



Vision : Des soins exceptionnels. Toujours.

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

Values : *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 (SU) – temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (TALH)	PAQ/CPT	V	V	V	V	
Visites répétées au SU pour un problème de santé mentale	PAQ/ERS-H/ERS-M	V	V	V	V	

L'INTÉGRATION						
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4	
Sommaire de congé envoyé aux soins primaires dans les 48 heures	PAQ	J	V	V	V	
Conformité au scannage des médicaments	PAQ	R	R	R	R	
Taux de bilans comparatifs des médicaments (BCM) au congé (POR)	PAQ/Agrément	J	V	J	J	

LES GENS						
Indicateur	Référence	T1	T2	T3	T4	
Prévention de la violence au travail – incidents	PAQ	J	V	R	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 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%	83%	50%	67%
% des indicateurs dans un intervalle de 10 % des cibles :	50%	0%	17%	17%
% des indicateurs inférieurs aux cibles :	17%	17%	33%	17%

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 SU – temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (TALH)

Orientation stratégique : LA REPRISE

Définition : Il s'agit d'un indicateur obligatoire du PAQ. L'indicateur est mesuré en heures au moyen du 90^e centile, ce qui représente l'intervalle entre la date et l'heure d'attribution d'un code d'état où le patient a quitté le Service d'urgence (SU) pour être admis dans un lit d'hospitalisation ou à la salle d'opération.

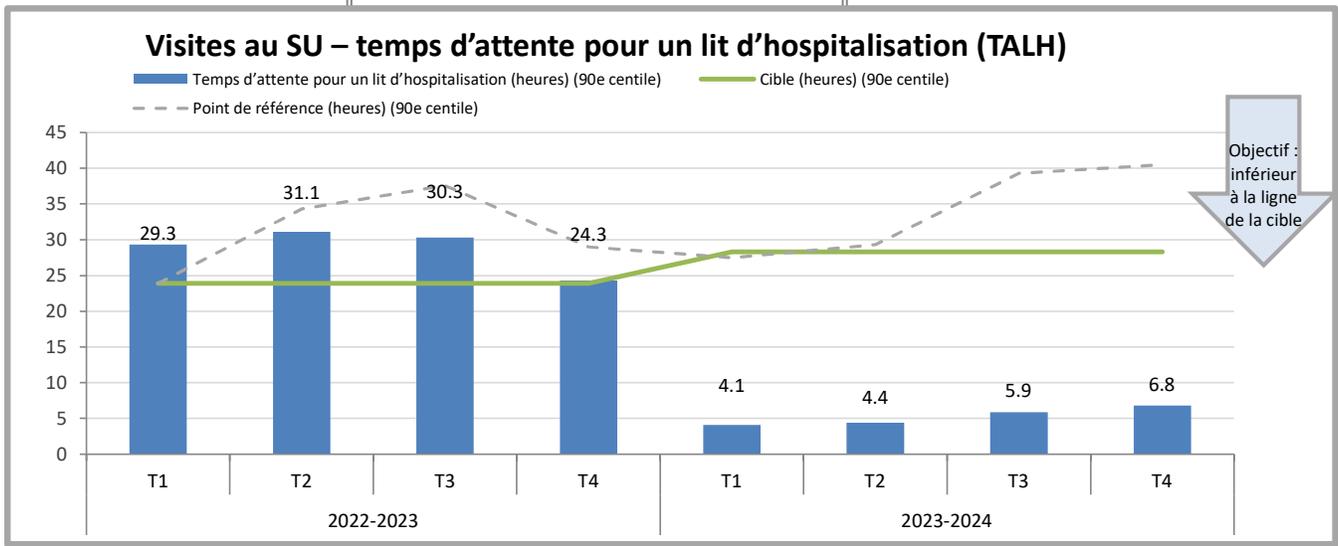
Importance : Le temps est un aspect essentiel de l'efficacité et des résultats en matière de soins aux patients, surtout à l'urgence. Combiné à d'autres indicateurs, il peut servir à surveiller le taux de roulement des lits et le temps total passé à l'urgence par les patients admis, dans le but d'améliorer l'efficacité et, ultimement, les résultats en matière de soins aux patients. Le 90^e centile de cet indicateur représente le maximum de temps passé au service d'urgence par 90 % des patients qui attendent d'avoir un lit d'hospitalisation ou d'entrer en salle d'opération.

Source des données : Anzer – SNISA

Renseignements sur la cible : Cible établie conformément à l'indicateur du PAQ.

