

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	<b>Date et heure :</b> <b>Endroit :</b>	<b>Le 13 novembre 2018 à 08:30</b> <b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : salle hémisphère 3 Campbellton : salle téléadaptation Téléconférence :	(Gilles) (Anne, Gisèle, Lucie) (Michelyne, Janie) (Diane, Sonia) (Claire)
<b>Présidente :</b> <b>Secrétaire :</b>	Claire Savoie Lucie Francoeur		
<b>Participants</b>			
Claire Savoie Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu	Michelyne Paulin Janie Levesque Dre Nicole LeBlanc	Sonia A. Roy Anne Soucie Diane Mignault	
<b>ORDRE DU JOUR</b>			Documents
<b>1. Ouverture de la réunion</b>			
<b>2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b>			
<b>3. Adoption de l'ordre du jour</b>		D	✓
<b>4. Résolution en bloc</b>		D	✓
4.1 Adoption de la résolution en bloc			
4.2 Adoption du procès-verbal du 25 septembre 2018			✓
4.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 25 septembre 2018			✓
4.4 Rapport sur les plaintes Q2			✓
4.5 Rapport sur les incidents Q2			✓
4.6 Rapport des incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée Q2			✓
4.7 Litiges et réclamations en cours			✓
4.8 Recommandations des Comités de revues			✓
<b>5. Autres</b>			
5.1 Présentation – Initiatives de qualité (Invité : Stéphane Legacy)		I	✓
5.2 Présentation – Culture de sécurité / Recentrage stratégique		I	✓
<b>6. Affaires permanentes</b>			
6.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (septembre 2018)		I	✓
<b>7. Date de la prochaine réunion : le 22 janvier 2019 à 08:30</b>			
<b>8. Levée de la réunion</b>			

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	<b>Date et heure :</b> <b>Endroit :</b>	<b>Le 25 septembre 2018 à 08:30</b> <b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Campbellton : salle téléadaptation	(Gilles, Claire) (Lucie) (Diane, Sonia)
<b>Présidente :</b>	Claire Savoie	Téléconférence :	(Michelyne, Gisèle)
<b>Secrétaire :</b>	Lucie Francoeur	Jabber :	(Dre LeBlanc)
<b>Participants</b>			
Claire Savoie	✓	Anne Soucie	A
Gilles Lanteigne	✓	Janie Levesque	A
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	✓
		Sonia A. Roy	✓
		Diane Mignault	✓
		Michelyne Paulin	✓
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

**1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Claire Savoie à 08:30.

**2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels**

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2018-09-25 / 01SCGQS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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 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

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. Les points ci-dessous sont retirés de la résolution en bloc.

4.2 Adoption du procès-verbal du 12 juin 2018

4.6 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés Q1

4.7 Rapport sur les plaintes Q1

**MOTION 2018-09-25 / 02SCGQS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que la résolution en bloc soit adoptée avec le retrait des points ci-dessous :

4.2 Adoption du procès-verbal du 12 juin 2018

4.6 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés Q1

4.7 Rapport sur les plaintes Q1

**Adopté à l'unanimité.**

#### 4.2 Adoption du procès-verbal du 12 juin 2018

Un membre questionne la stratégie de recrutement du Réseau, étant donné la pénurie de main-d'œuvre dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Le président-directeur général souligne qu'une analyse contextuelle du Service des ressources humaines a été effectuée durant les dernières semaines. D'ailleurs, une présentation PowerPoint a été faite hier à la réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature, puis tous les membres sont invités à en prendre connaissance sur le portail Workspace. Le sujet sera discuté en profondeur à la retraite du Conseil d'administration prévue en décembre 2018.

Le début des réunions du Comité consultatif des patients et des familles est prévu à l'automne 2018. Le recrutement des membres a été long et n'est pas complété, même s'il y a eu beaucoup d'initiatives à cet égard.

#### 4.6 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés Q1

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.

Gisèle Beaulieu commente que le Réseau détient une Clinique de la douleur à Moncton, Bathurst, Campbellton et Edmundston. Toutefois, nous rencontrons certains défis pour répondre aux besoins de la clientèle, entre autres le délai d'attente pour un rendez-vous. Aussi lors des tournées proactives (aux heures) quatre points sont abordés avec le patient : douleur, position, élimination, matériel. Nous évaluerons la mise en oeuvre des tournées proactives dans les unités et nous travaillerons en collaboration avec la pratique professionnelle, afin de sensibiliser le personnel en soins infirmiers sur l'importance de faire les tournées.

En ce qui concerne la nourriture, nous poursuivrons la mise en oeuvre du sondage à travers le Réseau, afin de cibler davantage les problématiques et les pistes d'amélioration à cet égard.

#### 4.7 Rapport sur les plaintes Q1

À la suite d'une plainte reçue, Diane Mignault répondra aux questions d'un membre du Conseil après la réunion. Aussi, elle lui expliquera le processus de la gestion des plaintes pour améliorer la qualité des soins et des services offerts par le Réseau.

### 5. Autres

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

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

À titre d'information, Gisèle Beaulieu présente par le biais d'une présentation les exigences et les principaux changements nécessaires, afin d'assurer que le Réseau respecte cette Loi. Les principaux éléments ressortis sont :

- la définition d'un incident lié à la sécurité d'un patient ;
- le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients ;
  - selon la Loi et les règlements ;
  - la situation actuelle et le changement requis ;
- les incidents liés à la sécurité des patients et autres incidents (règlements) ;
- l'avis au patient (divulgation) ;
- l'interdiction de représailles, la confidentialité et l'inadmissibilité de la preuve lors des revues d'incidents ;
- les excuses aux patients/familles relativement à un incident.

Une première analyse est en cours pour identifier les changements nécessaires, afin d'assurer que les processus et les documents internes soient conformes aux exigences de la loi et des règlements. L'échéancier prévu pour terminer cette analyse est la fin décembre 2018 et elle se fait conjointement avec Horizon. Entre temps, des mécanismes sont en place pour l'analyse des incidents et pour rapporter les recommandations découlant des analyses au conseil.

## 5.2 Gestion des plaies de pression

Une note d'information 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, suite à une plainte médiatisée au cours de l'été.

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.

Un tableau est présenté indiquant le nombre de plaies de pression développées à l'hôpital par stade et par zone. Nous notons des divergences par zone. Par conséquent, les pratiques dans les zones seront évaluées, afin d'identifier les écarts.

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 suivront le processus usuel d'approbation. Aussi, une personne clé du secteur clinique a été attitrée au dossier pour le suivi des recommandations du comité de revue et de la surveillance des pratiques en place.

Tous les membres du Conseil d'administration seront invités à prendre connaissance de cette note, puisque cette information sera rendue publique bientôt.

## **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**

### 6. Autres

#### 6.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (juin 2018)

Gisèle Beaulieu passe en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel, dont 14 nouveaux indicateurs ont été ajoutés en lien avec le plan stratégique : le pourcentage d'avancement de la campagne de promotion de la santé sur l'obésité, le nombre d'initiatives mises en œuvre dans les établissements du Réseau, le pourcentage de postes permanents vacants, le nombre de patients référés au guichet unique pour n'en nommer que quelques-uns.

En ce qui concerne le pourcentage de lits occupés par des cas de soins de longue durée, la performance est inférieure à la cible pour cet indicateur. Il y a eu des défis de débordement dans les salles d'urgence durant cette période.

Le taux de conformité aux appréciations du rendement pour les trois premiers mois de l'année est 22.9 % qui est bien au-dessous de la cible à atteindre de 65 %. Le fait que le dossier des ressources humaines est jugé prioritaire pour la prochaine année tous les indicateurs concernés seront surveillés étroitement en parallèle avec la démarche des ressources humaines.

Quelques indicateurs performent bien, entre autres le taux de conformité aux audits de documentation, l'état d'avancement des projets de qualité, le nombre d'infirmières praticiennes embauchées, le nombre de visites dans les cliniques itinérantes, etc.

La performance des indicateurs liés aux finances est relativement bonne.

Un exercice de planification annuelle est prévu en octobre avec les directeurs du Réseau pour réviser les indicateurs et les résultats obtenus. Ensuite, un suivi sera effectué lors de la retraite du Conseil d'administration prévue en décembre prochain.

Nous poursuivons les efforts pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

### 7. **Date de la prochaine réunion** : le 13 novembre 2018 à 08:30

**8. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Sonia A. Roy à 09:22.

---

Claire Savoie  
Présidente du comité

---

Gisèle Beaulieu  
V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux et V.-p. –  
Ressources humaines (intérim)

**Note couverture**

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Date : le 13 novembre 2018

**Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 25 septembre 2018**

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

Soumis le 1<sup>er</sup> novembre 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

## Note d'information

### Rapport sur les plaintes : Q2 2018-19

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Item 4.4

Date : le 13 novembre 2018

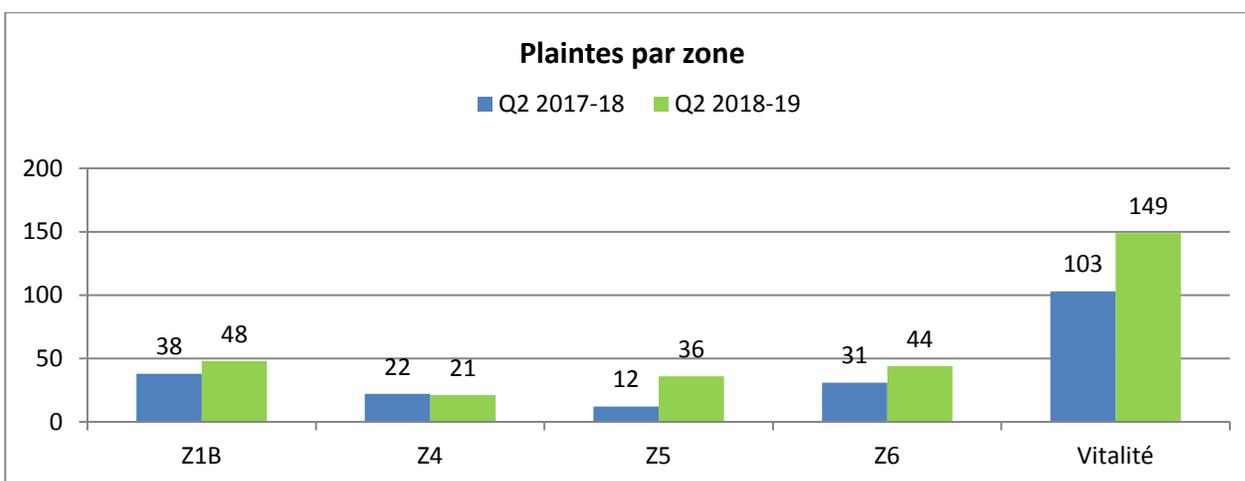
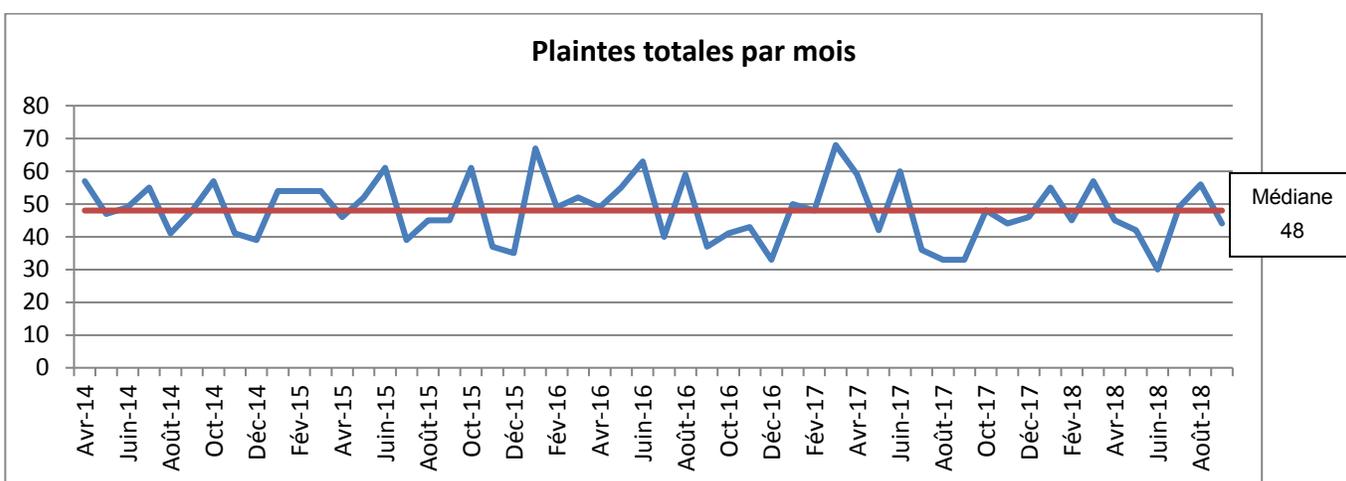
#### Rapport Q2 2018-19

