

AVIS DE RÉUNION ☒**PROCÈS-VERBAL** ☐

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 4 juin 2019 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : sous-sol de l'Auberge Campbellton : salle téléadaptation Jabber – 123023	(Gilles, Claire) (Anne, Gisèle, Lucie) (Michelyne, Janie) (Diane, Sonia) (Dre LeBlanc)
Présidente : Secrétaire :	Claire Savoie Lucie Francoeur		
Participants			
Claire Savoie Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu	Michelyne Paulin Janie Levesque Dre Nicole LeBlanc	Sonia A. Roy Anne Soucie Diane Mignault	
ORDRE DU JOUR			Documents
1. Ouverture de la réunion			
2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels			
3. Adoption de l'ordre du jour		D	✓
4. Résolutions en bloc		D	✓
4.1 Adoption des résolutions en bloc			
4.2 Adoption du procès-verbal du 26 mars 2019			✓
4.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 26 mars 2019			✓
4.4 Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T4			✓
4.5 Rapport annuel - Plaintes			✓
4.6 Rapport annuel - Gestion des risques			✓
4.7 Rapport annuel - Mesures d'urgence			✓
4.8 Rapport annuel - Langues officielles			✓
4.9 Rapport annuel - Accès à l'information			✓
4.10 Rapport annuel - Expérience des patients hospitalisés			✓
4.11 Rapport annuel - Éthique			✓
4.12 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles			✓
5. Autres			
5.1 Recommandations des Comités de revue		I	✓
5.2 Tableau de bord – Centre Hospitalier Restigouche (Invité : Jacques Duclos)		I	✓
6. Affaires permanentes			
6.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2019)		I	✓
6.2 Nouveau format – Tableau de bord équilibré		C	✓
7. Date de la prochaine réunion : le 18 septembre 2019 à 08:30			
8. Levée de la réunion			

AVIS DE RÉUNION **PROCÈS-VERBAL**

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 26 mars 2019 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : sous-sol de l'Auberge	(Gisèle, Claire) (Lucie) (Michelyne)
Présidente : Secrétaire :	Claire Savoie Lucie Francoeur	Campbellton : salle téléadaptation Téléconférence : Jabber :	(Diane, Sonia) (Anne) (Dre LeBlanc)
Participants			
Claire Savoie	✓	Anne Soucie	✓
Gilles Lanteigne	A	Janie Levesque	A
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	✓
Sonia A. Roy	✓	Diane Mignault	✓
Michelyne Paulin	✓		
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Claire Savoie à 08:35.

2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2019-03-26 / 01SCGQS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

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

Adopté à l'unanimité.

4. Résolutions en bloc

4.1 Adoption des résolutions en bloc

4.2 Adoption du procès-verbal du 22 janvier 2019

4.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 22 janvier 2019

4.4 Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T3

4.5 Plaintes – T3

4.6 Incidents – T3

4.7 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles

4.8 Politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité »

La présidente demande aux membres si certains points des résolutions en bloc doivent être ajoutés ou supprimés de l'ordre du jour ou si les résolutions en bloc sont adoptées telles que présentées. Les points ci-dessous sont retirés des résolutions en bloc :

4.4 Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T3

4.5 Plaintes – T3

4.6 Incidents – T3

MOTION 2019-03-26 / 02SCGQS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que les résolutions en bloc soient adoptées avec le retrait des points ci-dessous :

4.4 Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T3

4.5 Plaintes – T3

4.6 Incidents – T3

Adopté à l'unanimité.

4.4 Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T3

Diane Mignault explique en détail les graphiques illustrant les principales tendances d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée du 3^e trimestre. Il y a une diminution du nombre d'incidents rapportés comparativement au 2^e trimestre. Tous les incidents font l'objet d'un suivi par le Bureau de la vie privée et les gestionnaires concernés. Une analyse de chaque incident permet d'identifier les causes profondes et de proposer des améliorations, afin de prévenir la survenue de tels incidents ou d'en réduire l'impact.

Seules les atteintes à la vie privée sont rapportées au Commissaire à l'intégrité. Celui-ci est chargé, en vertu de la *Loi*, de fournir une surveillance indépendante de la bonne application des règles gouvernant l'accès aux renseignements détenus par le gouvernement et la protection de la vie privée, à la fois dans le secteur public et le secteur privé des soins de santé.

Le suivi des incidents peut s'échelonner sur une longue période dépendamment de la gravité ou de la complexité de ceux-ci. De plus, lorsqu'une enquête est menée en parallèle par le Commissaire, le dossier au Bureau de la vie privée demeure actif jusqu'à ce que le Commissaire produise son rapport final.

En matière d'initiatives, certaines sont en cours afin de réviser et uniformiser la gestion des accès des adjointes administratives des cabinets privés. Aussi, des efforts sont consentis afin de sensibiliser davantage les médecins à l'importance de ne pas partager leur compte d'utilisateur et leur mot de passe avec leurs adjointes.

Le prochain rapport sera clarifié davantage, afin d'éviter toute confusion.

4.5 Plaintes – T3

Une diminution considérable de plaintes est remarquée au 3^e trimestre ce qui peut être attribuable à diverses particularités qui ont tendance à se ressembler à certaines périodes de l'année. Bien que ces chiffres sont encourageants, il y a toujours matière à amélioration.

Nous rappelons que chaque plainte reçue est examinée et portée à l'attention des gestionnaires concernés à des fins d'amélioration, afin de régler les problématiques identifiées. Ensuite, les suivis sont effectués auprès du plaignant.

4.6 Incidents – T3

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 le but de prévenir la récurrence de ce type d'incident et d'assurer la sécurité des patients.

En ce qui concerne les incidents de type sécurité ou cas de violence, le Réseau a une politique et procédure sur la Prévention de la violence en milieu de travail, dans le but de prévenir et proscrire la violence en milieu de travail et assurer une gestion efficace des incidents violents lorsqu'ils se présentent. Aussi, le Comité directeur sur la Prévention de la violence et sur la Santé et la Sécurité psychologique en milieu de travail a été réactivé et a tenu sa première réunion le 12 mars dernier. L'information relative aux statistiques ayant trait à la violence en milieu de travail sera présentée à la prochaine réunion.

5. Autres

5.1 Recommandations des Comités de revue

Le rapport présente les recommandations des comités de revues qui ont eu lieu dans la période de décembre 2018 à février 2019. Durant cette période, 14 revues ont été effectuées, dont 6 incidents et 8 suicides en communauté et un total de 47 recommandations ont été émises. Plusieurs recommandations progressent bien et seront complétées dans les mois qui suivent, entre autres la coordination régionale du programme de prévention des plaies de pression et l'utilisation d'outils de transfert d'information et de dépistage de risque nutritionnel. L'équipe du secteur de la qualité suit de près les dossiers et poursuit les suivis requis.

MOTION 2019-03-26 / 03SCGQS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que le rapport de la mise en œuvre des recommandations des Comités de revue soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

En ce qui a trait aux deux infirmières praticiennes ayant leur clinique privée à Edmundston et dont les privilèges ont été révoqués par le Réseau de santé Vitalité, des discussions ont été entreprises avec les parties concernées. C'est au ministre de la Santé qu'il appartient de décider si nous poursuivons avec la pratique autonome des infirmières praticiennes au Nouveau-Brunswick. La Loi sur l'Assurance maladie est très claire. Elle ne soutient pas un système privé en santé fonctionnant dans un système public.

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 (janvier 2019)

Tout d'abord, un rappel est effectué à l'effet qu'une révision complète des indicateurs du tableau de bord et des cibles est en cours en tenant compte des objectifs du plan opérationnel et un nouveau format comprenant les tendances et les écarts sera proposé. Ainsi, il est suggéré d'inviter les présidentes des Comités des finances et des services à la clientèle à se joindre à l'équipe de l'amélioration de la performance pour effectuer cette révision tout en répondant aux attentes du Conseil d'administration. Les deux présidentes acceptent cette proposition. Une ébauche des nouveaux indicateurs sera présentée à la prochaine réunion.

Afin d'améliorer le taux d'hospitalisation pour démence par 100 000 de population, le gérontopsychiatre et un infirmier concerné planifient un plan d'intervention non pharmacologique en communication avec les médecins et les intervenants du milieu de vie.

Aussi, les efforts se poursuivent quant à l'indicateur des chirurgies en attente de plus de 12 mois où il y a trois projets d'alternatives qui seront explorés, entre autres le court séjour et le suivi post-op.

La liste de projets et d'initiatives en cours pour les indicateurs présentant une performance inférieure à la cible est présentée en annexe, afin de faciliter la compréhension des indicateurs et des résultats.

La performance des indicateurs liés aux finances est relativement en bonne position.

7. Date de la prochaine réunion : le 4 juin 2019 à 08:30.

8. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Anne Soucie à 09:20.

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 4 juin 2019

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 26 mars 2019

Tous les suivis découlant de la dernière réunion sont déjà indiqués à l'ordre du jour de la rencontre.

Soumis le 17 mai 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T4
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.4
Date : le 4 juin 2019

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

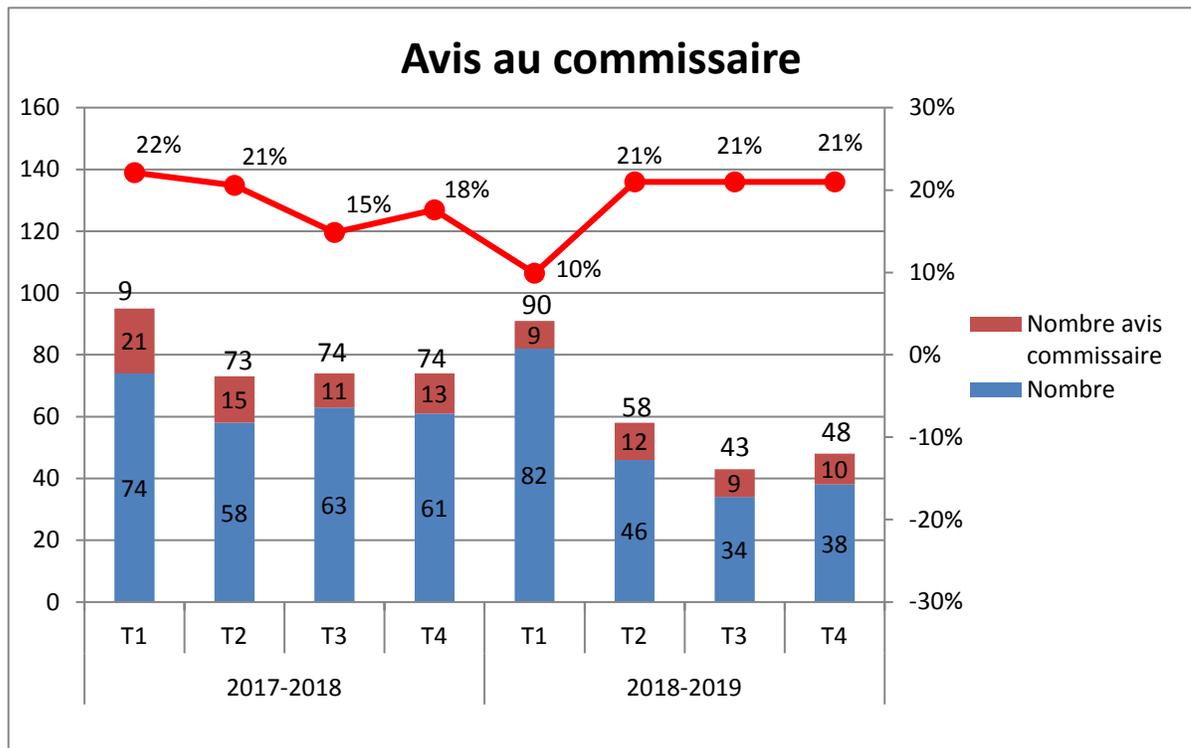
Décision recherchée

- Le rapport trimestriel T4 – Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée est présenté à titre d'information.

Contexte / Problématique

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

1. NOMBRE TOTAL D'INCIDENTS ET PROPORTION D'INCIDENTS RAPPORTÉS AU COMMISSARIAT À L'INTÉGRITÉ (INCLUS LES HORS-SERVICE)

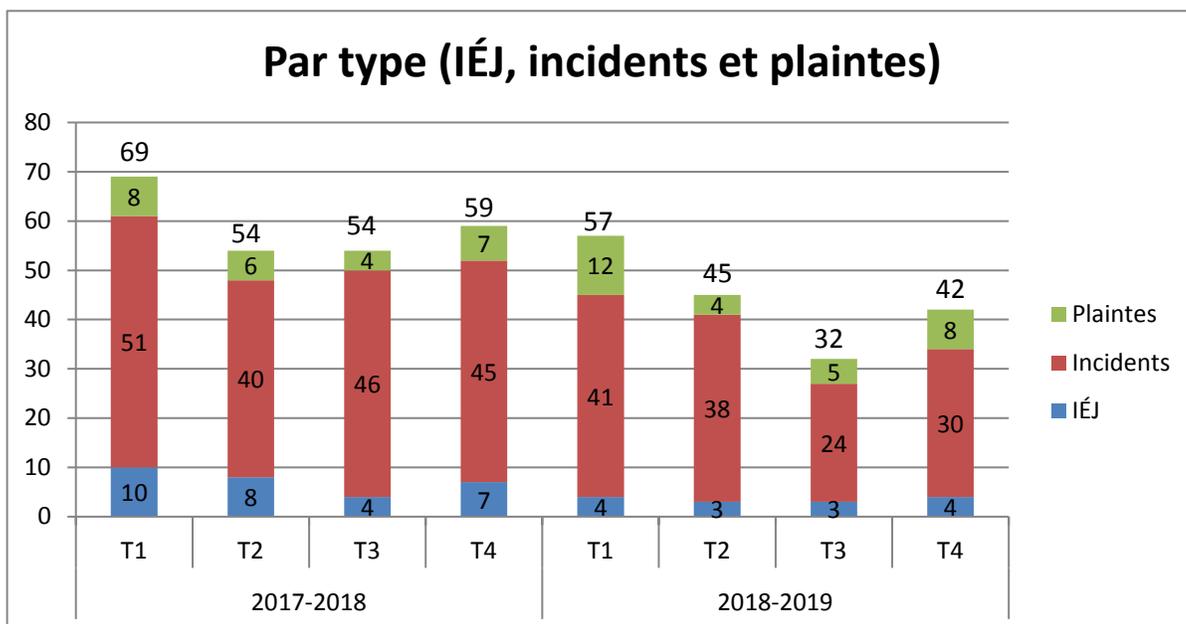


Il est à noter que seules les atteintes à la vie privée sont rapportées au Commissaire à l'intégrité. Un avis peut inclure plusieurs victimes.

2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE

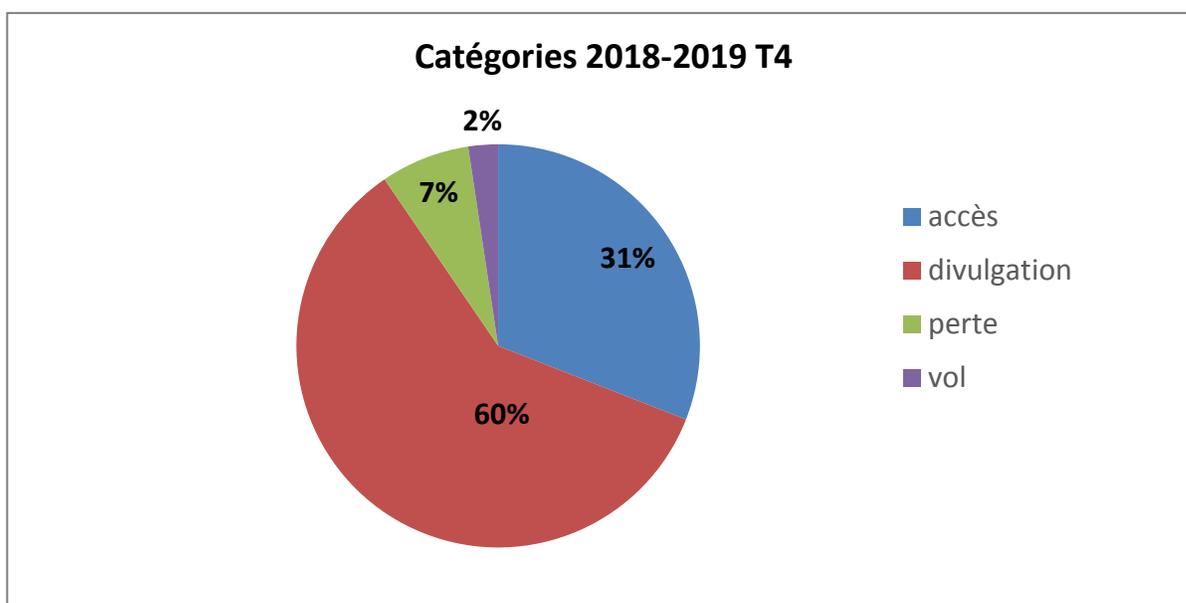
Zone	2018-2019							
	T1		T2		T3		T4	
z1b	27	46%	24	52%	14	44%	14	33%
z4	18	31%	7	15%	3	9%	10	24%
z5	8	14%	6	13%	10	31%	10	24%
z6	5	9%	9	20%	5	16%	8	19%

3. INCIDENTS PAR TYPE (EXCLUS LES HORS SERVICES)



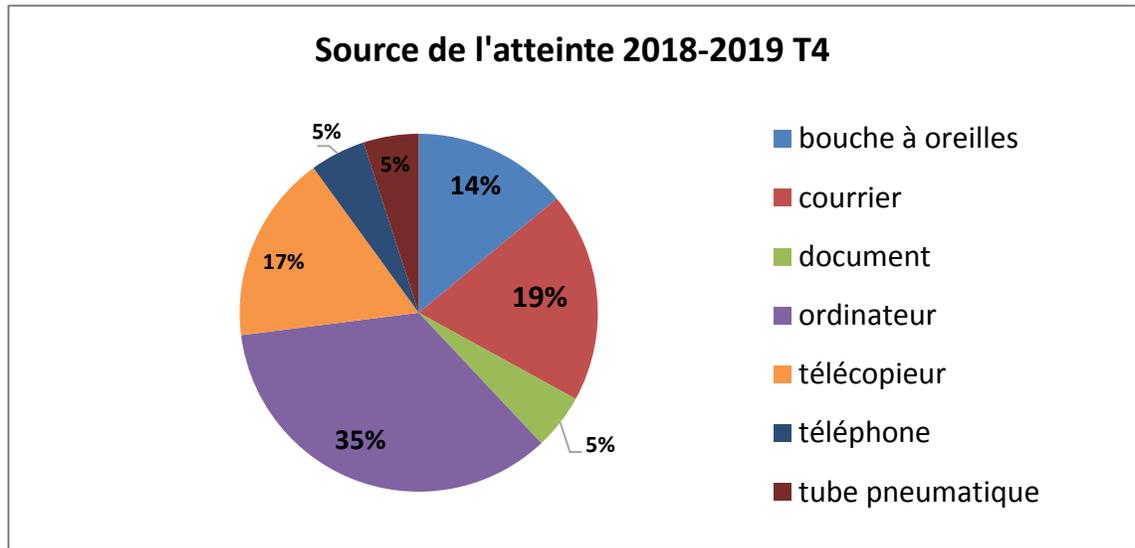
Lors du quatrième trimestre, le suivi des plaintes et des incidents a mené ou peu mener à la notification de 11 victimes vs 11 au troisième trimestre, 94 au deuxième trimestre et 53 au premier trimestre de 2018-2019. Il est à noter que les notifications peuvent ne pas avoir lieu dans le même trimestre où l'incident ou la plainte a été rapporté.

