

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 22 janvier 2019 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle du conseil Moncton : sous-sol de l'Auberge Campbellton : salle téléadaptation Jabber – 123037	(Gilles, Claire) (Anne, Gisèle, Lucie) (Michelyne, Janie) (Diane, Sonia) (Dre LeBlanc)
Présidente : Secrétaire :	Claire Savoie Lucie Francoeur		
Participants			
Claire Savoie Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu	Michelyne Paulin Janie Levesque Dre Nicole LeBlanc	Sonia A. Roy Anne Soucie Diane Mignault	
ORDRE DU JOUR			Documents
1. Ouverture de la réunion			
2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels			
3. Adoption de l'ordre du jour		D	✓
4. Résolutions en bloc		D	✓
4.1 Adoption des résolutions en bloc			
4.2 Adoption du procès-verbal du 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			✓
5. Autres			
5.1 Présentation – Projets qualité – Services médicaux (Invitée : Dre France Desrosiers)		I	✓
6. Affaires permanentes			
6.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (novembre 2018)		I	✓
7. Date de la prochaine réunion : le 26 mars 2019 à 08:30			
8. Levée de la réunion			

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 13 novembre 2018 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle	(Gilles)
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle, Lucie)
		Assomption : salle vidéo	(Janie)
Présidente :	Claire Savoie	Campbellton : salle téléadaptation	(Diane, Sonia)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Téléconférence :	(Anne, Michelyne)
Participants			
Claire Savoie	A	Anne Soucie	✓
Gilles Lanteigne	✓	Janie Levesque	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	A
		Sonia A. Roy	✓
		Diane Mignault	✓
		Michelyne Paulin	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Anne Soucie à 08:35 qui préside la rencontre en remplacement de la présidente, Claire Savoie.

2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2018-11-13 / 01SCGQS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

Adopté à l'unanimité.

4. Résolution en bloc

4.1 Adoption de la résolution en bloc

4.2 Adoption du procès-verbal du 25 septembre 2018

4.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 25 septembre 2018

4.4 Rapport sur les plaintes Q2

4.5 Rapport sur les incidents Q2

4.6 Rapport des incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée Q2

4.7 Litiges et réclamations en cours

4.8 Recommandations des Comités de revues

La présidente demande aux membres si certains points de la résolution en bloc doivent être retirés ou si la résolution en bloc est adoptée telle que présentée. Les points ci-dessous sont retirés de la résolution en bloc :

4.4 Rapport sur les plaintes Q2

4.5 Rapport sur les incidents Q2

4.7 Litiges et réclamations en cours

MOTION 2018-11-13 / 02SCGQS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

4.4 Rapport sur les plaintes Q2

4.5 Rapport sur les incidents Q2

4.7 Litiges et réclamations en cours

Adopté à l'unanimité.

4.4 Rapport sur les plaintes Q2

Un membre questionne l'augmentation significative des plaintes reçues lors du deuxième trimestre, soit une augmentation de 45 % comparativement à la même période l'an dernier. Diane Mignault explique que les plaintes liées à la qualité des soins ont vu une augmentation de 62 % comparativement à l'année précédente. Les Zones 1 et 5 ont connu un engorgement à la salle d'urgence et dans les lits d'hospitalisation. D'ailleurs, celles-ci affichent le plus haut nombre de plaintes liées à la qualité des soins. À la Zone 5, il y a plus de 50 % des lits qui sont occupés par des cas de soins de longue durée. De plus, il y a également des défis de recrutement dans les foyers de soins dans certaines régions. Plusieurs améliorations découlant des suivis de plaintes sont en cours, entre autres l'équipe des Services cliniques est en train de réviser le processus de la planification de congé, afin de prévenir les débordements et assurer une gestion adéquate des lits.

Le fait d'avoir un grand nombre de plaintes signifie que les gens verbalisent beaucoup plus et c'est une opportunité d'améliorer nos processus. Chaque plainte reçue est portée à l'attention du gestionnaire/chef de service concerné pour fin d'examen et des suivis sont effectués auprès du plaignant.

4.5 Rapport sur les incidents

Un membre questionne les incidents rapportés lors du deuxième trimestre. Il semble y avoir une tendance dans les incidents modérés, graves et critiques. En 2018-2019, il y a eu deux incidents rapportés critiques. Les chutes demeurent le type d'incident causant le plus grand nombre de blessures moyennes et graves. À la Zone 4, il y a eu des chutes avec fractures. Des rappels ont été effectués aux employés, afin d'être plus vigilants à cet égard. D'ailleurs, tous les incidents font l'objet d'un suivi, certains sont encore en cours et des pistes d'amélioration ont été identifiées et mises en place ou sont en voie de l'être.

4.7 Litiges et réclamations en cours

Un membre demande de quelle façon est relié HIROC Management Ltd. et le système de la santé et comment les incidents sont gérés au niveau financier.

Gisèle Beaulieu explique brièvement qu'en 1987, la province est devenue autoassurée et a donné à une firme experte dans le domaine des soins de santé, la responsabilité de gérer le plan de protection de responsabilité civile. HIROC Management Ltd. est responsable d'offrir des services professionnels de gestion des réclamations, des conseils en matière de gestion des risques et des services d'analyse de couverture du Plan de protection contre la responsabilité civile pour les hôpitaux depuis 2003.

La province a mis en place un comité directeur qui se réunit deux fois par année pour réviser les divers cas de litiges, afin de gérer et régler efficacement les demandes en collaboration avec des experts et des avocats. La partie financière est discutée et le comité recommande les mises de fonds nécessaire pour régler les poursuites.

Tous les incidents et les situations ayant un potentiel de litige ou de réclamation pour blessures corporelles sont signalés à HIROC Management Ltd. par l'entremise du Service de gestion des risques. Ensuite, l'assureur assigne un avocat et le travail de préparation est entrepris avec celui-ci tel l'envoi de documents, discussions et coordination d'entrevues des personnes impliquées.

Les sinistres impliquant des préjudices personnels, de même que tous les sinistres impliquant des dommages matériels dont la valeur est inférieure à 6,000 \$ sont assumés par le Réseau. Advenant que la valeur soit supérieure à 6,000 \$, le dossier est géré par le gestionnaire du programme de protection de responsabilité civile de HIROC Management Ltd. Toutefois, les avis de poursuite n'occasionnent pas de dépenses dans les budgets opérationnels du Réseau.

5. Autres

5.1 Présentation – Initiatives de qualité

Invité : Stéphane Legacy, VP – Services de consultation externe et Services professionnels

À titre d'information, Stéphane Legacy, VP – Services de consultation externe et Services professionnels présente les initiatives d'amélioration de la qualité découlant de ces secteurs et en lien avec les résultats stratégiques suivants :

- Des services de soins de santé primaire seront offerts le plus près possible du milieu de vie de la personne dans le but de réduire les distances pour les patients.

- Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) seront décentralisées dans la communauté, afin de réduire les visites aux urgences et réduire les durées de séjours.
- Un programme de réadaptation pulmonaire régional sera mis en place en collaboration avec les ressources du programme de réadaptation cardiaque.

De ces résultats stratégiques, les initiatives suivantes ont été mises en place :

- Des appareils pour les analyses hors laboratoire (AHL) ont été installés au Service d'urgence des hôpitaux communautaires à Saint-Quentin et à Grand-Sault. En décembre prochain, les mêmes appareils seront installés à Caraquet et à Lamèque, ensuite à Tracadie et à Stella-Maris-De-Kent au début de l'année 2019.
- Des cliniques sans rendez-vous pour les prélèvements sanguins ont été mises en place dans toutes les zones, afin d'améliorer la qualité des services et répondre au besoin des patients.
- Les pratiques organisationnelles requises (POR) de la gestion des médicaments pour lesquelles les suivis sont complétés sont : électrolytes concentrés, gérance des antimicrobiens, sécurité liée aux narcotiques et aux pompes à perfusion et le bilan comparatif des médicaments (BCM). Des audits seront effectués aux unités de soins de l'ensemble des établissements du Réseau.
- Le Réseau contribue à créer un environnement qui favorise une alimentation saine dans tous ses établissements et points de service.

Les membres remercient Stéphane Legacy pour cette présentation.

5.2 Présentation – Culture de sécurité / Recentrage stratégique

Gisèle Beaulieu fait un bref survol du parcours sur l'implantation d'une culture organisationnelle centrée sur la sécurité et la qualité depuis la régionalisation. Il y a eu plusieurs initiatives mises en place pour développer une culture juste et non punitive par le signalement des événements évités de justesse. Entre autres de la formation continue a été offerte aux membres du personnel médical, gestionnaires et employés. Des politiques et procédures d'encadrement ont été développées et le Réseau a participé aux initiatives pancanadiennes « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant ». Des rencontres régulières appelées des « Forums de sécurité », afin de traiter les problèmes signalés ont été implantées à quelques endroits, mais non soutenues.

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

Le Centre Hospitalier Restigouche a été retenu comme site pilote, puisque le milieu actuel vit différents enjeux liés à la sécurité des patients et du personnel. Ensuite, le plan sera déployé dans l'ensemble du Réseau réparti sur une période de 4 ans.

L'engagement actif des membres de la direction, des gestionnaires et du personnel est essentiel. Le succès du projet réside dans l'investissement continu en formation du personnel, des gestionnaires et des médecins, de même que dans le suivi rigoureux des activités et la mesure des résultats.

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 (septembre 2018)

Durant les prochains mois, une révision complète du tableau de bord stratégique et opérationnel sera effectuée, afin de valider la pertinence des indicateurs en lien avec le plan stratégique. D'ailleurs, un exercice de planification annuelle a eu lieu en octobre dernier avec les directeurs du Réseau pour réviser les indicateurs et les résultats obtenus. Le sujet sera discuté lors de la retraite du Conseil d'administration prévue le 3 décembre prochain.

