

AVIS DE RÉUNION **PROCÈS-VERBAL**

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 26 septembre 2017 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : salle de l'Auberge, local 12 Tracadie : salle du conseil CHR : salle H1067	(Gilles, Claire) (Gisèle, Anne, Lucie) (Michelyne, Janie, Dre LeBlanc) (Norma) (Jacques, Caroline)
Présidente :	Norma McGraw		
Secrétaire :	Lucie Francoeur		
Participants			
Norma McGraw Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu	Michelyne Paulin Janie Levesque Dre Nicole LeBlanc	Claire Savoie Anne Soucie Nicole Frigault	
ORDRE DU JOUR			Documents
1. Ouverture de la réunion			
2. Déclaration de conflits d'intérêts			
3. Adoption de l'ordre du jour		D	✓
4. Adoption du procès-verbal du 1^{er} juin 2017		D	✓
5. Suivis de la dernière réunion du 1^{er} juin 2017			
6. Affaires nouvelles			
6.1 Plan de transformation au Centre hospitalier Restigouche (Invités : Jacques Duclos et Caroline Drolet)		D	✓
6.2 Mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité		I	✓
6.3 Plan de travail 2017-18		D	✓
6.4 Résultats – Visite d'Agrément 2017		I	✓
6.5 Nomination – Membre clinique régulier au Comité d'éthique de la recherche		D	✓
7. Rapports			
7.1 Expérience des patients hospitalisés Q1		I	✓
7.2 Plaintes Q1		I	✓
7.3 Incidents Q1		I	✓
8. Affaires permanentes			
8.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (juillet 2017)		I	✓
9. Date de la prochaine réunion : 21 novembre 2017 à 08:30			
10. Levée de la réunion			

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

(ÉBAUCHE)

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 1^{er} juin 2017 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : salle 4D	(Gilles, Claire) (Gisèle, Lucie) (Michelyne, Chantal, Jean-Marie, Anne)
Présidente : Secrétaire :	Anne Soucie Lucie Francoeur	Jabber : Téléconférence :	(Dre LeBlanc) (Denis)
Participants			
Anne Soucie ✓	Chantal Saumure ✓	Claire Savoie ✓	
Gilles Lanteigne ✓	Linda Sunderland A	Jean-Marie Nadeau ✓	
Gisèle Beaulieu ✓	Dre Nicole LeBlanc ✓	Denis Pelletier ✓	
Michelyne Paulin ✓			
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte par Anne Soucie à 08:30.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017-06-01 / 01SCGQS**

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

4. Adoption du procès-verbal du 16 mars 2017**MOTION 2017-06-01 / 02SCGQS**

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 16 mars 2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

5. Suivis de la dernière réunion du 16 mars 2017**5.1 Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients – critères spécifiques au niveau de la langue**

Des démarches ont été effectuées auprès d'Agrément Canada pour obtenir de l'information sur le développement de critères spécifiques au niveau la langue. Ceux-ci disent avoir eu des discussions avec la Société santé en français, puis il semble que des outils d'évaluation de l'offre de service seront disponibles bientôt pour la gouvernance et le leadership. Ils seront utilisés comme outil complémentaire à l'évaluation de l'offre de service. Agrément Canada publiera un communiqué de presse à cet égard.

Pour faire suite à une demande, un exemplaire des sondages d'expérience patient sera partagé aux membres à titre d'information.

6. Rapports

6.1 Rapport annuel de la Qualité, performance et bénévoles 2016-2017

Le rapport annuel de la Qualité, performance et bénévoles 2016-2017 constitue un bilan des réalisations des activités du secteur de la qualité, de la performance et des bénévoles en lien avec l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des patients au sein du Réseau. Gisèle Beaulieu commente brièvement le contenu du rapport. Les grands dossiers de travail réalisés sont :

- les activités préparatoires à la visite d'Agrément ;
- le bilan comparatif des médicaments (BCM) ;
- le cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients ;
- le cadre de référence sur l'expérience clientèle ;
- le programme de prévention des chutes ;
- les activités de la semaine de sécurité des patients ;
- la révision des sondages de satisfaction de l'expérience clientèle ;
- l'examen des plaintes ;
- les revues d'évènements et sentinelles.

L'équipe des bénévoles s'est ajoutée au directeur de la qualité et de la performance dans le cadre de la nouvelle structure organisationnelle en mars 2016. Ces équipes dynamiques sont très engagées à la réalisation du mandat du Réseau, mais plus particulièrement dans l'amélioration du confort et du mieux-être lors d'une hospitalisation ou d'une visite en milieu ambulatoire.

Le secteur d'amélioration de la performance et du bureau de projets continue d'appuyer l'Équipe de leadership et les directeurs dans les efforts d'amélioration de la performance dans l'exécution de divers projets en lien avec le plan opérationnel. Ses effectifs sont composés d'un gestionnaire et de consultants en amélioration de la performance ayant tous la désignation de Ceinture noire – Lean Management ou de Ceinture noire – Lean 6 Sigma ainsi qu'une coordonnatrice du bureau de projets.

Dans la prochaine année, nous mettrons l'emphase sur le déploiement et la formation sur l'approche centrée sur les patients et la famille, ainsi que sur le cadre de référence de l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients. Nous poursuivrons également la démarche d'Agrément suite à la réception du rapport.

Le rapport annuel de la prochaine année évoluera vers un bilan des réalisations en lien avec les objectifs organisationnelles et le plan qualité et la sécurité des patients du Réseau.

6.2 Rapport annuel du Bureau de l'éthique 2016-2017

Dans le cadre de la réorganisation administrative et de la vision de standardiser les processus, le mode de fonctionnement de certains comités a été évalué. Par ailleurs, le Réseau a maintenant un seul Comité d'éthique clinique régional et une première rencontre s'est tenue hier. Une consultante en éthique est responsable des demandes de consultation pour l'ensemble du Réseau.

Le Comité d'éthique de la recherche a tenu onze réunions régulières durant la dernière année. Il y a eu une hausse des demandes d'évaluation de projets de recherche, depuis quelques années, tant au niveau des essais cliniques que des projets de recherche appliquée. Pour l'instant, la majorité des essais cliniques sont réalisés en oncologie, et ce, à Moncton. Au total, 138 projets sont actifs et en cours.

Plusieurs sessions de formation ont été offertes à l'ensemble des employés de même qu'aux membres du Conseil d'administration en lien avec l'éthique. Le travail se continue de ce côté avec le développement du module E-apprentissage en éthique.

L'éthique organisationnelle est un dossier important et est en cours de développement. Le code d'éthique du Réseau est en processus de révision. La politique du code d'éthique a été révisée et sera soumise pour approbation en juin 2017.

6.3 Rapport annuel sur la satisfaction des patients internes 2016-2017

Le taux régional de participation au sondage est 18 % pour l'année financière 2016-2017, comparativement à 21 % pour la même période de l'année précédente. La majorité des questions ont

eu un taux de satisfaction (excellent et bon) supérieur à la cible de 90 %. La cible visée est 20 %. Seules les questions en lien avec les repas (71 %) et la tranquillité (87 %) n'ont pas atteint la cible.

Les rapports sont disponibles sur une base trimestrielle permettant ainsi aux équipes de mieux préparer les stratégies d'amélioration, d'en faire la mise en œuvre et d'analyser les résultats.

Le sondage des patients hospitalisés a été révisé pour refléter les questions du sondage du Conseil de la Santé du N.-B. (CSNB), qui est basé sur le sondage national développé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

6.4 Rapport annuel sur les plaintes 2016-2017

Le rapport comprend les données sur les plaintes pour l'année financière 2016-2017, ainsi que les données comparatives pour l'année 2015-2016. Un résumé des tendances et des pistes d'action prises au cours de cette période est partagé aux membres. Le total de plainte reçu cette année a demeuré sensiblement le même que l'an dernier, soit 589. De façon générale, la répartition des plaintes est semblable d'une zone à l'autre.

Nous notons une diminution au niveau des plaintes en lien avec l'air/eau. Cette diminution est en lien avec les plaintes liées aux personnes qui fument à l'entrée des établissements qui sont à la baisse depuis la mise en œuvre de la politique sur les environnements sans fumée.

Durant la prochaine année, une formation sera développée sur la gestion des plaintes/préoccupations afin d'outiller le personnel de première ligne et les gestionnaires à gérer les plaintes au point de service.

6.5 Rapport des dossiers litigieux

Un rapport sommaire des litiges et réclamations en cours est présenté. Le secteur de la Gestion des risques est impliqué dès le début lorsque la source du litige se retrouve dans un incident rapporté par le biais du système en place au Réseau.

Nous constatons que la majorité des litiges se retrouvent dans la catégorie «Traitement-Analyse-Procédure». Ceux-ci sont principalement des allégations de délais de chirurgie, mauvais diagnostic, complications, omissions de traitements et de négligences relatives aux soins reçus. Notre assureur (HIROC) est toujours avisé peu importe la source et c'est ce dernier qui assigne un avocat. Ensuite, le travail de préparation est entrepris avec l'avocat tel l'envoi de documents, discussions et coordination d'entrevues des personnes impliquées.

Nous sommes en train de voir avec notre assureur (HIROC) s'il y a possibilité qu'il nous achemine le rapport des réclamations en français.

6.6 Rapport – Gestion des risques

Gisèle Beaulieu présente le bilan de la dernière année des incidents signalés ainsi que les alertes et rappels reçus et pour lesquels le secteur de la Gestion des risques a assuré un suivi. Nous notons une augmentation des incidents signalés pour l'année 2016-2017 comparativement à l'année 2015-2016. En outre, le Réseau favorise le signalement des incidents par une culture juste et non punitive.

Du taux global des incidents signalés, 10 % sont des incidents évités de justesse. Nous remarquons un taux plus prononcé à la zone 4 où des efforts de bonifier le processus à suivre pour rapporter les incidents évités de justesse se sont montrés positifs.

Le nombre de chutes dans le Réseau varie peu depuis trois ans, puis les chutes graves sont aussi à la baisse. Par contre, le nombre d'incidents reliés aux médicaments est en augmentation depuis trois ans.

Chaque incident est analysé par le secteur concerné et des améliorations sont apportées, afin de mitiger les risques ou les éviter contribuant ainsi à l'amélioration des soins de santé.

Durant la prochaine année, le Réseau fera l'acquisition d'un nouveau logiciel pour la gestion des incidents, ce qui permettra d'influencer la culture de façon positive au signalement des incidents dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients.

6.7 Rapport – Mesures d'urgence

La gestion efficace des urgences en santé exige une intervention organisée, dirigée par les autorités pertinentes et mise en œuvre par des membres du personnel qualifié et compétent et celle-ci s'inscrit dans une perspective de gestion intégrée des risques au niveau de l'organisation. Gisèle Beaulieu commente quelques activités qui ont touché les mesures d'urgence de l'organisation durant la dernière année :

- le développement et mise en œuvre de diverses politiques tant au niveau des exercices d'incendie qu'à différentes politiques liées aux codes d'urgence ;
- la mise à jour et l'approbation du mandat du Comité régional des mesures d'urgence, d'ailleurs il est prévu que ce comité soit activé bientôt ;
- l'amélioration du système d'administrateurs en disponibilité dans l'ensemble du Réseau ;
- l'établissement d'un lien entre le code blanc et l'implication au Comité régional de prévention de la violence au travail ;
- la participation au centre d'opérations d'urgence de la ville de Moncton pour la gestion de l'arrivée et l'installation des réfugiés syriens.

Deux nouveaux codes d'urgence ont été révisés dans l'ensemble des établissements et points de service du Réseau en 2016-2017, soit le code noir (menace) et le code jaune (personne disparue). Le développement des autres codes se poursuit.

Une revue après actions a eu lieu suite à la crise du verglas qui a sévi, entre le 25 janvier et le 2 février 2017, et a permis d'obtenir des éléments positifs, négatifs ainsi que des recommandations aux fins d'améliorations. Les suivis sont en cours.

Un plan de continuité des opérations est en voie de développement depuis quelques mois, afin de répondre aux normes d'agrément. La mise en œuvre est prévue au cours de l'année 2017-2018.

6.8 Rapport – Prévention et contrôle des infections

Un sommaire des initiatives effectuées touchant la prévention et contrôle des infections au sein du Réseau est présenté aux membres à titre d'information.