4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE



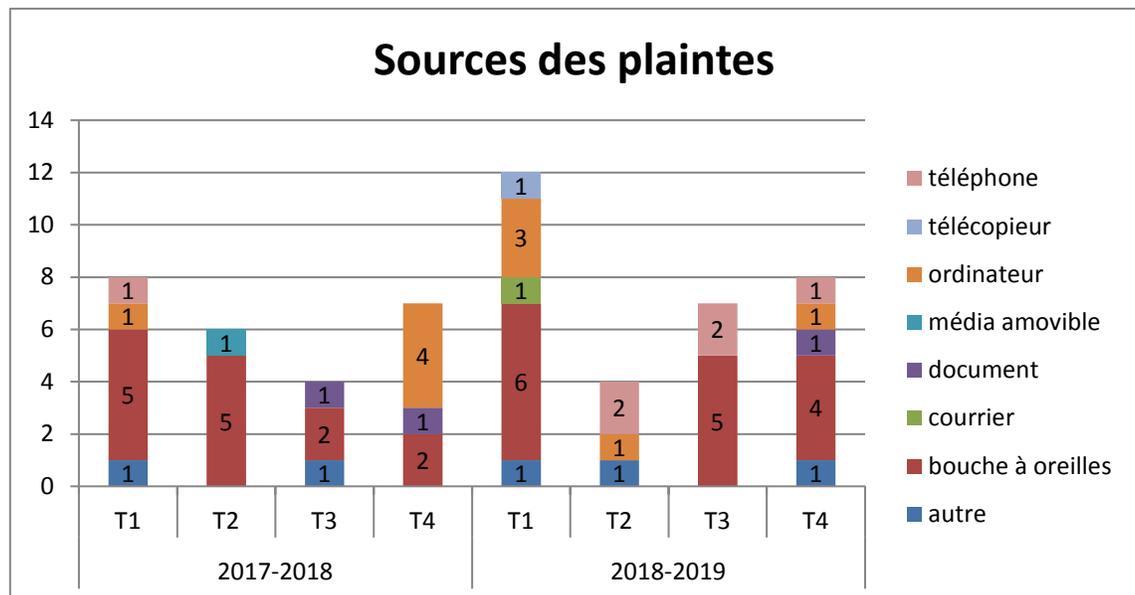
La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (60%) ou un accès non- autorisé (31%).

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 quatrième trimestre sont l'ordinateur (35%), le courrier (19%) et le télécopieur (17%). On note une diminution de la proportion des incidents impliquant le courrier qui est passée de 51% à 35%.

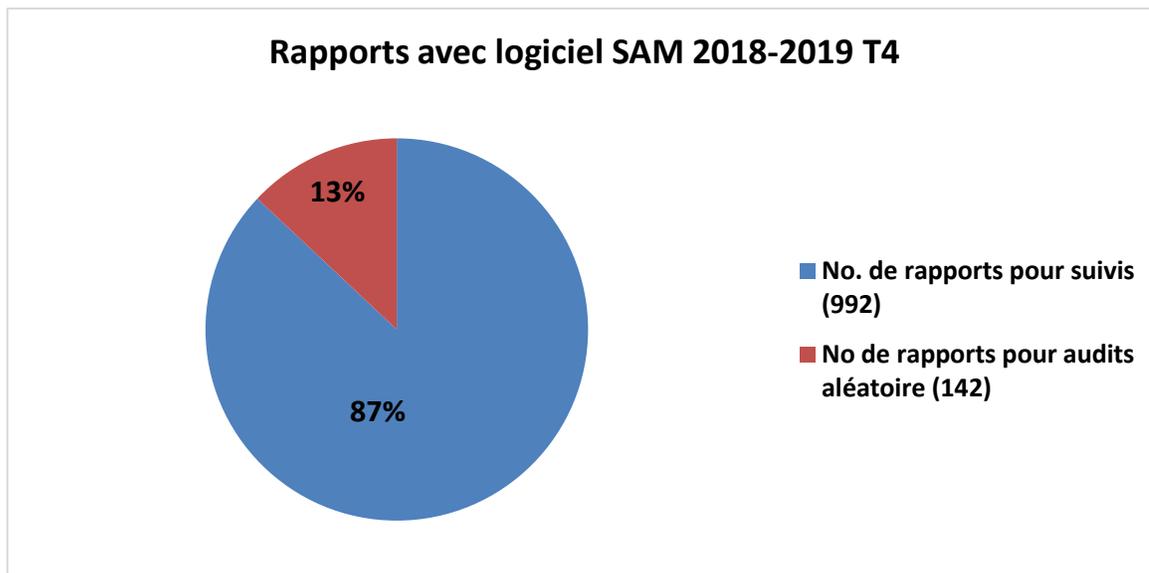
6. SOURCES DES PLAINTES (INCLUS LES HORS-SERVICE)



Pour le quatrième 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 bouche à oreilles.

7. VÉRIFICATION DES ACCÈS

Le logiciel pour la vérification des accès facilite le suivi des plaintes ayant trait à l'accès aux dossiers électroniques. De plus, il permet d'effectuer des audits aléatoires et les suivis qui en découlent.



Il est à noter que les rapports d'audits aléatoires démontrent généralement plusieurs activités douteuses qui doivent être analysées individuellement afin de valider s'il y a eu une atteinte à la vie privée ou non. Le nombre de rapports d'audits aléatoires produits est en fonction du nombre de dossiers actifs en cours.

Des initiatives se poursuivent afin de réviser et d'uniformiser la gestion des accès des adjointes administratives des cabinets privés. De plus, des efforts sont consentis afin de sensibiliser davantage les médecins à l'importance de ne pas partager leur compte d'utilisateur et leur mot de passe avec leurs adjointes. Des présentations portant sur la protection de la vie privée ont été effectuées dans diverses rencontres du secteur médical au cours de la dernière année et vont se poursuivre.

Suivi à la décision

- Poursuivre les vérifications aléatoires et la rétroaction au personnel dont les accès pour la période évaluée sont autorisés;
- Rendre une décision par rapport à l'accès aux données démographiques des employés de SNB;
- Identifier un processus afin de documenter au Service des archives cliniques les demandes de RPS des professionnels de la santé qui sont faites par téléphone;
- Évaluer la possibilité d'harmoniser l'entrée de données démographiques des patients et des employés dans les différents modules afin de faciliter le processus d'audit.



Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

Soumis le 22 mai 2019 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée
et Michelle Bernard, conseillère à la Protection des renseignements personnels – Accès

Note d'information

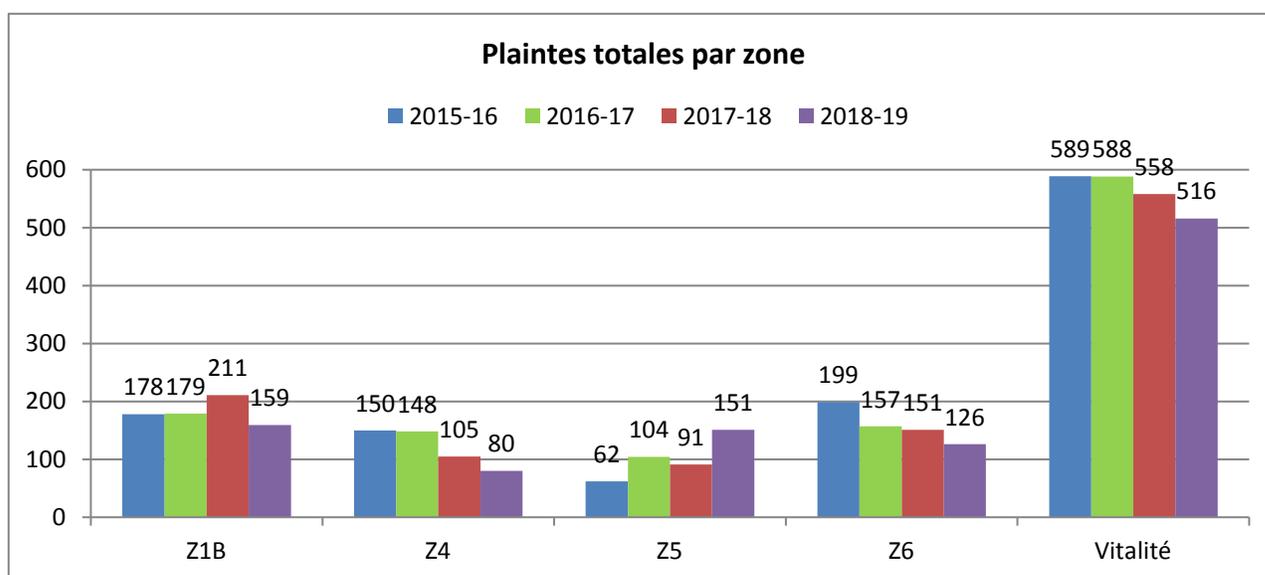
Rapport annuel sur les plaintes 2018-19
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.5
Date : le 4 juin 2019

Décision recherchée

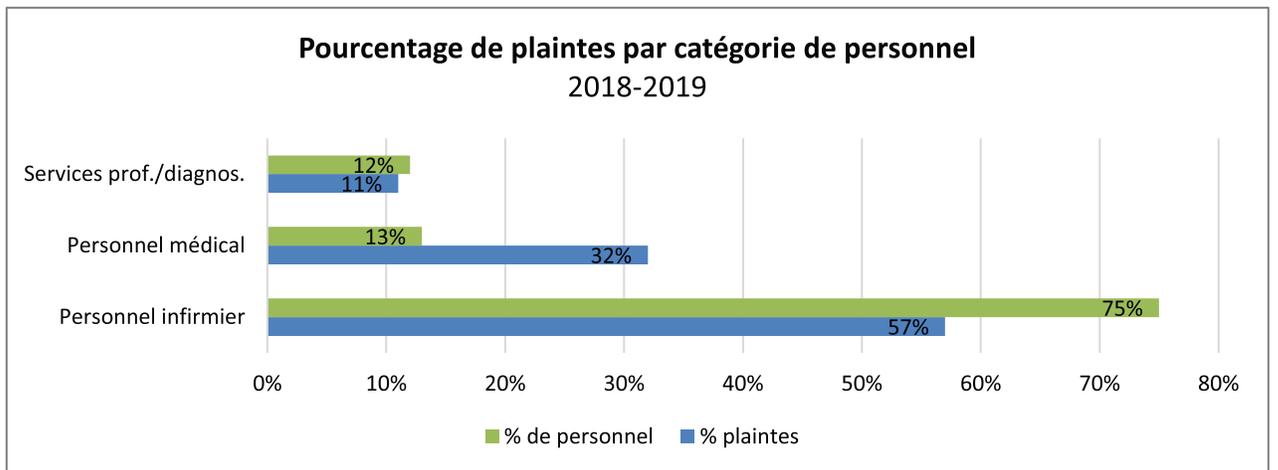
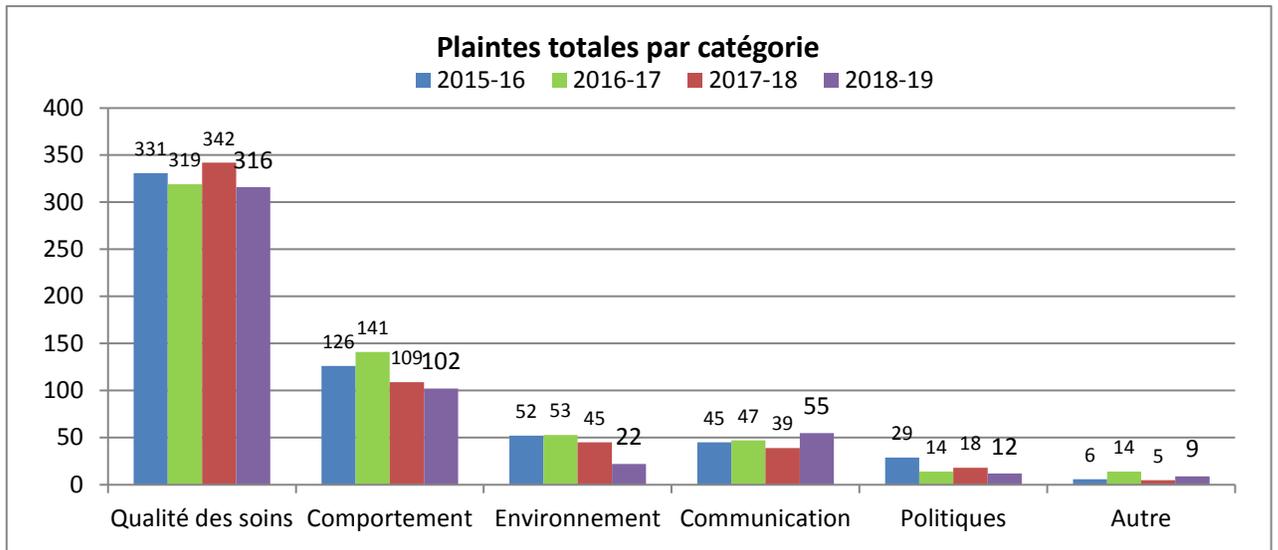
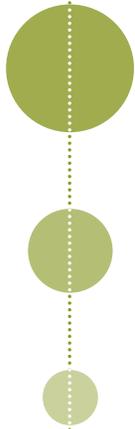
- Le rapport annuel des plaintes 2018-19 est présenté à titre d'information et avis.

Contexte / Résultats

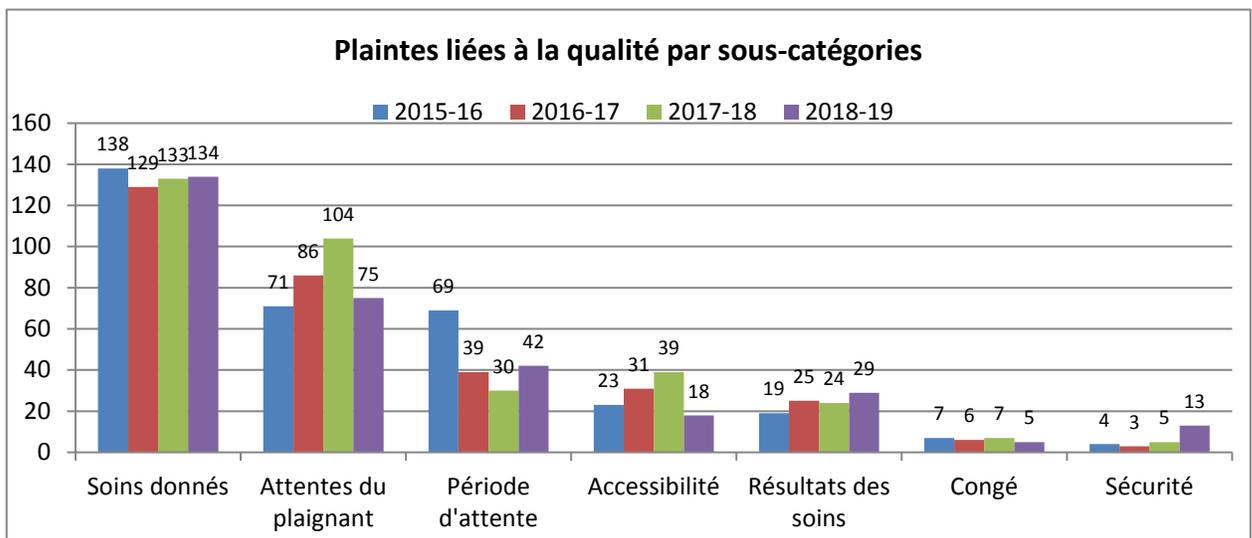
- Les graphiques suivants présentent les données comparatives sur quatre ans pour les plaintes provenant des patients, des membres de leurs familles ou des visiteurs.
- Ces dernières sont classées selon les catégories suivantes : Qualité des soins et services, Comportement, Communication, Environnement et Politiques.



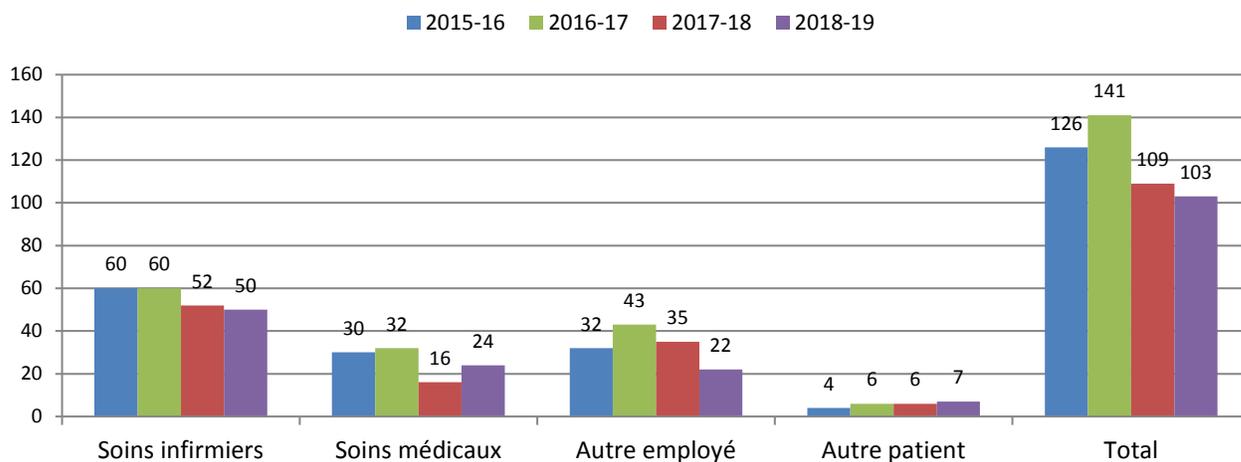
ZONES	NOMBRE DE PLAINTES TOTALES (2018-2019)	POURCENTAGE DE PLAINTES (Les services qui ont eu 5% de plaintes ou plus)
Zone 1B	159 plaintes	Urgence : 29% Gériatrie (3E) : 6% Soins de longue durée (3A) : 5%
Zone 4	80 plaintes	Urgence : 29 % Imagerie médicale : 6% Chirurgie : 5% Médecine : 5%
Zone 5	151 plaintes	CHR : 34% Urgence : 28% Psychiatrie aiguë: 5% GYN/OBS : 5%
Zone 6	126 plaintes	Urgence : 30% Imagerie médicale : 12% Chirurgie (3O) : 5% Médecine : 5% Psychiatrie : 5%



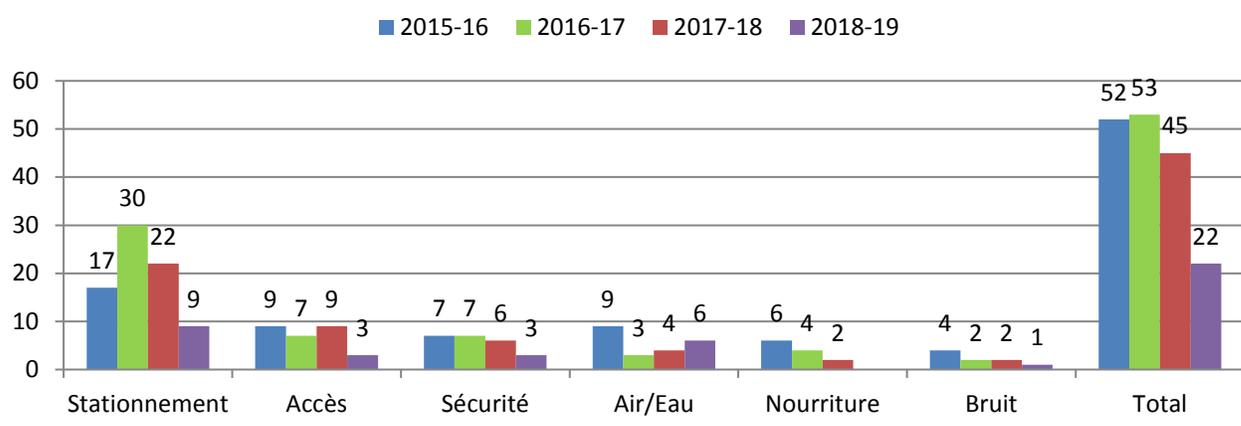
Les données pour ce tableau sont basées sur le nombre total de personnel des quatre zones dans chaque catégorie et le pourcentage des plaintes par catégorie. Le personnel médical représente tous les médecins actifs et associés.