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

	2022-2023				2023-2024			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Temps d'attente pour un lit d'hospitalisation (heures) (90 ^e centile)	29.3	31.1	30.3	24.3	4.1	4.4	5.9	6.8
Point de référence (heures) (90 ^e centile)	23.9	34.3	37.6	29.0	27.5	29.3	39.3	40.5
Cible (heures) (90 ^e centile)	23.9	23.9	23.9	23.9	28.3	28.3	28.3	28.3



Analyse du rendement :

- T1** Cible du T1 atteinte. L'acheminement au SU est un point permanent à l'ordre du jour pour notre groupe de travail du SU. Les processus du SU sont sans cesse suivis et des recommandations d'amélioration sont mises en œuvre par l'infirmière d'acheminement au SU.
- T2** Cible du T2 atteinte. Nous continuons à respecter la cible et l'analyse comparative de nos pairs.
- T3** Cible du T3 atteinte. Légère augmentation durant le T3, mais nous continuons à respecter la cible.
- T4** Cible du T4 atteinte. Augmentation au T4 comparativement au T3, mais le rendement demeure inférieur à la cible.

Plans d'amélioration :

- T1** Le groupe de travail du SU continue d'analyser l'acheminement au SU pour déceler de possibles améliorations. Nous continuons à collaborer étroitement avec l'acheminement des patients et les unités pour patients hospitalisés. Nous avons élargi la portée et accru les heures de disponibilité de l'infirmière d'acheminement au SU. Nous continuons à maximiser notre utilisation de directives médicales pour aider à réduire le temps passé au SU.
- T2** Le groupe de travail du SU continue d'analyser l'acheminement des patients au SU pour déceler de possibles améliorations. Nous continuons à collaborer étroitement avec l'acheminement des patients et les unités pour patients hospitalisés. Nous avons maintenu les heures de disponibilité de l'infirmière d'acheminement.
- T3** Le groupe de travail du SU continue d'analyser l'acheminement des patients au SU pour déceler de possibles améliorations. Nous continuons à collaborer étroitement avec l'acheminement des patients et les unités pour patients hospitalisés. Nous avons accru les heures de disponibilité de l'infirmière d'acheminement au SU.
- T4** Le groupe de travail du SU continue d'analyser l'acheminement des patients au SU pour déceler de possibles améliorations. Nous continuons à collaborer étroitement avec l'acheminement des patients et les unités pour patients hospitalisés. Nous avons accru les heures de disponibilité de l'infirmière d'acheminement au SU.

Indicateur : Visites répétées au SU pour un problème de santé mentale

Orientation stratégique : LA REPRISE

Définition : Pourcentage de visites répétées au SU (pour un problème de santé mentale ou d'abus de substances) à la suite d'une visite au SU pour un problème de santé mentale. La visite répétée doit avoir lieu dans les 30 jours de la consultation de référence (première visite). Cela est fondé sur le diagnostic principal (codes de santé mentale - ICD-10) et comprend seulement les cas de l'HCC.

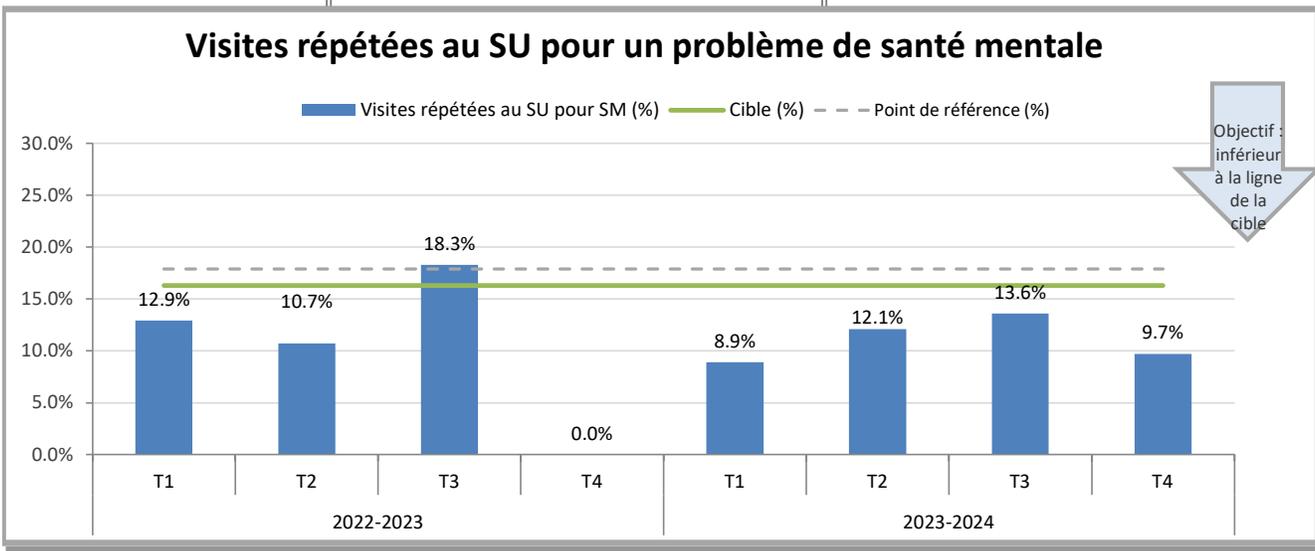
Importance : Les visites répétées au SU par les personnes ayant des problèmes de santé mentale contribuent au volume de visites à l'urgence et aux temps d'attente. Elles révèlent généralement un congé prématuré ou un manque de coordination avec les soins après la mise en congé. Étant donné la nature chronique de ces problèmes, l'accès à des services communautaires efficaces devrait réduire le nombre de visites répétées non prévues au SU. Cet indicateur vise à mesurer indirectement la disponibilité et la qualité des services communautaires destinés aux patients ayant des problèmes de santé mentale. Les investissements dans les services communautaires de santé mentale comme les services d'intervention et d'approche en situation d'urgence, les équipes de traitement communautaire intensif et la gestion de cas intensive visent à procurer un soutien qui permet aux personnes ayant un problème de santé mentale de vivre dans la collectivité (ACSM 2009; Chaque porte est la bonne porte, 2009). Cet indicateur appuie également l'établissement et l'amélioration futurs des données recueillies qui pourraient mesurer directement la qualité et la disponibilité des services communautaires de santé mentale, particulièrement en ce qui concerne les temps d'attente.