- Un programme régional de prévention et contrôle des infections a été élaboré et approuvé dans la dernière année. Le programme assure le suivi aux recommandations du vérificateur général ainsi qu'aux exigences normatives d'agrément.
- Le taux de conformité d'hygiène des mains s'est amélioré au cours de la dernière année dans certaines zones et des défis ont été notés dans d'autres zones. La conformité varie de 68% à 95% par trimestre.
- L'équipe de coordination régionale de la prévention et contrôle des infections a continué à travailler en vue de corriger les non-conformités identifiées dans le Rapport du vérificateur général en 2015.
- Les taux d'infection nosocomiale des trois organismes résistants aux antibiotiques sous surveillantes soient : le SARM (staphylocoque résistant à la méthicilline), l'ERV (entérocoque résistant à la vancomycine) et le Clostridium difficile ont diminué en deçà des cibles établies pour 2016-2017.
- Il y a eu beaucoup de travail effectué en préparation à la visite d'agrément.

Durant la prochaine année, le mandat du Comité régional de prévention et de contrôle des infections sera actualisé.

Réunion conjointe avec le Comité des finances et de vérification et le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

7. Affaires permanentes

7.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2017)

Invitée : Mireille Lanouette

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel.

Un seul indicateur termine au-delà de la cible au niveau du tableau de bord stratégique, soit le nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus. Malgré que nous ayons beaucoup d'indicateurs inférieurs à la cible, nous pouvons constater une amélioration continue en ce

qui a trait aux chirurgies en attente de plus de 12 mois. Nous avons atteint un total de 274 chirurgies à la fin mars comparativement à 667 pour la même période l'an dernier. Plusieurs initiatives ont été mises en place puis les efforts ont donné des résultats avantageux.

Deux indicateurs financiers terminent l'année sous la cible, soit le coût par jour patient et le coût par jour repas. Alain Béchard explique brièvement les différents éléments considérés dans ces deux indicateurs, entre autres l'inflation du prix des aliments et les inventaires exhaustifs dans certaines zones.

En ce qui concerne le tableau de bord opérationnel, tous les indicateurs de qualité performant à l'intérieur ou mieux que leur cible sauf celui sur le taux de césariennes à faible risque. Une équipe de travail examine actuellement des stratégies d'amélioration à mettre en place pour améliorer le taux de conformité.

Nous notons une augmentation de 28 % du nombre de griefs comparativement à l'année précédente. Un membre questionne la raison de cette augmentation et la nature de ces griefs. Mireille Lanouette validera cette information et acheminera un suivi aux membres à cet égard.

Il semble que les données reliées au taux de conformité dans les appréciations de rendement ne sont pas exactes. Mireille Lanouette validera ces informations avec le Secteur des ressources humaines.

Tous les résultats des indicateurs sous le volet des activités sont à l'intérieur de la cible.

8. Date de la prochaine réunion : la prochaine réunion sera convoquée en temps et lieu.

9. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Claire Savoie à 10:20.

Anne Soucie
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux

Plan de transformation au Centre hospitalier Restigouche
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 6.1
Date : le 26 septembre 2017

Décision recherchée

- Soutien du comité de la qualité du CA dans la démarche actuelle de modernisation du modèle de soins.

Contexte / Problématique

- Deux experts externes ont déposé des rapports en lien avec les pratiques cliniques et la qualité des soins aux patients au CHR.
- Plus précisément, l'une des recommandations était d'implanter un modèle de soins et de services interdisciplinaires orienté sur la réadaptation et le rétablissement.
- L'objectif étant de s'éloigner d'une approche asilaire, vers un modèle davantage axé sur le rétablissement.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Ce nouveau modèle de soins vise à évaluer de façon continue le potentiel de retour dans la communauté de chaque patient.
- Actuellement les durées de séjour des patients sont bien au-delà des normes. Certains patients y sont depuis de nombreuses années.
- Ceci s'inscrit dans notre planification stratégique d'identifier des alternatives à l'hospitalisation.
- Une restructuration de l'équipe de gestion medico-nursing vers une gestion interdisciplinaire est présentement en cours. Ce qui implique une désyndicalisation des gestionnaires.
- Ce nouveau modèle de soins s'inscrit également dans une révision du mandat du CHR vers un centre d'excellence en réadaptation et traitement pour la psychiatrie tertiaire et légale.
- Le nouveau modèle propose une gestion par programme répondant aux besoins des différentes clientèles, plutôt qu'une gestion par unité.

Considérations importantes

- Les modèles de soins dans les établissements comparables au Canada ont grandement évolués.
- Le modèle interdisciplinaire proposé se base sur de meilleures pratiques. Chaque programmation clinique s'inspire du National Institute for Health Care and Excellence (NICE) et contient des éléments mesurables pour le contrôle de la qualité.
- Ce modèle favorisera les partenariats et l'intégration du continuum de soins pour cette clientèle.
- Ce changement représente des enjeux importants pour la profession infirmière à l'intérieur de l'établissement.
- Les médecins psychiatres doivent s'engager vers ce changement et s'appliquer vers les nouvelles normes cliniques pour les patients.
- Le ministère de la Santé est constamment mis à jour sur le cheminement du CHR vers sa modernisation.
- Un montant variant entre \$400 000 et \$500 000 sera nécessaire pendant la période de transition.

-
- À long terme, le modèle devrait s'autofinancer avec un redéploiement des ressources.
 - Une stratégie de recrutement de différents professionnels devra être mise en place et soutenue.

Impacts	Négligeables	Modérés	Significatifs
Éthique			X
Qualité et sécurité			X
Partenariats			X
Gestion des risques			X
Allocation des ressources			X

Suivi à la décision

- Nouveau modèle interdisciplinaire et équipe de gestion renouvelée.
- Programmation et regroupement clinique selon les besoins de la clientèle.

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité accepte le plan de transformation au Centre hospitalier Restigouche tel que présenté.

Adoption

Soumis le 19 septembre 2017 par Jacques Duclos, VP – Services communautaires et Santé mentale

Plan de transformation au CHR

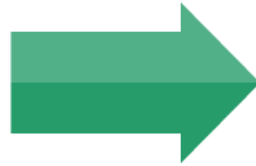
Présenté au
conseil d'administration
le 17 octobre 2017



Fondation



Plan clinique



Formation



Lancement



Suivi

• Révision du mandat

Centre d'excellence en évaluation, traitement et réhabilitation psychosociale
- services spécialisés et interdisciplinaires
- psychiatrie
- développement des connaissances
- évaluation et participation sociale des personnes
- enseignement médical et professionnel
- recherche

• Programmation

- Troubles psychotiques
- Troubles de spectre de l'autisme
- Troubles psychiatriques
- Troubles graves du comportement
- Troubles sociaux de personnes âgées
- Spécialisation des soins
NICE 2017/2018...

• Philosophie de soins

Hierarchiquement
Réguler, écouter et reconnaître

• Modèle de soins

Modèle de soins centrés sur le patient
- Interdisciplinarité
- Leadership du client

• Vision qualité

En conformité avec la mission de Réseau de santé Vitalité
- Culture qualité
- Respect des valeurs essentielles et éthiques
- Pratiques de travailles professionnelles
- Standards de qualité clinique
- Standards d'ambiances cliniques

Plan de transformation au CHR

Présenté au
conseil d'administration
le 17 octobre 2017



• Révision du mandat

- Centre d'excellence en évaluation, traitement et réhabilitation psychosociale
- services spécialisés et ultra-spécialisés
- psychiatrie
- développement des connaissances
- intégration et participation sociale des personnes
- engagement médical et professionnel
- recherche

• Programmation

- Troubles psychotiques
- Troubles de l'humeur
- Transition psychiatrique
- Troubles graves de comportement
- Troubles sévères de personnalité
- Consolidation des soins

NICE (2014)...

• Philosophie de soins

Multidimensionnel

Risque, bien-être et réactivité



• Modèle de soins

Modèle de soins en laboratoire

- Interdisciplinarité
- Leadership du client



• Révision du mandat

- Centre d'excellence en évaluation, traitement et réadaptation psychosociale
- services spécialisés et ultraspécialisés
 - psycholégal
 - développement des connaissances
 - intégration et participation sociale des personnes
 - enseignement médical et professionnel
 - recherche

• Programmation

- Troubles psychotiques
- Transition psycholégale
- Troubles sévères de personnalité
- Trouble du spectre de l'autisme
- Trouble grave du comportement
- Consolidation des acquis

NICE (2017) (1)

• Philosophie de soins

Rétablissement



Risques, besoins et réceptivité



• Modèle de soins

Modèle de soins collaboratifs

- Interdisciplinarité
- Leadership du client



• Vision qualité

- En cohérence avec la mission du Réseau de santé Vitalité
- Équipe qualité
 - Recommandations expertise externe et agrément
 - Normes de pratiques professionnelles
 - Standards de qualité clinique
 - Standards d'amélioration continue

Révision du mandat

Centre d'excellence en évaluation, traitement et réadaptation psychosociale

- services spécialisés et ultraspécialisés
- psycholégal
- développement des connaissances
- intégration et participation sociale des personnes
- enseignement médical et professionnel
- recherche

Philosophie de soins

Rétablissement



Risques, besoins et réceptivité




Modèle de soins

Modèle de soins collaboratifs

- Interdisciplinarité
- Leadership du client

AIMS CENTER

Advancing Integrated
Mental Health Solutions

 UNIVERSITY OF WASHINGTON, PSYCHIATRY & BEHAVIORAL SCIENCES
DIVISION OF POPULATION HEALTH

Vision qualité

En cohérence avec la mission du Réseau de santé Vitalité

- Équipe qualité
- Recommandations expertise externe et agrément
- Normes de pratiques professionnelles
- Standards de qualité clinique
- Standards d'amélioration continue

• Révision du mandat

Centre d'excellence en évaluation, traitement et réadaptation psychosociale

- services spécialisés et ultraspécialisés
- psycholégal
- développement des connaissances
- Intégration et participation sociale des personnes
- enseignement médical et professionnel
- recherche

• Programmation

- Troubles psychotiques
- Trouble du spectre de l'autisme
- Transition psycholégale
- Trouble grave du comportement
- Troubles sévères de personnalité
- Consolidation des acquis

NICE Institut national de la santé et de la recherche médicale

• Philosophie de soins

Rétablissement



Risques, besoins et réceptivité



• Modèle de soins

Modèle de soins collaboratifs

- Interdisciplinarité
- Leadership du client

AIMS CENTER
Alliance pour l'innovation
dans les soins de santé

• Vision qualité

En cohérence avec la mission du Réseau de santé Vitalité

- Équipe qualité
- Recommandations expertise externe et agrément
- Normes de pratiques professionnelles
- Standards de qualité clinique
- Standards d'amélioration continue

Programmation

- Troubles psychotiques
- Transition psycholégale
- Troubles sévères de personnalité
- Trouble du spectre de l'autisme
- Trouble grave du comportement
- Consolidation des acquis

Plan de transformation au CHR

Présenté au
conseil d'administration
le 17 octobre 2017



Fondation



Plan clinique



Formation



Lancement



Suivi

• Révision du mandat

Centre d'excellence en évaluation, traitement et réhabilitation psychosociale
- services spécialisés et interdisciplinaires
- psychiatrie
- développement des connaissances
- évaluation et participation sociale des personnes
- enseignement médical et professionnel
- recherche

• Programmation

- Troubles psychotiques
- Troubles de spectre de l'autisme
- Troubles psychiatriques
- Troubles graves du comportement
- Troubles sociaux de personnes âgées
- Spécialisation des soins
NICE 2017/2018...

• Philosophie de soins

Hiérarchiquement
Réguler, écouter et reconnaître

• Modèle de soins

Modèle de soins centrés sur le patient
- Interdisciplinarité
- Leadership du client

• Vision qualité

En conformité avec la mission de Réseau de santé Vitalité
- Culture qualité
- Respect des valeurs essentielles et éthiques
- Pratiques de travailles professionnelles
- Standards de qualité clinique
- Standards d'ambiances cliniques

Note couverture

Réunion du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 26 septembre 2017

Objet : Plan de travail 2017-18

Un plan de travail 2017-18 est proposé afin que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité puisse voir les progrès réalisés par le Réseau de santé Vitalité envers l'atteinte de ses objectifs en matière de soins centrés sur les usagers et leur famille, et les responsabilités du conseil à l'égard de l'amélioration de la qualité, de la sécurité des usagers et des membres de l'équipe, et d'un milieu de travail positif.