Diane Mignault présente brièvement le sommaire du tableau de bord. Les éléments ressortis sont :

- le % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées a obtenu une nette amélioration, ainsi que le % de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées ;

- le % de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé en santé mentale est supérieur à la cible, en raison du manque de ressources en communauté ;
- le taux d'hospitalisation pour démence est plus élevé que la cible.

Les taux d'hospitalisations chez les personnes âgées atteintes de démence sont élevés dans l'ensemble de la province. Bien qu'il ne soit pas possible d'éviter toutes les admissions, une planification judicieuse des soins pourrait améliorer la qualité de vie de ces personnes.

Quelques indicateurs dont la performance se situe au-delà de la cible soient :

- l'état d'avancement des projets de qualité ;
- le nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus ;
- le taux pour les accidents de travail ;
- le taux d'infections au C. difficile SARM et ERV ;
- le nombre de nouveaux griefs ;
- le taux de roulement ;
- les heures travaillées PPU/jours-patients ;
- etc.

Dans l'ensemble, les tendances se maintiennent et les efforts se poursuivent pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

7. Date de la prochaine réunion : le 22 janvier 2019 à 08:30

8. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Sonia A. Roy à 09:50.

Anne Soucie pour 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 22 janvier 2019

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 13 novembre 2018

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

Soumis le 9 janvier 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Note d'information

Expérience des patients hospitalisés – T2

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

Date : le 22 janvier 2019

Rapport T2 - 2018-19

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

Résultats

- **Taux de participation** : 809 questionnaires ont été remplis dans le T2 2018-19. Le taux régional de participation au sondage était 14% (T2 2018-19), comparativement à 17% pour la même période en 2017-18. On note également une diminution dans le taux de participation depuis le dernier trimestre (T1 2018-19).
- Seule la Zone 4 a rencontré la cible visée de 20%. Comparativement à T2 2017-18, on note une diminution dans les taux de participation dans les zones 5 et 6.

	T1 2017-18	T2 2017-18	T1 2018-19	T2 2018-19
Réseau	19%	17%	16%	14%
Z1B	13%	14%	11%	15%
Z4	37%	25%	29%	25%
Z5	21%	18%	17%	13%
Z6	12%	12%	11%	4%

- Le tableau en annexe démontre les résultats par question pour le deuxième trimestre de l'année 2018-19 ainsi que les données comparatives pour la même période en 2017-18.
- Lorsqu'on compare les données de 2018 et 2017 pour le T2, on remarque une légère augmentation du taux régional de satisfaction pour 10 des 20 questions. Pour deux questions le taux est demeuré le même. Pour huit questions on remarque une faible diminution du taux régional de satisfaction.
- 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.
- Les questions avec le plus haut taux de satisfaction ($\geq 85\%$) sont en lien avec : la courtoisie, les heures de visite, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité, la vérification du bracelet d'identité, la langue de service et l'expérience globale.

Pistes d'amélioration / Recommandations

- **Taux de participation** : Une recherche de la littérature a été débutée sur les taux de retour acceptables pour les sondages de satisfaction. Il ne semble pas avoir de consensus sur un taux de retour acceptable. On note des taux moyens de 5-10% pour les sondages par téléphone et de 10 à 15% pour les sondages par courriel. Les sondages en face à face obtiennent des taux de retour plus élevés. Une étude sur l'utilisation des questionnaires de sortie auprès de 7 centres hospitaliers a démontré une variance dans les taux de retour de 4 à 18%.

Diverses stratégies sont proposées dans la littérature pour augmenter les taux de retour :

- Solliciter les patients activement à compléter le questionnaire au lieu de le remettre tout simplement dans la trousse d'admission/congé.
- Faire des relances auprès des patients pour les inciter à compléter les questionnaires.
- Réduire le nombre de questions posées et limiter les questions ouvertes.
- Utiliser des méthodes de sondage hybrides (papier et en ligne).

Les démarches et les suivis se poursuivent dans le but d'augmenter les taux de participation.

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

- **Nourriture** : Les services alimentaires ont piloté leur sondage régional au CHUDGLD. Ce questionnaire contient une dizaine de questions propre aux services alimentaires (ex. : variété des menus, le goût, la température, la quantité des aliments, la propreté de la vaisselle, etc.). Les résultats du sondage pilote seront présentés dans un rapport séparé lors de la rencontre.

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

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

Poursuivre le travail avec la pratique professionnelle afin d'évaluer et améliorer la mise en œuvre des tournées proactives dans les unités.

- **Tranquillité la nuit** : Malgré les efforts de sensibilisation et suivis faits en lien avec le bruit sur les unités, cet élément obtient de faibles taux de satisfaction (T2 : Toujours 61% et Habituellement 28%).

Dans la Zone 4, des modifications au fonctionnement du système d'interphone ont été apportées. Les demandes d'appel aux patients, employés et autre personne sont refusées afin de réduire le bruit, et de protéger les renseignements personnels.

Voir à l'application de cette pratique dans les autres zones et poursuivre la sensibilisation auprès des gestionnaires et le personnel sur les niveaux de satisfaction en lien avec le bruit et trouver ensemble d'autres solutions.

Soumis le 2019/01/10 par Nicole Frigault - Gestionnaire régional qualité et sécurité des patients

Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés
Rapport régional – T1 et T2 2018-19 vs 2017-18

QUESTIONS	CSNB 2016 (%)		Vitalité 2017-18 (%)		Vitalité 2018-19 (%)	
	NB	Vitalité	T1	T2	T1	T2
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	20.5	17.4	13	12	11	10
Q2) Traité avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.8 MD 79.9 RN	87 MD 81.8 RN	89	90	90	90
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	74.8 MD 69.4 RN	79.5 MD 74.1 RN	81	82	83	83
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	61.3	69.4	76	80	79	79
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	67.7	68.0	76	79	80	82
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	60.3	60.0	70	71	73	73
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	71.7	70.7	68	68	72	73
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	60.4	63.3	71	68	66	67
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	36.4	41.8	43	38	36	39
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	51.7	55.8	70	71	71	70
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	41.7	50.1	65	65	63	61
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent + Très bonne)	19.5	23.0	40	38	39	40
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	80.1	74.3	77	81	87	87
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	69.7	72.7	85	87	85	85
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.8	84.3	92	93	92	92
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	81.9	80.7	86	87	85	85
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	65.2	74.2	69	72	69	76
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.7	80	82	82	80
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	91.1	86.9	90	89	90	92
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	78.9	82.5	87	88	89	88

Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)

Z1B		Z4		Z5		Z6	
T2 2017-18	T2 2018-19	T2 2017-18	T2 2018-19	T2 2017-18	T2 2018-19	T2 2017-18	T2 2018-19
88%	89%	87%	85%	88%	86%	92%	92%

Note d'information

Suivi - recommandations du rapport du Bureau du vérificateur général
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.5
Date : le 22 janvier 2019

Décision recherchée

- Cette note est présentée à titre d'information et porte sur la mise en œuvre des recommandations du rapport du Bureau du vérificateur général (BVG) - Prévention et contrôle des infections dans les hôpitaux.

Contexte / Problématique

- Les programmes de prévention et de contrôle des infections du Réseau de santé Vitalité, du Réseau de santé Horizon et du ministère de la Santé ont fait l'objet d'une évaluation par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick (BVG). Le rapport du vérificateur général, qui a été rendu public en juin 2015, contenait des recommandations qui visaient à la fois le Ministère et les deux réseaux.
- À chaque six mois, un rapport de suivi sur l'état d'avancement des recommandations est acheminé au ministère de la Santé. Le dernier rapport soumis au début de décembre 2018 indiquait que 77% des non-conformités notées dans le rapport avaient été adressées.
- La date limite pour l'atteinte de l'ensemble des recommandations est 2019. Il est anticipé que le BVG fasse une demande au Réseau par rapport à l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations d'ici juin 2019.
- Les sept (7) éléments suivants demeurent non-conformes.
 1. Lacunes en lien avec l'hygiène des mains : Le taux de conformité d'hygiène des mains pour T2 2018-2019 est 80%. La cible pour 2018-2019 avait été fixée à 90%. Un plan a été élaboré afin d'augmenter le taux de conformité à l'hygiène des mains qui inclus entre autres, l'ajout des taux de conformité d'hygiène des mains sur les tableaux de bord des gestionnaires et directeurs, la distribution de rapports pour qu'ils soient affichés sur les tableaux blancs de qualité que l'on retrouve dans les unités de soins et de la sensibilisation sur l'hygiène des mains dans le cadre de la semaine de sécurité des patients.
 2. Salles d'hémodialyse et d'oncologie surpeuplées : Les rénovations à la clinique d'oncologie au CHUDGLD sont en cours. Les rénovations de la clinique d'hémodialyse à Tracadie seront débutées prochainement.
 3. Portes des salles d'utilité propres et souillées manquantes/laissées ouvertes sur les unités au CHUDGLD : Les affiches requises pour les salles propres et souillées au CHUDGLD et à l'Hôpital régional Chaleur sont toutes installées. Lors de transformations majeures d'un secteur, les utilités propres et souillées sont munies de portes systématiquement. D'autres transformations majeures seront prévues au plan directeur du CHUDGLD, ces dernières vont adresser les non-conformités restantes. D'ici là, des solutions alternatives seront explorées afin d'atténuer les risques.
 4. Stratégie de surveillance du respect des normes en matière de contrôle des infections : Les normes du Programme de prévention et de contrôle des infections de PCI-Canada et les outils d'évaluation ont été adoptés. Le Réseau doit poursuivre la mise en œuvre de ces normes (60/90 sont déjà conformes) ainsi que leur évaluation ce qui inclut entre autres divers audits des unités de soins, de l'environnement et du taux de conformité à l'hygiène des mains.