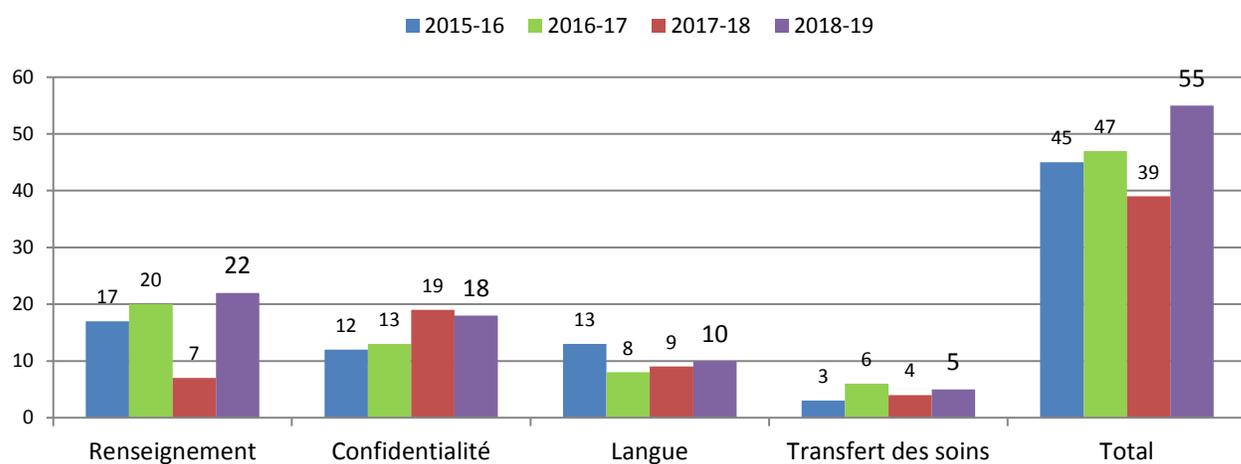
Plaintes liées au comportement par type



Plaintes liées à l'environnement par type



Plaintes liées à la communication par type



- On note un nombre plus élevé de plaintes dans les Zones 1B, 5 et 6. Par contre, lorsqu'on analyse les plaintes par volume d'activités (admissions et visites à l'urgence) la Zone 5 compte plus de plaintes par mille contacts avec le système de santé 6.4/1000, versus 2.0 Z1B, 1.2 Z4 et 1.6 Z6.
- Il y a une légère diminution (↓12%) dans le nombre total de plaintes depuis les quatre dernières années (589 en 2015-16 à 516 en 2018-19). Cette diminution est attribuable à une réduction dans le nombre de plaintes dans presque toutes les catégories (↓5% Qualité des soins, ↓19% Comportement, ↓58% Environnement, ↓59% Politiques). Seule la catégorie Communication a connu une augmentation (↑22%).

Catégorie Qualité des soins

Dans la catégorie Qualité des soins, les types de plaintes suivantes représentent le plus haut volume de plaintes : Soins donnés (42%), Attentes du plaignant (24%) et Période d'attente (13%).

On note une légère augmentation dans le nombre total de plaintes dans la catégorie Qualité des soins. Cette augmentation s'explique par une augmentation dans le nombre de plaintes liées à la Période d'attente, Résultats des soins et la Sécurité.

Les Services d'urgence comptent le plus haut volume de plaintes (32%) dans la catégorie Qualité des soins. La sous-catégorie Soins donnés affichent le plus haut volume (42%) suivi de la Période d'attente (23%). Les Services d'imagerie médicale comptent le deuxième plus haut volume (7% des plaintes) en majorité en lien avec les soins donnés.

Les plaintes en lien avec les Attentes de plaignant proviennent en grande partie des Services d'urgence (tests ou examens non effectués, période d'attente, processus de triage) et des Unités de psychiatrie (plaintes envers le personnel et psychiatre).

Catégorie Comportement

On note une légère diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement et dans les sous-catégories Soins infirmiers et autres employés. On note toutefois une augmentation dans la sous-catégorie Soins médicaux.

Catégorie Environnement

On note une diminution de 50% dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement. On note également une diminution dans chacune des sous-catégories à l'exception des plaintes liées à l'Air/Eau. Ces plaintes sont en lien avec la fumée de cigarette et les produits parfumés.

Catégorie Communication

On note une augmentation (↑41 %) dans le nombre total de plaintes. Dans cette catégorie, on retrouve les plaintes par rapport à la confidentialité, le partage de renseignements, les langues et les transferts des soins. On note une augmentation dans les plaintes liées aux renseignements (↑214%). Cinq plaintes étaient en lien avec des demandes d'information du Bureau de l'Ombud.

Catégorie politique

On note une diminution (↓33%). Les plaintes de cette catégorie sont liées aux politiques de visiteur, frais des chambres semi-privées, les refus de transférer les appels des familles au Service d'urgence, etc.

Délais de résolution

- 73% des plaintes sont résolues à l'intérieur de 60 jours. Certaines plaintes (27%) sont plus complexes, demandent un examen plus approfondi du dossier et nécessitent plus de temps à résoudre.

Exemples d'amélioration mise en œuvre

Chaque plainte reçue est portée à l'attention du chef de service pour fin d'examen et d'amélioration. Selon la gravité de la plainte, une analyse des causes profondes peut être effectuée. Voici quelques exemples d'améliorations qui découlent des plaintes.:

- La langue de choix du patient a été ajoutée au tableau (pictogramme) dans la chambre des patients aux soins de longue durée.
- Les conducteurs / taxi qui transportent des patients de la dialyse peuvent débarquer les patients à la porte de l'urgence et les bénévoles (lorsque disponible) aideront au transport des patients au département. Également, les patients dialysés n'auront plus de frais de stationnement.
- Une formation sur la gestion des plaintes/préoccupations aux points de service, sur la communication et sur l'approche cœur, tête, cœur a été donnée aux bénévoles des quatre zones du Réseau.
- Un système d'appel a été installé pour les patients placés dans les corridors d'urgence afin d'améliorer la sécurité.
- Afin d'augmenter la visibilité des contrats de soins, ils seront imprimés sur une feuille verte et placés au-dessus dans le dossier.
- Un employé du Service d'admission débutera plus tôt le matin afin de commencer l'inscription et aider à réduire les délais d'attente.

Soumis le 16 mai 2019 par Monique McNair, gestionnaire – Qualité et Sécurité des patients

Rapport annuel – Gestion des risques
 Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
 Item 4.6
 Date : le 4 juin 2019

Objet : Rapport annuel - Gestion des risques

Décision recherchée

- Le rapport annuel – Gestion des risques est présenté à titre d'information et avis. Le rapport contient les données sur les incidents, les litiges et réclamations, ainsi que des données sur les demandes d'aide médicale à mourir.

Contexte / Problématique

- De façon générale, il sera toujours impossible d'éliminer complètement les risques et de surcroît la survenue d'incidents dans nos établissements de soins de santé. L'intention en matière de gestion des risques est de prévoir les risques et de les atténuer de manière à amoindrir la probabilité d'un incident et, advenant la survenue d'un incident, d'en atténuer la gravité.
- Les tableaux suivants illustrent les tendances des incidents dans les trois dernières années.

INCIDENTS

Incidents rapportés par catégorie (incluant les incidents évités de justesse):

	Incidents par catégorie														
	Zone 1B			Zone 4			Zone 5			Zone 6			Réseau		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Chutes	724	687	661	335	361	377	479	539	595	422	354	322	1960	1941	1955
Médicaments	530	536	611	449	495	475	239	271	205	441	338	312	1659	1640	1603
Intraveineuse	64	61	73	30	37	25	45	41	30	28	24	23	167	163	151
Traitements	350	362	425	479	470	476	311	440	446	658	799	732	1798	2071	2079
Sécurité	374	364	391	203	172	200	929	1109	995	518	328	289	2024	1992	1875
Divers	103	123	73	26	34	42	334	385	492	164	83	44	627	625	651
Total	2145	2133	2234	1522	1588	1595	2337	2785	2763	2231	1926	1722	8235	8432	8314

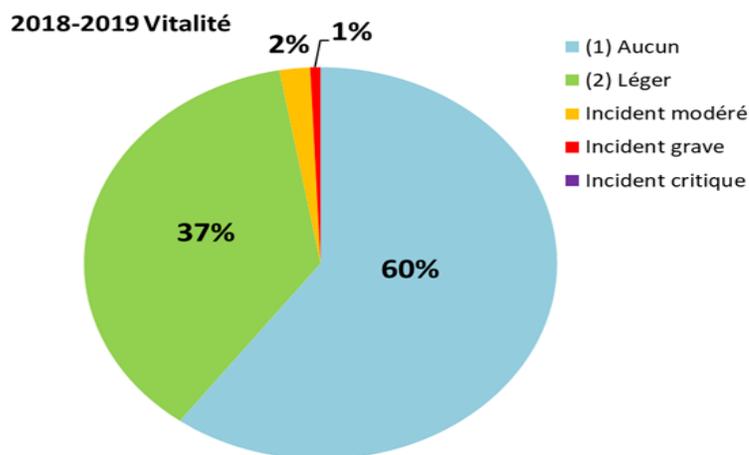
- On observe une très légère hausse du nombre global de **chutes** dans le Réseau au cours de la dernière année. Les chutes alors que les patients sont ambulants/marchant (25%) ou debout (21%) demeurent les plus fréquentes, suivis de près par les chutes du lit (20%).
- Le nombre global d'incidents reliés aux **médicaments** a connu une très légère baisse par rapport à l'an passé. Les omissions (41%), les incidents de posologie/concentration incorrects (24%) et ceux d'aucune ordonnance (18%) demeurent les types les plus fréquents. Les classes de médicaments les plus souvent visées sont les antibiotiques, les anticoagulants, les antidiabétiques, les narcotiques analgésiques et les anxiolytiques/sédatifs/hypnotiques.
- Les incidents de la catégorie **traitement/analyse/procédé** sont demeurés assez stables cette année lorsqu'on regarde les données globales. Les types les plus fréquemment rapportés sont les omissions (27%), les délais inhabituels/retards (21%), les problèmes de politiques et procédures (20%) et les incidents reliés aux spécimens (9%).
- Les incidents de **sécurité** ont cette fois-ci connu une baisse globale de 6%. Les types les plus fréquemment rapportés sont les agressions (30%) et les altercations/abus verbaux (15%).

Incidents évités de justesse (IEJ) rapportés par catégorie (données extraites du tableau précédent)

	Évités de justesse par catégorie														
	Zone 1B			Zone 4			Zone 5			Zone 6			Réseau		
	2016 - 2017	2017 - 2018	2018 - 2019	2016 - 2017	2017 - 2018	2018 - 2019	2016 - 2017	2017 - 2018	2018 - 2019	2016 - 2017	2017 - 2018	2018 - 2019	2016 - 2017	2017 - 2018	2018 - 2019
Chutes	0	0	3	1	12	8	1	1	6	4	3	7	6	16	24
Médicaments	49	64	63	109	129	117	17	21	10	32	12	20	207	226	210
Intraveineuse	6	6	3	1	2	0	6	2	0	0	0	0	13	10	3
Traitements	80	111	98	205	217	176	78	112	51	24	9	9	387	449	334
Sécurité	136	145	117	19	19	18	19	64	40	3	1	4	177	229	179
Divers	28	26	12	1	3	2	27	39	26	1	3	2	57	71	42
Total	299	352	296	336	382	321	148	239	133	64	28	42	847	1001	792

- Un incident évité de justesse (IEJ) est un incident qui n'a pas atteint le patient en raison d'une intervention en temps opportun.
- Bien que l'an passé, la tendance fut à la hausse pour rapporter les incidents évités de justesse, elle fut cette année à la baisse de 21%. Cette tendance est observée dans l'ensemble du Réseau sauf dans la Zone 6 où, bien qu'on soit encore loin du nombre rapporté des autres zones, une légère hausse est observée. Les Zones 1B et 4 sont encore celles qui rapportent le plus ce genre d'incident.
- Les IEJ les plus souvent rapportés sont ceux reliés traitements/analyse/procédé (42%), ceux reliés aux médicaments (26%) et ceux de sécurité (23%).

Gravité des incidents rapportés



- La majorité (97%) des incidents rapportés dans l'ensemble du Réseau n'ont pas eu de conséquences pour le patient ou ont eu une conséquence légère seulement. Les incidents critiques (4 incidents) représentent moins que 1% de tous les incidents rapportés.

Incidents graves et critiques (décès) rapportés par catégorie :

	Incidents graves et critiques														
	Zone 1B			Zone 4			Zone 5			Zone 6			Réseau		
	2016 - 2017	2017 - 2018	2018 - 2019	2016 - 2017	2017 - 2018	2018 - 2019	2016 - 2017	2017 - 2018	2018 - 2019	2016 - 2017	2017 - 2018	2018 - 2019	2016 - 2017	2017 - 2018	2018- 2019
Chutes	3	5	5	2	0	8	2	6	3	7	5	3	14	16	19
Médicaments	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Intraveineuse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Traitements	0	3	6	1	1	6	1	0	1	1	0	4	3	4	17
Sécurité	0	0	1	1	0	1	0	2	0	1	0	0	2	2	2
Divers	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Total	4	8	12	4	1	15	4	9	4	9	5	4	21	23	39

- Le nombre d'incidents combinés graves/critiques a augmenté de 40% cette année.
- Des 39 incidents graves et critiques, 4 furent critiques (décès du patient).
- Les chutes sont habituellement le type d'incident causant le plus fréquemment des blessures graves, pour la plupart il s'agit de fractures de la hanche chez une clientèle âgée.
- Plusieurs incidents de type Traitement/analyse/procédé ont également causé des blessures graves chez les patients (par ex.: des plaies de pression, des résultats inattendus suite à une intervention chirurgicale, des délais d'intervention, spécimen mal étiqueté.)
- Conformément à la Loi sur la qualité, tous les incidents font l'objet d'une analyse et d'un suivi. Lorsqu'il s'agit d'un incident grave ou critique, une revue des causes profondes est effectuée.

Activités d'amélioration découlant des analyses de tendances des incidents:

Tous les incidents font l'objet d'un suivi. Les rapports mensuels préparés pour les gestionnaires permettent d'identifier les tendances et de guider les gestionnaires à identifier et mettre en œuvre différentes activités d'amélioration. Les mesures d'améliorations présentées ont été appliquées dans une zone en particulier. Chaque zone pourrait également les appliquer en guise de prévention.

En voici quelques-unes :

- Révision du processus de dépistage de SARM et ERV fait auprès des employés par leur gestionnaire (pour réduire les omissions de dépistage).
- Plan de soins pour programme de prévention des chutes révisé pour les patients adultes admis en pédiatrie (pour réduire les chutes de patients à cette unité).
- Alarmes commandées pour placer au fauteuil des patients (pour réduire les risques de chutes).
- Préparation des médicaments à un endroit isolé pour permettre une meilleure concentration, revoir la politique d'administration des médicaments avec le personnel, installer une pancarte avec les 5 bons sur le chariot de médicaments en guise de rappel, réviser la charge de travail (pour réduire le nombre d'incidents reliés aux médicaments).
- Repasser les FADM à la fin de chaque passe de médicaments, rester avec le patient lors de l'administration de médicaments, réduire si possible les distractions (pour réduire le nombre d'incidents reliés aux médicaments).

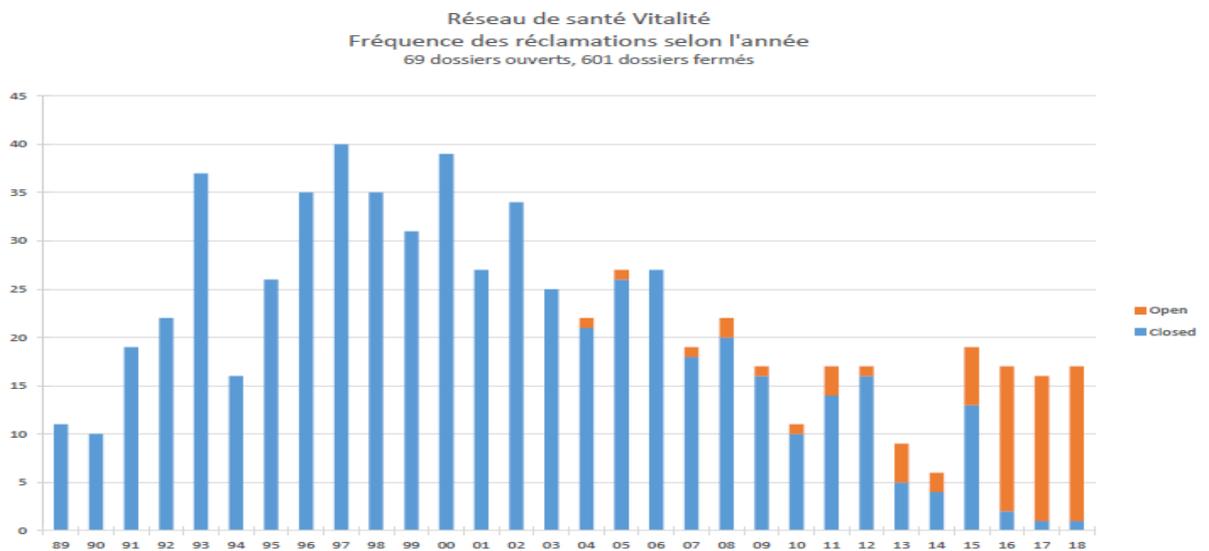
Divulgence d'incidents liés à la sécurité des patients

- La nouvelle *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* et ses règlements entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2018, prévoit une divulgation au patient ou son mandataire suite à un incident préjudiciable qui le concerne. Le Réseau a mis les mécanismes en place depuis cette Loi pour assurer que cette divulgation est effectuée avec les membres de l'équipe soignante les plus impliquées par la situation. Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité, des sessions de formations pour l'ensemble du personnel clinique seront données dans la prochaine année.

Litiges et réclamations (HIROC) :

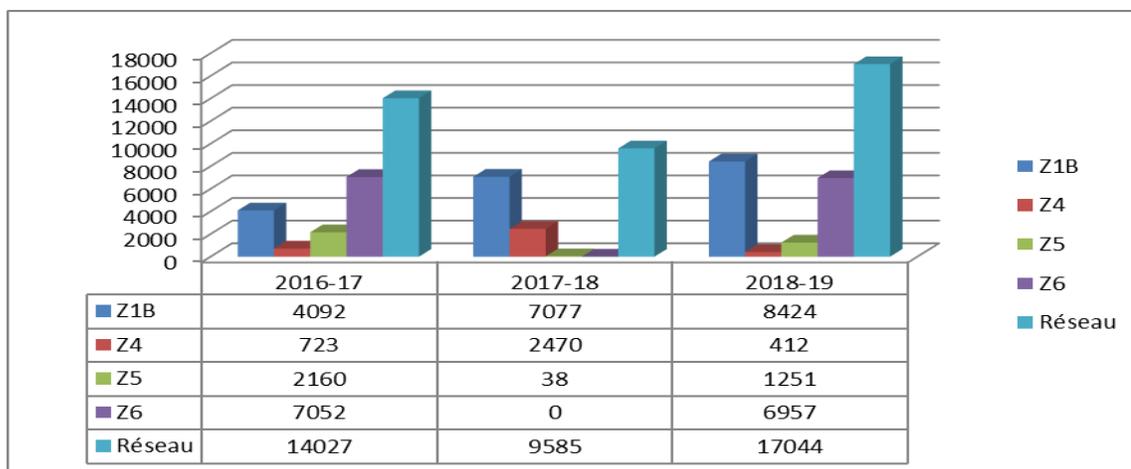
Les réclamations pour bris et perte de biens jusqu'à \$6000 sont gérées par le Service de gestion des risques en collaboration avec les gestionnaires des unités/services concernés. Les réclamations pour bris et perte de biens de plus de \$6000 ainsi que toutes les réclamations pour blessures corporelles et les cas de poursuites (inclues dans les réclamations) sont gérés par l'administrateur du Plan de Protection de Responsabilités Civiles de la province, soit HIROC.

Fréquence des réclamations selon l'année:



Les dossiers ouverts ne sont pas tous des cas actifs. Ce sont en majorité des signalements qui sont surveillés («monitored») par HIROC. Ces dossiers ouverts peuvent le demeurer sur plusieurs années.