Proposé par

Appuyé

Et résolu que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité approuve le plan de travail pour l'année 2017-18

Adopté

Soumis le 20 juillet 2017 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

**PLAN DE TRAVAIL
2017-18**

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Activités	Moyen	Échéancier
Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité	Tableau de bord Plan Qualité	Trimestriel
Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont effectués	Rapport des recommandations	Au besoin
Surveiller la satisfaction de la clientèle	Rapport sur les plaintes Rapport sur la satisfaction Histoire patient	Trimestriel
Assurer le suivi des recommandations suite à la visite d'Agrément	Note d'information Rapport de la visite	Trimestriel
Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille	Rapport de mise à jour	Trimestriel
Surveiller le risque organisationnel	Rapport – analyse des risques Rapport sur les incidents Rapport - litiges/réclamations Rapport - bureau de la vie privée Rapport - mesures d'urgence	Trimestriel
Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, risques, éthique	Rapport	Annuel

2017 07 20

Note d'information

Résultats visite d'agrément 2017

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Item 6.4

Date : 26 septembre 2017

Décision recherchée

Cette note d'information est transmise à titre d'information.

Contexte / Problématique


Le Réseau de santé Vitalité participe au programme Qmentum d'Agrément Canada.

Une équipe de douze visiteurs accompagnés de deux visiteurs patients-partenaires ont sillonné les quatre coins de l'organisation du 18 au 23 juin dernier.


L'exercice a permis d'évaluer le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisation par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Celles-ci comprennent des normes d'excellence pancanadiennes, des pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels, ainsi que des sondages servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des patients, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par le patient.


Les résultats de toutes ces composantes font partie du rapport d'agrément, disponible sous la rubrique Agrément sur le Boulevard ou en cliquant sur l'hyperlien suivant : [Rapport d'agrément 2017](#)


Le réseau a obtenu le résultat «**Agréé**». Des mesures de suivi doivent être prises dans des délais précis pour conserver le statut d'organisme agréé. Ces mesures s'échelonnent en trois étapes (voir tableau des suivis pour plus de détails)

 7 décembre 2017 :

- 28 tests de conformité à des pratiques organisationnelles requises (POR)

 5 critères à priorité élevée

 6 juin 2018 :

 9 critères à priorité élevée

 31 décembre 2018 :

- Visite supplémentaire d'ici le 31 décembre 2018 (date de visite à confirmer)
- 13 tests de conformité à des pratiques organisationnelles requises (POR)
- 7 critères à priorité élevée

Éléments à considérer dans la prise de décision









Bien que le rapport fasse état des résultats d'une myriade de normes stratifiées par entités distinctes, les éléments organisationnels suivants ont été cités dans quelques secteurs, faisant en sorte qu'une approche organisationnelle mérite d'être prise en considération dans l'élaboration d'un plan d'action régional.

Plus particulièrement les dossiers suivants :

- Rehaussement technologique (i.e. Meditech à version variable dans chacune des pharmacies et une documentation clinique papier, électronique et/ou en parallèle).
- Défis d'une approche systématique, coordonnée et documentée dans la prévention d'une congestion aux services des urgences et les débordements sur les unités hospitalières (cheminement des patients);

- Défis de dotation dans plusieurs secteurs d'activités (i.e. soins infirmiers, laboratoire, pharmacie, échographie);
- Processus de gestion des politiques et procédures dans les efforts d'harmonisation des pratiques (i.e. longueur du processus, délai de rétroaction);

Par ailleurs, le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension de la qualité qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
 Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	112	3	2	117
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	151	9	5	165
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	674	84	109	867
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	195	7	2	204
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	583	53	22	658
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	136	2	6	144
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	1057	153	231	1441
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	73	3	5	81
Total	2981	314	382	3677

- ✚ Au total, un résultat de 90.4% des critères sont conformes.
- ✚ Deux dimensions sur dix obtiennent un résultat inférieur à 90 %, soit la sécurité à 88.9% et la pertinence à 87% de conformité.
- ✚ Huit dimensions sur dix obtiennent un résultat supérieur à 90%, soit la continuité à 98.5%, l'accent sur la population à 97%, le milieu de travail à 96.5%, l'efficience à 96%, l'accessibilité à 94%, les services centrés sur le patient à 91.6% de conformité.

Dans ce même ordre d'idée, le tableau suivant offre un regard d'ensemble sur les normes qui ont servi à évaluer les secteurs, ainsi que le nombre et le pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sans objet, lors de la visite.

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (97,2%)	1 (2,8%)	0	85 (98,8%)	1 (1,2%)	0
Leadership	49 (98,0%)	1 (2,0%)	0	87 (90,6%)	9 (9,4%)	0	136 (93,2%)	10 (6,8%)	0
Prévention et contrôle des infections	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0	27 (87,1%)	4 (12,9%)	0	64 (90,1%)	7 (9,9%)	0
Gestion des médicaments	66 (90,4%)	7 (9,6%)	5	55 (94,8%)	3 (5,2%)	6	121 (92,4%)	10 (7,6%)	11
Santé et bien-être de la population	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0	39 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Analyses de biologie délocalisées	11 (100,0%)	0 (0,0%)	27	18 (100,0%)	0 (0,0%)	30	29 (100,0%)	0 (0,0%)	57
Imagerie diagnostique	61 (91,0%)	6 (9,0%)	0	67 (97,1%)	2 (2,9%)	0	128 (94,1%)	8 (5,9%)	0
Laboratoires médicaux	11 (91,7%)	1 (8,3%)	59	13 (92,9%)	1 (7,1%)	91	24 (92,3%)	2 (7,7%)	150
Médecine	40 (88,9%)	5 (11,1%)	0	63 (82,9%)	13 (17,1%)	1	103 (85,1%)	18 (14,9%)	1
Obstétrique	61 (87,1%)	9 (12,9%)	3	82 (94,3%)	5 (5,7%)	1	143 (91,1%)	14 (8,9%)	4
Réadaptation	37 (82,2%)	8 (17,8%)	0	73 (92,4%)	6 (7,6%)	1	110 (88,7%)	14 (11,3%)	1
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	82 (93,2%)	6 (6,8%)	0	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	122 (95,3%)	6 (4,7%)	0
Santé mentale	38 (76,0%)	12 (24,0%)	0	82 (90,1%)	9 (9,9%)	1	120 (85,1%)	21 (14,9%)	1
Santé mentale - Services communautaires et soutien offert aux usagers	39 (88,6%)	5 (11,4%)	0	92 (98,9%)	1 (1,1%)	1	131 (95,6%)	6 (4,4%)	1
Santé publique	43 (97,7%)	1 (2,3%)	3	67 (98,5%)	1 (1,5%)	1	110 (98,2%)	2 (1,8%)	4
Services périopératoires et interventions invasives	100 (87,0%)	15 (13,0%)	0	105 (96,3%)	4 (3,7%)	0	205 (91,5%)	19 (8,5%)	0
Soins à domicile	40 (83,3%)	8 (16,7%)	0	67 (89,3%)	8 (10,7%)	0	107 (87,0%)	16 (13,0%)	0
Soins ambulatoires	40 (90,9%)	4 (9,1%)	2	72 (92,3%)	6 (7,7%)	0	112 (91,8%)	10 (8,2%)	2
Soins critiques	38 (76,0%)	12 (24,0%)	0	102 (88,7%)	13 (11,3%)	0	140 (84,8%)	25 (15,2%)	0
Soins de longue durée	47 (85,5%)	8 (14,5%)	0	87 (88,8%)	11 (11,2%)	1	134 (87,6%)	19 (12,4%)	1
Soins primaires	42 (73,7%)	15 (26,3%)	1	82 (91,1%)	8 (8,9%)	1	124 (84,4%)	23 (15,6%)	2
Télésanté	39 (86,7%)	6 (13,3%)	7	70 (92,1%)	6 (7,9%)	13	109 (90,1%)	12 (9,9%)	20
Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu	43 (95,6%)	2 (4,4%)	0	81 (100,0%)	0 (0,0%)	1	124 (98,4%)	2 (1,6%)	1

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Traitement du cancer	93 (92,1%)	8 (7,9%)	0	122 (95,3%)	6 (4,7%)	0	215 (93,9%)	14 (6,1%)	0
Transfusions	8 (100,0%)	0 (0,0%)	67	10 (83,3%)	2 (16,7%)	57	18 (90,0%)	2 (10,0%)	124
Urgences	53 (75,7%)	17 (24,3%)	1	94 (88,7%)	12 (11,3%)	1	147 (83,5%)	29 (16,5%)	2
Total	1172 (88,1%)	159 (11,9%)	175	1728 (93,0%)	131 (7,0%)	207	2900 (90,9%)	290 (9,1%)	382

* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)

Enfin, le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas de conformité le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Communication	
Transfert de l'information aux points de transition des soins L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement du cancer 22.9 - Soins à domicile 9.10 - Santé mentale 9.18 - Soins de longue durée 9.19
Identification des usagers En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	<ul style="list-style-type: none"> - Services périopératoires et interventions invasives 12.3 - Médecine 9.2
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Urgences 10.5 - Services périopératoires et interventions invasives 11.6 - Traitement du cancer 15.6 - Soins ambulatoires 8.5 - Soins de longue durée 8.5 - Médecine 8.5 - Obstétrique 8.5 - Soins critiques 8.6 - Santé mentale 8.6
But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments	
Médicaments de niveau d'alerte élevé Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des médicaments 2.5

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail	
Prévention de la violence en milieu de travail Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.	- Leadership 2.12
Prévenir la congestion au service des urgences Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs. NOTA : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.	- Leadership 13.4
But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques	
Stratégie de prévention des chutes Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	- Soins ambulatoires 8.6
Prévention du suicide Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	- Urgences 10.7 - Soins de longue durée 8.8 - Santé mentale 8.8
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.	- Traitement du cancer 15.8 - Médecine 8.8

Considérations importantes

Impacts	Négligeables	Modérés	Significatifs
Éthique			X
Qualité et sécurité			X
Partenariats			X
Gestion des risques			X
Allocation des ressources			X

Suivi à la décision/information

- Assurer la continuité des travaux des équipes qualité par directorats respectifs afin de rencontrer les exigences requises pour maintenir le statut d'agrément, tout en maintenant les balises en place dans le but d'assurer la pérennité de la démarche d'amélioration continue.
- L'approche interdisciplinaire est une pierre angulaire dans le succès de la démarche.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 10 août, 2017 par Chantal Saumure, directrice qualité, expérience patient, performance et bénévoles

Note couverture

Comité des services à la clientèle, gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 26 septembre 2017

Objet : Nomination d'un membre clinique régulier au Comité d'éthique de la recherche

Dre Lucie Morais a été nommée membre clinique régulière au Comité d'éthique de la recherche par intérim, le 25 août dernier pour un mandat initial d'une durée de 3 ans.

La nomination est soumise au Comité des services à la clientèle, gestion de la qualité et de la sécurité pour approbation.

Proposition de motion :

Proposé :
Appuyé :

Et résolu que Dre Lucie Morais siège au Comité d'éthique de la recherche à titre de membre clinique régulière pour un mandat initial d'une durée de 3 ans.

Soumis le 19 septembre 2017 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Note d'information

Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 7.1

Date : 26 septembre 2017

Rapport Q1 2017-18

- Rapport présenté à titre d'information

Contexte

- Le sondage régional sur l'expérience des patients hospitalisés a été révisé et lancé le 1^{er} avril 2017. Cette version révisée est le résultat d'un exercice d'étalonnage entre notre ancien sondage et le sondage validé du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, qui nous permettra de faire des analyses comparatives des résultats.
- Le sondage doit être remis à tous les patients hospitalisés ou aux membres de leur famille au moment du congé ou quelques jours avant le départ. Les gestionnaires reçoivent leurs résultats pour fin d'analyse et identification des pistes d'amélioration.

Résultats

- **Taux de participation :** Le taux régional de participation au sondage était 19% (Q1 2017-18), comparativement à 16% pour la même période de l'année précédente. Les zones 1B et 6 ne rencontrent pas la cible visée 20%. Comparativement à Q1 2016-17, on note une augmentation dans les taux de participation de chaque zone, sauf dans la zone 1B.