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

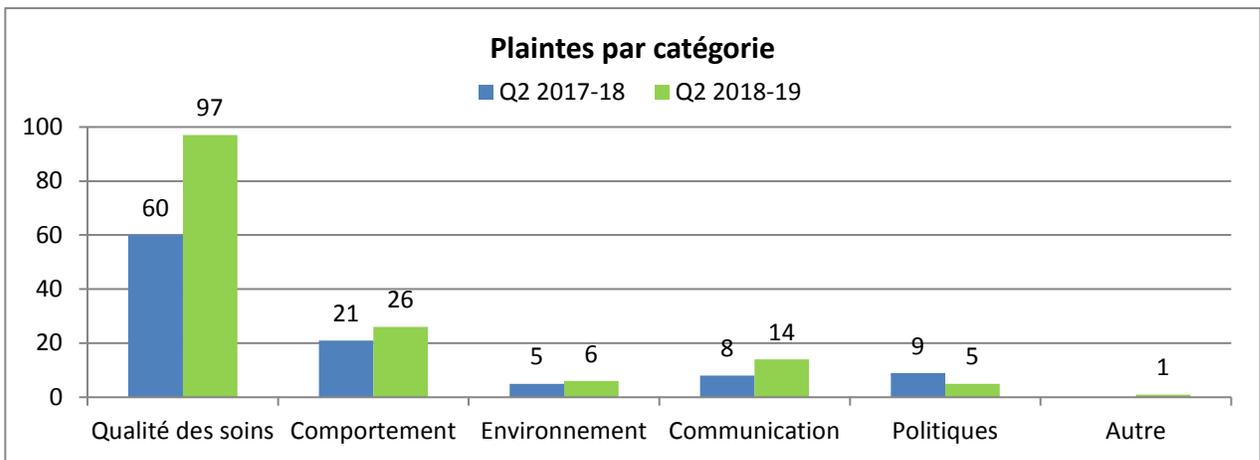
#### Contexte

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

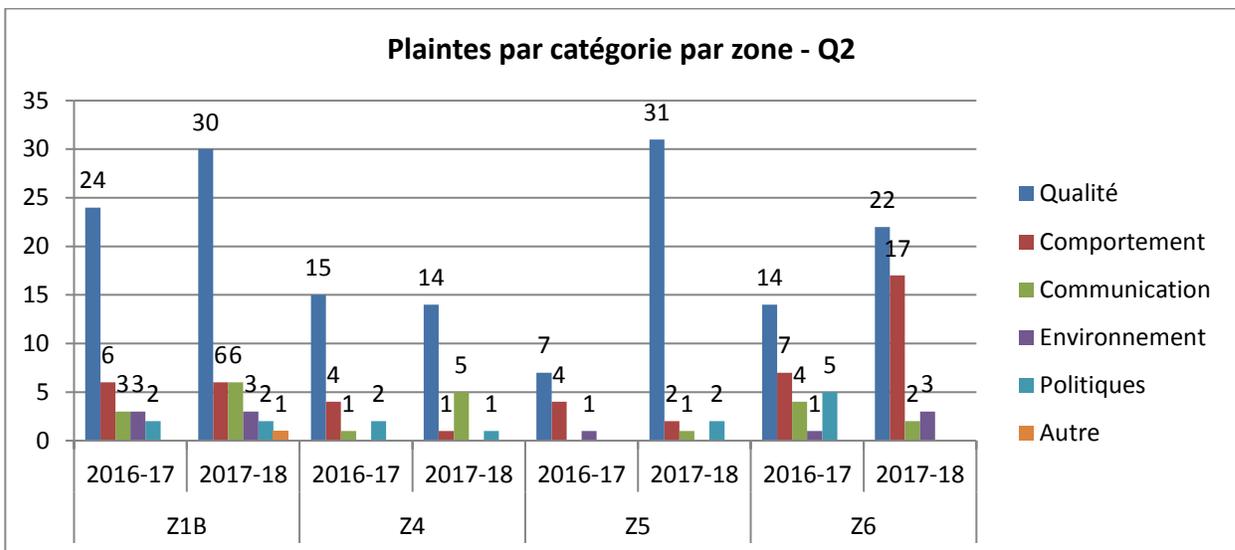
#### Résultats



Au niveau régional, on note une augmentation (45%↑) dans le nombre total de plaintes (Q2 2018 vs 2017). Cette augmentation est attribuable à une hausse dans le nombre de plaintes dans presque toutes les catégories. On note également une augmentation dans toutes les zones, sauf dans la zone 4 où le nombre est resté semblable. Les zones 5 et 6 affichent les augmentations les plus significatives (Z5 200%↑ et Z6 42%↑). Dans la zone 5, on note une augmentation des plaintes à l'urgence et au CHR.

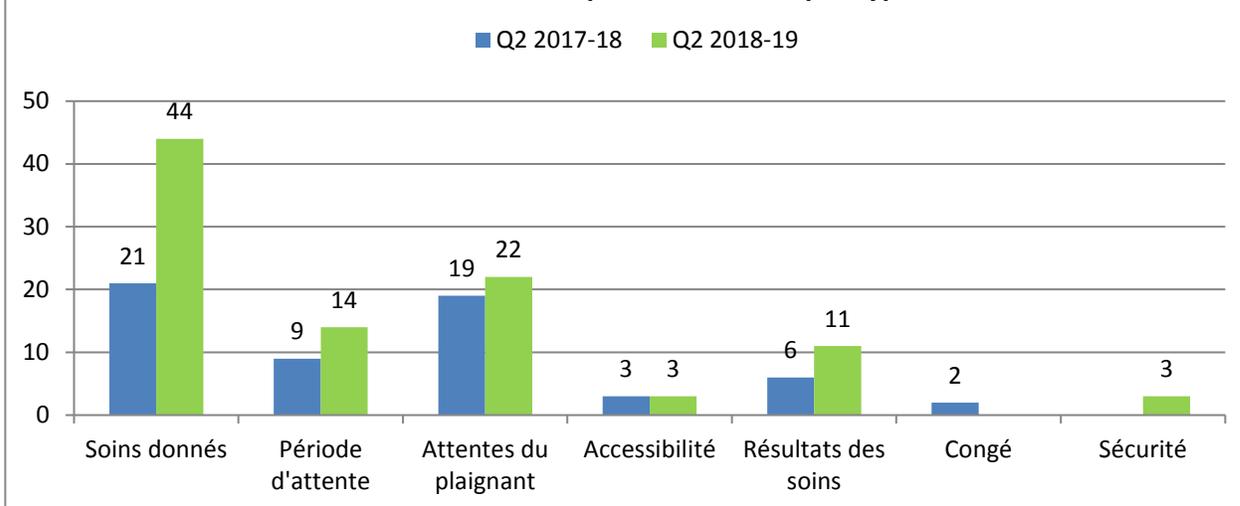


- On note une augmentation dans le nombre total de plaintes dans toutes les catégories, sauf la catégorie en lien avec les politiques. Les plaintes liées à la qualité des soins ont vu une augmentation de 62% comparativement à l'année précédente. Les plaintes de cette catégorie représentent 65% du total des plaintes rapportées (versus 58% en 2017-18). Les plaintes en lien avec le comportement ont vu une augmentation de 24 % et celles en lien avec la communication une augmentation de 75%.



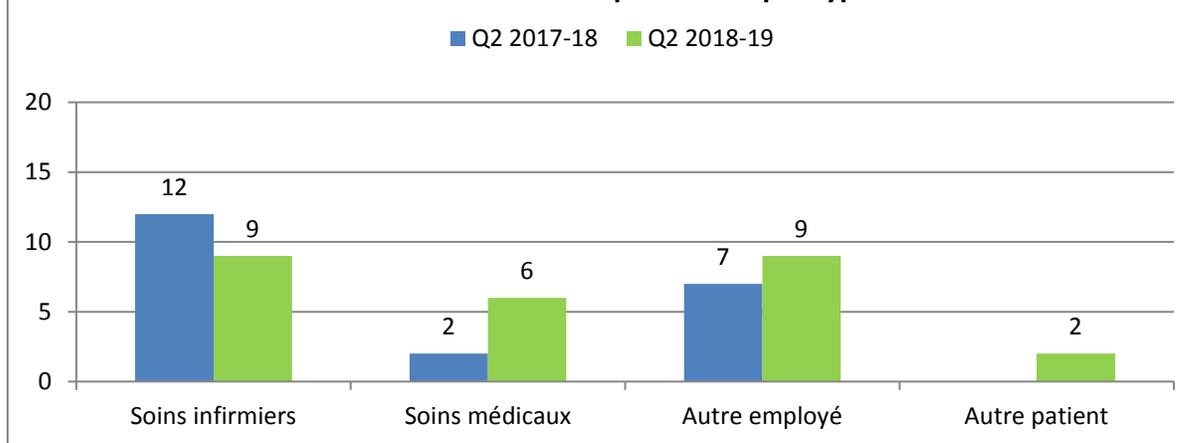
- Qualité des soins** : La zone 1B et 5 affichent le plus haut nombre de plaintes liées à la qualité des soins. La zone 5 affiche la plus grande augmentation (↑343%). Dans la zone 5, les plaintes liées à la qualité des soins proviennent en grande partie du Service d'urgence (14 - majorité en lien avec le temps d'attente et les soins donnés), du CHR (11 - en majorité en lien avec les soins donnés et 6 en provenance du bureau de l'ombudsman), le bloc opératoire (2 - en lien avec les résultats des soins), pratique collaborative (1 - en lien avec soins reçus) et la médecine-chirurgie (3 – en lien avec les soins donnés et les attentes du plaignant). Dans la zone 1B, les plaintes liées à la qualité des soins proviennent en grande partie du Service d'urgence (11 - majorité en lien avec les soins donnés et la période d'attente).
- Comportement** : On note une diminution dans le nombre de plaintes liées au comportement dans chacune des zones à part la zone 6 qui affiche une augmentation de 143% (la majorité en lien avec les soins infirmiers (8) et les soins médicaux (5)).
- Communication** : La zone 1B, 4 et 5 affichent une légère augmentation.

### Plaintes liées à la qualité des soins par type



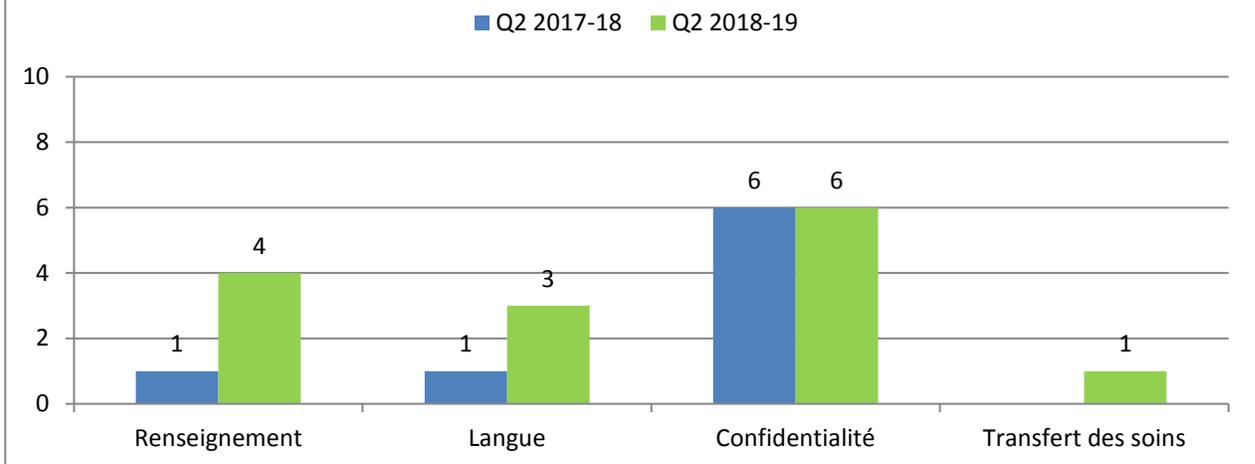
- Dans la catégorie Qualité des soins, les types de plaintes suivants représentent le plus haut volume de plaintes : Soins donnés (45%), Attentes du plaignant (23%) et Période d'attente (14%).
- On note une augmentation au niveau des plaintes en lien avec les soins donnés (25%↑) et les attentes du plaignant (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.). Dans les plaintes liées à l'accessibilité, une des plaintes vient d'un patient qui se plaint d'être resté sur une civière à l'urgence pendant 5 jours et une autre, le transfert d'une mère et son nouveau-né à l'HRC en raison d'un manque de personnel.