Montant des réclamations remboursées par zone (gérés par le Réseau – moins de 6000\$)



- Les réclamations gérées par le Réseau sont variables d'une année à l'autre et sont difficiles à prévoir. Pour 2018-2019, il y a une hausse considérable par rapport à l'année précédente qui s'explique en partie par le fait que l'an passé, aucun montant n'avait été remboursé suite à une réclamation dans la zone 6.
- Les réclamations pour pertes de biens sont plus fréquentes que celles pour bris de biens.
- Les effets personnels les plus souvent perdus, et les plus souvent brisés sont les prothèses dentaires, les appareils auditifs et les lunettes. Ces objets sont très dispendieux.
- Il est à noter que les montants remboursés sont pris à même les budgets des unités/services responsables de la perte ou du bris. Les efforts se poursuivent afin de limiter le plus possible ce type de perte financière.

AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

- En 2018-2019, le Service de gestion des risques a procédé à la vérification administrative des documents pour 56 des 63 demandes d'AMM reçues. La vérification administrative se fait lorsque les 4 documents suivants sont reçus : La demande écrite du patient, les 2 évaluations d'admissibilité et le consentement signé du patient. Certaines demandes ne se rendent pas à cette étape pour diverses raisons : le patient change d'idée, il y a perte de capacité à consentir en cours de processus ou décès du patient en cours du processus.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Depuis le 1^{er} juillet 2018, la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* et ses règlements est entrée en vigueur. Les principales politiques en matière de gestion des incidents ont été révisées.
- Le projet d'acquisition du logiciel de gestion des incidents a été interrompu et un nouveau processus est en cours afin de se doter d'un système qui répondra mieux aux besoins des 2 Réseaux.
- À partir du 1^{er} décembre 2019, la déclaration à Santé Canada des réactions indésirables graves aux médicaments (RIM) et des incidents liés aux instruments médicaux (IIM) sera obligatoire. Les mécanismes de déclarations sont en développement.

Suivi à la décision/Priorités pour la prochaine année

- Incidents :
 - Continuer les analyses de tendances pour les incidents rapportés.
 - Réviser les politiques en lien avec la gestion des incidents.
 - Participer activement dans la mise en œuvre du nouveau système de gestion des incidents.
 - Poursuivre les efforts de divulgation des incidents liés à la sécurité des patients et augmenter le niveau de compétence par de la formation continue.
- Litiges et réclamations :
 - Continuer le signalement des dossiers potentiellement litigieux ou à risques de réclamations.
 - Surveiller les tendances concernant les pertes de biens.
- Générales :
 - Uniformiser les pratiques et outils de travail du Service.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 2019-05-23 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques

Rapport annuel – Mesures d'urgence
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.7
Date : le 4 juin 2019

Objet : Rapport annuel – Mesures d'urgence

Décision recherchée

Ce rapport est présenté à titre d'information.

Contexte / Problématique

1. Plan des mesures d'urgence

Le Plan de gestion des interventions d'urgence en santé du Réseau est présentement en révision et les changements vont être présentés à la prochaine réunion du Comité des mesures d'urgence en santé prévue le 10 juillet 2019.

2. Harmonisation des codes d'urgence

Les politiques suivantes ont été révisées et modifiées selon les besoins de l'organisation :

- La politique du code blanc a été modifiée puis mise en œuvre au Centre Hospitalier Restigouche (CHR) au mois de janvier 2019.
- Une analyse des codes blancs au CHR a été effectuée ainsi qu'une initiative pour l'amélioration de la collecte de données de codes blancs.
- Une nouvelle révision de la politique du code blanc pour le CHR est en cours. Des consultations sont présentement effectuées. La politique révisée sera mise en œuvre au cours des prochaines semaines. De la formation pour le personnel est prévue.
- Un nouveau formulaire a été développé afin d'évaluer le code blanc pour tous les établissements hospitaliers. Ce formulaire sera joint à la politique du code blanc.
- La politique du code jaune a été révisée et modifiée pour le Réseau de santé Vitalité et est présentement en processus de consultation avant de procéder à la révision de chaque établissement.
- La politique du système de rappel a été révisée et modifiée pour le Réseau de santé Vitalité et est en attente d'approbation pour sa mise en œuvre.

3. Comité des mesures d'urgence en santé :

Le comité des mesures d'urgence en santé a été établi et est composé de représentants des différents secteurs du Réseau de santé Vitalité et d'un représentant de l'Organisation des mesures d'urgence du Nouveau-Brunswick (OMU NB). La première rencontre a eu lieu le 25 avril 2019 et la prochaine est prévue le 10 juillet 2019.

4. Initiatives provinciales

En octobre 2018, Énergie Nouveau-Brunswick a organisé un exercice complet d'intervention d'urgence nucléaire appelé « Exercice Synergy Challenge 2018 » à la centrale nucléaire de Point Lepreau, et ce, en partenariat avec l'Organisation des mesures d'urgence du Nouveau-Brunswick (OMU NB).

Dans le cadre de cet exercice, le Réseau de santé Vitalité a eu l'opportunité d'évaluer ses capacités à répondre aux demandes psychosociales en provenance du public (811) ainsi que les communications publiques et réseaux sociaux par le Service des communications. La participation active du Réseau était dans la phase de recouvrement. Toutefois, des représentants des mesures d'urgence ont participé en tant qu'observateurs lors de la phase d'activation.

5. Évaluation des risques et vulnérabilité (ÉDRV):

Une ÉDRV a été effectuée dans les établissements du Réseau suivants :

- Centre de santé communautaire de St. Joseph – Dalhousie
- Centre de santé des anciens combattants
- l'Hôpital général de Grand-Sault
- l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque

Les recommandations seront présentées au Comité des mesures d'urgence en santé le 10 juillet.

6. Exercices des codes d'urgence effectuée dans le Réseau de santé Vitalité:

Un exercice de code d'urgence dans chaque zone du Réseau de santé Vitalité a été effectué pour évaluer les procédures et pour offrir de la formation sur les politiques et procédures des codes d'urgence. Les exercices qui ont été planifiés et effectués pour l'année 2018-2019 sont les suivants :

- Code vert – Unité psychiatrie à l'Hôpital régional de Campbellton
- Code vert – Unité Multi à l'Hôpital général de Grand-Sault
- Code vert – Unité psychiatrie du Centre hospitalier universitaire Dr. George -L- Dumont
- Code orange – l'Hôpital de l'Enfant Jésus RHJS – Caraquet

7. COU/ CCU

Au cours de 2018 - 2019, 2 COU ont été activés ainsi que 9 CCU dans le Réseau de santé Vitalité. La répartition des COU et CCU est la suivante :

COU

- COU : Grève potentielle - Poste Canada
- COU : Grève potentielle - Foyers de soins

CCU

Zone 1B

- Aucun CCU

Zone 4

- Perte de communications (Tel. Land lines)
- Hôpital régional d'Edmundston – Humidité au bloc opératoire
- Poussières dans le corridor restreint du bloc opératoire

Zone 5

- Potentiel d'une personne armée dans la région de Campbellton et la personne avait un rendez-vous au CSMC
- Hôpital régional de Campbellton – Débordement extrême
- Hôpital régional de Campbellton – Perte de courant
- Centre de santé communautaire St. Joseph - Perte d'eau
- Centre de santé communautaire St. Joseph - Inondation

Zone 6

- Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque – Conditions routières ont contribué à un isolement de l'hôpital.

8. Codes appelés 2018-2019

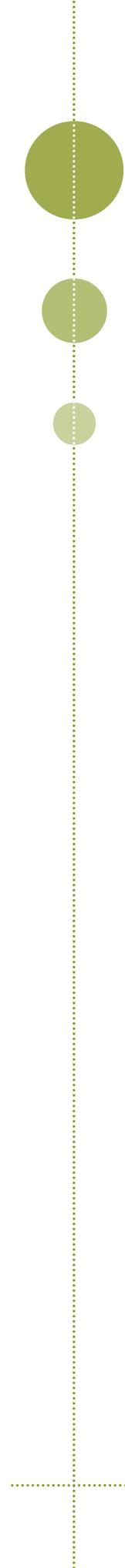
	Blanc	Rouge	Vert	Noir	Jaune	Gris	Stat	Bleu
Zone 1B	188	6	2	1	23	0	68	92
Zone 4	136	13	0	0	4	0	2	100
Zone 5	460*	24	0	0	6	0	44	50
Zone 6	298	11	0	0	23	2	145	75
Réseau	1082	54	2	1	56	2	259	272

*Ce nombre est plus élevé que les années antérieures. Les codes blancs appelés par l'entremise du Service de sécurité au Centre Hospitalier Restigouche sont depuis juillet 2018 comptabilisés et inclus dans les données totales rapportées.

Suivi à la décision

Plan d'action 2018-2019 :

- Compléter la révision du code blanc (Personne violente) pour l'ensemble du Réseau ainsi que le formulaire d'évaluation;
- Finaliser la révision du code jaune (Personne disparue) pour l'ensemble du Réseau;
- Compléter le code orange (arrivée d'un grand nombre de blessés);
- Faire une mise à jour du système de rappel en cas d'urgence en utilisant le nouveau document pour les salles d'urgence (9) du Réseau de santé Vitalité et le mettre en œuvre.
- Compléter 4 sections du code gris;
 - panne d'électricité;
 - perte d'eau ou de la qualité de l'eau;
 - panne de communication et réseau informatique;
 - perte de ventilation;
- Développer le code brun (déversement de matières dangereuses);
- Mettre en œuvre un processus d'orientation pour les services de police et d'incendie pour chacun des établissements hospitaliers (EDRV provincial);
- Organiser un exercice de table dans chaque zone pour tireur actif (EDRV provincial);
- Faire la mise à jour du Plan régional d'intervention d'urgence en santé.



Proposition et résolution

Cette note est présentée à titre d'information.

Soumis le 23 mai 2019 par Natalie Manuel, gestionnaire des Mesures d'urgence et Vanessa Fillion, directrice la Planification et de l'Amélioration de la performance

Note d'information

<p>Rapport annuel – Langues officielles Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité Item 4.8 Date : le 4 juin 2019</p>
--

Objet : Rapport annuel – Langues officielles

Résumé des activités/dossiers de la dernière année

Plaintes par rapport aux langues officielles

Catégorie Communication/Information : Plaintes liées à un problème de langues officielles					
2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
19 plaintes	11 plaintes	13 plaintes	10 plaintes	9 plaintes	15 plaintes

Les plaintes reçues avaient pour objet les éléments suivants : communications verbales ou écrites dans une langue autre que celle de choix du patient ou de la personne l'accompagnant, enseignes fixes qui ne sont pas dans les deux langues officielles, manquement au niveau de l'offre active ou rapports cliniques qui ne sont pas disponibles dans la langue de choix du patient.

Niveau de satisfaction liée aux langues officielles

Service reçu dans la langue officielle de votre choix?					
		Toujours	Habituellement	Parfois	Jamais
Zone 1B	2015-16	89%	9%	1%	0%
	2016-17	92%	7%	1%	0%
	2017-18	91%	7%	2%	1%
	2018-19	93%	5%	1%	1%
Zone 4	2015-16	93%	6%	1%	0%
	2016-17	90%	9%	1%	0%
	2017-18	92%	4%	2%	2%
	2018-19	90%	5%	3%	2%
Zone 5	2015-16	82%	17%	1%	0%
	2016-17	85%	14%	1%	0%
	2017-18	84%	12%	2%	2%
	2018-19	88%	10%	1%	1%
Zone 6	2015-16	84%	14%	2%	0%
	2016-17	85%	13%	1%	1%
	2017-18	89%	8%	1%	1%
	2018-19	87%	10%	1%	2%

Vitalité	2015-16	89%	10%	1%	0%
	2016-17	89%	10%	1%	0%
	2017-18	90%	7%	2%	1%
	2018-19	90%	7%	2%	1%

Ces données sont tirées des résultats du sondage de satisfaction de la clientèle. La question 21 du sondage pour les patients hospitalisés se lit comme suit : « *Combien de fois avez-vous reçu, à l'hôpital, le service dont vous aviez besoin dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix?* ». Le taux de réponse à ce sondage a varié entre 17% et 21% au cours des dernières années. De façon globale, les résultats démontrent une stabilité.

Formation des employés par rapport aux langues officielles

Taux de conformité des employés					
Module e-apprentissage sur les Langues officielles					
Zone	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1	30%	73%	93%	80%	76%
4	22%	75%	93%	87%	80%
5	35%	64%	90%	85%	85%
6	23%	76%	93%	88%	74%
Vitalité	27%	72%	92%	84%	80%

Il est à noter que cette formation e-apprentissage est obligatoire pour l'ensemble du personnel du Réseau et doit être répétée à chaque trois ans. Par conséquent, la cible est de 100% sur trois ans, mais non 100% pour chaque année. L'année 2016-2017 était la troisième année du cycle de trois ans.

Évaluation des compétences en langue seconde des employés

Lors de l'affichage de postes, les exigences linguistiques sont spécifiées et lors des entrevues, la capacité linguistique en langue seconde des candidats est évaluée en posant quelques questions dans la deuxième langue.

Au niveau de la fonction publique fédérale, les compétences dans les langues officielles sont déterminées de manière objective avec des tests spécifiques sur les compétences orales et écrites et correspondent aux fonctions et responsabilités du poste qui se rapportent aux communications avec le public, à la prestation des services et à la langue de travail. Au niveau de la province et des deux Régies, ce mécanisme est à développer.

En 2017, le Réseau de santé Horizon et Ambulance NB ont exprimé leurs défis par rapport à l'évaluation des compétences en langue seconde de leurs employés. Ils ont alors communiqué avec le CCNB pour explorer la faisabilité d'un service complet d'évaluation externe qui répond à leurs besoins.

Le Réseau de santé Vitalité a alors été invité à se joindre à cette initiative. Toutefois, la participation du Réseau à cette initiative est tout à fait libre et ne se traduit pas par une obligation contractuelle avec le CCNB.

Il est prévu qu'au début de l'année 2020, le CCNB aura développé un outil d'évaluation propre au domaine de la santé et que des évaluateurs formés seront disponibles. Le Réseau devra alors décider s'il utilise ou non ce service, pour qui et à quel moment.

Recommandations ou priorités pour la prochaine année

Profil linguistique

- Le Service des Ressources humaines du Réseau va identifier les catégories d'employés à prioriser en termes d'évaluation des compétences en langue seconde. Diverses options de mise en œuvre incluant les coûts seront présentées à l'équipe de leadership dans les prochains mois pour approbation.

Offre active

- À l'instar de l'été 2017, une évaluation de l'offre active sera effectuée au cours de l'été 2019. Les données recueillies seront comparées et un rapport sera partagé à tous les gestionnaires et directeurs.
- Des affiches faisant la promotion de la langue de choix ont été développées de concert avec le Service des communications et ont été placées dans les établissements du Réseau en 2018 par le Service des installations matérielles. D'autres affiches seront envoyées dans les zones pour assurer que les gestionnaires qui en veulent puissent s'en procurer dans le futur.

Formation en langue seconde : De la formation est maintenant offerte dans la Zone 1b. Poursuivre l'offre de formation en langue seconde dans les zones 4, 5 et 6.

Politique Langues officielles GEN.2.80.05 : Cette politique est en cours de révision et devrait être approuvée au cours de la prochaine année.

Soumis le 15 mai 2019 par Alexandre Couture, conseiller – Langues officielles et coordonnateur – Accès à l'information

Rapport annuel – Accès à l'information
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.9
Date : le 4 juin 2019

Objet : Rapport annuel – Accès à l'information

Résumé des activités/dossiers de la dernière année

Demandes de renseignements :

- Au cours de l'année 2018-2019, 35 demandes de renseignements en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP) ont été traitées.
- Les demandes de renseignements pour la période visaient des informations concernant les plaies de lit, les suicides en milieux hospitaliers, les incidents rapportés, les politiques et procédures, les frais pour services juridiques, la privatisation de services, les plaintes de harcèlement, le Programme Extra-mural, la pénurie en soins infirmiers, les rapports de plaintes liées aux soins aux patients, la propreté des établissements, le Centre de santé du sein, le stationnement du CHUDGLD, l'aide médicale à mourir, le Plan stratégique de soins de santé, le CHR, les codes blancs, les agressions en milieux hospitaliers, les bris de confidentialité, le Conseil d'administration, le Comité exécutif, les effectifs du Réseau, etc.
- Une base de données pour les demandes de renseignements en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* a été développée afin de faciliter la gestion de l'information.

Analyse annuelle des tendances

Demandes d'information en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée*

	Nombre de demandes	Demandes faisant l'objet d'une plainte au Commissariat à l'intégrité	Cas porté à la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick
2015-2016	55	4	0
2016-2017	55	0	1
2017-2018	46	1	0
2018-2019*	36	4	0

*On remarque une baisse du nombre de demandes pour 2018-2019 par rapport aux trois dernières années. Cela dit, plusieurs demandes étaient sensibles et complexes dus au contexte qui prévalait.

Type de demandeur	Nombre	%
Média	18	51%
Groupe d'intérêt	12	34%
Citoyen	2	6%
Citoyen - Patient	3	7%
Organisme publique	1	2%
Grand Total	36	100%

Une prorogation de 30 jours supplémentaire a été requise pour 10 (29%) demandes. Aucune demande n'a dû être transférée à un autre organisme public et aucune demande ne nous a été transmise d'un autre organisme public.

Recommandations ou priorités pour la prochaine année

Assurer que le service des archives cliniques de chaque zone soit bien informé de la politique récente : GEN.6.20.05 *Accès et divulgation en matière de renseignements personnels sur la santé*, notamment la directive de remettre l'avis relatif à la langue de choix qui informe les patients de leurs droits et des options possibles conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (LAPRPS).

Soumis le 15 mai 2019 par Alexandre Couture, conseiller – Langues officielles / coordonnateur – Accès à l'information

Note d'information

Expérience des patients hospitalisés – Rapport annuel
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.10
Date : le 4 juin 2019

Rapport annuel - 2018-19

- Le rapport annuel sur l'expérience des patients hospitalisés est présenté à titre d'information.

Résultats

- Le sondage pour les patients hospitalisés doit être remis à tous les patients au congé. En 2018-19, 3,854 questionnaires ont été complétés.
- Le tableau en annexe démontre les résultats annuels 2018-19, ainsi que les données comparatives pour l'année 2017-18.
- Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du NB (CSNB) effectué en 2016 ont également été inclus à titre de référence. Il est à noter qu'il faut comparer les résultats du Réseau avec ceux du CSNB avec prudence, puisque la méthodologie et l'échantillonnage étaient différents dans les deux sondages.

	Taux de participation		
	2016-17	2017-18	2018-19
Vitalité	18 %	17%	16%
Zone 1B	18%	14%	14%
Zone 4	29%	29%	28%
Zone 5	19%	16%	13%
Zone 6	8%	12%	9%

- Au niveau régional, on note une diminution du taux de participation au sondage depuis les trois dernières années. Seule la Zone 4 rencontre la cible visée de 20%.
- Lorsqu'on compare les résultats de 2018-19 aux résultats du dernier sondage du CSNB (2016), on note une amélioration dans 17 questions sur 20. Dans les trois questions suivantes, on note une diminution dans le taux de satisfaction : tenir compte des valeurs culturelles, renseignements au congé et connaissance des médicaments au congé.
- Sept questions ont eu un taux de 85% et plus, neuf questions ont obtenu un taux de 70-84% et quatre questions ont eu un taux de moins de 70%.
- En 2018-19, les questions avec les plus hauts taux de satisfaction (Toujours ≥85%) sont en lien avec : l'attente pour un lit, la courtoisie, les heures des visites, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité, la langue de service et l'expérience globale.
- En 2018-19, les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70%) sont en lien avec : gestion de la douleur, tenir compte des valeurs culturelles, la tranquillité et la nourriture.

Pistes d'amélioration / Recommandations

- **Taux de participation** : Les démarches et les suivis se poursuivent dans le but d'augmenter les taux de participation.
 - *Augmenter l'utilisation des bénévoles à la distribution et pour faire les sondages en face à face.*
 - *Identifier des méthodes pour faire connaître et augmenter l'utilisation du sondage en ligne (par ex. élaborer un signet « Votre opinion compte » avec le Code QR au sondage).*
 - *Évaluer le nombre de questions et voir à la possibilité de réduire la longueur du questionnaire.*
 - *Identifier des façons de relancer le sondage auprès des patients.*

- Le Comité consultatif des patients et des familles a été consulté lors de sa rencontre du 22 mai 2019 afin d'obtenir leur rétroaction sur le processus de distribution du sondage, sur les questions et les possibilités d'amélioration. Un groupe de travail sera mis sur pied avec des patients partenaires, afin de réviser les questions et voir à la possibilité de réduire la longueur du questionnaire.