	Q1 2016-17	Q4 2016-17	Q1 2017-18
Réseau	16%	18%	19%
Z1B	19%	16%	13%
Z4	26%	30%	37%
Z5	16%	27%	21%
Z6	4%	7%	12%

- Au niveau régional, on note une légère amélioration des taux de satisfaction dans 10 questions, lorsqu'on compare les données du Q1 2017-18 aux résultats du sondage du Conseil de la santé du NB effectué en 2016.
- Les questions avec les plus faibles taux de satisfaction (< 70%) sont en lien avec : l'obtention d'aide, l'information sur les médicaments et les symptômes à surveiller après le congé, la participation aux décisions concernant les soins, la gestion de la douleur, le respect des valeurs culturelles, la propreté, la tranquillité, la nourriture et l'hygiène des mains.
- Les questions avec le plus haut taux de satisfaction (>85%) sont en lien avec : la courtoisie, la préoccupation pour la sécurité, langue de service et l'expérience globale.
- Lorsqu'on compare les données de Q1 2016-17 et Q1 2017-18 (pour les questions comparables), on remarque une légère augmentation du taux régional de satisfaction ans 5 questions (courtoisie, tranquillité, préoccupation pour la sécurité, langue de service et expérience globale). On note une diminution du taux régional de satisfaction dans 5 questions (obtention d'aide, gestion de la douleur, nourriture, heures des visites et vérification du bracelet d'identité).

Soumis le 2017/08/23 par Nicole Frigault, Gestionnaire qualité et sécurité des patients

Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés
Rapport régional – Q1 2017-18

QUESTIONS	Résultats			
	CSNB 2016 (%)		Vitalité Q1 (%)	
	NB	Vitalité	2016-17	2017-18
Q1 - Après avoir appris que vous deviez être hospitalisé, avez-vous eu à attendre trop longtemps pour obtenir votre lit? (Oui)	20.5	17.4	ND	15
Q2 - Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois le personnel vous a-t-il traité avec courtoisie et respect? (Toujours)	86.8 MD 79.9 RN	87 MD 81.8 RN	86	89
Q3 - Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois le personnel vous a-t-il expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre? (Toujours)	74.8 MD 69.4 RN	79.5 MD 74.1 RN	ND	82
Q4 - Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois avez-vous obtenu de l'aide dès que vous en avez fait la demande en appuyant sur le bouton d'appel? (Toujours)	61.3	69.4	82	64
Q5 - Avant de vous donner un nouveau médicament, combien de fois le personnel de l'hôpital vous a-t-il dit à quoi servait le médicament? (Toujours)	67.7	68.0	ND	67
Q6 - Avez-vous participé autant que vous l'auriez souhaité aux décisions concernant vos soins et vos traitements? (Toujours)	60.3	60.0	ND	69
Q7 - Votre famille ou vos amis ont-ils participé autant que vous le souhaitiez aux décisions concernant vos soins et vos traitements? (Toujours)	71.7	70.7	ND	54
Q8 - Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois votre douleur a-t-elle été bien contrôlée? (Toujours)	60.4	63.3	84	56
Q9 - Le personnel de l'hôpital a tenu compte de mes valeurs culturelles et de celles de ma famille ou de mon soignant. (Fortement en accord)	36.4	41.8	ND	31
Q10 - Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois votre chambre et votre salle de bain ont-elles été nettoyées? (Toujours)	51.7	55.8	69	69
Q11 - Pendant ce séjour à l'hôpital, combien de fois était-ce tranquille autour de votre chambre la nuit? (Toujours)	41.7	50.1	58	64
Q12 - Comment évalueriez-vous la qualité de la nourriture (le goût des aliments, la température au moment du service, la variété)? (Excellent + Très bonne)	19.5	23.0	72	42
Q13 - Pendant ce séjour à l'hôpital, les heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient-elles vos attentes? (Toujours)	80.1	74.3	75	70
Q14 - Avez-vous remarqué si le personnel se lavait ou se désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	69.7	72.7	ND	67
Q15 - D'après vous, est-ce que cet hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.8	84.3	81	92
Q16 - Le personnel vérifiait-il votre bracelet d'identité avant de vous donner des médicaments ou de procéder à des traitements/tests? (Oui, toujours)	81.9	80.7	82	80
Q17 - Pendant ce séjour à l'hôpital, vous a-t-on remis par écrit des renseignements sur les symptômes ou les problèmes de santé à surveiller après votre sortie de l'hôpital? (Oui)	65.2	74.2	ND	66
Q18 - Avant de quitter l'hôpital, connaissiez-vous bien tous vos médicaments prescrits, y compris ceux que vous preniez avant votre séjour à l'hôpital? (Complètement)	80.5	84.7	ND	58
Q19 - Combien de fois avez-vous reçu, à l'hôpital, le service dont vous aviez besoin dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	91.1	86.9	89	90
Q20 - Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	78.9	82.5	76	86

Satisfaction générale par zone							
Z1B		Z4		Z5		Z6	
Q1 2016-17	Q1 2017-18	Q1 2016-17	Q1 2017-18	Q1 2016-17	Q1 2017-18	Q1 2016-17	Q1 2017-18
78 %	89%	71%	84%	78%	86%	85%	92%

2016-17 : Cote Excellent

2017-18 : Cote Toujours ou 8, 9, 10 pour expérience globale

Note d'information

Rapport sur les plaintes Q1 2017-18

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Item 7.2

Date : 26 septembre 2017

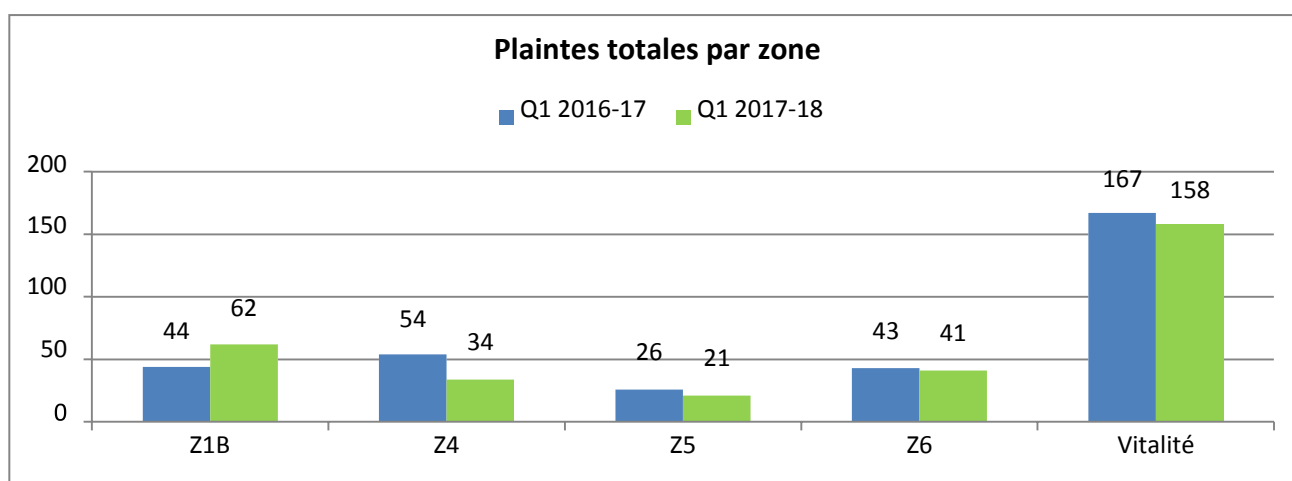
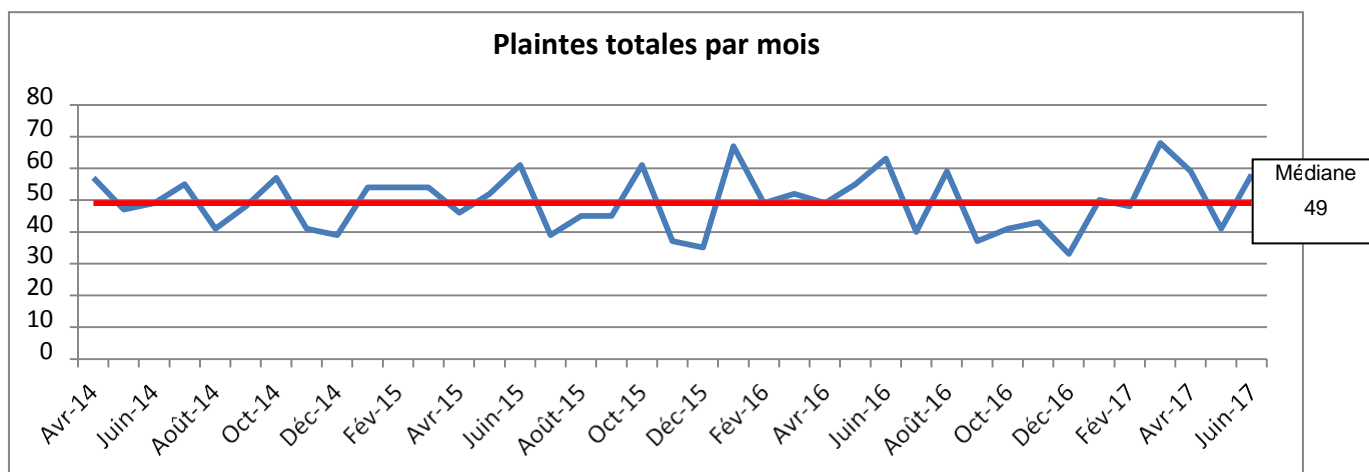
Rapport Q1 2017-18

- Rapport présenté à titre d'information

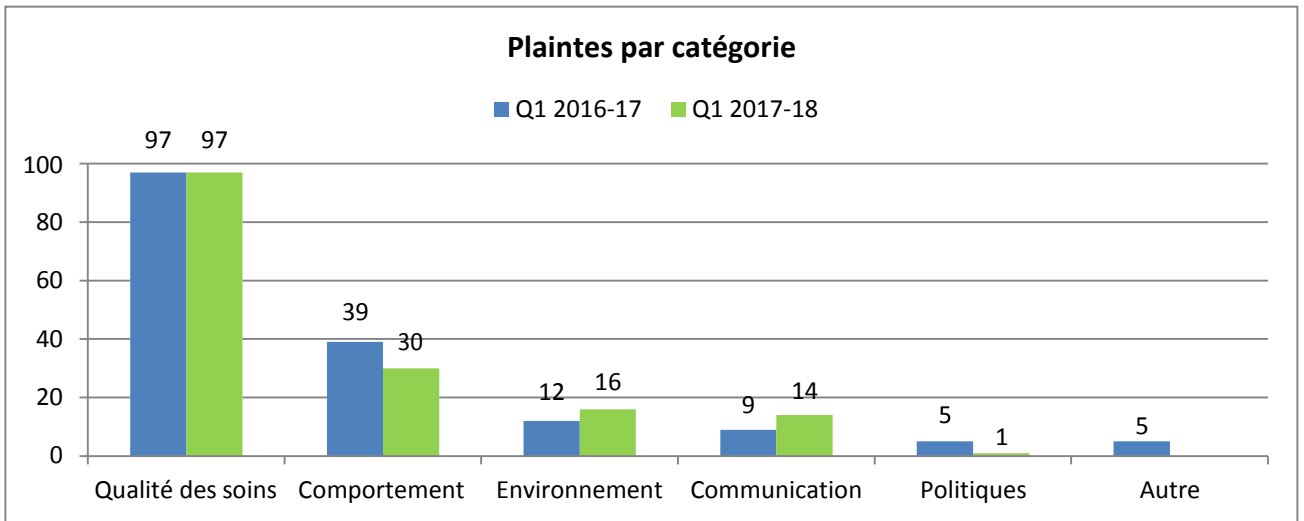
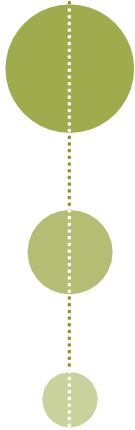
Contexte

- Le présent rapport comprend les données du premier trimestre de l'année financière 2017-2018, ainsi que les données comparatives pour l'année 2016-17. Ce rapport contient toutes les plaintes provenant des patients, de leur famille ou des visiteurs.

