

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 25 septembre 2018 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 Campbellton : salle téléadaptation Téléconférence :	(Claire, Gilles) (Anne, Lucie) (Janie, Dre LeBlanc, Anne L.) (Diane, Sonia) (Gisèle, Michelyne)
Présidente :	Claire Savoie		
Secrétaire :	Lucie Francoeur		
Participants			
Claire Savoie Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu Anne Belliveau-LeBlanc	Michelyne Paulin Janie Levesque Dre Nicole LeBlanc	Sonia A. Roy Anne Soucie Diane Mignault	
ORDRE DU JOUR			Documents
1. Ouverture de la réunion			
2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels			
3. Adoption de l'ordre du jour		D	✓
4. Résolution en bloc		D	✓
4.1 Adoption de la résolution en bloc			
4.2 Adoption du procès-verbal du 12 juin 2018			✓
4.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 12 juin 2018			✓
4.4 Mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité			✓
4.5 Plan de travail 2018-19			✓
4.6 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés Q1			✓
4.7 Rapport sur les plaintes Q1			✓
4.8 Rapport trimestriel des incidents Q1			✓
4.9 Recommandations des Comités de revues			✓
4.10 Mise à jour sur la démarche d'agrément			✓
4.11 Rapport trimestriel des incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée Q1			✓
5. Autres			
5.1 Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients et ses règlements		I	✓
5.2 Gestion des plaies de pression		I	✓
6. Affaires permanentes			
6.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (juin 2018)		I	✓
7. Date de la prochaine réunion : le 13 novembre 2018 à 08:30			
8. Levée de la réunion			

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 12 juin 2018 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle	(Claire)
Présidente :	Norma McGraw	Edmundston : salle 2281	(Gisèle, Lucie)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Tracadie : salle à manger	(Norma)
		Campbellton : salle 4002	(Diane)
		Téléconférence :	(Anne)
Participants			
Norma McGraw	✓	Anne Soucie	✓
Gilles Lanteigne	A	Janie Levesque	A
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	A
		Claire Savoie	✓
		Diane Mignault	✓
		Michelyne Paulin	A
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Norma McGraw à 08:35.

2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2018-06-12 / 01SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Claire Savoie

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

Adopté à l'unanimité.

4. Résolution en bloc

- 4.1 Adoption de la résolution en bloc
- 4.2 Adoption du procès-verbal du 27 mars 2018
- 4.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 27 mars 2018
- 4.4 Politique et procédure « Aide médicale à mourir »
- 4.5 Mise à jour sur les suivis d'agrément
- 4.6 Recommandations des Comités de revue
- 4.7 Rapport annuel 2017-2018 – Qualité et sécurité des patients
- 4.8 Rapport annuel 2017-2018 – Gestion des risques
- 4.9 Rapport annuel 2017-2018 – Bureau de l'éthique
- 4.10 Rapport annuel 2017-2018 – Mesures d'urgence
- 4.11 Rapport annuel 2017-2018 – Prévention et contrôle des infections
- 4.12 Rapport annuel 2017-2018 – Application de la Loi sur les accès de la protection en matière de renseignements personnels sur la santé
- 4.13 Rapport annuel 2017-2018 – Langues officielles
- 4.14 Rapport annuel 2017-2018 – Demande d'accès à l'information

La présidente demande aux membres si certains points de la résolution en bloc doivent être retirés ou si la résolution en bloc est adoptée telle que présentée. Un membre demande que le point 4.3 soit retiré de la résolution en bloc.

MOTION 2018-06-12 / 02SCGQS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que la résolution en bloc soit adoptée avec le retrait du point 4.3 « Suivis de la dernière réunion du 27 mars 2018 ».

Adopté à l'unanimité.

4.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 27 mars 2018

En ce qui concerne le processus de recrutement de médecins dans les communautés rurales, l'équipe des Services médicaux poursuit activement les stratégies mises en place pour améliorer la rétention et le recrutement. Plusieurs événements ont lieu entourant ces stratégies, comme les journées carrières aux universités, les foires d'emplois, etc. Nous avons traité dernièrement des défis entourant les urgences péninsulaires où il y a eu du recrutement de médecins remplaçants et certaines réorganisations du côté médical pour effectuer des relais additionnels à l'urgence. Les efforts se poursuivent.

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

5. Affaires permanentes

5.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2018)

Diane Mignault présente brièvement le sommaire du tableau de bord stratégique et opérationnel et les principaux éléments ressortis sont :

- le début des réunions du Comité consultatif des patients et des familles a été remis à l'automne 2018, puisque le recrutement des membres est en cours et est plus long que prévu;
- l'amélioration de l'accès en chirurgie continue sa progression dans les trois indicateurs ciblés ;
- le recrutement des infirmières praticiennes est ralenti faute de financement du ministère de la Santé cette année ;
- le % de surtemps dépasse la cible particulièrement dans les Services cliniques ;
- le % de maladies dépasse la cible particulièrement dans les Services de soutien et Planification et support à la décision ;
- le taux de conformité à l'hygiène des mains est 7 % en dessous de la cible de 90 % ;
- les griefs ont diminué de 26 % par rapport à l'année précédente ;
- le % de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale dépasse largement la cible, principalement dans la zone 4 ;
- les indicateurs opérationnels reliés aux finances demeurent tous autour ou meilleur que la cible, à l'exception des coûts d'opération des laboratoires par unité de charge de travail et des coûts en énergie par pied carré.

En ce qui concerne le pourcentage de maladies, le Comité d'absentéisme sera remis sur pied prochainement ce qui permettra de mettre en place diverses stratégies pour pallier à la source d'absentéisme. Nous voulons aussi intégrer à l'équipe un médecin pour faire le lien avec la santé et sécurité au travail et pour mieux comprendre les éléments entourant les accidents de travail et les évaluations d'absentéisme.

Les indicateurs reliés au volet des Ressources humaines sont presque tous inférieurs à la cible. Gisèle Beaulieu souligne que le secteur des Ressources humaines vient de s'ajouter à son portfolio et qu'une démarche est en cours afin de connaître les défis, enjeux auprès de la clientèle et de proposer un plan d'action à l'Équipe de leadership afin de prioriser les plus grands dossiers dans la prochaine année.

À ce jour, le roulement du personnel au Programme extra-mural semble être stable.

6. Date de la prochaine réunion : le 25 septembre 2018 à 08:30

7. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Claire Savoie à 09:10.

Norma McGraw
Présidente du comité

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

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 25 septembre 2018

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 12 juin 2018

Il n'y a aucun suivi à faire autre que ceux indiqués à l'ordre du jour de la rencontre.

Soumis le 17 septembre 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 25 septembre 2018

Objet : Mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Le mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité est présenté à titre d'information étant donné que le comité est constitué d'un nouveau membre.

Soumis le 30 août 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES SERVICES À LA CLIENTÈLE, DE LA GESTION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ	N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2018-06-26
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2018-04-17
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2018-06-26
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (le « Comité ») est responsable d'assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité. Le comité est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, de la sécurité, des risques et de l'éthique afin d'être en mesure de guider le Conseil d'administration (le « Conseil ») à l'égard de ses responsabilités concernant tous les aspects liés à la prestation des soins et services aux patients.

Composition et fonctionnement

1. Le Comité est composé de trois membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du Comité.
2. Le Comité se réunit au moins quatre fois par année selon un calendrier préétabli.
3. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
4. Les présidents(es) du Comité médical consultatif régional et Comité professionnel consultatif sont membres permanents sans droit de vote.

Responsabilités

1. Le Comité surveille, conseille le Conseil et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives :
 - 1.1. aux processus de services à la clientèle, de gestion de la qualité, des risques et de la sécurité et de l'éthique;

- 1.1.1. priorise la qualité et la sécurité et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
 - 1.1.2. recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité, de gestion des risques et d'éthique et suit leurs mises en œuvre;
 - 1.1.3. passe en revue et recommande un plan stratégique pluriannuel sur la qualité et la sécurité ainsi que des objectifs d'amélioration annuels;
 - 1.1.4. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques;
 - 1.1.5. surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord ;
 - 1.1.6. reçoit et analyse les rapports du Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
 - 1.1.7. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité, à la gestion des risques et à l'éthique;
 - 1.1.8. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité pour les membres du Comité et du Conseil;
 - 1.2. aux normes d'agrément liées aux services à la clientèle, à la qualité et à la sécurité des soins et des services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;
 - 1.3. à la satisfaction et à l'expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
 - 1.3.1. assure la mise en place de mécanismes pour évaluer et améliorer l'expérience des patients et pour gérer les plaintes;
 - 1.4. aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical, de renouvellement, de suspension ou de modification;
 - 1.5. aux processus liés au développement et au maintien des compétences des professionnels et des médecins et aux processus de délégation des actes professionnels et médicaux.
2. Le Comité s'acquitte aussi de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

Rapport

1. Le Comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, ce qui comprend une revue annuelle de la qualité, de la sécurité, des risques et de l'éthique. Les rapports réguliers comprennent les points suivants :
 - 1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, les risques, la sécurité et le service à la clientèle (trimestriellement);

Politique / Procédure N° : CA-350

- 1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients (trimestriellement ou deux fois par année);
- 1.3 Analyse des causes profondes soumises par le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Réseau;
- 1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables (au moins une fois par trimestre);
- 1.5 Satisfaction/perception des patients (rapports trimestriels et annuels);
- 1.6 Satisfaction/perception des médecins (au moins tous les deux ans);
- 1.7 Satisfaction/perception des employés (au moins tous les deux ans);
- 1.8 Culture de sécurité des patients (rapport annuel);
- 1.9 Agrément (rapport trimestriel);
- 1.10 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats (au moins tous les deux ans);
- 1.11 Rapport des activités en éthique (rapports trimestriels et annuels).

Plan de travail et objectifs annuels du Comité

1. Le Comité se dote d'un plan de travail et d'objectifs annuels en précisant ses domaines d'intérêt principaux pour la prochaine année. Voici des exemples :
 - 1.1 Surveiller un programme de diminution des erreurs liées aux médicaments;
 - 1.2 Appuyer fortement et surveiller une initiative d'amélioration du service à la clientèle au Service d'urgence;
 - 1.3 Surveiller les projets liés à une campagne d'amélioration de la qualité et de la sécurité;
 - 1.4 Examiner et mettre à jour le tableau de bord sur la qualité et d'autres rapports d'indicateurs clés liés à la qualité et aux patients pour veiller à ce qu'ils comprennent des objectifs établis pour le Réseau.
 - 1.5 Passer en revue les priorités nationales actuelles dans le domaine de la qualité et de la sécurité des patients, comme la rémunération en fonction du rendement et l'usage de technologies de l'information pour améliorer la qualité.

Remplace : Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 25 septembre 2018

Objet : Plan de travail 2018-19

Un plan de travail 2018-19 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 2018-19

Adopté

Soumis le 30 août 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

PLAN DE TRAVAIL 2018-19

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

Date de la réunion	Activités
Septembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, risques, éthique • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité (tableau de bord) • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont effectués (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur la satisfaction, histoire patient)
Novembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité (tableau de bord) • Présentation plan qualité, initiatives, projets - VP • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada • Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont effectués (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur la satisfaction, histoire patient)
Janvier 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité (tableau de bord) • Présentation plan qualité, initiatives, projets - VP • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis) • Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont effectués (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur la satisfaction, histoire patient) • Surveiller la satisfaction des employés et des médecins (sondages Pulse)
Mars 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité (tableau de bord) • Présentation plan qualité, initiatives, projets - VP • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis) • Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont effectués (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur la satisfaction, histoire patient)

Juin 2019

- Révision du plan de travail et calendrier de réunions du Comité de Qualité
- Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité (tableau de bord)
- Présentation plan qualité, initiatives, projets - VP
- Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis)
- Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille
- Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)
- Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont effectués (rapport des recommandations)
- Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur la satisfaction, histoire patient)
- Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, risques, éthique

2018 08 30

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 4.6
Le 25 septembre 2018

Rapport Q1 - 2018-19

- Rapport présenté à titre d'information et appui des recommandations.

Résultats

- **Taux de participation** : Le taux régional de participation au sondage était 16% (Q1 2018-19), comparativement à 19% pour le premier trimestre de l'année 2017-18. Seule la Zone 4 a rencontré la cible visée de 20%. Comparativement à Q1 2017-18, on note une diminution dans les taux de participation dans toutes les zones. Un total de 1045 questionnaires ont été remplis dans le Q1 2018-19.

	Q1 2017-18	Q1 2018-19
Réseau	19%	16%
Z1B	13%	11%
Z4	37%	29%
Z5	21%	17%
Z6	12%	11%

- Le tableau en annexe démontre les résultats par question pour le premier trimestre de l'année 2018-19 ainsi que les données comparatives pour la même période en 2017-18. Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du NB (CSNB) effectué en 2016 ont également été inclus à titre de référence. Il est à noter qu'il faut comparer les résultats du Réseau à ceux du CSNB avec prudence, puisque la méthodologie et l'échantillonnage étaient différents dans les deux sondages.
- Lorsqu'on compare les données de 2018 et 2017 pour le Q1, on remarque une faible augmentation du taux régional de satisfaction pour 11 des 20 questions. Pour quatre questions le taux est demeuré le même. Pour 5 questions sur 20 on remarque une faible diminution du taux régional de satisfaction (gestion de la douleur, respect des valeurs culturelles, préoccupation pour la sécurité, vérification du bracelet et information sur les choses à surveiller après le congé).
- Les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70%) sont en lien avec : la gestion de la douleur, le respect des valeurs culturelles, la tranquillité, la nourriture et l'information sur les symptômes à surveiller après le congé.
- Les questions avec le plus haut taux de satisfaction (≥ 85%) sont en lien avec : la courtoisie, les heures de visite, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité, la vérification du bracelet d'identité, la langue de service et l'expérience globale.

