

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 23 janvier 2018 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : salle de l'Auberge, local 12	(Gilles, Claire, Nicole) (Gisèle, Anne, Lucie) (Michelyne, Janie, Dre LeBlanc)
Présidente :	Norma McGraw	Tracadie : salle à manger	(Norma)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Campbellton : salle de démonstration	(Diane)
Participants			
Norma McGraw Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu Diane Mignault	Michelyne Paulin Janie Levesque Dre Nicole LeBlanc	Claire Savoie Anne Soucie Nicole Frigault	
ORDRE DU JOUR			Documents
1. Ouverture de la réunion			
2. Déclaration de conflits d'intérêts			
3. Adoption de l'ordre du jour		D	✓
4. Adoption du procès-verbal du 21 novembre 2017		D	✓
5. Suivis de la dernière réunion du 21 novembre 2017			
5.1 État d'avancement des recommandations des Comités de revue		I	✓
6. Affaires nouvelles			
6.1 Mise à jour – Agrément		I	✓
6.2 Visite d'agrément IQMH-2017 des laboratoires du Réseau de santé Vitalité		I	✓
6.3 Stratégie - Soins centrés sur le patient et la famille		I	✓
7. Affaires permanentes			
7.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (novembre 2017) Présentation : Indicateurs chirurgicaux – Invitée : Sharon Smyth-Okana		I	✓
8. Date de la prochaine réunion : 27 mars 2018 à 08:30			
9. 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 21 novembre 2017 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : salle de l'Auberge Tracadie : salle du conseil Téléconférence : Jabber :	(Gilles, Claire, Nicole) (Gisèle, Lucie) (Janie) (Norma) (Anne) (Dre LeBlanc)
Présidente : Secrétaire :	Norma McGraw Lucie Francoeur		
Participants			
Norma McGraw ✓	Anne Soucie ✓	Claire Savoie ✓	
Gilles Lanteigne ✓	Janie Levesque ✓	Nicole Frigault ✓	
Gisèle Beaulieu ✓	Dre Nicole LeBlanc ✓	Michelyne Paulin A	
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

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

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017-11-21 / 01SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Claire Savoie

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

Adopté à l'unanimité.

4. Adoption du procès-verbal du 26 septembre 2017**MOTION 2017-11-21 / 02SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Janie Levesque

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 26 septembre 2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

5. Suivis de la dernière réunion du 26 septembre 2017

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

6. Affaires nouvelles**6.1 Nominations – Membres cliniques réguliers au Comité d'éthique de la recherche**

Le 28 septembre dernier, Karelle Guignard, Anne Pelletier et Marie-Andrée J. Mallet ont été nommées membres cliniques réguliers au Comité d'éthique de la recherche pour un mandat initial d'une durée de 3 ans.

MOTION 2017-11-21 / 03SCGQS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que Karelle Guignard, Anne Pelletier et Marie-Andrée J. Mallet siègent au Comité d'éthique de la recherche à titre de membre clinique régulier pour un mandat initial d'une durée de 3 ans.

Adopté

7. Rapports

7.1 Expérience des patients hospitalisés Q2

En mars dernier, l'équipe qualité a standardisé le questionnaire d'expérience des patients hospitalisés en collaboration avec le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB), afin d'avoir recours à des résultats comparatifs, et ce, à l'échelle nationale.

Le taux régional de participation au sondage était 17 %, comparativement à 19 % pour le premier quart. Seule la zone 4 a rencontré la cible visée de 20 %. Les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec : la participation aux décisions concernant les soins, la gestion de la douleur, le respect des valeurs culturelles, la tranquillité, la nourriture, l'hygiène des mains et l'information sur les médicaments au congé. Les questions avec le plus haut taux de satisfaction (> 85 %) sont en lien avec : la courtoisie, la préoccupation pour la sécurité, la vérification de l'identité, la langue de service et l'expérience globale.

Un membre demande si l'intervalle de temps entre chaque repas est un aspect questionné dans le sondage. Cet élément sera tenu compte lors du prochain sondage ponctuel sur les repas dans chaque zone.

En ce qui concerne les valeurs culturelles, cette question est une nouvelle question et on semble avoir de la difficulté à comprendre le sens. Nous travaillerons avec l'équipe des bénévoles qui distribuent les sondages, afin d'obtenir plus d'information sur la compréhension ou non des patients. Aussi, il est suggéré de discuter avec le Conseil de la Santé sur l'interprétation qu'il en fait.

Pour ce qui est de l'hygiène des mains, l'équipe de la qualité s'assure que les audits sur l'hygiène des mains soient effectués et les résultats communiqués auprès du personnel.

Un membre soulève qu'il arrive à l'occasion de recevoir des plaintes provenant de gens de la communauté. Gisèle Beaulieu commente que nous avons déjà en place un processus clair et précis sur la gestion des plaintes. Les gens peuvent porter plainte ou faire part de leur préoccupation sur le site Web du Réseau de santé Vitalité sous la section de la « qualité et sécurité ». Aussi, ils peuvent communiquer directement avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients ou la secrétaire au Siège social. Les personnes plaignantes sont appelées pour un suivi dans la même journée. Nous sommes conscients qu'il y a encore du travail à faire pour accentuer les communications à l'interne et à l'externe.

Nous avons également un pamphlet expliquant les étapes à suivre lors d'une plainte/préoccupation qui pourra être remis aux membres du Conseil d'administration à titre d'information. Aussi, l'explication du rôle et responsabilité des membres du Conseil d'administration sera discutée lors de la retraite prévue les 4 et 5 décembre 2017. M. Lanteigne mentionne que les membres du Conseil qui sont interpellés pour des plaintes peuvent aussi communiquer avec lui directement. Un suivi est toujours fait dans les meilleurs délais.

Il est suggéré d'ajouter sur le sondage la question suivante : « Est-ce que vous connaissez le processus de gestion des plaintes ? »

7.2 Plaintes Q2

Une légère diminution dans le nombre de plaintes (Q1 et Q2) est notée au niveau régional et dans chaque zone, sauf dans la zone 1B. En moyenne, nous recevons 49 plaintes par mois. En général, le délai de résolution de plaintes est 30 jours ou moins.

Les plaintes au niveau de l'environnement sont en majeure partie liées au stationnement au CHUDGLD. Pour ce qui est des plaintes au niveau des politiques, elles sont liées au non-respect de la politique et procédure sur le port de produits peu parfumés, les heures de visites et les frais de service.

Une augmentation est notée au niveau de plaintes liées à la confidentialité. La majorité de ces plaintes sont en lien avec le partage d'information confidentiel/potentiel bris de confidentialité.

Les pistes d'amélioration suggérées sont :

- de mettre sur pied un groupe de travail régional pour développer une politique et une campagne de

sensibilisation spécifique à un environnement peu parfumé ou sans produit.

- de renforcer la politique sur la tenue vestimentaire, afin de respecter les règles minimales, prévenir et contrôler les infections (les cheveux, les ongles, les bijoux, etc.).
- d'augmenter la communication/sensibilisation en ce qui concerne la politique de la présence de la famille ou du partenaire de soins, faire des présentations au personnel, ainsi que des capsules et questions/réponses pour le public et d'en faire la promotion par le site Web du Réseau.

Gisèle Beaulieu rappelle que le nombre de personnes au chevet du patient est déterminé en collaboration avec le patient, la famille et l'équipe de soins selon l'espace disponible dans la chambre et la condition du patient. Il peut être nécessaire de demander à la famille de quitter le chevet du patient pour maintenir la sécurité, respecter les particularités cliniques ou la volonté du patient.

Un groupe de travail regarde actuellement à des pistes d'amélioration possible en ce qui a trait au stationnement au CHUDGLD, entre autres la possibilité de construire un stationnement étagé. Les discussions se poursuivent avec le ministère de la Santé.

7.3 Incidents Q2

Une légère diminution des incidents rapportés de 7.8 % est notée au Q2 comparativement au Q1. Nous continuons de rehausser le signalement des incidents en réitérant l'importance de le faire par une culture juste et non punitive. Bien qu'il y a beaucoup d'incidents de rapportés, il n'y a pas beaucoup d'incidents majeurs. D'ailleurs, une diminution de 57.1 % des incidents grave est notée depuis le dernier trimestre. Tous les incidents ont fait l'objet d'un suivi et des pistes d'amélioration ont été identifiées et mises en place ou sont en voie de l'être.

7.4 Litiges et réclamations en cours

Le rapport des litiges et réclamations est présenté à titre d'information. Tous les sinistres impliquant des préjudices personnels de même que tous les sinistres impliquant des dommages matériels dont la valeur est supérieure à 6,000 \$ doivent être rapportés et gérés par le gestionnaire du programme de protection de responsabilité civile qui est HIROC pour l'ensemble de la province du N.-B. Il y a actuellement 23 dossiers actifs au Réseau de santé Vitalité. Les dossiers ouverts ne sont pas tous des cas actifs. Ce sont en majorité des signalements qui sont surveillés par HIROC. La majorité des litiges et réclamations sont reliés à des incidents de chutes et à des incidents dans la catégorie traitement/analyse/procédé.

Notre assureur HIROC est toujours avisé peu importe la source et c'est ce dernier qui assigne un avocat. Ensuite, le travail de préparation est entrepris avec la firme légale pour ce qui est de l'envoi de documents, discussions et coordination d'entrevues des personnes impliquées.

**Anne Soucie quitte à 09h50.

7.5 Recommandations des Comités de revue

Les incidents préjudiciables sont analysés par un Comité de revue de sorte à trouver les causes profondes et à mettre en œuvre des mesures correctives pour prévenir le même genre de situation dans l'avenir. Le Comité de revue est composé du personnel impliqué dans l'incident, du gestionnaire et du directeur du service. Il formule toutes les recommandations appropriées et assigne un responsable pour chaque recommandation.