- Les membres du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité sont invités à proposer d'autres mécanismes qui pourraient être mis en place autre que les sondages de satisfaction, afin d'obtenir la rétroaction des patients sur les soins reçus.

- À titre d'information, les gestionnaires reçoivent leurs résultats pour fin d'analyse et identification des pistes d'amélioration. Au cours de la dernière année, diverses améliorations ont été mises en œuvre.
 - Mise en œuvre d'un sondage propre au Service alimentaire leur permettant de cibler davantage des occasions d'amélioration. Diverses actions ont été mises en œuvre pour améliorer le service (par ex. : évaluation de la température des aliments sur les unités, standardisation des portions, évaluation des bouillons de soupes, etc.).
 - Des suivis ont été faits avec le personnel sur l'utilisation des outils en lien avec les rondes proactives afin d'identifier les besoins en lien avec la douleur, position, élimination et le matériel.
 - Modifications au système d'interphone ont été apportées afin de réduire le niveau de bruit sur les unités de soins.
 - Une formation sur la méthode de communication « Cœur – Tête – Cœur » et les soins centrés sur le patient et la famille est en processus d'élaboration.
 - Des outils d'information sur les visites et la présence de la famille ont été élaborés pour le personnel et le public (ex. questions fréquentes et réponses, information sur le site Web du Réseau, formation e-apprentissage).

Soumis le 2019/05/21 par Nicole Frigault, Directrice – Qualité, Risques et Expérience patient

Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés
Rapport régional annuel 2018-19

QUESTIONS	CSNB 2016 (%)		Vitalité 2017-18 (%)		Vitalité 2018-19 (%)	
	NB	Vitalité	Toujours	Habituellement	Toujours	Habituellement
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	20.5	17.4	88 (non)	12 (oui)	90 (non) ↑	10 (oui)
Q2) Traité avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.8 MD 79.9 RN	87 MD 81.8 RN	90	8	90 ↑	8
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	74.8 MD 69.4 RN	79.5 MD 74.1 RN	83	12	83 ↑	14
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	61.3	69.4	79	15	79 ↑	16
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	67.7	68.0	79	14	81 ↑	13
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	60.3	60.0	72	18	74 ↑	19
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	71.7	70.7	69	17	73 ↑	16
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	60.4	63.3	70	23	66 ↑	26
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	36.4	41.8	40	56	36 ↓	60
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	51.7	55.8	71	20	71 ↑	19
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	41.7	50.1	64	26	63 ↑	27
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent + Très bonne)	19.5	23.0	16 (excellent)	23 (très bon)	17 (excellent)	22 ↑ (très bon)
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	80.1	74.3	80	14	87 ↑	9
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	69.7	72.7	86	12	85 ↑	13
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.8	84.3	93	7	92 ↑	7
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	81.9	80.7	85	12	84 ↑	13
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	65.2	74.2	72 (oui)	28 (non)	72 (oui) ↓	28 (non)
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.7	82 (complètement)	12 (moyennement)	81 ↓ (complètement)	12 (moyennement)
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	91.1	86.9	90	7	90 ↑	7
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	78.9	82.5	88 (excellente)	8 (bonne)	88 ↑ (excellente)	9 (bonne)

	Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)							
	Z1B		Z4		Z5		Z6	
	2017-18	2018-19	2017-18	2018-19	2017-18	2018-19	2017-18	2018-19
Excellent	89%	89%	85%	86%	88%	88%	91%	89%
Bonne	9%	9%	9%	9%	8%	9%	6%	6%

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 4 juin 2019

Objet : Rapport annuel - Éthique pour la période d'avril 2018 à mars 2019

Éthique de la recherche : Un nouveau membre pour le CER a été recruté récemment. Un poste sera à pourvoir au cours de la prochaine année. Le CER a tenu 12 réunions régulières. On note une baisse des demandes d'évaluation pour des essais cliniques alors que pour les recherches appliquées le nombre est similaire par rapport à l'année antérieure. Au total, 175 projets sont actifs et en cours ce qui représente une augmentation de 14 % par rapport à 2017-2018.

Éthique clinique : En 2018-2019, il y a eu 1 demande de consultation formelle et 15 demandes de consultations informelles en éthique clinique. La révision de deux politiques a été complétée soit « Non-réanimation cardiorespiratoire » incluant le formulaire et « Directives préalables ». La révision des autres politiques est en cours.

Éthique organisationnelle : La révision du code d'éthique du Réseau s'est poursuivie en 2018-2019. La mise en œuvre est prévue pour l'automne 2019.

*Le poste de coordonnatrice du Bureau de l'éthique a été vacant de novembre 2018 à avril 2019. Ceci a eu un impact sur certaines activités du Bureau.

Soumis le 27 mai 2019 par Joanie Gagnon, coordonnatrice du Bureau de l'éthique.



Rapport annuel

Éthique

2018-2019

Période d'avril 2018 à mars 2019

Préparé par :

Joanie Gagnon, coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique

Le 27 mai 2019

Éthique de la recherche

1. Mandat du Comité d'éthique de la recherche (CER)

Le mandat du CER est entré en vigueur le 23 mai 2016.

2. Nom et titre des membres du Comité d'éthique de la recherche

Rôle des membres	Noms
Membre expert en recherche quantitative	Michael Kemp
Membre expert en recherche qualitative	Jacinthe Beauchamp
Membre expert en éthique	Pierrette Fortin (présidente)
Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche	Mark Sinclair (vice-président)
Membre versé en droit	Me Marie-Andrée Mallet
Membre clinique - médecine	Dre Sylvie Katanda Dre Lucie Morais
Membre clinique – soins infirmiers	Marie-Noëlle Paulin Anne Pelletier*
Membre clinique – services professionnels	Alexandre Savoie
Membre de la collectivité	Linda Thériault Godin
Membre expert en éthique (substitut)	Marie-Noëlle Ryan
Membre versé en droit (substitut)	Marc Deveau

*Poste à remplacer dans la prochaine année

3. Nombre de réunion du Comité d'éthique de la recherche

- Réunion régulière : 12
- Réunion extraordinaire : 0

Le CER se réunit de façon mensuelle, et ce, 12 mois par année. Le CER n'a pas nécessité la tenue de réunion extraordinaire durant la dernière année.

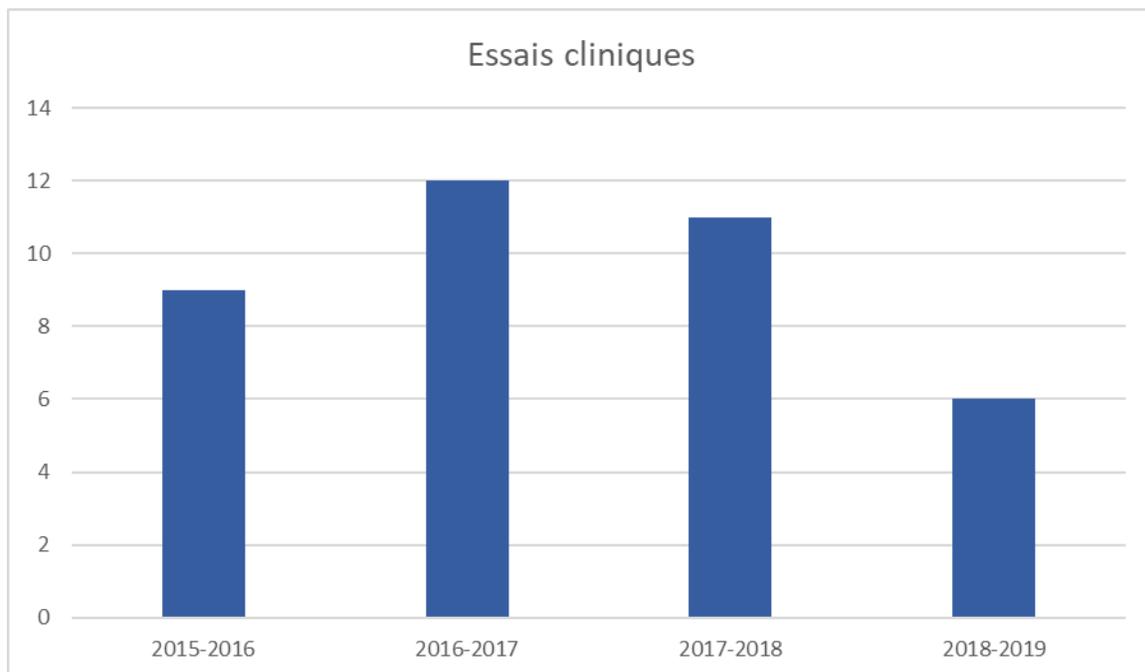
4. Nombre de projets soumis et évalués au Comité d'éthique de la recherche

4.1 Nouveaux projets

- Essais cliniques : 6
- Recherches appliquées : 28

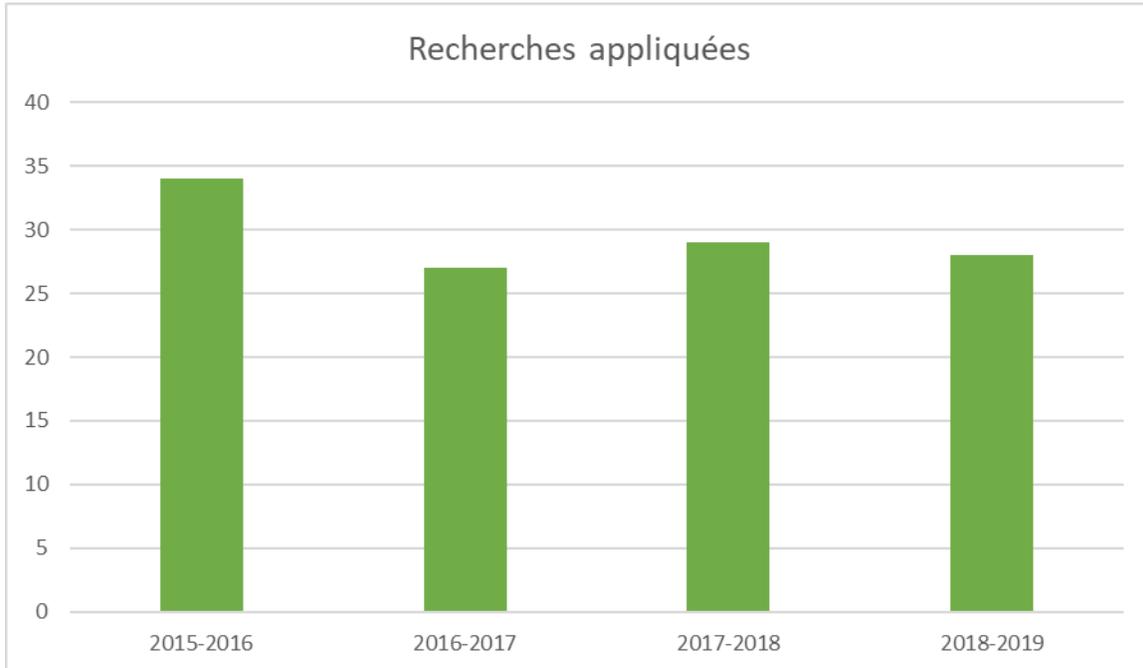
4.2 Projets de recherche évalués au Comité d'éthique de la recherche

Essais cliniques



Le plan stratégique 2017-2020 démontre clairement le vouloir du Réseau de santé Vitalité d'optimiser la recherche. Pour ce faire, et avec l'établissement du centre de médecine de précision, il est prévu que le nombre d'essais cliniques doublera éventuellement.

Recherches appliquées



Au niveau de la recherche appliquée (projets provenant des universités, de l'Institut Atlantique de recherche sur le cancer, etc.), le nombre de projets de recherche évalué par le Comité d'éthique de la recherche demeure stable pour l'année 2018-2019 avec 28 projets évalués.

4.3 Suivi de projets

	Essais cliniques	Recherches appliquées
Renouvellement de projets	38	30
Amendements au projet en cours	55	29
Mise à jour de la brochure d'investigateur ou de la monographie	47	S/O
Projets terminés	8	4
Projets refusés	0	0
Projets en cours	46	129

5. Politiques et procédures

- **Révisées et approuvées**
 - Politique « Présence de l'investigateur – chercheur principal » : Adoptée et en application

6. *Prochaines étapes*

- Poursuivre la rédaction et la révision de politiques et procédures selon le plan de travail
- Finaliser le recrutement d'un membre clinique en soins infirmiers

7. *Indicateurs de performance*

À chaque année, plusieurs nouveaux projets de recherche sont évalués au Comité d'éthique de la recherche (CER) du Réseau de santé Vitalité. Il est donc primordial d'évaluer l'efficacité du processus d'évaluation afin de pouvoir offrir le meilleur service possible.

Depuis janvier 2018, le Bureau de l'éthique, plus spécifiquement au niveau du CÉR, a mis en place un mécanisme afin d'évaluer la productivité et l'efficacité du processus d'évaluation des projets de recherche. Le but est d'évaluer, en jours ouvrables, le temps requis pour l'évaluation complète d'un projet de recherche, soit de la réunion du CER jusqu'à l'approbation finale du projet. Pour l'année 2018-2019, la moyenne a été de 35 jours ouvrables.

8. *Formation et éducation*

- Didacticiel de l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec les êtres humains (EPTC) :
 - Cette formation doit être complétée par tous les nouveaux membres du CÉR;
 - Les nouveaux membres ont deux mois pour compléter le didacticiel et le certificat d'accomplissement est conservé au Bureau de l'éthique;
 - Les mises à jour de l'EPTC reçues au Bureau de l'éthique sont communiquées, par courriel, aux membres du CER.

Éthique clinique

1. Mandat du Comité d'éthique clinique

Le mandat du Comité d'éthique clinique est entré en vigueur le 29 mars 2017.

2. Nom et titre des membres du Comité d'éthique clinique

Rôle des membres	Noms
Médecin généraliste	Vacant*
Médecin spécialiste	Vacant*
Infirmières (2)	Vacant*
	Monique McNair
Représentant – Soins spirituels	Marguerite-Rose Cormier
Travailleur social	Annick Bard
Professionnel de la santé – Autre profession	Paul Ouellette
Avocat	Nicholas Léger-Riopel
Représentant de la communauté	Diane Morin
Éthicien ou expertise en éthique	Pierrette Fortin
Coordonnatrice régionale – Bureau de l'éthique	Joanie Gagnon**
Représentant – Direction des soins/services clinique	Renelle Thibodeau
Représentant de la direction	Gisèle Beaulieu
	Diane Mignault

*À recruter

** La nouvelle coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique a débuté ses nouvelles fonctions en avril 2019

3. Consultations en éthique clinique

Plusieurs consultations formelles et informelles ont eu lieu au cours de la dernière année. Les détails de ces consultations sont regroupés dans un registre :

- Consultations formelles* : 1
- Consultations informelles** : 15

* Consultation incluant la consultante en éthique et les membres du Comité d'éthique clinique/ personnes ressources nécessaires ainsi que toutes autres personnes nommées dans la demande de consultation. Des suggestions sont formulées dans un rapport pour faciliter la prise de décision.

** Discussion entre la consultante en éthique et le demandeur seulement. Des conseils sont offerts au besoin pour faciliter la prise de décision.

4. *Politiques et procédures et autres documents*

- **Révisés et approuvés**
 - Politiques « Non-réanimation cardiorespiratoire » et formulaire « Réanimation cardiorespiratoire et Niveaux de soins » : Politique adoptée et en application;
 - Politique « Directives préalables » : Politique révisée et en application.
- **En développement ou en révision**
 - Dépliant Directives préalables;
 - Politique « Intensité des soins ».

5. *Formation et éducation*

- Formation donnée sur les Directives préalables en matière de soins de santé – 19 octobre 2018

6. *Prochaines étapes*

- Finaliser le Développement du module E-Apprentissage en éthique;
- Poursuivre la rédaction et la révision de politiques et procédures selon le plan de travail;
- Développer des formations en lien avec les nouvelles politiques en application;
- Recruter un membre – médecin spécialiste;
- Recruter un membre – médecin généraliste;
- Recruter un membre – infirmière.

Éthique organisationnelle

1. Protection des renseignements personnels

Module E-apprentissage – Les principes de protection de la vie privée : Cette formation obligatoire, qui s'adresse à tous les employés, médecins et bénévoles a pour but d'informer les membres du personnel sur les pratiques requises pour assurer la protection des renseignements personnels, doit être renouvelée une fois par année.

2. Prévention de la violence en milieu de travail

Cette formation est obligatoire et s'adresse à tous les membres du personnel, aux bénévoles, aux entrepreneurs et au personnel payé à l'acte et elle doit être renouvelée une fois par année.

3. Politiques et procédures

- **Révisées et approuvées**
 - Politique « Considérations éthiques » (CA-245) : adoptée et en application;
- **En développement ou en révision**
 - Code d'éthique (politique et document) : le code d'éthique sera révisé complètement;
 - Cadre conceptuel et politique

4. Formation et éducation

- Colloque 2018 du Réseau d'éthique organisationnelle du Québec

5. Prochaines étapes

- Finaliser le code d'éthique et en faire la promotion;
- Poursuivre la rédaction et la révision de politiques et procédures selon le plan;
- Développer un plan de communication pour la promotion des valeurs organisationnelles.

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 4 juin 2019

Objet : Rapport du Comité consultatif des patients et familles

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une réunion le 22 mai 2019. Lors de cette rencontre, les membres ont révisé le code d'éthique du Réseau.

Également, lors de sa réunion du 22 mai 2019, une rétroaction par rapport au sondage de satisfaction des patients hospitalisés a été demandée aux membres. D'ailleurs, un groupe de travail sera mis sur pied, afin de réviser les questions et voir à la possibilité de réduire la longueur du questionnaire.

Une journée de planification est prévue à la fin de l'été afin d'approfondir le concept et l'approche patient-partenaire et de voir comment nous pouvons faire évoluer ceci au sein de l'organisation. Les sujets suivants ont été suggérés :

- Session de formation sur l'approche patient-partenaire;
- Stratégie de mise en œuvre adoptée par le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité;
- Planification stratégique;
- Développement d'un plan de travail pour 19-20.

Aucune recommandation ne découle de cette réunion.

Soumis le 27 mai 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

Recommandations des Comités de revues
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 5.1
Date : le 4 juin 2019

Décision recherchée

- Le rapport est présenté afin d'informer les membres du comité des recommandations qui découlent des analyses 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 mars 2019.
- Ce rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des comités de revues qui ont été effectués avant cette période.
- Dans la période de janvier à mai 2019 un total de 7 revues ont été effectuées (5 incidents préjudiciables et 2 suicides en communauté) et un total de 36 recommandations ont été émises.
- De ces 36 recommandations : 4 sont en place, 30 sont en voie d'implantation (la plupart avec échéanciers dans les prochains mois) et 2 sont non débutées. Voir tableau en annexe « Résumé des recommandations - Comités de revues janvier à mai 2019 ».

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

- Il y a 20 revues effectuées avant décembre 2018 avec recommandations incomplètes. Pour ces vingt revues, 54% (50/92) des recommandations sont implantées et il reste 42 recommandations à mettre en place.
- Les 20 revues incomplètes concernent des incidents liés à des traitements/procédures (ex. stérilisation des bronchoscopes), des suicides en communauté, des chutes avec blessure, un patient manquant.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et progresse bien. Plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir.