5. Écarts dans les blouses d'isolement : Les deux réseaux ont retenu deux modèles de blouse d'isolement jetable de niveau 2 qui seront mis à l'essai au début de 2019. Suite à l'essai, le choix final sera fait et le modèle de blouse choisi sera mis en réserve dans le Centre de stockage provincial. Par la suite, un processus sera mis en place pour s'assurer de la rotation des blouses jetables de niveau 2 de la réserve aux établissements des réseaux.
6. Politique sur la vérification de l'hygiène des mains : La politique révisée est actuellement en processus de consultation et comprend plus de détails sur la fréquence et le volume des vérifications requises.
7. Politiques et procédures en lien avec la gestion des déchets: La préparation des politiques est déjà entamée et va se poursuivre dans le plan de travail de 2019-20.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

- Tenir compte des besoins en infrastructures dans le budget des installations matérielles.
- Poursuivre les plans d'action pour adresser les non-conformités.
- Soumettre le rapport de suivi au ministère de la Santé selon l'échéancier.

Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 2 janvier 2019 par Kellie McLean, Gestionnaire prévention et contrôle des infections

Note d'information

Vaccin antigrippal
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.6
Date: le 22 janvier 2019

Décision recherchée :

Appuie du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité dans l'identification de stratégies en vue d'augmenter le taux de participation à la vaccination antigrippale.

Contexte/Problématique:

Le taux de vaccination antigrippale pour les employés du Réseau est en baisse de 4.6 % en 2018-2019 par rapport à 2017-2018.

	Zone 1b	Zone 4	Zone 5	Zone 6	Total
Employés					
2017-2018	810/ 2472	360/ 1441	319/ 1453	744/ 2213	2233/ 7579
2018-2019	671/ 2449	261/ 1412	236/ 1418	681/ 2150	1849/ 7429
Pourcentage					
2017-2018	32.7%	24.98%	21.95%	33.62%	29.46%
2018-2019	27.4%	18.48%	16.64%	31.67%	24.88%
Bénévoles, médecins, SNB, stagiaires, etc.					
2017-2018	298	96	61	101	556
2018-2019	284	99	48	104	535
Total employés Réseau et autres					
2017-2018	1108	456	380	845	2789
2018-2019	955	360	284	785	2384

Stratégies actuelles:

Les stratégies adoptées par le Réseau pour améliorer le taux de vaccination antigrippal sont : des affiches, des annonces (Hebdo, etc.) et des kiosques au sujet des cliniques dans plusieurs secteurs en fin d'été/ début d'automne, des clips 'Canadiens en santé' sur Facebook et Twitter. De plus, des jours de cliniques du bureau de santé et sans rendez-vous sont affichés et envoyés à tous par courriel pour rappel. Les infirmières de santé se déplacent afin d'offrir le vaccin dans plusieurs secteurs/ unités, et ce, dans chaque établissement de chaque zone. Une vérification est effectuée auprès des employés afin d'ajouter à la liste les employés ayant reçu le vaccin ailleurs.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision:

La vaccination est le meilleur moyen de se protéger contre la grippe et ses complications.

Généralement le taux moyen d'efficacité des vaccins est de 60 %. Au cours de l'année 2017-2018, le taux d'efficacité du vaccin a été évalué entre 10-20 % alors que ce même vaccin avait eu un taux de succès de 42 % en 2016-2017.

Le taux de vaccination antigrippal du Réseau de santé Vitalité est de 24.9 % alors que celui du Réseau de santé Horizon indique 64 %. La différence est possiblement due à une politique qui donne le choix aux employés non-vaccinés de soit porter le masque durant toute la saison grippale ou soit de recevoir le vaccin antigrippal. Pour ce faire, le Réseau de santé Horizon génère une liste d'employés n'ayant pas été vaccinés et demande aux gestionnaires de faire le suivi avec ces employés en leur offrant ce choix et en assurant l'exécution (renforcement) de cette politique.

Stratégies additionnelles envisageables:

- Assurer une présence accrue dans les médias traditionnels (journaux, radio, télévision) en ayant des experts (infectiologues, etc.) qui présentent les faits et démystifient les mythes au sujet du vaccin.
- Développer une plus grande présence sur les médias sociaux, qui sont une source importante de dissémination de l'information dans le public en général dans l'ère technologique actuelle où beaucoup d'information circule mais celle-ci n'est pas toujours fiable.
- Raviver le comité de promotion du vaccin antigrippal;
- Voir à la possibilité d'établir et de mettre en œuvre une politique calquée sur celle du Réseau de santé Horizon, qui offre le choix aux employés non-vaccinés de porter le masque durant toute la saison grippale ou de recevoir le vaccin antigrippal...avec les risques que cela comporte (griefs/arbitrages, impacts sur l'administration de d'autres vaccins, etc.).

Considérations importantes:

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

Suivi à la décision:

- Suivi des résultats des taux de vaccination
- Mise en œuvre des stratégies additionnelles et suivi

Proposition et résolution

Soumis le 18 décembre 2018 par Réjean Bédard, directeur des Relations de travail

Recommandations des Comités de revues

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

Date : le 22 janvier 2019

Décision recherchée

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

Contexte / Problématique

- Conformément aux exigences de la Loi sur la Qualité des soins, ce rapport présente les recommandations des comités de revues pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, soit en septembre 2018.
- Ce rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des analyses des comités de revues qui ont été effectuées avant cette période.
- Dans la période de septembre 2018 à décembre 2018, un total de 14 revues ont été effectuées (6 incidents et 8 suicides en communauté) et un total de 30 recommandations ont été émises.
- De ces 30 recommandations : 7 sont en place, 23 sont en voie de mise en œuvre (la plupart avec un échéancier dans les prochains mois).

Résumé des incidents et recommandations (septembre à décembre 2018)

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Chutes avec blessures sérieuses (5)	<ul style="list-style-type: none"> - Voir à la possibilité d'acquiescer des équipements spécialisés (lit avec système d'alarme intégré et tapis alarme conçue pour patients de petite taille). - Assurer que le personnel établisse des horaires d'élimination pour les patients incontinents. - Assurer que les documents post-chute sont complétés (rapport d'incident et formulaire poste chute). - Assurer que l'évaluation clinique du patient est effectuée et notée au formulaire post-chute et que les interventions post-chute soient appliquées. - Assurer que l'évaluation du risque de chute est refaite selon les critères de la politique et avant de retirer le patient du programme, même si le patient a reçu l'autorisation de marcher seul. - Faire de la formation face à face sur le programme et les outils de prévention des chutes. - Assurer que la physiothérapeute consulte l'infirmière ressource lorsqu'elle perçoit un changement dans l'autonomie du patient (amélioration ou détérioration). - Voir à la possibilité d'améliorer le processus de retour des rapports de consultations en neurologie pour la clientèle hospitalisée. - Faire un rappel au personnel infirmier de consulter le médecin pour une demande de service en psychologie pour les patients présentant des troubles d'anxiété. - Assurer que les patients munis de chaussures inadéquates à la marche soient identifiés et que les mesures nécessaires soient prises. - Assurer de réviser et modifier l'assignation suite à des changements dans la condition des patients. - Faire un rappel au personnel sur l'obtention du consentement pour les contentions dans les plus brefs délais et sur l'administration précoce des médicaments pour réduire le risque de délirium dans les patients à risque. - Assurer la formation du personnel infirmier sur la nouvelle politique de gestion du délirium. - Modifier la feuille de route afin de documenter l'utilisation du fauteuil gériatrique et faire un rappel sur l'importance de la mettre à jour à chaque relais. - Développer un modèle d'affiche pour la chambre du patient afin d'informer le personnel et le patient/famille des particularités au niveau de la sécurité du patient.
Fugue d'un patient sous statut involontaire	<ul style="list-style-type: none"> - Voir à standardiser le processus pour l'approche de prise en charge d'un patient psychiatrique au Service d'urgence. - Vérifier que la porte de la chambre d'isolement rencontre les normes de sécurité pour ce type de chambre et clients - Rendre accessible au personnel de l'urgence un aide-mémoire afin d'assurer de rencontrer les exigences du Service de défense des malades psychiatriques pour les patients admis sous statut involontaire à l'urgence.

Suicides en communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Développer et mettre en place un processus sécuritaire afin de minimiser le risque de violence envers le personnel lorsqu'on doit communiquer au patient son droit de communiquer avec le Service de défense des malades psychiatriques ou son représentant légal. - Déterminer à qui est la responsabilité d'aviser le patient de ses droits et d'aviser le Service de défense des malades psychiatriques lors du placement d'un patient psychiatrique sous formule 11 (la GRC ou le Service d'urgence). - Faire un rappel aux employés au sujet de la relance téléphonique post-hospitalisation. - Examiner la possibilité de faire des revues avec le Réseau de santé Horizon pour les dossiers conjoints.
------------------------	--

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

- Il y a eu 17 revues effectuées avant septembre 2018 avec recommandations incomplètes. Pour ces dix-sept revues, 64% (54/84) des recommandations sont implantées et il reste 30 recommandations à mettre en place.
- Les 17 revues incomplètes concernent des incidents liés à des traitements/procédures (ex. transmission des valeurs de laboratoire), suicides en communauté, un patient manquant, un code blanc et une situation d'agression physique.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et progresse bien. Plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir (par exemple : révision de la politique du code jaune, session d'information au médecin de l'urgence sur le programme de prévention du suicide, etc.).
- 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). Afin d'assurer une approche régionale et concertée, les recommandations ont été placées dans un plan d'action global qui inclut également les recommandations découlant des évaluations faites par la pratique professionnelle. Une mise à jour sur l'état d'avancement de ces recommandations sera effectuée à la réunion de mars 2019.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

- Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

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

Adoption

Soumis le 10 janvier 2019 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

Note d'information

Sondage Pulse qualité de vie au travail

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

Item 4.8

Date : le 22 janvier 2019

Note d'information

- Cette note d'information présente un résumé des résultats du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail qui a été mené auprès du personnel du Réseau de santé Vitalité en octobre et novembre 2018.