Dans la période de mai à septembre 2017, un total de 23 revues ont été effectuées dans l'ensemble du Réseau (8 incidents préjudiciables, 14 suicides en communauté et 1 incident évité de justesse) et un total de 58 recommandations ont été émises. Un rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations sera présenté à la prochaine réunion.

7.6 Expérience des patients à l'urgence

En mars 2017, un sondage ponctuel « blitz » a été effectué pour l'expérience des patients à l'urgence. Les questions avec le plus haut taux de satisfaction (> 85 %) sont en lien avec : le niveau de confidentialité au triage, le respect de l'intimité et de la dignité, la langue de service et l'expérience globale.

Les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec : la présentation du personnel, l'obtention d'aide, l'information sur les résultats de tests et les médicaments donnés, la gestion de la douleur, la propreté des locaux, l'hygiène des mains, la vérification de l'identité, les décisions concernant les soins, l'information sur les médicaments au congé, les signes à surveiller à la maison et qui contacter au besoin et l'expérience globale.

Plusieurs pistes d'amélioration ont été identifiées, entre autres faire un rappel aux gestionnaires, afin d'assurer la distribution des sondages au prochain « blitz », faire une campagne de sensibilisation sur l'importance de se présenter, effectuer des audits sur l'identification du patient et sur l'hygiène des mains.

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

8. Affaires permanentes

8.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (septembre 2017)

Invité : Rino Lang

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel. Afin de faciliter la compréhension des indicateurs et des résultats, nous présenterons une analyse approfondie des indicateurs liés au plan stratégique. Aujourd'hui, les indicateurs touchant la santé mentale seront discutés plus en détail par M. Rino Lang, mais avant de passer à cette étape, Gisèle Beaulieu cite quelques indicateurs dont la performance est inférieure à la cible :

- le taux d'hospitalisation – MPOC, insuffisance cardiaque et diabète ;
- le taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants ;
- le pourcentage de patients traités dans les 40 jours dans les Centres de santé mentale communautaire priorité modérée ;
- le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires ;
- les chirurgies en attente de plus de 12 mois ;
- le pourcentage de lits occupés par des cas de soins de longue durée ;
- le pourcentage d'heures de maladie ;
- le pourcentage d'heures de surtemps ;
- etc.

Au niveau financier, les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible. Le taux de césariennes à faible risque est inférieur à la cible pour la première fois, depuis qu'il est suivi de façon systématique. Nous poursuivons les efforts pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

Rino Lang, directeur des Services de santé mentale aux adultes et Traitement des dépendances présente par le biais d'une présentation électronique une analyse détaillée des indicateurs stratégiques de la Santé mentale et traitement des dépendances et des initiatives en cours pour améliorer le rendement. Les principaux éléments de la présentation sont :

- les indicateurs ;
- le pourcentage de patients traités dans les 40 jours CSMC – Priorité modérée Q1 2017-2018 ;
- les mesures actuelles prises et les mesures prévues pour améliorer la performance ;
- l'évolution de la population par région ;
- le pourcentage de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale ;
le taux d'occupation des Centres de traitement des dépendances;
 - les mesures prises pour améliorer la performance ;
 - lignes directrices opérationnelles.
 - lignes directrices d'accès et d'admission.
 - adapter l'offre de services aux besoins de la clientèle desservie.
 - amélioration de la performance des processus.
 - continuité de soins entre les trois services (CSM, STD et unité psychiatrique) 65 % patients avec troubles concomitants.
 - optimisation des services de traitement des dépendances (plan d'action sur la santé mentale phase 2, 2018-2021).

Les membres remercient Rino Lang pour cette présentation.

9. Date de la prochaine réunion : 23 janvier 2018

10. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Claire Savoie à 10:35.

Norma McGraw
Présidente du comité

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

Note d'information

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
23 janvier 2018

Rapport sur l'état d'avancement des recommandations des comités de revues (2016-2017)

Décision recherchée

- Le rapport est présenté à titre d'information.

Contexte / Problématique

- Ce rapport présente l'état d'avancement des recommandations qui découlent des comités de revues qui ont été effectués en 2016 et 2017.
- Dans la période de ce rapport, 44 revues (22 incidents préjudiciables et 22 revues de suicide en communauté) ont été effectuées.
- Dans 23 de ces revues, les recommandations ont été implantées à 100% et dans 21 revues il reste encore des recommandations incomplètes. Des 21 revues incomplètes, 10 sont en lien avec des incidents préjudiciables et 11 des revues de suicide.
- Le tableau en annexe démontre les recommandations incomplètes et le vice-président et directeur responsable de l'implantation / du suivi.
- Certaines recommandations progressent bien et seront complétées dans les mois à suivre (ex. échelle d'évaluation du risque de suicide).

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.
- Faisabilité des recommandations et impact sur les ressources

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

- Poursuivre les suivis / l'implantation des recommandations incomplètes.

Proposition et résolution

Aucune.

**État d'Avancement - Recommandations du Comité de revue
En date de décembre 2017**

Zone	Date de l'incident	Date de la revue	Type d'incident	No. total de recommandations	Taux d'avancement	Recommandations non complétées	Commentaires	VP / Directeur
Z1B	24/01/2016	12/04/2016	Fugue	6	67%	1) Implanter l'échelle de détresse à l'unité. 2) Explorer la possibilité de caméras aux portes extérieures qui n'ont pas de caméra.	1) Implantation de l'échelle est inclus dans le plan de travail du comité clinique des services en oncologie. 2) Étude n'a pas été faite encore.	J. Roy / L. Savoie G. Beaulieu
Z1B	08/03/2017	13/07/2017	Traitement	5	60%	1) Indiquer au personnel et au corps médical le besoin de documenter et de communiquer au patient/famille la raison pour laquelle on va administrer au patient un médicament auquel il est intolérant/allergique. 2) Clarifier avec le prescripteur les raisons d'administrer des opiacés aux patients intolérants/allergiques et les situations qui méritent une surveillance étroite.	Suivi à faire avec MD chef. Fera partie du plan de formation sur nouveau module d'allergie.	Dre Leblanc/ Dre Thibault J. Roy
Z1B	14/11/2016	21/07/2017	Suicide	2	50%	1) Avoir accès à une échelle d'évaluation du risque suicidaire, ainsi qu'à la formation en lien avec le processus d'implantation.	Équipe régionale en processus d'implanter échelle d'évaluation du risque de suicide. Formation prévue en février 2018.	J. Duclos Rino Lang
Z1B	13/12/2016	21/07/2017	Suicide	1	0%	1) Avoir accès à une échelle d'évaluation du risque suicidaire, ainsi qu'à la formation en lien avec le processus d'implantation.	Équipe régionale en processus d'implanter échelle d'évaluation du risque de suicide. Formation prévue en février 2018.	J. Duclos Rino Lang
Z1B	06/01/2016	30/08/2017	Suicide	2	50%	1) Avoir accès à une échelle d'évaluation du risque suicidaire, ainsi qu'à la formation en lien avec le processus d'implantation.	Équipe régionale en processus d'implanter échelle d'évaluation du risque de suicide. Formation prévue en février 2018.	J. Duclos Rino Lang
Z1B	12/04/2016	30/08/2017	Suicide	2	50%	1) Avoir accès à une échelle d'évaluation du risque suicidaire, ainsi qu'à la formation en lien avec le processus d'implantation.	Équipe régionale en processus d'implanter échelle d'évaluation du risque de suicide. Formation prévue en février 2018.	J. Duclos Rino Lang
Z4	17/10/2015	13/01/2017	Suicide	1	0%	Évaluer la possibilité d'impliquer les médecins de famille dans le processus de revue de suicide.	Consultation en cours avec Gestion des risques.	G. Beaulieu D. Mignault
Z4	05/06/2016	10/03/2017	Suicide	2	50%	Évaluer la possibilité d'impliquer les médecins de famille dans le processus de revue de suicide.	Consultation en cours avec Gestion des risques.	G. Beaulieu D. Mignault
Z4	28/08/2016	15/03/2017	Suicide	3	67%	Évaluer la possibilité d'impliquer les médecins de famille dans le processus de revue de suicide.	Consultation en cours avec Gestion des risques.	G. Beaulieu D. Mignault
Z4	17/08/2015	08/05/2017	Suicide	2	50%	Évaluer la possibilité d'impliquer les médecins de famille dans le processus de revue de suicide.	Consultation en cours avec Gestion des risques.	G. Beaulieu D. Mignault
Z4	10/08/2016	30/06/2017	Suicide	1	0%	Évaluer la possibilité d'impliquer les médecins de famille dans le processus de revue de suicide.	Consultation en cours avec Gestion des risques.	G. Beaulieu D. Mignault
Z4	08/03/2017	05/09/2017	Suicide	5	80%	Évaluer la possibilité d'impliquer le développement social lors des revues	Consultation en cours avec Gestion des risques. Possibilité avec le nouveau programme de prestations des services intégrés pour les jeunes de 0 à 19 ans.	G. Beaulieu D. Mignault
Z4	27/08/2017	20/09/2017	Médicaments	14	93%	Poursuivre les démarches afin de relocaliser le chariot de médicaments dans un endroit sécuritaire selon les meilleures pratiques.	Évaluation des possibilités de relocalisation des chariots de médicaments en cours.	J. Roy R. Thibodeau
Z5	03/08/2016	Analyse concise	Médicaments	3	67%	1) Assurer que le médecin confirme avec parent/tuteur le poids de l'enfant avant d'écrire la prescription	1) Un suivi doit être fait afin d'assurer que tous les médecins ont été avisés de cette directive.	Dre Leblanc/ Dr Racine
Z5	12/12/2016	01/07/2017	Traitement	1	0%	1) Mettre en utilisation le formulaire révisé de demande de consultation en tomodensitométrie pour les patients internes et externes à l'automne 2017.	1) Le travail est en cours sur le formulaire ébauche. La politique sur la prévention de la néphropathie est dans le plan de travail de l'imagerie médicale pour 2017-2018. Le groupe de CT se penche sur l'uniformisation de la vérification de la créatinine, le calcul de la clairance, etc.	S. Legacy Y. Laurendeau
Z5	09/03/2017	29/09/2017	Chute	5	60%	1) Faire des présentations au personnel infirmier sur l'utilisation des ceintures de sécurité des chaises roulantes 2) Évaluer les chaises roulantes présentement disponibles à l'unité des Anciens combattants et voir à ce qui serait le plus sécuritaire à être utilisé lorsque l'ergothérapeute est non disponible.	1) Un pamphlet français et anglais a été créé ainsi qu'un vidéo éducationnel pour promouvoir l'utilisation sécuritaire d'un fauteuil roulant. Session de formation en processus de planification. 2) Les évaluations des chaises roulantes ont été faites et recommandations partagées au gestionnaire. Recommandations prises en considération - inventaire sera fait et une commande d'équipement nécessaire sera demandée.	J. Roy A.M. Lavigne
Z5	22/07/2017	Analyse concise	Code/Fracture	7	57%	1) Effectuer des simulations de code blanc à des intervalles réguliers 2) Effectuer des debriefings post-événements structurés 3) Mettre en place une équipe de code blanc spécialisée avec mise à jour des interventions physiques sécuritaires	1) Simulation en processus de planification et seront mise en place suite à l'implantation des changements au CHR. 2) Majorité des gens sont formés pour les faire mais ils sont rarement fait. L'équipe va voir à un processus efficace pour faire les débriefings. 3) Fait partie des plans d'implantation des changements au CHR.	J. Dulcos C. Drolet