### Plaintes liées au comportement par type



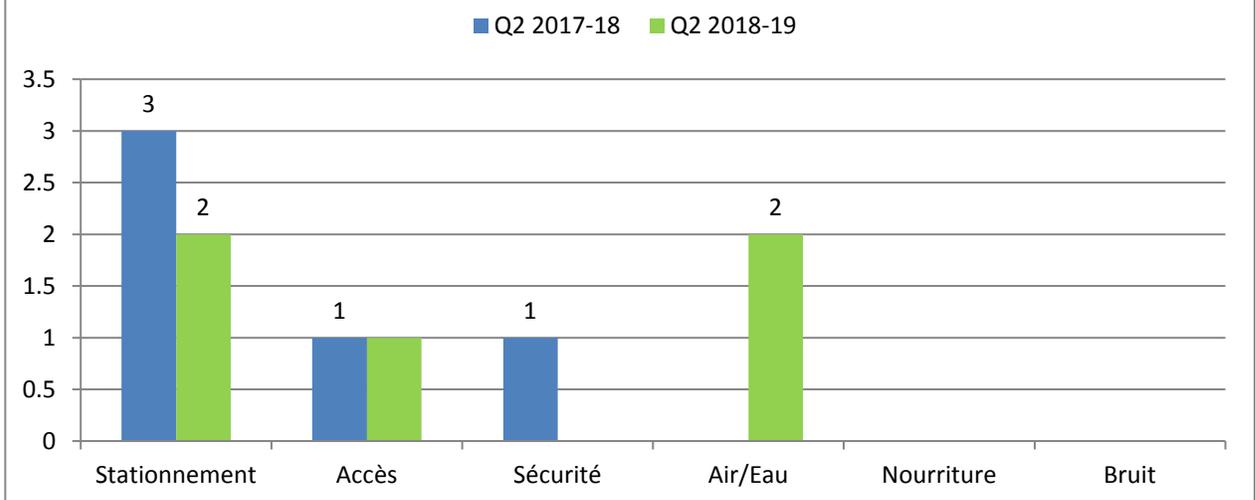
- On note une diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement en lien avec les soins infirmiers. Une augmentation est notée dans les catégories et plus particulièrement au niveau du corps médical. Dans la catégorie autre employé, les plaintes sont en lien avec le personnel de l'admission/réception, phlébotomie et inhalothérapie.

### Plaintes liées à la communication par type



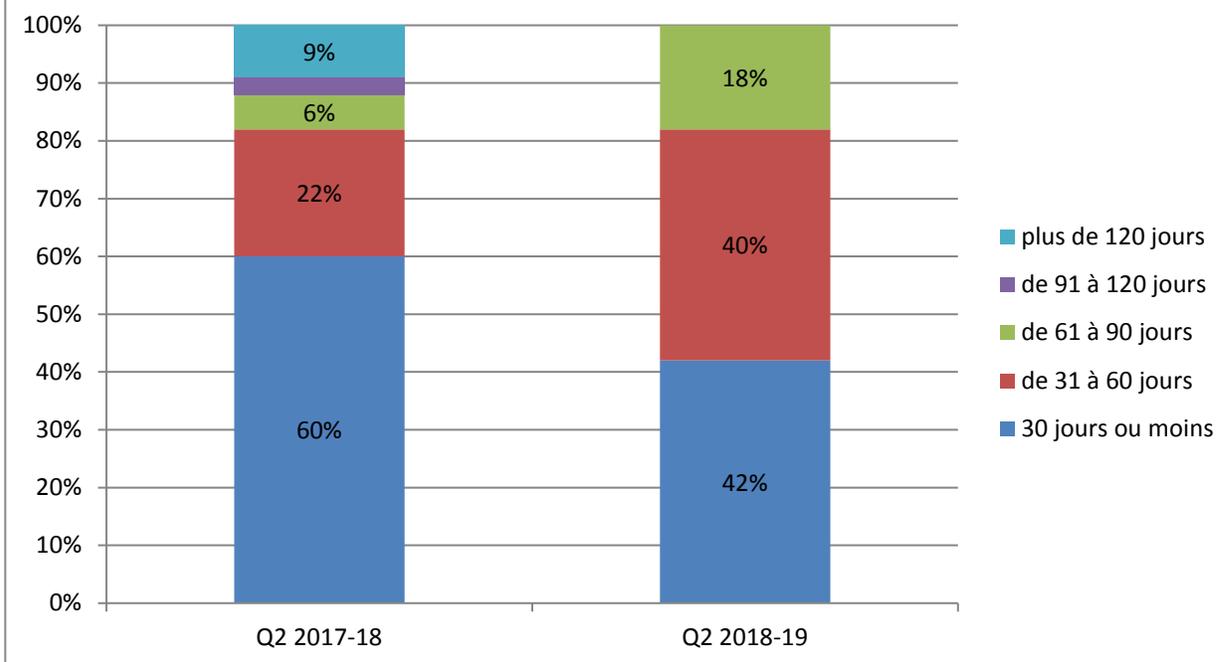
- La majorité des plaintes liées à la communication se retrouvent dans la catégorie en lien avec la confidentialité. Les plaintes dans cette catégorie touchent les accès potentiellement non autorisés au dossier et des bris potentiels/divulgence des renseignements personnels sur la santé.
- On note une augmentation au niveau du nombre de plaintes liées aux renseignements et à la langue. Les plaintes liées aux Renseignements touchent le Service de rendez-vous et les contacts famille. Les plaintes liées à la langue touchent le manque de service dans la langue du choix du patient.

### Plaintes liées à l'environnement par type



- On note une légère diminution du nombre de plaintes liées au stationnement. Les 2 plaintes actuelles proviennent du CHUDGLD. On note une augmentation du nombre de plaintes liées à l'air/eau. Ces plaintes sont en lien avec le fumage sur les terrains du Réseau et le parfum.

## Délais de résolution des plaintes



Des suivis étroits sont faits pour régler les plaintes dans le délai de trente jours. On note une diminution du nombre de plaintes résolues dans un délai de 30 jours et moins (18%↓), mais une augmentation dans les délais de 1 à 60 jours (18%↑). Au Q2 2018-2019, toutes les plaintes ont été résolues en moins de 90 jours.

### 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 Codiac, 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 de laboratoire 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**

- Patient se blesse lors d'un transfert de la civière de l'urgence vers le lit au Service d'imagerie diagnostique. Il a été déterminé que le matelas de la civière devait être changé. Un nouveau matelas a été acheté pour la civière à l'urgence.
- 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.

#### **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 30 octobre 2018 par Monique McNair, gestionnaire – Qualité et Sécurité des patients

---

**Rapport trimestriel des incidents (T2 de 2018-2019)**  
 Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
 Item 4.5  
 Date : le 13 novembre 2018

**Décision recherchée**

Le rapport trimestriel (T2 – juillet à septembre 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**

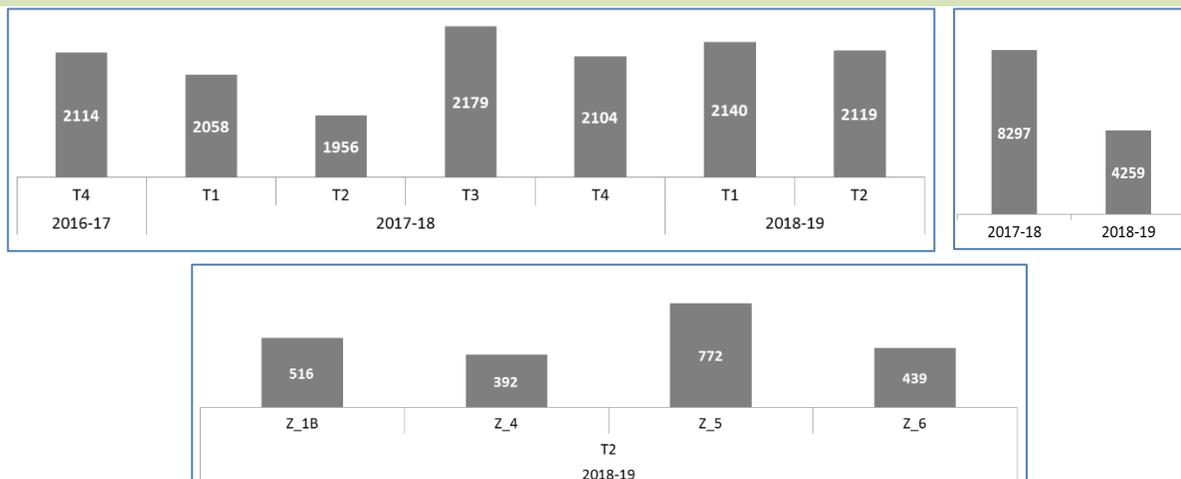
Les statistiques et graphiques représentent les données extraites des incidents « rapportés ». Il est important de considérer que les données peuvent varier d'un rapport à l'autre en raison de la mise à jour qui est faite sur une base mensuelle. Les gravités des incidents peuvent également varier, car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



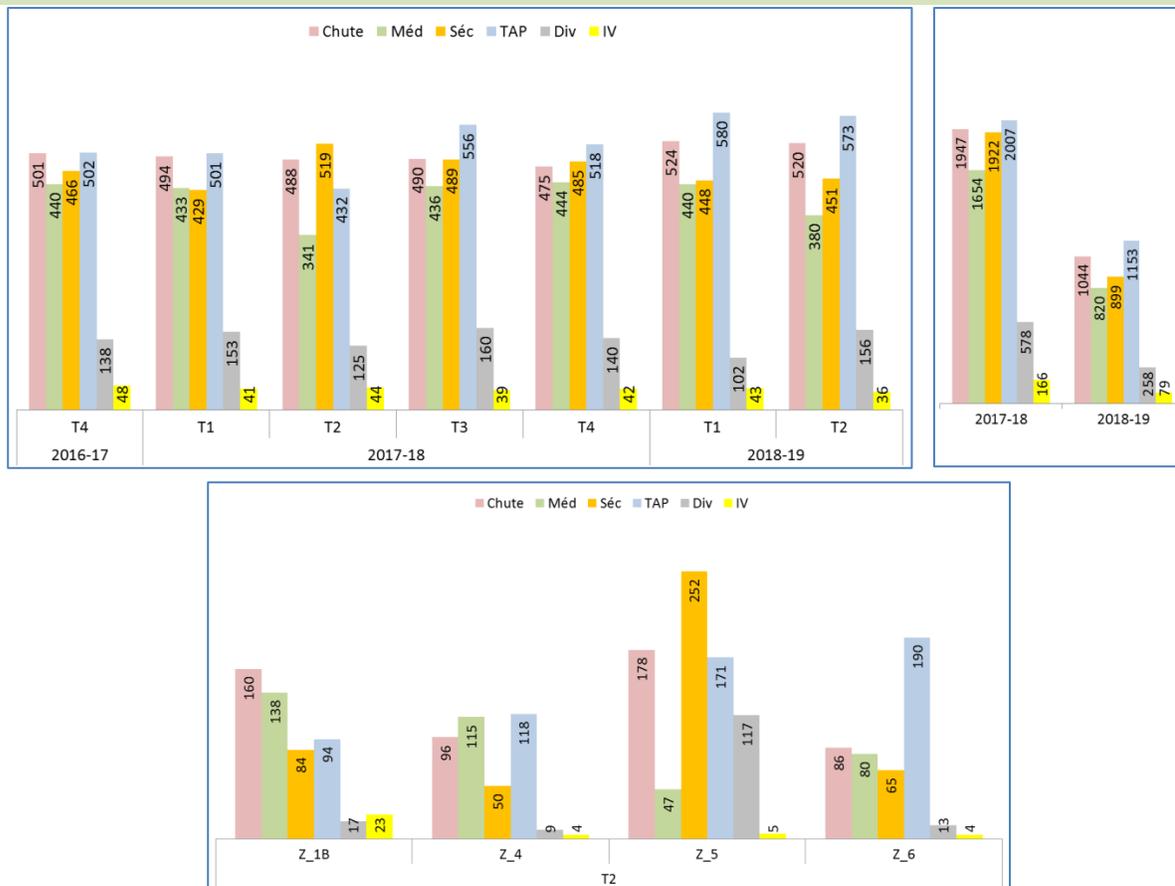
**Observations / Explications :**

- 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 :**

- 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 :

