

## AVIS DE RÉUNION ☒

## PROCÈS-VERBAL ☐

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	<b>Date et heure :</b> <b>Endroit :</b>	<b>Le 26 mars 2019 à 08:30</b> <b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : sous-sol de l'Auberge Campbellton : salle téléadaptation Jabber – 123037	(Gilles, Claire) (Anne, Gisèle, Lucie) (Michelyne, Janie) (Diane, Sonia) (Dre LeBlanc)
<b>Présidente :</b> <b>Secrétaire :</b>	Claire Savoie Lucie Francoeur		
<b>Participants</b>			
Claire Savoie Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu	Michelyne Paulin Janie Levesque Dre Nicole LeBlanc	Sonia A. Roy Anne Soucie Diane Mignault	
<b>ORDRE DU JOUR</b>			Documents
<b>1. Ouverture de la réunion</b>			
<b>2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b>			
<b>3. Adoption de l'ordre du jour</b>		D	✓
<b>4. Résolutions en bloc</b>		D	✓
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 »			✓
<b>5. Autres</b>			
5.1 Recommandations des Comités de revue		I	✓
<b>6. Affaires permanentes</b>			
6.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (janvier 2019)		I	✓
<b>7. Date de la prochaine réunion : le 4 juin 2019 à 08:30</b>			
<b>8. Levée de la réunion</b>			

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	<b>Date et heure :</b> <b>Endroit :</b>	<b>Le 22 janvier 2019 à 08:30</b> <b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle du conseil Moncton : sous-sol de l'Auberge	(Gilles, Claire) (Gisèle, Anne, Lucie) (Michelyne)
<b>Présidente :</b> <b>Secrétaire :</b>	Claire Savoie Lucie Francoeur	Campbellton : salle téléadaptation Téléconférence :	(Diane, Sonia) (Janie)
<b>Participants</b>			
Claire Savoie ✓	Anne Soucie ✓	Sonia A. Roy ✓	
Gilles Lanteigne ✓	Janie Levesque ✓	Diane Mignault ✓	
Gisèle Beaulieu ✓	Dre Nicole LeBlanc A	Michelyne Paulin ✓	
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

**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 2019-01-22 / 01SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A Roy

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 13 novembre 2018
- 4.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 13 novembre 2018
- 4.4 Expérience des patients hospitalisés – T2
- 4.5 Suivi – Recommandations du rapport du Bureau du vérificateur général
- 4.6 Vaccin antigrippal
- 4.7 Recommandations des Comités de revue
- 4.8 Sondage Pulse qualité de vie au travail
- 4.9 Mise à jour sur la démarche d'agrément
- 4.10 Mise à jour du plan de déploiement – Soins centrés sur le patient et la famille
- 4.11 Sondages de satisfaction du Service alimentaire

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 Expérience des patients hospitalisés – T2
- 4.6 Vaccin antigrippal
- 4.8 Sondage Pulse qualité de vie au travail

**MOTION 2019-01-22 / 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 Expérience des patients hospitalisés – T2
- 4.6 Vaccin antigrippal
- 4.8 Sondage Pulse qualité de vie au travail

**Adopté à l'unanimité.**

#### 4.4 Expérience des patients hospitalisés – T2

Il est noté que les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec : la gestion de la douleur, le respect des valeurs culturelles, la tranquillité et la nourriture. En ce qui concerne les valeurs culturelles et comme mentionné à une réunion antérieure, les gens semblent avoir de la difficulté à comprendre le sens de cette question. Le sondage sera révisé durant les prochains mois, puis la question reliée aux valeurs culturelles sera définie clairement pour avoir une meilleure interprétation.

Nous rappelons que l'équipe qualité a standardisé le questionnaire d'expérience des patients hospitalisés en collaboration avec le Conseil de la santé du N.-B. (CSNB) en mars 2017, afin d'avoir recours à des résultats comparatifs, et ce, à l'échelle nationale.

#### 4.6 Vaccin antigrippal

Bien que cette année, le vaccin est très efficace pour protéger les gens contre l'influenza, le taux de vaccination antigrippale pour les employés de Vitalité est en baisse de 4.6 % en 2018-2019 comparativement à 2017-2018. D'ailleurs, le taux de vaccination antigrippale de Vitalité est de 24.9 %, alors que celui d'Horizon indique 64 %.

Contrairement au Réseau de santé Horizon, le vaccin est offert sur une base volontaire pour les employés du Réseau de santé Vitalité. Toutefois, dans le cas d'une éclosion dans un secteur, des mesures préventives supplémentaires sont appliquées, de concert avec le Service de prévention et contrôle des infections. Les démarches se poursuivent pour accentuer les efforts de sensibilisation et de communication.

Le Réseau devra également revoir sa stratégie l'an prochain pour améliorer le taux de vaccination antigrippale, entre autres raviver le Comité de promotion du vaccin antigrippal, assurer une présence accrue dans les médias, explorer les stratégies existantes dans les autres provinces, etc.

#### 4.8 Sondage Pulse qualité de vie au travail

Dans le cadre du développement d'une stratégie de mieux-être au travail, tous les employés ont été invités à remplir le sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, du 11 octobre au 9 novembre 2018.

À la lumière des résultats du sondage, un des principaux besoins exprimés par le personnel concerne un meilleur accès à du perfectionnement professionnel. Par ailleurs, le Réseau offre une variété de formations au personnel pour le maintien ou le développement de leurs compétences (en face à-face, en ligne, individuelle ou en groupe, webinaires, programme Harvard, etc.). Aussi, un budget de formation est alloué annuellement à chacun des secteurs/unités.

Des démarches de consultations par le biais de groupes de discussion sont en cours, afin de nous permettre de valider les résultats des sondages et d'identifier des pistes d'amélioration plus concrètes.

## 5. Autres

### 5.1 Présentation – Projets qualité – Services médicaux

Invitée : Dre France Desrosiers, VP – Services médicaux, Formation et Recherche

À titre d'information, Dre France Desrosiers, VP – Services médicaux, Formation et Recherche présente les projets de qualité découlant des secteurs des Services médicaux et chefferie médicale en lien avec le plan stratégique.

L'état d'avancement de la majorité des projets qualité progresse tel que prévue, entre autres l'évaluation préopératoire au secteur d'anesthésie, la consolidation du programme provincial de bariatrie au secteur de chirurgie, l'implantation du programme d'entrée unique (PEU) pour la clientèle ayant des maladies chroniques et aînés vulnérables, la mise en place des unités cliniques apprenantes, la révision du processus et des outils en lien avec les revues de mortalité et de morbidité pour en nommer que quelques-uns.

Les membres remercient Dre France Desrosiers pour cette présentation.

**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 (novembre 2018)**

Une révision complète des indicateurs du tableau de bord sera effectuée prochainement en tenant compte des objectifs spécifiques de l'organisation et un nouveau format comprenant les tendances et les écarts sera proposé. Une liste de projets et d'initiatives en cours pour les indicateurs présentant une performance inférieure à la cible est présentée, afin de faciliter la compréhension des indicateurs et des résultats.

Il y a plusieurs résultats inférieurs à la cible (rouge), par contre il y a des indicateurs dont les résultats sont annuels, donc les améliorations sont graduelles au cours de l'année. Plusieurs initiatives ont été mises en place, puis les efforts ont donné des résultats positifs. D'ailleurs, nous pouvons constater une amélioration continue en ce qui a trait aux chirurgies en attente de plus de 12 mois.

Un membre questionne si l'employeur peut recommander à son personnel d'être immunisé contre le virus de la grippe et dans certains secteurs, voir même l'exiger ? À ce jour, la vaccination contre la grippe saisonnière n'est pas obligatoire pour les employés du Réseau, mais tous devraient s'en prévaloir, puisque du point de vue éthique nous avons un grand rôle à jouer dans la protection de notre clientèle. Nous sommes actuellement à explorer les stratégies adoptées dans les autres provinces, de même qu'à savoir en quoi consiste la Loi sur les droits de la personne du N.-B. à cet égard. Comme discuté antérieurement, les mesures appropriées de prévention et de contrôle des infections sont appliquées rigoureusement dans le cas d'une pandémie possible d'influenza.

**7. Date de la prochaine réunion :** le 26 mars 2019 à 08:30.

**8. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Sonia A. Roy à 09:55.

---

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 26 mars 2019

**Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 22 janvier 2019**

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

Soumis le 1<sup>er</sup> mars 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

## Note d'information

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Date : le 26 mars 2019

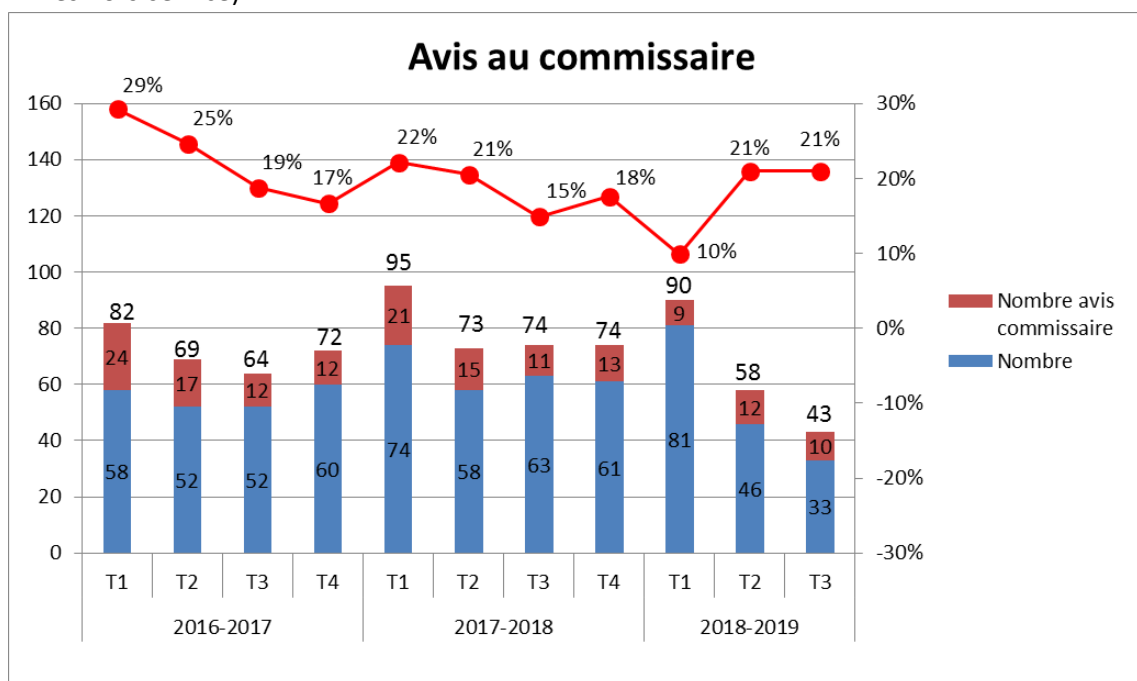
**Objet :** Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T3

**Décision recherchée**

- Le rapport trimestriel T3 – 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 troisième trimestre de 2018-2019.
1. Nombre total d'incidents et proportion d'incidents rapportés au Commissariat à l'intégrité (Inclus les hors-service)