Pistes d'amélioration / Recommandations

- **Taux de participation** : Les taux pour le Q1 2018-19 sont à la baisse dans toutes les zones. Selon une première revue de la littérature, les sondages auto-administrés (remis en personne par l'organisation) ont ordinairement des faibles taux de retour (moins que 20%). Toutefois, nous allons continuer à faire nos recherches afin de valider les informations. Également, les démarches et les suivis se poursuivent dans le but d'augmenter les taux de participation.
 - *Assignment d'un bénévole spécifiquement à la distribution des sondages à compter de septembre.*
 - *Finalisation du rapport régional pour chaque directeur avec les taux de retour pour les unités de leur secteur.*
 - *Amélioration de la section sondage sur le site Web du Réseau et ajout du Code QR au sondage.*

- **Nourriture** : Les services alimentaires ont piloté leur sondage régional cet été au CHUDrGLD. Ce questionnaire contient une dizaine de questions propre aux services alimentaires (ex. : variété des menus, le goût, la température, la quantité des aliments, la propreté de la vaisselle, etc.).

Poursuivre la mise en œuvre du sondage à travers le Réseau afin de cibler davantage les problématiques et les pistes d'amélioration en lien avec la nourriture.

- **Obtention d'aide et gestion de la douleur**: Ces deux éléments obtiennent de façon régulière de faibles taux de satisfaction. Des outils en lien avec les rondes proactives sont disponibles sur le site de la pratique professionnelle. Lors des tournées proactives (aux heures) quatre points sont abordés avec le patient : douleur, position, élimination, matériel.

Évaluer la mise en œuvre des tournées proactives dans les unités et travailler en collaboration avec la pratique professionnelle (soins infirmiers) afin de sensibiliser le personnel sur l'importance de les faire.

- **Tranquillité la nuit** : Malgré les efforts de sensibilisation et suivis faits en lien avec le bruit sur les unités, cet élément obtient des faibles taux de satisfaction (Q1 Toujours : 65% et Habituellement : 26%).

Ressortir par unité les taux de satisfaction en lien avec le bruit pour les deux dernières années, ainsi que les commentaires des patients et faire un rapport au gestionnaire de chaque unité afin qu'il partage les résultats avec leurs employés et trouve ensemble des solutions.

Soumis le 2018/08/28 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés

Rapport régional – Q1 2017-18 et 2018-19

QUESTIONS	CSNB 2016 (%)		Vitalité 2017-18 (%)	Vitalité 2018-19 (%)
	NB	Vitalité	Q1	Q1
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	20.5	17.4	13	12
Q2) Traiter avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.8 MD 79.9 RN	87 MD 81.8 RN	89	90
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	74.8 MD 69.4 RN	79.5 MD 74.1 RN	81	82
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	61.3	69.4	76	78
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	67.7	68.0	76	79
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	60.3	60.0	70	72
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	71.7	70.7	68	72
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	60.4	63.3	71	65
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	36.4	41.8	43	34
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	51.7	55.8	70	74
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	41.7	50.1	65	65
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent + Très bonne)	19.5	23.0	40	40
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	80.1	74.3	77	87
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	69.7	72.7	85	86
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.8	84.3	92	91
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	81.9	80.7	86	85
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	65.2	74.2	69	66
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.7	80	80
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	91.1	86.9	90	90
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	78.9	82.5	87	89

Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)

Z1B		Z4		Z5		Z6	
Q1 2017-18	Q1 2018-19	Q1 2017-18	Q1 2018-19	Q1 2017-18	Q1 2018-19	Q1 2017-18	Q1 2018-19
89%	90%	84%	87%	86%	89%	92%	92%

Note d'information

Rapport sur les plaintes Q1

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.7

Le 25 septembre 2018

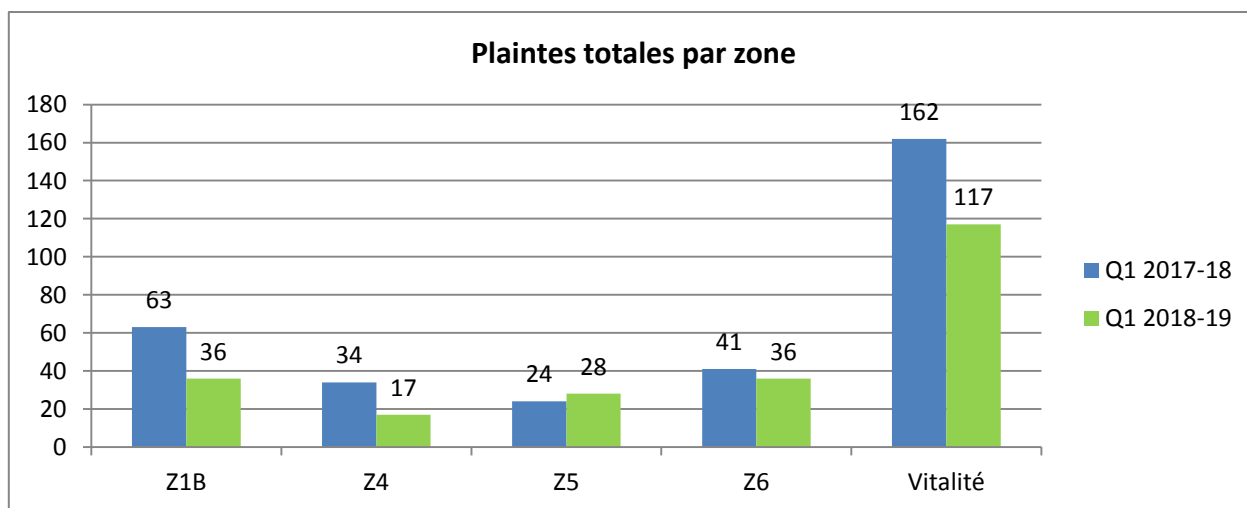
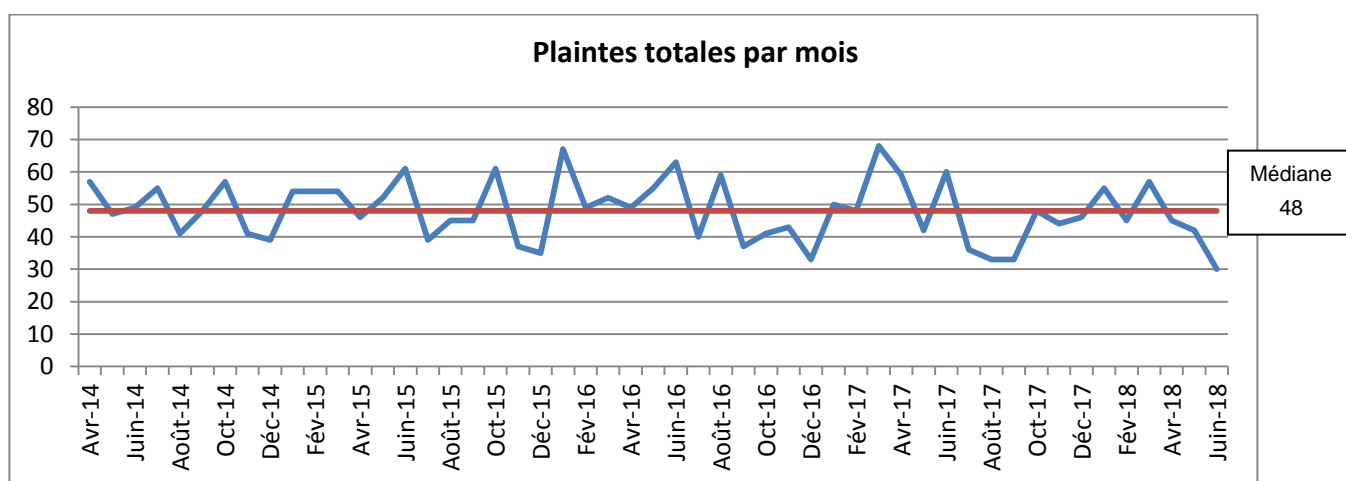
Rapport Q1 2018-19

- Le rapport sur les plaintes est présenté à titre d'information.

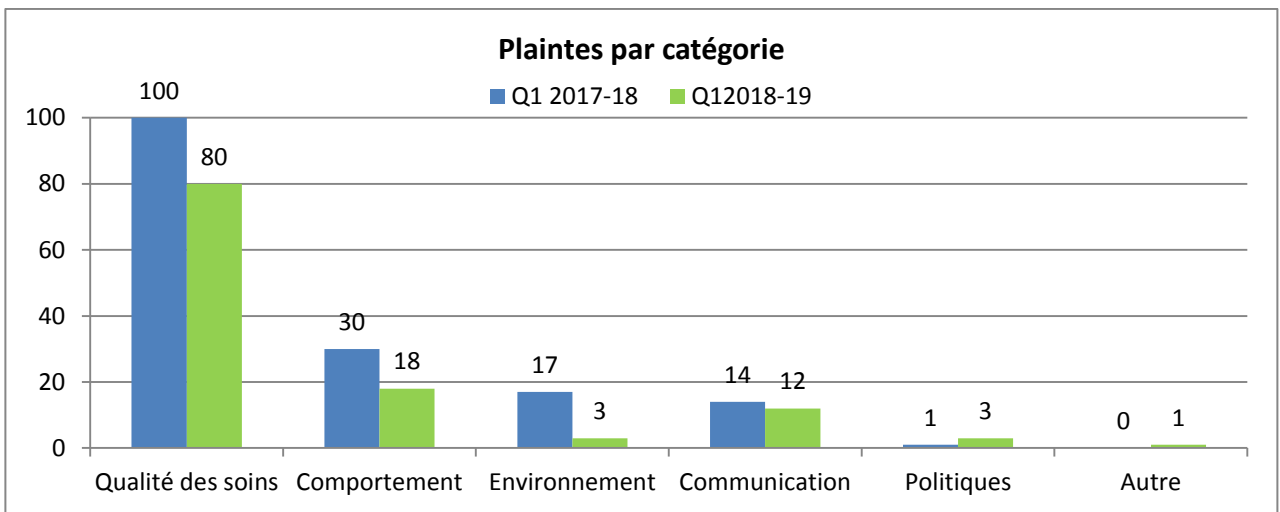
Contexte

- Le présent rapport comprend les données du premier trimestre de l'année financière 2018-2019, ainsi que les données comparatives pour l'année 2017-18.

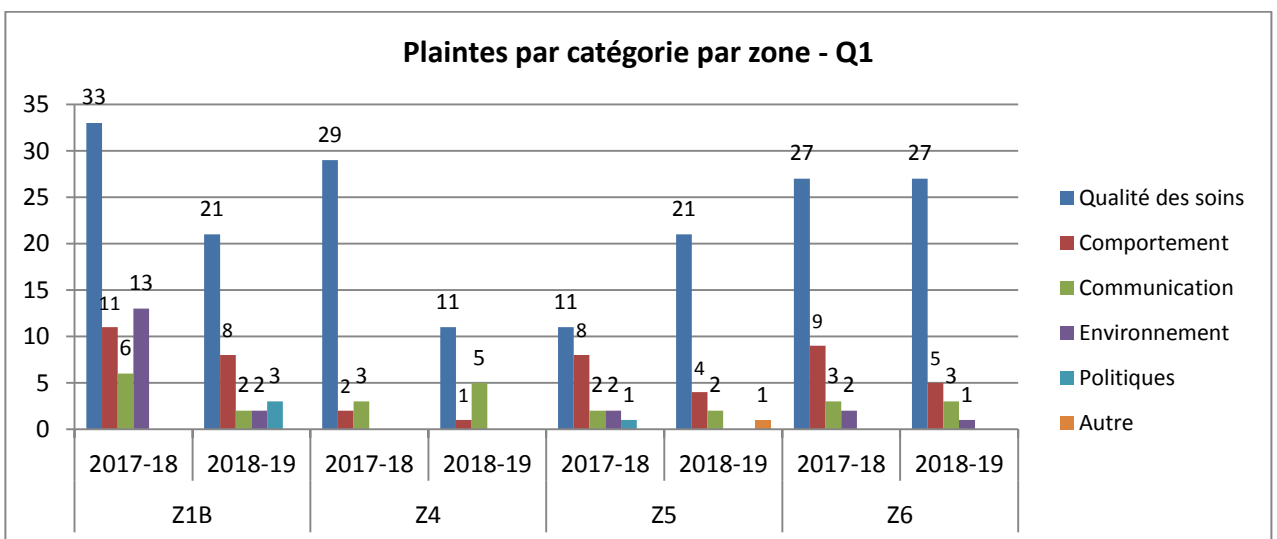
Résultats



- Au niveau régional, on note une diminution (28%↓) dans le nombre total de plaintes (Q1 2018 vs 2017). Cette diminution est attribuable à une réduction dans le nombre de plaintes dans presque toutes les catégories. On note également une diminution dans toutes les zones, sauf dans la Zone 5 (17%↑). Les zones 1B et 4 affichent les diminutions les plus significatives (Z1B 43%↓ et Z4 50%↓).

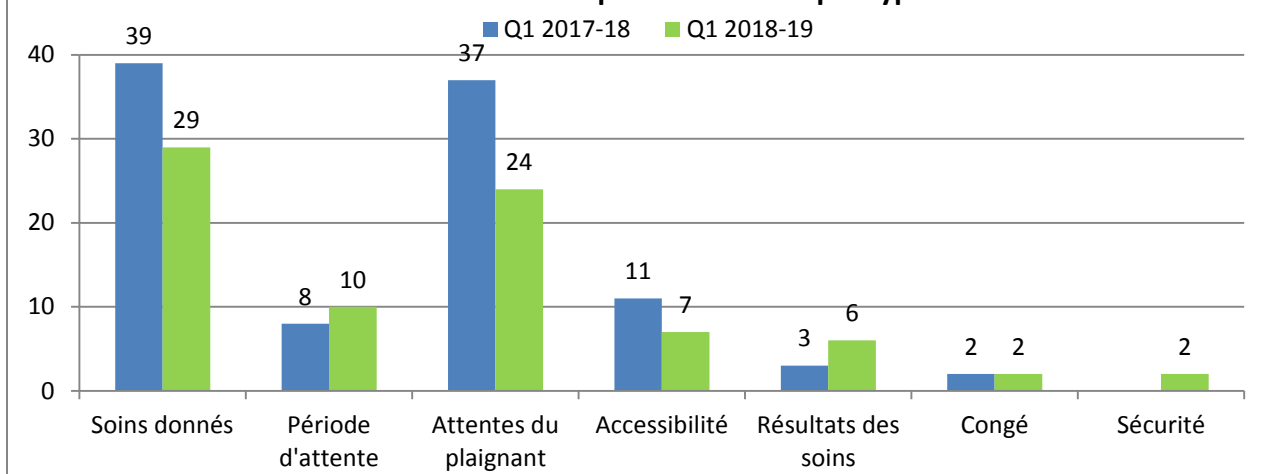


- On note une diminution dans le nombre total de plaintes dans toutes les catégories, sauf la catégorie en lien avec les politiques. Les plaintes liées à la qualité des soins ont vu une diminution de 20% comparativement à l'année précédente. Les plaintes de cette catégorie représentent 68% du total des plaintes rapportées (versus 62% en 2017-18). Les plaintes en lien avec le comportement ont vu une diminution de 40 % et celles en lien avec l'environnement une baisse de 82%.