- Globalement, on remarque une diminution du nombre d'incidents reliés aux médicaments en T2 par rapport aux autres trimestres. La même diminution est remarquée au T2 de l'année précédente. T2 correspondant à la période estivale, il faut se questionner à savoir s'il s'agit d'une baisse réelle ou plutôt une diminution du nombre d'incidents découverts/rapportés. Les autres types d'incidents sont plutôt stables.
- Les incidents de type Traitement/analyse/procédé (TAP) ont été plus souvent rapportés dans la Zone 6. Nous notons toutefois une baisse par rapport à T1 (14% de moins).
- Les incidents de sécurité sont beaucoup plus fréquents dans la Zone 5 qu'ailleurs, plus spécifiquement au CHR (45% du nombre global d'incidents de sécurité). Ceci le demeurera en raison de la clientèle qui présente des besoins et défis particuliers. Il y a toutefois place à l'amélioration. Les principaux types rapportés sont les agressions et les altercations/abus verbaux.
- Les chutes sont également plus élevées dans la Zone 5 suivi de près par la Zone 1B.

### Mesures prises :

Les mesures prises sont identifiées suites aux analyses de tendance. C'est un travail en continu.

- Une attention particulière sera apportée aux Zones 1B et 5 pour le nombre de chute. L'analyse de tendance nous permettra de cibler les mesures d'améliorations à prendre.



- Une note de service sera préparée et envoyée à tous les gestionnaires et directeurs des unités de soins du Réseau afin de réitérer certaines directives concernant les plaies de pressions à rapporter via le rapport d'incident.

**Recommandations découlant des suivis d'incidents modérés :**

- Les suivis faits suite à un incident relié aux médicaments pour lequel un patient a reçu un médicament auquel il était allergique a permis de faire les recommandations suivantes :
  - Réitérer l'importance de la double vérification des allergies.
  - Inscrire toutes les allergies connues sur tous les documents appropriés et aux endroits prévus à cet effet.

#### 4- Suivis suite aux Analyses de tendances

Les suivis suite aux analyses de tendances ne sont pas disponibles pour ce trimestre. Il y a eu un délai pour la mise à jour du fichier central ce qui a retardé la sortie des rapports mensuels d'analyse de tendances des incidents pour les gestionnaires. Des suivis aux analyses de tendance vous seront présentés au prochain trimestre.

---

**Suivi à la décision**

Poursuivre l'analyse des tendances.

---

**Proposition et résolution**

Aucune.

---

Soumis le 2018-10-24 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques

---

Note d'information

**Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée - Q2**  
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Item 4.6  
Date : le 13 novembre 2018

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

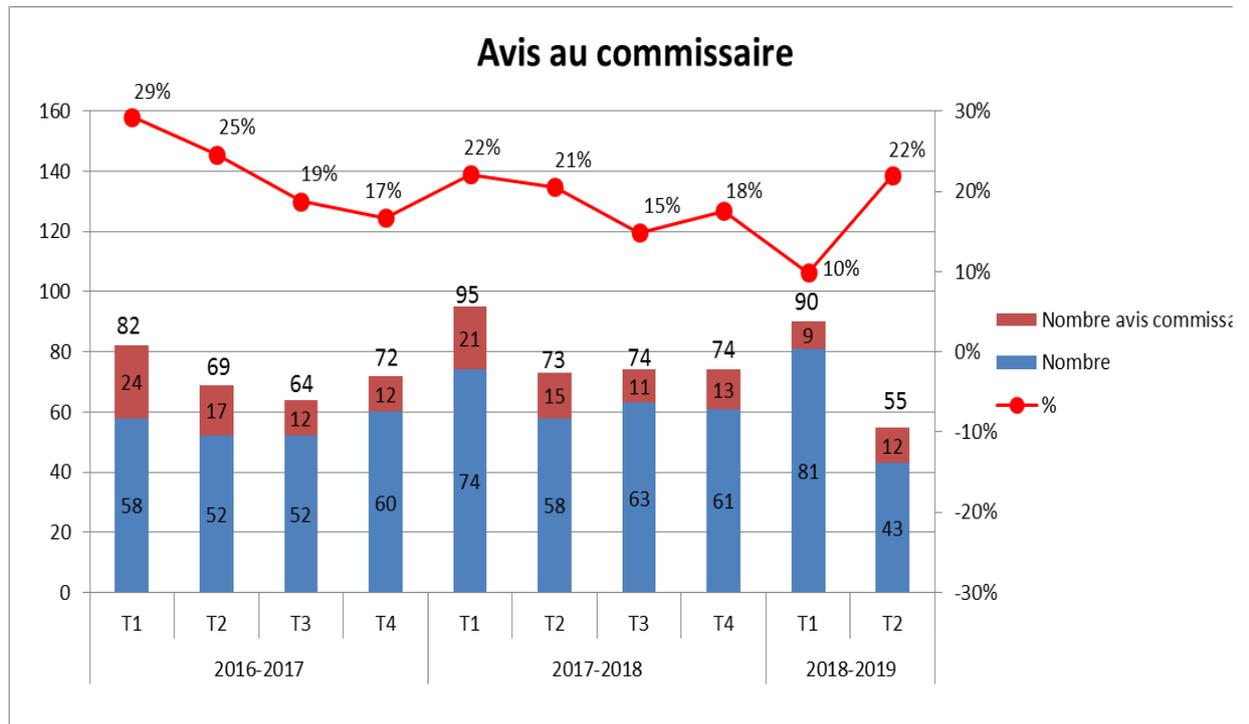
**Décision recherchée**

- Le rapport trimestriel T2 – Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée est présenté pour information.

**Contexte / Problématique**

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

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



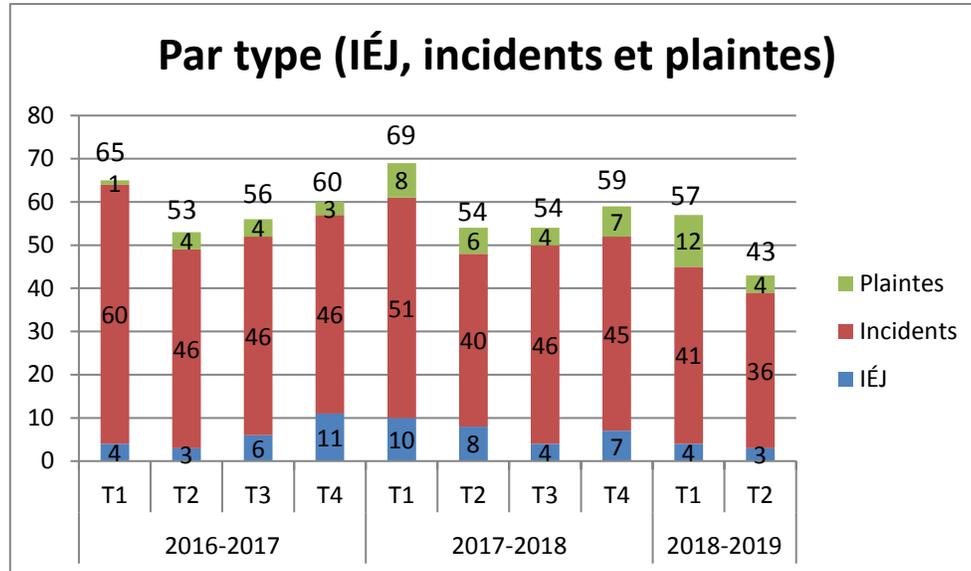
Il est à noter que seules les atteintes à la vie privée sont rapportées au Commissaire à l'intégrité. Un avis peut inclure plusieurs victimes. On note une diminution des incidents rapportés de 39% par rapport au trimestre précédent.

2. Répartition des incidents rapportés par zone

Zone	2017-2018				2018-2019	
	T1	T2	T3	T4	T1	T2
z1b	38 (55%)	23 (43%)	22 (41%)	35 (59%)	24 (50%)	22 (51%)
z4	11 (16%)	8 (15%)	18 (33%)	7 (12%)	14 (29%)	6 (14%)
z5	13 (19%)	11 (20%)	11 (20%)	9 (15%)	7 (15%)	6 (14%)
z6	7 (10%)	12 (22%)	3 (6%)	8 (14%)	3 (6%)	9 (21%)

On note une augmentation du pourcentage d'incidents rapportés dans la Zone 6. Ce pourcentage est davantage proportionnel au nombre d'employés de cette zone.

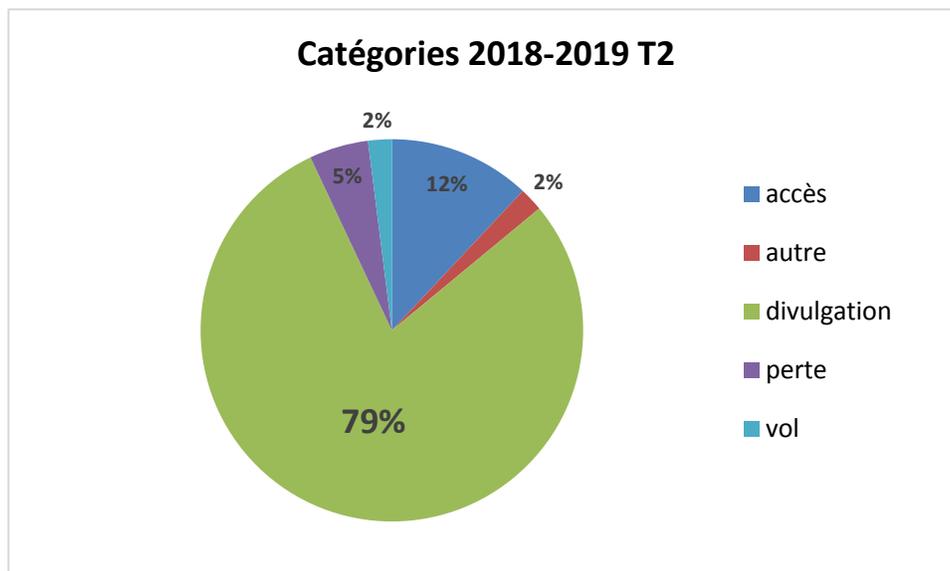
### 3. Incidents par type (exclus les hors services)



On note une diminution des plaintes au deuxième trimestre comparativement au trimestre précédent (↓ 67%) et au même trimestre l'année dernière (↓ 33%). On observe aussi une tendance à la baisse au niveau des incidents rapportés. Cette tendance est probablement attribuable à la période estivale.