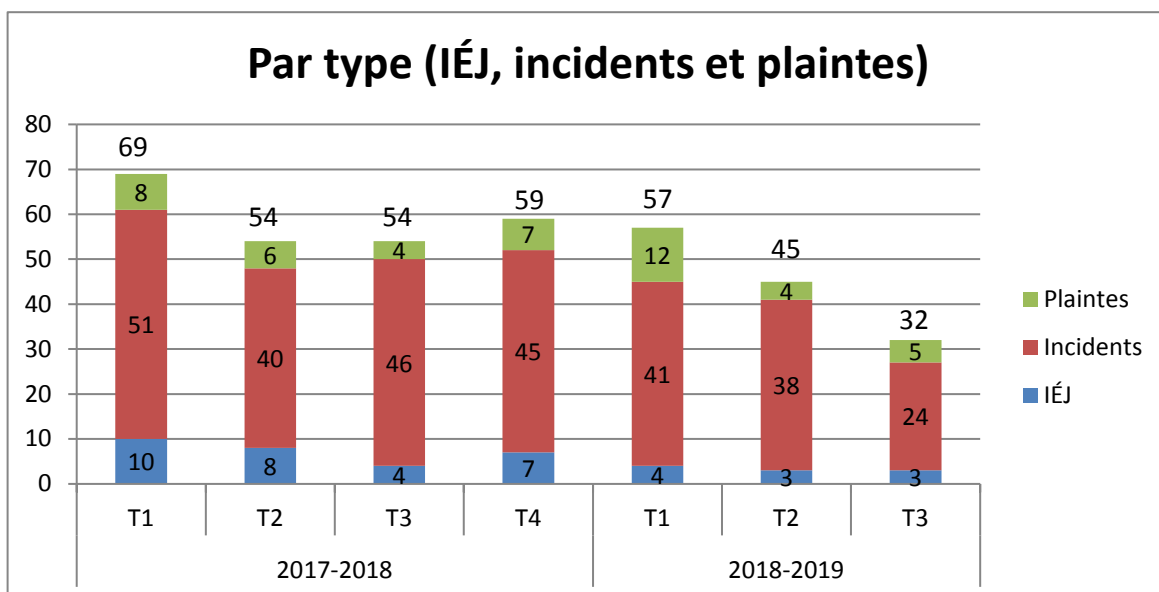
Il est à noter que seules les atteintes à la vie privée sont rapportées au Commissaire à l'intégrité. Un avis peut inclure plusieurs victimes.

2. Répartition des incidents rapportés par zone

Zone	2017-2018				2018-2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	
z1b	38 55%	23 43%	22 41%	35 59%	27 47%	24 52%	14 44%	
z4	11 16%	8 15%	18 33%	7 12%	18 32%	7 15%	3 9%	
z5	13 19%	11 20%	11 20%	9 15%	8 14%	6 13%	10 31%	
z6	7 10%	12 22%	3 6%	8 14%	4 7%	9 20%	5 16%	

On note une diminution du nombre d'incidents rapportés dans la Zone 4.

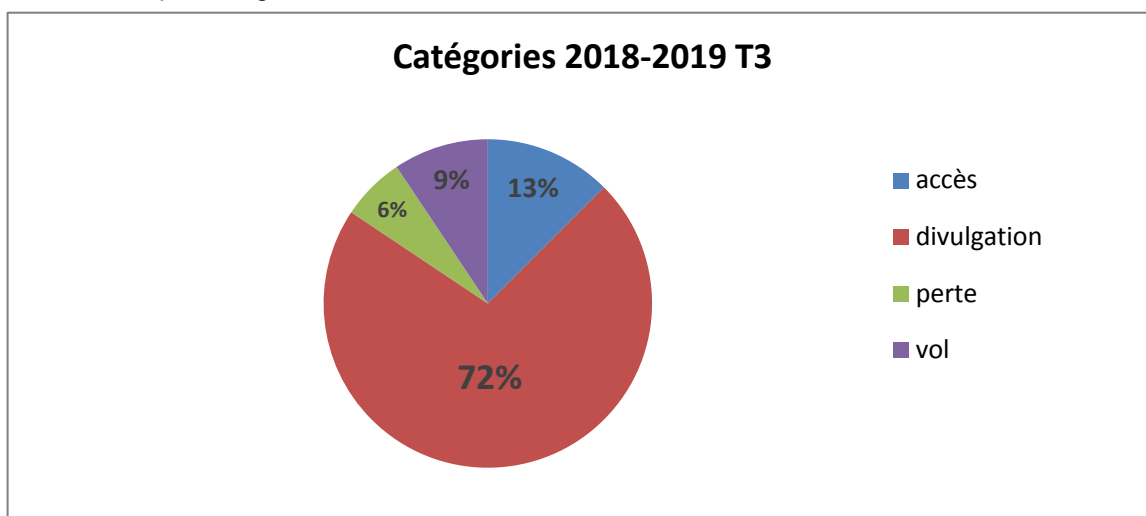
### 3. Incidents par type (exclus les hors services)



On observe aussi une tendance à la baisse au niveau des incidents rapportés et des plaintes.

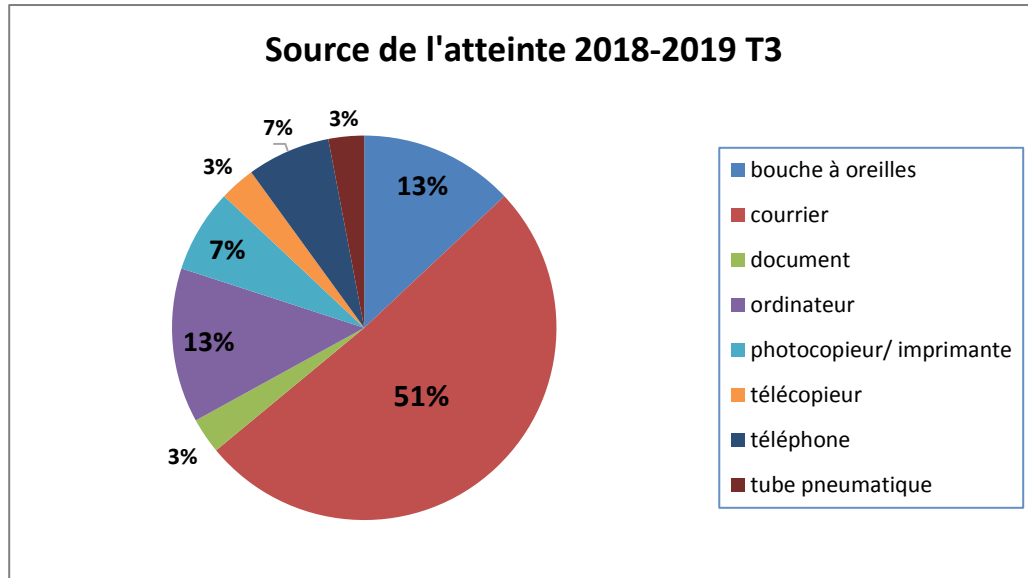
Lors du troisième trimestre, le suivi des plaintes et des incidents a mené à 12 notifications de victimes contre 97 au deuxième trimestre et 67 au premier trimestre de 2018-2019. Il est à noter que les notifications peuvent ne pas avoir lieu dans le même trimestre où l'incident ou la plainte a été rapporté.

### 4. Incidents par catégorie



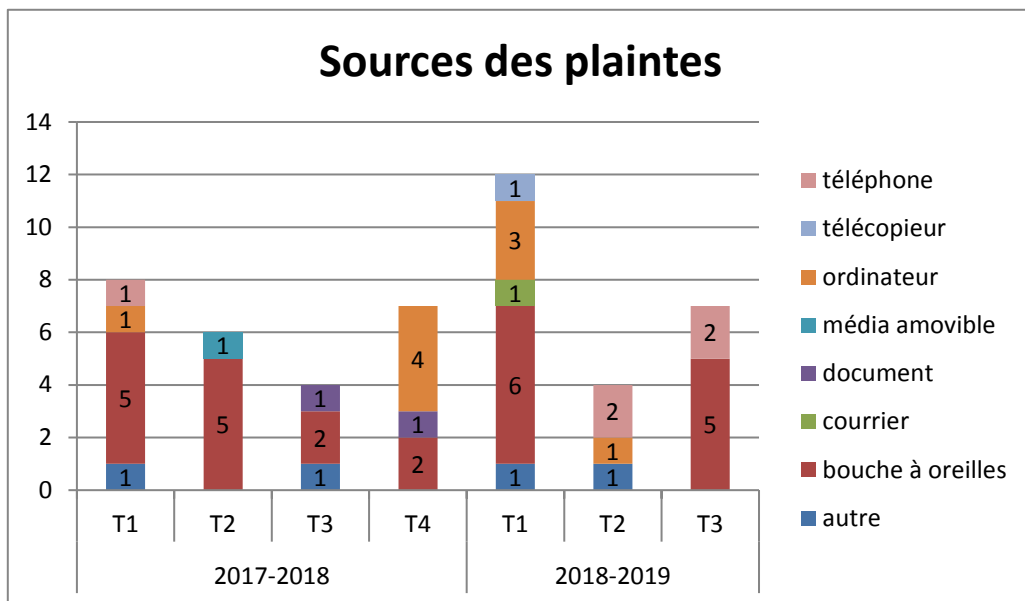
La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (72%) ou un accès non-authorized (13%).

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 troisième trimestre sont le courrier (51%), l'ordinateur (13%) et le bouche à oreille (13%). On note une diminution de la proportion des incidents impliquant des télécopieurs qui est passée de 19% à 3%.

6. Sources des plaintes (inclus les hors-service)

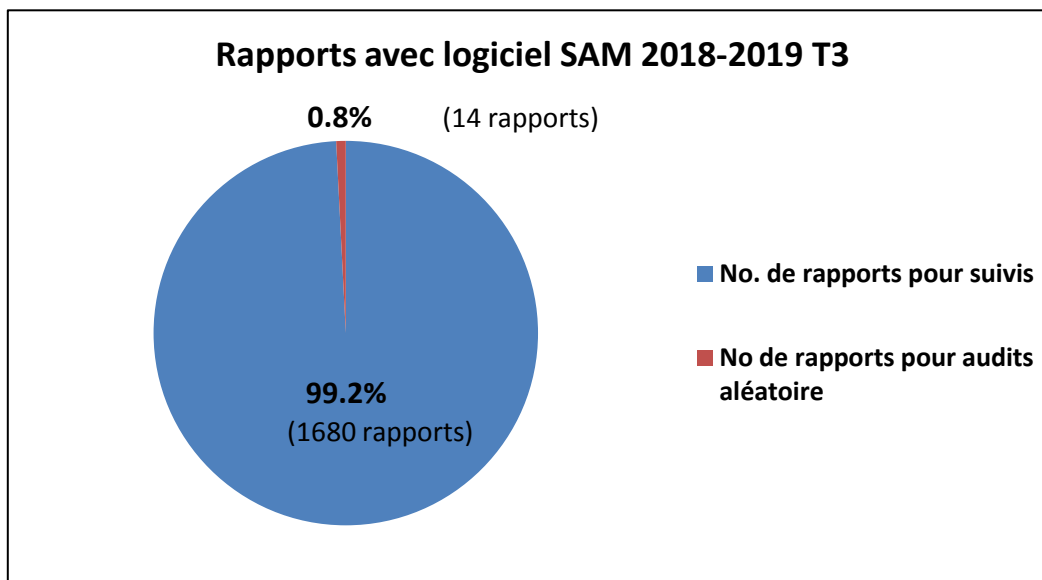


Pour le troisième trimestre de 2018-2019, la source principale de toutes les plaintes en lien à la confidentialité et la protection de la vie privée est la bouche à oreilles.



## 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. Le nombre de rapport d'audits aléatoires produit augmente graduellement.

Des initiatives sont en cours 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.

Une séance d'information a été offerte le 28 novembre 2018 dans la Zone 4 dans le cadre de la rencontre de l'OPML à laquelle on comptait 46 participants. Cette présentation portait sur les principes de la vie privée et sur leurs applications dans différentes situations auxquelles sont confrontées les médecins.

---

### Suivi à la décision

- Poursuivre les vérifications aléatoires et débiter la rétroaction au personnel dont les accès pour la période évaluée sont autorisés;
- Poursuivre la mise en œuvre de la Phase 2 du projet qui vise à étendre la surveillance aux non-employés par ex : médecins, stagiaires, etc.