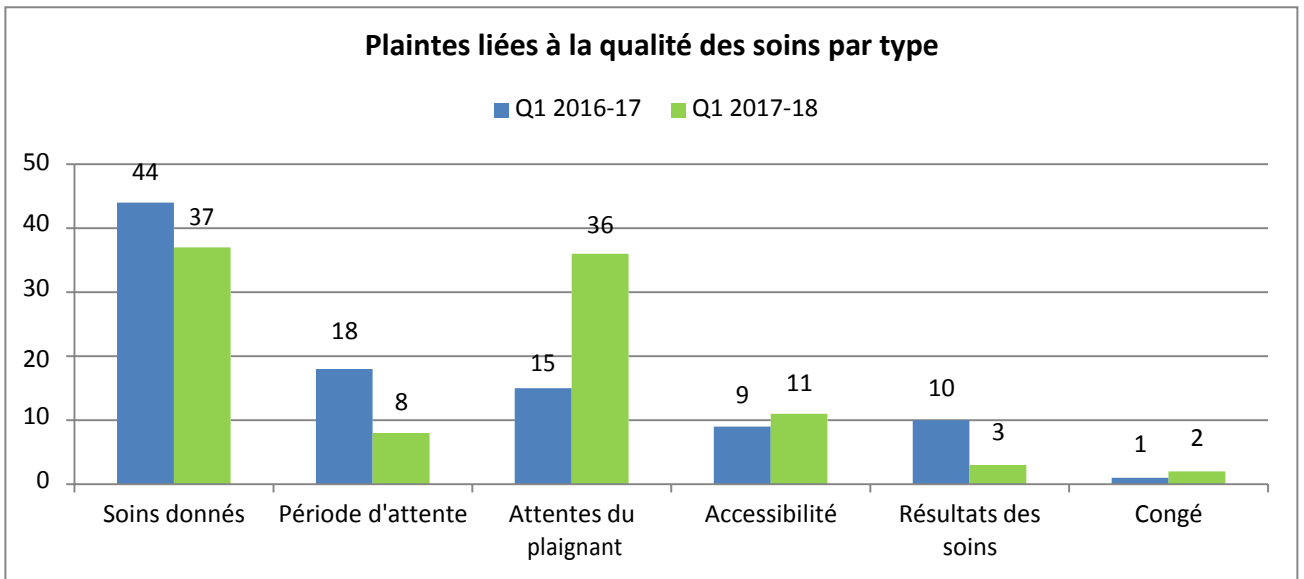
Résultats



- On note une légère diminution dans le nombre de plaintes dans chaque zone, sauf la Zone 1B.

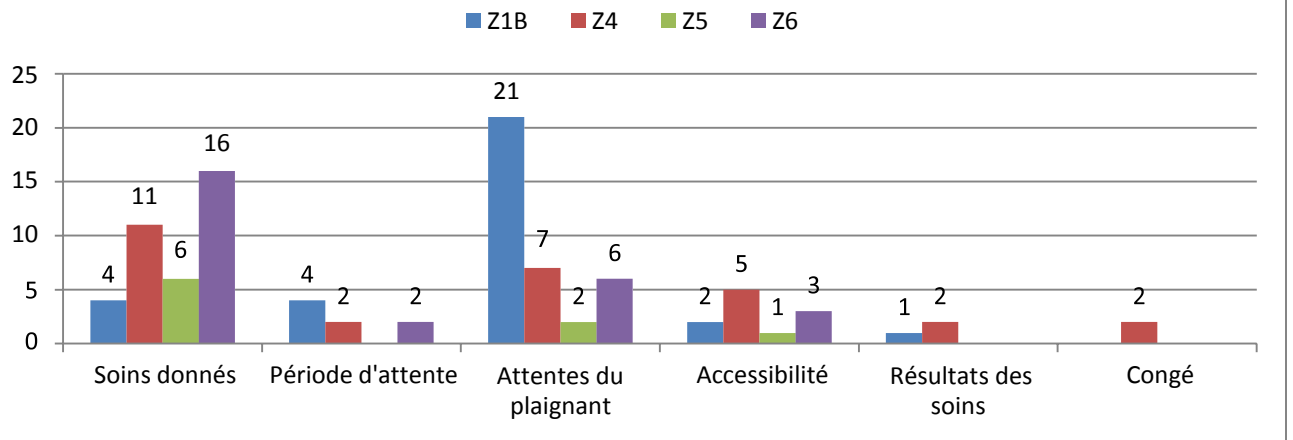


- On note une légère diminution dans le nombre de plaintes liées au comportement, plus particulièrement au niveau du comportement médical.
- L'augmentation des plaintes au niveau de l'environnement est en majeure partie dû à une augmentation des plaintes liées au stationnement au CHUDGLD.
- On note une augmentation des plaintes dans la catégorie «Communication», plus particulièrement dans la sous-catégorie «Confidentialité».

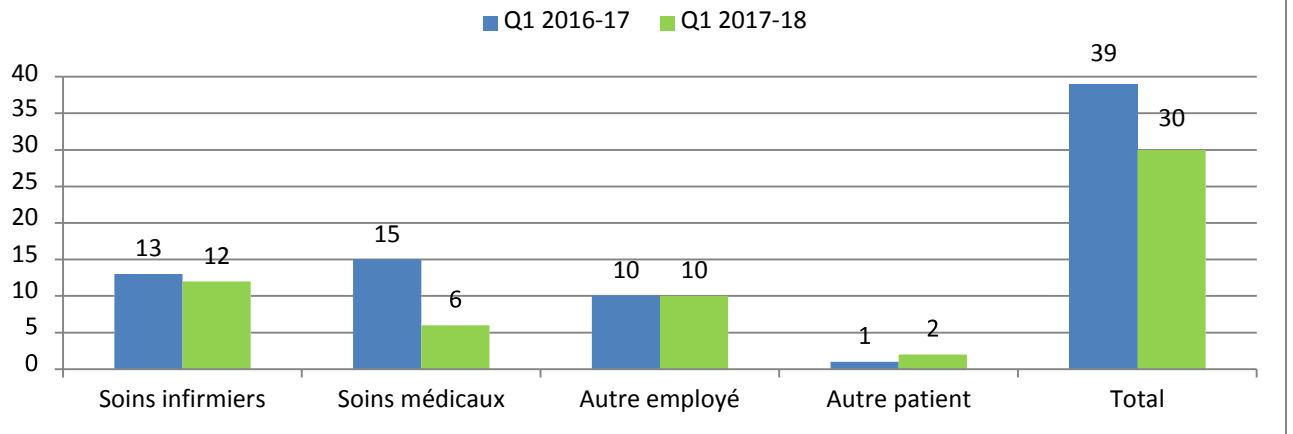


- On note une diminution du nombre de plaintes en lien avec la période d'attente. Moins de plaintes ont été rapportées en lien avec l'attente à l'urgence en 2017-18.
- Le nombre de plaintes en lien avec les attentes du plaignant est à la hausse. Un suivi sera effectué afin d'assurer que les plaintes ont été bien catégorisées, puisqu'il semble avoir des divergences.

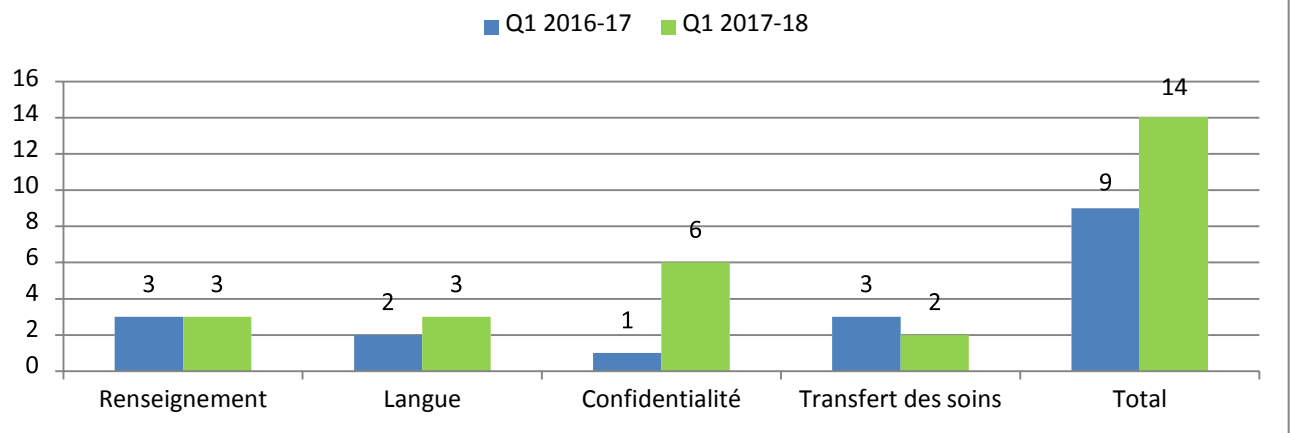
Plaintes liées à la qualité par type par zone - Q1 2017-18



Plaintes liées au comportement par type

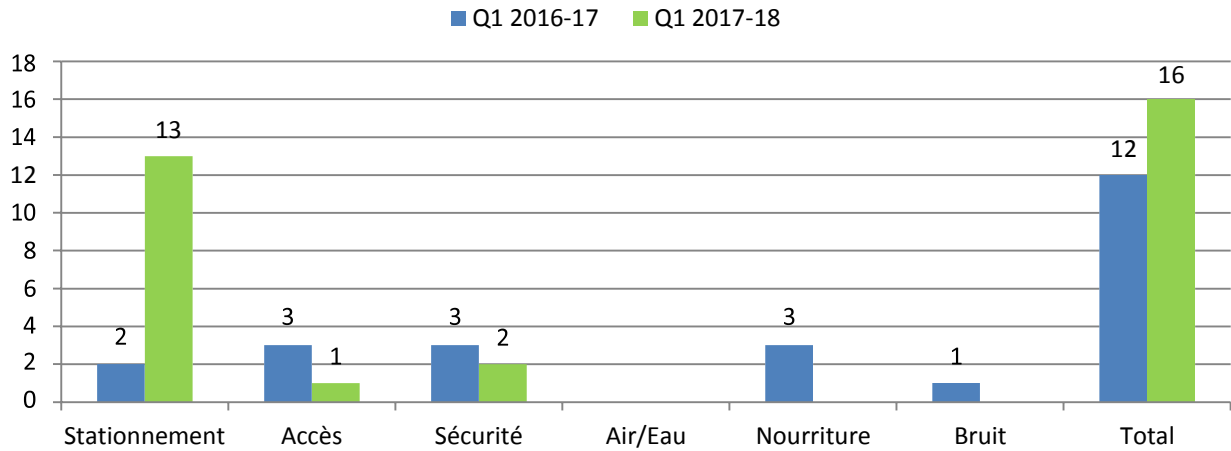


Plaintes liées à la communication par type



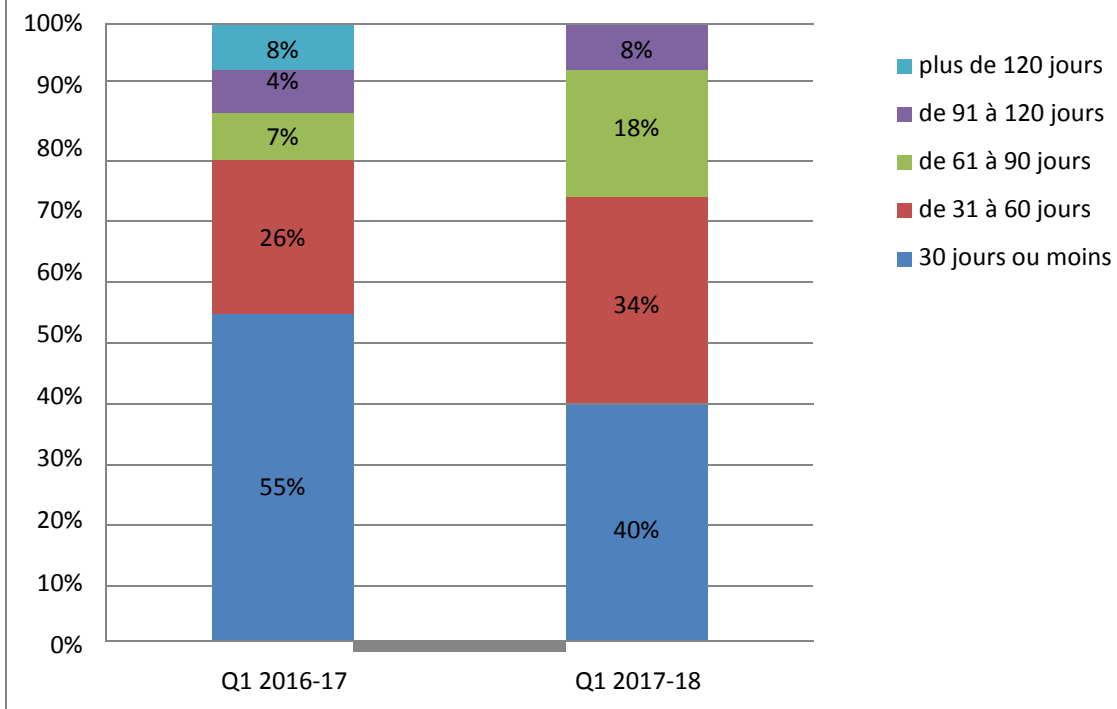
- On note une augmentation au niveau de plaintes liées à la confidentialité, aucune tendance n'est notée.