Contexte / Problématique

- La qualité de vie au travail est un facteur important du rendement global des organismes de santé, car elle a des répercussions importantes sur la qualité des soins offerts, la productivité, ainsi que la sécurité des patients et du personnel.
- Dans le cadre du développement d'une stratégie de mieux-être au travail, tous les employés du Réseau ont été invités à remplir le sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, du 11 octobre au 9 novembre.
- Les résultats de ce sondage fournissent des renseignements sur la perception du personnel à l'égard du milieu de travail et compte 30 éléments qui portent sur les déterminants de la qualité de vie au travail, y compris, la nature du travail, le milieu de travail, et le soutien offert par l'organisme.
- Les résultats du sondage Pulse ont été partagés avec les vice-présidents, directeurs, gestionnaires et l'ensemble du personnel et ont été utilisés pour la tenue des séances de consultation en décembre. Le tableau des résultats du sondage est en annexe. Les données comparatives du dernier sondage effectué en 2015 sont incluses.
- Voici quelques constatations générales qui sont ressorties du sondage Pulse :
 - Forces : la compréhension du personnel par rapport à leur rôle et leurs fonctions, le travail permet de faire bon usage de leurs compétences, le travail d'équipe, le respect et l'entraide des collègues, le traitement équitable du supérieur immédiat, et la satisfaction de contribuer à offrir des services de qualité.
 - Défis : la possibilité d'apporter des améliorations au niveau du travail effectué, la consultation sur les changements qui touchent le travail, l'accès à la formation, l'équipement et fourniture pour faire le travail, le niveau satisfaction face au travail, la communication sur les buts de l'organisme et les suivis des cadres supérieurs sur les commentaires du personnel.
- Un questionnaire anonyme a également été mené auprès des employées et des gestionnaires en décembre afin de leur permettre de partager des commentaires sur leur milieu de travail.
- Un sondage sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins est présentement en cours et se terminera à la fin janvier.
- L'ensemble de ces informations (résultats des sondages, questionnaires anonymes et groupes de discussion) servira au développement de la stratégie de mieux-être adaptée à la réalité et aux besoins des employés. La stratégie sera publiée au printemps 2019.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le mieux-être au travail a une incidence directe sur la productivité, le rendement et l'efficacité de nos services.

- Le Réseau de santé Vitalité s'est doté d'un plan stratégique 2017-2020 qui inclut le mieux-être du personnel et du corps médical au travail.
- Le développement d'une stratégie de mieux-être au travail est une opportunité d'amélioration continue de pratiques exemplaires déjà existantes et la mise en place de nouvelles stratégies gagnantes favorisant l'engagement du personnel.

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 l'analyse des résultats des sondages et groupes de discussion, terminer l'inventaire des pratiques prometteuses/ courantes et la revue de littérature, et terminer l'élaboration de la stratégie de mieux-être.

Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 14 janvier 2019 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient et Janice Lizotte-Duguay, Consultante mieux-être

**Résultats – Sondage Pulse Qualité de vie au travail
2015 vs 2018**



Milieu de travail	Taux de réponse Tout à fait d'accord et d'accord	
	2015	2018
1. Je comprends ce qu'on attend de moi au travail.	97% (V)	93% (V)
2. On me donne suffisamment de temps pour faire ce qu'on attend de moi.	70% (J)	62% (J)
3. On me consulte en ce qui concerne les changements qui touchent mon travail.	66% (J)	55% (J)
4. Je peux décider de la façon de faire mon travail.	72% (J)	65% (J)
5. Je peux apporter des améliorations à la façon dont je fais mon travail.	85% (V)	74% (J)
6. Mon travail me permet de faire bon usage de mes compétences.	88% (V)	81% (V)
7. Je dispose du matériel, des fournitures et de l'équipement dont j'ai besoin pour faire mon travail.	79% (V)	73% (J)
8. On reconnaît le bon travail que je fais.	73% (J)	64% (J)
Formation et perfectionnement		
9. Je reçois la formation dont j'ai besoin pour bien faire mon travail.	78% (V)	67% (J)
10. Je bénéficie de bonnes possibilités de perfectionnement professionnel.	62% (J)	53% (J)
Relations avec collègues de travail		
11. Les personnes avec qui je travaille me traitent avec respect.	88% (V)	85% (V)
12. Les personnes avec qui je travaille s'entraident.	87% (V)	82% (V)
13. Je sens que je fais partie de l'équipe.	87% (V)	80% (V)
Relations avec supérieur immédiat		
14. Mon superviseur me traite équitablement.	87% (V)	81% (V)
15. Mon superviseur me fournit des commentaires sur mon rendement au travail.	78% (V)	73% (J)
16. Je peux compter sur l'aide de mon superviseur face à une tâche difficile.	80% (V)	75% (J)
Relation avec la haute direction		
17. Les cadres supérieurs communiquent efficacement les buts de l'organisme.	64% (J)	51% (J)
18. Les cadres supérieurs se sont engagés à fournir des soins de haute qualité.	70% (J)	59% (J)
19. Les cadres supérieurs donnent suite aux commentaires du personnel.	53% (J)	42% (R)
20. Les cadres supérieurs sont engagés à l'égard d'un milieu de travail sécuritaire et sain.	70% (J)	58% (J)
Santé et sécurité au travail		
21. Mon organisme prend des mesures efficaces pour empêcher la violence dans le milieu de travail.	79% (V)	70% (J)
22. Mon organisme prend des mesures efficaces pour empêcher les mauvais traitements dans l'organisme.	76% (V)	66% (J)
23. Mon lieu de travail est sécuritaire.	79% (V)	72% (J)
24. Je suis capable de trouver un bon équilibre entre ma vie personnelle et familiale et mon travail.	78% (V)	72% (J)
25. Au cours des 12 derniers mois, diriez-vous que la plupart de vos journées au travail étaient... (Pas du tout stressante ou quelque peu stressante)	72% (J)	62% (J)
Questions générales		
26. À quelle fréquence votre unité ou votre équipe de travail fournit-elle aux patients des soins ou d'autres services de qualité supérieure?	Toujours et habituellement	
	87% (V)	85% (V)
27. Vous arrive-t-il souvent d'avoir hâte d'aller travailler?	64% (J)	57% (J)
28. Est-ce que vous recommanderiez cet organisme à vos amis et aux membres de votre famille qui ont besoin de soins?	Oui, assurément et Oui, probablement	
	95% (V)	91% (V)
29. En général, quel est votre niveau de satisfaction face au travail?	Très satisfait et satisfait	
	76% (V)	64% (J)
30. En général, comment évalueriez-vous votre organisme en tant que lieu de travail?	Excellent et Très bon	
	47% (R)	36% (R)

	2015	2018
Nombre total de répondants	2572 (35%)	2020 (28%)

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 22 janvier 2019

Objet : Mise à jour sur la démarche d'agrément

Pour information, vous trouverez en annexe la lettre d'Agrément Canada relatant les résultats de l'examen des exigences de suivi du Réseau de santé Vitalité effectué par le Comité d'approbation du type d'agrément.

Soumis le 8 janvier 2019 par Nicole Frigault, directrice Qualité, Risques et expérience patient



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Le 7 janvier 2019

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

Monsieur,

Le Comité d'approbation du type d'agrément a revu les preuves soumises par le Réseau de santé Vitalité Health Network en guise de suivi à la récente décision relative à l'agrément de votre organisme.

À la suite de cet examen, nous sommes heureux de vous informer que vous avez respecté les exigences en matière de suivi. Votre plan d'amélioration de la qualité du rendement a été mis à jour de manière à démontrer votre conformité aux exigences qui ont fait l'objet d'une évaluation.

Nous vous félicitons de cette réalisation qui démontre l'engagement et la détermination dont votre organisme a fait preuve à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Nous félicitons aussi votre direction, votre personnel ainsi que les membres de votre équipe d'agrément pour les efforts déployés et leur engagement à l'égard de la prestation de services de santé sécuritaires et de qualité.

Si vous avez des questions ou souhaitez discuter de l'horaire de votre prochaine visite d'agrément, n'hésitez pas à communiquer avec Aurore Ware, Chef, Mobilisation de la clientèle, au 1-800-814-7769, poste 358, ou par courriel, à aurore.ware@accreditation.ca.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

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 d'information

Mise à jour du plan de déploiement - Soins centrés sur le patient et la famille

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

Item 4.10

Date : le 22 janvier 2019

Décision recherchée

Obtenir l'approbation pour la mise à jour du plan de déploiement de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille.

Contexte / Problématique

- La stratégie des soins centrés sur le patient et la famille (SCPF) est au centre des orientations stratégiques du Réseau.
- Le plan de déploiement a été adopté en février 2017. Depuis l'adoption de la stratégie, les efforts ont été concentrés sur la mise sur pied du Comité consultatif des patients et famille et sur la préparation des outils.
- Le processus de recrutement de partenaire de l'expérience patient pour participer au comité est en cours et une première rencontre du comité est prévue avant la fin février 2019.
- Le plan et les échéanciers ont été mis à jour (voir plan révisé en pièce-jointe) afin de mieux refléter les meilleures pratiques et la disponibilité des ressources.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Le plan a été élaboré dans le but de développer et soutenir une culture de soins centrés sur le patient et la famille, incluant la planification, la prestation et l'évaluation des services.
- Le plan est aligné avec les normes d'Agrément Canada portant sur les SCPF.