Source des données : Anzer – SNISA (Système national d'information sur les soins ambulatoires)

Renseignements sur la cible : Cible alignée sur l'ERS-H et l'ERS-M de 2018-2019.

Renseignements sur le point de référence : Fondés sur le T2 2017-2018 du RLISS de Champlain – résultats de l'annexe A tels qu'ils sont indiqués dans le deuxième rapport trimestriel 2017-2018 du RLISS de Champlain sur la mesure du rendement (janvier 2018).

	2022-2023				2023-2024			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Visites répétées au SU pour SM (%)	12.9%	10.7%	18.3%	n.d.	8.9%	12.1%	13.6%	9.7%
Point de référence (%)	17.9%	17.9%	17.9%	17.9%	17.9%	17.9%	17.9%	17.9%
Cible (%)	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%	16.3%

**Analyse du rendement :**

T1 Résultats du T1 non disponibles en raison du cyberincident et d'une défaillance de système (Anzer).

T2 Données du T2 disponibles pour le T1 et le T2. Les résultats du T1 montrent 271 visites de référence au SU et 24 visites répétées représentant 8,9 %, dans la cible suggérée. Les résultats du T2 montrent 265 visites de référence et 32 visites répétées représentant 12,1 %, dans la cible suggérée.

T3 Cible du T3 atteinte. Le T3 continue la tendance d'amélioration comparativement aux trimestres précédents, mais le rendement demeure inférieur à la cible.

T4 Cible du T4 atteinte. Total de visites de référence au T4 : 257. Total de visites répétées : 25.

Plans d'amélioration :

T1 Le logiciel d'Anzer a été rétabli. Des processus sont en place pour rétablir et soumettre les données accumulées du T1 et du T2.

T2 Le rendement respecte la cible. Nous continuerons à collaborer avec les travailleurs sociaux du SU, les services de santé mentale pour patients hospitalisés et les services de santé mentale en consultation externe pour maintenir et améliorer les visites répétées au SU pour un problème de santé mentale.

T3 Nous continuerons à collaborer avec les travailleurs sociaux du SU, les services de santé mentale pour patients hospitalisés et les services de santé mentale en consultation externe pour maintenir et améliorer les visites répétées au SU pour un problème de santé mentale.

T4 Nous continuerons à collaborer avec les travailleurs sociaux du SU, les services de santé mentale pour patients hospitalisés et les services de santé mentale en consultation externe pour maintenir et améliorer les visites répétées au SU pour un problème de santé mentale.

[Retour au tableau de bord](#)

Indicateur : Sommaires de congé (SC) envoyés par l'hôpital au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures de la mise en congé

Orientation stratégique : L'INTÉGRATION

Définition : 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.