Plaintes liées à l'environnement par type



- 11 sur 13 des plaintes en lien avec le stationnement provenaient du CHUDGLD.

Délais de résolution des plaintes



Suivis / Améliorations

Chaque plainte reçue est portée à l'attention des gestionnaires ou des chefs de services/départements intéressés pour fin d'examen et d'amélioration et des suivis sont effectués auprès du plaignant.

Voici quelques exemples des améliorations apportées suite à l'examen des plaintes :

- Modification faite à la sortie du stationnement au CSC St Joseph à Dalhousie (ajout d'un casse-vitesse «speed bump» pour ralentir le trafic).
- Sensibilisation/suivi fait avec le personnel afin d'assurer que le patient/famille comprend bien les directives au congé et assurer que le matériel est adéquat et fonctionne bien avant de le donner au patient.
- Modifications et améliorations apportées aux plans de soins suite à des conférences de cas avec la participation de la famille.
- Procédure dans «Order Entry» sera révisée pour assurer l'entrée des informations sur les patients de façon adéquate et afin que la séquence/priorité soit respectée.
- Changements apportés à l'horaire des employés afin d'assurer une meilleure couverture du service lors des repas/pause.

Soumis le 25 août 2017 par Nicole Frigault, Gestionnaire à la qualité et sécurité des patients

Rapport trimestriel des incidents (T1 de 2017-2018)

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Item 7.3

Date : Le 26 septembre 2017

Décision recherchée

Le rapport trimestriel (T1 – avril à juin 2017) des incidents est présenté à titre d'information et avis.

Contexte / Problématique

Un rapport trimestriel des tendances est présenté au Comité selon le calendrier de présentation des rapports.

Éléments à considérer dans la prise de décision

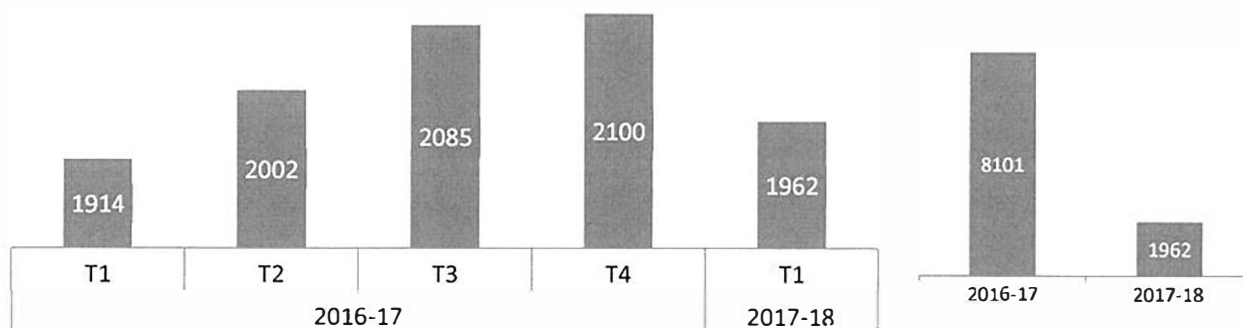
Les statistiques et graphiques représentent les données extraites des incidents « rapportés ». Il est important de considérer que les données peuvent varier d'un rapport à l'autre en raison de la mise à jour qui est faite sur une base mensuelle.

Considérations importantes

Chaque incident et incident évité de justesse est analysé avec la collaboration des secteurs concernés afin de cerner les améliorations à apporter, et ce, dans un but de prévenir la récurrence de ce type d'incident et d'assurer la sécurité des patients. À noter : les incidents évités de justesse rapportés sont inclus dans le nombre total d'incidents rapportés.

Résultats :

1 Total des incidents rapportés

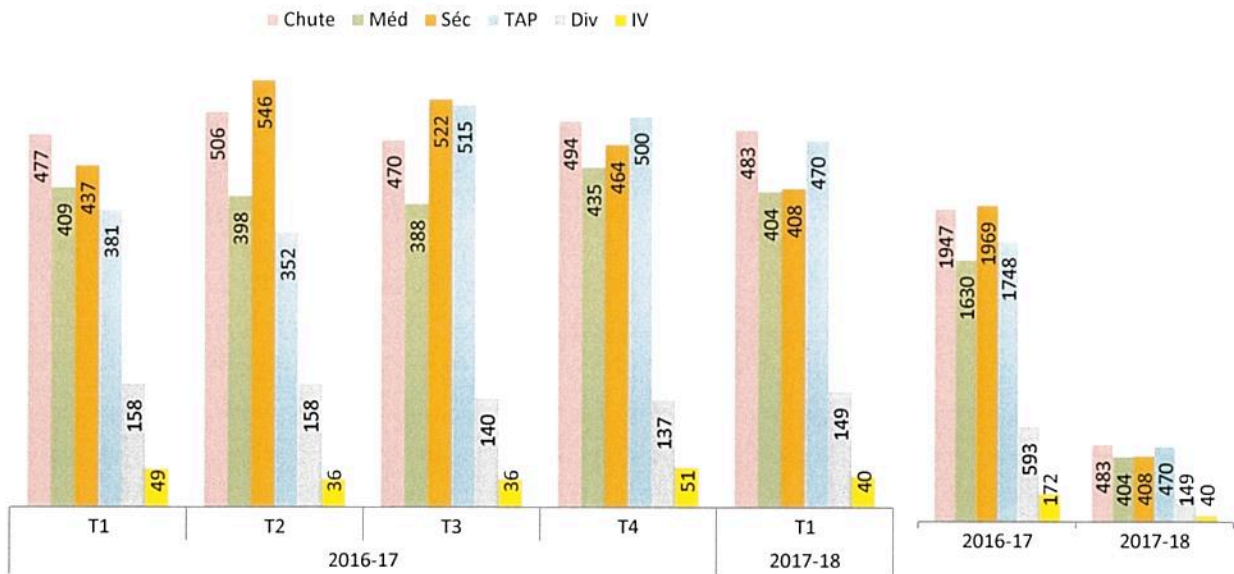


1.1 Observations

- ◆ Diminution des incidents rapportés de ↓6.57% en T1 par rapport à T4 de 2016—2017.
- ◆ Augmentation de ↑2.44% par rapport au même trimestre de 2016-2017.

- ◆ La légère diminution des incidents rapportés en T1 de 2017-2018 touche surtout les catégories des incidents de Médicaments et de Sécurité.

2 Catégories des incidents



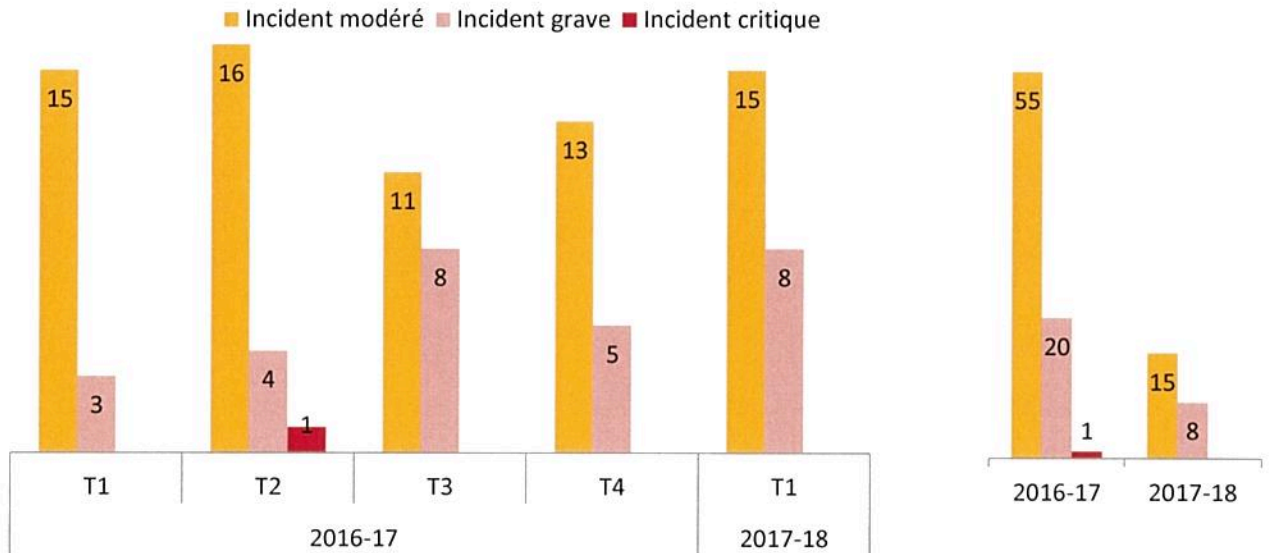
2.1 Observations

- ◆ Diminution de ↓12.07% des incidents de type sécurité depuis le dernier trimestre.
- ◆ Diminution des incidents de type chute, médicament et TAP (Traitement/Analyse/Procédure).

2.2 Explications

- ◆ Une diminution des incidents de type sécurité s'explique par la prise en charge ou le congé des patients à problèmes récurrents.

3 Incidents modérés, graves et critiques



3.1 Observations

- ◆ Augmentation de $\uparrow 37.5\%$ des incidents graves et une augmentation de $\uparrow 13.33\%$ des incidents modérés depuis le dernier trimestre.

2.2 Explications

- ◆ 5 Incidents de type chute identifiés dans la Zone 5 explique l'augmentation des incidents modérés et graves.

3.2 Mesures prises

- ◆ Conférence de cas et analyse des causes pour chacun des incidents.

Suivi à la décision

Poursuivre l'analyse des tendances.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 2017-09-06 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques

Note d'information

Tableau de bord stratégique et opérationnel (juillet 2017)
Comité des finances et de vérification
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Le 26 septembre 2017

Décision recherchée

- Ce rapport est fourni à titre d'information et avis.

Contexte / Problématique

- Les indicateurs du tableau de bord stratégique, à l'exception de ceux du quadrant des finances, ont été modifiés afin de refléter les priorités de l'année 2017-2018 émanant du Plan stratégique du Réseau.
- Quelques indicateurs qui étaient antérieurement dans le tableau de bord stratégique ont été transférés dans le tableau de bord opérationnel.

Éléments à considérer dans la prise de décision

Aucun

Considérations importantes

Sommaire des tableaux de bord :

Tableau de bord	Indicateurs avec performance au-delà de la cible	Indicateurs avec performance inférieure à la cible
Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> -Taux brut de congé en santé mentale par 100,000 habitants* -Nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus - Taux pour les accidents de travail 	<ul style="list-style-type: none"> -Taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants* - Temps d'attente pour recevoir un traitement au CSM – priorité modérée (40 jours)* -% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé en santé mentale - Nombre de guides de pratiques pour maladie chronique mis en œuvre* -Chirurgies en attente de plus de 12 mois, -% Chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)* -% Chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)* -Taux de conformité aux audits de documentation* - % initiatives du Plan d'équité complétées, - Nombre d'infirmières praticiennes embauchées* -Nombre de rencontres du comité des usagers* - Coût par jour patient / unité de soins infirmiers - Coût par jours repas
Opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'infections au C. diff., SARM et ERV - Nombre de nouveaux griefs - % dépenses administratives - Variance en salaires et bénéfices 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (moyenne en minutes) - % de lits occupés par des cas de SLD - Taux de césariennes à faible risque - Ratio normalisé de mortalité hospitalière - Taux de réadmission dans les 30 jours - % d'heures de maladie, - % d'heures de surtemps - % de visites 4 et 5 à l'urgence

*Nouvel indicateur dans le tableau de bord de 2017-2018

Tableau de bord stratégique :

- Bien que les indicateurs liés à la chirurgie soient tous inférieurs à la cible il faut noter une amélioration importante de la performance dans chacun d'eux, comparativement à l'année précédente.
- Certaines initiatives du Plan stratégique sont en développement et dès qu'elles auront été précisées les indicateurs pourront être développés.

Tableau de bord opérationnel :

- Le taux de césariennes à faible risque est en légère hausse pour le dernier quart de 2016-2017, de même que le ratio normalisé de mortalité hospitalière.
- Le nombre de nouveaux griefs a baissé de 27% comparativement à la même période l'an dernier.
- On note une légère diminution des visites à l'urgence depuis le début de l'année ainsi que du pourcentage de visites des niveaux 4 et 5.
- Au niveau financier les indicateurs opérationnels sont tous autour ou meilleurs que la cible.