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

- Voir à la mise en œuvre et suivi du plan de déploiement.
- Prévoir un plan de communication et de formation à l'échelle du Réseau.

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité accepte la mise à jour du plan de déploiement pour la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille tel que proposé.

Adoption

Soumis 10 janvier 2019 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

PLAN DE DÉPLOIEMENT - SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT ET LA FAMILLE (SCPF)

	2018-19	2019-20	2020-21
Leadership et gouvernance			
L'approche des SCPF est incluse dans la mission, la vision, les valeurs, l'élaboration des plans opérationnels, la planification stratégique et les évaluations des besoins communautaires.	√		
Un dépliant sur les droits et les responsabilités des patients et des familles est accessible : <ul style="list-style-type: none"> - Au public sur le site Web de l'organisme; - Aux patients et leurs familles à l'admission via la trousse d'admission; - Inclure la présentation du code d'éthique/droits et responsabilités des patients, lors de l'orientation générale pour les nouveaux employés/bénévoles/médecins et par le biais d'une séance de formation pour employés/bénévoles/médecins en poste. 	√	√ √	
La création et le maintien d'une culture et d'un environnement de SCPF est une responsabilité essentielle pour les dirigeants (PDG, VP, Directeurs, Gestionnaires). On le retrouve dans : <ul style="list-style-type: none"> - Description d'emploi/profil de poste; - Évaluation de rendement; - Tournée des dirigeants sur les unités/secteurs et faire contact avec le patient et famille. 		√	√ √
Un processus de prise des décisions est en place qui s'harmonise avec les principes des SCPF, la recherche et les données probantes, y compris les perspectives des patients, des familles, du personnel et des autres intervenants.		√	
Participation du patient et de la famille dans la planification organisationnelle			
Mise en œuvre du Comité consultatif des patients et famille pour avoir un regard sur les activités d'amélioration de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - Regard sur les résultats des sondages et propositions d'idée/ projets d'amélioration; - Consultations sur des politiques, procédures, documents destinés aux patients/famille; - Participer à l'élaboration et à la prestation du programme d'orientation et des programmes de formation du personnel. 	√		
Participation à la conception des programmes, des services et de l'espace.		√	
Participation régulière à des comités organisationnels (par ex. : Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité, comité d'éthique).		√	
Participation aux réunions du conseil d'administration (i.e. histoire personnelle d'une expérience en milieu de santé).	√		
Formation en matière de SCPF			
Offrir de la formation sur les concepts des SCPF aux personnes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Membres du conseil d'administration et de l'équipe de direction; - Fournisseurs de soins directs réglementés et non réglementés; - Personnel de soutien (i.e. services alimentaires, entretien ménager); - Les bénévoles. 	√	√ √ √	
Développer la culture et les outils (guide pour le personnel) nécessaires à soutenir une approche de soins centrée sur le patient et la famille.		√	
Les principes liés au SCPF sont intégrés dans les séances d'orientation.		√	

	2018-19	2019-20	2020-21
Processus liés aux ressources humaines			
Les processus d'embauche (i.e. offre d'emploi, questions d'entrevue) tiennent compte des principes SCPF.		√	
Un représentant du comité consultatif des patients et des familles est inclus dans les comités de sélection (i.e. postes de leadership).			√
Les évaluations de rendement comprennent des objectifs et une évaluation de la pratique SCPF.		√	
La section de recrutement sur le site Web tient compte des principes SCPF.			√
Les politiques et procédures organisationnelles favorisent les SCPF et appuient le personnel dans la prestation des SCPF.			√
Participation habilitante dans les soins / approche participative			
L'éducation, l'information et les ressources offertes aux patients et à leurs familles relativement à leurs soins permettent de mieux les préparer, les aider à prendre des décisions, et gérer eux-mêmes leurs conditions (i.e. tournée au chevet, guide sur la façon que le patient et famille peuvent participer aux soins).		√	
Les souhaits des patients en lien avec la participation de la famille à leurs soins sont respectés et suivis et des politiques sont en place pour encourager la présence et la participation de la famille (i.e. heures de visites illimitées, cueillette de données à l'admission).	√		
Assurer le développement des soins adaptés sur le plan culturel.		√	
Développer l'approche de soins tenant compte des traumatismes.		√	
Le plan de soins, les objectifs et les résultats attendus de soins sont établis en collaboration avec tous les membres de l'équipe de soins, y compris le patient et la famille.		√	
Le personnel infirmier effectue des tournées proactives à chaque heure afin d'identifier et répondre aux besoins des patients de façon efficace.	√		
Divers outils affectifs, spirituels et pratiques sont fournis aux patients et aux aidants naturels (i.e. service d'aumônier, soins de relève, soutien communautaire).		√	
Communication et documentation			
Le personnel a recours à des outils et à la technologie pour favoriser la communication de l'information.			√
L'information est documentée dans le dossier de soins du patient en partenariat avec le patient et sa famille.			√
Des conférences de cas sont tenues auxquelles tous les membres de l'équipe de soins sont invités à participer, y compris les fournisseurs de soins non réglementés, les patients et leurs familles		√	
Le processus d'admission permet aux fournisseurs de soins de comprendre les besoins, les préférences et les objectifs du patient et de la famille		√	
Environnement et conception			
L'environnement de soins est sûr, confortable, et accueillant (incluant les salles d'attente et les entrées principales). Mettre de l'emphase sur la population âgée (ex. Hôpital ami des aînés).		√	
La vie privée est respectée dans l'espace du patient.		√	
Les affiches sont accueillantes, pratiques et faciles de compréhension.		√	
Les stationnements sont à proximité des entrées principales, incluant un nombre important de stationnements pour personnes à mobilité réduite.			√
Des chaises roulantes sont disponibles en tout temps à l'entrée principale et à l'urgence.		√	

	2018-19	2019-20	2020-21
Continuité de soins			
Des affectations de personnel cohérentes sont fournies dans la mesure du possible (i.e. même infirmière/infirmières auxiliaires sur une base consécutive).		√	
Les patients et les familles participent activement aux activités de planification et de préparation à la transition de soins, y compris la cessation de service.		√	
Un suivi téléphonique est effectué dans les 48 heures après les départs ou la transition.			√
Les soins sont coordonnés entre les disciplines et les services.	√		
Mesures de rendement			
Diverses méthodes sont utilisées pour mesurer l'expérience du patient et du personnel (i.e. sondage satisfaction, commentaires au point d'intervention, tournées des gestionnaires sur les unités).	√		
Les commentaires et les données sont utilisés pour élaborer des plans d'amélioration, en collaboration avec les patients et les familles.	√		
Les patients et les familles peuvent exprimer leurs préoccupations, commentaires, compliments sans crainte et s'attendre à des réponses en temps opportun.	√		
Les commentaires des patients et des familles et les résultats des évaluations et des sondages de satisfaction sont largement communiqués d'une manière qui est significative pour chaque auditoire.	√		
Les patients et les familles peuvent signaler des incidents et participer au processus d'analyse des incidents.			√
Programme de reconnaissance			
Un programme formel de reconnaissance est implanté à l'échelle de l'organisme en vue de reconnaître les membres du personnel offrant des SCPF exceptionnels.			√
Un programme de reconnaissance est implanté pour souligner la participation des partenaires de l'expérience patient.		√	

Note d'information

Sondages de satisfaction du Service alimentaire

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

Item 4.11

Date : le 22 janvier 2019

Rapport

- Rapport présenté à titre d'information.

Buts

- Effectuer des analyses plus détaillées sur la satisfaction des patients hospitalisés par rapport aux repas. Les sondages du Conseil de la santé ainsi que du Réseau ne contiennent qu'une question générale sur les repas.
- Permettre aux patients et clients de la cafétéria d'exprimer leur satisfaction face aux menus, qualité, sécurité et services des repas servis.
- Utiliser les résultats pour identifier les situations à corriger afin de mieux répondre aux besoins des patients/clients et voir à l'amélioration continue de la qualité des services de repas au sein du Réseau.
- Mettre en place un mécanisme uniforme de distribution, de cueillette, d'analyse et de communication des résultats.

Fréquence et échantillonnage

Le tableau ci-dessous explique la fréquence et le pourcentage d'échantillonnage. Une politique régionale sur la satisfaction du service alimentaire est en processus de consultation.

Clientèle	Fréquence	Pourcentage
Patient hospitalisé	Trimestrielle	25% du nombre de lits
Client cafétéria	Annuelle	25% du nombre de clients

Projet pilote au CHUDGLD

Un groupe de travail a révisé un questionnaire de satisfaction des services alimentaires qui avait été développé en 2014 afin de l'adapter aux besoins actuels. Des modifications minimales ont été apportées et le questionnaire a ensuite été piloté au CHUDGLD. Il est à noter que la mise en essai a pour but d'évaluer le niveau de satisfaction pré et post mise en œuvre du logiciel Microgesta.