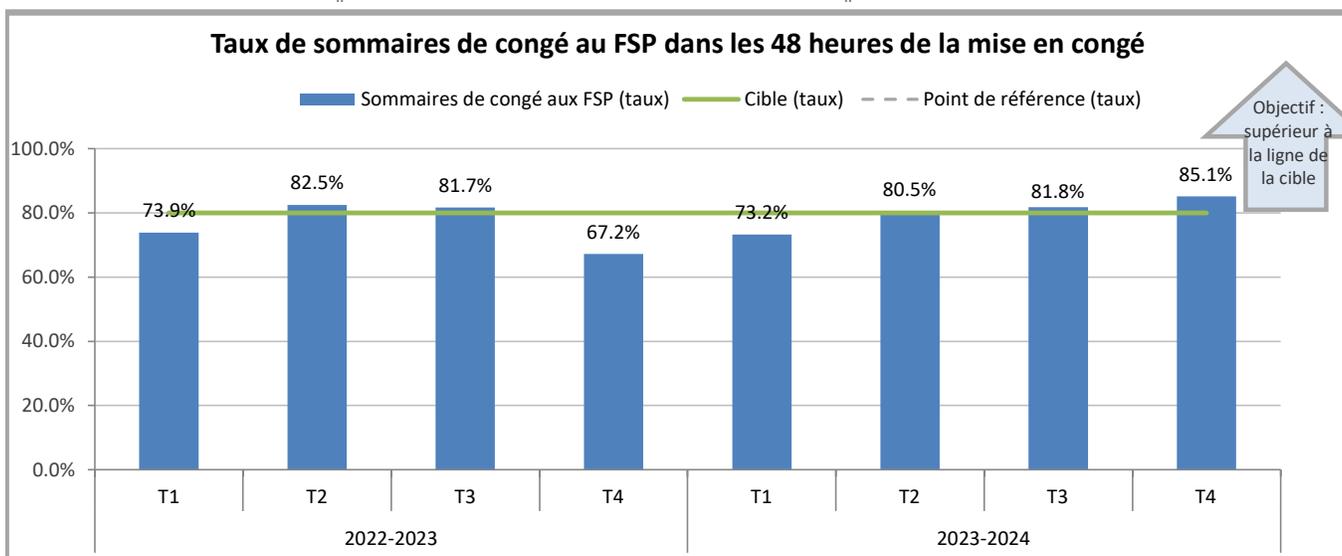
Importance : « Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs soins. Les transferts incomplets ou inexacts de renseignements, l'absence de suivi adéquat ou des erreurs de prescription au moment de la transition peuvent être très dangereux et poser des risques importants et évitables pour les patients. De plus, les répercussions de ces risques peuvent être accrues par les patients et les familles se croyant mal préparés pour gérer leurs soins et qui croient ne pas être en mesure d'accéder aux fournisseurs de soins de santé appropriés pour le suivi. »

Source des données : Cerner – Discern Analytics, dossier de santé électronique

Renseignements sur la cible : Cible établie à l'interne à 80 %, conformément à l'indicateur du PAQ

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2022-2023				2023-2024			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Sommaires de congé aux FSP (taux)	73.9%	82.5%	81.7%	67.2%	73.2%	80.5%	81.8%	85.1%
Point de référence (taux)								
Cible (taux)	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. L'absence d'accès VPN peut avoir contribué au niveau de rendement. Au total, il y a eu 1 339 congés applicables dont 980 ont eu lieu dans les 48 heures.
- T2** Cible atteinte. Au total, il y a eu 1 291 congés applicables dont 1 039 ont eu lieu dans les 48 heures.
- T3** Cible atteinte. Au total, il y a eu 1 294 congés applicables dont 1 059 ont eu lieu dans les 48 heures. Le T3 continue la tendance d'amélioration.
- T4** Cible atteinte. Au total, il y a eu 1 366 congés applicables dont 1 163 ont eu lieu dans les 48 heures.

Plans d'amélioration :

- T1** Encouragement des médecins à remplir sur place les documents obligatoires dans les 48 heures jusqu'à ce que le VPN soit accessible. Travail au rétablissement de l'accès à distance (à partir de la première semaine de septembre). Travail à la mise en place d'un nouvel outil (Power Chart Touch) devant permettre aux médecins de remplir les documents à distance d'une façon très pratique. Entrée en service prévue au T3.
- T2** Remise en service du VPN pour la plupart des médecins. Poursuite du suivi et de l'encouragement des médecins à remplir les documents obligatoires dans les 48 heures.
- T3** Power Chart Touch (application mobile Cerner) fonctionnelle pour les médecins. Nous évaluerons son utilisation à des fins de documentation et son effet sur ce paramètre. Les Services d'information sur la santé continueront à envoyer des courriels quotidiennement aux médecins ayant des sommaires de congé en attente dans les 48 heures du congé.
- T4** Nous continuons à travailler avec les Services d'information sur la santé pour encadrer les médecins et communiquer avec ceux devant remplir des sommaires de congé en attente.

Gestionnaires responsables : chef de l'information et de l'exploitation/gestionnaire, Services d'information sur la santé

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).