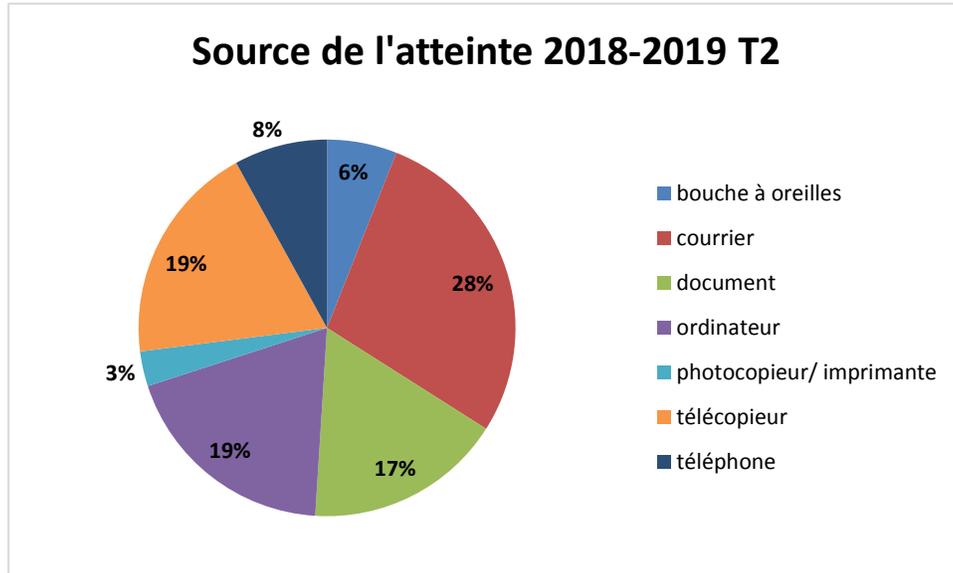
Lors du deuxième trimestre, les accès non autorisés ont mené à la notification de 16 victimes comparativement à 284 victimes au premier trimestre.

### 4. Incidents par catégorie



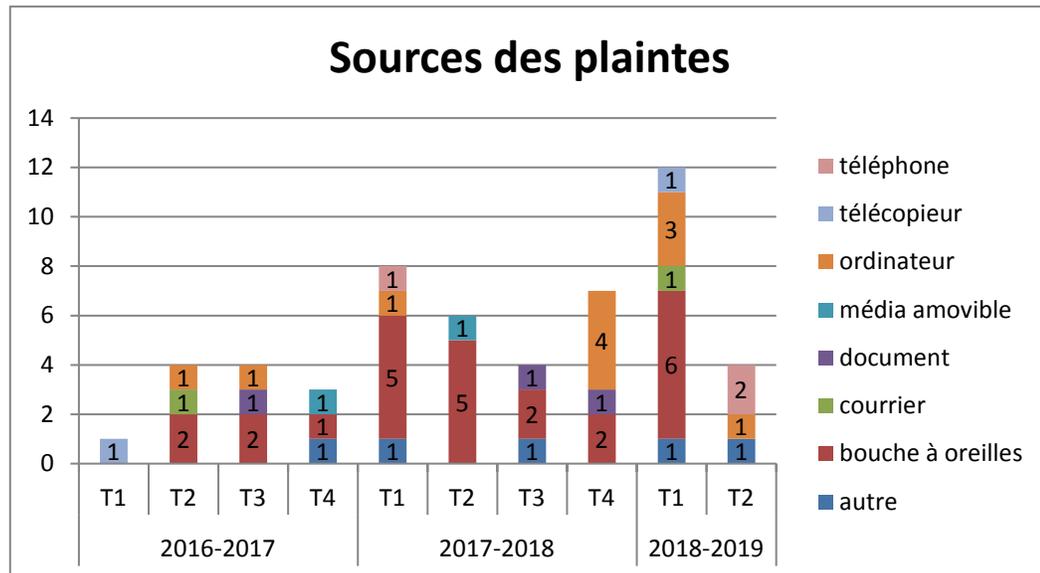
La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (79%) ou un accès non autorisé (12%).

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 lors du deuxième trimestre sont le courrier (28%), l'ordinateur (19%) et le télécopieur (19%).

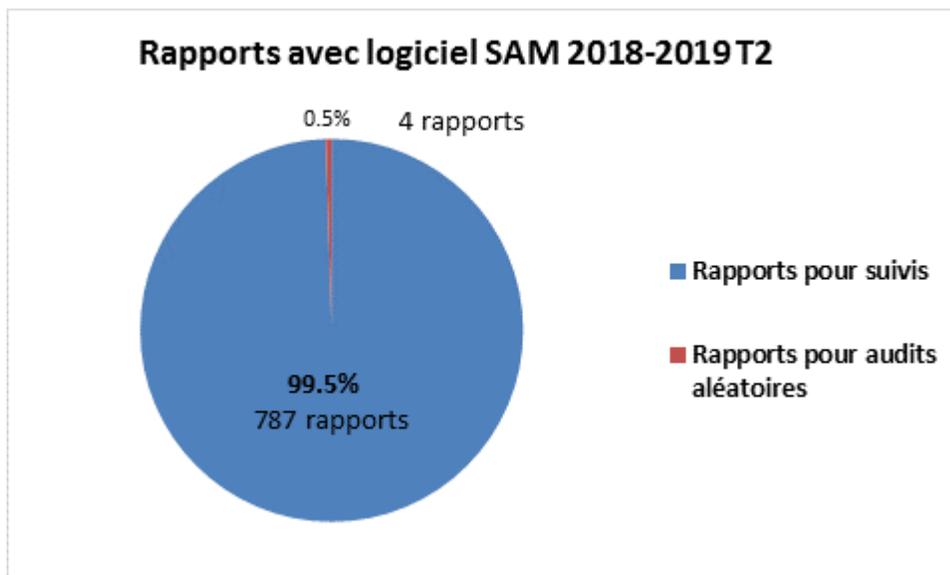
6. Sources des plaintes



Pour le deuxième trimestre de 2018-2019, la source principale de toutes les plaintes en lien à la confidentialité et la protection de la vie privée est le téléphone.

## 7. Vérification des accès

Un logiciel spécifique pour la vérification des accès est en place depuis le 1<sup>er</sup> 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.



Il est à noter que les rapports d'audits aléatoires démontrent généralement plusieurs activités douteuses qui doivent être analysées individuellement. Il est prévu d'augmenter progressivement le nombre de rapports d'audits aléatoires produit.

---

### Suivi à la décision

- Poursuivre les vérifications aléatoires et peaufiner les différents processus de suivis ;
- Débuter la mise en œuvre de la Phase 2 du projet qui vise à étendre la surveillance aux non-employés par ex. : médecins, stagiaires, etc.

---

### Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

---

**Soumis le 29 octobre 2018 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée**

---

## Note d'information

### Litiges et réclamations en cours

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

Item 4.7

Date : le 13 novembre 2018

#### Décision recherchée

- Le rapport des litiges et réclamations est présenté à titre d'information.

#### Contexte / Problématique

- HIROC Management Ltd. est le gestionnaire du régime d'assurance responsabilité des services de santé (Protection de responsabilité civile et professionnelle).
- Tous les sinistres impliquant des préjudices personnels de même que tous sinistres impliquant des dommages matériels dont la valeur est supérieure à 6000\$ doivent être rapportés et gérés par le gestionnaire du programme de protection de responsabilité civile.
- La province du Nouveau-Brunswick assume toute responsabilité pour les sinistres couverts par l'attestation de protection de protection de responsabilité civile.

#### Éléments à considérer dans la prise de décision

- Le service de gestion des risques signale à HIROC les incidents et les situations ayant un potentiel de litige ou de réclamation pour blessures corporelles (par exemple : incident avec blessure grave, plainte avec menaces de poursuites).
- Le service de gestion des risques communique dans les plus brefs délais tout avis de poursuite reçu ou toute réclamation pour blessure corporelle reçue.
- Le service de gestion des risques collabore étroitement avec HIROC pour la gestion des dossiers de litiges et réclamations. HIROC assigne un aviseur légal en temps opportun.

#### Considérations importantes

- Le plus récent rapport fourni par HIROC date de mars 2018.
- Les dossiers ouverts ne sont pas tous des cas actifs. Ce sont en majorité des signalements qui sont surveillés par HIROC.
- Il y a actuellement 25 dossiers actifs au Réseau de santé Vitalité.
- Voici un aperçu du nombre de dossiers actifs par zone :
  - Zone 1B : 3 dossiers qui sont tous des litiges;
  - Zone 4 : 4 dossiers dont 3 litiges et 1 réclamation;
  - Zone 5 : 5 dossiers dont 2 litiges et 3 réclamations;
  - Zone 6 : 13 dossiers dont 11 litiges et 2 réclamations. À noter que 2 dossiers de litiges sont en processus de fermeture.
- La majorité des litiges et des réclamations sont reliés à des incidents de chutes et à des incidents dans la catégorie Traitement/analyse/procédé.

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

---

### **Suivi à la décision**

---

- Poursuivre les signalements à HIROC de situations susceptibles de mener à une poursuite ou une réclamation.
- Poursuivre la communication à HIROC des avis de poursuites reçus et des réclamations.
- Obtenir de façon systématique, les rapports de litiges et réclamations de HIROC à chaque trimestre.

---

### **Proposition et résolution**

---

Aucune

---

**Soumis le 2017-11-02 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 4.8  
 Date : le 13 novembre 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 septembre 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 septembre à octobre 2018, un total de 6 revues ont été effectuées (4 incidents et 2 suicides en communauté) et un total de 24 recommandations ont été émises.
- De ces 24 recommandations : 3 sont en place, 16 sont en voie de mise en œuvre (la plupart avec un échéancier dans les prochains mois), 4 sont non-débutées et 1 en attente d'information. Le tableau ci-dessous présente un résumé des incidents et des recommandations émises.

**Résumé des incidents et recommandations (septembre à octobre 2018)**

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Décès d'un nouveau-né quelques jours post accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conserver le numéro de lot et faire un suivi auprès de la standardisation du matériel lors de bris ou défaillance d'un équipement/matériel.</li> <li>- Maintenir le capteur du rythme cardiaque du fœtus en place lors de l'épidural pour les cas présentant un tracé atypique ou anormal.</li> <li>- Continuer à éduquer le personnel obstétrical et les médecins concernant la clarté de la communication dans les situations urgentes ou émergentes. (ex. en utilisant un outil de communication tel que ICHAT).</li> </ul>
Patient retrouvé sans vie dans sa chambre - décès inattendu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir le partage des rôles cliniques et administratifs des surveillants.</li> <li>- Revoir les outils de communication (rapports d'unité à l'infirmierie, rapport de l'infirmierie, rapport du surveillant) et leurs pertinences.</li> <li>- Assurer que les professionnels autoréglementés connaissent leurs rôles, leurs responsabilités et le principe de délégation.</li> <li>- Assurer la présence des gestionnaires au rapport du matin.</li> <li>- Faire des audits sur l'utilisation de l'outil de communication (SAER), la documentation interdisciplinaire et le programme de la prévention des chutes, communiquer les résultats et cerner des pistes d'amélioration.</li> <li>- Effectuer sur une base régulière des mises en situation (simulation).</li> </ul>
Plaie de pression développée lors de l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offrir de la formation additionnelle sur le programme de prévention des lésions de pression.</li> <li>- Assurer la conformité à la prévention des lésions de pression par le biais d'audits bisannuels.</li> <li>- Assurer l'utilisation de la fiche d'évaluation et traitements des plaies dès l'apparition d'une lésion et inclure la dimension de la plaie chaque jour.</li> <li>- Informer l'ensemble du personnel infirmier du processus à suivre pour une consultation lors d'absence de l'infirmière consultante en soins de plaie.</li> <li>- Assurer d'inclure au rapport de transition des soins toute présence de lésions cutanées.</li> <li>- Assurer que les patients alités ou à mobilité réduite temporairement ont un programme d'exercices passifs/actifs et offrir de l'enseignement à la famille.</li> <li>- Assurer que les patients alités ou à mobilité réduite chronique reçoivent de la mobilisation de base (maintien) et dans la mesure du possible, offrir de l'enseignement à la famille.</li> <li>- Voir à la possibilité d'une coordination régionale des soins de plaies.</li> </ul>
Refracture de la cheville en période post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clarifier/uniformiser auprès des orthopédistes les directives de mise en charge en période postopératoire/réadaptation)</li> <li>- Communiquer les spécifications de mise en charge à l'équipe multidisciplinaire.</li> </ul>

Suicides en communauté (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un rappel sur les lignes directrices en lien avec le contact des clients lors de fermeture de service.</li> <li>- Utiliser des outils de communication afin de transmettre l'information pertinente et assurer la continuité des soins.</li> <li>- Faire de la sensibilisation aux intervenants sur la réduction d'accès aux moyens.</li> <li>- Assurer d'offrir du soutien et de la documentation (dépliants) aux familles qui vivent des séquelles du suicide d'un proche.</li> </ul>
----------------------------	--

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

- Il y a eu 14 revues effectuées avant septembre 2018 avec recommandations incomplètes. Pour ces dix revues, 63% (50/80) des recommandations sont implantées et il reste 30 recommandations à mettre en place.
- Les 14 revues incomplètes concernent des incidents liés à des traitements/procédures (ex. plaies de pression, transmission des résultats des analyses de laboratoire et d'imagerie médicale), une chute, suicides en communauté, un patient manquant, un code blanc et une situation d'agression physique entre deux patients.
- Le travail est débuté 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, formation à donner, etc.).