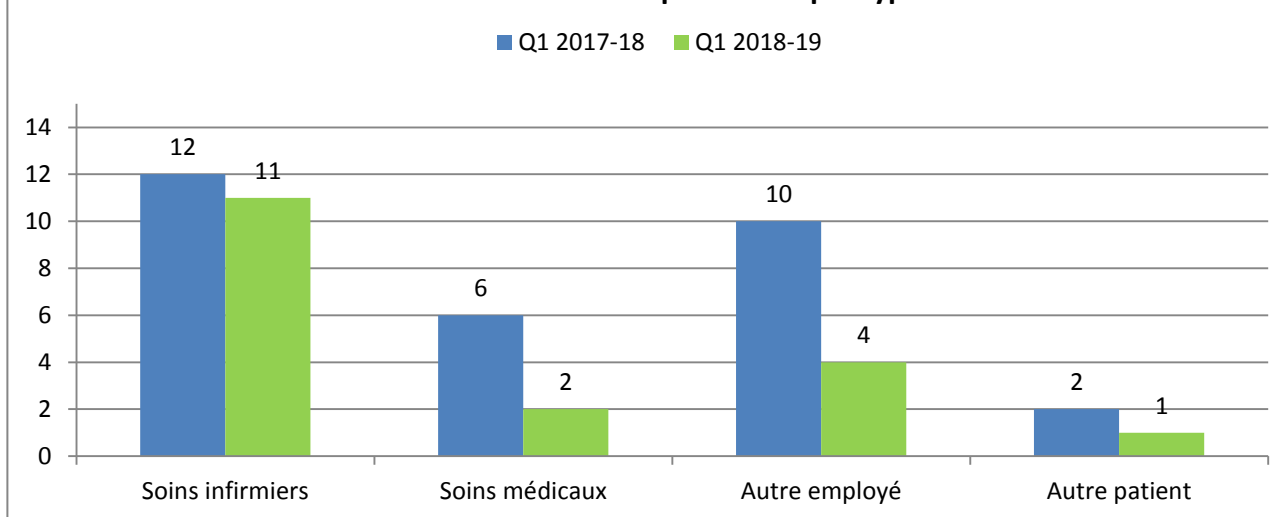
- Qualité des soins** : Les zones 1B (36%↓) et 4 (62%↓) ont vu une diminution dans le nombre de plaintes liées à la qualité des soins. Dans la Zone 6, le nombre est demeuré inchangé et la Zone 5 affiche une augmentation de 91%↑. Dans la Zone 5, les plaintes liées à la qualité des soins proviennent en grande partie du service d'Urgence (7 - majorité en lien avec le temps d'attente), l'ophtalmologie (4 - en lien avec le manque de service), psychiatrie (4 - en lien avec soins reçus) et CHR (3 - en lien avec soins reçus et délai pour voir psychiatre).
- Comportement** : On note une diminution dans le nombre de plaintes liées au comportement dans chacune des zones.
- Communication** : La Zone 1B affiche une diminution, la Zone 4 une augmentation, tandis que les zones 5 et 6 demeurent inchangées.
- Environnement** : Au niveau régional, nous comptons 3 plaintes (Q1 2018) comparativement à 17 (Q1 2017). On note une diminution importante dans le nombre de plaintes liées à l'environnement dans la Zone 1B (85%↓), en grande partie due à la diminution des plaintes liées au stationnement.

Plaintes liées à la qualité des soins par type



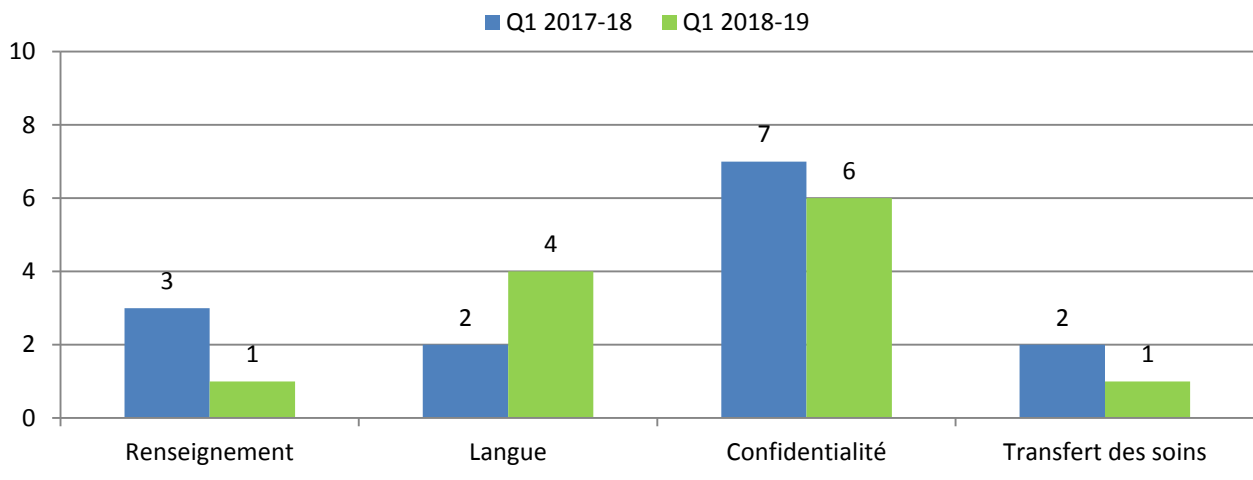
- Dans la catégorie Qualité des soins, les types de plaintes suivants représentent le plus haut volume de plaintes : Soins donnés (36%), Attentes du plaignant (30%) et Accessibilité (9%).
- On note une diminution au niveau des plaintes en lien avec les soins donnés (25%↓) et les attentes du plaignant (35%↓). Les Services d'urgence comptent le plus haut volume de plaintes dans ces catégories (ex. : insatisfaction avec les soins reçus, temps d'attente, attentes du plaignant, etc.). Cinq des sept plaintes liées à l'accessibilité sont en lien avec le manque de service d'ophtalmologie à Campbellton.

Plaintes liées au comportement par type



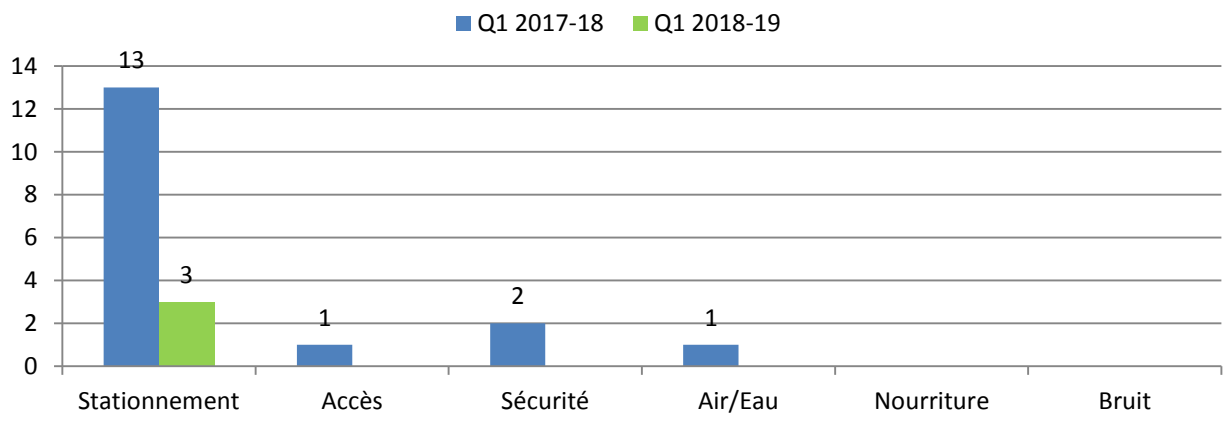
- On note une diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement (Q1 2017 à Q1 2018) dans toutes les catégories et plus particulièrement au niveau du corps médical (67%↓) et autres employés (60%↓). La catégorie Soins infirmiers affiche une légère diminution (8%↓). Dans la catégorie autre employé, les plaintes sont en lien avec le personnel des services diagnostiques et professionnels (Imagerie médicale, Physiothérapie et Thérapie respiratoire). Comparativement au Q1 2017, on note aucune plainte en lien avec les agents de sécurité et le personnel de réception.

Plaintes liées à la communication par type



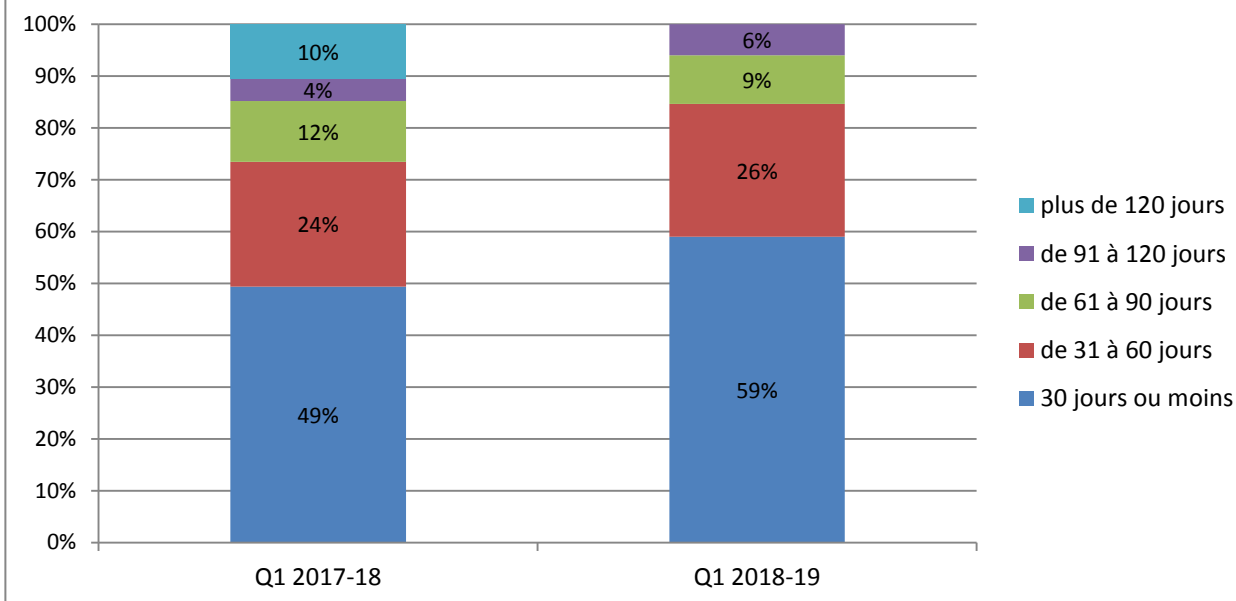
- La majorité des plaintes liées à la communication se retrouvent dans la catégorie en lien avec la confidentialité. Les plaintes dans cette catégorie touchent les accès potentiellement non autorisés au dossier et des bris potentiels/divulgence des renseignements personnels sur la santé.
- On note une faible diminution au niveau du nombre de plaintes liées aux renseignements, confidentialité et transfert des soins. Une augmentation est toutefois notée au niveau de la catégorie langue. Les plaintes liées aux langues touchent le manque de service et le manque de rapports ou dossier dans la langue du choix du patient.

Plaintes liées à l'environnement par type



- Les efforts afin d'améliorer le stationnement au CHUDGLD ont porté fruit. On note une importante diminution (77%↓) du nombre de plaintes dans cette catégorie. Sur les 3 plaintes en lien avec le stationnement, deux proviennent du CHUDGLD (manque de stationnement) et une de l'Hôpital régional Chaleur (trop de véhicules sur la rampe de débarquement).

Délais de résolution des plaintes



Des suivis étroits sont faits pour régler les plaintes dans le délai de trente jours. Une amélioration est notée dans cette catégorie (10%↑). On ne note aucune plainte non résolue de plus de 120 jours. Une nette amélioration par rapport au Q1-2017-18.

Exemples d'améliorations découlant des plaintes

Chaque plainte reçue est portée à l'attention des gestionnaires ou des chefs de service/département intéressés pour fin d'examen et d'amélioration. Des suivis sont effectués auprès de chaque plaignant. Voici des améliorations qui découlent du suivi des plaintes :

Au niveau régional

- Nouvelle politique sur la traduction des rapports cliniques en place qui permet de définir et uniformiser les conditions dans lesquelles un rapport sera traduit. Ceci permet aussi une communication plus claire avec les patients et des attentes plus réalistes des cliniciens.

Zone 1B

- Rencontre structurée (aux 4 mois) entre les intervenants responsables de la santé mentale, des services mobiles d'intervention de crise, du service d'urgence et de la GRC de Codiak afin d'améliorer la collaboration et offrir un meilleur service pour la clientèle de la santé mentale qui doit se rendre à l'urgence en situation de crise.
- Diminution des plaintes en lien avec le manque de stationnement au CHUDGLD. Cette diminution est attribuable à la réorganisation de certains espaces dédiés aux personnes avec des handicaps. Également, le gestionnaire de la sécurité appelle les plaignants, explique les défis et aide à trouver des solutions ce qui contribue à améliorer la satisfaction de la clientèle.

