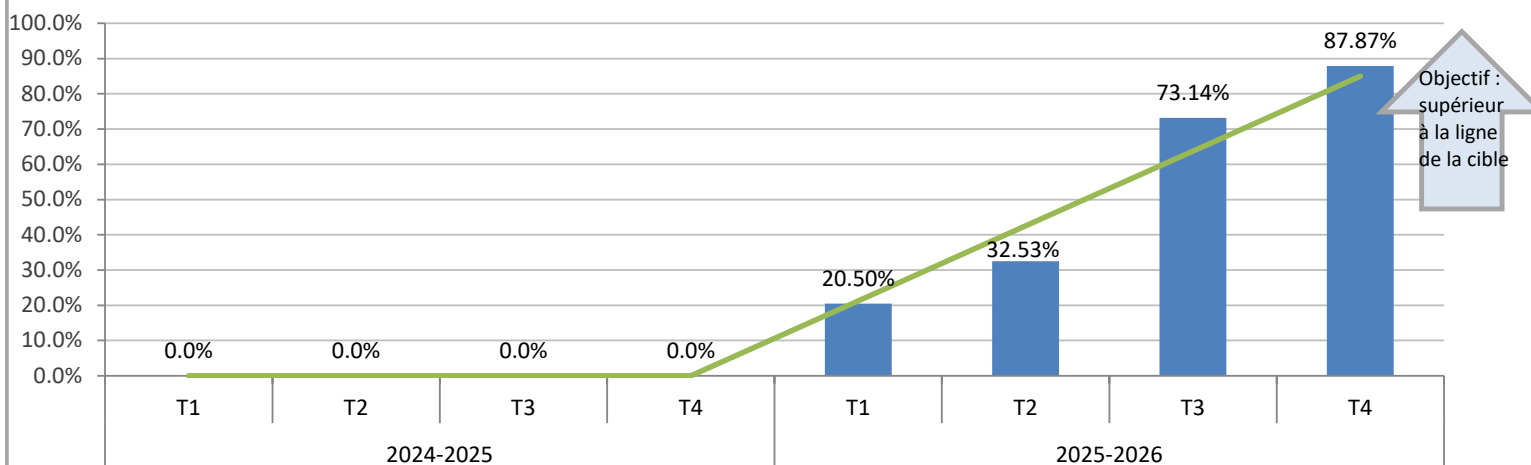
Renseignements sur la cible : Cible établie à l'interne à 21,25 % par trimestre (total annuel de 85 %), conformément à l'indicateur du PAQ.

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2024-2025				2025-2026			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de formation sur l'EDI (%)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	20.50%	32.53%	73.14%	87.87%
Point de référence (%)								
Cible (%)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	21.25%	42.50%	63.75%	85.00%

Formation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme

■ Taux de formation sur l'EDI (%) — Cible (%) - - - Point de référence (%)



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. Membres du personnel actif ayant suivi la formation sur l'EDI : 230
- T2** Cible non atteinte. Membres du personnel actif ayant suivi la formation sur l'EDI : 418
- T3** Cible atteinte. Membres du personnel actif ayant suivi la formation sur l'EDI : 956
- T4** Cible atteinte. Membres du personnel actif ayant suivi la formation sur l'EDI : 1 123

Plans d'amélioration :

- T1** Accent sur la promotion et l'importance de suivre le module de formation SGA pour tout le personnel.
- T2** Poursuite de la promotion de la formation sur l'EDI pour tout le personnel.
- T3** Cible atteinte. Poursuite de la promotion de la formation sur l'EDI.
- T4** Cible atteinte. Poursuite de la promotion de la formation sur l'EDI.

Gestionnaires responsables : directrice générale/directeur, Ressources humaines

OUR STRATEGIC DIRECTIONS



[Retour au tableau de bord](#)