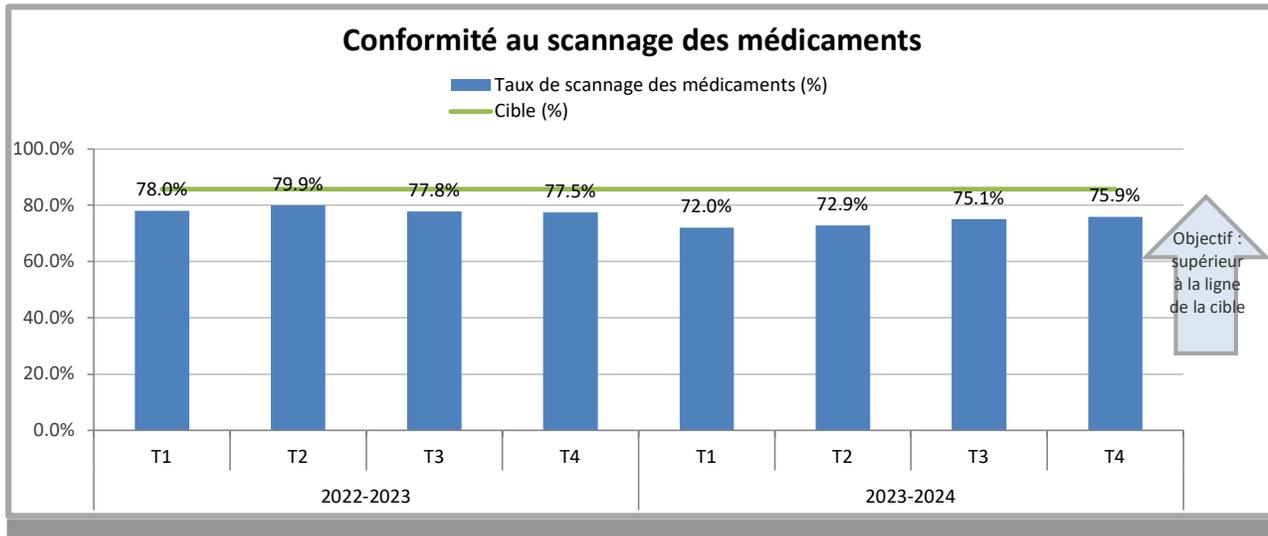
Importance : Les systèmes d'administration de médicaments par code à barres (AMCB) permettent de scanner les bracelets et la liste des médicaments à donner afin d'éviter des erreurs de médicaments. L'AMCB a permis de grandement réduire ce type d'erreurs et de diminuer les préjudices liés aux graves erreurs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

	2022-2023				2023-2024			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de scannage des médicaments (%)	78.0%	79.9%	77.8%	77.5%	72.0%	72.9%	75.1%	75.9%
Point de référence (%)								
Cible (%)	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%	85.7%



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte. Collecte d'autres données pour analyser le rendement.
- T2** Cible non atteinte. Tous les emplacements sont inférieurs à la cible.
- T3** Cible non atteinte. Toutes les unités de soins infirmiers continuent à baisser sous la cible, mais le taux de conformité continue de progresser dans la bonne direction.
- T4** Cible non atteinte. La plupart des unités de soins infirmiers demeurent sous la cible, mais le taux du T4 continue d'augmenter par rapport aux trimestres précédents.

Plans d'amélioration :

- T1** Au T1, on a évalué et approuvé les options d'annulation du scannage des médicaments d'après les pratiques exemplaires. Des activités d'information suivront. On évalue actuellement la technologie pour garantir qu'il n'y a pas de lacunes opérationnelles. Au T2, on prévoit interagir avec les utilisateurs finaux par l'entremise du Conseil d'informatique clinique pour comprendre davantage les écarts de conformité.
- T2** Au T2, une analyse du contexte aux points d'administration de médicaments a été menée et un plan a été mis en place pour veiller à ce que des scanners de médicaments soient disponibles où il y a actuellement des lacunes. On prévoit continuer à interagir avec les utilisateurs finaux dans le cadre des réunions internes pour comprendre davantage les écarts continus de conformité. Au T3, dans le bulletin de l'Informatique clinique, nous mettrons en relief l'importance de l'administration de médicaments en boucle fermée.
- T3** Au T3, on a souligné aux dirigeants cliniques l'importance du scannage des médicaments pour la sécurité des patients. Un résumé graphique a été conçu et distribué au sujet du scannage des médicaments et de ses conséquences pour la sécurité des patients. On a demandé aux gestionnaires cliniques de rencontrer le personnel pour examen. On travaille actuellement à l'amélioration des communications entre la pharmacie et l'Informatique clinique lorsque de nouveaux produits sont reçus ou que les codes à barres changent afin de s'assurer que les produits sont actualisés avant leur distribution aux unités cliniques.
- T4** Au T4, les équipes de l'Informatique clinique et de la pharmacie ont procédé à des essais et déterminé que les codes à barres des fournisseurs ont été mis à niveau pour inclure les numéros de lots et d'expiration. On a communiqué avec Oracle Cerner et un nouveau flux utilisant ces codes à barres sera testé d'ici à la fin mai.

Indicateur : Pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada –
Taux de bilans comparatifs des médicaments (BCM) au congé (POR)

Orientation stratégique : L'INTÉGRATION

Définition : Il s'agit d'un indicateur prioritaire. Le BCM aux points de transition des soins a été reconnu comme étant une pratique exemplaire et il constitue une POR pour l'obtention de l'agrément. Nombre total de patients sortants ayant obtenu un BCM, divisé par le total de patients sortants (excluant les transferts entre les établissements, les décès, les patients en attente d'un lit d'hospitalisation (SU), l'Unité des soins postanesthésiques (USP) ainsi que les patientes en obstétrique et les patients nouveau-nés).