Nombre de répondants :

Juin-juillet 2014	Juin 2018	Novembre 2018
153	75	75

Voici quelques commentaires recueillis lors des sondages de 2018 :

- Pas suffisamment de choix de sandwich
- La même soupe deux fois par jour
- Cabaret troué
- Trop de poulet comme choix de menu
- Thé froid
- Soupe chaude, le reste des aliments, froids
- Ne reçoit pas les items choisis au menu les fins de semaine

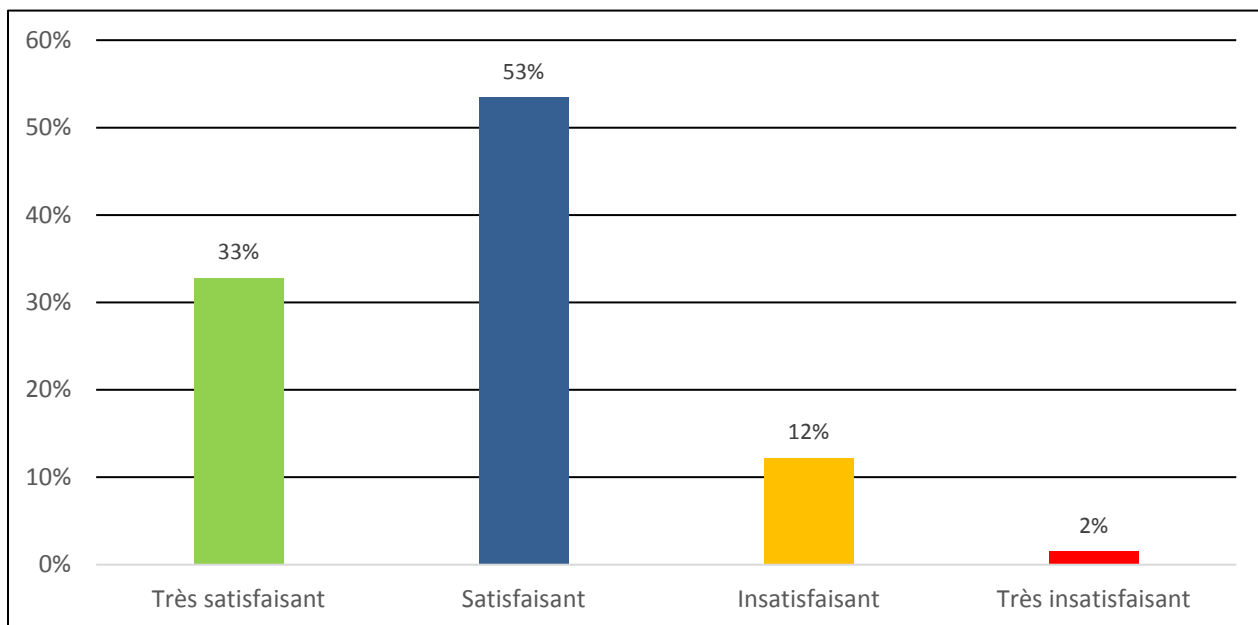
Liste d'actions prises suite au questionnaire de juin 2018 :

- Évaluation des températures des aliments sur les unités
- Remplacement de l'appareil d'eau chaude à la courroie (ancien appareil désuet et défectueux)
- Session de formation avec aide visuelle (photo de portion) pour le personnel du service alimentaire afin de standardiser le service de portion
- Évaluation des bouillons utilisés pour les soupes est en cours afin d'en améliorer le goût

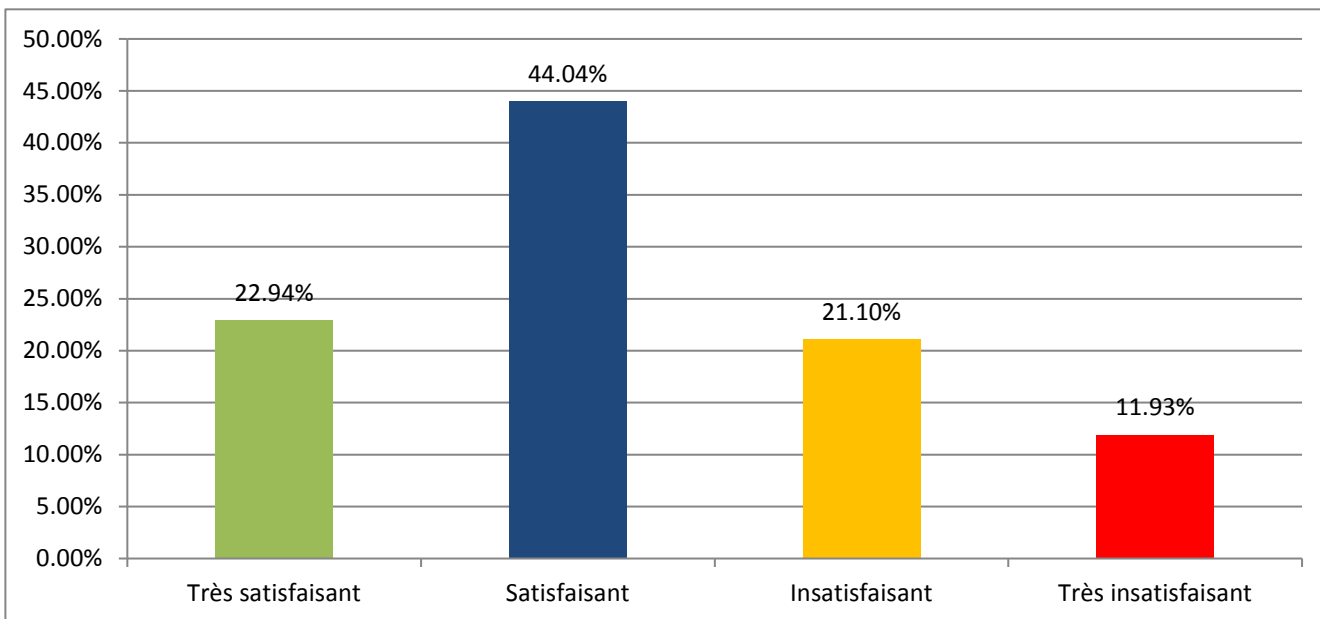
Avec la mise en œuvre du logiciel Microgesta, l'objectif est d'augmenter le niveau de satisfaction de 2% (très satisfait) pour les indicateurs suivants :