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 impacts 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

Résumé des recommandations – Comités de revues janvier à mai 2019

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Chute avec blessures sérieuses (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Faire l'évaluation du risque de chute dès l'admission du patient (à l'intérieur de 24 heures) selon la politique sur la prévention des chutes. - Limiter les transferts et faire une évaluation complète des besoins du patient avant le transfert.
Suicides en communauté (2)	<ul style="list-style-type: none"> - Explorer avec les partenaires la possibilité de mettre sur pied un programme éducatif publique pour les parents et les jeunes concernant l'utilisation des appareils électroniques (cyberintimidation). - Regarder à la possibilité d'avoir la présence du médecin de famille aux revues de suicide. - Avoir une séance d'information pour les urgentologues sur le formulaire d'évaluation continue de l'urgence suicidaire. - Assurer qu'une référence soit toujours envoyée au Centre de santé mentale communautaire après le congé d'un patient qui se présente à l'urgence avec un niveau de risque modéré.
Décès inattendu (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir le processus d'utilisation de l'intercom et vérifier le système de sonorisation dans les salles. - Faire un rappel au personnel par rapport à l'évaluation des patients qui se présentent pour une visite de suivi. - Voir à la possibilité de l'installation de portes magnétiques donnant accès à la clinique, afin que les patients soient vus par l'infirmière de la salle d'examen en premier. - Explorer des solutions afin que l'infirmière de la salle d'examen puisse avoir une visibilité entière de la salle d'attente. - Identifier du personnel désigné pour répondre aux codes.
Bris de processus au Service de laboratoire (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer que le préposé vérifie auprès du Service de sécurité que le formulaire de contrôle d'accès a été signé. - Se procurer un réfrigérateur spécialement dédié à la conservation des fœtus. - Faire l'achat de linge (tissus) afin d'emballer les fœtus. - Faire l'achat de contenants non réutilisables pour conserver les fœtus. - S'assurer d'identifier le contenant correctement. - Réviser la politique de conservation des spécimens, afin de préciser la durée de conservation.
Cas d'accouchement (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir le processus des rendez-vous pour les césariennes électives. - Faire un rappel aux médecins sur l'importance de faire la demande de référence aux gynécologues pour toutes les grossesses à risques élevés. - Voir à la possibilité de réviser les plages horaires pour les césariennes électives. - Élaborer une liste de vérification pour les équipements nécessaires pour les césariennes. - S'assurer d'avoir les affiches de réanimation du nouveau-né visible dans toutes les salles du bloc opératoire. - Voir à la possibilité d'avoir un système d'appel/système de pagette. - S'assurer que les infirmières de l'unité d'obstétrique participent à l'installation du matériel dans la salle d'opération. - S'assurer d'identifier les risques pour la mère et le nouveau-né et contacter le spécialiste selon le risque identifié. - S'assurer du transfert du bébé à l'unité néonatale pour recevoir les soins spécialisés si le spécialiste n'est pas présent au bloc opératoire. - Voir à la possibilité d'effectuer les césariennes à risques à l'unité d'obstétrique. - Vérifier la pertinence d'effectuer une anesthésie rachidienne au lieu d'une péridurale pour les césariennes.
Incident lié aux traitements médicamenteux (1)	<ul style="list-style-type: none"> - Continuer les efforts de recrutement afin d'embaucher du personnel aux soins des patients. - Faire un rappel au personnel sur l'importance de faire la prise des signes vitaux selon le protocole établi. - Assurer une documentation complète et précise dans les notes infirmières aux dossiers. - Faire un rappel au personnel infirmier d'effectuer l'évaluation de la douleur selon la politique et effectuer des audits sur le respect de la politique. - Faire un rappel au sujet de la possibilité de faire appel à l'équipe d'intervention rapide. - Avoir un guide afin de rejoindre plus facilement les orthopédistes en situation d'urgence. - Augmenter les connaissances au niveau des médicaments utilisés pour la gestion de la douleur (coanalgésie). - Assurer que les BCM d'admission sont complets et faire un rappel au personnel sur la gestion des médicaments de la maison.

Note couverture

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

Date : le 4 juin 2019

Objet : Tableau de bord – Centre Hospitalier Restigouche (CHR)

Comme vous le savez, le ministre de la Santé a embauché en janvier dernier, un consultant spécialiste reconnu en santé mentale à l'échelle nationale, afin d'examiner les questions soulevées par le rapport de l'Ombud au sujet du Centre Hospitalier Restigouche et d'orienter les changements opérationnels en cours nécessaire à l'amélioration des soins aux patients et à la sécurité des membres du personnel. Le consultant a tenu une visite au CHR du 12 au 14 mars dernier.

Le 8 mai 2019, le ministre de la Santé a accepté les recommandations du consultant. Quatre recommandations ont été émises à l'intention du gouvernement, alors que six recommandations sont adressées directement au Réseau de santé Vitalité.

L'ensemble des recommandations cadrent avec la vision et les actions entreprises par le Réseau depuis 2017, afin de réviser l'organisation et le fonctionnement du CHR dans le but d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Le Réseau a développé un tableau de bord, afin de suivre son travail de modernisation et d'amélioration des services au CHR et ainsi mettre en œuvre les recommandations du consultant.

Vous trouverez en annexe, les 6 recommandations à l'intention du Réseau, le tableau de bord avec les résultats pour les mois de janvier, février, mars et avril 2019, ainsi que le document de référence pour les indicateurs.

Soumis le 17 mai 2019 par Jacques Duclos, VP – Services communautaires et Santé mentale

Recommandations émises à l'intention du Réseau de santé Vitalité

Qualité des soins

1. Songer à embaucher un certain nombre d'infirmiers en santé mentale/éducateurs expérimentés (ou l'équivalent) ou à recourir à leurs services pour former le personnel directement aux unités de soins.
2. Veillez à l'attribution de fonds suffisants pour la formation et le perfectionnement (cours appropriés) à l'extérieur de la province.
3. Envisager de faire partie de réseaux nationaux de santé mentale (p. ex. MHAQI).

Sécurité

4. Accélérer la mise en place des caucus de sécurité dans toutes les unités et obtenir plus de formateurs Oméga.

Ressources humaines

5. Concevoir un plan d'action précis en matière de ressources humaines pour le CHR en mettant l'accent sur le recrutement de médecins et de personnel infirmier – à court terme (un an ou deux), à moyen terme (deux à cinq ans).

Surveillance et contrôle

6. Établir un système de surveillance (tableau de bord) pour mesurer les indicateurs ci-dessous sur une base mensuelle (m) ou trimestrielle (t) à partir du 1^{er} janvier 2019 :
 - a) Usage de mesures de contention (y compris la contention physique/manuelle et mécanique, l'isolement et/ou le contrôle médicamenteux en phase aiguë) (m)
 - b) Nombre d'incidents graves et mesures prises à ce sujet (m)
 - c) Pourcentage de plans de traitement individuels signés (plans de l'équipe interdisciplinaire) dans chaque unité appropriée. Mise en place nécessaire d'un système pour vérifier si les plans sont suivis (m)
 - d) Pourcentage de jours « autre niveau de soins » (ANS) signalés pendant la période (m)
 - e) Durée moyenne du séjour par unité (m)
 - f) Pourcentage d'heures de congé de maladie payées dans la période (t)
 - g) Période moyenne pour pourvoir des postes permanents (t)

Il faudrait aussi inclure :

- Résultats des sondages menés auprès des patients du CHR depuis 2017
- Résultats des sondages sur la sécurité et la satisfaction du personnel réalisés au CHR depuis 2017

Soumis le 17 mai 2019 par Jacques Duclos, VP – Services communautaires et Santé mentale

Tableau de bord du Centre Hospitalier Restigouche

Période rapportée : Résultats pour le mois de janvier 2019

La base pour les indicateurs mensuels est le mois de décembre 2018

● Annuel ou autre ● Trimestriel ● Mensuel

	Indicateurs / mesures de résultats	Base	Résultat	Cible au 1 ^{er} janvier 2020
Qualité des soins	Taux de satisfaction global des patients	Mars 2018 = 58 %	Avril 2017 = 73 % Mars 2019 = Nov. 2019 =	Augmentation du taux global de 5% par rapport au dernier sondage
	Pourcentage de plans de soins signés par le patient ou son représentant et l'équipe interdisciplinaire par unité	D-1 = 0 %	0 %	100 %
		D-2 = 0 %	0 %	100 %
		C-1 = 0 %	0 %	100 %
		B-2 = 0 %	0 %	100 %
	Durée moyenne de séjour par unité	F-1 = 20 jours	17 jours	17 jours
		D-1 = 1930 jours	1919 jours	90 jours
D-2 = 3785 jours		3435 jours	365 jours	
C-1 = 6210 jours		5973 jours	Longue durée	
B-2 = 1978 jours		1336 jours	545 jours	
Pourcentage de jours ANS	N/D	N/D	À définir d'ici mai 2019 Résultat à compter de juin 2019	
Sécurité	Utilisation de contentions physiques lors de situations aiguës	N/D	N/D	Modification requise au rapport d'incident par SNB pour capter la donnée (disponible en mai 2019)
	Utilisation de contentions mécaniques lors de situations aiguës	42 %	50 %	Réduction à 30 %
	Utilisation de contentions chimiques lors de situations aiguës	N/D	N/D	Modification requise au rapport d'incident par SNB pour capter la donnée (disponible en mai 2019)
	Utilisation des salles d'isolement lors de situations aiguës	84 %	81 %	Réduction à 30 %
	Nombre d'incidents préjudiciables avec conséquences graves	0	0	0 Note : s'il survient un incident grave avec conséquences, une analyse des causes profondes sera effectuée avec un plan de suivi.
	Nombre d'unités qui pratiquent le caucus de sécurité	0	0	L'ensemble des unités du CHR (5)
	Nombre de formateurs certifiés en Oméga.	2	2	4 formateurs

Ressources humaines	Pourcentage d'heures de congés de maladie payées	Q3 18-19 = 7,98%	Q4 18-19 = 5,65%	Amélioration de 10%
	Taux de satisfaction des employés – Sondage Pulse	Nov. 2018 = 24.4 %	Nov. 2019 =	Augmentation du taux global de satisfaction de 5% par rapport au dernier sondage
	Période moyenne pour pourvoir les postes permanents	N/D	N/D	À définir

Légende du nom des unités de soins

(F-1) Psychiatrie légale – Évaluation

(D-1) Psychiatrie légale -Stabilisation

(D-2) Psychiatrie légale – Réhabilitation

(C-1) Soins psychiatriques tertiaires – Réadaptation continue

(B-2) Soins psychiatriques tertiaires – Réinsertion communautaire

Tableau de bord du Centre Hospitalier Restigouche

Période rapportée : Résultats pour le mois de février 2019

La base pour les indicateurs mensuels est le mois de décembre 2018

● Annuel ou autre ● Trimestriel ● Mensuel

	Indicateurs / mesures de résultats	Base	Résultat	Cible au 1 ^{er} janvier 2020
Qualité des soins	Taux de satisfaction global des patients	Mars 2018 = 57 %	Avril 2017 = 73 % Mars 2019 = Nov. 2019 =	Augmentation du taux global de 5% par rapport au dernier sondage
	Pourcentage de plans de soins signés par le patient ou son représentant et l'équipe interdisciplinaire par unité	D-1 = 0 %	0 %	100 %
		D-2 = 0 %	0 %	100 %
		C-1 = 0 %	0 %	100 %
		B-2 = 0 %	0 %	100 %
	Durée moyenne de séjour par unité	F-1 = 20 jours	12 jours	17 jours
		D-1 = 1930 jours	1613 jours	90 jours
D-2 = 3785 jours		3306 jours	365 jours	
C-1 = 6210 jours		6488 jours	Longue durée	
B-2 = 1978 jours		1290 jours	545 jours	
Pourcentage de jours ANS	N/D	N/D	À définir d'ici mai 2019 Résultat à compter de juin 2019	
Sécurité	Utilisation de contentions physiques lors de situations aiguës	N/D	N/D	Modification requise au rapport d'incident par SNB pour capter la donnée (disponible en mai 2019)
	Utilisation de contentions mécaniques lors de situations aiguës	42 %	23 %	Réduction à 30 %
	Utilisation de contentions chimiques lors de situations aiguës	N/D	N/D	Modification requise au rapport d'incident par SNB pour capter la donnée (disponible en mai 2019)
	Utilisation des salles d'isolement lors de situations aiguës	84 %	82 %	Réduction à 30 %
	Nombre d'incidents préjudiciables avec conséquences graves	0	1	0 Note : s'il survient un incident grave avec conséquences, une analyse des causes profondes sera effectuée avec un plan de suivi.
	Nombre d'unités qui pratiquent le caucus de sécurité	0	1	L'ensemble des unités du CHR (5)
	Nombre de formateurs certifiés en Oméga.	2	2	4 formateurs

Ressources humaines	Pourcentage d'heures de congés de maladie payées	Q3 18-19 = 7,98%	Q4 18-19 = 5,65%	Amélioration de 10%
	Taux de satisfaction des employés – Sondage Pulse	2018 = 24.4 %	Nov. 2019 =	Augmentation du taux global de satisfaction de 5% par rapport au dernier sondage
	Période moyenne pour pourvoir les postes permanents	N/D	N/D	À définir

Légende du nom des unités de soins

(F-1) Psychiatrie légale – Évaluation

(D-1) Psychiatrie légale -Stabilisation

(D-2) Psychiatrie légale – Réhabilitation

(C-1) Soins psychiatriques tertiaires – Réadaptation continue

(B-2) Soins psychiatriques tertiaires – Réinsertion communautaire

Tableau de bord du Centre Hospitalier Restigouche

Période rapportée : Résultats pour le mois de mars 2019

La base pour les indicateurs mensuels est le mois de décembre 2018

● Annuel ou autre ● Trimestriel ● Mensuel

	Indicateurs / mesures de résultats	Base	Résultat	Cible au 1 ^{er} janvier 2020
Qualité des soins	Taux de satisfaction global des patients	Mars 2019 = 66 %	Avril 2017 = 73 % Mars 2018 = 57 % Nov. 2019 =	Augmentation du taux global de 5% par rapport au dernier sondage
	Pourcentage de plans de soins signés par le patient ou son représentant et l'équipe interdisciplinaire par unité	D-1 = 0 %	0 %	100 %
		D-2 = 0 %	0 %	100 %
		C-1 = 0 %	0 %	100 %
		B-2 = 0 %	0 %	100 %
	Durée moyenne de séjour par unité	F-1 = 20 jours	18 jours	17 jours
D-1 = 1930 jours		1059 jours	90 jours	
D-2 = 3785 jours		3857 jours	365 jours	
C-1 = 6210 jours		6519 jours	Longue durée	
B-2 = 1978 jours		1324 jours	545 jours	
Pourcentage de jours ANS	N/D	N/D	À définir d'ici mai 2019 Résultat à compter de juin 2019	
Sécurité	Utilisation de contentions physiques lors de situations aiguës	N/D	N/D	Modification requise au rapport d'incident par SNB pour capter la donnée (disponible en mai 2019)
	Utilisation de contentions mécaniques lors de situations aiguës	42 %	55 %	Réduction à 30 %
	Utilisation de contentions chimiques lors de situations aiguës	N/D	N/D	Modification requise au rapport d'incident par SNB pour capter la donnée (disponible en mai 2019)
	Utilisation des salles d'isolement lors de situations aiguës	84 %	96 %	Réduction à 30 %
	Nombre d'incidents préjudiciables avec conséquences graves	0	0	0 Note : s'il survient un incident grave avec conséquences, une analyse des causes profondes sera effectuée avec un plan de suivi.
	Nombre d'unités qui pratiquent le caucus de sécurité	0	1	L'ensemble des unités du CHR (5)
	Nombre de formateurs certifiés en Oméga.	2	2	4 formateurs

Ressources humaines	Pourcentage d'heures de congés de maladie payées	Q3 18-19 = 7,98%	Q4 18-19 = 5,65%	Amélioration de 10%
	Taux de satisfaction des employés – Sondage Pulse	2018 = 24.4 %	Nov. 2019 =	Augmentation du taux global de satisfaction de 5% par rapport au dernier sondage
	Période moyenne pour pourvoir les postes permanents	N/D	N/D	À définir

Légende du nom des unités de soins

(F-1) Psychiatrie légale – Évaluation

(D-1) Psychiatrie légale -Stabilisation

(D-2) Psychiatrie légale – Réhabilitation

(C-1) Soins psychiatriques tertiaires – Réadaptation continue

(B-2) Soins psychiatriques tertiaires – Réinsertion communautaire

Tableau de bord du Centre Hospitalier Restigouche

Période rapportée : Résultats pour le mois d'avril 2019

La base pour les indicateurs mensuels est le mois de décembre 2018

● Annuel ou autre ● Trimestriel ● Mensuel

	Indicateurs / mesures de résultats	Base	Résultat	Cible au 1 ^{er} janvier 2020
Qualité des soins	Taux de satisfaction global des patients	Mars 2019 = 66 %	Avril 2017 = 73 % Mars 2018 = 57 % Nov. 2019 =	Augmentation du taux global de 5% par rapport au dernier sondage
	Pourcentage de plans de soins signés par le patient ou son représentant et l'équipe interdisciplinaire par unité	D-1 = 0 %	0 %	100 %
		D-2 = 0 %	0 %	100 %
		C-1 = 0 %	0 %	100 %
		B-2 = 0 %	0 %	100 %
	Durée moyenne de séjour par unité	F-1 = 20 jours	15 jours	17 jours
D-1 = 1930 jours		256 jours	90 jours	
D-2 = 3785 jours		2970 jours	365 jours	
C-1 = 6210 jours		6914 jours	Longue durée	
B-2 = 1978 jours		1809 jours	545 jours	
Pourcentage de jours ANS	N/D	N/D	À définir d'ici mai 2019 Résultat à compter de juin 2019	
Sécurité	Utilisation de contentions physiques lors de situations aiguës	N/D	N/D	Modification requise au rapport d'incident par SNB pour capter la donnée (disponible en mai 2019)
	Utilisation de contentions mécaniques lors de situations aiguës	42 %	33 %	Réduction à 30 %
	Utilisation de contentions chimiques lors de situations aiguës	N/D	N/D	Modification requise au rapport d'incident par SNB pour capter la donnée (disponible en mai 2019)
	Utilisation des salles d'isolement lors de situations aiguës	84 %	91 %	Réduction à 30 %
	Nombre d'incidents préjudiciables avec conséquences graves	0	0	0 Note : s'il survient un incident grave avec conséquences, une analyse des causes profondes sera effectuée avec un plan de suivi.
	Nombre d'unités qui pratiquent le caucus de sécurité	0	2	L'ensemble des unités du CHR (5)
	Nombre de formateurs certifiés en Oméga.	2	2	4 formateurs

Ressources humaines	Pourcentage d'heures de congés de maladie payées	Q3 18-19 = 7,98%	Q4 18-19 = 5,65%	Amélioration de 10%
	Taux de satisfaction des employés – Sondage Pulse	Nov. 2018 = 24.4 %	Nov. 2019 =	Augmentation du taux global de satisfaction de 5% par rapport au dernier sondage
	Période moyenne pour pourvoir les postes permanents	N/D	N/D	À définir

Légende du nom des unités de soins

(F-1) Psychiatrie légale – Évaluation

(D-1) Psychiatrie légale -Stabilisation

(D-2) Psychiatrie légale – Réhabilitation

(C-1) Soins psychiatriques tertiaires – Réadaptation continue

(B-2) Soins psychiatriques tertiaires – Réinsertion communautaire

Document de référence pour les indicateurs

Nom de l'indicateur	Taux de satisfaction global des patients
Base	Mars 2019 = 66%
Cible	Augmentation du taux global de 5% par rapport au dernier sondage
Description	Le taux est calculé à partir du sondage auprès des patients sur leur séjour à l'hôpital administré par le service de qualité et sécurité des patients. Nous utilisons la question 30 (<i>Dans l'ensemble, votre séjour à l'hôpital vous est-il utile ?</i>) Seulement les réponses « Tout à fait » et « En grande partie » sont considérées.
Source	Sondage auprès des patients sur leur séjour à l'hôpital, avril 2017, mars 2018 et mars 2019 et celui à venir fin 2019.
Fréquence	Deux fois par an
Formule	$\frac{\text{Nombre de réponse « Tout à fait » + « En grande partie »}}{\text{Nombre total de réponse}}$
Interprétations	Le résultat est le pourcentage de satisfaction des patients
Limites	C'est une question sur 40. Seulement 3 unités (D-1, C-1, B-2) ont participé au sondage en mars 2019 pour un total de 21 répondants sur une possibilité de 81. Le sondage n'est pas circulé sur l'unité des jeunes et F-1.