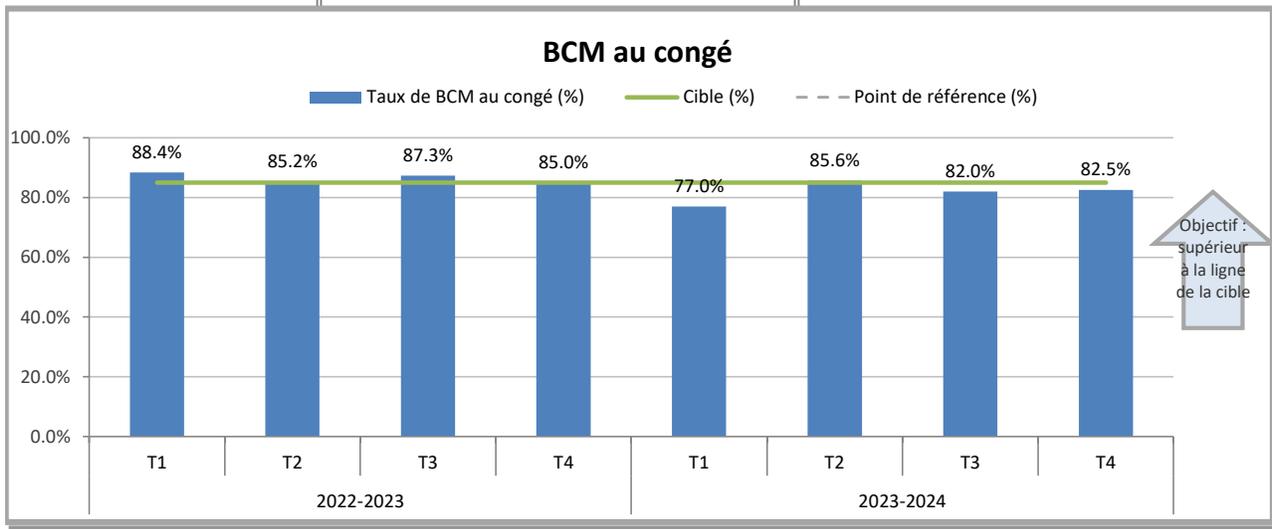
Importance : Le BCM est un processus formel au cours duquel les professionnels de la santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et les autres prestataires de soins de santé dans le but de s'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments sont systématiquement communiqués à travers les interfaces de soins. Le BCM nécessite une analyse systématique et exhaustive de tous les médicaments pris par les patients pour s'assurer que tous les médicaments ajoutés, modifiés ou cessés sont évalués attentivement. Il représente une des composantes de la gestion des médicaments et permettra de fournir les renseignements permettant aux prescripteurs de prendre des décisions adéquates pour le patient. (Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! La trousse En avant! Le bilan comparatif des médicaments en soins de courte durée, sept. 2011)

Source des données : Dossier de santé électronique Cerner

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

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2022-2023				2023-2024			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Taux de BCM au congé (%)	88.4%	85.2%	87.3%	85.0%	77.0%	85.6%	82.0%	82.5%
Point de référence (%)								
Cible (%)	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%



Analyse du rendement :

- T1** Cible non atteinte durant ce trimestre en raison des répercussions du cyberincident sur les résultats d'avril. Bien que les résultats soient 10 % inférieurs aux trimestres précédents, les résultats mensuels du T1 vont dans la bonne direction en avril (62,7 %), mai (81 %) et juin (85,3 %).
- T2** Cible atteinte dans l'ensemble. Tous les emplacements respectent la cible, sauf les Services de santé pour les femmes et les enfants (SSFE) au niveau 6 (70 %) et les Services chirurgicaux au niveau 2 (78 %).
- T3** Cible non atteinte. Les résultats mensuels sont dans un intervalle de 5 % d'atteindre la cible et la tendance d'amélioration se poursuit chaque mois.
- T4** Cible non atteinte. La plupart des unités respectent la cible. Le niveau 6 Sud (46,5 %) et le niveau 6 de pédiatrie des SSFE (5,9 %) sont des facteurs contribuant au fait que la cible n'est pas atteinte.