**État d'Avancement - Recommandations du Comité de revue
En date de décembre 2017**

Zone	Date de l'incident	Date de la revue	Type d'incident	No. total de recommandations	Taux d'avancement	Recommandations non complétées	Commentaires	VP / Directeur
Z6	30/01/2016	03/05/2016	Médicament	5	40%	1) Évaluer la possibilité d'avoir un outil, (carte/formulaire) pour identifier les allergies des patients et de pouvoir leur donner cette carte/formulaire à leur congé afin qu'ils font les démarches pour informer les prochains prestataires de soins et se procurer un bracelet Medic-Alert. 2) Réviser la politique « Identification des allergies » VII-60. Pour modifier le profil des réactions allergiques (carton jaune). 3) Revoir les champs pour inscrire les allergies dans le Meditech et sur le formulaire de l'urgence, puisqu'il y a seulement de l'espace pour inscrire 5 allergies. Évaluer la possibilité d'inscrire dans le Meditech "voir ancien dossier"	L'équipe régionale poursuit le travail sur le nouveau module/profile d'allergies. Le nouveau module sera déployé en mars 2018.	S. Legacy M. Auffrey
Z6	22/03/2016	16/06/2017	EEJ	1	0%	1) Voir au processus pour entrer l'information dans le Meditech et l'utilisation de la feuille de travail	Le travail se poursuit avec le service informatique pour trouver une façon de confirmer dans le Meditech le groupe sanguin après la 2ième analyse et l'utilisation de la feuille de travail.	S. Legacy Y. Goudreau
Z6	05/03/2017	28/09/2017	Chute	3	67%	1) Avoir les câbles et prises d'alimentation des lits (Linnet) identifiés.	Va être fait au printemps 2018, avec un projet étudiant	G. Beaulieu
Z6	02/12/2016	24/01/2017	Suicide	6	50%	1) Évaluer la possibilité d'avoir à l'unité de psychiatrie une salle avec des équipements pour faire des exercices physiques 2) Évaluer la possibilité d'avoir à l'extérieur, sur le terrain de l'hôpital, un endroit avec des caméras et si possible clôturé, pour surveiller les patients lors des sorties. 3) Réviser l'outil d'évaluation du risque de suicide afin qu'il soit plus adapté pour évaluer les patients internes avec des idées suicidaires.	1) La construction pour la salle d'activités est débutée et il est prévu que les travaux seront terminés pour le fin février 2018. Les équipements commandés ont été reçus 2) Le projet pour développer un espace extérieur avec des caméras et clôture est en phase de discussion. 3) Équipe régionale en processus d'implanter échelle d'évaluation du risque de suicide. Formation prévue en février 2018.	J. Duclos R. Lang

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 23 janvier 2018

Objet : Mise à jour - Agrément

Vous trouverez ci-joint la lettre officielle d'Agrément Canada reconfirmant que le Réseau de santé Vitalité a le statut « agréé ».

Les suivis requis sont en cours pour conserver le statut d'organisme agréé.

Soumis le 16 janvier 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux



Le 8 novembre 2017

Monsieur Gilles Lanteigne
Président-directeur général
Réseau de santé Vitalité Health Network
275, rue Main, bureau 600
Bathurst (Nouveau-Brunswick) E2A 1A9

Monsieur,

Suite à la conférence téléphonique avec Mme Geneviève Martin, directrice, Agrément canadien, le Comité d'approbation du type a réévalué les résultats de votre visite d'agrément.

Suite à cette réévaluation, le Comité d'approbation du type d'agrément est heureux de reconfirmer que le Réseau de santé Vitalité Health Network a le statut « agréé » dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum.

Il y a, cependant, des mesures de suivi que vous devrez prendre dans des délais précis pour conserver votre statut d'organisme agréé.

Vous devez fournir, d'ici le 6 juin 2018, les preuves indiquant que votre organisme s'est conformé aux points qui figurent ci-dessous.

Vous devez vous conformer aux exigences des tests de conformité suivants qui se rattachent aux pratiques organisationnelles requises (POR) suivantes :

Gestion des médicaments (2.5.1), (2.5.3), (2.5.5), (2.5.6), (2.5.7), (2.5.8)
Leadership (2.12.4), (2.12.5), (2.12.6), (2.12.7), (2.12.8), (13.4.1), (13.4.2), (13.4.3), (13.4.4), (13.4.5), (13.4.7), (13.4.8)
Médecine (8.8.1), (9.2.1)
Services périopératoires et interventions invasives (12.3.1)
Santé mentale (8.8.1), (9.18.1), (9.18.2), (9.18.3), (9.18.5)
Soins ambulatoires (8.6.1), (8.6.2), (8.6.3), (8.6.4), (8.6.5)
Soins à domicile (9.10.5)
Soins de longue durée (8.8.1), (8.8.2), (9.19.1), (9.19.2), (9.19.5)
Traitement du cancer (15.8.3), (22.9.5)
Urgences (10.7.2)

Vous devez accorder un suivi aux critères suivants :

Risques
Gestion des médicaments (12.6, 23.3)
Imagerie diagnostique (8.7, 15.4)
Prévention et contrôle des infections (1.1, 2.10, 14.1)
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables (3.2, 3.6, 8.1)

Santé mentale (4.1, 5.6, 7.10, 7.11, 8.10, 14.1, 14.3)

Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers (8.9)

Services périopératoires et interventions invasives (14.11, 17.4)

Soins de longue durée (3.9, 7.15)

Urgences (3.2, 3.10, 3.11, 8.4)

Les preuves de conformité doivent être transmises au moyen de votre plan d'amélioration de la qualité du rendement qui se trouve dans le portail des organismes. Veuillez noter que les preuves seront examinées peu de temps après la date d'échéance pour la soumission de celles-ci.

Nous sommes fiers de travailler avec vous à vos activités d'amélioration de la qualité. Nous nous réjouissons de continuer à vous aider en vous fournissant les conseils et le soutien nécessaires. Si vous avez des questions ou souhaitez discuter des prochaines étapes, veuillez communiquer avec Thérèse Papineau-Savignac, gestionnaire de programme au 1-800-814-7769, poste 362.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Langlois', is centered on a light gray rectangular background.

Julie Langlois, RN, PhD

Présidente du Comité d'approbation du type d'agrément

c. c. : Madame Nicole Frigault, gestionnaire régionale - Qualité et sécurité des patients

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 23 janvier 2018

Objet : Visite d'agrément IQMH-2017 des laboratoires du Réseau de santé Vitalité

Contexte / Problématique

Depuis 2011, les laboratoires de la province du Nouveau-Brunswick sont assujettis à une évaluation indépendante des normes et standards internationaux ISO (International Standards Organization). L'Institute for Quality Management in Healthcare (**IQMH**) est l'organisme choisi par la province du N.-B. pour effectuer cette évaluation de tous nos laboratoires et centres de prélèvements aux 2 ans.

Les standards et les normes suivantes sont évalués :

- ISO 15189 : 2012 (Laboratoire médical : exigence pour la qualité et la compétence)
- ISO 15190 : 2003 (Laboratoire médical : exigence pour la sécurité)
- ISO 22870 : 2006 (Analyse hors laboratoire : exigence pour la qualité et la compétence)
- CSA Z901-15 (Sang et ses composantes)

Comme tout agrément, une préparation exhaustive fut entreprise. Les standards et les normes évalués sont répartis dans 11 sections du laboratoire :

- I. Structure Organisationnelle, Politiques en Matière de Personnel et Gestion de laboratoire
- II. Système de Gestion de la Qualité
- III. Installations Physiques
- IV. Matériel, Réactifs et Fournitures
- V. Processus Pré-analytique
- VI. Processus Analytique
- VII. Assurance de la Qualité Pour les Examens en Laboratoire
- VIII. Processus Post-Analytique (Établissement de Rapports)
- IX. Système d'information de Laboratoire
- X. Sécurité
- XI. Analyses de Biologie délocalisées

Les visites se sont échelonnées de la fin août au début octobre 2017. Tous nos laboratoires et centres de prélèvements ont été visités. Le tableau suivant vous indique le nombre de normes que nous avons été évalués par établissement ainsi que le pourcentage de conformités, mineur et majeur.