### 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 5 novembre 2018 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

## Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Date : le 13 novembre 2018

### Objet : Présentation – Initiatives de qualité

Monsieur Stéphane Legacy, V.-P. – Services de consultation externe et Services professionnels est invité à la rencontre pour présenter les initiatives de qualité découlant de ces secteurs et répondre aux questions des membres.

Vous trouverez en annexe une présentation PowerPoint.

Soumis le 2 novembre 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux



RÉSEAU DE SANTÉ

**vitalité**

HEALTH NETWORK



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

## **Initiatives de Qualité**

### **V.-p. – Services de consultation externe et Services professionnels**

Novembre 2018

# Comment choisir des initiatives d'amélioration de la qualité des soins et services offerts

## Une multitude d'outils sont à notre disposition

- Agréments/Associations nationaux nous offrent des modèles de pratique exemplaire :
  - Normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada
  - IQMH – Modèle de livraison des services de Laboratoire
  - ANORP – Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie
- Plan d'affaire Vitalité / plan de modernisation
  - Stratégies communautaires/ambulatoires pour éviter les hospitalisations
  - Prise en charge de notre clientèle hospitalisée pour un retour rapide en communauté.
- Sondages et publications
  - Sondages de satisfaction de Vitalité, Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, étude de santé sur la population

# Comment choisir des initiatives d'amélioration de la qualité des soins et services offerts

- Le portrait de la santé de la population du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick en 2016 :

Les 9 problèmes de santé chroniques les plus fréquents						Prévalence (%)
		Zone 1B	Zone 4	Zone 5	Zone 6	N.-B.
1	Hypertension artérielle	24,4	24,9	39,6	32,7	27,0
2	Arthrite	15,4	13,4	22,2	16,0	17,4
3	Reflux gastrique (RGO)	17,3	14,2	18,4	17,5	16,4
4	Dépression	15,0	11,6	16,7	13,9	14,9
5	Douleur chronique	12,5	13,7	17,9	14,1	14,0
6	Asthme	11,3	9,9	14,2	12,2	11,8
7	Diabète	9,7	9,4	16,8	12,9	10,6
8	Cancer	8,4	7,7	9,5	8,8	8,3
9	Maladie cardiaque	6,8	10,7	13,1	10,7	8,3
<b>Portrait de la santé de la population</b>						
<b>Les 4 raisons d'admissions à l'hôpital les plus fréquentes (par 10 000)</b>						
1	Nouveau-né normal, accouchement vaginal, naissance unique					
2	Maladie pulmonaire obstructive chronique					
3	Insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire					
4	Pneumonie virale ou non précisée					

The background features a gradient from light blue at the top to white at the bottom, overlaid with numerous semi-transparent circles in various shades of blue and white, creating a bokeh effect.

# **Initiatives**

## **Plan stratégique – Vitalité**

# **Nous offririons des services de santé primaire en continu le plus près possible du milieu de vie de la personne**

## **Clinique de la douleur**

Objectif : Gestion de la douleur chronique par une équipe multidisciplinaire

- ✓ Anesthésiste/infirmière/physiothérapeute/psychologue
- ✓ Implantation complète dans les 4 zones
- ✓ Rénovation approuvée par l'Équipe de leadership pour la Zone 5
- ✓ 500 patients sont vus mensuellement à nos cliniques (nouvelles références et nouveaux suivis)

## **Rhumatologie**

Objectif : Offrir à la zone du nord un accès à distance aux spécialistes du sud

- ✓ En fonction à Edmundston, Bathurst et Lamèque. Environ 100 patients sont suivis par le biais de la vidéoconférence
- ✓ Recrutement de 2 rhumatologues à Bathurst en 2018
- ✓ L'objectif est la mise en œuvre de la Clinique de rhumatologie avec présence médicale au printemps 2019 dans la Péninsule acadienne et à la Zone 5.

# Nous offririons des services de santé primaire en continu le plus près possible du milieu de vie de la personne

## Clinique de cardiologie à l'HSMK

- Objectifs : Réduire les distances pour les patients
  - ✓ 1 700 patients de la région de Kent se sont déplacés au CHUDGLD
  - ✓ Depuis son ouverture en avril 2018, 574 patients
  - ✓ La clinique offre des épreuves d'effort, des échos d'effort et des échos cardiaques

## Neurologie

- Objectifs : Réduire les distances pour les patients
  - ✓ Ajout de 4 neurologues, dont 1 à Bathurst et 3 à Moncton
  - ✓ Clinique dans le nord par des visites des neurologues et par vidéoconférence
  - En lien avec la Stratégie intégrée du N.-B. en matière d'AVC
    - l'instauration des cliniques d'ICT (Ischémie cérébrale transitoire) en commençant par les zones 1B et 6.
    - algorithme pour les patients admis qui développent des symptômes d'AVC a été implanté dans les zones 5 et 6 (en place à la zone 4). Zone 1B pour 2018-19.

# **Nous offririons des services de santé primaire en continu le plus près possible du milieu de vie de la personne**

## **MPOC seront décentralisées dans la communauté**

- Objectifs : Réduire les visites aux urgences et réduire les durées de séjours
  - ✓ Campagne provinciale de sensibilisation (automne)
  - ✓ Adoption d'un formulaire régional « Ordonnances d'admission lors d'exacerbation aiguë »
- Objectifs pour 2018-19 :
  - ✓ Mise en place d'un programme de réadaptation pulmonaire régional en collaboration avec les ressources du Programme de réadaptation cardiaque.
  - ✓ En fonction à Edmundston, Grand-Sault et Bathurst
  - ✓ Décembre 2018 : Moncton, Sainte-Anne (Bouctouche) et Campbellton
  - ✓ 2018-19 : Caraquet, Saint-Quentin, Lamèque, Tracadie

# Laboratoire

# Services de laboratoire

- Les laboratoires du Réseau de santé Vitalité ont reçu la visite d'agrément de l'IQMH en 2018. La prochaine visite aura lieu dans quatre ans.
- Deux évaluations ont été effectuées en 2017-18 et plan d'action déposé au Conseil d'administration en mars 2018.
- Installation des appareils pour les analyses hors laboratoire (AHL) au Service d'urgence des hôpitaux communautaires :
  - ✓ SQ, GS - 15 octobre
  - ✓ Caraquet et Lamèque – déc. 2018
  - ✓ SMK et Tracadie – début 2019
- Cliniques sans rendez-vous pour les prélèvements dans toutes nos zones :
  - ✓ SQ, GS, SMK, Edmundston, Dumont - en fonction
  - ✓ Zone 5 - Campbellton et Dalhousie - novembre 2018
  - ✓ Zone 6 - Bathurst, Caraquet, Tracadie et Lamèque - janvier 2019

# **Normes et pratiques organisationnelles requises**

# Gestion des médicaments

## Pratiques organisationnelles requises (POR) – Agrément Canada

- POR au niveau de la gestion des médicaments pour lesquelles les suivis sont complétés
  - ✓ Électrolytes concentrés
  - ✓ Gérance des antimicrobiens
  - ✓ Sécurité liée aux narcotiques
  - ✓ Sécurité liée aux pompes à perfusion
  - ✓ Bilan comparatif des médicaments (BCM)
- POR qui demande un suivi pour décembre 2018
  - Médicaments de niveau d'alerte élevé
    - ✓ Politique et liste de médicaments approuvées en mars 2018
    - ✓ Audit à être effectué aux unités de soins

# Gestion des médicaments

## Programme de gestion des antimicrobiens (A/C)

- Proposition pour l'implication de ressources médicales et de pharmaciens dans nos hôpitaux
  - ✓ Développement de lignes directrices provinciales
  - Assurer un suivi systématique des patients hospitalisés sous antibiotique
  - Utilisation appropriée des antibiotiques contre certaines maladies infectieuses
- En milieu externe - Clinique d'antibiothérapie
  - Réduire ou éliminer les traitements d'antibiothérapie aux urgences et au Programme extra-mural
  - ✓ CHUDGLD - ouverture en mars 2018
  - Le développement dans les zones du nord est prévu au début 2019

*Selon une étude en 2012 menée sur 529 dossiers, près de la moitié (43 %) des ordonnances étaient jugées inappropriées ou incomplètes! Selon des études plus récentes, à plus petite échelle, nous avons constaté très peu d'amélioration.*

# Gestion des médicaments

## Implantation des nouvelles normes – Préparation des produits stériles en pharmacie

- L'ANORP (Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie) a publié de nouvelles normes de pratique pour la préparation des produits stériles en pharmacie.
- Application dans chacune des provinces canadiennes. L'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick (OPNB), demande de mettre en vigueur ces normes.
- Préparation du « Gap Analysis » déposée à l'Ordre des pharmaciens et au ministère de la Santé.
- Les normes touchent les infrastructures, le protocole de préparation et de nettoyage, le programme de qualité, la certification des ressources humaines et la date limite d'utilisation (chimio \$\$).

# **Service d'alimentation et de l'environnement**

## Entretien ménager - Assurer la propreté des installations et aider à contrôler les infections

Selon le CSNB 84% des patients indique que pendant leur séjour, que la chambre/salle de bain était nettoyées (toujours/généralement)

- Vitalité adopte les normes de qualité qui découle du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI/PIDAC) de l'Ontario.
- CCPMI recommande au moins une mesure qui évalue directement le nettoyage (ex: APT-métrie), en plus de mener des évaluations observationnelles.
  - Présentement Vitalité utilise seulement la mesure visuel
  - Étude en cours pour adopter la mesure de l'adénosine triphosphate (ATP).
  - Normalisation des pratiques au niveau régional pour les évaluations observationnelles.
- Analyse des logiciels permettant la gestion et l'analyse des données (Westech et OPTIQO).



# Assurer l'offre de services alimentaires à la clientèle, aux employés, aux bénévoles et aux visiteurs – Saine alimentation

- Réalisations / vision
  - ✓ Dépistage et la gestion de la malnutrition; visite des patients par une technicienne en nutrition.
    - 7 indicateurs régionaux, dont le taux d'amélioration des apports nutritionnels ainsi que l'élaboration d'un plan de continuité de soins.
  - ✓ Mise en œuvre d'un logiciel pour permettre le choix de menu le même jour (Microgesta).
  - ✓ Piloté un sondage au CHUDGLD; dont 12 questions qui touchent la qualité, la présentation, la température, le choix et la propreté
    - 46,88 % satisfait et 42,19 % très satisfait
    - Quelques initiatives mises en place depuis le sondage
      - Prise de température des aliments aux unités
      - Nouvelle machine à eau chaude à courroies
      - Révision de la taille des portions
  - Déploiement du sondage au niveau régional en 2018-19

# Assurer l'offre de services alimentaires à la clientèle, aux employés, aux bénévoles et aux visiteurs – Saine alimentation

## Environnements alimentaires sains et plans d'amélioration de l'offre alimentaire seront mis en œuvre

- ✓ Phase 1 - Les menus de patients rencontrent la politique alimentaire – complété en 2018.
- Phase 2 – Hydratation appropriée dans tous les milieux d'offres alimentaires dans le Réseau de santé Vitalité - échéancier : décembre 2018 :
  - ✓ Rencontre avec les partenaires (fondation, auxiliaires, opérateurs de casse-croustes).
  - ✓ Plan de communication aux employés et visiteurs – automne 2018.
  - Modification de l'offre des produits hydratants - décembre 2018. (machines distributrices, boutique, cafétéria, etc.)

# Assurer l'offre de services alimentaires à la clientèle, aux employés, aux bénévoles et aux visiteurs – Saine alimentation

- Objectif pour 2019-20 : Élaboration d'un plan d'amélioration de 10 ans pour assurer la qualité, la sécurité et la rentabilité de nos services. Les quelques éléments de qualité qui s'y retrouveront :
  - Plan de mobilisation et de formation du personnel
  - Uniformisation des menus patients sur le territoire de Vitalité
  - Évaluation et recommandation sur le modèle de préparation des aliments (méthode conventionnelle / production locale versus centralisée)
  - Un plan de remplacement des équipements sera développé. La majorité des pièces majeures de 100 000 \$ et plus datent de l'ouverture des établissements
  - Plan de mise à niveau des installations physiques qui présente des défis en matière de salubrité, d'ergonomie et de contrôle des infections.