Suivi à la décision

Proposition et résolution

Aucune proposition à suggérer.

Soumis le 7 septembre 2017 par Mireille Lanouette, directrice régionale Planification et Aide à la décision

Tableau de bord stratégique

Qualité / Satisfaction de la clientèle		Juillet 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Juillet 2017	TAD 2017-2018
TB provincial	Taux d'hospitalisations - Maladies chroniques - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	210	799	785	229 Q4 2016-17	794 Q1-Q4 2016-17
TB provincial	Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	En développement	-	-	-	-
TB provincial	Taux d'hospitalisation pour démence par 100 00 de population	13	52	50	17 Q4 2016-17	56 Q1-Q4 2016-17
TB provincial	Temps d'attente avant de recevoir un traitement au CSM-Priorité modérée (40 jours)	N/D	N/D	100.0%	77.6% Q1 2017-18	77.6% Q1 2017-18
TB provincial	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	4.9%	5.0%	-	5.8% Q4 2016-17	6.2% Q1-Q4 2016-17
TB provincial	% de jours patients NSA dans des lits de soins aigus	En développement	-	-	-	-
TB provincial	% de décès de soins palliatifs survenant à la maison	En développement	-	-	-	-
2.a.b	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	7.2%	6.9%	6.4%	6.9% Q4 2016-17	6.5% Q1-Q4 2016-17
2.a.d	% d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	1.0%	1.6%	0.0%	3.8% Q4 2016-17	1.5% Q1-Q4 2016-17
2.a.e	% réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale	7.7%	8.3%	6.6%	8.2% Q4 2016-17	9.7% Q1-Q4 2016-17
2.b.a	# de guides de pratiques pour maladies chroniques mis en œuvre	N/D	N/D	1	0 Q1 2017-18	0 Q1 2017-18
2.a.e 2.c.a	Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants	210	226	-	260 Q4 2016-17	238 Q1-Q4 2016-17
3.b.a	Chirurgies en attente plus de 12 mois	592	614	0	211 juin-17	237 avril-juin17
3.b.a	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	54.3%	55.8%	75.0%	71.7% juin-17	64.0% avril-juin17
3.b.a	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	48.5%	52.8%	85.0%	64.0% juin-17	68.0% avril-juin17
4.a.b	Taux de conformité aux audits de documentation	N/D	N/D	90.0	84.8 2015-2016	84.8 2015-2016
5.a.a	% d'avancement dans l'élaboration du plan de développement universitaire	En développement	-	-	-	-
6.a.a	# de projets de qualité mis en place.	En développement	-	-	-	-

Activités		En développement	-	-	-	-
TB provincial	# de patients inscrits sur la liste d'attente provinciale pour un médecin de famille	En développement	-	-	-	-
	Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus	8.33	8.26	12.00	8.47 Q4 2016-17	8.54 Q1-Q4 2016-17
	Pourcentage d'initiatives du Plan d'équité complétées	5.3%	5.3%	100.0%	57.9% juin-17	57.9% avril-juin 17
	Nombre de nouveaux projets de recherche approuvés	2	4	-	-	7
2.a.a	% de patients du PEM hospitalisés	En développement	-	-	-	-
2.a.c	# d'infirmières praticiennes embauchées	N/D	N/D	2	0 Q1 2017-18	0 Q1 2017-18
2.a.c	# de coordonnatrices d'accès aux soins primaires en place	4	4	4	4 Q1 2017-18	4 Q1 2017-18
2.a.c	% de visite à l'urgence chez les patient à grands besoins qui reçoivent des services adaptés	En développement	-	-	-	-
3.a.a	# de consultations cliniques effectuées par la télésanté	En développement	-	-	-	-
3.a.b	# de patients vus dans les cliniques itinérantes	En développement	-	-	-	-
3.c.a	# de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera mis en place	En développement	-	-	-	-
3.d.a	# de rencontres du comité des usagers	N/D	N/D	1	0 juil. 17	0 avril-juil. 17
6.b.f	Le nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	En développement	-	-	-	-
7.a.a	Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	N/D	N/D	4	4 juil. 17	4 avril-juil. 17
7.b.a	Le nombre de nouvelles initiatives mises en place	En développement	-	-	-	-
7.c.a	Le nombre de pratiques exemplaires reconnues	En développement	-	-	-	-

Tableau de bord du système de santé

Résultat dépasse la cible de 5%
 Résultat se situe près de la cible
 Résultat inférieur à la cible de 5%

Tableau de bord stratégique

Ressources humaines		Juillet 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Juillet 2017	TAD 2017-2018
TB provincial	Moyenne de jours de maladie payés par employé	11.99	11.99	11.45	11.21 Q1 2017-18	11.21 Q1 2017-18
6.b.b	Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant	En développement	-	-	-	-
6.b.d	Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant	En développement	-	-	-	-
6.b.e	Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie	En développement	-	-	-	-
6.c.a	L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté	En développement	-	-	-	-
6.c.b	Un programme de développement du leadership organisationnel sera initié	En développement	-	-	-	-
6.b.c	# d'accident avec perte de temps x 200 000/# heures totales travaillées	4.05	4.05	5.32	3.73 Q1 2017-18	3.73 Q1 2017-18

Finances		Juillet 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Juillet 2017	TAD 2017-2018
	Coût par habitant pour les soins de santé	\$2,798	\$2,835	\$2,845	\$2,719 juil.17	2832.56 avr-juil 17
	Coût par jour patient / unités soins infirmiers	\$360	\$360	\$337	\$359 Q1 2017-18	\$359 Q1 2017-18
	Variance entre le budget et les dépenses actuelles	\$144,447	#####	\$0	\$832,056 juil.17	\$1,530,775
	Coût par jours repas	\$38.18	\$36.67	\$33.82	\$39.53 juil.17	\$37.48
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	\$4.66	\$4.67	\$4.51	\$4.53 juil.17	4.59 avr-juil 17
TB provincial	Rediriger nos investissements vers soins primaires (TB provincial)	En développement				

Résultat dépasse la cible de 5%
 Résultat se situe près de la cible
 Résultat inférieur à la cible de 5%

stratégique - Définitions

	Définition	Discussion
Taux d'hospitalisations - Maladies chroniques - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	Nombre d'hospitalisation en soins aigus pour le diabète, l'insuffisance cardiaque et MPOC divisé par la population des 20 ans et plus et divisé par 100 000	Les plans développés atteignent-ils les résultats prévus? Doit-on faire des ajustements
Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	En développement	
Taux d'hospitalisation pour démence par 100 00 de population		
Temps d'attente avant de recevoir un traitement au CSM-Priorité modérée (40 jours)	Nombre de clients de catégorie modérée vu dans les 40 jours divisé par le nombre total de clients dans cette catégorie	
% de patients NSA dans des lits de soins aigus	Nombre de cas NSA dans les soins de courte durée avec plus de 90 jours ALC divisé par le nombre total de cas ALC dans les soins de courte durée	
% de jours patients NSA dans des lits de soins aigus	En développement	
% de décès de soins palliatifs survenant à la maison	En développement	
% de congés pour des CPSA	Nombre d'hospitalisations reliées aux CPSA selon les critères de l'ICIS divisé par le nombre total de congés excluant les personnes de 75 ans et plus.	Quelles ressources doit-on mettre en communauté pour améliorer la prise en charge de ces patients?
% d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Nombre de jours d'hospitalisation des cas typiques au-delà du nombre de jours prévus par l'ICIS divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation pour les cas typiques	
% réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale	Nombre de réadmissions dans un hôpital du N.-B. dans les 30 jours suivant le congé initial à l'établissement en raison d'un diagnostic de santé mentale divisé par le nombre de congés à l'établissement en raison d'un diagnostic de santé mentale.	Suite au congé comment améliorer l'accès aux soins en communauté pour prévenir une réadmission?
# de guides de pratiques mis en œuvre	En développement	
Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants	Tous les congés en santé mentale selon les diagnostics de l'indicateur des réadmissions en santé mentale de l'ICIS divisé par 100 000 de population	
Chirurgies en attente plus de 12 mois	Nombre de chirurgies qui sont en attentes depuis 12 mois et plus	Quel est le plan pour réduire les listes d'attente?

	Définition	Discussion
# de patients inscrits sur la liste d'attente provinciale pour un médecin de famille	En développement	
Nombre moyen de jour d'hospitalisation chez les 65 ans et plus	Nombre total de jours d'hospitalisation chez les 65 ans et plus divisé par le nombre d'hospitalisation chez cette même clientèle.	La durée de séjour prévue pour cette clientèle est-elle dépassée? Quelles mesures peut-on mettre en place?
Pourcentage d'initiatives du plan d'équité complétées	Nombre d'initiatives complétées divisé par le nombre des initiatives prévues au cours de l'année fiscale.	Quelles sont les barrières dans l'implantation des initiatives du Plan d'équité (rattrapage)? Comment y remédier?
Nombre de nouveaux projets de recherche approuvés	Nombre d'essais cliniques et de recherches appliquées soumis et approuvés par le comité d'éthique	Y a-t-il des délais pour l'approbation des projets? Comment y remédier?
% de patients du PEM hospitalisés	En développement	
# d'infirmières praticiennes embauchées	Nombre d'infirmières praticiennes embauchées	
# de coordonnatrice d'accès au soins primaires en place	Nombre de coordonnatrice d'accès au soins primaires en place	
% de visite à l'urgence chez les patient à grands besoins qui reçoivent des services adaptés	En développement	
# de consultations cliniques effectuées par la télésanté	En développement	
# de patients vus dans les cliniques itinérantes	En développement	
# de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera mis en place	En développement	
# de rencontres du comité des usagers	Nombre de rencontres du comité des usagers	
Le nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	En développement	

stratégique - Définitions

	Définition	Discussion
% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Nombre de de chirurgies complétées à l'intérieur des délais divisés par le total de chirurgies complétées	
% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Nombre de de chirurgies complétées à l'intérieur des délais divisés par le total de chirurgies complétées	
Taux de conformité aux audits de documentation		
% d'avancement dans l'élaboration du plan de développement universitaire	En développement	
# de projets de qualité mis en place.	En développement	
Moyenne de jours de maladie payés par employé	Nombre des heures de maladie divisées pour le nombre d'employés éligibles	Quelles sont les initiatives en place pour favoriser une réduction de ces heures?
Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant	En développement	
Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant	En développement	
Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie	En développement	
L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté	En développement	
Un programme de développement du leadership organisationnel sera initié	En développement	
Accidents de travail - # d'accident avec perte de temps x 200 000/# heures totales travaillées	Nombre d'accidents avec perte de temps divisé par le nombre total d'heures travaillées (X 200 000)	Méthode de calcul nationale. Quelles sont les stratégies pour réduire les accidents? Quels en sont les résultats?

	Définition	Discussion
Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	Nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	
Le nombre de nouvelles initiatives mises en place	En développement	
Le nombre de pratiques exemplaires reconnues	En développement	
Coût par habitant pour les soins de santé	Coûts totaux, incluant l'assurance maladie et excluant le Centre hospitalier Restigouche divisés par la population.	Étant donné les finances du NB et la performance comparative avec les autres provinces, comment peut-on réduire celui-ci?
Coût par jour patient/unités soins infirmiers	Coût direct des unités de soins (salaires et bénéfices du personnel infirmiers, médicaments, fournitures médicales et chirurgicales et autres fournitures d'opération) par jour de présence des patients hospitalisés.	Y a-t-il des variations selon les zones? Quelles en sont les causes? Quel est le plan d'action prévu?
Dépenses actuelles versus budgétées - surplus/déficit	Différence entre les dépenses totales et le budget pour la période. Plus de zéro = surplus . Moins de zéro (négatif) = déficit	Basé sur le bilan présenté et les projections, quel sera le portrait financier à la fin de l'année fiscale?
Coût par jours repas	Coûts des services alimentaires (salaires, bénéfices et fournitures d'opération) excluant les cafétéria divisés par le nombre de jours repas (1 jour-repas= 3 repas)	Comment améliorer la performance du service et en assurer la rentabilité? Les mesures proposées donnent-elles les résultats prévus?
Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Dépenses en salaires du service de l'environnement pour les hôpitaux par pied carré.	Comment améliorer la performance du service et en assurer la rentabilité? Les mesures proposées donnent-elles les résultats prévus?
Rediriger nos investissements vers soins primaires (TB provincial)	En développement	Le Réseau fait-il des efforts concrets por augmenter l'accès aux soins primaires? Quelles sont les initiatives en cours et quels en sont les résultats?