	Georges Dumont	Stella Maris de Kent	Clinique de Phlébo – Dieppe	Chaleur	Tracadie	Caraquet	Lamèque	Campbellton	Dalhousie	St-Quentin	Grand-Sault	Edmundston
Exigence Évalués	458	389	213	452	381	409	376	451	269	417	430	443
Conforme	444	383	211	408	350	388	358	421	255	402	415	422
Majeur	0	0	0	13	8	6	6	6	4	0	0	0
Mineur	14	6	2	31	23	15	12	24	10	15	15	21
% Conforme	97 %	98 %	99 %	90 %	92 %	95 %	95 %	94 %	95 %	96 %	96 %	95 %

L'agrément IQMH nous demande de fournir, à l'intérieur de 90 jours, nos corrections pour toutes non-conformités majeures et un plan pour répondre aux non-conformités mineures.

Nos quatre zones ont complété leurs réponses aux non-conformités et ceci depuis vendredi le 5 janvier 2018. Nous attendons maintenant la vérification d'IQMH suite à nos suivis. IQMH a deux mois pour vérifier et nous revenir avec du feedback.

Il est à noter que le contrat avec l'organisme IQMH est échu et qu'un appel d'offres est en cours. Un critère important a été mentionné et nous demandons une évaluation aux 4 ans au lieu de 2 ans. Ce qui permettra d'être sur un même cycle qu'Agrément Canada.

Suivi

L'agrément IQMH nous demande de fournir, à l'intérieur de 90 jours, nos corrections pour toutes non-conformités majeures et un plan pour répondre aux non-conformités mineures.

Nos quatre zones ont complété leurs réponses aux non-conformités et ceci depuis vendredi le 5 janvier 2018. Nous attendons maintenant la vérification d'IQMH suite à nos suivis. IQMH a deux mois pour vérifier et nous revenir avec du feedback.

Il est à noter que le contrat avec l'organisme IQMH est échu et qu'un appel d'offres est en cours. Un critère important est que nous demandons une évaluation aux 4 ans au lieu de 2 ans. Ce qui permettra d'être sur un même cycle qu'Agrément Canada.

Proposition et résolution

Cette note est déposée pour information.

Soumis le 9 janvier 2018 par Yves Goudreau, directeur des laboratoires et Stéphane Legacy, vice-président des Services de consultation externe et services professionnels

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 23 janvier 2018

Objet : Stratégie – Soins centrés sur le patient et la famille

La stratégie des soins centrés sur le patient et la famille a déjà été présentée au Comité des services à la clientèle, de la qualité et de la sécurité.

Une mise à jour sur le déploiement du plan d'action pour la création du Comité consultatif des patients et familles vous est présentée ci-après. Vous trouverez également le mandat dudit comité, ainsi que le rôle du bénévole expérience-patient.

Les documents sont présentés à titre d'information et avis.

Soumis le 16 janvier 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Soins centrés sur le patient et la famille

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

23 janvier 2018

Objectifs

Court terme: mise sur pied du Comité consultatif des patients et familles. Première réunion – fin février 2018.

Moyen terme: poursuivre recrutement des bénévoles expérience patient et stratégie d'engagement du personnel.

Plan de déploiement

Éléments	Échéanciers
Plan de communication (interne et externe).	Décembre 2017
Processus de recrutement, sélection et orientation	Janvier - Février 2018
Mise sur pied du Comité consultatif des patients et familles.	Fin Février 2018
Engagement du personnel (formation, outils pour les équipes, etc.).	Janvier - Février 2018
Recrutement des bénévoles expérience patient pour participer aux équipes, projets, etc.	Mars 2018
Processus de reconnaissance	Avril 2018
Enlignement des processus: ressources humaines, décisionnel, politiques, mesures de rendement	Mai - Juin 2018

Bénévole expérience patient

- Doit suivre le processus de recrutement et de filtrage des bénévoles.
- Une personne qui a reçu des soins au cours des deux dernières années ou un membre de sa famille.
- Collabore avec la direction et les membres du personnel pour assurer des soins centrés sur le patient et sa famille.
- Participe à des comités, équipes, groupes de discussion ou projets et représente la voix du patient.

Comité consultatifs des patients et familles

Relève du : Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du CA

Responsabilités:

- Promouvoir et soutenir une culture de soins centrés sur les patients et les familles.
- Participer à l'élaboration des priorités et des projets en matière d'amélioration de l'expérience des patients.
- Participer à l'élaboration et la révision des divers outils destinés aux patients et familles (ex. dépliants, formulaires, matériel d'enseignement, etc.).

Comité consultatifs des patients et familles

Composition:

- Vice-présidente – Performance, Qualité et Services généraux (Présidente)
- Directrice – Qualité, Performance et Expérience patient
- Gestionnaire régional, Qualité et Sécurité des patients
- Deux conseillers - expérience patient
- Deux coordonnateurs - bénévoles
- Un membre du personnel
- Huit représentants des patients ou membre de la famille (deux par zone).

Mandat: un an et il peut être renouvelé pour une durée maximale de trois ans.

Minimum 4 rencontres par année.

MERCI !

QUESTIONS ?

Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	MANDAT DU COMITÉ CONSULTATIF DES PATIENTS ET FAMILLES	N° : GEN.1.40.xx
Section :	1. Gestion générale	Date d'entrée en vigueur : 2018-01-jj
Mandataire :	V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux	Date de révision précédente :
Approbateur :	Président-directeur général Gilles Lanteigne	Approuvée le : 2018-01-jj
Établissement/programme :		

But :

1. Travailler en étroite collaboration avec la direction du Réseau de santé Vitalité dans le but de promouvoir et soutenir une culture de soins centrés sur les patients et les familles.
2. Offrir des conseils et participer à la surveillance et l'évaluation en ce qui concerne le travail entrepris pour améliorer l'expérience des patients et les soins centrés sur les patients et leurs familles.

Rapport Hiérarchique :

Le Comité consultatif des patients et familles relève du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration.

Responsabilités:

1. Offrir une orientation et des conseils relativement aux objectifs, aux politiques et aux pratiques utilisés pour faciliter l'amélioration des soins centrés sur les patients et leur famille.
2. Participer à l'élaboration des priorités et des projets en matière d'amélioration de l'expérience des patients.
3. Participer à l'élaboration et la révision des divers outils destinés aux patients et familles (ex. dépliants, formulaires, matériel d'enseignement, etc.).
4. Promouvoir la collaboration entre le personnel, les médecins et l'ensemble de la collectivité dans le but d'accroître la participation des patients et des membres de leur famille à la planification et à la prestation des soins dans l'ensemble du Réseau.

5. Faire des suggestions et donner de la rétroaction sur le développement des pratiques, des politiques, des programmes et de l'enseignement / orientation à l'échelle de l'organisation, des programmes/services ou des unités.
6. Passer en revue l'enseignement et les stratégies de communication concernant les soins centrés sur les patients et donner de la rétroaction sur ceux-ci.
7. Participer à titre de partenaire communautaire ou assurer une représentation dans la planification et le fonctionnement de comités et/ou de programmes précis dans l'ensemble du Réseau au besoin.
8. Faire des suggestions en ce qui concerne une évaluation annuelle des patients partenaires au sein du Réseau de santé Vitalité.

Composition :

Les membres du Comité consultatif seront choisis par l'équipe de direction. L'équipe de direction peut recevoir des recommandations en ce qui concerne les membres.

Les représentants suivants du Réseau de santé Vitalité feront partie des participants au comité.

- Vice-présidente – Performance, Qualité et Services généraux (Présidente)
- Directrice – Qualité, Performance et Expérience patient
- Gestionnaire régional, Qualité et Sécurité des patients
- Deux conseillers - expérience patient
- Deux coordonnateurs - bénévoles
- Un membre du personnel assurant la liaison
- Huit bénévoles - expérience patient (deux par zone).

Pour ce qui est des quatre postes comblés par les deux conseillers expérience patients et des deux coordonnateurs bénévoles, chacune des zones devra être représentées.

D'autres membres du personnel du Réseau de santé Vitalité peuvent être invités à assister au besoin. Le PDG du Réseau de santé Vitalité sera un membre d'office.

Durée du mandat :

Le mandat est d'une durée d'un an et il peut être renouvelé pour une durée maximale de trois ans. Les mandats des membres sont organisés de manière à ce qu'ils se chevauchent pour assurer une cohérence dans la composition.

Quorum :

50 % des membres du comité, plus un

Le consensus sera la méthode de choix pour la prise de décisions. Au besoin, une simple majorité de 50 % + 1 sera utilisée.

Réunions et procès-verbaux :

Le comité se rencontrera au moins quatre fois par année et à la demande du président. La majorité des rencontres seront par vidéoconférence. Des déplacements pourraient avoir lieu à l'occasion.

Les procès-verbaux seront maintenus et distribués à tous les membres du comité et ils seront affichés sur le Boulevard (l'intranet du personnel du Réseau de santé Vitalité) et sur le site Web du Réseau de santé.

Conflits d'intérêts

Les membres du comité doivent divulguer avant chaque réunion tout conflit d'intérêts réel, apparent ou éventuel et, au besoin, se retirer des délibérations et des décisions du comité.

Dépenses

Les frais de déplacements, d'hébergement, de repas et autres dépenses acceptées seront remboursés conformément aux directives provinciales sur les déplacements.

Qualifications des bénévoles – expérience patient

- Être un patient ou un membre de la famille d'un patient du Réseau de santé Vitalité ou l'avoir été dans les deux dernières années.
- Manifester un intérêt sincère à travailler avec un groupe en vue d'améliorer l'expérience des patients dans l'ensemble du Réseau.
- Respecter la vie privée et signer une déclaration de confidentialité.
- Être en mesure de se rendre aux réunions ou d'y assister par téléconférence, tout en demeurant des membres actifs.
- Démontrer une compréhension des rôles et des responsabilités du Comité consultatif des patients et familles.
- Pouvoir travailler de façon constructive avec la haute direction, les médecins et les membres du personnel du Réseau de santé Vitalité et le comité consultatif.