Questions ?



RÉSEAU DE SANTÉ

vitalité

HEALTH NETWORK



**Note couverture**

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Date : le 13 novembre 2018

**Objet : Présentation – Culture de sécurité / Recentrage stratégique**

Depuis la régionalisation, il y a eu plusieurs initiatives mises en place en lien avec la culture de sécurité, entre autres la participation aux initiatives des *Soins de santé plus sécuritaire maintenant*, l'élaboration et la révision de politiques et procédures, la formation continue et sensibilisation, etc.

Malgré les efforts, nous soulevons encore certains défis, dont un manque d'uniformisation des processus de travail, un manque de reconnaissance de l'importance de rapporter les incidents évités de justesse, l'absence d'une culture d'organisation apprenante, etc. Pour ces raisons, un recentrage stratégique sera effectué en lien avec la culture de sécurité dans l'ensemble du Réseau.

Vous trouverez en annexe une présentation PowerPoint en lien avec la Culture de sécurité / Recentrage stratégique.

Soumis le 2 novembre 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

# Culture de sécurité

# Recentrage stratégique

13 novembre 2018

# Plan de la présentation

- Définition et valeurs
- Cadre conceptuel
- Notre parcours
- Pourquoi faire un recentrage stratégique
- Plan d'action pour rehausser la culture de sécurité

# Définition

La **culture juste et sécuritaire** est :

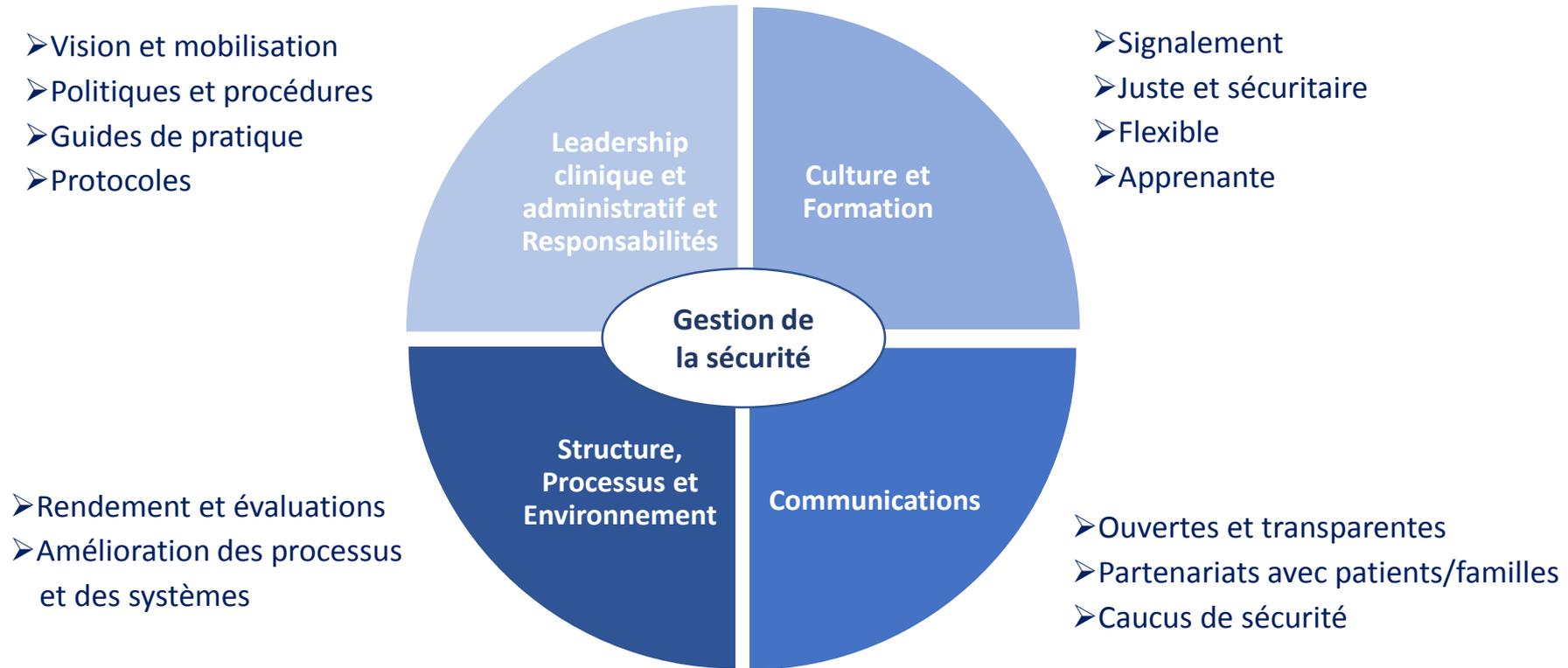
- Une culture organisationnelle qui est ouverte au signalement des incidents et qui fait la promotion du partage et de l'apprentissage.
- Un environnement où les membres du personnel, les patients et les membres de leur famille peuvent parler ouvertement des risques et des erreurs.
- La combinaison d'un système bien conçu et de bons choix de comportement de la part du personnel permet de produire de bons résultats.

# Valeurs d'une culture de sécurité

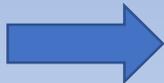
- Ouverture, honnêteté, équité et responsabilité.
- Requieret et encourage le signalement des incidents et dangers.
- Utilise les incidents signalés comme des occasions de d'amélioration et d'apprentissage.
- Exige souplesse et résilience.
- Elle comprend les principes de soins centrés sur le patient et la famille.

Institut canadien pour la sécurité des patients (2014); *Cadre canadien d'analyse des incidents*

# Cadre conceptuel



Signalement des pratiques non sécuritaires



Changement de pratique



Évaluations et suivis



Communications et rapports

# Notre parcours – depuis la régionalisation

- Utilisation d'un projet sur la culture de sécurité des patients comme point de départ.
- Participation aux initiatives des *Soins de santé plus sécuritaire maintenant!*
  - Équipes d'intervention rapide
  - Infarctus aigu du myocarde
  - Prévention des infections du site opératoire
  - Chirurgies sécuritaires
  - Pneumonie sous ventilation assistée
  - Thromboembolie veineuse

# Notre parcours (suite)

- Politiques
  - Incidents préjudiciables
  - Divulgence d'un incident préjudiciables
  - Incidents et incidents évités de justesse
  - Engagement à une culture d'amélioration de la qualité et sécurité des patients
  - Rôles et responsabilités à l'égard de la sécurité des patient
  - Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
  - Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques (CA)

# Notre parcours (suite)

- Agrément Canada
  - Sondages sur la qualité de vie au travail et la culture de sécurité (leadership, employés, médecins)
  - Groupes régionaux des cahiers de normes et des POR
  - Mise en œuvre des PORs
- Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients
- Formation continue et sensibilisation
  - Orientation générale
  - Culture juste et sécuritaire
  - Plan de qualité
  - Promotion du signalement des incidents préjudiciables et des incidents évités de justesse

# Notre parcours (suite)

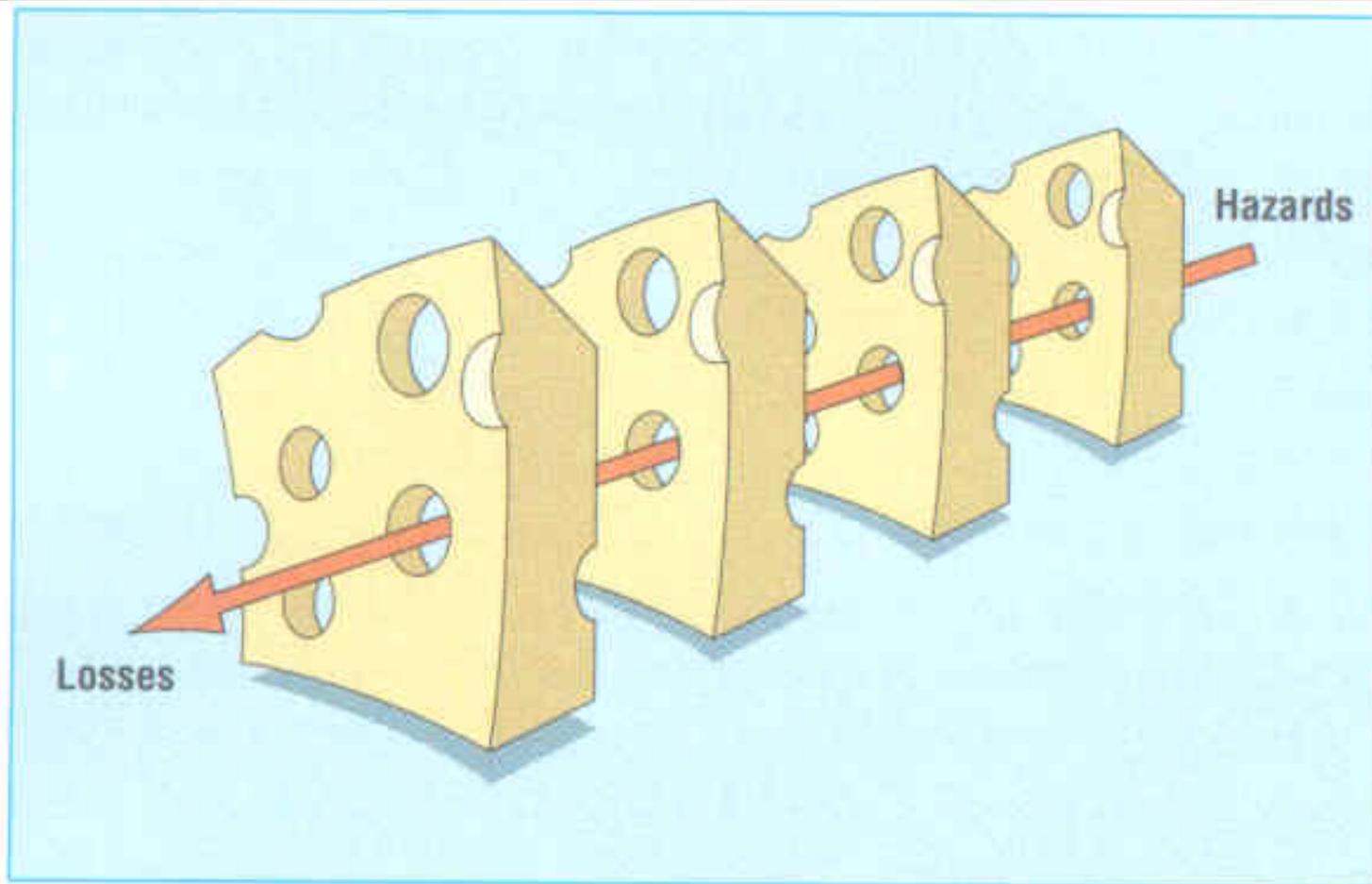
- Semaine nationale de la qualité et sécurité des patients
  - Champions de la sécurité
  - Slogan « *Ensemble pour des soins de qualité en toute sécurité!* »
  - Activités multiples de sensibilisation
  - Cérémonie de remerciements à tous les employés
- Comité de revue
  - Incidents préjudiciables
  - Incidents évités de justesse
  - Suicide

# Pourquoi faire un « recentrage » ?

Malgré les efforts, il y a encore:

- une compréhension limitée du problème et de son envergure.
- une culture de blâme et la peur des représailles.
- l'absence d'une culture d'organisation apprenante.
- un manque de reconnaissance de l'importance de rapporter les incidents évités de justesse.
- autant ou plus d'incidents qu'avant et nous n'avons pas réussi à transformer le système.
- des défis au niveau de la communication et du travail d'équipe.
- un manque d'uniformisation des processus de travail et d'utilisation des meilleures pratiques sur une base régulière.