Nom de l'indicateur	Pourcentage par unité des plans de soins signés par le patient ou son représentant et l'équipe interdisciplinaire
Base	0% pour toutes les unités
Cible	100% pour toutes les unités
Description	Vérification par audit des plans de soins. Le plan de soins doit être signé par le patient pour être considéré comme complet ainsi que tous les membres de l'équipe interdisciplinaire.
Source	Dossier du patient sur les unités de soins
Fréquence	En continu, 10 plans seront mis à jour par mois jusqu'à ce que tous les plans soient conformes
Formule	$\frac{\text{Nombre de plan de soins conformes par unité}}{\text{Nombre total de plan de soins}}$
Interprétations	Un pourcentage qui indique si le patient et les intervenants sont au courant du plan de soins.
Limites	L'indicateur ne reflète pas le degré de mise en œuvre du plan de soins ni la fréquence de mise à jour.

Nom de l'indicateur	Durée moyenne de séjour par unité (DMS)
Base	D-1 = 1930 jours
	D-2 = 3435 jours
	C-1 = 6210 jours
	B-2 = 1978 jours
Cible	D-1 = 90 jours
	D-2 = 365 jours
	C-1 = Longue durée
	B-2 = 545 jours
Description	Correspond à la durée moyenne de séjour des patients d'une unité. Pour chaque patient, la durée de séjour est calculée à partir de la date d'admission initiale au CHR quel que soit l'unité où cette admission à eu lieu.
Source	Document - planification des congés, Meditech (Alpha census list), Archives
Fréquence	Mensuelle
Formule	$\frac{\text{Date de congé ou le dernier jour du mois} - \text{Date d'admission (pour chaque patient)}}{\text{Le nombre de patient sur l'unité}}$
Interprétations	Ceci indique le nombre de jours moyens passés au CHR par l'ensemble des patients actifs ou qui ont été actifs sur l'unité durant le mois.
Limites	L'information n'est pas présentée par diagnostic donc les données peuvent être surestimées ou non représentatives. Un autre facteur contribuant à ceci est le grand nombre de transferts de patients entre les unités à la fin de l'année 2018. Certains patients sont au CHR depuis très longtemps donc l'unité sur laquelle ils se trouvent à la fin du mois contribuent à augmenter la DMS.

Nom de l'indicateur	Durée moyenne de séjour F-1
Base	F-1 = 20
Cible	17 jours
Description	Correspond à la durée moyenne de séjour des patients à l'unité F-1
Source	Document – Liste des patients sur F-1, Archives
Fréquence	Mensuelle
Formule	$\frac{\text{Date de congé ou le dernier jour du mois} - \text{Date d'admission (pour chaque patient)}}{\text{Le nombre de patient sur l'unité F} - 1}$
Interprétations	Ceci indique la durée moyenne de séjour de l'unité F-1 durant le mois.
Limites	Les patients qui reviennent pour bris de conditions (<i>Breach</i>) ou qui sont sous la responsabilité de la commission d'examen (<i>Review Board</i>) ne sont pas inclus dans le calcul. Les ordonnances de détention (<i>Remand Order</i>), qui durent très peu de jours, sont inclus dans le calcul.

Nom de l'indicateur	Pourcentage de jours NSA
Base	À définir
Cible	À définir
Description	Pourcentage de jours-patients qui sont utilisés pour des patients qui occupe un lit dans un établissement, mais qu'il ne nécessite pas le niveau de ressources ou de services dispensés.
Source	Document de planification de congé et des travailleurs sociaux, Archives
Fréquence	Mensuelle
Formule	$\frac{\text{Nombre de jours ANS}}{\text{Nombre de jours patients}}$
Interprétations	À définir
Limites	À définir

Nom de l'indicateur	Utilisation de contentions physiques lors de situations aiguës
Base	N/D
Cible	N/D
Description	La contention physique s'entend des techniques dans lesquelles l'intervenant utilise son propre corps pour restreindre ou gêner les mouvements d'une personne.
Source	Fichier de la gestion des risques
Fréquence	Mensuelle
Formule	$\frac{\text{Nombre de codes blancs avec contention physique}}{\text{Nombre total de code blanc}}$
Interprétations	Propension du personnel à avoir recours à l'utilisation contentions physiques lors de situations aiguës (code blanc).
Limites	Présentement nous devons faire des modifications à notre rapport d'incident afin de capter cette information. Les données pourront être erroné car le personnel ne sera peut-être pas familier avec la nouvelle terminologie malgré la formation prévue.

Nom de l'indicateur	Utilisation de contentions mécaniques lors de situations aiguës
Base	42 %
Cible	30 %
Description	La contention mécanique est un dispositif qui restreint la liberté de mouvement d'une personne en l'empêchant de se lever de son fauteuil ou de son lit ou qui établit des barrières l'empêchant de bouger
Source	Fichier de la gestion des risques
Fréquence	Mensuelle
Formule	$\frac{\text{Nombre de codes blancs avec contention mécanique}}{\text{Nombre total de code blanc}}$
Interprétations	Propension du personnel à avoir recours à l'utilisation contentions mécaniques lors de situations aiguës (code blanc).
Limites	Nous n'avons pas de bonne donnés sur les contentions partielles et aucune donnés sur la durée de la contention

Nom de l'indicateur	Utilisation de contentions chimiques lors de situations aiguës
Base	N/D
Cible	N/D
Description	Tout type de médicaments psychotropes servant non pas à traiter une maladie, mais à inhiber de façon intentionnelle un comportement ou des mouvements particuliers.
Source	Fichier de la gestion des risques
Fréquence	Mensuelle
Formule	$\frac{\text{Nombre de codes blancs avec contention chimique}}{\text{Nombre total de code blanc}}$
Interprétations	Propension du personnel à avoir recours à l'utilisation contentions chimiques lors de situations aiguës (code blanc).
Limites	Présentement nous devons faire des modifications à notre rapport d'incident afin de capter cette information. Les données pourront être erroné car le personnel ne sera peut-être pas familier avec la nouvelle terminologie malgré la formation prévue.

Nom de l'indicateur	Utilisation des salles d'isolement lors de situations aiguës
Base	84 %
Cible	30 %
Description	Moyen de contention environnementale qui est défini comme l'enfermement involontaire d'un patient seul dans une chambre ou un secteur, d'où il ne peut pas sortir.
Source	Fichier de la gestion des risques
Fréquence	Mensuelle
Formule	$\frac{\text{Nombre de codes blancs avec isolation} + \text{Nombre de codes blancs avec contention mécanique}}{\text{Nombre total de code blanc}}$
Interprétations	Propension du personnel à avoir recours à l'utilisation la salle d'isolement lors de situations aiguës (code blanc).
Limites	Nous devons inclure les contentions mécaniques car celles-ci ne peuvent être appliquées à l'extérieur de la salle d'isolement. Le résultat sera toujours égal ou supérieur à celui de la contention mécanique.

Nom de l'indicateur	Nombre d'incidents préjudiciables avec conséquences graves
Base	0
Cible	0
Description	Incident lié à la sécurité des patients ayant atteint le patient et lui ayant causé un préjudice. Selon la taxonomie sur les incidents utilisée, il y a 2 types de gravités qui constitue un incident préjudiciable grave dont Grave et Décès. Grave : Le patient est symptomatique et a besoin d'une intervention visant à lui sauver la vie ou d'une intervention chirurgicale ou médicale majeure (RCR); son espérance de vie est réduite, ou il y a perte fonctionnelle ou préjudice majeur permanent ou à long terme. Décès : Selon toute probabilité, l'accident/incident a causé le décès du patient ou a hâté son décès à court terme.
Source	Fichier de la gestion des risques
Fréquence	Mensuelle
Formule	S/O
Interprétations	Selon les critères d'évaluation d'un incident préjudiciable grave.
Limites	N'inclut pas les incidents évités de justesse.

Nom de l'indicateur	Nombre d'unité qui pratique le caucus de sécurité
Base	0
Cible	Ensemble du CHR (5)
Description	Les caucus de sécurité sont de courtes rencontres structurées tenues quotidiennement. Elles sont axées sur le partage d'information des enjeux de sécurité touchant les patients et les employés. Elles servent à planifier la journée.
Source	Conseillère en qualité et sécurité
Fréquence	Mensuelle
Formule	S/O
Interprétations	Le nombre d'unité qui pratique le caucus de sécurité.
Limites	N'indique pas la fréquence, la durée ou le nombre de participants au caucus.

Nom de l'indicateur	Nombre de formateurs certifiés en Oméga
Base	2
Cible	4
Description	Personnes certifiées pour faire de l'enseignement Oméga.
Source	Administration du CHR
Fréquence	Au besoin
Formule	S/O
Interprétations	Le nombre de personnes dans la Zone 5 qui sont certifiées pour offrir une formation Oméga au personnel du CHR.
Limites	N'indique pas le nombre de formation et le nombre de personnes formées par les instructeurs Oméga.

Nom de l'indicateur	Pourcentage d'heures de congés de maladie payées
Base	7,98%
Cible	Une amélioration de 10%
Description	Le nombre d'heures de congés de maladie payées par rapport au total des heures payées.
Source	Service des finances
Fréquence	Trimestrielle
Formule	$\frac{\text{Total des heures de congés de maladie payées des unités de soins}}{\text{Total des heures payées des unités de soins}}$
Interprétations	Reflète la présence au travail des employés ainsi que leur état de santé et mieux-être.
Limites	Inclus seulement le personnel dont le salaire est imputé directement aux unités de soins (exclus les médecins et services professionnels).

Nom de l'indicateur	Taux de satisfaction des employés – sondage Pulse
Base	24,4%
Cible	Augmentation de 5% par rapport au dernier sondage
Description	Le taux est calculé à partir de la question 29 du sondage Pulse « <i>En général, quel est votre niveau de satisfaction face au travail?</i> » Seulement les réponses « Excellent » et « Très bon » sont considérées.
Source	Sondage Pulse
Fréquence	Au besoin
Formule	$\frac{\text{Nombre de réponse « Excellent » + « Très bon »}}{\text{Nombre total de réponses}}$
Interprétations	Le résultat reflète la satisfaction générale des employés.
Limites	Seulement une question sur 30. Il y a eu 119 répondants au sondage de novembre 2018. Le corps médical n'est pas inclus.

Nom de l'indicateur	Période moyenne pour pourvoir les postes permanents
Base	N/D
Cible	N/D
Description	La durée moyenne entre l'affichage d'un nouveau poste ou le départ de la personne et la première journée de travail du nouvel employé
Source	À déterminer (compilation manuelle ou rapport RH)
Fréquence	Trimestrielle
Formule	$\frac{\text{Date de début – date de départ ou nouvel affichage}}{\text{Nombre total de postes pourvus}}$
Interprétations	La capacité à pourvoir les postes vacants ou nouveaux postes dans la période.
Limites	Ne donne pas d'information sur les postes non comblés. S'il n'y a pas eu de poste comblé durant la période ou très peu de poste l'indicateur sera soit très grand ou 0.

Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2019)
 Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
 Comité des finances et de vérification
 Date : le 4 juin 2019

Décision recherchée

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

Contexte / Problématique

- Une révision complète des indicateurs des tableaux de bord du Réseau a été effectuée.
- Les prochains tableaux de bord présentés (2019-2020) vont intégrer cette révision (indicateurs, cibles, périodes).
- Un nouveau format pour les tableaux de bord du Réseau est proposé.
- Plusieurs initiatives du tableau de bord stratégique sont complétées.

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"> - Nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus - % de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE et Dumont seulement) - Taux pour les accidents de travail - Coût par habitant pour les soins de santé - Variance entre le budget et les dépenses actuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial) - Taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants - % de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques - % de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé en santé mentale - Chirurgies en attente de plus de 12 mois - % Chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) - % Chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines) - Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté - Moyenne de jours de maladie payés par employé - Coût par jour repas

Tableau de bord	Indicateurs avec performance atteignant ou au-delà de la cible	Indicateurs avec performance inférieure à la cible
Opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - % de lits occupés par des cas de SLD - Taux de césariennes à faible risque - Taux d'infections au C. diff. SARM et ERV - Taux de roulement - Heures travaillées PPU/jours-patients - % des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales - % des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales - Variance en fournitures médicales 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de chute - Taux d'erreurs de médicaments - Taux de conformité à l'hygiène des mains - Ratio normalisé de mortalité hospitalière - Taux de réadmissions dans les 30 jours - Taux de conformité dans les appréciations de rendement - Taux global de conformité aux modules e-apprentissage - Nombre de nouveaux griefs - % d'heures de maladie, - % d'heures de surtemps - % de visites 4 et 5 à l'urgence - Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail
<p>L'annexe présente une liste de projets et d'initiatives en cours pour les indicateurs présentant une performance inférieure à la cible.</p>		
Suivi à la décision		
Aucun suivi à la décision.		
Proposition et résolution		
Aucune proposition à suggérer.		
Soumis le 21 mai 2019 par l'équipe de la planification et de l'amélioration de la performance		

ANNEXE

Indicateurs avec performance inférieure à la cible	Projets ou initiatives
Plan stratégique	
Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	<ul style="list-style-type: none"> - Le développement d'une stratégie et l'implantation afin de réduire le taux d'hospitalisation dû aux MPOC. -Les pratiques standardisées de traitement en continu des maladies chroniques MPOC, diabète et insuffisance cardiaque seront appliquées sur tout le territoire. -10 patients partenaires seront formés et intégrés dans les plans de soins des patients réceptifs souffrant de maladies chroniques. - Un guichet unique pour les patients ayant plus d'une maladie chronique sera mis en place.
Taux d'hospitalisation pour démence par 100 000 de population	<ul style="list-style-type: none"> - Le gérontopsychiatre et l'infirmier planifient un plan d'intervention non pharmacologique en communication avec les médecins et les intervenants du milieu de vie.
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	<ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital virtuel est mis en place au CHUDGLD et à l'HRE. - La cogestion de la durée de séjour sera mise en place (ceci dans le but de rendre imputable chaque l'infirmière-gestionnaire et chaque chef de département médical pour l'utilisation des lits de son unité de soins).
% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Un plan d'intervention intégré et coordonné est préparé entre les services de la santé mentale communautaire, traitement des dépendances et unité psychiatrique pour chaque patient qui est un utilisateur fréquent. - Un programme de réadaptation en santé mentale pour la clientèle du CHR.
Chirurgies en attente de plus de 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> - 3 projets d'alternatives seront explorés en chirurgie (court séjour 4A, ERAS, suivi post-op)
% chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)	<ul style="list-style-type: none"> - La liste d'attente en chirurgie orthopédique a été réduite.
% chirurgie d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	<ul style="list-style-type: none"> - La liste d'attente en chirurgie orthopédique a été réduite.
Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	<ul style="list-style-type: none"> - Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.
Moyenne de jours de maladie payés par employé	<ul style="list-style-type: none"> -Poursuivre le développement de la stratégie du mieux-être (notamment : stress, charge de travail)

Coût par jour repas	-Le Plan de travail du Comité régional pour les environnements alimentaires sains et les plans d'amélioration de l'offre alimentaire seront mis en œuvre dans toute son entité.
Plan opérationnel	
Taux de chute	- Mesurer l'impact de la mobilisation sur la durée de séjour du patient sera mesurer et assurer le maintien ou l'amélioration de la mobilité du patient pour ainsi réduire la durée d'hospitalisation des patients.
Taux d'erreurs de médicaments	-Poursuivre implantation du bilan comparatif des médicaments.
Taux global de conformité aux modules e-apprentissage	-L'accessibilité à des programmes de formation interne en lien avec les besoins sera augmentée de 10 %.
Nombre de nouveaux griefs	-Poursuivre le développement de la stratégie du mieux-être (notamment : stress, charge de travail).
% d'heures de maladie	-Poursuivre le développement de la stratégie du mieux-être (notamment : stress, charge de travail).
% d'heures de surtemps	-Poursuivre le développement de la stratégie du mieux-être (notamment : stress, charge de travail).
% de visites 4 et 5 à l'urgence	- Les grands utilisateurs seront encadrés afin d'améliorer leurs soins tout en réduisant leur utilisation des services d'urgence et hospitaliers.
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	- Un plan d'action pour la transformation du laboratoire est en cours.

Tableau de bord Tableau de bord stratégique

Qualité / Satisfaction de la clientèle						
		Mars 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Mars 2019	TAD 2018-2019
TB provincial	Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	184	585	393	185 Q3 2018-19	549 Q1-Q3 2018-19
TB provincial	Taux d'hospitalisation pour démence par 100 00 de population	24	24	13	21 Q1 2018-19	21 Q1 2018-19
TB provincial	CSM-% de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	44.8%	58.8%	-	30.8% Q4 2018-19	62.0% Q1-Q4 2018-19
TB provincial	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	10.9%	10.0%	-	13.3% Q3 2018-19	11.4% Q1-Q3 2018-19
TB provincial	Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)	21.5%	20.8%	-	20.8% Q3 2018-19	19.8% Q1-Q3 2018-19
TB provincial	% de décès de soins palliatifs survenant à la maison	9.0%	9.0%	-	7.6% Q1 2018-19	7.6% Q1-Q4 2017-18
2.a.b	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	6.4%	6.4%	6.2%	6.5% Q3 2018-19	6.3% Q1-Q3 2018-19
2.a.e	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	6.0%	4.9%	0.0%	3.4% Q3 2018-19	5.3% Q1-Q3 2018-19
2.a.e	% réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale	12.1%	11.2%	6.0%	9.2% Q2 2018-19	8.9% Q1-Q2 2018-19
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	Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants	267	267	-	266 Q1 2018-19	266 Q1 2018-19
3.b.a	Chirurgies en attente plus de 12 mois	78	157	0	87 mars-19	83 avril-mars 19
3.b.a	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	79.5%	63.2%	75.0%	79.4% mars-19	65.5% avril-mars19
3.b.a	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	60.5%	62.3%	85.0%	70.3% mars-19	68.7% avril-mars19
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						
		Mars 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Mars 2019	TAD 2018-2019
1.a.a	% d'avancement de la campagne de promotion de la santé sur l'obésité	-	N/D	1	1 2018-19	1 2018-19
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						
		Mars 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Mars 2019	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	8.55	8.42	12.00	8.49 Q3 2018-19	8.61 Q1-Q3 2018-19
	Pourcentage d'initiatives du Plan d'équité complétées	63.2%	63.2%	100.0%	66.7% Q3 2018-19	66.7% Q1-Q3 2018-19
	Nombre de nouveaux projets de recherche approuvés	0	28	-	1 mars - 19	28
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 et Dumont seulement)	-13%	-27%	-20%	-39% oct. 18	-39% oct. 18
3.a.a	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	274	2,754	4,047	335 mars-19	3,649 avril-mars19
3.a.b	# de visites dans les cliniques itinérantes	626	6,781	7,077	489 janv.-19	6,446 avril-janv.-19
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 Q2 2018-19	2 Q1-Q2 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	0 Q2 2018-19	4 Q1-Q2 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						
		Mars 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Mars 2019	TAD 2018-2019
TB provincial	Moyenne de jours de maladie payés par employé	11.99	11.56	11.45	12.79 Q3 2018-19	12.15 Q1-Q3 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% mars -19	1.5% avril -mars 19
6.b.b	% d'avancement de la stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel	-	-	1	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	75%	83% Q3 2018-19	83% Q1-Q3 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%	100% 2018-19	100% 2018-19
6.b.c	# d'accident avec perte de temps x 200 000/# heures totales travaillées	3.77	3.95	5.40	3.94 Q3 2018-19	3.95 Q3 2018-19