Plans d'amélioration :

- T1** Secteurs ciblés durant le trimestre : l'Unité de chirurgie pour patients hospitalisés et les SSFE. Le gestionnaire de l'Unité de chirurgie pour patients hospitalisés traitera de son taux de BCM au congé lors de la réunion du 12 septembre 2023 du Comité des salles d'opération. De plus, la question sera soumise au chef du service de chirurgie et dans l'espoir de trouver des occasions en compagnie du groupe. Cette unité et les SSFE se pencheront sur les données sur les BCM incomplets au congé pour déterminer les tendances et les occasions d'amélioration.
- T2** Au T2, les Services chirurgicaux (niveau 2) et les SSFE (niveau 6) demeurent inférieurs à la cible pour le trimestre. Poursuite du travail en compagnie des unités sous la cible à des fins d'information sur l'importance de bien faire les BCM au congé. Nous prévoyons continuer à interagir avec les principaux fournisseurs de soins dans le cadre de réunions et d'échanges pour comprendre davantage les écarts de conformité existants et déterminer des stratégies d'amélioration pour le prochain trimestre.
- T3** Dans le cas des unités qui sont inférieures à la cible, les chefs de département obtiendront des BCM au congé pour identifier les occasions et les obstacles à l'achèvement.
- T4** Nous continuons à travailler avec les services dont le rendement est inférieur à la cible. Les chefs de service reçoivent des BCM au congé pour identifier les occasions et les obstacles à l'achèvement.

Indicateur : Prévention de la violence au travail – incidents signalés

Orientation stratégique : LES GENS

Définition : Il s'agit d'un indicateur obligatoire du PAQ. Nombre d'incidents de violence au travail signalés par des travailleurs du milieu hospitalier (selon la définition de la Loi sur la santé et la sécurité au travail) durant une période de 12 mois. La directive d'amélioration est axée sur l'établissement d'une culture de signalement afin d'accroître le nombre d'incidents signalés.

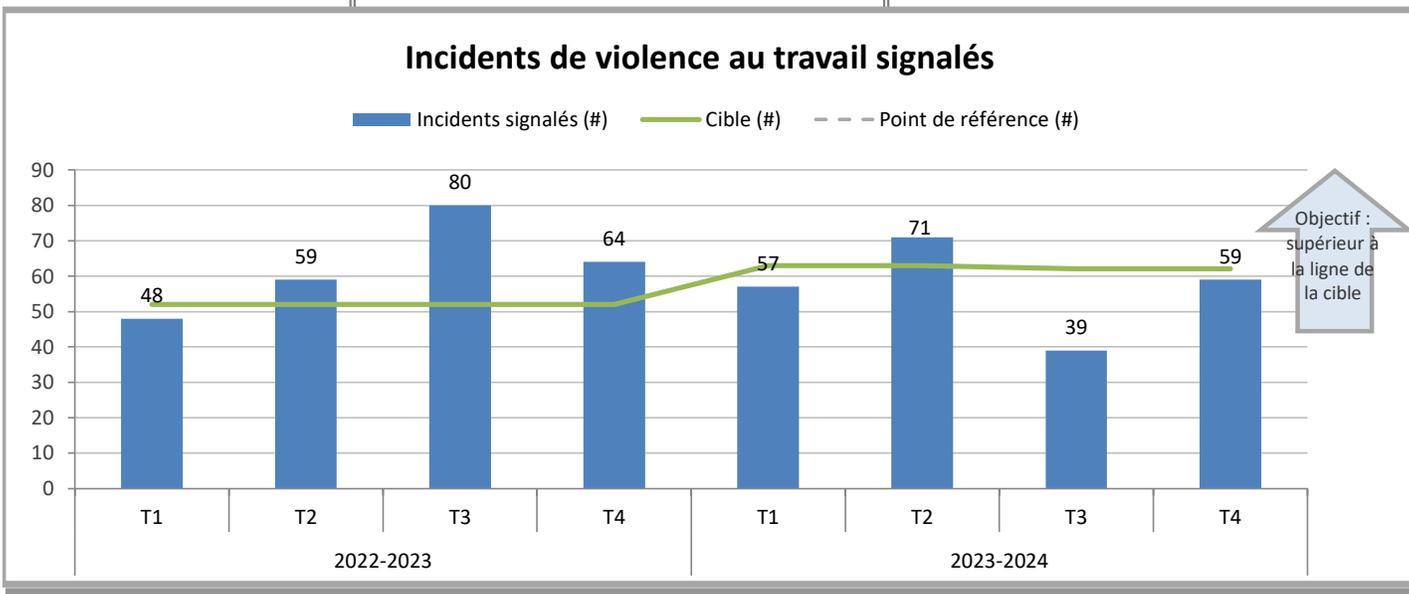
Importance : Selon la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, la violence au travail est l'emploi par une personne contre un travailleur, dans un lieu de travail, d'une force physique qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice corporel. Il s'agit d'un risque professionnel de plus en plus sérieux. Comme les autres blessures, celles qui découlent de la violence sont évitables. Le signalement de tous les incidents vise à déterminer les priorités d'intervention afin de réduire les risques.

Source des données : RL Solution – Système de gestion des incidents

Renseignements sur la cible : Cible établie à l'interne à 62,5 par trimestre (total annuel de 250), conformément à l'indicateur du PAQ.

Renseignements sur le point de référence : n.d.