---

## **Proposition et résolution**

---

Le rapport est présenté à titre d'information.

---

**Soumis le 12 mars 2019 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée**

---

## Note d'information

### Rapport sur les plaintes : Q3 2018-19

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Item 4.5

Date : le 26 mars 2019

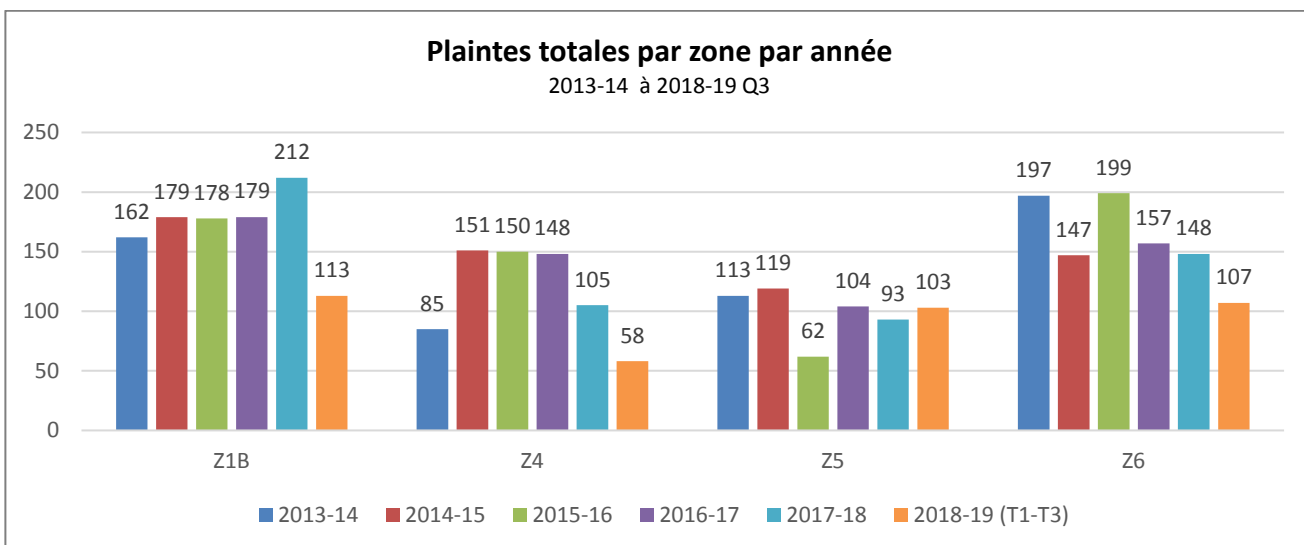
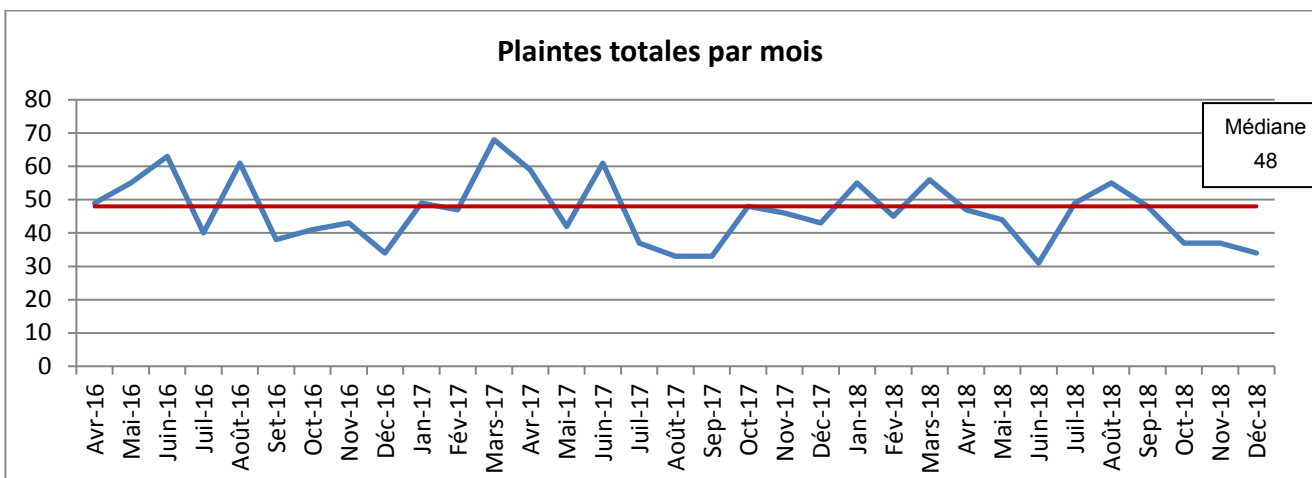
#### Rapport Q3 2018-19

- Rapport présenté à titre d'information

#### Contexte

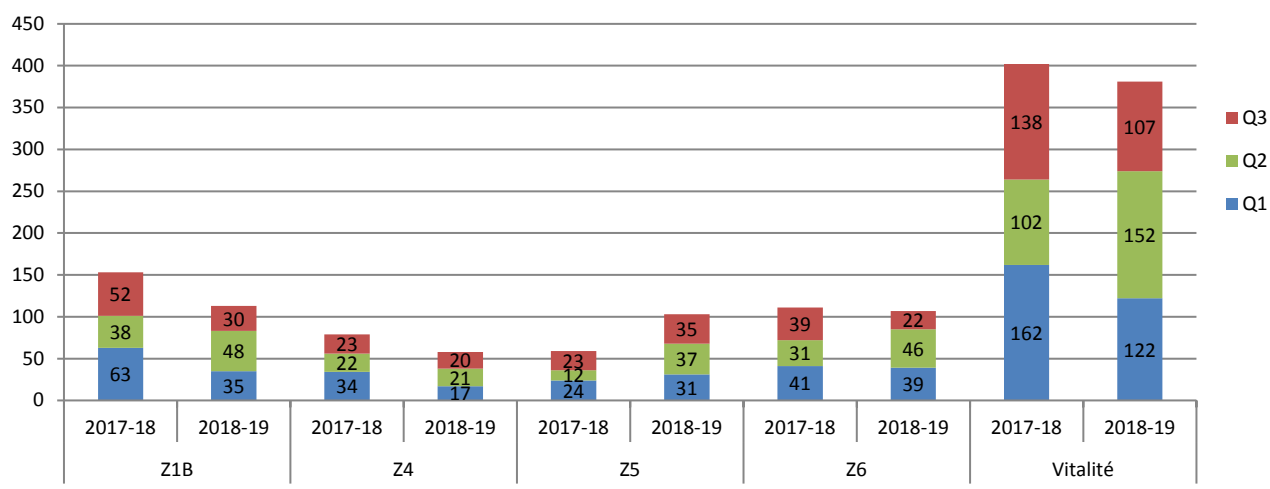
- Le présent rapport comprend les données des trois premiers trimestres de l'année financière 2018-2019, ainsi que les données comparatives pour l'année 2017-18.

#### Résultats



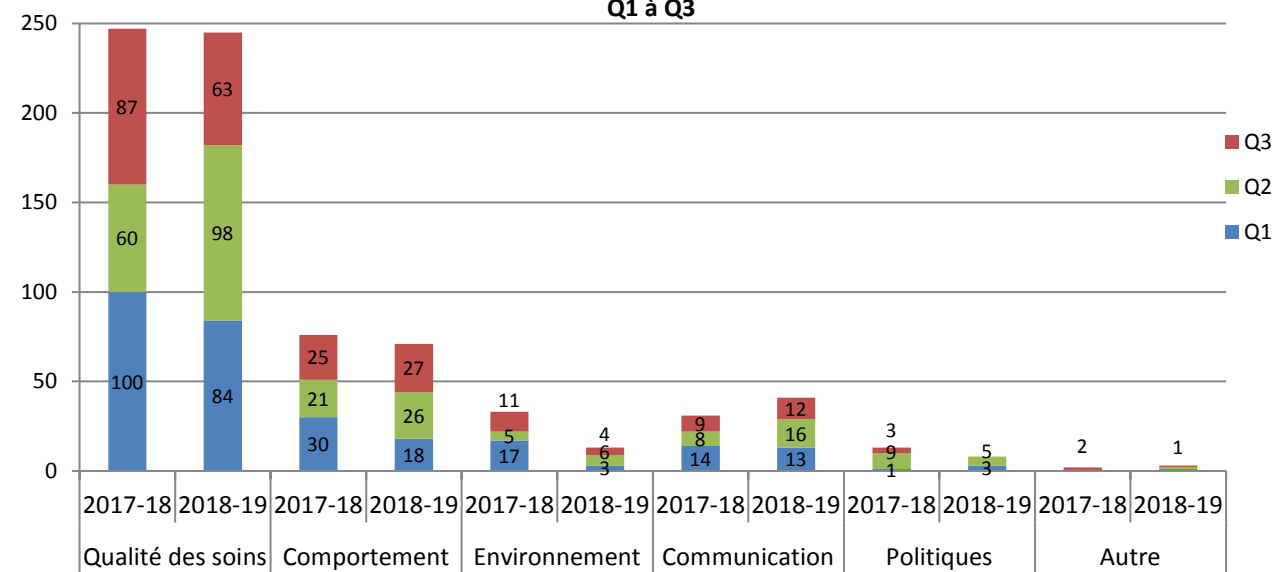
- Notez que les données de l'année 2018-19 sont pour le Q1 à Q3 seulement.

### Plaintes totales par zone Q1 à Q3



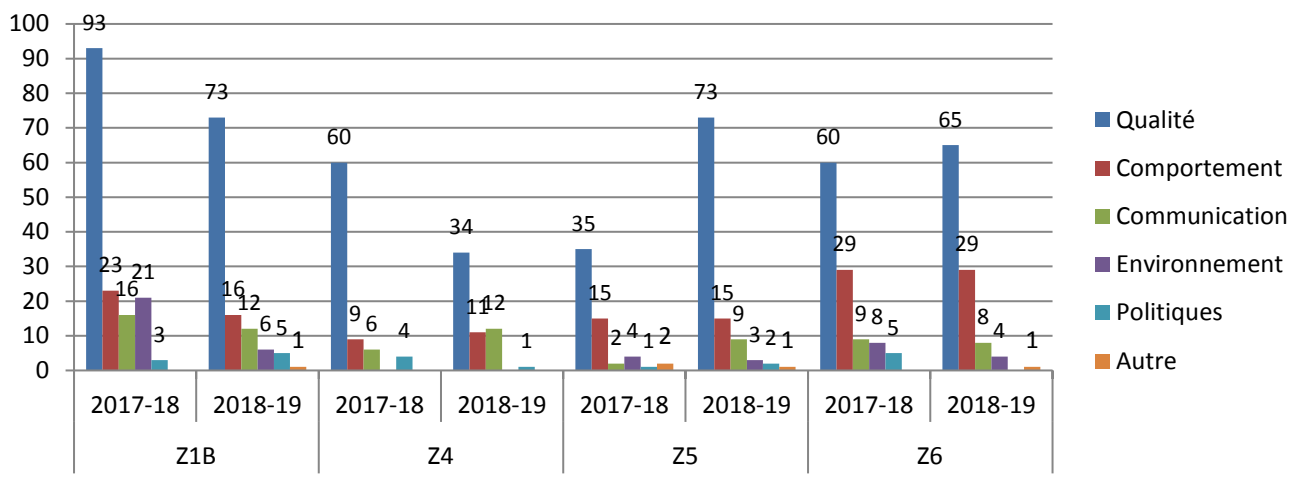
- On note une légère diminution dans le nombre total de plaintes (Q1 à Q3 2017 vs 2018) au niveau régional et dans chaque zone, sauf dans la Zone 5. Pour cette zone, on note que le nombre de plaintes a presque doublé à l'Hôpital régional de Campbellton (34 Q1-Q3 2017 vs 65 Q1-Q3 2018) et également au CHR (16 Q1-Q3 2017 vs 32 Q1-Q3 2018).