Zone 4

- Un nouveau processus a été mis en place au Service des laboratoires à Grand-Sault afin de réduire les erreurs et le temps d'attente. Par contre, ce processus fait que les patients doivent apporter eux-mêmes leur requête au laboratoire et retourner à la salle d'attente par la suite. Afin de mieux servir les patients ayant des difficultés de mobilité, deux chaises sont réservées à la section cueillette afin d'éviter que ces patients aient à retourner à la salle d'attente.

Zone 4 (suite)

- Afin de diminuer les délais pour obtenir un rendez-vous pour une biopsie thyroïdienne, toutes les demandes de rendez-vous sont maintenant gérées directement par le Service d'imagerie au lieu du Service de rendez-vous. Une équipe de professionnels travaille également à cibler des solutions afin d'améliorer le fonctionnement global des rendez-vous pour le Service d'imagerie.

Zone 5

- Plainte concernant la qualité des soins offerts à un patient ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) post-chirurgie. Puisque plusieurs symptômes d'un AVC sont semblables à des symptômes postopératoires, des sessions d'éducation seront données aux employés du département sur le sujet.
- Afin d'améliorer l'accès au service d'ophtalmologie suite au départ de l'ophtalmologiste de la zone, une clinique d'ophtalmologie fut organisée afin d'assurer un suivi local de consultations électives et semi-urgentes. La clinique est supportée par un ophtalmologiste remplaçant et les services seront disponibles jusqu'en octobre. Les efforts de recrutement se poursuivent afin d'assurer une couverture permanente.

Zone 6

- À la clinique de la douleur, le personnel restera au besoin avec les patients lors des consultations avec le médecin afin de s'assurer qu'ils comprennent bien les directives si celles-ci ne sont pas dans la langue de préférence du patient.
- Au service d'imagerie médicale, la musique sera offerte aux patients qui portent le casque protecteur, même ceux qui portent une double protection avec les bouchons. Selon les patients, ceci permet de réduire l'anxiété.

Soumis le 29 août 2018 par Nicole Frigault, Directrice – Qualité, Risques et Expérience patient

Rapport trimestriel des incidents (T1 de 2018-2019)

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

Item 4.8

Date : le 25 septembre 2018

Décision recherchée

Le rapport trimestriel (T1 – avril à juin 2018) 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

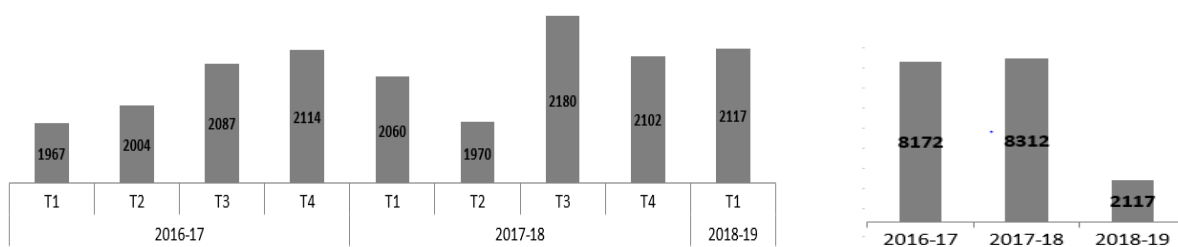
Les statistiques et graphiques représentent les données extraites des incidents « rapportés ». Il est important de considérer que les données peuvent varier d'un rapport à l'autre en raison de la mise à jour qui est faite sur une base mensuelle. Les gravités des incidents peuvent également varier, car elles sont parfois revues à la hausse ou à la baisse suite à la réception des suivis.

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



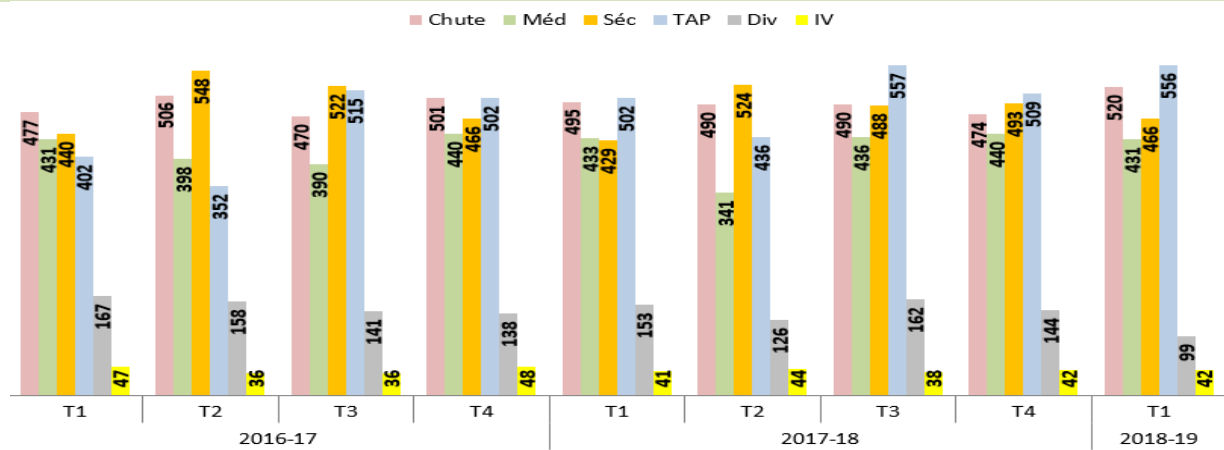
Observations / Explications :

- Ces données représentent le total global des incidents rapportés par trimestre pour l'ensemble du Réseau. Les 2 derniers trimestres sont plutôt stables.

Mesures prises :

- Aucune mesure concrète nécessaire, car ce sont des données globales.
- Les gestionnaires reçoivent mensuellement un rapport de tendance sur les incidents rapportés propre à leur(s) service(s) et peuvent ainsi identifier les tendances et cibler les occasions d'amélioration. C'est un travail en continu.

2- Catégories des incidents rapportés.



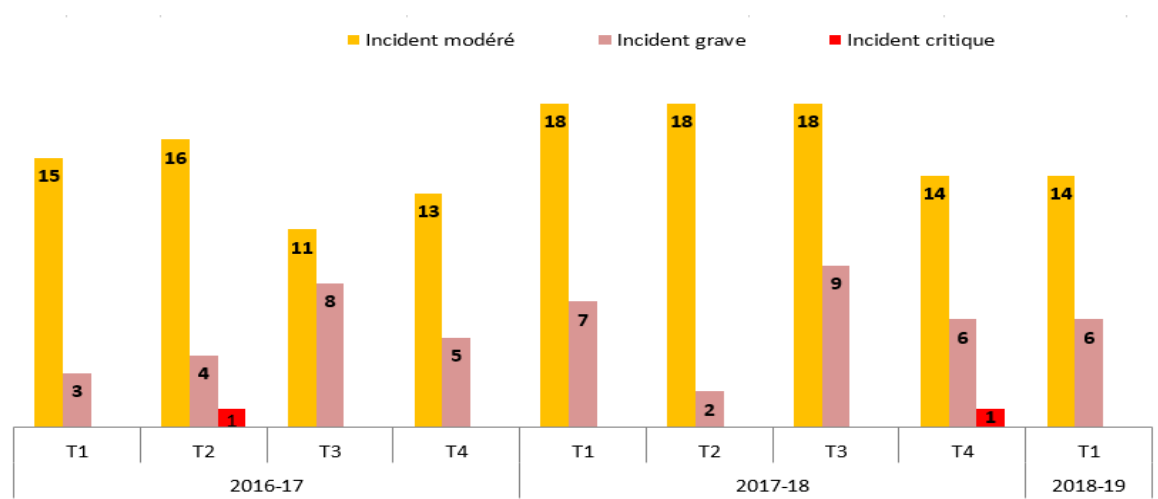
Observations / Explications :

- Les données présentent peu de variations par rapport au dernier trimestre. Les chutes et les incidents de type Traitement/analyse/procédé sont les incidents démontrant une légère hausse.

Mesures prises :

- Aucune mesure concrète nécessaire, car ce sont des données globales.
- Les mesures d'amélioration sont identifiées suite aux analyses de tendance faites dans chacune des zones. C'est un travail en continu.

3- Incidents modérés, graves et critiques



Observations / Explications :

- Les données sont similaires par rapport au dernier trimestre.

Mesures prises :

- Tous ces incidents ont fait l'objet d'un suivi et des pistes d'améliorations

ont été identifiées et mises en place ou sont en voie de l'être.

- Certains de ces incidents ont été référés à la qualité pour revue.

4- Suivis suite aux Analyses de tendances

Zone 4 :

- En avril, persistance de l'augmentation des incidents reliés aux médicaments à l'unité de soins prolongés de l'HRE. Incidents survenant surtout en soirée, facteurs contributifs environnementaux. Ajustement fait au niveau du personnel, en attente de savoir si l'ajout d'une infirmière auxiliaire le soir a été accepté. En attendant l'ajout de ressource, nous avons réitéré l'importance d'effectuer les « 5 bons » conformément à la politique sur l'administration des médicaments et de bien vérifier l'assignation des patients à chaque relais.

Suivi à la décision

Poursuivre l'analyse des tendances.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 2018-08-17 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques

Recommandations des Comités de revues

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

Item 4.9

Le 25 septembre 2018

Décision recherchée

- Le rapport est présenté afin d'informer le comité des recommandations qui découlent de l'analyse des incidents préjudiciables par les comités de revues.

Contexte / Problématique

- Conformément aux exigences de la Loi sur la Qualité des soins, ce rapport présente les recommandations des comités de revues pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, soit en mai 2018. Le rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des analyses des comités de revues qui ont été effectuées avant cette période.
- Dans la période de mai à septembre 2018, un total de 8 revues ont été effectuées (7 incidents et 1 suicide en communauté) et un total de 43 recommandations ont été émises.
- De ces 43 recommandations : 9 sont en place, 26 sont en voie de mise en œuvre (la plupart avec un échéancier dans les prochains mois) et 8 sont en évaluation. Le tableau ci-dessous présente un résumé des incidents et des recommandations émises.

Résumé des incidents et recommandations (mai à septembre 2018)

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Bris potentiel dans le processus de désinfection des machines en hémodialyse	<ul style="list-style-type: none"> - Valider les résultats de sérologie par 2 membres du personnel. - Revoir processus de communication et documentation des résultats de sérologie positif. - Session d'information au personnel sur l'interprétation des valeurs des tests de sérologie. - Intégrer le processus de dépistage à la clinique de protection rénale. - Examiner et revoir les pratiques de nettoyage des machines.
Agression physique entre deux patients en psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier et mettre œuvre une échelle de dangerosité qui permet d'évaluer les patients et atténuer les risques à l'unité. - Élaborer un protocole qui définit les niveaux de surveillance requis selon la condition du patient. - Faire une demande d'aménagement pour l'unité. Voir à la possibilité d'avoir des agents d'intervention à l'unité. - Assurer la mise en œuvre de plan de soins multidisciplinaire pour les patients complexes.
Plaie de pression développée lors de l'hospitalisation (2 patients)	<ul style="list-style-type: none"> - Voir à la possibilité d'avoir une coordination régionale en soins de plaies et l'ajout d'une infirmière spécialisée en plaies. - Évaluer et encadrer la mise en œuvre du programme, des outils et des pratiques en soins de plaies. - Assurer que le personnel suit la formation sur l'utilisation des outils et l'application des interventions. - Revoir le processus pour l'obtention des surfaces thérapeutiques et l'identification (préadmission) des patients qui requièrent une surface. - Faire un plan de remplacement et d'achat des surfaces thérapeutiques et le réviser annuellement. - Diffuser l'information en lien avec les surfaces thérapeutiques aux médecins. - Faire des audits en lien avec les pratiques d'évaluation en soins infirmiers et renforcer les évaluations physiques à chaque relais, la planification des soins en conséquence et la documentation au dossier. - Réviser le contenu du formulaire de transferts des soins afin d'avoir un portrait plus complet de la condition du patient. - Évaluer les ressources nécessaires pour soigner un patient avec une plaie de pression de stade avancé afin d'assurer que le patient est soigné dans l'établissement approprié. - Cesser l'utilisation de la litière de chats dans la gestion des odeurs et proposer d'autres options.

Chute avec fracture du fémur	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer l'utilisation de lit approprié (ex. lit bas) pour les patients à risque de chute et confus admis à l'unité des soins palliatifs. - Assurer l'utiliser une chaise gériatrique pour les patients confus, à risque de chute.
Résultat d'un cancer du sein seulement reçu lors d'un rendez-vous un an plus tard	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer un manuel de procédure pour les examens spéciaux et le rendre disponible dans chacune des salles d'examens. - Réviser le programme d'orientation clinique pour les infirmières au service d'imagerie médicale et mettre en place un programme d'évaluation des compétences. - Faire un rappel au personnel pour assurer que toutes les sections de la requête histopathologie soient dûment remplies. - Inclure la requête de biopsie de Meditech à celle d'histopathologie et de cytologie pour les spécimens envoyés au laboratoire. - Faire un "Addendum" au rapport de la biopsie en imagerie, suite à la réception du résultat de la pathologie.
Patient quitte le service de traitement des dépendances sans aviser le personnel et il retrouvé sans vie 16 jours plus tard	<ul style="list-style-type: none"> - Répéter l'importance de faire les évaluations au 4h pour les nouvelles admissions et faire l'évaluation de l'état mental et physique. - Assurer la mise en place de ligne directrice pour lancer un code jaune au STD. - Voir à la possibilité de mettre en place un processus de surveillance plus fréquente des clients au Service de traitement des dépendances en se basant sur les meilleures pratiques.
Suicide en communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients admis à l'unité des soins intensifs pour une surdose et congédiés directement de l'unité seront préalablement vus par la travailleuse sociale de l'unité de la psychiatrie aiguë. - Mettre en place le Programme de prévention du suicide au Service d'urgence. - Offrir une session d'information aux médecins du Service d'urgence sur le Programme de prévention du suicide. - Offrir des sessions sur la gestion de crise par l'équipe de la santé mentale aux journées de formation des employés du Service d'urgence.