Exigences générales pour les bénévoles – expérience patient

- Se présenter à une entrevue de présélection.
- Participer à une séance d'orientation et suivre certaines formations obligatoires.
- Suivre avec succès les étapes de filtrage des bénévoles.

Rôle du président

- Convoquer et présider les réunions.
- Établir l'ordre du jour pour chaque réunion.
- Passer en revue les procès-verbaux des réunions.
- Communiquer avec les membres du comité.
- Collaborer avec les directeurs, les gestionnaires et d'autres personnes au besoin sur des questions relatives aux soins centrés sur le patient et la famille.
- Représenter le comité et parler en son nom à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation à la demande de l'équipe de leadership.
- Vote qu'en cas d'égalité des voix.

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

<i>Profil du poste</i>	<i>Services des bénévoles</i>
<i>Bénévole – expérience patient</i>	<i>Réseau de santé Vitalité</i>
Description du programme de bénévoles :	Date d’approbation :
Soins centrés sur le patient et sa famille	2017 12 13 (Réunion - l’équipe de leadership)

But

Le bénévole – expérience patient est une personne qui a reçu des soins au Réseau de santé Vitalité au cours des deux dernières années ou un membre de sa famille. Il travaille en partenariat avec la direction et le personnel du Réseau pour soutenir l’excellence et l’amélioration des soins aux patients dans tout le continuum de soins. Il donne le point de vue du patient ou de la famille, de façon constructive, ainsi que sa contribution en matière de développement au sein du Réseau grâce à sa compréhension du système de santé acquise lors d’expériences vécues au sein du Réseau. Il participe à des comités, équipes, groupes de discussion ou projets et représente la voix du patient.

Responsabilités principales

- Collaborer avec la direction et les membres du personnel pour assurer des soins centrés sur le patient et sa famille dans un environnement entièrement accessible qui favorise la guérison, assure la dignité et inspire confiance.
- S’assurer que le patient et sa famille demeurent au cœur de notre système de soins de santé.
- Établir des partenariats avec les professionnels des soins de santé, qui sont fondés sur le respect mutuel et la communication ouverte.
- Participer à la conception des installations, à l’amélioration de la qualité des soins et des services et à la planification et à l’élaboration des programmes/services.
- Collaborer avec les services et programmes dans leurs projets d’amélioration des processus.
- Participer aux réunions et se familiariser avec l’information soumise avant chaque réunion.
- Respecter la confidentialité des renseignements partagés lors des rencontres.

Imputabilité

- Les bénévoles relèvent du gestionnaire local des services des bénévoles. Ils sont aussi redevables au président/facilitateur du groupe, équipe ou comité auquel ils sont assignés.
- Les questions, les préoccupations ou les problèmes sont adressés au président/facilitateur du comité/équipe/groupe ou au gestionnaire local des services des bénévoles.

<i>Profil du poste</i>	<i>Services des bénévoles</i>
<i>Bénévole – expérience patient</i>	<i>Réseau de santé Vitalité</i>
Description du programme de bénévoles :	Date d’approbation :
Soins centrés sur le patient et sa famille	2017 12 13 (Réunion - l’équipe de leadership)

Qualifications

- Capacité de voir au-delà de sa propre expérience et d'utiliser son expérience personnelle de façon constructive
- Bonne compréhension du rôle et des responsabilités du bénévole ainsi que du système de santé
- Attitude sans jugement et capacité de respecter la diversité et des opinions divergentes
- Capacité de s'exprimer dans un groupe et de bien interagir avec les autres
- Bonne écoute et habiletés interpersonnelles
- Attitude professionnelle et positive, ouvert d'esprit, fiable, ponctuel et engagé
- Capacité de travailler en collaboration avec d'autres bénévoles et des fournisseurs de soins de santé
- Désir d'élargir ses connaissances et ses compétences
- Désir de participer à la promotion du changement et l'amélioration des services
- Capacité de maintenir la confidentialité des renseignements sur les patients et l'organisation
- Capacité de s'exprimer dans les deux langues officielles
- Adhésion aux valeurs, à la mission et à la vision du Réseau et sensibilisation aux enjeux d'éthique

Paramètres

- Suivre le processus de recrutement et de filtrage des bénévoles.
- Suivre le programme d'orientation des bénévoles du Réseau.
- Faire les modules d'apprentissage annuels obligatoires.
- Fournir une attestation de vérification de casier judiciaire (à obtenir auprès de la GRC ou de la police municipale).
- Toujours porter sa carte d'identité du Réseau en faisant du bénévolat.
- Respecter les politiques du Réseau (politiques sur la confidentialité, le code de conduite, le code vestimentaire, l'environnement sans parfum, la prévention et le contrôle des infections, etc.).
- Ne doit pas utiliser les médias sociaux pour discuter de renseignements confidentiels liés à sa participation comme bénévole aux activités du Réseau.

Note d'information

Tableau de bord stratégique et opérationnel Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité Comité des finances et de vérification Le 23 janvier 2018

Décision recherchée

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

Contexte / Problématique

- Les données pour les indicateurs suivants ont été rajoutées au tableau de bord stratégique : État d'avancement des projets de qualité; le % de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement); le nombre de visites dans les cliniques itinérantes; le nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place; l'état d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation; l'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté; un programme de développement du leadership organisationnel sera initié.
- La stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel est reportée en 2018-2019 du a un manque de ressources.
- Les données pour les indicateurs suivants ont été mises à jour : Taux de conformité aux audits de documentation au tableau de bord stratégique et le % de vaccination - grippe saisonnière au tableau de bord opérationnel.

Éléments à considérer dans la prise de décision

Aucun

Considérations importantes

Sommaire des tableaux de bord :

Tableau de bord	Indicateurs avec performance atteignant ou au-delà de la cible	Indicateurs avec performance inférieure à la cible
Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> -Taux de conformité aux audits de documentation -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 seulement) -Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes -Le nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées -La moyenne de jours de maladie payés par employé -% d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel - Taux pour les accidents de travail 	<ul style="list-style-type: none"> -Taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants - % de patients traités dans les 40 jours dans les CSMC-priorité modérée -% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé en santé mentale - Nombre de guides de pratiques pour maladie chronique mis en œuvre -Chirurgies en attente de plus de 12 mois, -% Chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) -% Chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines) - État d'avancement des projets de qualité - % initiatives du Plan d'équité complétées, - Nombre d'infirmières praticiennes embauchées -Nombre de consultations cliniques en télésanté -Nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place -Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mises en place - État d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation - Coût par jour patient / unité de soins infirmiers - Coût par jours repas

Opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> -Taux d'erreurs de médicaments - Taux d'infections au C. diff. SARM et ERV - Taux de réadmission dans les 30 jours - Nombre de nouveaux griefs -# de départ PT et TP/# moyen d'employés PT et TP -% de vaccination - grippe saisonnière - Durée moyenne de séjour - % dépenses administratives -% dépenses dans les programmes cliniques -Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail - Variance en salaires et bénéfices - Coût en énergie par pied carré 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (moyenne en minutes) - % de lits occupés par des cas de SLD - Taux de césariennes à faible risque -Taux de conformité à l'hygiène des mains - Ratio normalisé de mortalité hospitalière -Taux de conformité dans les appréciations de rendement -Taux global de conformité aux modules e-apprentissage - % d'heures de maladie, - % d'heures de surtemps - % de visites 4 et 5 à l'urgence
--------------	--	--

Une analyse plus détaillée des indicateurs de chirurgie et des initiatives en cours pour améliorer le rendement du secteur est présentée par Mmes Johanne Roy et Sharon Smyth-Okana (voir Annexe A).

Tableau de bord stratégique :

- Taux de conformité aux audits de documentation de 2016-17 s'est amélioré par rapport à l'année 2015-16

Tableau de bord opérationnel :

- La vaccination pour la grippe saisonnière surpasse la cible
- Au niveau financier les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible.

Suivi à la décision

Proposition et résolution

Aucune proposition à suggérer.

Soumis le 9 janvier 2018 par Mireille Lanouette, directrice régionale Planification et Aide à la décision

Tableau de bord stratégique

Qualité / Satisfaction de la clientèle

		Nov. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Nov. 2017	TAD 2017-2018
TB provincial	Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	169	373	393	182 Q2 2017-18	401 Q1-Q2 2017-18
TB provincial	Taux d'hospitalisation pour démence par 100 00 de population	16	16	13	24 Q1 2017-18	24 Q1 2017-18
TB provincial	% de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	N/D	N/D	100.0%	77.6% Q1 2017-18	77.6% Q1 2017-18
TB provincial	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	6.6%	6.4%	-	10.9% Q2 2017-18	9.4% Q1-Q2 2017-18
TB provincial	Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)	19.0%	18.0%	-	21.2% Q2 2017-18	20.4% Q1-Q2 2017-18
TB provincial	% de décès de soins palliatifs survenant à la maison	8.8%	8.8%	-	9.0% Q1 2017-18	9.0% Q1 2017-18
2.a.b	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	6.7%	6.6%	6.2%	5.6% Q2 2017-18	6.5% Q1-Q2 2017-18
2.a.d	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	1.8%	2.1%	0.0%	0.2% Q2 2017-18	3.2% Q1-Q2 2017-18
2.a.e	% réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale	10.6%	10.6%	6.6%	10.3% Q1 2017-18	10.3% Q1 2017-18
2.b.a	# de guides de pratiques pour maladies chroniques mis en œuvre	N/D	N/D	1	0 Q2 2017-18	0 Q1-Q2 2017-18
2.a.e 2.c.a	Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants	250	250	-	267 Q1 2017-18	267 Q1 2017-18
3.b.a	Chirurgies en attente plus de 12 mois	485	568	0	156 oct.-17	205 avril-oct.17
3.b.a	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	46.0%	56.7%	75.0%	56.1% oct.-17	60.3% avril-oct.17
3.b.a	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	62.5%	58.0%	85.0%	54.5% oct.-17	63.9% avril-oct.17
4.a.b	Taux de conformité aux audits de documentation	84.8	84.8	90.0	90.1 2016-2017	90.1 2016-2017
5.a.a	% d'avancement dans l'élaboration du plan de développement universitaire	N/D	N/D	100%	- -	100% 2017-18
6.a.a	État d'avancement des projets de qualité	N/D	N/D	50%	47% Q2 2017-18	47% Q1-Q2 2017-18