### Plaintes par catégorie Q1 à Q3



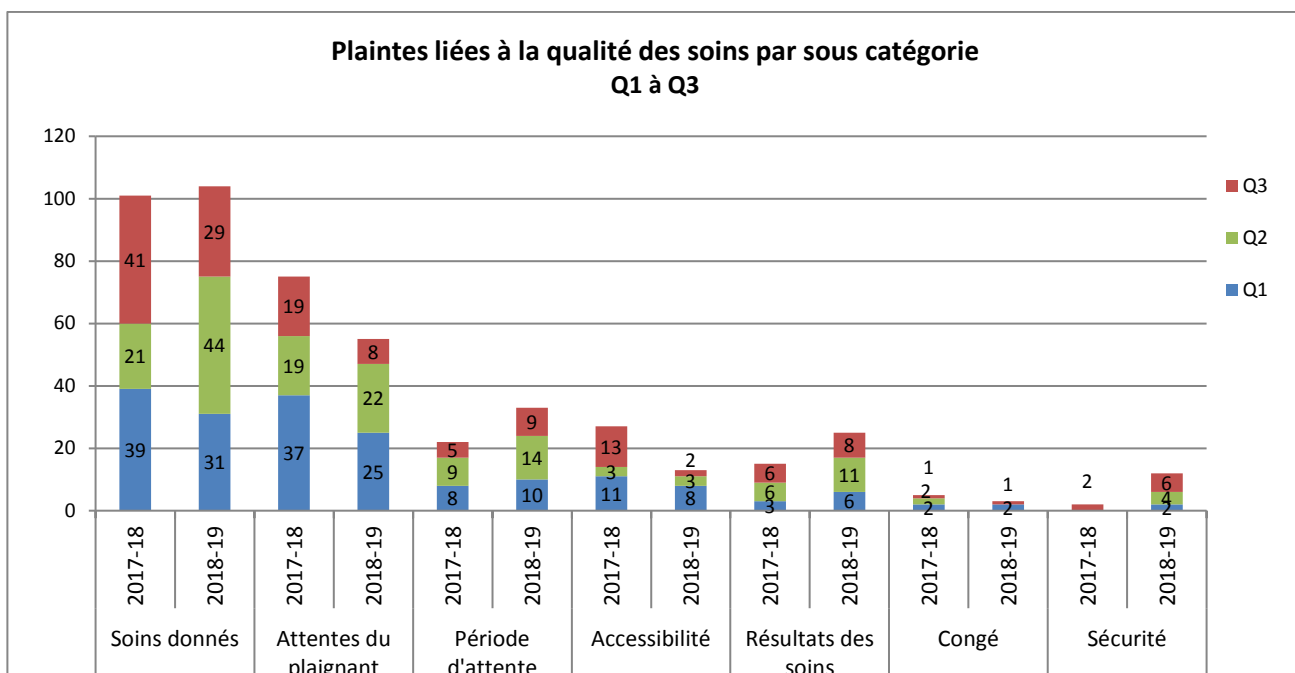
- On note une diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement (7%↓) et à l'environnement (61%↓). On note toutefois une augmentation dans le nombre de plaintes liées à la communication (32%↑).

### Plaintes par catégorie par zone Q1 à Q3



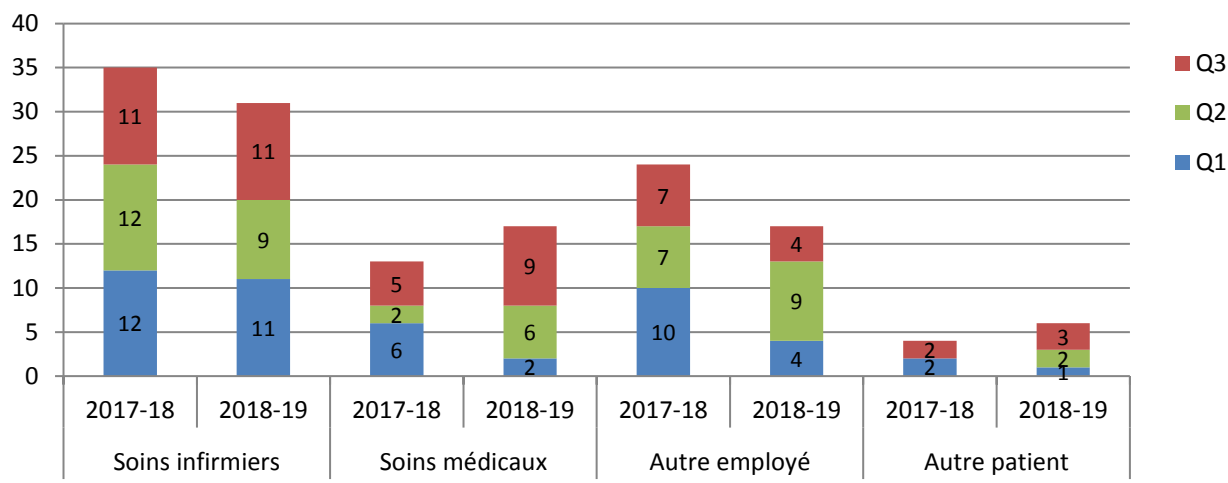
- Dans la Zone 1B (22%↓) et la Zone 4 (43%↓) on note une diminution dans le nombre total de plaintes liées à la qualité des soins. On note toutefois une augmentation (109%↑) dans la Zone 5 et (8%↑) dans la Zone 6.

### Plaintes liées à la qualité des soins par sous catégorie Q1 à Q3



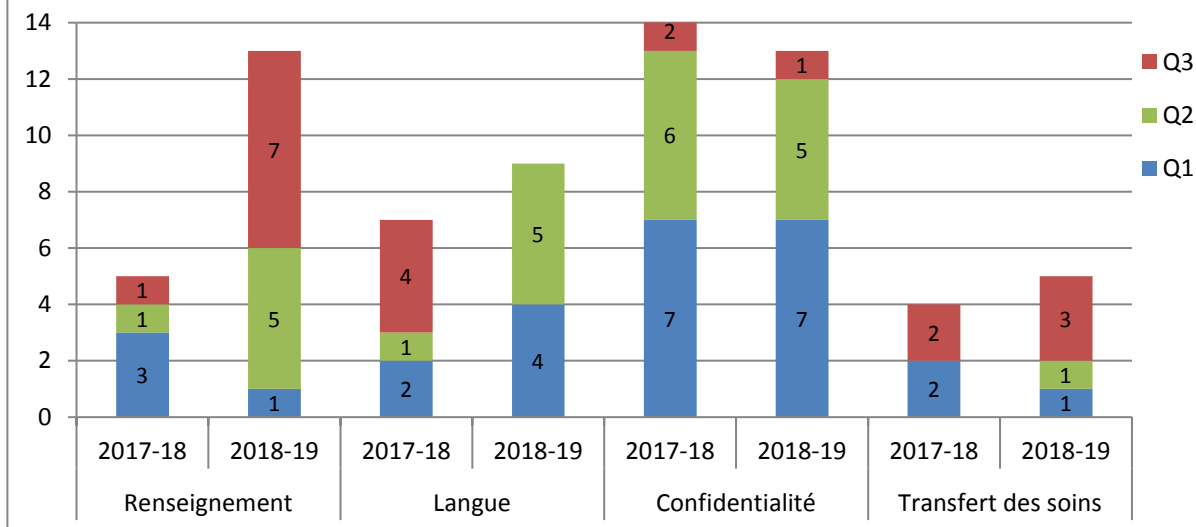
- On note une augmentation au niveau des plaintes liées aux soins donnés, la période d'attente, les résultats des soins et la sécurité. Les Services d'urgence comptent 30% des plaintes totales liées à la qualité des soins. On note une diminution du nombre de plaintes en lien avec les attentes du plaignant et l'accessibilité.

### Plaintes liées au comportement par type Q1 à Q3



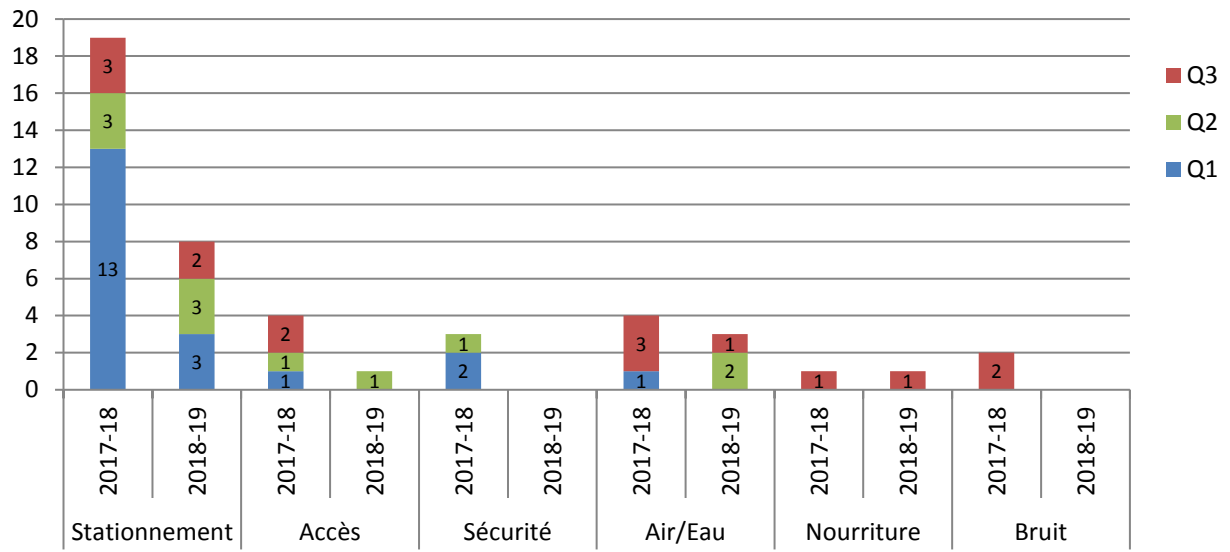
- On note une diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement (Q1 à Q3) dans les catégories des soins infirmiers et autre employé. Une augmentation est notée dans les catégories des soins médicaux (Q2 et Q3) et autres patients.