État d'avancement des recommandations (revues avant mai 2018)

- Il y a eu 10 revues effectuées avant mai 2018 avec recommandations incomplètes. Pour ces dix revues, 77% (54/70) des recommandations sont implantées et 16 recommandations sont en processus d'implantation.
- Les 10 revues incomplètes concernent des incidents liés à des traitements/procédures, des médicaments, une chute, un suicide en communauté, un patient manquant, un code blanc et une tentative de suicide.
- Le travail est commencé pour toutes les recommandations et progresse bien. Plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir (par exemple : politique en attente d'approbation finale et diffusion, politique en processus de revue, formation à donner en septembre).

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- L'amélioration de la qualité et la sécurité des patients.
- L'atténuation des risques et la prévention d'incidents semblables.
- La faisabilité des recommandations et l'impact sur les ressources

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique		X		
Qualité et sécurité			X	
Partenariats	X			
Gestion des risques (analyse légale)			X	
Allocation des ressources (analyse financière)		X		
Impacts politiques	X			
Réputation et communication		X		

Suivi à la décision

- Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.
-

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité accepte cette note d'information et appui le suivi/mise en œuvre des recommandations.

Adoption

Soumis le 14 septembre 2018 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

Mise à jour sur la démarche d'agrément

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

Item 4.10

Date : le 25 septembre 2018

Décision recherchée

Mise à jour sur le résultat des suivis déposés en juin 2018 pour le maintien du statut d'agrément et sur les prochaines étapes.

Contexte / Problématique

- Des mesures de suivis et preuves en lien avec 68 critères (normes et POR) ont été envoyées à Agrément Canada en juin afin de conserver le statut d'organisme agréé. Le Comité d'approbation du type d'agrément a revu les preuves soumises par le Réseau et sur les 68 critères, seulement trois critères n'ont pas rencontré les exigences d'Agrément Canada.
- Le Réseau a maintenu son statut d'organisme agréé et doit soumettre des preuves additionnelles pour les trois critères non conformes par le 7 décembre 2018 (voir tableau en annexe pour plus de détails).
- Les chefs d'équipe d'agrément ont été avisés des résultats découlant de la soumission des preuves et les suivis se poursuivent pour les trois critères non conformes.
- Trois autres critères ont été signalés par le Comité d'approbation du type d'agrément comme des éléments importants qui seront évalués lors de la prochaine visite d'agrément. Par contre, le Réseau n'est pas tenu de soumettre d'autres preuves pour ces trois critères puisque les preuves soumises en juin ont été acceptées. (Voir tableau en annexe pour plus de détails).
- Dans le cadre du cycle d'agrément, le sondage en lien avec la qualité de vie au travail sera refait en octobre 2018. Les résultats du sondage seront également utilisés pour appuyer le développement de la stratégie du mieux-être du Réseau.
- Le sondage sur la culture de sécurité des patients sera refait en janvier 2019.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- La poursuite des suivis sur les normes non conformes par les équipes d'agrément est un élément important dans le maintien du statut d'agrément et dans l'amélioration continue des soins/services.

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

- Poursuivre les suivis et la mise en œuvre des mesures pour rencontrer les normes.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 24 août 2018 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

SUIVIS REQUIS POUR LE 7 DÉCEMBRE 2018

Équipes	Critères	Commentaires
Leadership	POR 2.12.4 - Prévention de la violence en milieu de travail Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.	Des preuves doivent être soumises pour démontrer que les évaluations des risques ont été complétées. Les outils ont été circulés aux gestionnaires en avril et ils doivent compléter l'évaluation des risques pour leur secteur d'activités par le 20 septembre 2018. Les gestionnaires doivent élaborer un plan d'action visant à réduire les risques de violence identifiés dans leur service et acheminer une copie de leurs résultats/ plan à leur directeur ainsi qu'au Comité de Santé et Sécurité au travail de leur établissement.
Gestion des médicaments	POR 2.5.6 - Médicaments de niveau d'alerte élevé Les médicaments de niveau d'alerte élevé font l'objet d'une vérification régulière dans les unités de soins.	Des preuves doivent être soumises pour démontrer que des vérifications ont été faites en 2018. L'entreposage et la disponibilité des médicaments de niveau d'alerte élevé doivent être vérifiés annuellement sur toutes les unités de soins. Des audits sont en cours et seront terminés par novembre.
Retraitement/ Stérilisation	Norme 3.6 - L'unité de Retraitement des dispositifs médicaux est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	Certaines surfaces de travail ont été remplacées pour avoir des tables en inox et d'autres doivent l'être. Des réquisitions ont été faites afin de réparer toutes les surfaces endommagées telles comptoirs, tiroirs, etc. Des preuves doivent être soumises pour démontrer que les travaux ont été effectués.

ÉLÉMENTS QUI SERONT ÉVALUÉS LORS DE LA PROCHAINE VISITE

Équipes	Critères	Commentaires
Retraitement/ Stérilisation	Norme 3.2 - L'URDM est conçue de manière à empêcher la contamination croisée des dispositifs médicaux, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les aires de travail.	La salle de retraitement d'endoscopie aux soins ambulatoires à l'Hôpital Régional de Campbellton n'est pas conçue de manière à empêcher la contamination croisée des dispositifs médicaux. La décontamination, la stérilisation et l'entreposage se font dans une seule salle. Une demande de projet de rénovation a été soumise pour la salle de retraitement et des suivis sont en cours avec le Service des installations matérielles (estimation des coûts, plan détaillé). La sècheuse de la salle de retraitement a été déplacée de la zone souillée à la zone propre.
Soins de longue durée	Norme 3.9 - De la formation et du perfectionnement sont fournis sur les façons de reconnaître et de prévenir le mauvais traitement des résidents et sur l'évaluation des personnes à risque de subir ou d'infliger de mauvais traitements.	Des séances d'information sur le sujet et sur les grandes lignes de la politique ont été données aux employés des soins de longues durées des quatre zones en mai 2018. Une fois que la politique sur la maltraitance sera approuvée et mise en circulation, il faudra s'assurer d'obtenir une attestation de lecture de la politique par les employés.
	Norme 7.15 - La stratégie de l'organisme en matière de prévention des mauvais traitements est comprise et suivie par l'équipe.	La politique est terminée et en phase d'approbation finale. Une fois que la politique sur la maltraitance sera approuvée et mise en circulation, il faudra s'assurer d'obtenir une attestation de lecture des employés.

Note d'information

Rapport trimestriel des incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée Q1

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

Item 4.11

Date : le 25 septembre 2018

Objet : Rapport trimestriel – Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée

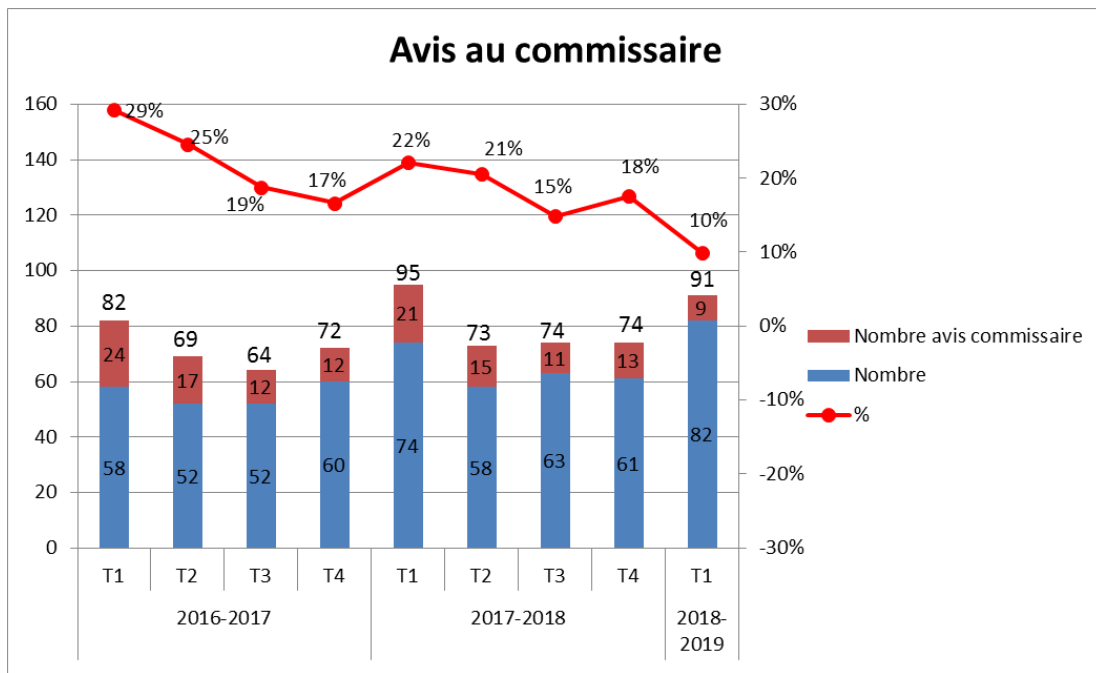
Décision recherchée

- Le rapport trimestriel Q1 – Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée

Contexte / Problématique

- Les graphiques suivants illustrent les Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée pour le premier trimestre de 2018-2019.

1. Nombre total d'incidents et proportion d'incidents rapportés au Commissariat à l'intégrité (Inclus les hors service)



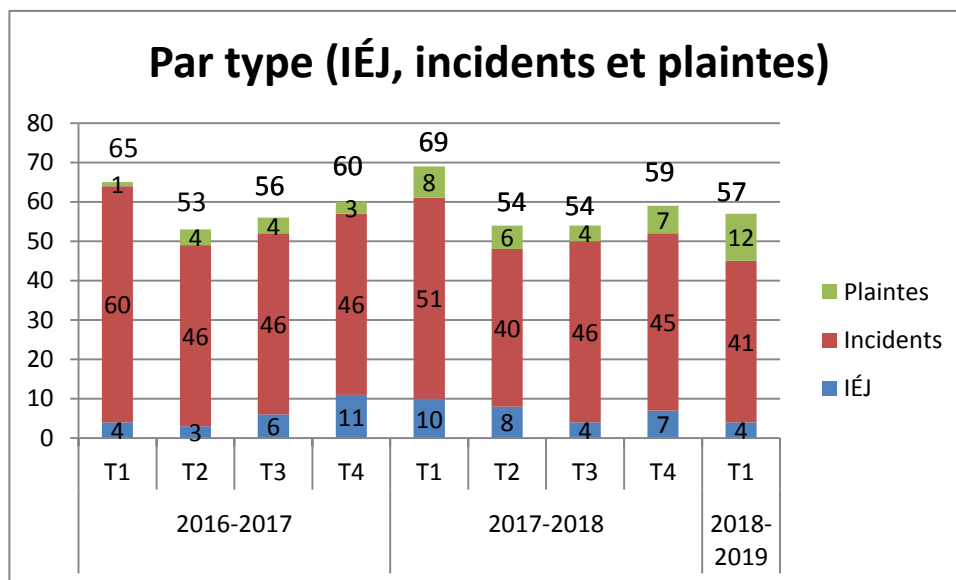
Il est à noter que seules les atteintes à la vie privée sont rapportées au Commissaire à l'intégrité. Un avis peut inclure plusieurs victimes.

2. Répartition des incidents rapportés par zone

Zone	2017-2018				2018-2019	
	T1	T2	T3	T4	T1	
z1b	38 (55%)	23 (43%)	22 (41%)	35 (59%)	24 (50%)	
z4	11 (16%)	8 (15%)	18 (33%)	7 (12%)	14 (29%)	
z5	13 (19%)	11 (20%)	11 (20%)	9 (15%)	7 (15%)	
z6	7 (10%)	12 (22%)	3 (6%)	8 (14%)	3 (6%)	

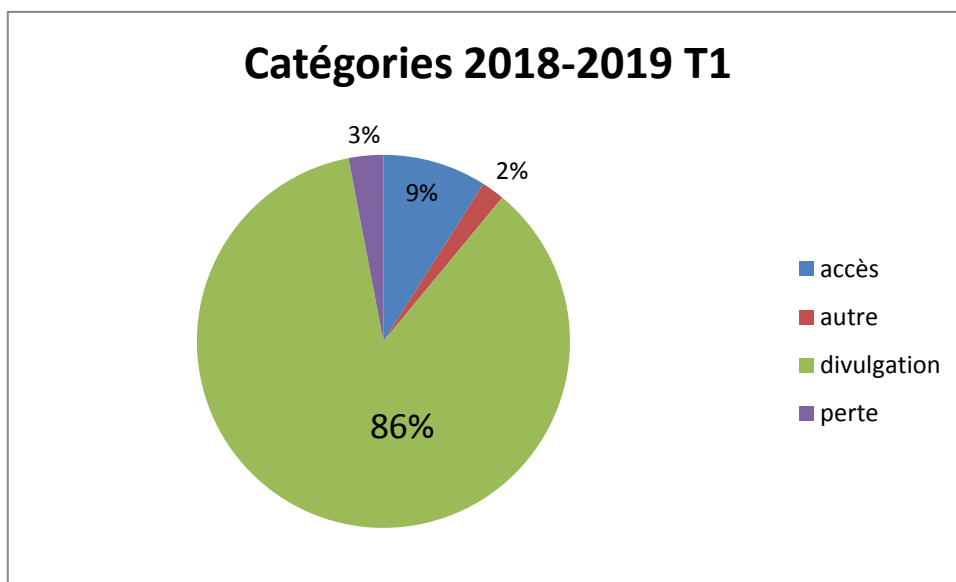
En général, le pourcentage d'incidents rapportés en lien avec la confidentialité et la protection de la vie privée est proportionnel au nombre d'employés à l'exception d'une zone. Plus il y a de la sensibilisation, plus les incidents sont rapportés.