Tableau de bord opérationnel

Qualité / Satisfaction de la clientèle					
	Juillet 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Juillet 2017	TAD 2017-2018
Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (Moyenne en minutes)	62	60	30	63 juil.-17	63 avril-juil. 17
% de lits occupés par des cas de SLD	23.5%	23.8%	22.2%	24.1% juil.-17	24.1% avril-juil. 17
Taux de césariennes à faible risques	15.6%	16.6%	15.2%	20.7% Q4 2016-17	18.3% Q1-Q4 2016-17
Taux de chutes	5.34	4.81	4.50	4.46 juil.-17	4.44
Taux de chutes avec blessures graves	0.031	0.015	0.000	0.000 juil.-17	0.022
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	0.031	0.015	0.000	0.031 juil.-17	0.022
Taux d'erreurs de médicaments	3.36	3.65	3.05	2.50 juil.-17	2.97
Taux de conformité à l'hygiène des mains	88.5%	84.9%	90.0%	78.6% juil.-17	87.5%
Taux d'infection Clostridium difficile	0.96	1.34	2.50	0.65 juil.-17	1.41
Taux d'infection et de colonisation au SARM	0.00	0.00	2.00	0.00 juil.-17	0.08
Taux d'infection et de colonisation ERV	0.00	0.00	2.00	0.00 juil.-17	0.00
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	94	90	89	100 Q4 2016-17	96 Q1-Q4 2016-17
Taux de réadmission dans les 30 jours	8.3	8.6	8.2	8.4 Q4 2016-17	8.7 Q1-Q4 2016-17
Ressources humaines					
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	37.7%	37.4%	65.0%	62.1% juil. -17	61.8%
Taux global de conformité aux modules e-apprentissage	En développement				
Nombre de nouveaux griefs	4	36	36	4 juil 17	26
# de départ PT et TP/# moyen d'employés PT et TP	3.6%	3.6%	3.1%	5.3% Q4 2016-2017	3.2% Q1-Q4 2016-2017
% d'heures de maladie	5.82%	5.86%	5.40%	6.71% juil. -17	6.0% avril -juil. 17
% de vaccination - grippe saisonnière	0.2%	33.2%	39.9%	0.3% janv -17	33.5% oct. -janv 17
% d'heures de surtemps	2.06%	2.47%	2.10%	2.44% juil. -17	2.9% avril -juil. 17

TAD: Total à date

Activités					
	Juillet 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Juillet 2017	TAD 2017-2018
Durée moyenne de séjour(DMS= durée moyenne de séjour)	10.6	10.3	10.4	10.9 Q4 2016-17	10.3 Q1-Q4 2016-17
Jours-Patients	30,630	125,186	124,098	30,531 juil. 17	126,728
% de visite 4 et 5	62.5%	62.5%	57.5%	60.4% Q1 2017-18	60.4%
Nombre de visites à l'urgence	20,641	82,255		20,486 juil. 17	81,194
Nombre de procédures aux laboratoires	668,616	2,976,748		735,646 juil. 17	2,997,318
Nombre d'exams en imagerie médicale	32,474	142,679		32,714 juil. 17	140,381
Nombre de cas au bloc opératoire	1,298	6,909		1,323 juil. 17	6,738
Nombre de visites en hémodialyse	5,047	20,318		5,058 juil. 17	21,060
Nombre de visites en oncologie	3,126	14,269		3,245 juil. 17	13,692
Heures travaillées PPU/jours-patients	6.36	6.25	6.09	6.25 juil.-17	6.2 avril-juil. 17
Nombre de requêtes médiatiques	28	120	-	42 juil.-17	122 avril-juil.17
Finances					
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	2.27%	2.13%	2.78%	2.3% juil.17	2.27%
% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	14.84%	14.99%	15.1%	15.2% juil.17	15.20%
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	50.94%	52.70%	53.6%	53.7% juil.17	53.64%
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	\$1.04	\$1.04	\$1.11	\$1.07 Q1 2017-18	\$1.07
Variance en salaires et bénéfices	\$905,346	\$ (33,223,767)	\$0	\$322,723 juil.17	\$1,748,413
Variance en dépenses médicaments	\$433,022	\$ (1,350,893)	\$0	\$ (9,548) juil.17	\$ (40,471)
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	\$848,668	\$ (9,737,284)	\$0	\$ (434,246) juil.17	\$ (887,602)
Variance en salaires et bénéfices	\$ 4.24	\$ 4.40	\$ 5.07	\$ 5.10 juil.17	\$4.80

■ Résultat dépasse la cible de 5%
■ Résultat se situe près de la cible
■ Résultat inférieur à la cible de 5%

opérationnel - Définitions

Indicateurs	Définition	Discussion
Temps d'attente pour les niveaux de triage 3	Nombre moyen de minutes d'attente à la salle d'urgence par code de triage Échelle de triage et de gravité canadienne. Code 3 : Urgent (30 minutes)	Comment devenir plus efficace et réduire les temps d'attente?
% de lits occupés par des cas de SLD	Nombre patients qui sont en attente ou en processus d'évaluation de SLD et les patients ayant reçu leur congé médical.	Comment accélérer le congé de ces patients?
Taux de césariennes à faible risques	Nombre de césariennes pour les grossesses qui ne sont pas à risque divisé par le nombre d'accouchements (excluant les accouchements avant terme et les grossesses multiples).	Quels sont les facteurs qui mènent à cette pratique et quelles mesures permettraient de réduire le taux?
Taux de chutes	Nombre de chutes à l'hôpital par 1 000 jours patients	Les chutes sont-elles toutes rapportées de façon uniforme et comment peut-on les prévenir?
Taux de chutes avec blessures graves	Nombre de chutes avec blessures graves à l'hôpital par 1 000 jours patients	Comment gère-t-on les risques associés à ce type d'incident?
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Nombre d'incidents avec blessures graves à l'hôpital par 10 000 jours patients (excluant les chutes)	Comment gère-t-on les risques associés à ce type d'incident?
Taux d'erreurs de médicaments	Nombre d'erreurs de médicaments par 1 000 jours patients	Comment gère-t-on les risques associés à ce type d'incident?
Taux de conformité à l'hygiène des mains	Nombre d'observations conformes divisé par le nombre d'observation	Quelles mesures additionnelles doivent être en place pour améliorer nos résultats? Comment le personnel est-il sensibilisé à l'importance de cette pratique?
Taux d'infection Clostridium difficile	Nombre de patients infectés par le C-Diff par 10 000 jours patients	Nos méthodes de désinfection sont-elles conformes aux meilleures pratiques et appliquées?
Taux d'infection et de colonisation au SARM	Nombre de patients infectés et colonisés par le SARM par 10 000 jours patients	Nos méthodes de désinfection sont-elles conformes aux meilleures pratiques et appliquées?
Taux d'infection et de colonisation ERV	Nombre de patients infectés par le ERV par 10 000 jours patients	Nos méthodes de désinfection sont-elles conformes aux meilleures pratiques et appliquées?
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Le ratio entre le nombre réel de décès en soins de courte durée et le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections responsables de 80 % de la mortalité hospitalière.	Quelles mesures de surveillance et de suivi sont en place pour assurer un RNMH acceptable?

Indicateurs	Définition	Discussion
DMS de l'ensemble des cas	Nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital.	La tendance observée est-elle similaire à la tendance nationale? Comment l'améliorer?
Jours de présence des patients hospitalisés	Nombre de jours patients consécutifs au cours de la période de référence.	L'occupation dans nos établissements est-elle acceptable? Quel est le plan prévu pour réduire la pression sur les lits?
% de visite 4 et 5	Nombre de visites à l'urgence de niveau 4 et 5 divisé par le total des visites.	Quelles alternatives sont en place dans la communauté pour éviter des visites à l'urgence?
Nombre de visites à l'urgence	Nombre total de visites à l'urgence, triage 1 à 5	Les initiatives en soins primaires affectent-elles les services d'urgence?
Nombre de procédures aux laboratoires	Nombre total de procédures de laboratoire	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Nombre d'exams en imagerie médicale	Nombre total d'exams en radiologie et imagerie médicale	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Nombre de cas au bloc opératoire	Nombre total de cas au bloc opératoire	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Nombre de visites en hémodialyse	Nombre total de visites de patients en hémodialyse	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Nombre de visites en oncologie	Nombre total de visites de patients en oncologie	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Heures travaillées PPU/jours-patients	Heures travaillées par le personnel infirmier producteur d'unité (qui prodigue des soins direct aux patients) divisé par le nombre de jours-patients.	Sommes-nous efficaces dans l'affectation du personnel soignant? Utilisons-nous au maximum le champ de pratique de chaque groupe professionnel? Réagissons-nous assez rapidement aux variations dans les jours patients?
Nombre de requêtes médiatiques	Nombre de demande des médias reçus au service des communications	Les demandes étaient-elles liées à des aspects positifs?
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales (inclus les budgets d'équipements et de formation)	Dépenses administratives (administration générale, gestion de la qualité, gestion des risques, communication, etc) divisé par les dépenses totales	Ce pourcentage est-il acceptable et sinon quel est le plan d'action?

opérationnel - Définitions

Indicateurs	Définition	Discussion	Indicateurs	Définition	Discussion
Taux de réadmission dans les 30 jours	Le nombre de réadmissions observées divisé par le nombre de réadmissions prévues et multiplié par le taux moyen au Canada	Quelles mesures permettraient de prévenir les réadmissions?	% des dépenses de soutien par rapport aux des dépenses totales	Dépenses des services de soutien (services alimentaires, entretien ménager, entretien des installations, admission, archives, ressources humaines et services financiers, etc) divisé par les dépenses totales	Ce pourcentage est-il acceptable et sinon quel est le plan d'action?
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Nombre d'employés ayant une date d'appréciation de rendement future divisé par le nombre d'employés	Quelles sont les stratégies en place? Quelles sont les pratiques exemplaires?	% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux des dépenses totales	Dépenses des programmes cliniques (services aux patients hospitalisés, services diagnostiques, thérapeutiques, tertiaires, services ambulatoires) divisé par les dépenses totales	Ce pourcentage est-il acceptable et sinon quel est le plan d'action?
Taux global de conformité aux modules e-apprentissage	Nombre d'employés ayant suivi les formations en ligne dans les temps requis du renouvellement divisé par le nombre d'employés concernés	Comment les employés sont-ils informés des exigences? Quelles sont les stratégies pour améliorer la participation des employés?	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Coûts d'opération des laboratoires par unité de charge de travail	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Nombre de nouveaux griefs	Nombre de grief reçu au cours de la période (un grief compte une seule fois, peu importe s'il fait plusieurs paliers).	Quelle est la nature des griefs et comment en réduire la fréquence?	Variance en salaires et bénéfices	Total des dépenses pour les salaires et les bénéfices (avantages sociaux) comparativement au budget	D'où proviennent les variations et quelles en sont les raisons?
# de départ PT et TP/# moyen d'employés PT et TP	Nombre de départs temps plein et temps partiel divisé par le nombre moyen d'employés temps plein et temps partiel	Ce taux de roulement est-il comparable à celui d'organisations similaires? Si non comment l'améliorer?	Variance en dépenses médicaments	Total des dépenses pour les médicaments comparativement au budget	D'où proviennent les variations et quelles en sont les raisons?
% d'heures de maladie/Nombre d'heures travaillées	Heures de maladies payées divisées par les heures travaillées. Exclut les cas d'invalidité et de Travail sécuritaire NB.	Quelles sont les causes principales et quel est le plan prévu? Le programme d'assiduité est-il appliqué?	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Total des dépenses pour les fournitures médicales et chirurgicales et autres dépenses comparativement au budget	D'où proviennent les variations et quelles en sont les raisons?
Taux de vaccination des employés	Nombre d'employés vaccinés divisé sur le total d'employés actifs	Que faire pour améliorer le taux de vaccination?	Coût en énergie par pied carré	Coûts de l'électricité, huile et gaz naturel dans les hôpitaux par pied carré	Est-ce que nous mettons en place des énergies vertes pour réduire les impacts sur l'environnement? Résultent-elles en des économies?
% d'heures de surtemps	Nombre d'heures de surtemps divisé par le nombre d'heures travaillées	Quelles en sont les causes? Des mesures sont-elles en place pour éviter l'épuisement du personnel? Comment réduire le surtemps?			