### Plaintes liées à la communication par type Q1 à Q3



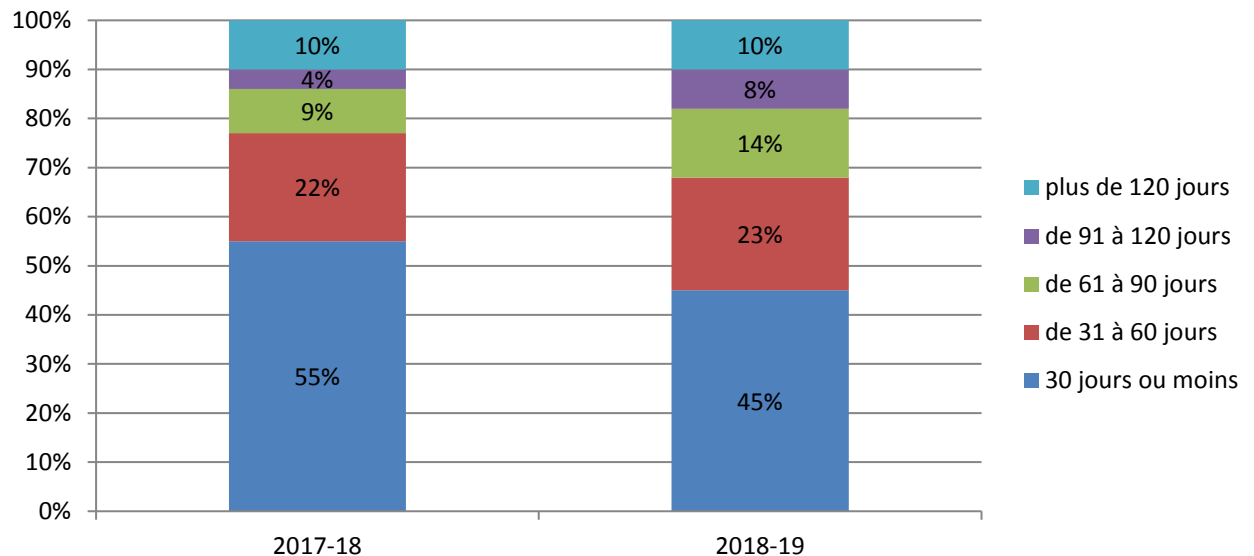
- On note une augmentation dans le nombre total de plaintes dans toutes les catégories, sauf la catégorie en lien avec la confidentialité. Les plaintes liées avec la catégorie renseignement a vu une augmentation de 160% (5 à 13). Les plaintes liées aux renseignements touchent les erreurs et annulations dans les dates de rendez-vous, des demandes de renseignement du bureau de l'Ombud et de fausses informations au dossier. La majorité des plaintes liées à la confidentialité sont par rapport à des bris potentiels de confidentialité.

### Plaintes liées à l'environnement par type Q1 à Q3



- On note une diminution importante des plaintes liées au stationnement (58%↓). La majorité des plaintes liées au stationnement (19 à 8) provenaient du CHUDGLD. Un groupe de travail s'était penché sur cette problématique.

### Délais de résolution des plaintes Q1 à Q3



- Des suivis étroits sont faits pour régler les plaintes dans le délai de trente jours. On note une diminution dans le taux de plaintes qui sont réglées à l'intérieur de 30 jours.

---

## Pistes d'amélioration / Recommandations

---

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

- Plainte en lien avec l'approche d'un bénévole. Dans le cadre de la semaine de reconnaissance des bénévoles, une présentation sera offerte aux bénévoles des quatre zones sur la communication (communication verbale et non verbale, attitude, approche) afin de mieux les outiller lors d'entretiens avec les patients et familles.
- Plainte en lien avec l'implication de la famille à la clinique préopératoire. Suivi fait avec le gestionnaire afin d'assurer que le patient est avisé qu'il peut apporter un membre de la famille/un proche à la visite préopératoire. Cet élément a été ajouté à la liste de choses à partager avec le patient lors de l'appel téléphonique pour confirmer le rendez-vous.
- Plainte en lien avec une quasi-erreur de médicament. Le formulaire de bilan comparatif des médicaments a été révisé afin d'assurer d'inscrire au formulaire la dernière dose du médicament pris.

---

Soumis le 8 mars 2019 par Monique McNair, Gestionnaire à la qualité et sécurité des patients

---



**Rapport trimestriel des incidents (T3 de 2018-2019)**  
 Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
 Item 4.6  
 Date : le 26 mars 2019

**Décision recherchée**

Le rapport trimestriel (T3 – octobre à décembre 2018) des incidents est présenté à titre d'information et avis.

**Contexte / Problématique**

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

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

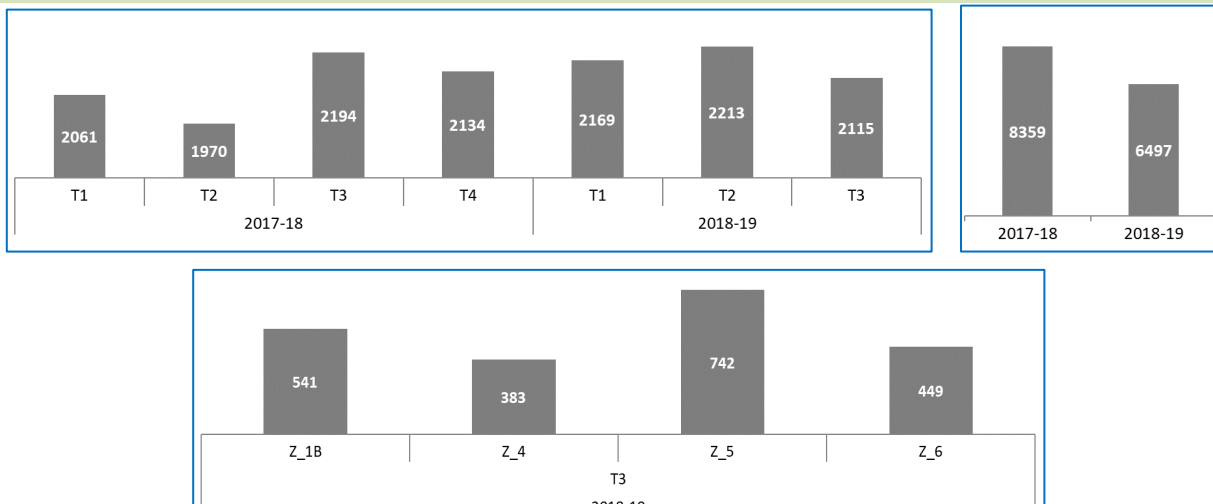
Les statistiques et graphiques représentent les données extraites des incidents « rapportés ». Il est important de considérer que les données peuvent varier d'un rapport à l'autre en raison de la mise à jour qui est faite sur une base mensuelle. Les gravités des incidents peuvent également varier car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

**Considérations importantes**

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

**Résultats :**

**1- Total des incidents rapportés**



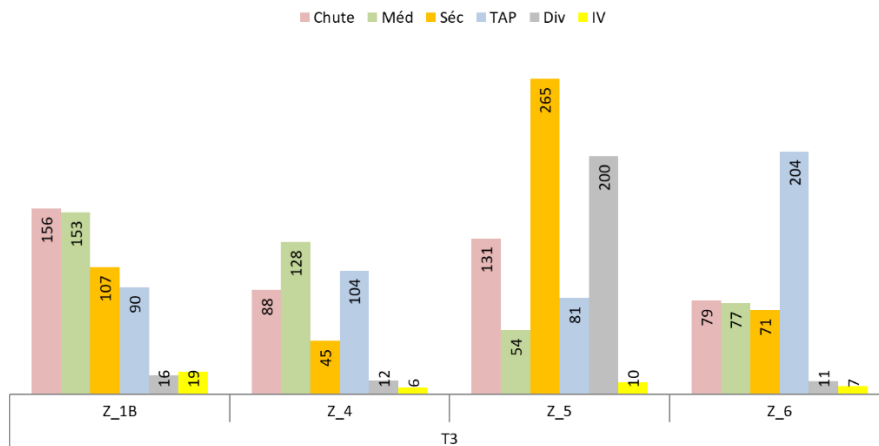
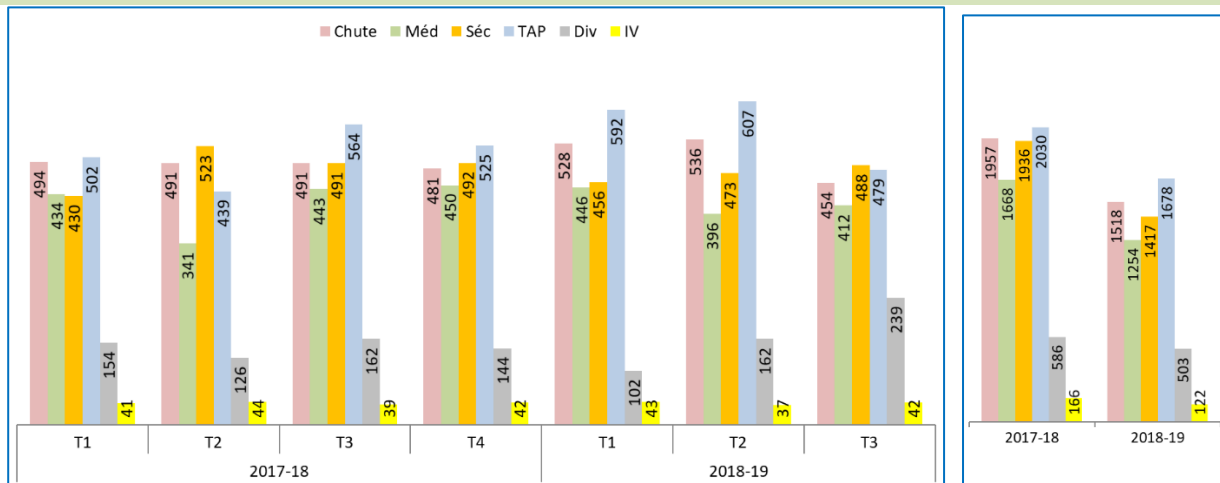
**Observations / Explications :**

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

**Mesures prises :**

- Les gestionnaires reçoivent mensuellement un rapport de tendance sur les incidents rapportés propre à leur(s) service(s) et peuvent ainsi identifier les tendances et cibler les occasions d'amélioration. C'est un travail en continu.

## 2- Catégories des incidents rapportés.



### Observations / Explications :

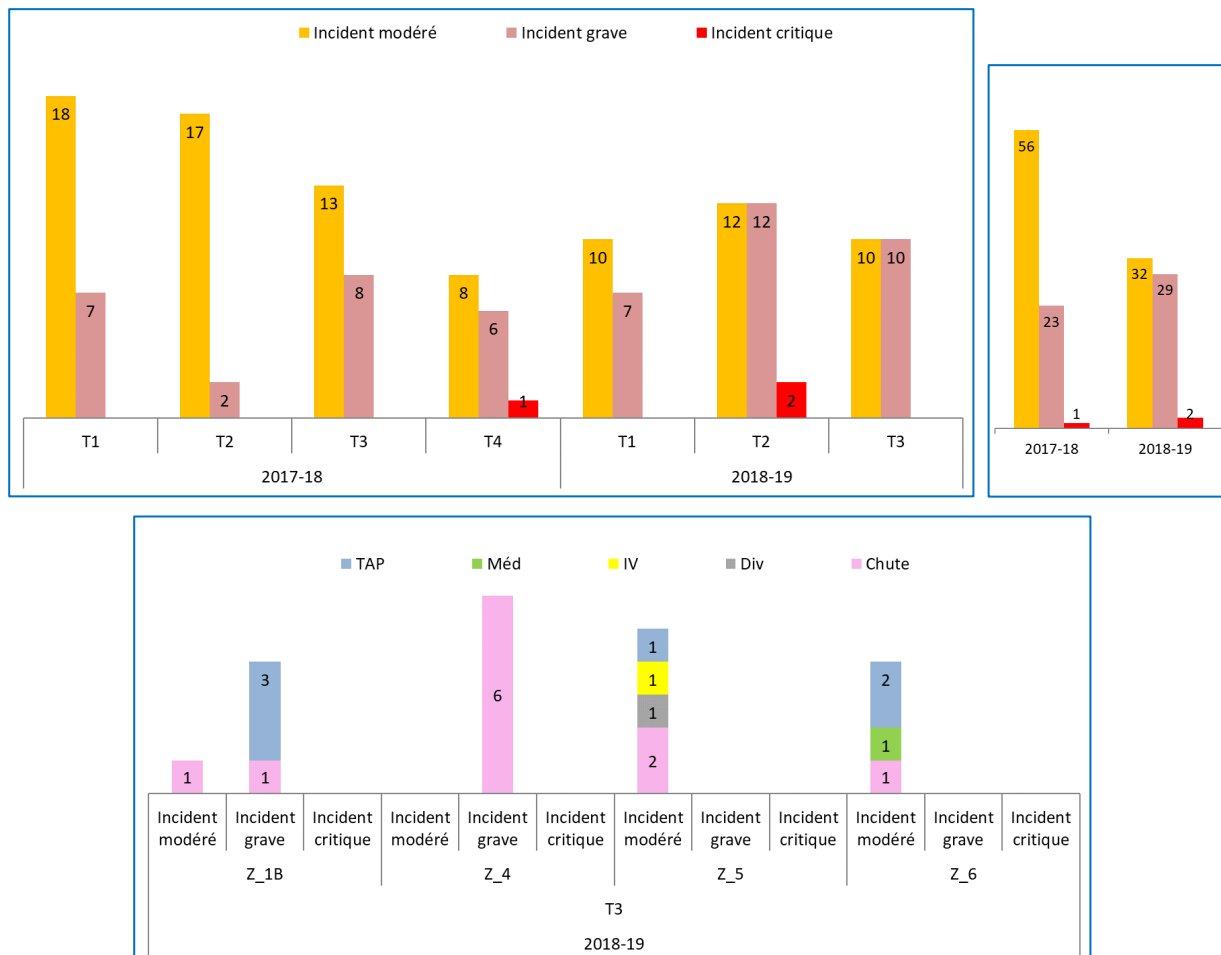
- Globalement, on remarque une diminution du nombre d'incidents de chutes et ceux de type Traitement/analyse/procédé pour le T3 par rapport au T2 alors que ceux de type Divers ont augmenté.
- La Zone 1B a vu le nombre d'incidents de Sécurité augmenter en T3 comparativement en T2 (+23). Cette hausse n'est pas attribuable à un service en particulier ni à un type spécifique d'incidents de cette catégorie.
- Les incidents de sécurité sont encore une fois beaucoup plus fréquents dans la Zone 5 qu'ailleurs, plus spécifiquement au CHR (54% du nombre global d'incidents de sécurité). Ceci le demeurera en raison de la clientèle qui présente des besoins et défis particuliers. Les principaux types rapportés sont les agressions et les altercations/abus verbaux. Les efforts se continuent afin de réduire ce nombre.
- Les incidents de type Divers sont également plus élevés dans la Zone 5 qu'ailleurs et ce, plus précisément au CHR. Plus spécifiquement, ce sont des incidents d'automutilation sur une unité en particulier qui ont connu une hausse marquée à ce trimestre et des mesures ont déjà été mises en place de concert avec la gestionnaire pour en réduire la fréquence.