	2022-2023				2023-2024			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Incidents signalés (#)	48	59	80	64	57	71	39	59
Point de référence (#)								
Cible (#)	52	52	52	52	63	63	62	62



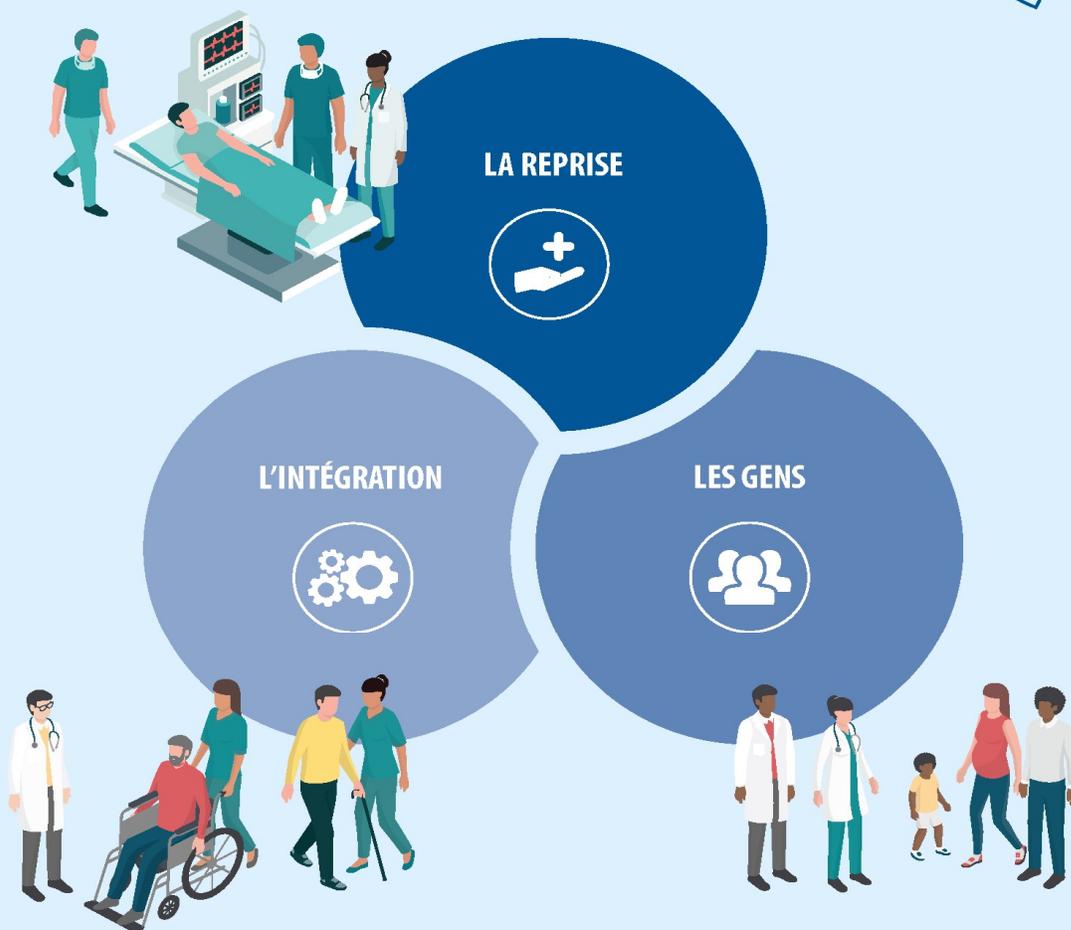
Analyse du rendement :

- T1** Résultats légèrement inférieurs à la cible durant le trimestre, soit 57 incidents signalés en raison du cyberincident et l'absence de RL Solution.
- T2** Cible atteinte.
- T3** Cible non atteinte. Les mois d'octobre (7 incidents) et de décembre (5 incidents) durant lesquels le nombre d'incidents signalés a été le plus faible contribuent au fait que la cible n'est pas atteinte au T3.
- T4** Cible non atteinte. Des 59 incidents signalés au T4, 6 l'ont été tard pour le T3 et 53 concernaient le T4; 19 incidents ont eu lieu dans l'Unité de médecine, le taux d'incidence étant de 35 %.

Plans d'amélioration :

- T1** Poursuite du travail lié à la reprise avec RL Solution. Le Sous-comité sur la violence et le harcèlement du Comité mixte sur la santé et la sécurité au travail se réunira en septembre pour programmer des activités d'information et de sensibilisation lors des réunions internes des équipes des services, qui ont trait au signalement de la violence. Nous revoyons actuellement le processus concernant les codes blancs pour trouver des occasions de signalement d'améliorations.
- T2** Poursuite de la stratégie actuelle.
- T3** Nombre de signalements inférieurs à la cible, surtout parce qu'il faut le faire manuellement tandis que le système RL Solution est reconstruit.
- T4** Poursuite de la stratégie actuelle pendant la reconstruction du système électronique de déclaration des incidents.

NOS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES



[Retour au tableau de bord](#)