3. Incidents par type (exclus les hors services)



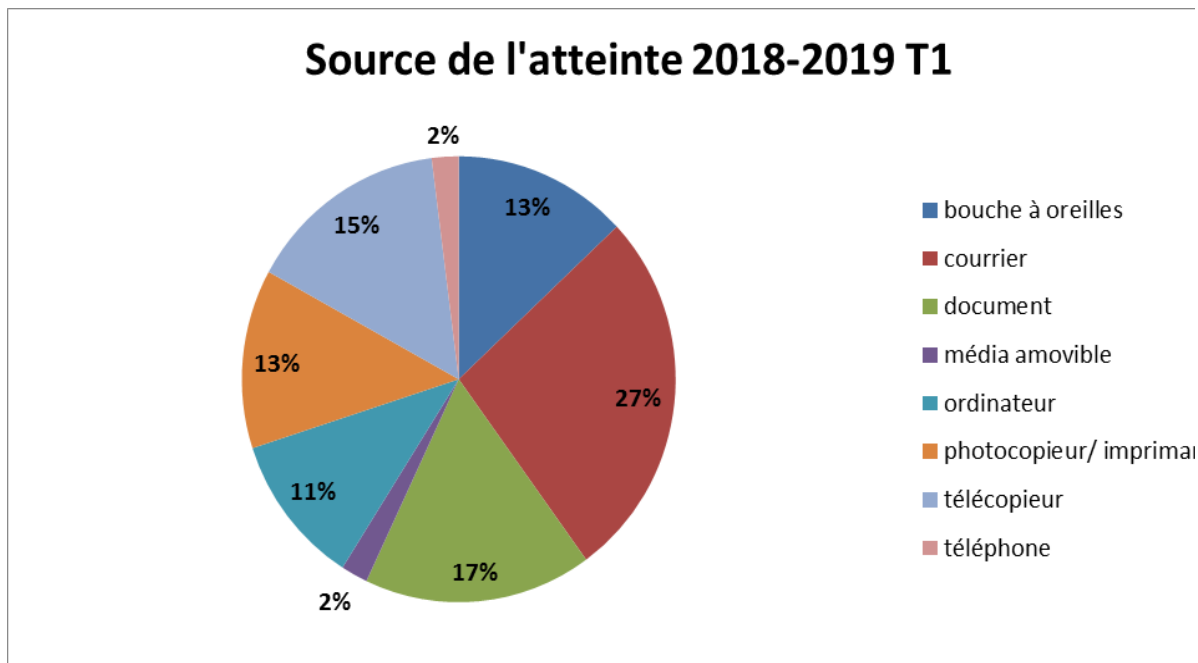
On note une augmentation significative des plaintes au premier trimestre comparativement au trimestre précédent ($\uparrow 71\%$) et au même trimestre l'année dernière ($\uparrow 50\%$). Voir graphique no 6.

4. Incidents par catégorie



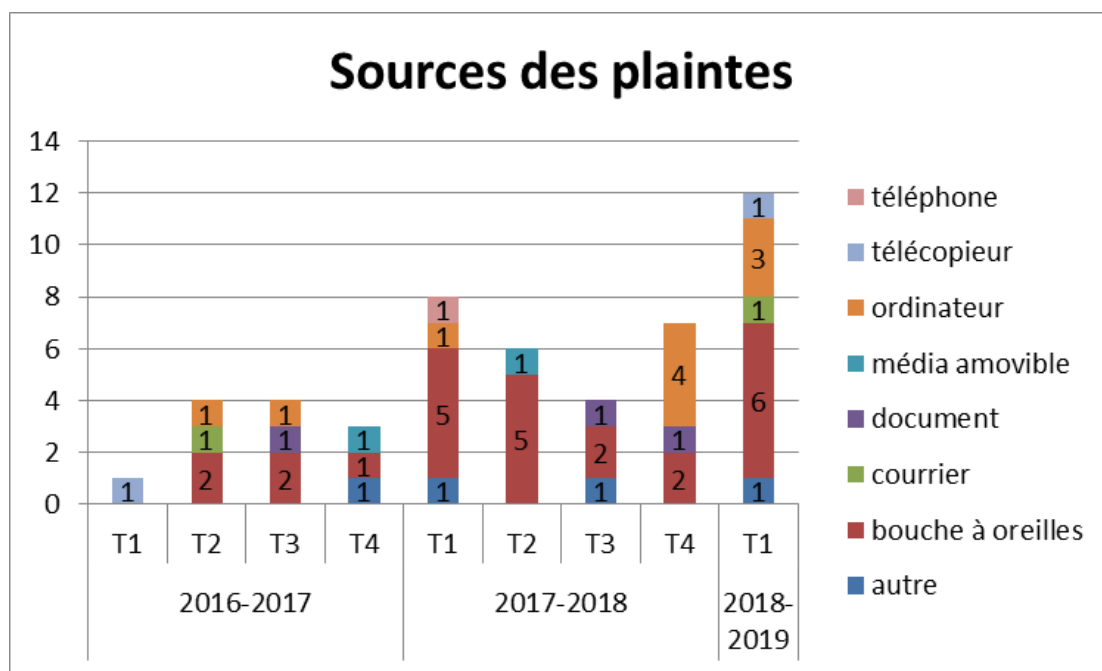
La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (86%) ou un accès non autorisé (9%).

5. Incidents par source de l'atteinte (exclus les hors service)



Les sources principales de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée sont le courrier (27%) et les documents (17%).

6. Sources des plaintes



Pour le premier trimestre de 2018-2019, les sources principales de toutes les plaintes en lien à la confidentialité et la protection de la vie privée sont le bouche-à-oreille (50%) et l'ordinateur (25%).

7. Vérification des accès

Un logiciel spécifique pour la vérification des accès est en place depuis le 1^{er} avril 2018. En plus d'effectuer des audits aléatoires, cet outil est utilisé pour les suivis des plaintes ayant trait à l'accès aux dossiers électroniques.

Lors du premier trimestre, les accès non autorisés ont mené à la notification de 284 victimes contre sept notifications pour divulgation. Lorsque des accès non autorisés impliquant plusieurs victimes sont découverts, ceci a un impact direct sur le nombre de suivis à effectuer et les ressources requises pour effectuer ces suivis.

Dès que les données démographiques des non-employés seront disponibles dans Itacit (projet conjoint avec le service de Perfectionnement du personnel), le Bureau de la vie privée pourra poursuivre avec la Phase 2 du projet qui vise à étendre la surveillance aux non-employés par ex : médecins, stagiaires, etc. Le plan de communication pour les non-employés sera alors déployé.

Suivi à la décision

- Poursuite des vérifications aléatoires et de la mesure de l'impact sur les ressources pour effectuer les suivis requis.
- Approbation de la politique sur les Accès aux renseignements personnels et aux renseignements personnels sur la santé du dossier électronique des patients.

Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

Soumis le 17 septembre 2018 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée

Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients et ses règlements

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

Item 5.1

Le 25 septembre 2018

Décision recherchée

Cette note est présentée pour informer le conseil sur la mise en œuvre de la *Loi sur la Qualité des soins de santé et de la sécurité des patients* et les règlements.

Contexte / Problématique

- La *Loi sur la Qualité des soins de santé et de la sécurité des patients* et ses règlements est en vigueur depuis juillet 2018. Cette loi encadre les organismes de soins de santé en ce qui concerne la divulgation et l'analyse des incidents liés à la sécurité des patients, les rapports au conseil, la présentation d'excuse relativement à l'incident, et l'inadmissibilité de la preuve.
- Les processus et documents, tels que les politiques sur la gestion des incidents et le mandat des comités sont présentement en processus de révision. Une première analyse est en cours pour identifier les changements nécessaires afin d'assurer que les processus et documents soient conformes aux exigences de la loi et des règlements.
- Le Réseau effectue cette analyse en collaboration avec le Réseau de santé Horizon afin d'assurer une harmonisation des pratiques et processus en lien avec la loi et la gestion des incidents liés à la sécurité des patients au niveau provincial.
- L'échéancier prévu pour terminer cette analyse et la révision des processus et documents est la fin décembre. Entre temps, des mécanismes sont tout de même en place pour l'analyse des incidents et pour rapporter les recommandations découlant des analyses au conseil.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Les exigences de la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* et ses règlements.
- Les principaux changements nécessaires afin d'assurer que le Réseau respecte les exigences de la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* et les règlements.

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

- Finaliser l'analyse et effectuer les modifications requises au processus et documents (politiques, mandat).

Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 14 septembre 2018 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients et les règlements

Septembre 2018

Plan

- Survol des articles de la loi et des règlements
- Impact sur nos processus, politiques et mandat de comités.
- Suivis et modifications nécessaires

Définition - Incident lié à la sécurité d'un patient

« Événement involontaire qui, à la fois :

- a) se produit lorsque le patient reçoit des soins de santé;
- b) soit lui cause ou aurait pu lui causer un préjudice ou cause ou aurait pu causer son décès, soit y contribue ou aurait pu y contribuer. »

Situation actuelle

- La définition utilisée par le Réseau est conforme à la *Loi*. Toutefois, le Réseau fait une distinction dans le cadre du suivi pour les incidents qui ont atteint les patients et ceux qui ne les ont pas atteints.
- *Les incidents évités de justesse (IEJ) sont analysés par le Comité de revue (si potentiel d'une conséquence grave) ou le Service de gestion des risques.*

Définition - Incident lié à la sécurité d'un patient

Changement requis dans nos pratiques

- Les recommandations qui découlent de l'analyse des incidents évités de justesse (IEJ) sont seulement rapportées au Conseil lorsque la conséquence aurait occasionné un incident préjudiciable au patient s'il avait survécu.
- Les résultats d'analyse des IEJ seront dorénavant inclus dans le rapport de la gestion des risques.

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Selon la Loi,

- Mise en œuvre d'un comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients qui doit faire l'analyse des incidents liés à la sécurité des patients et autres incidents signalés.
- Faire un rapport au Conseil sur les faits pertinents de l'incident et des recommandations en vue d'améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients. Le rapport ne doit contenir aucun renseignement personnel ou renseignement personnel sur la santé.
- Le rapport doit être soumis au Conseil au plus tard 180 jours après que l'incident lié à la sécurité d'un patient ou autre incident lui a été signalé (Règlements).

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Situation actuelle

- Le comité de revue fait l'analyse **des incidents préjudiciables graves et les IEJ avec potentiel grave**, mais ne fait pas l'analyse de tous les autres incidents et rapporte les recommandations au Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.
- Un rapport sommaire est présenté au Conseil sur les revues effectuées et les recommandations qui en découlent.
- Le Service de gestion des risques fait l'analyse de l'ensemble des incidents et présente les données dans une note d'information à chaque trimestre. Les informations présentées sont générales.

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Changements requis

- Revoir le titre et le mandat du Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité. Inclure un énoncé indiquant que le comité délègue la tâche de l'analyse des incidents préjudiciables/ IÉJ graves au Comité de revue et les autres incidents à la gestion des risques.
- Inclure dans le rapport trimestriel des incidents, les recommandations qui découlent de l'analyse de l'ensemble des incidents/ IÉJ liés à la sécurité des patients.
- Revoir le format du/des rapports au Conseil pour inclure les faits pertinents et les recommandations.

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Règlements)

- Le directeur général nomme au moins cinq membres au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.
- Le directeur général veille à ce que le comité comprenne des membres ayant des compétences et de l'expérience dans les domaines suivants :
 - a) médecine;
 - b) qualité des soins et sécurité;
 - c) soins cliniques;
 - d) gestion des risques;
 - e) gestion des soins de santé.

Situation actuelle

- La composition du Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité inclut les membres proposés par la *Loi*.

Changement requis

- Aucun

Incidents liés à la sécurité des patients et autres incidents

- Dans les plus brefs délais après un incident lié à la sécurité des patients, le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients ainsi que le patient en question doivent être avisés.
- Si l'incident aurait pu entraîner un incident lié à la sécurité d'un patient et qu'il juge qu'une menace permanente se pose pour la sécurité des patients, le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients en est avisé.
- L'organisme peut aviser le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients de tout autre incident qui aurait pu entraîner un incident liée à la sécurité d'un patient.

Situation actuelle

- Politique de divulgation en place. Les patients sont avisés des incidents causant un préjudice et des incidents qui les ont atteints, mais qui n'ont pas causé de préjudice, mais ils ne sont pas avisés des incidents évités de justesse.
- Le Comité régional est informé des incidents lors de ses rencontres (5/ année). Les informations spécifiques à un incident préjudiciable sont communiquées dans le rapport du Comité de revue.

Incidents liés à la sécurité des patients et autres incidents

Changements requis

- Définir le délai acceptable de notification du comité ainsi que le mécanisme. Consigner le tout dans les politiques du Réseau.
- Revoir le mandat du Comité régional pour refléter cette responsabilité.

Incident lié à la sécurité (Règlements)

- Lorsque, dans le cadre de son analyse d'un incident, le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients détermine que l'incident n'est pas un incident lié à la sécurité d'un patient selon la définition, il en avise dès que les circonstances le permettent l'organisme de santé concerné.

Situation actuelle

- La politique « Incidents préjudiciables » rencontre les exigences de la *Loi*.

Changement requis

- Aucun

Avis au patient

Suite à l'analyse de l'incident par le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, l'organisme avise le patient :

- a) des faits pertinents concernant l'incident;
- b) des recommandations du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients;
- c) des mesures qui seront prises pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, le cas échéant.

Situation actuelle

- Le patient n'est pas systématiquement avisé des recommandations découlant de l'analyse du Comité de revue.

Changement requis

- Ajuster la politique sur la divulgation pour inclure la divulgation subséquente à l'analyse du Comité de revue de façon obligatoire.

Interdiction de représailles

- Interdit d'imposer des représailles (ex. congédier, suspendre) une personne pour avoir divulgué des renseignements à l'organisme ou au comité concernant un incident.