- Les incidents de type Traitement/Analyse/Procédé sont plus élevés dans la Zone 6 qu'ailleurs. Des pistes d'amélioration ont déjà été identifiées et présentées au secteur concerné. Un suivi plus étroit sera effectué avec ce secteur.

#### Mesures prises :

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

### 3- Incidents modérés, graves et critiques



#### Observations / Explications :

- Avant de poursuivre dans cette section, il est important de souligner que tous les incidents avec des gravités modérées, graves et critiques ont été révisés par notre service à partir du T1 de l'année 2017-2018 jusqu'au T3 de l'année en cours. Ceci nous a permis de dresser un portrait plus juste du nombre d'incidents avec ces gravités. En comparant les données qui vous ont été présentées dans la note d'information de T2, vous serez en mesure de constater les différences, sauf pour les incidents critiques qui sont demeurés inchangés.
- Pour T3, baisse légère du nombre global d'incidents modérés et graves, alors qu'aucun incident critique n'a été rapporté. Aucun incident grave n'a été rapporté dans les zones 5 et 6.

### Mesures prises :

- Tous ces incidents ont fait l'objet d'un suivi, certains sont encore en cours, et des pistes d'améliorations ont été identifiées et mises en place ou sont en voie de l'être.
- Presque tous les incidents graves de la Zone 4, qui furent des chutes, ont été référés à la qualité pour revue. De plus, un courriel fut envoyé à toutes les infirmières gestionnaires et ressources de la zone afin de les aviser du nombre inquiétant de chutes avec blessures graves et leur réitérer l'importance de suivre le programme de prévention des chutes et d'établir un plan avec le patient et la famille lorsque celui-ci est à risque de chute.
- Les incidents graves de la Zone 1B ont eux aussi été référés à la qualité pour revue.
- Deux incidents modérés (TAP/lésion de pression et Incident relié aux médicaments/omission) de la Zone 6 ont également été référés pour revue.

### 4- Suivis suite aux Analyses de tendances

- En novembre 2018, hausse du nombre d'incidents reliés aux médicaments (Soins prolongés – HRE- Zone 4) : rencontre en janvier 2019 avec infirmières gestionnaires et ressources pour révision et mise à jour du plan d'analyse de cause profonde qui avait été fait en janvier 2018.
- En novembre 2018, hausse du nombre d'incidents de Sécurité et Divers- automutilation pour 3 patientes en particulier (Unité des jeunes – CHR - Zone 5). Analyse multi-incidents effectuée et équipe multidisciplinaire impliquée au plan de soins pour l'une des 3 patientes. L'efficacité des mesures prises sera évaluée au prochain trimestre.
- En septembre 2018, hausse du nombre d'omission de dépistage de SARM et ERV (Médecine – HRC – Zone 5). Révision du processus de dépistage fait par la gestionnaire avec les employés.

---

#### Suivi à la décision

Poursuivre l'analyse des tendances.

---

#### Proposition et résolution

Aucune.

---

Soumis le 2019-03-05 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques

---

**Note couverture**

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Date : le 26 mars 2019

**Objet : Rapport du Comité consultatif des patients et familles**

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une première réunion le 28 février 2019. Ce comité est formé de patients et membres de famille des quatre zones du Réseau, ainsi que des membres de la direction et a pour but de promouvoir et soutenir une culture de soins centrés sur les patients et les familles.

Lors de cette première rencontre, les membres ont reçu une orientation portant sur le mandat et les responsabilités du comité, ainsi que sur le rôle des partenaires de l'expérience patient.

Également, lors de sa réunion du 28 février 2019, une rétroaction par rapport au nouveau code d'éthique proposé a été demandée aux membres d'ici la prochaine réunion. Une mise à jour du code d'éthique était nécessaire, afin de mieux refléter les valeurs du Réseau, mais aussi les meilleures pratiques.

Une recommandation découle de cette réunion :

**MOTION 2019-02-28 / 02CCPF**

Proposé par Thérèse Tremblay

Appuyé par Mélanie Morin

Et résolu que le mandat du Comité consultatif des patients et familles soit adopté tel que présenté et qu'une révision soit effectuée annuellement.

**Adopté à l'unanimité.**

Le comité tiendra quatre réunions par année et rendra compte des activités au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

Soumis le 15 mars 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

**Note couverture**

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Date : le 26 mars 2019

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

Vous trouverez ci-joint la politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 1<sup>er</sup> mars 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	COMITÉ DES SERVICES À LA CLIENTÈLE, DE LA GESTION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ	<b>N° :</b> CA-350
<b>Section :</b>	Comités du Conseil	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2019-06-
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2018-06-26
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b> 2019-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>		

### BUT

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

### Composition et fonctionnement

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

### Responsabilités

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

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

2. Le Comité s'acquitte aussi de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

### Rapport

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



## Politique / Procédure N° : CA-350

---

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

### Plan de travail et objectifs annuels du Comité

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

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

**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 26 mars 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 janvier 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 décembre 2018 à février 2019 un total de 14 revues ont été effectuées (6 incidents et 8 suicides en communauté) et un total de 47 recommandations ont été émises.
- De ces 47 recommandations : 9 sont en place, 24 sont en voie d'implantation (la plupart avec échéanciers dans les prochains mois) et 14 sont non débutés. Voir document ci-joint « Résumé des incidents et des recommandations - Comités de revues décembre 2018 à février 2019 ».

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

- Il y a 19 revues effectuées avant décembre 2018 avec recommandations incomplètes. Pour ces dix-neuf revues, 59% (57/97) des recommandations sont implantées et il reste 40 recommandations à mettre en place.
- Les 19 revues incomplètes concernent des incidents liés à des traitements/procédures (ex. transmission des valeurs de laboratoire et résultats d'imagerie médicale), des suicides en communauté, des chutes avec blessure, un patient manquant, une fugue, un code blanc et un décès non attendu.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et progresse bien. Plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir.
- Quatre revues ont été effectuées en lien avec des plaies de pression acquises lors de l'hospitalisation (1 dans la Z1B, 1 dans la Z4 et 2 dans la Z6) entre juin et novembre 2018. Afin d'assurer une approche régionale et concertée, les recommandations ont été placées dans un plan d'action global. Un total de 31 recommandations a découlé de ces quatre revues. Pour ces revues, 29% (9/31) des recommandations sont implantées et il reste 22 recommandations à mettre en place.
- Les 22 recommandations qu'ils restent à compléter touchent, entre autres la formation spécialisée pour les infirmières ressources, les audits de conformité à poursuivre, l'utilisation d'outils de transfert d'information et de dépistage de risque nutritionnel, la coordination régionale du programme de prévention de plaies de pression, la coordination et gestion des équipements et surfaces thérapeutiques et amélioration des pratiques de mobilisation des patients.
- Les 22 recommandations sont toutes en voie d'implantation et on note que le taux d'avancement des recommandations est de 55%.

**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 impact sur les ressources

**Considérations importantes**

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

---

### **Suivi à la décision**

---

- Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.
- 

### **Proposition et résolution**

---

Proposé et appuyé

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

Adoption

---

Soumis le 18 mars 2019 par Nicole Frigault – Directrice qualité, risque et expérience patient