Activités

		Nov. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Nov. 2017	TAD 2017-2018
TB provincial	% de patients inscrits sur la liste d'attente provinciale pour un médecin de famille (Taux provincial)	0.39%	1.61%	-	0.53% Q2 2017-18	3.26% Q1-Q2 2017-18
	Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus	8.16	8.16	12.00	8.20 Q1 2017-18	8.20 Q1 2017-18
	Pourcentage d'initiatives du Plan d'équité complétées	31.6%	31.6%	100.0%	66.7% Q2 2017-18	66.7% Q1-Q2 2017-18
	Nombre de nouveaux projets de recherche approuvés	1	15	-	1 nov. - 17	21
2.a.a	Taux d'hospitalisation des patients du PEM pour chaque 100 patients desservis	13.80	14.42	14.48	13.70 Q2 2017	14.57 Q1 -Q2 2017
2.a.c	# d'infirmières praticiennes embauchées	N/D	N/D	2	0 Q2 2017-18	0 Q1-Q2 2017-18
2.a.c	# de coordonnatrices d'accès aux soins primaires en place	4	4	4	4 Q2 2017-18	4 Q1-Q2 2017-18
2.a.c	% de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE	-58%	-44%	-20%	-46% Q2 2017-18	-37% Q1-Q2 2017-18
3.a.a	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	286	1,997	2,346	186 nov.-17	1,646 avril-nov.17
3.a.b	# de visites dans les cliniques itinérantes	652	4,800	4,960	599 nov.-17	4,805 avril-nov.-17
3.c.a	# de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera mis en place	N/D	N/D	4.5	3 Q2 2017-18	3 Q1-Q2 2017-18
3.d.a	# de rencontres du comité des usagers	Débuté en janvier	N/D	2	- -	- -
6.b.f	Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	N/D	N/D	1	2 Q2 2017-18	2 Q1-Q2 2017-18
7.a.a	Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	N/D	N/D	4	4 Q2 2017-18	4 Q1-Q2 2017-18
7.b.a	Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place	N/D	N/D	3	1 Q2 2017-18	2 Q1-Q2 2017-18
7.c.a	Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	N/D	N/D	1	1 Q2 2017-18	1 Q1-Q2 2017-18

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

Ressources humaines

		Nov. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Nov. 2017	TAD 2017-2018
TB provincial	Moyenne de jours de maladie payés par employé	11.12	11.55	11.45	11.27 Q2 2017-18	11.35 Q1-Q2 2017-18
6.b.b	Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant	Reporté en 2018-19	-	-	- -	- -
6.b.d	État d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation	N/D	N/D	50%	40% Q2 2017-18	40% Q1-Q2 2017-18
6.b.e	Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie	N/D	N/D	1	- Q2 2017-18	1 Q1-Q2 2017-18
6.c.a	L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté	-	N/D	-	- -	174,991.00 31 août 17
6.c.b	% d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel	N/D	N/D	50%	62% Q2 2017-18	62% Q1-Q2 2017-18
6.b.c	# d'accident avec perte de temps x 200 000/# heures totales travaillées	7.18	5.61	5.40	4.20 Q2 2017-18	4.04 Q1-Q2 2017-18

Finances

		Nov. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Nov. 2017	TAD 2017-2018
	Coût par habitant pour les soins de santé	\$2,799	\$2,814	\$2,862	\$2,893 nov.17	\$2,867 avr-nov 17
	Coût par jour patient / unités soins infirmiers	\$348	\$354	\$337	\$356 Q2 2017-18	\$357 Q1-Q2 2017-18
	Variance entre le budget et les dépenses actuelles	\$335,420	\$6,666,988	\$0	\$ (977,270) nov.17	\$ (42,019)
	Coût par jours repas	\$35.67	\$35.93	\$33.82	\$36.75 nov.17	\$37.00
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	\$4.48	\$4.60	\$4.51	\$4.53 nov.17	\$4.59 avr-oct 17
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	

	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	
% de réduction des visites à l'urgence chez les patient à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement)	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	
# d'infirmières praticiennes embauchées	Nombre d'infirmières praticiennes embauchées	
# de coordonnatrices d'accès aux soins primaires en place	Nombre de coordonnatrice d'accès au soins primaires en place	
% de réduction des visites à l'urgence chez les patient à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement)	Moyenne des visites mensuelle de la cohorte sélectionnée divisé par le total des visites moyennes à l'urgence des 3 mois 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 itinérantes	
# 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 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	

Tableau de bord stratégique - Définitions

	Définition	Discussion
% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Nombre de de chirurgies complétées à l'intérieur des délais divisés par le total de chirurgies complétées	
Taux de conformité aux audits de documentation	Somme de pointage ponderé des audits divisé par le nombre d'audits effectués	
% d'avancement dans l'élaboration du plan de développement universitaire	Le plan de développement de la mission universitaire et de la recherche sera développé et approuvé	
# de projets de qualité mis en place.	En développement	
Moyenne de jours de maladie payés par employé	Nombre des heures de maladie divisées pour le nombre d'employés éligibles	Quelles sont les initiatives en place pour favoriser une réduction de ces heures?
Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant	Reporté en 2018-19	
Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant - % d'avancement	% avancement	
Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie	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?

	Définition	Discussion
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	
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 por augmenter l'accès aux soins primaires? Quelles sont les initiatives en cours et quels en sont les résultats?

Tableau de bord opérationnel

Qualité / Satisfaction de la clientèle					
	Nov. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Nov. 2017	TAD 2017-2018
Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (Moyenne en minutes)	62	62	30	65 nov.-17	66 avril-nov. 17
% de lits occupés par des cas de SLD	27.7%	25.3%	22.2%	25.9% nov.-17	25.4% avril-nov. 17
Taux de césariennes à faible risques	17.2%	17.2%	15.2%	21.2% Q2 20107-18	21.2% Q1-Q2 20107-18
Taux de chutes	4.65	4.85	4.50	4.41 oct.-17	4.63
Taux de chutes avec blessures graves	0.030	0.026	0.000	0.089 oct.-17	0.035
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	0.000	0.009	0.000	0.059 oct.-17	0.017
Taux d'erreurs de médicaments	3.34	3.56	3.05	3.29 oct.-17	2.98
Taux de conformité à l'hygiène des mains	78.2%	81.8%	90.0%	91.8% nov.-17	84.5%
Taux d'infection Clostridium difficile	1.24	1.45	2.50	2.84 nov.-17	1.81
Taux d'infection et de colonisation au SARM	0.31	0.04	2.00	0.00 nov.-17	0.08
Taux d'infection et de colonisation ERV	0.00	0.00	2.00	0.00 nov.-17	0.00
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	91	91	89	95 Q1 2017-18	95 Q1 2017-18
Taux de réadmission dans les 30 jours	9.1	9.1	9.0	7.1 Q1 2017-18	7.1 Q1 2017-18
Ressources humaines					
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	38.2%	36.5%	65.0%	58.8% nov -17	60.9% avril -nov 17
Taux globale conformité aux modules e-apprentissage (l'hygiène des mains, vie privée, sécurité des patients et langues officielles)	21.3%	70.2%	100.0%	16.5% nov.-17	69.3% avril-nov.17
Nombre de nouveaux griefs	7	68	72	11 nov. 17	41
# de départ PT et TP/# moyen d'employés PT et TP	1.9%	1.9%	3.0%	2.9% Q2 2017-2018	2.2% Q1-Q2 2017-2018
% d'heures de maladie	5.79%	5.85%	5.40%	5.75% nov -17	5.97% avril -nov 17
% de vaccination - grippe saisonnière	18.4%	25.6%	24.0%	30.5% nov -17	30.5% oct. -nov 17
% d'heures de surtemps	2.08%	2.44%	2.10%	2.42% nov -17	2.87% avril -nov 17

TAD: Total à date

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

Activités					
	Nov. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Nov. 2017	TAD 2017-2018
Durée moyenne de séjour(DMS= durée moyenne de séjour)	10.2	10.2	10.2	10.2 Q1 2017-18	10.22 Q1 2017-18
Jours-Patients	31,872	252,304	248,197	31,308 nov. 17	251,013
% de visite 4 et 5	63.3%	62.9%	57.5%	61.3% Q2 2017-18	60.4% Q1-Q2 2017-18
Nombre de visites à l'urgence	18,245	160,003		17,814 nov. 17	157,116
Nombre de procédures aux laboratoires	744,034	5,889,162		752,891 nov. 17	5,847,989
Nombre d'exams en imagerie médicale	35,897	283,658		36,043 nov. 17	280,612
Nombre de cas au bloc opératoire	1,978	13,954		1,892 nov. 17	13,900
Nombre de visites en hémodialyse	5,023	40,803		5,156 nov. 17	41,209
Nombre de visites en oncologie	3,393	27,870		3,925 nov. 17	28,194
Heures travaillées PPU/jours-patients	6.25	6.24	6.09	6.13 nov.-17	6.26 avril-nov. 17
Nombre de requêtes médiatiques	3	147	-	45 nov.-17	282 avril-nov.17
Finances					
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	2.28%	2.18%	2.58%	3.04% nov.17	2.30%
% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	15.79%	15.18%	15.0%	16.2% nov.17	15.1%
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	52.04%	52.22%	53.93%	53.70% nov.17	53.58%
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	\$1.08	\$1.06	\$1.11	\$1.51 Q2 2017-18	\$1.07
Variance en salaires et bénéfices	\$2,333,302	\$17,905,190	\$0	\$660,897 nov.17	\$4,532,212
Variance en dépenses médicaments	\$646,553	\$2,747,014	\$0	\$ (139,030) nov.17	\$ (561,891)
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	\$ (306,978)	\$2,852,839	\$0	\$ (1,860,295) nov.17	\$ (2,650,093)
Coût en énergie par pied carré	\$4.26	\$4.66	\$5.07	\$5.12 nov.17	\$4.75 avr-nov 17