Situation actuelle

- Aucune représailles appliquées.

Changement requis

- Aucun

Confidentialité et inadmissibilité de la preuve

- Les déclarations ou les documents qu'une personne fournit au comité dans le cadre du processus d'analyse demeurent confidentiels et ne peuvent être communiqués à qui que ce soit.
- Les déclarations et documents apportés dans le cadre du processus d'analyse sont inadmissibles en preuve devant un tribunal ou dans le cadre d'une enquête ou de toute autre instance.

Situation actuelle

- Lors de la revue, les membres qui participent sont avisés de ces éléments et de la *Loi*.

Changement requis

- Cet élément sera ajouté aux politiques sur les incidents préjudiciables, les incidents et IEJ.

Excuses

Peut présenter des excuses relativement à un incident et cette présentation d'excuses :

- n'emporte pas, en droit, aveu, même implicite, de faute ou de responsabilité de sa part;
- ne doit pas peser dans la détermination de la faute ou de la responsabilité liée à l'incident.
- est inadmissible dans le cadre d'une instance civile, d'une instance administrative ou d'un arbitrage pour établir la faute ou la responsabilité de qui que ce soit liée à l'incident.

Situation actuelle

- La politique de divulgation a déjà été modifiée et inclut un item sur la présentation d'excuses.
- Cette pratique est déjà adoptée.

Changement requis

- Modifier la terminologie (excuse vs regret).

Note d'information

Gestion des plaies de pression

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

Item 5.2

Le 25 septembre 2018

Objet : Gestion des plaies de pression

Décision recherchée

- Cette note d'information est présentée à titre d'information.

Contexte

Le Réseau de santé Vitalité a fait l'objet d'une plainte médiatisée au cours de l'été au sujet des plaies de pression. Cette note est présentée afin d'informer le comité et le Conseil d'administration sur les pratiques en place au Réseau en lien avec la gestion des plaies de pression.

Pratiques en place dans le Réseau en matière de gestion des plaies de pression :

- Un programme régional basé sur les meilleures pratiques est en place. La politique et procédure sur la prévention des plaies de pression et ses outils ont satisfait aux exigences d'Agrément Canada.
- Les exigences de la pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada sur la prévention des plaies de pression ont été rencontrées lors de la visite en juin 2017. La POR exige que le risque de développer une plaie de pression soit évalué pour chaque patient à l'admission, à des fréquences régulières et lors d'un changement important dans l'état de santé du patient et que des interventions basées sur les meilleures pratiques soient mises en œuvre pour prévenir le développement d'une plaie de pression.
- L'échelle de Braden (un outil validé) est utilisée pour faire l'évaluation du risque de plaies de pression. Cette échelle contient également la liste des interventions de soins préventifs au développement des plaies de pression.
- Un programme de formation est en place sur la prévention des plaies de pression qui met l'accent sur la prévention pour ensuite présenter des outils afin de guider la gestion des plaies de pression. Cette formation est obligatoire et doit être suivie par tout le personnel infirmier.
- Un outil d'audit est en place et permet d'évaluer l'application du programme de prévention des plaies de pression.
- Un dépliant informatif destiné au patient et sa famille (Protégez votre peau) a été développé et décrit les mesures à prendre pour la prévention des plaies de pression.
- Les cliniques en soins des plaies travaillent en étroite collaboration avec l'équipe interdisciplinaire pour élaborer un plan de soins personnalisés qui répond aux besoins des patients. Les soins à l'intérieur des cliniques de soins de plaies visent à offrir un savoir-faire de haut niveau en soins de plaies et à prodiguer des soins de plaies aux patients selon les besoins.
- Le tableau suivant présente le nombre de plaies de pression développées à l'hôpital, par stade et par zone. On note des divergences par zone. Les pratiques dans les zones seront évaluées afin d'identifier les écarts/divergences.

Total sur 6 ans (2012/13 à 2017/18)

Zone	Stade I	Stade II	Stade III	Stage IV	Indéterminé	Non spécifié	Total
Zone 1	1	6	0	1	1	51	60
Zone 4	5	22	4	1	1	48	81
Zone 5	0	1	0	0	0	5	6
Zone 6	5	3	3	1	3	12	27
Total	11	32	7	3	5	116	174

Définitions des stades des plaies de pressions :

Stade 1 : Peau intacte avec une rougeur qui ne blanchit pas à la pression.

Stade 2 : Perte d'épaisseur partielle de la peau avec derme exposé.

Stade 3 : Perte d'épaisseur totale de la peau.

Stade 4 : Perte d'épaisseur totale de la peau et des tissus.

Stade indéterminé : ne peut être évalué due à la présence d'une escarre.

Stade non spécifié* : sans mention de stade ou de sévérité.

* Cette catégorie est sélectionnée lorsque l'information spécifique par rapport au stade n'est pas documentée au dossier. Le fait que la plaie soit codée démontre que celle-ci a été identifiée, documentée et que des traitements ont été fournis.

- Les données de 2016-17 en lien avec les plaies de pression acquises en soins aigus de l'Institut canadien d'information sur la santé (Rapport sur les préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens) démontrent que le taux de plaies de pression en soins aigus au Réseau de santé Vitalité est comparable taux national et provincial.
 - o Taux moyen - Réseau de santé Vitalité : 1.2 cas par 1000 congés
 - o Taux moyen - national : 1.3 cas par 1000 congés
 - o Taux moyen - provincial : 1.3 cas par 1000 congés

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Plusieurs facteurs peuvent contribuer au développement d'une plaie de pression :
 - Facteurs intrinsèques : âge, antécédents médicaux (problèmes cardiaques et pulmonaires, diabète), incontinence, déshydratation, dénutrition, problème de mobilité, fracture, problème de compliance aux traitements.
 - Facteurs extrinsèques : pression, cisaillements, friction, humidité, médication, tabagisme, multiples transferts par ambulance.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique			X	
Qualité et sécurité			X	
Partenariats		X		
Gestion des risques (analyse légale)			X	
Allocation des ressources (analyse financière)		X		
Impacts politiques		X		
Réputation et communication			X	

Suivi à la décision

Un examen du dossier spécifique est en cour et une revue de l'incident a été effectuée selon les politiques et la Loi sur la Qualité des soins de santé et de la sécurité des patients. Les recommandations découlant de la revue de l'incident seront présentées tel que prévu dans le rapport des comités de revues.

Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 14 septembre par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

Révisé le 2018-09-25

Note d'information

Tableau de bord stratégique et opérationnel

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

Comité des finances et de vérification

Le 25 septembre 2018

Décision recherchée

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

Contexte / Problématique

14 nouveaux indicateurs en lien avec le plan stratégique ont été ajoutés au tableau de bord stratégique :

- % d'avancement de la campagne de promotion de la santé sur l'obésité.
- Nombre de séances de prévention dans le traitement des dépendances chez les jeunes.
- Nombre d'initiatives mises en œuvre dans les établissements du Réseau.
- L'état d'avancement pour l'obtention d'une entente de principe avec les ministères de la Santé et de l'Éducation.
- Nombre de cliniques apprenantes en place.
- L'état d'avancement pour le développement d'une méthodologie d'évaluation de programme approuvée.
- Nombre de patients référés au guichet unique.
- L'état d'avancement du projet de pédiatrie sociale dans le comté de Kent.
- Nombre de nouvelles technologies de l'information mises en place.
- L'état d'avancement pour l'obtention d'une entente de partenariat avec le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick.
- % d'avancement du développement du programme postdoctoral en psychiatrie.
- Les résultats du sondage *Pulse* sur la gestion participative.
- % de postes permanents vacants.
- % des cadres qui ont discuté des valeurs avec leurs employés.

Éléments à considérer dans la prise de décision

Considérations importantes

Sommaire des tableaux de bord :

Tableau de bord	Indicateurs avec performance atteignant ou au-delà de la cible	Indicateurs avec performance inférieure à la cible
Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - État d'avancement des projets de qualité - Nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus - Nombre de sites qui offrent le programme de maintien des aînés et patients vulnérables à domicile - Nombre d'infirmières praticiennes embauchées - % de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement) - Nombre de visites dans les cliniques itinérantes. - Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées - Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants - % de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires - % 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 effectuée (26 semaines) - % initiatives du Plan d'équité complétée - Nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place

	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'initiatives mises en œuvre dans les établissements du Réseau - % d'avancement de la stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel - L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté - Taux pour les accidents de travail - Variance entre le budget et les dépenses actuelles - Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes - Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place - État d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation - % d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel - Coût par jour patient / unité de soins infirmiers
Opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'infections au C. diff. SARM et ERV - Heures travaillées PPU/jours-patients - % des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales - % des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales - Variance en salaires et bénéfices - Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses - Coût en énergie par pied carré 	<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 chute - Taux d'erreurs de médicaments - Taux de conformité à l'hygiène des mains - Ratio normalisé de mortalité hospitalière - Taux de réadmission dans les 30 jours - Taux de conformité dans les appréciations de rendement - Taux global de conformité aux modules e-apprentissage - Nombre de nouveaux griefs - Taux de roulement - % d'heures de maladie, - % d'heures de surtemps - % de visites 4 et 5 à l'urgence - Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail - Variance en dépenses médicaments

Tableau de bord stratégique :

- Les détails des indicateurs avec une performance inférieure à la cible sont présentés en Annexe.
- Le début des rencontres du comité des usagers est prévu à l'automne 2018.
- Le recrutement des infirmières praticiennes est complété.

Tableau de bord opérationnel :

- Les détails des indicateurs avec une performance inférieure à la cible sont présentés en Annexe.
- La conformité à l'hygiène des mains est en dessous de la cible. Les résultats des audits sont disponibles dans le tableau de bord opérationnel des gestionnaires. Toutes les catégories d'employés sont en dessous de la cible sauf les préposés (90 %) et les phlébotomistes (97 %)
- Le taux de conformité à l'appréciation de rendement pour les 3 premiers mois de l'année est de 22.9 % et bien au-dessous de la cible de 65 %.

Le taux de roulement demeure élevé pour le Q4 2017-18 et est de 7 % plus élevé que la cible.

Suivi à la décision

Proposition et résolution

Aucune proposition à suggérer.

Soumis le 23 août 2018 par l'équipe d'Aide à la décision

Tableau de bord Tableau de bord stratégique

Qualité / Satisfaction de la clientèle						
		Juin 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Juin 2018	TAD 2018-2019
TB provincial	Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	229	794	785	215 Q4 2017-18	800 Q1-Q4 2017-18
TB provincial	Taux d'hospitalisation pour démence par 100 00 de population	20	64	50	20 Q4 2017-18	82 Q1-Q4 2017-18
TB provincial	CSM-% de patients traités dans les 40 jours-Priorité modérée	N/D	N/D	-	46.4% Q4 2017-18	60.2% Q1-Q4 2017-18
TB provincial	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	5.8%	6.2%	-	8.9% Q4 2017-18	9.7% Q1-Q4 2017-18
TB provincial	Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)	21.1%	19.3%	-	17.0% Q4 2017-18	19.8% Q1-Q4 2017-18
TB provincial	% de décès de soins palliatifs survenant à la maison	8.5%	7.8%	-	6.2% Q3 2017-18	7.5% Q1-Q3 2017-18
2.a.b	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	7.0%	6.6%	6.2%	7.1% Q4 2017-18	6.6% Q1-Q4 2017-18
2.a.e	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	5.2%	3.1%	0.0%	6.7% Q4 2017-18	4.6% Q1-Q4 2017-18
2.a.e	% réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale	8.2%	9.7%	6.6%	8.3% Q4 2017-18	10.0% Q1-Q4 2017-18
2.b.a	# de guides de pratiques pour maladies chroniques mis en œuvre	N/D	N/D	1	0 Q1 2018-19	0 Q1 2018-19
2.a.e 2.c.a	Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants	218	229	-	279 Q3 2017-18	271 Q1-Q3 2017-18
3.b.a	Chirurgies en attente plus de 12 mois	211	237	0	83 juin-18	90 avril-juin18
3.b.a	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	71.7%	64.0%	75.0%	69.2% juin-18	61.5% avril-juin18
3.b.a	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	64.0%	68.0%	85.0%	81.3% mai-18	68.6% avril-mai18
4.a.b	Taux de conformité aux audits de documentation	84.8	84.8	90.0	90.1 2016-2017	90.1 2016-2017
4.a.b	L'état d'avancement pour le développement d'une méthodologie d'évaluation de programme approuvée	N/D	N/D	-	-	-
6.a.a	État d'avancement des projets de qualité	N/D	N/D	50%	71% Q4 2017-18	71% Q1-Q4 2017-18

Qualité / Satisfaction de la clientèle						
		Juin 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Juin 2018	TAD 2018-2019
1.a.a	% d'avancement de la campagne de promotion de la santé sur l'obésité	-	-	-	-	-
1.b.a	Nombre de séances de prévention dans le traitement des dépendances chez les jeunes.	-	-	16	-	-
2.a.b	Nombre d'initiatives mises en œuvre dans les établissements du Réseau	N/D	N/D	1	1 Q1 2018-19	1 Q1 2018-19
5.a.b	L'état d'avancement pour l'obtention d'une entente de principe avec les ministères de la Santé et de l'Éducation	N/D	N/D	-	-	-
4.a.a	Nombre de cliniques apprenantes en place	-	-	-	-	-
4.a.b	L'état d'avancement pour le développement d'une méthodologie d'évaluation de programme approuvée	N/D	N/D	-	-	-
2.a.d	Nombre de patients référés au guichet unique.	N/D	N/D	-	-	-
2.d.b	L'état d'avancement du projet de pédiatrie sociale dans le comté de Kent.	N/D	N/D	-	-	-
4.a.a	Nombre de nouvelles technologies de l'information mises en place	N/D	N/D	-	-	-
5.a.c	L'état d'avancement pour l'obtention d'une entente de partenariat avec le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick.	N/D	N/D	-	-	-
5.a.d	% d'avancement du développement du programme postdoctoral en psychiatrie	N/D	N/D	-	-	-