Finances						
		Mars 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Mars 2019	TAD 2018-2019
	Coût par habitant pour les soins de santé	\$2,871	\$2,878	\$2,853	\$2,826 fév. 2019	\$2,851 avr-fév. 2019
	Coût par jour patient / unités soins infirmiers	\$389	\$366	\$349	\$371 Q4 2018-19	\$359 Q1-Q4 2018-19
	Variance entre le budget et les dépenses actuelles	\$ (167,266)	\$7,313,647	\$0	\$678,532 fév.18	\$123,042
	Coût par jours repas	\$46.13	\$37.74	\$35.19	\$38.82 fév. 2019	\$37.18
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	\$6.29	\$4.83	\$4.79	\$4.44 fév. 2019	\$4.81 avr-fév. 2019
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 patients 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 précédent 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					
	Mars 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Mars 2019	TAD 2018-2019
Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (Moyenne en minutes)	65	66	30	73 nov.-18	76 avril-nov. 18
% de lits occupés par des cas de SLD	24.2%	24.6%	21.8%	26.1% mars-19	20.9% avril-mars 19
Taux de césariennes à faible risques	12.8%	13.0%	15.2%	13.8% Q3 2018-19	11.7% Q1-Q3 2018-19
Taux de chutes	0.00	0.00	4.50	4.86 mars-19	5.86
Taux de chutes avec blessures graves	0.000	0.033	0.000	0.000 mars-19	0.053
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	0.029	0.018	0.000	0.000 mars-19	0.064
Taux d'erreurs de médicaments	3.41	3.39	3.05	3.46 mars-19	4.24
Taux de conformité à l'hygiène des mains	86.7%	83.0%	90.0%	82.1% mars -19	81.4%
Taux d'infection Clostridium difficile	1.81	1.98	2.50	1.24 mars-19	2.01
Taux d'infection et de colonisation au SARM	0.00	0.16	2.00	0.00 mars-19	0.24
Taux d'infection et de colonisation ERV	0.00	0.00	2.00	0.00 mars-19	0.11
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	100	96	89	98 Q2 2018-19	104 Q1-Q2 2018-19
Taux de réadmission dans les 30 jours	8.7	8.9	8.6	9.0 Q2 2018-19	9.0 Q1-Q2 2018-19
Ressources humaines					
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	81.3%	75.8%	65.0%	68.8% fév -19	50.6% avril-fév 19
Taux global conformité aux modules e-apprentissage (Formations obligatoires pour tous les employés)	43.6%	43.6%	100.0%	34.2% mars-19	34.2% avril-mars19
Nombre de nouveaux griefs	8	72	80	1 mars 19	113
# de départ PT et TP/# moyen d'employés PT et TP	2.2%	2.2%	4.5%	3.6% Q2 2018-2019	2.8% Q2 2018-2019
% d'heures de maladie	5.78%	6.14%	5.40%	6.55% mars -19	6.31% avril -mars 19
% de vaccination - grippe saisonnière	0.1%	25.1%	30.1%	2.0% janv -19	27.1% oct. -janv 19
% d'heures de surtemps	3.95%	2.88%	2.10%	4.77% mars -19	3.03% avril -mars 19

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					
	Mars 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Mars 2019	TAD 2018-2019
Durée moyenne de séjour(DMS= durée moyenne de séjour)	10.7	10.5	10.2	11.0 Q3 2018-19	10.46 Q1-Q3 2018-19
Jours-Patients	32,890	374,928	367,429	32,001 mar.19	374,078
% de visite 4 et 5	60.4%	60.9%	55.2%	60.0% Q4 2018-19	61.2% Q1 2017-18
Nombre de visites à l'urgence	19,946	233,369		19,214 mar.19	224,275
Nombre de procédures aux laboratoires	766,885	8,757,475		801,861 mar.19	8,913,475
Nombre d'exams en imagerie médicale	35,404	419,870		36,013 mar.19	425,436
Nombre de cas au bloc opératoire	1,787	20,828		1,720 mar.19	20,312
Nombre de visites en hémodialyse	5,246	61,622		5,250 mar.19	62,601
Nombre de visites en oncologie	3,494	41,318		3,703 mar.19	46,181
Heures travaillées PPU/jours-patients	6.15	6.25	6.09	6.10 mars-19	6.05 avril-mars 19
Nombre de requêtes médiatiques	40	347	-	43 janv.-19	329 avril-janv.19
Finances					
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	2.33%	2.30%	2.83%	2.55% fév. 2019	2.45%
% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	18.99%	15.69%	16.3%	18.8% fév. 2019	16.6%
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	54.25%	53.66%	55.53%	53.55% fév. 2019	55.45%
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	\$1.21	\$1.22	\$1.11	\$1.25 Q4 2018-19	\$1.19
Variance en salaires et bénéfices	\$1,958,006	\$25,612,714	\$0	\$ (173,356) fév.18	\$4,580,835
Variance en dépenses médicaments	\$64,823	\$3,286,795	\$0	\$6,058 fév.18	\$45,593
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	\$ (179,746)	\$2,360,991	\$0	\$581,251 fév.18	\$ (2,005,480)
Coût en énergie par pied carré	\$5.70	\$5.05	\$5.29	\$6.34 fév. 2019	\$5.51 avr-fév. 2019

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'examens en imagerie médicale	Nombre total d'examens 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
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?
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?
Taux global conformité aux modules e-apprentissage (Formations obligatoires pour tous les employés)	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?
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?
# 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?
% 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?
Taux de vaccination des employés	Nombre d'employés vaccinés divisé sur le total d'employés actifs	Que faire pour améliorer le taux de vaccination?
% 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?

Indicateurs	Définition	Discussion
% 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?
% 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?
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?
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?
Variance en dépenses médicaments	Total des dépenses pour les médicaments comparativement au budget	D'où proviennent les variations et quelles en sont les raisons?
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?
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?

Note d'information

Nouveau format - Tableau de bord équilibré
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Comité des finances et de vérification
Date : le 4 juin 2019

Objet : Nouveau format - Tableau de bord équilibré

Décision recherchée

Approuver le nouveau modèle de tableau de bord équilibré et valider la révision des indicateurs qui y sont.

Contexte/Problématique

- En complémentarité avec le schéma stratégique du Réseau adopté pour la prochaine année (annexe A), la direction de la Planification et Amélioration de la performance a procédé à une révision des tableaux de bord du Réseau afin de simplifier leur suivi et leur compréhension.
- Un nouveau tableau de bord intitulé « tableau de bord équilibré » (annexe B) a été élaboré de façon à combiner les indicateurs des anciens tableaux de bord stratégiques et opérationnels à un seul endroit. Un modèle de fiche explicative est également suggéré (annexe C).
- Des révisions ont également été apportées au contenu pour donner suite aux commentaires et suggestions apportés lors de la retraite du Comité stratégique des opérations en octobre dernier. Des indicateurs pertinents aux objectifs actuels ont été ajoutés et certains ont été enlevés.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le tableau de bord équilibré est un outil de planification et de gestion stratégique qui permet au Réseau de surveiller la mise en œuvre de son Plan stratégique et d'évaluer les impacts de ses actions quotidiennes.
- Cet outil est utilisé à l'échelle internationale dans les entreprises et les organisations industrielles, gouvernementale et à but non lucratif.
- Les suivis des indicateurs qui y apparaissent permettront au Réseau de rendre compte à la communauté et aux partenaires des progrès quant à l'atteinte des objectifs établis.

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

- Utilisation du modèle à partir du premier quart 2019-2020.

Proposition et résolution

Soumis le 24 mai 2019 par l'équipe de la Planification et Amélioration de la performance

Schéma stratégique

2019-2020

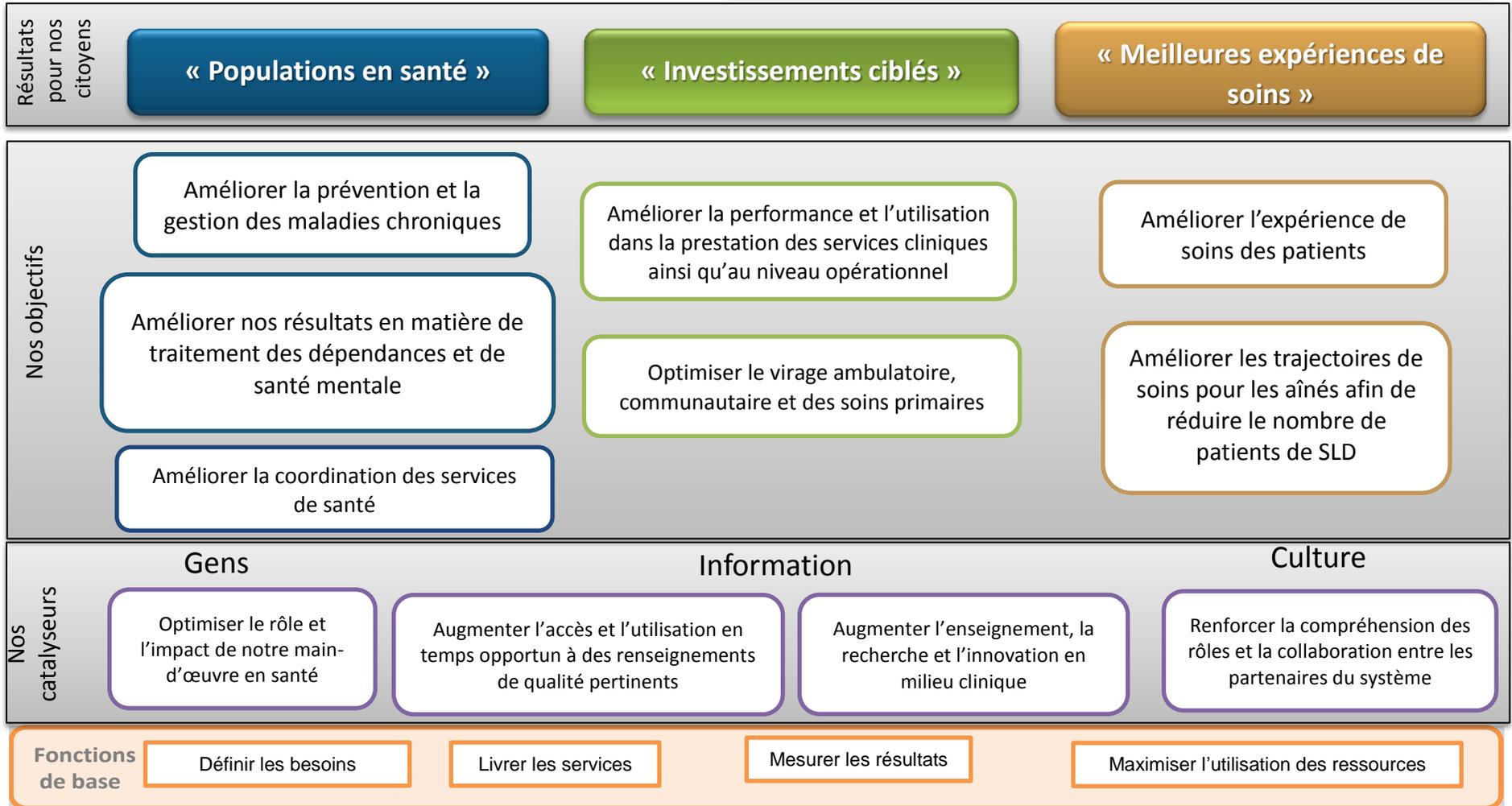


VISION du GNB 2018 :

Remettre le Nouveau-Brunswick en marche

OBJECTIFS SMART À ATTEINDRE :

- Croissance de l'emploi
- Disponibilité de la main-d'œuvre
- Accès aux services et qualité de ceux-ci
- Renforcement des partenariats
- Budget équilibré d'ici à 2020-2021



Vision commune de la santé : Un Nouveau-Brunswick en santé

Les valeurs du Réseau : Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Tableau de bord équilibré

Mission: *Exceller dans l'amélioration de la santé de la population* Vision: *Une population responsabilisée à l'égard de sa santé*

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

OBJECTIFS STRATÉGIQUES	INDICATEURS/MESURES	RESPONSABLE (S)	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	MESURE DE BASE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE	T1	T2	T3	T4
Population en santé												
Améliorer la gestion et la prévention des maladies chroniques	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population)			T	215	393	549	185				
	CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée			T		-						
Améliorer nos résultats en matière de traitement des dépendances et de santé mentale	Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA) en santé mentale			T								
	Hospitalisations répétées en raison d'un problème de santé mentale			T								
	% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale			T								
	Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitant			T								
	Taux d'occupation des centres de traitement de dépendance			M								
	Durée moyenne de séjour (psychiatrie aigue, tertiaire, pédo-psychiatrie, STD, centre d'excellence) par diagnostique				M							
Améliorer la coordination des services de santé	Taux d'incidence de violence géré sans contact physique			M								
	Taux de réadmission 30 jours*			T								
	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté			M								
Investissements ciblés												
Améliorer la performance et	Coût par habitant pour les soins de santé			M								
	Coût par jour patient / unités soins infirmiers			T								
	Variance entre le budget et les dépenses actuelles			M								
	Coût par jour repas			M								
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré				M							
	% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales				M							

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

OBJECTIFS STRATÉGIQUES	INDICATEURS/MESURES	RESPONSABLE (S)	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	MESURE DE BASE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE	T1	T2	T3	T4
L'utilisation dans la prestation des services cliniques ainsi qu'au niveau opérationnel	% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales			M								
	% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales			M								
	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail			M								
	Variance en salaires et bénéfices			M								
	Variance en dépenses médicaments			M								
	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses			M								
	Coût en énergie par pied carré			M								
Optimiser le virage ambulatoire, communautaire et des soins primaires	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires			T								
	% de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés			S								
	% de départ sans avoir vu le médecin à l'urgence			T								
	Taux de participation au sondage des patients à l'urgence			T								
	Taux de satisfaction des patients à l'urgence			T								
	% de visites 4 et 5			T								
Meilleures expériences de soins												
	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques			T								
	Chirurgie en attente plus de 12 mois			M								
	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)			M								
	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)			M								
	Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus			T								

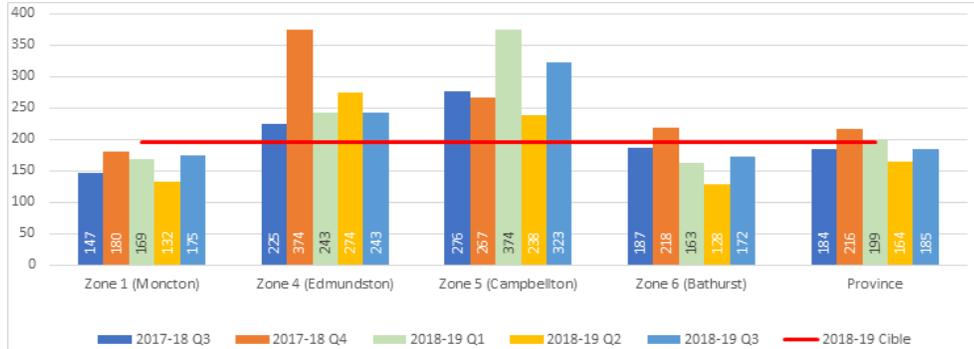
Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

OBJECTIFS STRATÉGIQUES	INDICATEURS/MESURES	RESPONSABLE (S)	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	MESURE DE BASE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE	T1	T2	T3	T4
Améliorer l'expérience de soins des patients	Taux de césarienne à faibles risques			T								
	Taux de chutes*			M								
	Taux de chutes avec blessures graves*			M								
	Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)*			M								
	Taux d'erreurs des médicaments*			M								
	Taux de conformité à l'hygiène des mains			M								
	Taux d'infection Clostridium difficile*			M								
	Taux d'infection et de colonisation au SARM*			M								
	Taux d'infection et de colonisation ERV*			M								
	Ratio normalisé de mortalité hospitalière*			T								
	Durée moyenne de séjour (DMS)			T								
	Jours-Patients			M								
	Nombre de procédures aux laboratoires**			M								
	Nombre d'exams en imagerie médicale**			M								
	Nombre de cas au bloc opératoire**			M								
Nombre de visites en hémodialyse**			M									
Nombre de visites en oncologie**			M									
Améliorer les trajectoires de soins pour les aînés afin de réduire le nombre de patients de SLD	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus			T								
	% de patients NSA avec + de 30 jours dans des lits de soins aigus			T								
	Taux d'hospitalisation pour démence par 100 000 de population			T								
	Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)			T								

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

OBJECTIFS STRATÉGIQUES	INDICATEURS/MESURES	RESPONSABLE (S)	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	MESURE DE BASE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE	T1	T2	T3	T4
	% de lits occupés par des cas de SLD			M								
Catalyseurs (Gens, information et culture)												
Optimiser le rôle et l'impact de notre main-d'œuvre en santé	Moyenne de jours de maladie payés par employé			T								
	% d'avancement du développement de la stratégie du mieux être			T								
	% de poste permanents vacants			M								
	# d'accident avec perte de temps x 200 000/ # heures totales travaillées			T								
	Taux de conformité dans les appréciations de rendement			M								
	Taux global aux modules e-apprentissage			M								
	% de relais non comblés			T								
	Nombre de nouveaux griefs**			M								
	# de départ PT et TP/# moyen d'employé PT et TP			T								
	% d'heures de maladie			M								
	% d'heures de surtemps			M								
Heures travaillées PPU/jours-patients			M									
Augmenter l'accès et l'utilisation en temps opportun à des renseignements de qualité pertinents												
Augmenter l'enseignement, la recherche et l'innovation en milieu clinique	Nombre de clinique apprenante en place			T								
Renforcer la compréhension des rôles et la collaboration entre les partenaires du système												

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX D'HOSPITALISATION - MPOC, INS. CARDIAQUE ET DIABÈTE - POPULATION DE 20 ANS ET PLUS																																					
RÉSULTAT POUR NOS CITOYENS	Population en santé																																				
OBJECTIF STRATÉGIQUE	Améliorer la gestion et la prévention des maladies chroniques																																				
VP RESPONSABLE	Johanne Roy																																				
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																				
SOURCE	Portail de l'ICIS																																				
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation pour trois maladies spécifiques qui pourraient être traitées de manière plus appropriée et rentable dans un établissement de soins ambulatoires ou continuels. Les réductions des entrées pour ces trois conditions indiqueront l'efficacité des interventions axées sur la communauté et aideront à utiliser les ressources hospitalières pour des maladies aiguës moins évitables. Les conditions chroniques sont la MPOC, l'insuffisance cardiaque et le diabète.																																				
ANALYSE DE L'INDICATEUR	 <table border="1"> <caption>Données du graphique : Taux d'hospitalisation par zone et trimestre</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2017-18 Q3</th> <th>2017-18 Q4</th> <th>2018-19 Q1</th> <th>2018-19 Q2</th> <th>2018-19 Q3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1 (Moncton)</td> <td>147</td> <td>180</td> <td>169</td> <td>132</td> <td>175</td> </tr> <tr> <td>Zone 4 (Edmundston)</td> <td>225</td> <td>374</td> <td>243</td> <td>274</td> <td>243</td> </tr> <tr> <td>Zone 5 (Campbellton)</td> <td>276</td> <td>267</td> <td>374</td> <td>238</td> <td>323</td> </tr> <tr> <td>Zone 6 (Bathurst)</td> <td>187</td> <td>218</td> <td>163</td> <td>128</td> <td>172</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>184</td> <td>216</td> <td>199</td> <td>164</td> <td>185</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	2017-18 Q3	2017-18 Q4	2018-19 Q1	2018-19 Q2	2018-19 Q3	Zone 1 (Moncton)	147	180	169	132	175	Zone 4 (Edmundston)	225	374	243	274	243	Zone 5 (Campbellton)	276	267	374	238	323	Zone 6 (Bathurst)	187	218	163	128	172	Province	184	216	199	164	185
Zone	2017-18 Q3	2017-18 Q4	2018-19 Q1	2018-19 Q2	2018-19 Q3																																
Zone 1 (Moncton)	147	180	169	132	175																																
Zone 4 (Edmundston)	225	374	243	274	243																																
Zone 5 (Campbellton)	276	267	374	238	323																																
Zone 6 (Bathurst)	187	218	163	128	172																																
Province	184	216	199	164	185																																
INITIATIVES	1) Le développement d'une stratégie et l'implantation afin de réduire le taux d'hospitalisation dû aux MPOC.	✓																																			
	2) Les pratiques standardisées de traitement en continu des maladies chroniques MPOC, diabète et insuffisance cardiaque seront	✓																																			
	3) 10 patients partenaires seront formés et intégrés dans les plans de soins des patients réceptifs souffrant de maladies chroniques.	✓																																			
	4) Le guichet unique pour les patients ayant plus d'une maladie chronique sera mis en place.	✓																																			

légende

- ✓ Conforme à l'objectif de rendement
- En attente d'une décision
- ✗ Inférieur au rendement de référence
- ☑ Respecte/dépasse le niveau étendu
- ◆ Sans objet