Tableau de opérationnel - Définitions

Indicateurs	Définition	Discussion	Indicateurs	Définition	Discussion
Temps d'attente pour les niveaux de triage 3	Nombre moyen de minutes d'attente à la salle d'urgence par code de triage Échelle de triage et de gravité canadienne. Code 3 : Urgent (30 minutes)	Comment devenir plus efficace et réduire les temps d'attente?	DMS de l'ensemble des cas	Nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital.	La tendance observée est-elle similaire à la tendance nationale? Comment l'améliorer?
% de lits occupés par des cas de SLD	Nombre patients qui sont en attente ou en processus d'évaluation de SLD et les patients ayant reçu leur congé médical.	Comment accélérer le congé de ces patients?	Jours de présence des patients hospitalisés	Nombre de jours patients consécutifs au cours de la période de référence.	5 mars 1900
Taux de césariennes à faible risques	Nombre de césariennes pour les grossesses qui ne sont pas à risque divisé par le nombre d'accouchements (excluant les accouchements avant terme et les grossesses multiples).	Quels sont les facteurs qui mènent à cette pratique et quelles mesures permettraient de réduire le taux?	% de visite 4 et 5	Nombre de visites à l'urgence de niveau 4 et 5 divisé par le total des visites.	Quelles alternatives sont en place dans la communauté pour éviter des visites à l'urgence?
Taux de chutes	Nombre de chutes à l'hôpital par 1 000 jours patients	Les chutes sont-elles toutes rapportées de façon uniforme et comment peut-on les prévenir?	Nombre de visites à l'urgence	Nombre total de visites à l'urgence, triage 1 à 5	Les initiatives en soins primaires affectent-elles les services d'urgence?
Taux de chutes avec blessures graves	Nombre de chutes avec blessures graves à l'hôpital par 1 000 jours patients	Comment gère-t-on les risques associés à ce type d'incident?	Nombre de procédures aux laboratoires	Nombre total de procédures de laboratoire	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Nombre d'incidents avec blessures graves à l'hôpital par 10 000 jours patients (excluant les chutes)	Comment gère-t-on les risques associés à ce type d'incident?	Nombre d'exams en imagerie médicale	Nombre total d'exams en radiologie et imagerie médicale	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Taux d'erreurs de médicaments	Nombre d'erreurs de médicaments par 1 000 jours patients	Comment gère-t-on les risques associés à ce type d'incident?	Nombre de cas au bloc opératoire	Nombre total de cas au bloc opératoire	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Taux de conformité à l'hygiène des mains	Nombre d'observations conformes divisé par le nombre d'observation	Quelles mesures additionnelles doivent être en place pour améliorer nos résultats? Comment le personnel est-il sensibilisé à l'importance de cette pratique?	Nombre de visites en hémodialyse	Nombre total de visites de patients en hémodialyse	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Taux d'infection Clostridium difficile	Nombre de patients infectés par le C-Diff par 10 000 jours patients	Nos méthodes de désinfection sont-elles conformes aux meilleures pratiques et appliquées?	Nombre de visites en oncologie	Nombre total de visites de patients en oncologie	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Taux d'infection et de colonisation au SARM	Nombre de patients infectés et colonisés par le SARM par 10 000 jours patients	Nos méthodes de désinfection sont-elles conformes aux meilleures pratiques et appliquées?	Heures travaillées PPU/jours-patients	Heures travaillées par le personnel infirmier producteur d'unité (qui prodigue des soins direct aux patients) divisé par le nombre de jours-patients.	Sommes-nous efficaces dans l'affectation du personnel soignant? Utilisons-nous au maximum le champ de pratique de chaque groupe professionnel? Réagissons-nous assez rapidement aux variations dans les jours patients?
Taux d'infection et de colonisation ERV	Nombre de patients infectés par le ERV par 10 000 jours patients	Nos méthodes de désinfection sont-elles conformes aux meilleures pratiques et appliquées?	Nombre de requêtes médiatiques	Nombre de demande des médias reçus au service des communications	Les demandes étaient-elles liées à des aspects positifs?
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Le ratio entre le nombre réel de décès en soins de courte durée et le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections responsables de 80 % de la mortalité hospitalière.	Quelles mesures de surveillance et de suivi sont en place pour assurer un RNMH acceptable?	% des dépenses administratives par rapport aux des dépenses totales (inclus les budgets d'équipements et de formation)	Dépenses administratives (administration générale, gestion de la qualité, gestion des risques, communication, etc) divisé par les dépenses totales	Ce pourcentage est-il acceptable et sinon quel est le plan d'action?

Tableau de 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 globale conformité aux modules e-apprentissage (l'hygiène des mains, vie privée, sécurité des patients et langues officielles)	Nombre d'employés ayant suivi les formations en ligne dans les temps requis du renouvellement divisé par le nombre d'employés concernés	Comment les employés sont-ils informés des exigences? Quelles sont les stratégies pour améliorer la participation des employés?
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?

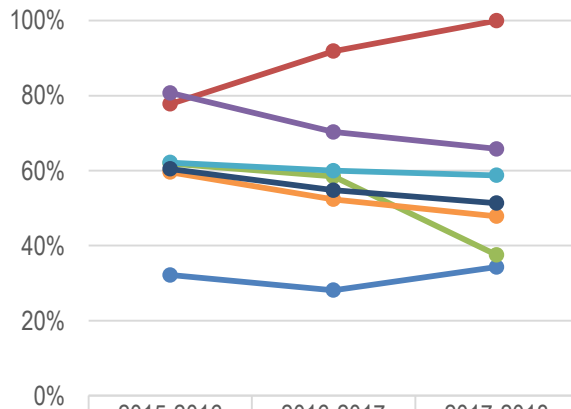
Indicateurs	Définition	Discussion
% des dépenses de soutien par rapport aux des dépenses totales	Dépenses des services de soutien (services alimentaires, entretien ménager, entretien des installations, admission, archives, ressources humaines et services financiers, etc) divisé par les dépenses totales	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?



Indicateurs chirurgicaux

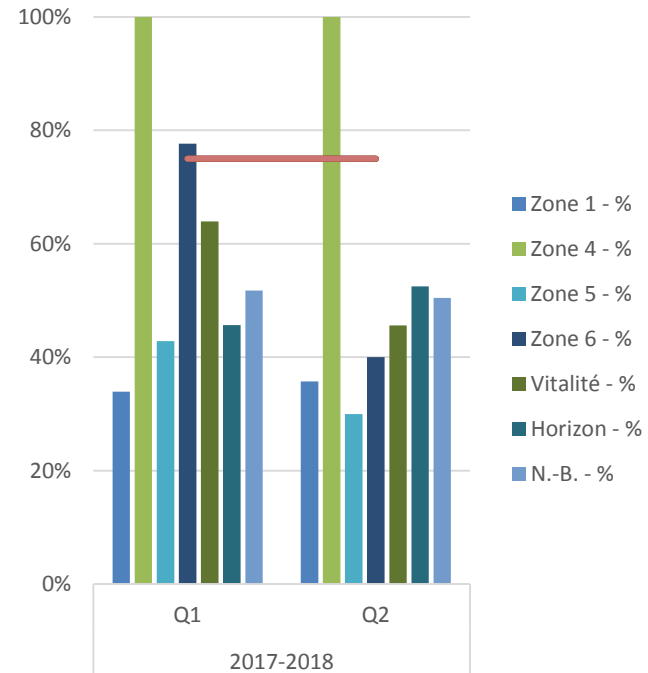
Opérationnel	Indicateurs	Base	Cible	Cible étendue
Réduction des temps d'attente	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	26 semaines ou 182 jours	75%	Aucune

Tendance



	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Zone 1	32.2%	28.1%	34.3%
Zone 4	77.8%	91.9%	100.0%
Zone 5	61.9%	58.5%	37.5%
Zone 6	80.7%	70.3%	65.8%
Vitalité	62.2%	60.0%	58.8%
Horizon	59.6%	52.4%	47.8%
N.-B.	60.5%	54.8%	51.3%

Résultats vs Cibles

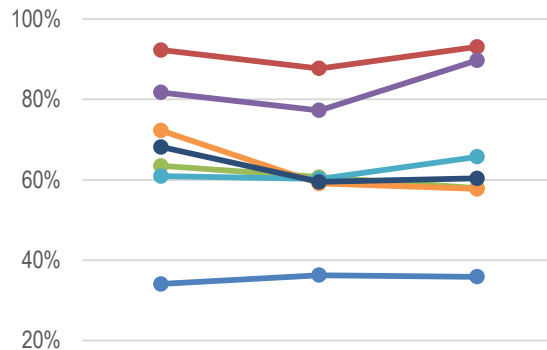


Q2= jusqu'au mois d'août

Source: Registre de l'accès aux soins chirurgicaux

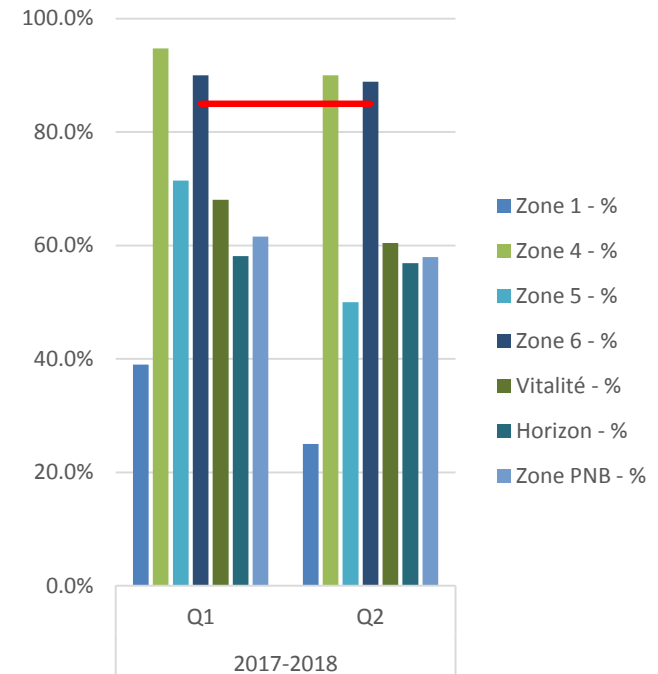
Opérationnel	Indicateurs	Base	Cible	Cible étendue
Réduction des temps d'attente	% de chirurgies d'arthroplastie de la hanche effectuées (26 semaines)	26 semaines ou 182 jours	85%	Aucune