TAD: Total à date

Tableau de bord du système de santé

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

Tableau de bord Tableau de bord stratégique

Activités		Activités				
		Juin 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Juin 2018	TAD 2018-2019
TB provincial	% de patients inscrits sur la liste d'attente provinciale pour un médecin de famille (Taux provincial)	0.30%	2.12%	-	0.55% Q4 2017-18	3.72% Q1-Q4 2017-18
	Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus	8.47	8.54	12.00	8.70 Q4 2017-18	8.50 Q1-Q4 2017-18
	Pourcentage d'initiatives du Plan d'équité complétées	63.2%	63.2%	100.0%	66.7% Q1 2018-19	66.7% Q1 2018-19
	Nombre de nouveaux projets de recherche approuvés	2	7	-	4 juin - 18	10
2.a.a	Taux d'hospitalisation des patients du PEM pour chaque 100 patients desservis	14.26	14.37	14.48	16.42 Q3 2017	15.19 Q1 -Q3 2017
2.a.c.11	Nombre de sites qui offrent le programme de maintien des aînés et patients vulnérables à domicile	N/D	N/D	1	1 Q1 2018-19	1 Q1 2018-19
2.a.c	# d'infirmières praticiennes embauchées	N/D	N/D	32	32 2018-19	32 2018-19
2.a.c	% de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement)	N/D	N/D	-20%	-27% Q4 2017-18	-21% Q1-Q4 2017-18
3.a.a	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	239	760	1,012	319 juin-18	997 avril-juin18
3.a.b	# de visites dans les cliniques itinérantes	890	2,440	2,123	710 juin-18	2,228 avril-juin-18
3.c.a	# de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place	N/D	N/D	6.8	3 Q3 2017-18	3 Q1-Q3 2017-18
3.d.a	# de patients partenaires recrutés et formés	N/D	N/D	4	0 Q1 2018-19	0 Q1 2018-19
3.d.a	# de rencontres du comité des usagers	Automne 2018	-	-	-	-
6.b.f	Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	N/D	N/D	3.0	0 Q1 2018-19	2 Q1 2018-19
7.a.a	Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	N/D	N/D	4	4 2017-18	4 2017-18
7.b.a	Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place	N/D	N/D	9	1 Q1 2018-19	4 Q1 2018-19
7.c.a	Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	N/D	N/D	3	3 2017-18	3 2017-18

Ressources humaines		Ressources humaines				
		Juin 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Juin 2018	TAD 2018-2019
TB provincial	Moyenne de jours de maladie payés par employé	13.01	12.00	11.45	12.94 Q4 2017-18	11.89 Q1-Q4 2017-18
6.b.a	Les résultats du sondage Pulse sur la gestion participative	Automne 2018	-	-	-	-
6.c.d	% de poste permanents vacants.	N/D	N/D	-	3.0% juin -18	2.5% avril -juin 18
6.b.b	% d'avancement de la stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel	-	-	75%	98% 2018-19	98% 2018-19
6.b.d	% d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation	N/D	N/D	100%	55% Q4 2017-18	55% Q1-Q4 2017-18
6.b.e	% des cadres qui ont discuté des valeurs avec leurs employés	Développement de la charte de projet en cours	-	-	-	-
6.c.a	L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté	-	N/D	192490	-	239528 janv.- 18
6.c.b	% d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel	N/D	N/D	100%	82% Q4 2017-18	82% Q1-Q4 2017-18
6.b.c	# d'accident avec perte de temps x 200 000/# heures totales travaillées	4.94	5.51	5.40	4.32 Q4 2017-18	4.04 Q1-Q4 2017-18
Finances		Juin 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Juin 2018	TAD 2018-2019
	Coût par habitant pour les soins de santé	\$2,850	\$2,863	\$2,826	\$2,865 juin.18	\$2,828 avr-juin. 18
	Coût par jour patient / unités soins infirmiers	\$361	\$353	\$337	\$389 Q4 2017-18	\$366 Q1-Q4 2017-18
	Variance entre le budget et les dépenses actuelles	\$ (1,430,313)	\$57,693,418	\$0	\$ (861,240) juin.18	\$55,400
	Coût par jours repas	\$37.81	\$36.86	\$35.19	\$36.13 juin.18	\$35.92
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	\$4.40	\$4.61	\$4.79	\$4.61 juin.18	\$4.74 avr-juin. 18
TB provincial	Rediriger nos investissements vers soins primaires (TB provincial)	En développement				

TAD: Total à date

Tableau de bord du système de santé

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

Tableau de bord stratégique - Définitions

	Définition	Discussion
Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - 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'hospitalisation pour démence par 100 00 de population	Nombre d'hospitalisations reliées à la démence divisé par l'estimation de la population par zone	
% de patients traités dans les 40 jours-Priorité modérée	Nombre de clients de catégorie modérée vu dans les 40 jours divisé par le nombre total de clients dans cette catégorie	
% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Nombre de cas NSA dans les soins de courte durée avec plus de 90 jours NSA divisé par le nombre total de cas NSA dans les soins de courte durée	
Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)	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 décès de soins palliatifs survenant à la maison	Nombre de patients palliatifs du PEM décédé à la maison divisé par le total de patients palliatifs décédés	
% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	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?
% de jours 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 pour maladies chroniques mis en œuvre	Nombre de guides de pratiques pour maladies chroniques	
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?
% 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	

	Définition	Discussion
Taux de conformité aux audits de documentation	Somme de pointage pondéré des audits divisé par le nombre d'audits effectués	
L'état d'avancement pour le développement d'une méthodologie d'évaluation de programme approuvée		
État d'avancement des projets de qualité	Pourcentage d'avancement global des 5 projets de d'amélioration	
# de rencontres du comité des usagers		
% d'avancement de la campagne de promotion de la santé sur l'obésité		
Nombre de séances de prévention dans le traitement des dépendances chez les jeunes.		
Nombre d'initiatives mises en œuvre dans les établissements du Réseau		
L'état d'avancement pour l'obtention d'une entente de principe avec les ministères de la Santé et de l'Éducation		
Nombre de cliniques apprenantes en place		
L'état d'avancement pour le développement d'une méthodologie d'évaluation de programme approuvée		
Nombre de patients référés au guichet unique.		
L'état d'avancement du projet de pédiatrie sociale dans le comté de Kent.		
Nombre de nouvelles technologies de l'information mises en place		
L'état d'avancement pour l'obtention d'une entente de partenariat avec le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick.		
% d'avancement du développement du programme postdoctoral en psychiatrie		

Tableau de bord stratégique - Définitions

	Définition	Discussion
% de patients inscrits sur la liste d'attente provinciale pour un médecin de famille (Taux provincial)	Nombre de personnes actives sur la liste divisée par la population	
Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus 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?
Taux d'hospitalisation des patients du PEM pour chaque 100 patients desservis	Nombre d'admissions hospitalières de patients provenant du PEM X 100 (clients du RSV) divisé par le nombre total de clients actifs du PEM au RSV	
Nombre de sites qui offrent le programme de maintien des aînés et patients vulnérables à domicile		
# d'infirmières praticiennes embauchées	Nombre d'infirmières praticiennes embauchées	
% de réduction des visites à l'urgence chez les patient à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement)	Moyenne des visites mensuelle de la cohorte sélectionnée divisé par le total des visites moyennes à l'urgence des 3 mois précédant le début de l'interaction avec les membres de la cohorte	
Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	Nombre de consultation clinique	
# de visites dans les cliniques itinérantes	Nombre de visites dans les cliniques d'un établissement hospitalier ou un centre de santé communautaire offertes par un médecin spécialiste qui se déplace mais dont le lieu de travail principal se situe dans une autre région (zone).	
# de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera mis en place	Nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera mis en place	
# de patients partenaires recrutés et formés	# de patients partenaires recrutés et formés	
# de rencontres du comité des usagers	Nombre de rencontres du comité des usagers	
Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	Nombre d'initiatives en place	
Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	Nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	
Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place	Nombre d'initiatives en place	
Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	

	Définition	Discussion
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?
Les résultats du sondage Pulse sur la gestion participative		
% de poste permanents vacants.		
% d'avancement de la stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel	Reporté en 2018-19	
% d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation	% avancement	
% des cadres qui ont discuté des valeurs avec leurs employés	Nombre de stratégie d'application des valeurs de l'organisme	
L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté	Nombre de formations offertes multipliées par le nombre employé admissible	
% d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel	% avancement	
# 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?
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?
Variance entre le budget et les dépenses actuelles	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 pour augmenter l'accès aux soins primaires? Quelles sont les initiatives en cours et quels en sont les résultats?

Tableau de bord Tableau de bord opérationnel

Qualité / Satisfaction de la clientèle					
	Juin 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Juin 2018	TAD 2018-2019
Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (Moyenne en minutes)	68	68	30	74 juin-18	77 avril-juin 18
% de lits occupés par des cas de SLD	23.3%	24.1%	21.8%	25.5% juin-18	25.9% avril-juin 18
Taux de césariennes à faible risques	20.7%	18.3%	15.2%	13.0% Q4 2017-18	15.9% Q1-Q4 2017-18
Taux de chutes	4.52	4.57	4.50	5.79 juin-18	5.16
Taux de chutes avec blessures graves	0.031	0.030	0.000	0.000 juin-18	0.010
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	0.000	0.020	0.000	0.031 juin-18	0.050
Taux d'erreurs de médicaments	3.63	3.31	3.05	3.30 juin-18	3.61
Taux de conformité à l'hygiène des mains	85.2%	84.3%	90.0%	69.5% 0.0%	81.1%
Taux d'infection Clostridium difficile	1.59	1.65	2.50	0.97 juin-18	2.20
Taux d'infection et de colonisation au SARM	0.00	0.10	2.00	0.00 juin-18	0.00
Taux d'infection et de colonisation ERV	0.00	0.00	2.00	0.00 juin-18	0.00
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	100	96	89	103 Q4 2017-18	99 Q1-Q4 2017-18
Taux de réadmission dans les 30 jours	7.7	8.7	7.5	7.7 Q4 2017-18	8.8 Q1-Q4 2017-18
Ressources humaines					
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	70.6%	61.2%	65.0%	37.5% juin -18	22.9% avril-juin 18
Taux global conformité aux modules e-apprentissage (l'hygiène des mains, vie privée, sécurité des patients et langues officielles)	5.4%	67.2%	100.0%	4.2% juin-18	66.3% avril-juin 18
Nombre de nouveaux griefs	5	17	20	10 juin 18	39
# de départ PT et TP/# moyen d'employés PT et TP	3.2%	3.2%	3.0%	10.5% Q4 2017-2018	4.7% Q1-Q4 2017-2018
% d'heures de maladie	6.07%	5.83%	5.40%	5.94% juin -18	5.93% avril-juin 18
% de vaccination - grippe saisonnière	0.3%	37.0%	47.9%	0.1% janv -18	32.4% oct. -janv 18
% d'heures de surtemps	2.69%	3.08%	2.10%	2.72% juin -18	2.66% avril-juin 18

TAD: Total à date

Résultat atteint ou surpasse la cible
 Résultat se situe près de la cible
 Résultat inférieur à la cible de 5%

Activités					
	Juin 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Juin 2018	TAD 2018-2019
Durée moyenne de séjour(DMS= durée moyenne de séjour)	10.3	10.2	10.2	10.7 Q3 2017-18	10.51 Q1-Q3 2017-18
Jours-Patients	30,534	126,731	122,476	30,510 juil.18	124,679
% de visite 4 et 5	60.4%	60.4%	55.2%	61.1% Q1 2018-19	61.1% Q1 2017-18
Nombre de visites à l'urgence	20,486	81,194		19,776 juil.18	77,256
Nombre de procédures aux laboratoires	667,205	2,928,877		715,257 juil.18	3,010,798
Nombre d'exams en imagerie médicale	32,714	140,381		35,126 juil.18	145,736
Nombre de cas au bloc opératoire	1,361	6,851		1,511 juil.18	6,940
Nombre de visites en hémodialyse	5,075	20,508		5,177 juil.18	20,511
Nombre de visites en oncologie	3,167	13,455		3,700 juil.18	14,958
Heures travaillées PPU/jours-patients	6.17	6.16	6.09	6.11 juin-18	6.03 avril-juin 18
Nombre de requêtes médiatiques	21	80	-	30 juin-18	87 avril-juin 18
Finances					
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	2.36%	2.29%	3.34%	2.35% juin.18	2.32%
% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	15.19%	15.19%	16.3%	15.9% juin.18	15.9%
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	53.56%	53.63%	55.18%	55.12% juin.18	56.43%
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	\$1.20	\$1.11	\$1.11	\$1.21 Q4 2017-18	\$1.22
Variance en salaires et bénéfices	\$2,128,314	\$47,758,737	\$0	\$829,933 juin.18	\$1,100,427
Variance en dépenses médicaments	\$ (200,543)	\$2,200,959	\$0	\$ (364,150) juin.18	\$ (952,925)
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	\$ (1,334,738)	\$10,474,734	\$0	\$ (281,588) juin.18	\$158,249
Coût en énergie par pied carré	\$4.73	\$4.70	\$5.29	\$5.02 juin.18	\$4.77 avr-juin. 18

Tableau de bord opérationnel : présente les activités régulières du Réseau

Tableau de bord opérationnel - Définitions

Indicateurs	Définition	Discussion	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?	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?
% 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?	Jours de présence des patients hospitalisés	Nombre de jours patients consécutifs au cours de la période de référence.	5 mars 1900
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?	% 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?
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?	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?
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?	Nombre de procédures aux laboratoires	Nombre total de procédures de laboratoire	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
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?	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?
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?	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?
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?	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?
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?	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?
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?	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?
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?	Nombre de requêtes médiatiques	Nombre de demande des médias reçus au service des communications	Les demandes étaient-elles liées à des aspects positifs?
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?	% des dépenses administratives par rapport aux des 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?

Tableau de bord 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	Ce pourcentage est-il acceptable et sinon quel est le plan d'action?
Taux global conformité aux modules e-apprentissage (l'hygiène des mains, vie privée, sécurité des patients et langues officielles)	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?			