# Modèle de fromage Suisse



The Swiss cheese model of how defences, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory

# Étude canadienne (Baker-Norton 2004)

- 7,5 % des patients admis ont subi des événements indésirables (185 000)
- 36,9 % de ces événements auraient pu être prévenus (70 000)
- 20,8 % de ces événements ont causé des décès et 9 % auraient pu être prévenus
- Si nous extrapolons les données de l'étude canadienne, en 2017-2018, le Réseau Vitalité aurait pu avoir :
  - 2225 événements indésirables
  - 820 événements qui auraient pu être prévenus
  - 460 décès
  - 40 décès qui auraient pu être évités

# Sécurité des patients

- La grande majorité des événements indésirables résultent de problèmes de systèmes plutôt que du rendement d'un individu
- La culture de blâme est à changer afin que les événements indésirables soient discutés ouvertement
- Les signalement des événements évités de justesse est essentiel pour la sécurité des patients

# Prochaines étapes

- Obtenir l'engagement de l'équipe de leadership et des cliniciens.
- Mise en œuvre du plan pour soutenir une culture juste et sécuritaire en débutant par le CHR comme projet pilote.
- Groupe tactique opérationnel responsable de la mise en œuvre au CHR avec l'implication d'un champion médical.
- Groupe tactique stratégique "Task Force" agit de comité directeur pour le projet.
- Évaluation et ajustement du plan d'action.
- Déploiement au niveau du Réseau.

# Plan de mise en oeuvre CHR (Plan complet en annexe)

STRATÉGIES PAR QUADRANT	2018-19		2019-20				2020-21				2021-22			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
<b>Leadership et responsabilités</b>														
Vision et mobilisation														
Engagement des cadres et des médecins														
Analyse des résultats et choix de l'unité pilote														
Tournées des dirigeants														
Mécanismes de suivi des activités et ajustements														
<b>Culture et formation</b>														
Formations sur concepts de base														
Signalement des incidents préjudiciables et des incidents évités de justesses														

Tous	Unité pilote	Deuxième unité	Troisième unité	Quatrième unité	Cinquième unité	

# Déploiement à travers le Réseau

- Reprendre le plan de sécurité pour le CHR et le déployer par directeur avec une structure d'implantation et d'imputabilité afin d'assurer la pérennité.
- Critères de sélection pour débiter
  - Stabilité du secteur
  - Engagement du directeur et des gestionnaires
  - Succès attendu

**But**

**AUCUN PRÉJUDICE**

**Aux patients.**

**Aux familles.**

**À la main d'œuvre.**

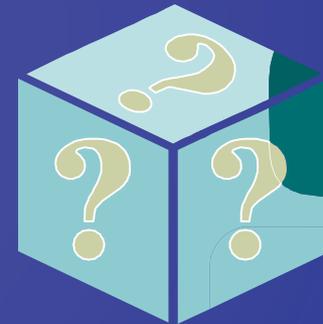
# Pensée

**L'erreur est humaine**

**La cacher est impardonnable**

**Ne pas apprendre est inexcusable**

# QUESTIONS?



Note d'information

**Tableau de bord stratégique et opérationnel (septembre 2018)**  
 Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
 Item 6.1  
 Date : le 13 novembre 2018

**Décision recherchée**

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

**Contexte / Problématique**

- Dans les prochains mois, une révision complète des indicateurs des tableaux de bord du réseau sera effectuée.
- Les initiatives : Nombre de sites qui offrent le programme de maintien des aînés et patients vulnérables à domicile - Nombre d'infirmières praticiennes embauchées - Nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place - Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées - Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées - % d'avancement de la campagne de promotion de la santé sur l'obésité – Nombre d'initiatives mises en œuvre dans les établissements du Réseau

**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"> <li>- État d'avancement des projets de qualité</li> <li>- Nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus</li> <li>- % de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement)</li> <li>- L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté</li> <li>- Taux pour les accidents de travail</li> <li>- Coût par habitant pour les soins de santé</li> <li>- Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants</li> <li>- % de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires</li> <li>- % de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé en santé mentale</li> <li>- Nombre de guides de pratiques pour maladie chronique mis en œuvre</li> <li>- Chirurgies en attente de plus de 12 mois</li> <li>- % Chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)</li> <li>- % Chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)</li> <li>- % initiatives du Plan d'équité complétée</li> <li>- Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté</li> <li>- Nombre de visites dans les cliniques itinérantes.</li> <li>- # de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place</li> <li>- Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes</li> <li>- Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place</li> <li>- État d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation</li> <li>- Coût par jour patient / unité de soins infirmiers</li> </ul>

Opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'infections au C. diff. SARM et ERV</li> <li>- Nombre de nouveaux griefs</li> <li>- Taux de roulement</li> <li>- Heures travaillées PPU/jours-patients</li> <li>- % des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales</li> <li>- % des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales</li> <li>- Variance en salaires et bénéfiques</li> <li>- Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses</li> <li>- Coût en énergie par pied carré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (moyenne en minutes)</li> <li>- % de lits occupés par des cas de SLD</li> <li>- Taux de chute</li> <li>- Taux d'erreurs de médicaments</li> <li>- Taux de conformité à l'hygiène des mains</li> <li>- Ratio normalisé de mortalité hospitalière</li> <li>- Taux de réadmission dans les 30 jours</li> <li>- Taux de conformité dans les appréciations de rendement</li> <li>- Taux global de conformité aux modules e-apprentissage</li> <li>- % d'heures de maladie,</li> <li>- % d'heures de surtemps</li> <li>- % de visites 4 et 5 à l'urgence</li> <li>- Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail</li> </ul>
--------------	--	---

Tableau de bord stratégique :

- Plusieurs initiatives au tableau de bord sont complétées.

Tableau de bord opérationnel :

- La conformité à l'hygiène des mains est en dessous de la cible. Un suivi auprès des gestionnaires est en cours.
- Les pourcentages de maladies et de surtemps demeurent élevés.

**Suivi à la décision**

**Proposition et résolution**

Aucune proposition à suggérer.

**Soumis le 1<sup>er</sup> novembre 2018 par l'équipe d'Aide à la décision**

## Tableau de bord Tableau de bord stratégique

Qualité / Satisfaction de la clientèle						
		Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 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	66.7%	66.7%	-	78.3% Q1 2018-19	78.3% Q1 2018-19
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	7.1%	7.6%	-	6.7% Q4 2017-18	7.3% Q1-Q4 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	259	237	-	249 Q4 2017-18	265 Q1-Q4 2017-18
3.b.a	Chirurgies en attente plus de 12 mois	190	220	0	87 août-18	90 avril-août18
3.b.a	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	46.2%	58.8%	75.0%	74.5% août-18	64.8% avril-août18
3.b.a	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	73.9%	65.7%	85.0%	82.6% août-18	70.0% avril-août18
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	75%	77% Q2-2018-19	77% Q2-2018-19

Qualité / Satisfaction de la clientèle						
		Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
1.a.a	% d'avancement de la campagne de promotion de la santé sur l'obésité	-	N/D	100%	100% Q2 2017-18	100.0% Q1-Q2 2017-18
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						
		Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
TB provincial	% de patients inscrits sur la liste d'attente provinciale pour un médecin de famille (Taux provincial)	0.29%	2.12%	-	0.63% Q1 2018-19	4.35% Q1 2018-19
	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% Q2 2018-19	66.7% Q1-Q2 2018-19
	Nombre de nouveaux projets de recherche approuvés	4	14	-	0 sept. - 18	17
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)	-28%	-28%	-20%	-25% Q1 2018-19	-25% Q1 2018-19
3.a.a	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	195	1,292	2,024	271 sept.-18	1,715 avril-sept.18
3.a.b	# de visites dans les cliniques itinérantes	491	3,448	3,539	413 août-18	3,051 avril-août-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						
		Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
TB provincial	Moyenne de jours de maladie payés par employé	11.43	11.43	11.45	11.96 Q1 2018-19	11.96 Q1 2018-19
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	-	4.1% sept -18	3.1% avril -sept 18
6.b.b	% d'avancement de la stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel	-	-	75%	N/D Développement de la	N/D 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%	63% Q1 2018-19	63% Q1 2018-19
6.b.e	% des cadres qui ont discuté des valeurs avec leurs employés	Printemps 2018-19	-	-	-	-
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%	98% 2018-19	98% 2018-19
6.b.c	# d'accident avec perte de temps x 200 000/# heures totales travaillées	3.89	3.89	5.40	3.55 Q1 2018-19	3.89 Q1 2018-19
Finances						
		Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
	Coût par habitant pour les soins de santé	\$3,124	\$2,843	\$2,804	\$2,865 sept.18	\$2,785 avr-sept. 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	\$1,868,663	\$4,769,394	\$0	\$473,837 août.18	\$1,865,062
	Coût par jours repas	\$37.03	\$37.15	\$35.19	\$37.90 sept.18	\$36.80
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	\$4.49	\$4.58	\$4.79	\$4.70 sept.18	\$4.77 avr-sept. 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					
	Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (Moyenne en minutes)	67	67	30	76 sept.-18	78 avril-sept. 18
% de lits occupés par des cas de SLD	27.8%	25.2%	21.8%	25.6% août-18	26.1% avril-août 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	4.69	4.75	4.50	4.32 sept.-18	5.01
Taux de chutes avec blessures graves	0.031	0.025	0.000	0.031 sept.-18	0.046
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	0.000	0.010	0.000	0.031 sept.-18	0.061
Taux d'erreurs de médicaments	3.06	3.07	3.05	2.84 sept.-18	3.30
Taux de conformité à l'hygiène des mains	84.6%	82.2%	90.0%	77.5% 0.0%	79.7%
Taux d'infection Clostridium difficile	3.25	1.74	2.50	1.92 sept.-18	1.95
Taux d'infection et de colonisation au SARM	0.00	0.16	2.00	0.00 sept.-18	0.21
Taux d'infection et de colonisation ERV	0.00	0.00	2.00	0.00 sept.-18	0.21
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	81.3%	71.4%	65.0%	50.0% sept-18	36.5% avril-sept 18
Taux global conformité aux modules e-apprentissage (l'hygiène des mains, vie privée, sécurité des patients et langues officielles)	4.9%	69.9%	100.0%	4.5% sept.-18	66.6% avril-sept.18
Nombre de nouveaux griefs	4	17	40	6 sept. 18	39
# de départ PT et TP/# moyen d'employés PT et TP	1.4%	1.4%	4.5%	2.0% Q1 2018-2019	2.0% Q1 2018-2019
% d'heures de maladie	6.10%	6.00%	5.40%	5.80% sept-18	6.07% avril -sept 18
% de vaccination - grippe saisonnière	0.3%	37.0%	47.9%	0.1% janv -18	32.4% oct. -janv 18
% d'heures de surtemps	3.59%	3.00%	2.10%	3.78% sept -18	2.90% avril -sept 18

TAD: Total à date

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

Activités					
	Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
Durée moyenne de séjour(DMS= durée moyenne de séjour)	10.9	10.3	10.2	10.1 Q4 2017-18	10.42 Q1-Q4 2017-18
Jours-Patients	30,434	187,573	183,715	30,802 sept. 18	187,205
% 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 sept. 18	77,256
Nombre de procédures aux laboratoires	667,205	2,928,877		715,257 sept. 18	3,010,798
Nombre d'exams en imagerie médicale	32,714	140,381		35,126 sept. 18	145,736
Nombre de cas au bloc opératoire	1,361	6,851		1,511 sept. 18	6,940
Nombre de visites en hémodialyse	5,075	20,508		5,177 sept. 18	20,511
Nombre de visites en oncologie	3,167	13,455		3,700 sept. 18	14,958
Heures travaillées PPU/jours-patients	6.61	6.27	6.09	6.30 sept.-18	6.06 avril-sept. 18
Nombre de requêtes médiatiques	45	190	-	20 sept.-18	158 avril-sept.18
Finances					
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	2.00%	2.19%	2.80%	2.69% sept. 18	2.37%
% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	14.15%	14.97%	16.2%	15.9% sept. 18	16.1%
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	54.72%	53.83%	55.63%	54.60% sept. 18	56.11%
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 dépenses médicaments	\$ (140,363)	\$ (129,594)	\$0	\$ (59,175) août. 18	\$ (435,290)
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	\$588,559	\$ (164,545)	\$0	\$ (122,859) août. 18	\$1,406,014
Coût en énergie par pied carré	\$4.62	\$4.71	\$5.29	\$5.68 sept. 18	\$5.03 avr-sept. 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?			