---

## Résumé des incidents et recommandations – Comités de revues décembre 2018 à février 2019

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Chutes avec blessures sérieuses (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un rappel sur la documentation de l'incident dans le dossier du patient.</li> <li>- Faire un rappel au Service d'entretien ménager sur l'importance que les planchers lavés soient secs dans un temps raisonnable.</li> <li>- Assurer l'application de tous les éléments du programme de prévention des chutes (ex: évaluation du risque de chute, intervention, etc.).</li> <li>- Faire des audits de chutes approfondis sur des patients qui ont chuté afin de vérifier si toutes les étapes du programme de chute ont été suivies et faire les suivis nécessaires.</li> <li>- Explorer les possibilités d'avoir des bas antidérapants pour les patients.</li> <li>- Assurer d'avoir les protecteurs de hanches en place pour les patients désorientés.</li> <li>- Assurer l'utilisation de la table sur la chaise gériatrique pour les patients désorientés et documenter l'intervention dans les notes d'infirmières.</li> </ul>
Suicides en communauté (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préciser dans la politique du code jaune du Service de traitement des dépendances (STD) les démarches à suivre auprès de policiers lorsqu'ils retrouvent un patient en fugue du STD.</li> <li>- Développer une procédure à suivre afin d'assurer une continuité de soins avec le Centre de santé mentale communautaire (CSMC) pour les patients se présentant avec un trouble de santé mentale à la Clinique sans rendez-vous du CSC St Joseph.</li> <li>- Donner des sessions d'information aux employés et médecins de la Pratique collaborative et de la Clinique sans rendez-vous du CSC St Joseph sur les services offerts par le Centre de crise du CSMC.</li> <li>- Obtenir le consentement éclairé du patient au congé afin de promouvoir la communication entre les différents services.</li> <li>- Promouvoir l'habitude de contacter tous les intervenants impliqués dans le dossier lors d'un changement dans la condition du patient.</li> <li>- Offrir aux patients la possibilité de voir un autre intervenant, lors d'une annulation d'un rendez-vous ou d'une session de groupe offerte par le CSMC.</li> </ul>
Décès suite à une procédure en externe (2 revues)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discontinuer immédiatement l'utilisation de l'endoscope (EBUS).</li> <li>- Évaluer la possibilité de faire un projet de construction pour une nouvelle salle de retraitement (stérilisation) des endoscopes.</li> <li>- Examiner la possibilité de placer une porte temporaire pour séparer les aires du secteur de retraitement.</li> <li>- Inclure la construction d'une nouvelle salle de retraitement au plan directeur du CHUDGLD.</li> <li>- Maximiser les changements qui vont avoir lieu pour les aménagements des salles en janvier 2019 afin d'optimiser la stérilisation des EBUS, d'assurer la stérilisation "ready use" et de faire une analyse des procédures.</li> <li>- Faire une vérification de la technique et le maintien de stérilité dans la salle lors des procédures bronchoscopiques.</li> <li>- Offrir une formation aux infirmiers et aux médecins de la clinique externe sur la manipulation des endoscopes et sur le pré-nettoyage de ceux-ci.</li> <li>- Continuer la formation annuelle avec la compagnie Olympus sur l'utilisation, la manipulation et le retraitement de leurs scopes (ex: EBUS, etc.) pour le personnel infirmier et de la stérilisation.</li> <li>- Avoir des bacs pour transporter les scopes propres et souillés.</li> <li>- Voir à la possibilité d'installer des cabinets Hepafilter pour l'entreposage des scopes.</li> <li>- Faire une évaluation ergonomique des salles de procédures à la clinique externe et élaborer un plan pour la mise en place des recommandations émises.</li> <li>- Faire l'achat de nouveaux éviers (pour diminuer les bris, diminuer la contamination croisée et améliorer l'ergonomie des employés).</li> <li>- Évaluer la possibilité d'améliorer ou d'avoir un nouveau système de ventilation pour les salles.</li> <li>- Placer un évier dans la salle de bronchoscopie à la clinique externe.</li> <li>- Voir à la possibilité de sortir les scopes de la salle de retraitement et de la salle de procédure.</li> <li>- Faire un rappel sur le lavage des mains entre les procédures aux cliniques externes.</li> <li>- Assurer que le nombre de procédures allouées par jour dans chaque clinique qui utilise les scopes est adéquat en comparaison avec la possibilité de retraitement.</li> <li>- Assurer une communication optimale entre le service de stérilisation et la clinique externe (infirmières et médecins).</li> <li>- Examiner les options possibles afin d'assurer que les salles soient nettoyées entre les patients.</li> <li>- Évaluer la dotation du personnel en fonction des espaces futures et voir à la possibilité d'ajouter un poste à temps plein pour effectuer les tâches nécessaires.</li> <li>- Améliorer les espaces physiques en stérilisation afin d'avoir une espace entre l'endroit désigné propre et l'endroit désigné souillé (ex. one-way workflow).</li> <li>- Évaluer et assurer la conformité aux normes CSA en matière de salle de retraitement des endoscopes.</li> </ul>

<p>Accouchement d'un mort-né à 38 semaines de grossesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir la question "méthode de conception" dans le questionnaire du dossier anténatal.</li> <li>- Donner accès aux médecins accoucheurs et obstétriciens aux tracés du cœur foetal à partir de la maison et du cabinet de pratique.</li> <li>- Plastifier et afficher la feuille avec les critères de demandes pour un profil biophysique dans les salles d'examen obstétrique.</li> <li>- Assurer que toutes les patientes dont la méthode de conception fut par traitements d'infertilité aient une consulte avec l'obstétricien dès le début du suivi anténatal.</li> <li>- Rendre disponible une liste de critères d'une grossesse à haut risque dont une consultation avec l'obstétricien serait nécessaire.</li> <li>- Avoir une politique en place sur la gestion d'une mortinatalité / décès d'un nouveau-né.</li> </ul>
<p>Suicide à l'unité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer que les évaluations aux heures (rondes), afin de vérifier l'état des patients, soient bien comprises et suivies sur toutes les unités du CHR.</li> <li>- Continuer les démarches de recrutement afin d'assurer un ratio adéquat de personnel aux unités de soins du CHR.</li> </ul>

**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  
 Date : le 26 mars 2019

<b>Décision recherchée</b>		
Ce rapport est fourni à titre d'information et avis.		
<b>Contexte / Problématique</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les prochains mois, une révision complète des indicateurs des tableaux de bord du Réseau sera effectuée.</li> <li>• Un nouveau format pour les tableaux de bord du Réseau sera proposé dans les prochains mois.</li> <li>• Plusieurs initiatives du tableau de bord stratégique sont complétées.</li> </ul>		
<b>Considérations importantes</b>		
<b>Sommaire des tableaux de bord</b>		
Tableau de bord	Indicateurs avec performance atteignant ou au-delà de la cible	Indicateurs avec performance inférieure à la cible
Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)</li> <li>- Taux de conformité aux audits de documentation</li> <li>- État d'avancement des projets de qualité</li> <li>- Nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus</li> <li>- % de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE et Dumont seulement)</li> <li>- Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées</li> <li>- Nombre d'initiatives mises en œuvre dans les établissements du Réseau</li> <li>- État d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation</li> <li>- % d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel</li> <li>- Taux pour les accidents de travail</li> <li>- Coût par habitant pour les soins de santé</li> <li>- Variance entre le budget et les dépenses actuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants</li> <li>- % de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques</li> <li>- % de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé en santé mentale</li> <li>- Nombre de guides de pratiques pour maladie chronique mis en œuvre</li> <li>- Chirurgies en attente de plus de 12 mois</li> <li>- % Chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)</li> <li>- % Chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)</li> <li>- % initiatives du Plan d'équité complétée</li> <li>- Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté</li> <li>- Nombre de visites dans les cliniques itinérantes.</li> <li>- # de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place</li> <li>- Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes</li> <li>- Moyenne de jours de maladie payés par employé</li> <li>- Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place</li> <li>- Coût par jour repas</li> </ul>

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"> <li>- Taux de césariennes à faible risque</li> <li>- Taux d'infections au C. diff. SARM et ERV</li> <li>- Taux de réadmissions dans les 30 jours</li> <li>- Taux de roulement</li> <li>- Heures travaillées PPU/jours-patients</li> <li>- Durée moyenne de séjour</li> <li>- Heures travaillées PPU/jours-patients</li> <li>- % des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales</li> <li>- Variance en salaires et bénéfices</li> <li>- Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (moyenne en minutes)</li> <li>- % de lits occupés par des cas de SLD</li> <li>- Taux de chute</li> <li>- Taux d'erreurs de médicaments</li> <li>- Taux de conformité à l'hygiène des mains</li> <li>- Ratio normalisé de mortalité hospitalière</li> <li>- Taux de conformité dans les appréciations de rendement</li> <li>- Taux global de conformité aux modules e-apprentissage</li> <li>- Nombre de nouveaux griefs</li> <li>- % de vaccination-grippe saisonnière</li> <li>- % d'heures de maladie,</li> <li>- % d'heures de surtemps</li> <li>- % de visites 4 et 5 à l'urgence</li> <li>- Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail</li> <li>- Variance en médicaments</li> </ul>
<p>L'annexe présente une liste de projets et d'initiatives en cours pour les indicateurs présentant une performance inférieure à la cible.</p>		
<b>Suivi à la décision</b>		
Aucun suivi à la décision.		
<b>Proposition et résolution</b>		
Aucune proposition à suggérer.		
<b>Soumis le 12 mars 2019 par l'équipe de la planification et de l'amélioration de la performance</b>		

## ANNEXE

Indicateurs avec performance inférieure à la cible	Projets ou initiatives
<b>Plan stratégique</b>	
<b>Taux d'hospitalisation pour démence par 100 000 de population</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le gérontopsychiatre et l'infirmier planifient un plan d'intervention non pharmacologique en communication avec les médecins et les intervenants du milieu de vie.</li> </ul>
<b>% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le guichet unique pour les patients ayant plus d'une maladie chronique sera mis en place.</li> <li>- L'hôpital virtuel est mis en place au CHUDGLD et à l'HRE.</li> <li>- 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).</li> <li>- Le développement d'une stratégie et l'implantation afin de réduire le taux d'hospitalisation dû aux MPOC.</li> </ul>
<b>% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Un programme de réadaptation en santé mentale pour la clientèle du CHR.</li> </ul>
<b>Nombre de guides de pratiques pour maladie chronique mis en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les pratiques standardisées de traitement en continu des maladies chroniques MPOC, diabète et insuffisance cardiaque seront appliquées sur tout le territoire.</li> <li>- 10 patients partenaires seront formés et intégrés dans les plans de soins des patients réceptifs souffrant de maladies chroniques.</li> <li>- Un guichet unique pour les patients ayant plus d'une maladie chronique sera mis en place.</li> </ul>
<b>Chirurgies en attente de plus de 12 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 projets d'alternatives seront explorés en chirurgie (court séjour 4A, ERAS, suivi post-op)</li> </ul>
<b>% chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La liste d'attente en chirurgie orthopédique a été réduite.</li> </ul>
<b>% chirurgie d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La liste d'attente en chirurgie orthopédique a été réduite.</li> </ul>
<b>% initiatives du Plan d'équité complétée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire une analyse de la disparité salariale entre les catégories professionnelles et aussi faire une comparaison avec le privé et d'autres provinces.</li> </ul>



<b>Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté</b>	- Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.
<b>Nombre de visites dans les cliniques itinérantes.</b>	-Le nombre de cliniques itinérantes spécialisées sera augmenté dans les communautés plus à risque.
<b>Nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place</b>	-En développement.
<b>Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes</b>	- L'Hebdo, nouvel outil de communication interne, a été mis en œuvre en mai 2017. -La page d'accueil du Boulevard a été modifiée pour permettre la publication de nouvelles régionales et locales (par zone).
<b>Moyenne de jours de maladie payés par employé</b>	-Poursuivre le développement de la stratégie du mieux-être (notamment : stress, charge de travail).
<b>Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place</b>	-Le nombre de communications avec la population, sous de multiples plateformes, sera augmenté significativement.
<b>Coût par jour repas</b>	-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.
<b>Plan opérationnel</b>	
<b>Temps d'attente pour les niveaux de triage 3</b>	- L'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures sera amélioré. - Les grands utilisateurs seront encadrés afin d'améliorer leurs soins tout en réduisant leur utilisation des services d'urgence et hospitaliers.
<b>% de lits occupés par des cas de SLD</b>	- Le gérontopsychiatre et l'infirmier planifient un plan d'intervention non pharmacologique en communication avec les médecins et les intervenants du milieu de vie. - Une coordination des soins incluant un dépistage et une intervention précoces auprès de la clientèle vulnérable avec priorité aux aînés, y compris un plan de soins individualisé.
<b>Taux de chute</b>	- 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.
<b>Taux d'erreurs de médicaments</b>	-Poursuivre implantation du bilan comparatif des médicaments.

<b>Taux global de conformité aux modules e-apprentissage</b>	-L'accessibilité à des programmes de formation interne en lien avec les besoins sera augmentée de 10 %.
<b>Nombre de nouveaux griefs</b>	-Poursuivre le développement de la stratégie du mieux-être (notamment : stress, charge de travail).
<b>% de vaccination-grippe saisonnière</b>	- La campagne annuelle de vaccination contre la grippe est débutée depuis le mois d'octobre. - Une vaccination obligation pour les employés est en discussion.
<b>% d'heures de maladie</b>	-Poursuivre le développement de la stratégie du mieux-être (notamment : stress, charge de travail).
<b>% d'heures de surtemps</b>	-Poursuivre le développement de la stratégie du mieux-être (notamment : stress, charge de travail).
<b>% de visites 4 et 5 à l'urgence</b>	- Les grands utilisateurs seront encadrés afin d'améliorer leurs soins tout en réduisant leur utilisation des services d'urgence et hospitaliers.
<b>Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail</b>	- Un plan d'action pour la transformation du laboratoire est en cours.