Tendance



	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Zone 1	34.1%	36.2%	35.8%
Zone 4	92.3%	87.7%	93.1%
Zone 5	63.5%	60.7%	57.9%
Zone 6	81.7%	77.3%	89.7%
Vitalité	60.9%	60.2%	65.7%
Horizon	72.2%	59.1%	57.7%
Zone PNB	68.2%	59.4%	60.3%

Résultats vs Cibles

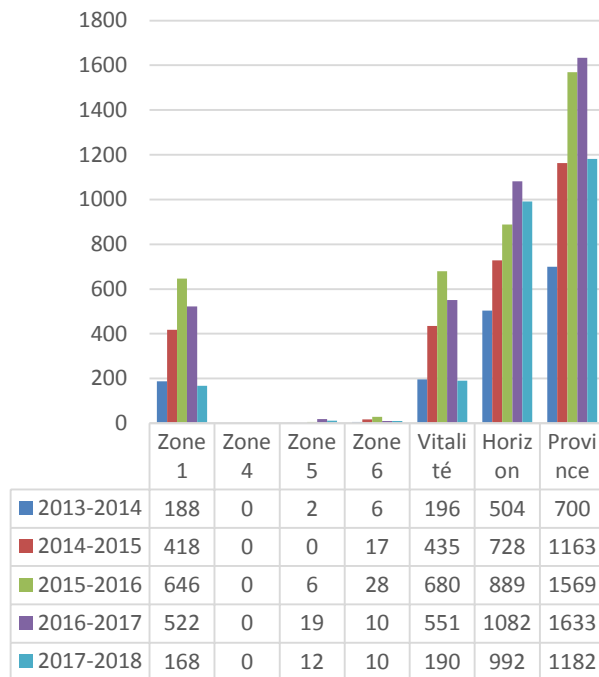


Q2= jusqu'au mois d'août

Source: Registre de l'accès aux soins chirurgicaux

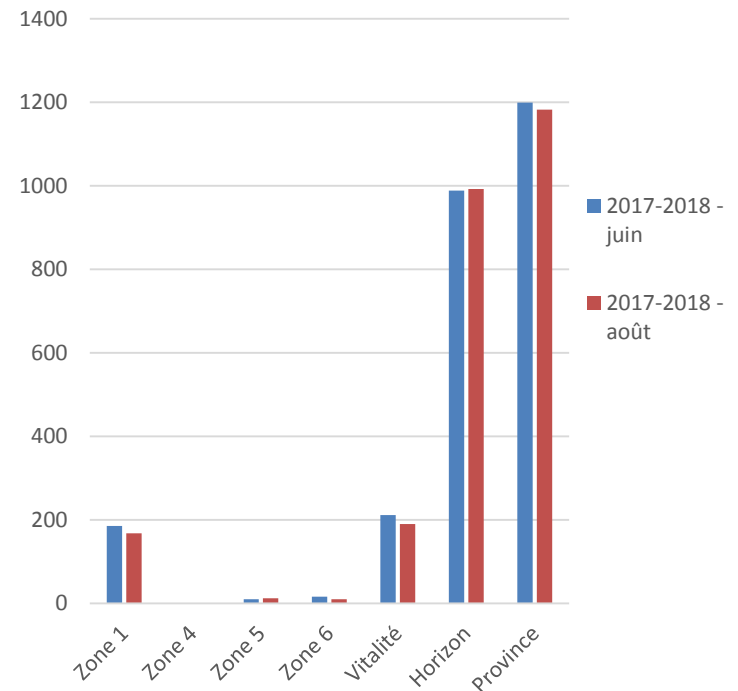
Opérationnel	Indicateurs	Base	Cible	Cible étendue
Réduction des temps d'attente	Chirurgies en attente plus de 12 mois	0	0	Aucune

Tendance



31 août de chaque année

Résultats vs Cibles



Dernier mois du trimestre en cours

Source: Registre de l'accès aux soins chirurgicaux

Comparaison des indicateurs chirurgicaux par zone, pour la province du N.-B.

		CHIRURGIES COMPLÉTÉES									CHIRURGIES EN ATTENTE		
		Arthroplasties de la HANCHE			Arthroplasties du GENOU			Chirurgies d'ORTHOPÉDIE			Nbre de patients en attente plus de 12 mois		
		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
HORIZON	Zone 1	143	197	203	292	438	403	1808	2008	1950	928	917	777
	Zone 2	209	238	268	402	379	456	2407	2496	2440	57	79	150
	Zone 3	215	190	191	358	347	284	2033	1918	1792	7	61	90
	Zone 7	32	50	47	86	114	102	745	805	703	0	10	47
VITALITÉ	Zone 1	129	130	160	149	149	207	1623	1553	1578	657	322	105
	Zone 4	45	63	64	82	68	97	1201	1203	1106	0	0	0
	Zone 5	41	72	44	123	153	85	768	980	772	0	5	13
	Zone 6	93	103	95	192	271	290	1033	1163	1188	25	13	13
	Grand Total	907	1043	1072	1684	1919	1924	11618	12126	11529	1674	1407	1195

* **CHIRURGIES COMPLÉTÉES:** Ø Les données recueillies pour les arthroplasties de hanche et de genou sont pour les cas électifs seulement et représentent le total de chirurgies complétées.
 Ø Le total de chirurgies orthopédiques comprend les cas électifs et les cas faits en urgence
 Ø Il peut y avoir un écart des données réelles pour l'année 2017, puisque la compilation de décembre n'est pas terminée pour certaines zones.

* **CHIRURGIES EN ATTENTE:** Les données ont été recueillies au 31 décembre de chaque année.

Zone 1B (Beauséjour)

Indicateur	2015-2016	2016-2017	2017-2018 (Août)	2017-2018 (Dec)	cible
% Arthroplasties du genou complétées en dedans du délai (26 semaines)	32.2	28.1	34.3	67	75%
# Arthroplasties du genou complétées	149	149	207	-	
% Arthroplasties de la hanche complétées en dedans du délai (26 semaines)	34.1	36.2	35.8	73	85%
# Arthroplasties de la hanche complétées	129	130	160	-	
# Total de chirurgies orthopédiques	1623	1553	1578		
# Chirurgie en attente plus de 12 mois	657	322	105	-	0

Zone 1B (Beauséjour)

Défis	<ul style="list-style-type: none">- 49% de la liste d'attente est en orthopédie- Majorité des cas qui dépassent 12 mois sont en orthopédie- Manque de temps opératoire- Manque capacité /espace physique- Cas de cancer/vasculaire passe en priorité
Mesures prises à date	<ul style="list-style-type: none">- Révision de la méthode de distribution du temps opératoire- Appel de tous les patients en attente pour l'orthopédie et plus de 12 mois (enlever 182)- Suivi régulier avec tous les patients en orthopédie qui approchent le délai d'attente- Augmentation du volume d'arthroplastie de 120/an (projet avec le ministère)- 200 cas faits en collaboration avec l'hôpital de Campbellton
Actions à venir	<ul style="list-style-type: none">- Patients d'orthopédie sont contactés après 1 mois et 9 mois d'attente- Ouverture du nouveau bloc opératoire prévue en juin 2020- Possibilité d'un projet provincial avec le ministère pour développer un guichet d'entrée unique pour les patients d'orthopédie- Possibilité d'un projet provincial avec le ministère pour avoir l'attente «wait 1» et «wait 2», afin d'évaluer l'attente réelle des patients dans toutes les zones

Zone 5 (Restigouche)

Indicateur	2015-2016	2016-2017	2017-2018 (Août)	2017-2018 (Sept)	cible
% Arthroplasties du genou complétées en dedans du délai (26 semaines)	61.9	58.5	37.5	56	75%
# Arthroplasties du genou complétées	123	153	85	-	
% Arthroplasties de la hanche complétées en dedans du délai (26 semaines)	63.5	60.7	57.9	63	85%
# Arthroplasties de la hanche complétées	41	72	44	-	
# Total de chirurgies orthopédiques	768	980	772	-	
# Chirurgie en attente plus de 12 mois	0	5	13	-	0

Zone 5 (Restigouche)

Défis	<ul style="list-style-type: none">- 1 orthopédiste avec 330 patients en attente sur 514 (64%)- Le chirurgien n'est pas disponible pour prendre du temps opératoire additionnel
Mesures prises à date	<ul style="list-style-type: none">- Utilise les rapports de la liste d'attente- Temps opératoire offert au chirurgien avec la plus longue liste
Actions à venir	<ul style="list-style-type: none">- Discussion avec le chirurgien qui a une longue liste d'attente afin de chercher des solutions- Projet provincial avec le ministère pour développer un guichet d'entrée unique pour les patients d'orthopédie- Possibilité d'un projet provincial avec le ministère pour avoir l'attente «wait 1» et «wait 2» afin d'évaluer l'attente réelle des patients dans toutes les zones