## Tableau de bord Tableau de bord stratégique

Qualité / Satisfaction de la clientèle					
	Janv. 2018	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Janv. 2019	TAD 2018-2019
Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	182	401	393	164 Q2 2018-19	363 Q1-Q2 2018-19
Taux d'hospitalisation pour démence par 100 00 de population	24	24	13	21 Q1 2018-19	21 Q1 2018-19
CSM-% de patients traités dans les 40 jours-Priorité modérée	66.7%	66.7%	-	74.1% Q3 2018-19	74.1% Q1-Q3 2018-19
% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	7.9%	7.9%	-	9.9% Q1 2018-19	9.9% Q1 2018-19
Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)	19.7%	19.7%	-	18.1% Q1 2018-19	18.1% Q1 2018-19
% de décès de soins palliatifs survenant à la maison	9.0%	9.0%	-	7.6% Q1 2018-19	7.6% Q1-Q4 2017-18
% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	5.7%	6.5%	6.2%	6.2% Q2 2018-19	6.3% Q1-Q2 2018-19
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	6.4%	6.4%	0.0%	8.0% Q1 2018-19	8.0% Q1 2018-19
% réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale	10.3%	10.3%	6.0%	8.6% Q1 2018-19	8.6% Q1 2018-19
# de guides de pratiques pour maladies chroniques mis en œuvre	N/D	N/D	1	0 Q1 2018-19	0 Q1 2018-19
Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants	267	267	-	266 Q1 2018-19	266 Q1 2018-19
Chirurgies en attente plus de 12 mois	55	180	0	75 déc.-18	81 avril-déc.18
% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	79.5%	62.9%	75.0%	79.4% déc.-18	65.0% avril-déc.18
% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	80.0%	63.7%	85.0%	68.2% déc.-18	69.5% avril-déc.18
Taux de conformité aux audits de documentation	84.8	84.8	90.0	90.1 2016-2017	90.1 2016-2017
L'état d'avancement pour le développement d'une méthodologie d'évaluation de programme approuvée	N/D	N/D	-	- -	- -
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					
	Janv. 2018	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Janv. 2019	TAD 2018-2019
1.a.a	% d'avancement de la campagne de promotion de la santé sur l'obésité	-	N/D	100% 2018-19	100.0% 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 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					
	Janv. 2018	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Janv. 2019	TAD 2018-2019
Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus	8.21	8.21	12.00	8.80 Q1 2018-19	8.80 Q1 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	2	25	-	3 janv. - 19	24
% de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE et Dumont seulement)	-36.9%	-26.5%	-20%	-35.9% Avril 18	-35.9% Avril 18
Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	262	2,252	3,373	300 janv.-19	2,961 avril-janv.19
# de visites dans les cliniques itinérantes	626	6,781	7,077	489 janv.-19	6,446 avril-janv.-19
# 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
# de patients partenaires recrutés et formés	N/D	N/D	4	0 Q1 2018-19	0 Q1 2018-19
# de rencontres du comité des usagers	Automne 2018	-	-	- -	- -
Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	N/D	N/D	3.0	0 Q2 2018-19	2 Q1-Q2 2018-19
Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	N/D	N/D	4	4 2017-18	4 2017-18
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

Ressources humaines						
	Janv. 2018	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Janv. 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% janv -19	1.8% avril -janv 19
6.b.b	% d'avancement de la stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel	-	-	75%	N/D Développement de la	N/D 2018-19
6.b.d	% d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation	N/D	N/D	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.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						
	Janv. 2018	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Janv. 2019	TAD 2018-2019	
	Coût par habitant pour les soins de santé	\$2,942	\$2,879	\$2,858	\$3,023 jan. 2019	\$2,853 avr-jan. 2019
	Coût par jour patient / unités soins infirmiers	\$356	\$357	\$349	\$353 Q2 2018-19	\$355 Q1-Q2 2018-19
	Variance entre le budget et les dépenses actuelles	\$ (1,031,149)	\$548,920	\$0	\$ (691,902) jan. 2019	\$2,150,777
	Coût par jours repas	\$38.19	\$36.95	\$35.19	\$37.34 jan. 2019	\$37.02
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	\$5.11	\$4.69	\$4.79	\$5.19 jan. 2019	\$4.84 avr-jan. 2019

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 précédant le début de l'interaction avec les membres de la cohorte	
Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	Nombre de consultation clinique	
# de visites dans les cliniques itinérantes	Nombre de visites dans les cliniques d'un établissement hospitalier ou un centre de santé communautaire offertes par un médecin spécialiste qui se déplace mais dont le lieu de travail principal se situe dans une autre région (zone).	
# de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera mis en place	Nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera mis en place	
# de patients partenaires recrutés et formés	# de patients partenaires recrutés et formés	
# de rencontres du comité des usagers	Nombre de rencontres du comité des usagers	
Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	Nombre d'initiatives en place	
Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	Nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	
Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place	Nombre d'initiatives en place	
Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	

	Définition	Discussion
Moyenne de jours de maladie payés par employé	Nombre des heures de maladie divisées pour le nombre d'employés éligibles	Quelles sont les initiatives en place pour favoriser une réduction de ces heures?
Les résultats du sondage Pulse sur la gestion participative		
% de poste permanents vacants.		
% d'avancement de la stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel	Reporté en 2018-19	
% d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation	% avancement	
% des cadres qui ont discuté des valeurs avec leurs employés	Nombre de stratégie d'application des valeurs de l'organisme	
L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté	Nombre de formations offertes multipliées par le nombre employé admissible	
% d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel	% avancement	
# d'accident avec perte de temps x 200 000/# heures totales travaillées	Nombre d'accidents avec perte de temps divisé par le nombre total d'heures travaillées (X 200 000)	Méthode de calcul nationale. Quelles sont les stratégies pour réduire les accidents? Quels en sont les résultats?
Coût par habitant pour les soins de santé	Coûts totaux, incluant l'assurance maladie et excluant le Centre hospitalier Restigouche divisés par la population.	Étant donné les finances du NB et la performance comparative avec les autres provinces, comment peut-on réduire celui-ci?
Coût par jour patient / unités soins infirmiers	Coût direct des unités de soins (salaires et bénéfices du personnel infirmiers, médicaments, fournitures médicales et chirurgicales et autres fournitures d'opération) par jour de présence des patients hospitalisés.	Y a-t-il des variations selon les zones? Quelles en sont les causes? Quel est le plan d'action prévu?
Variance entre le budget et les dépenses actuelles	Différence entre les dépenses totales et le budget pour la période. Plus de zéro = surplus . Moins de zéro ( négatif) = déficit	Basé sur le bilan présenté et les projections, quel sera le portrait financier à la fin de l'année fiscale?
Coût par jours repas	Coûts des services alimentaires (salaires, bénéfices et fournitures d'opération) excluant les cafétéria divisés par le nombre de jours repas (1 jour-repas= 3 repas)	Comment améliorer la performance du service et en assurer la rentabilité? Les mesures proposées donnent-elles les résultats prévus?
Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Dépenses en salaires du service de l'environnement pour les hôpitaux par pied carré.	Comment améliorer la performance du service et en assurer la rentabilité? Les mesures proposées donnent-elles les résultats prévus?
Rediriger nos investissements vers soins primaires (TB provincial)	En développement	Le Réseau fait-il des efforts concrets pour augmenter l'accès aux soins primaires? Quelles sont les initiatives en cours et quels en sont les résultats?

## Tableau de bord Tableau de bord opérationnel

Qualité / Satisfaction de la clientèle					
	Janv. 2018	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Janv. 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	23.6%	24.7%	21.8%	29.2% janv.-19	28.3% avril-janv. 19
Taux de césariennes à faible risques	14.3%	13.1%	15.2%	12.1% Q2 2018-19	10.9% Q1-Q2 2018-19
Taux de chutes	6.20	5.74	4.50	4.07 janv.-19	5.48
Taux de chutes avec blessures graves	0.089	0.052	0.000	0.060 janv.-19	0.061
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	0.060	0.018	0.000	0.060 janv.-19	0.067
Taux d'erreurs de médicaments	4.35	4.07	3.05	2.87 janv.-19	3.93
Taux de conformité à l'hygiène des mains	86.7%	83.2%	90.0%	78.3% 0.0%	81.7%
Taux d'infection Clostridium difficile	4.34	2.02	2.50	2.50 janv.-19	1.96
Taux d'infection et de colonisation au SARM	0.00	0.16	2.00	0.31 janv.-19	0.28
Taux d'infection et de colonisation ERV	0.00	0.00	2.00	0.00 janv.-19	0.13
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	92	92	89	110 Q1 2018-19	110 Q1 2018-19
Taux de réadmission dans les 30 jours	8.7	8.7	8.5	8.4 Q1 2018-19	8.4 Q1 2018-19
Ressources humaines					
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	81.3%	75.3%	65.0%	68.8% janv -19	48.8% avril-janv 19
Taux global conformité aux modules e-apprentissage (Formations obligatoires pour tous les employés)	46.0%	46.0%	100.0%	41.0% janv.-19	41.0% avril-janv. 19
Nombre de nouveaux griefs	7	72	67	5 janv. 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	5.46%	6.04%	5.40%	6.69% janv -19	6.26% avril -janv 19
% de vaccination - grippe saisonnière	0.1%	25.1%	30.1%	2.0% janv -19	27.1% oct. -janv 19
% d'heures de surtemps	2.17%	2.77%	2.10%	2.83% janv -19	2.85% avril -janv 19

TAD: Total à date

Activités					
	Janv. 2018	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Janv. 2019	TAD 2018-2019
Durée moyenne de séjour(DMS= durée moyenne de séjour)	10.2	10.2	10.2	10.2 Q1 2018-19	10.16 Q1 2018-19
Jours-Patients	31,972	312,748	306,191	31,958 jan. 19	312,835
% de visite 4 et 5	61.3%	61.1%	55.2%	62.6% Q3 2018-19	61.5% Q1 2017-18
Nombre de visites à l'urgence	17,814	157,116		16,805 jan. 19	149,944
Nombre de procédures aux laboratoires	754,924	5,850,022		767,250 jan. 19	5,962,840
Nombre d'exams en imagerie médicale	36,174	280,743		36,530 jan. 19	287,578
Nombre de cas au bloc opératoire	1,905	14,096		1,782 jan. 19	13,660
Nombre de visites en hémodialyse	5,161	41,214		5,220 jan. 19	41,468
Nombre de visites en oncologie	3,830	27,727		3,761 jan. 19	31,798
Heures travaillées PPU/jours-patients	6.11	6.28	6.09	5.93 janv.-19	6.05 avril-janv. 19
Nombre de requêtes médiatiques	40	347	-	43 janv.-19	329 avril-janv. 19
Finances					
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	2.35%	2.29%	2.82%	2.44% jan. 2019	2.44%
% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	16.79%	15.36%	16.3%	18.0% jan. 2019	16.4%
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	54.63%	53.60%	55.54%	56.42% jan. 2019	55.63%
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	\$1.51	\$1.28	\$1.11	\$1.23 Q2 2018-19	\$1.19
Variance en salaires et bénéfices	\$2,590,583	\$26,502,196	\$0	\$976,866 jan. 2019	\$4,200,815
Variance en dépenses médicaments	\$152,225	\$270,703	\$0	\$ (97,723) jan. 2019	\$ (1,626,095)
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	\$ (870,356)	\$ (1,956,674)	\$0	\$ (2,426,728) jan. 2019	\$423,462
Coût en énergie par pied carré	\$6.49	\$4.98	\$5.29	\$7.77 jan. 2019	\$5.43 avr-jan. 2019

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

## Tableau de bord opérationnel - Définitions

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



## Tableau de bord opérationnel - Définitions

Indicateurs	Définition	Discussion
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?