Question 1 : Choix et variété du menu

2018

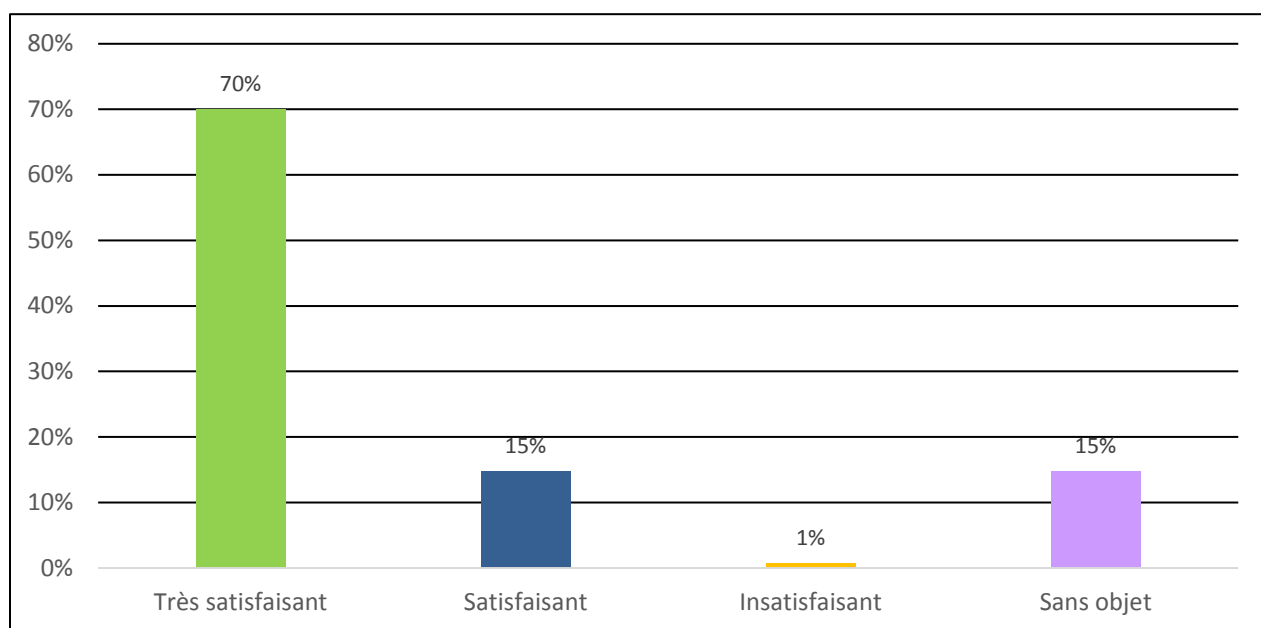


2014

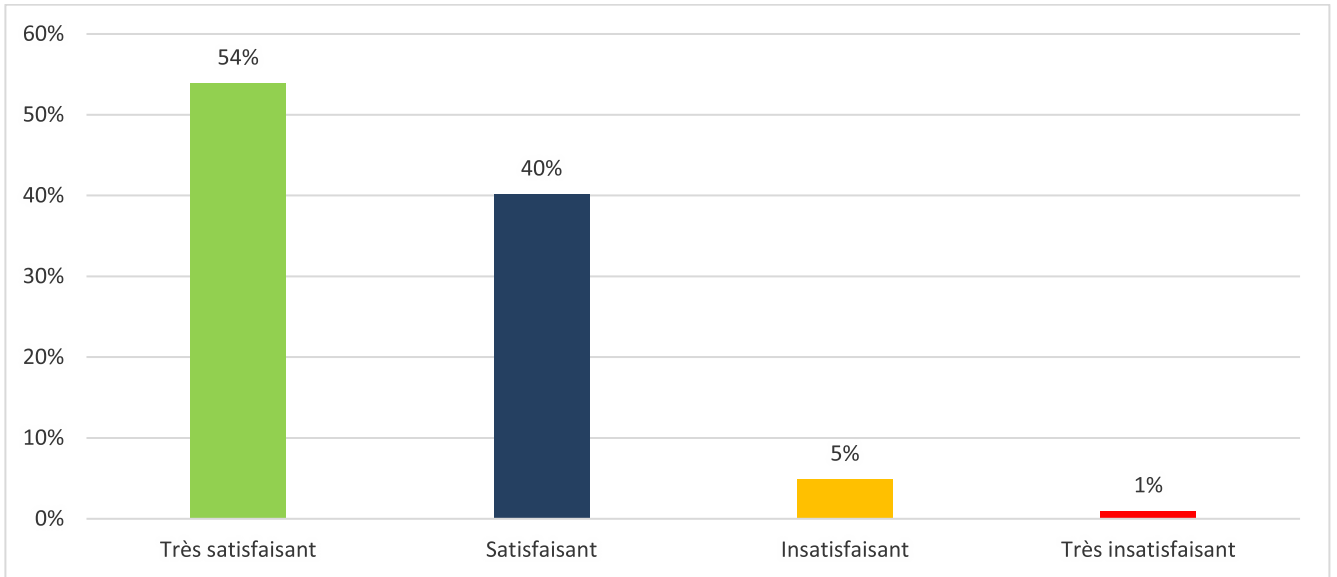


Question 9 : Repas correspondant à votre choix de menu

2018



2014



- Le tableau en annexe démontre les résultats par question pour juin-juillet 2014 ainsi que les données comparatives pour juin et novembre 2018. Les résultats à la question no. 48 du dernier sondage du Conseil de la santé du NB (CSNB) effectué en 2016 ont également été inclus à titre de référence. Il est à noter qu'il faut comparer les résultats du Réseau à ceux du CSNB avec prudence, puisque la méthodologie et l'échantillonnage étaient différents dans les deux sondages.
- Lorsqu'on compare les données de 2014 et 2018 (juin et novembre dans son ensemble) pour les questions no 4, 5 et 6, on remarque une diminution du taux de satisfaction. Tandis que pour le reste des questions, les taux de satisfaction élevés semblent avoir été inchangés à l'exception de la question no 3, où le taux de satisfaction semble avoir demeuré faible.
- À la question no. 11, le taux de satisfaction global semble être élevé et est demeuré inchangé depuis 2014, et ce comparativement au résultat faible de 23% (% excellent et très bon) de satisfaction enregistrée lors du sondage du CSNB. Toutefois, comme mentionné au premier point, il faut comparer avec prudence puisque la question du CSNB est très globale et que l'échelle de satisfaction est différente de celle du Réseau.

Pistes d'amélioration/ Recommandations

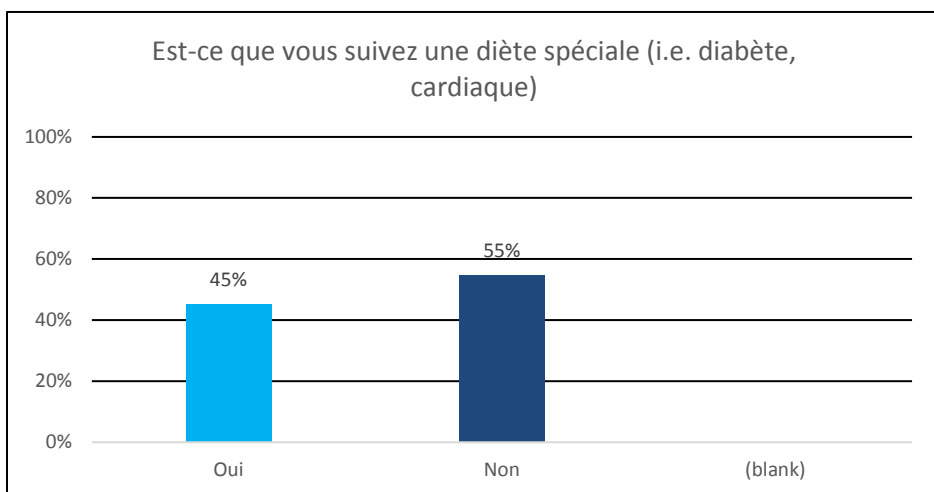
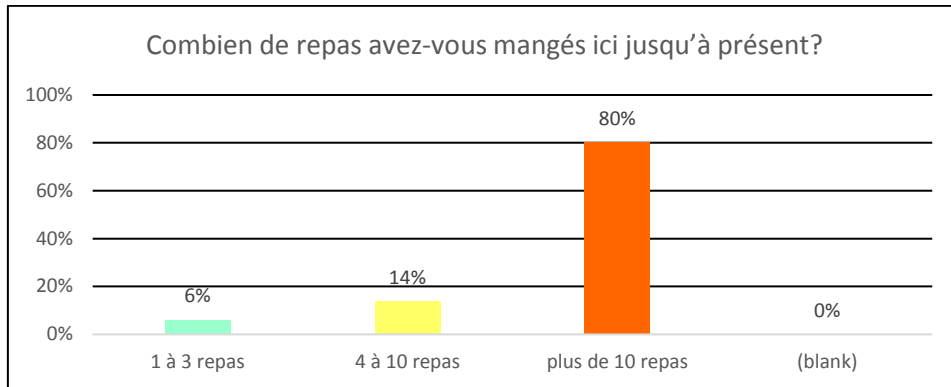
- **Température des aliments** : La pratique de faire l'analyse de la satisfaction des températures sur les unités a été négligée ces dernières années en partie dû à la possibilité de sous-traitance des services alimentaires et au manque d'effectifs. Les résultats préliminaires des sondages faits en 2018 démontrent qu'une diminution du taux de satisfaction des températures pour les aliments chauds. Plusieurs facteurs ont été identifiés dont l'usure des équipements et le niveau de collaboration/coordination entre le Service alimentaire et les soins infirmiers. Pour ce qui a trait aux équipements, un inventaire et une analyse de la durée de vie de ceux-ci a été effectué à l'été 2018 et un plan de remplacement des équipements est en voie d'élaboration. En ce qui concerne la collaboration/coordination entre les services alimentaires et les soins infirmiers, des analyses plus poussées doivent être effectuées pour mieux cibler les problématiques et proposer un plan de redressement.
- **Choix de menu** : Présentement, dans les zones 1B, 5 et 6, les patients font leur choix de repas d'un à trois jours à l'avance. Cette pratique peut avoir un grand impact sur le niveau de satisfaction et l'apport alimentaire du patient, car l'appétit et les goûts peuvent être grandement altérés par la maladie, la médication et l'état général du patient. À la Zone 4, il y a un logiciel qui permet de faire le choix de menu le même jour. Le Service alimentaire de la Zone 1B est à l'étape finale de mise en œuvre de ce logiciel. Il est prévu que la mise en œuvre se poursuivre par la suite dans les zones 5 et 6. De plus, un groupe de travail régional sera mis sur pied afin de régionaliser les menus, et ce, tout en conservant les saveurs locales. Le groupe de travail sera responsable entre autres de faire l'inventaire des menus présents dans le Réseau, d'en faire l'analyse pour ensuite assurer un éventail d'items répondants aux préférences et aux besoins des patients. L'exercice permettra aussi d'avoir un meilleur pouvoir d'achat et par conséquent, faire des économies.

Soumis le 2019/01/07 par Janie Levesque, Directrice - Services d'alimentation et d'environnement

Sondage de satisfaction sur les repas pour les patients hospitalisés

QUESTIONS	CHUDGLD % de Très satisfait et satisfait		
	Juin-juillet 2014	Juin 2018	Novembre 2018
Q1) Choix et variété du menu	67	86	87
Q2) Présentation de votre assiette	85	88	95
Q3) Goût des aliments	63	82	65
Q4) Température des aliments froids	96	84	90
Q5) Température des aliments chauds	81	77	75
Q6) Quantité des aliments	82	98	94
Q7) Propreté globale des plateaux	98	98	98
Q8) Courtoisie de la personne qui sert les repas	92	99	98
Q9) Repas correspondant à votre choix de menu	94	92	78
Q10) Services offerts dans la langue de votre choix	99	100	99
Q11) Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait des repas reçus	91	88	90

Résultats du sondage 2018 seulement pour les questions suivantes :



CSNB-Réseau* CHUDGLD-2016 N = 847 (Excellente et très bonne)	Sondage général Réseau* CHUDGLD Juillet à septembre 2018 N = 304		Sondage Réseau** CHUDGLD-2014 N = 153 (Très satisfait, satisfait)	Sondage Réseau** CHUDGLD-2018 N = 150 (Très satisfait, satisfait)
	(Excellente et très bonne)	Excellente, très bonne et bonne)		
16 %	31%	68%	91%	89%

*Comment évalueriez-vous la qualité de la nourriture (le goût des aliments, la température au moment du service, la variété)? (Échelle = Excellente/Très bonne/Bonne/Passable/Mauvaise)

**Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait des repas reçus? (Échelle = Très satisfait/Satisfait/Insatisfait/Très insatisfait)

Projets qualité

Secteurs des services médicaux et chefferie médicale

Préparé par Anne Belliveau-LeBlanc et Marjorie Pigeon
Présenté par Dre France Desrosiers

Item 5.1

Date: le 22 janvier 2019

Plan

- ➔ Projets qualité – volet direction médicale
- ➔ Projets qualité – volet chefferie médicale
- ➔ Proposition de transition vers une approche de système apprenant

Projets qualité – volet direction médicale





Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Anesthésie	Évaluation préopératoire	✓	Implantation à prévoir prochainement
Anesthésie	Projet de monitoring à distance - apnée du sommeil	✓	Évaluation faite des dispositifs Plan d'affaire à bâtir pour achat et implantation
Cardiologie	Groupe clinique incluant standardisation des protocoles	●	Début de révision du fonctionnement des cliniques d'insuffisances cardiaque - pas encore de groupe clinique formé - visons printemps 2019



Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Chirurgie	Plan d'amélioration des soins orthopédiques (colead)	●	Difficulté avec implication des chirurgiens
Chirurgie	ERAS	✓	Comité directeur monté pour zone 6, prochainement pour zone 1B
Chirurgie	Consolider le programme provincial de bariatrie	✓	Clinique zone 4 pour mars 2019 et chirurgie pour juin 2019



Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Génétique	Mise à niveau du laboratoire de génétique selon les critères d'excellence (colead)	✓	Financement du CCNG Demande d'ajout de deux postes de PHD, un poste de technicien de laboratoire et un md de labo en cytogénétique Équipement: partie financée par la Fondation
Mère-enfant	Implanter le programme AMPRO	✓	
Imagerie médicale	Programme <i>Choosing wisely</i>	✓	Une première rencontre a eu lieu. Nous commençons par l'imagerie dans la lombalgie.



Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Laboratoire	Gestion des antibiotiques (colead)	✓	Protocole régional de pneumonie acquise en communauté en cours d'implantation – projet pilote CHUDGLD
Médecine familiale	Implantation du PEU pour la clientèle ayant des maladies chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque, diabète) et aînés vulnérables	✓	Il a été décidé d'implanter de façon élargie.



Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Médecine interne	Les pratiques standardisées de traitement en continu des maladies chroniques MPOC, diabète et insuffisance cardiaque seront appliquées sur tout le territoire	●	<u>MPOC</u> : travaux en cours à la zone 6, mais non finalisés, devra être poursuivi en 18-19 <u>Diabète</u> : début de révision du travail effectué, en clinique et en communauté <u>Insuffisance cardiaque</u> : voir diapo 5



Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Néphrologie	Identifier les nouvelles pratiques et les indicateurs de rendement cliniques à évaluer	✓	Identifier et colliger des indicateurs communs. Identifier quelles pratiques peuvent être uniformisées Uniformiser certaines politiques et procédures Emphase sur les politiques et procédures en lien avec les POR et les critères à priorité élevée pour l'agrément
Oncologie	Favoriser l'utilisation de la télé-santé dans les centres satellites	●	Processus global de la télé-onco pour les cliniques satellites en cours pour optimisation de l'efficacité



Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Pédiatrie	Groupe clinique régional à créer	<input type="checkbox"/>	Visons première rencontre régionale en pédiatrie en février 2019 - modes de fonctionnement locaux à réviser, mise en œuvre des priorités de meilleures pratiques et évaluation des défis de chacun.
Pneumologie	Réhabilitation pulmonaire : • Explorer des options pour implanter un programme accessible dans ces centres sportifs ou à domicile - Département régional créé	<input checked="" type="checkbox"/>	Débuté dans plusieurs centres hospitaliers Suivi avec Yves Laurendeau - début de travail pour miser les meilleures pratiques régionalement.



Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Psychiatrie	Mise à niveau du CHR (colead)	✓	Évaluation et redirection des patients aptes à sortir en cours. Plan d'évaluation de tous les patients avec volet médico-légal (réévaluation pour 2 ^e opinion pour évaluation de l'aptitude et responsabilité criminelle afin de présenter au <i>Review Board</i> Recrutement d'un fellow en psychiatrie légale qui débutera en janvier 2021. Processus de recrutement d'un psychiatre pour juillet 2019



Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Soins Intensifs	Groupe clinique incluant standardisation des protocoles	✓	Comité conjoint médico-administratif mis en œuvre à l'automne 2018 pour établir fonctionnement et priorités, changement au mode de fonctionnement de révision des protocoles implanté
Soins palliatifs	Groupe clinique incluant standardisation des protocoles	✓	Comité conjoint médico-administratif mis en œuvre fin oct. 2018 pour établir fonctionnement et priorités, changement au mode de fonctionnement de révision des protocoles implanté



Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Soins palliatifs	Groupe clinique incluant standardisation des protocoles	✓	Comité conjoint médico-administratif mis en œuvre fin oct 2018 pour établir fonctionnement et priorités, changement au mode de fonctionnement de révision des protocoles implanté
Urgence	Standardisation de la pratique médicale	✓	Mise en place d'une politique pour évaluation et prise en charge des patients à risque suicidaire et audit en cours. Mise en place d'un processus d'évaluation du risque de tout patient atteint d'un problème de santé mentale.



Projets qualité – volet direction médicale

Secteur	Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Mission universitaire	Mise en place des unités cliniques apprenantes	✓	En cours: Premières rencontres des comités principaux des UCA prioritaires (janvier) Identification et priorisation des initiatives découlant des UCA (février) Démarrage des initiatives (projets des premières UCA (mars))

Projets qualité – volet chefferie médicale





Projets qualité – volet chefferie médicale

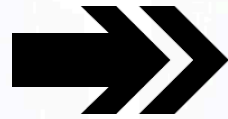
Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Révision du processus de certification pour les médecins	✓	Standardisation nationale avec entrées de données, Inscriptionmed sous la gouverne du Collège. Comité régional de recrutement et d'évaluation des dossiers établi.
PRA (practice-ready assessment) – Réviser les différents outils et modèles d'évaluation des compétences existant au Canada	✓	En cours d'identifier des ressources médicales



Projets qualité – volet chefferie médicale

Projet	État d'avancement	Suivi/commentaire
Révision et amélioration du processus et des outils pour la gestion des plaintes médicales	✓	Avec les ressources disponibles actuellement
Révision du processus et des outils en lien avec les revues de mortalité et de morbidité	✓	Rencontres avec les CMCL et les chefs de départements débutés dans toutes les zones Révision du processus et des outils en cours
Participation à la conformité aux POR	✗	

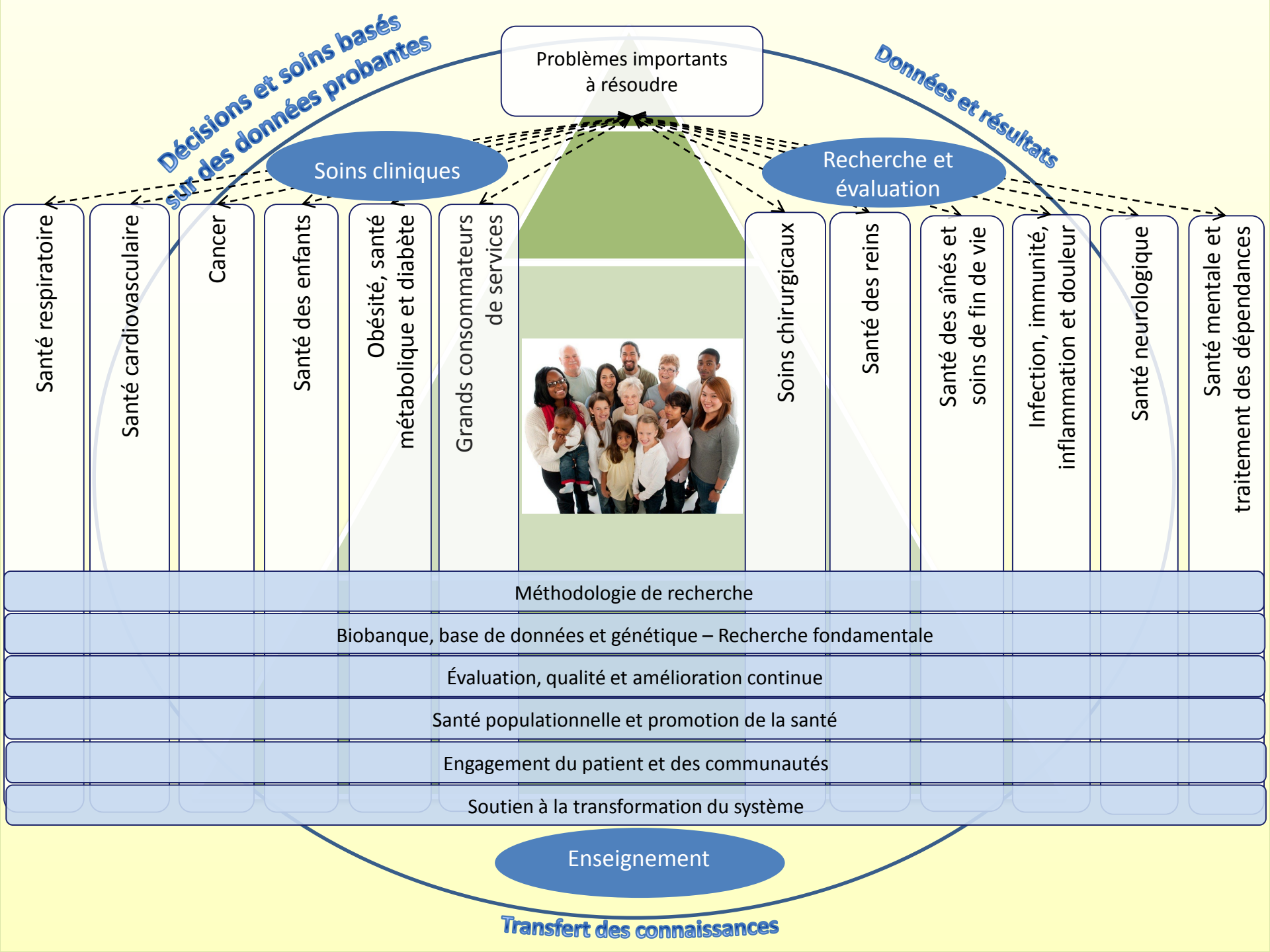
Proposition - transition vers une approche de système apprenant





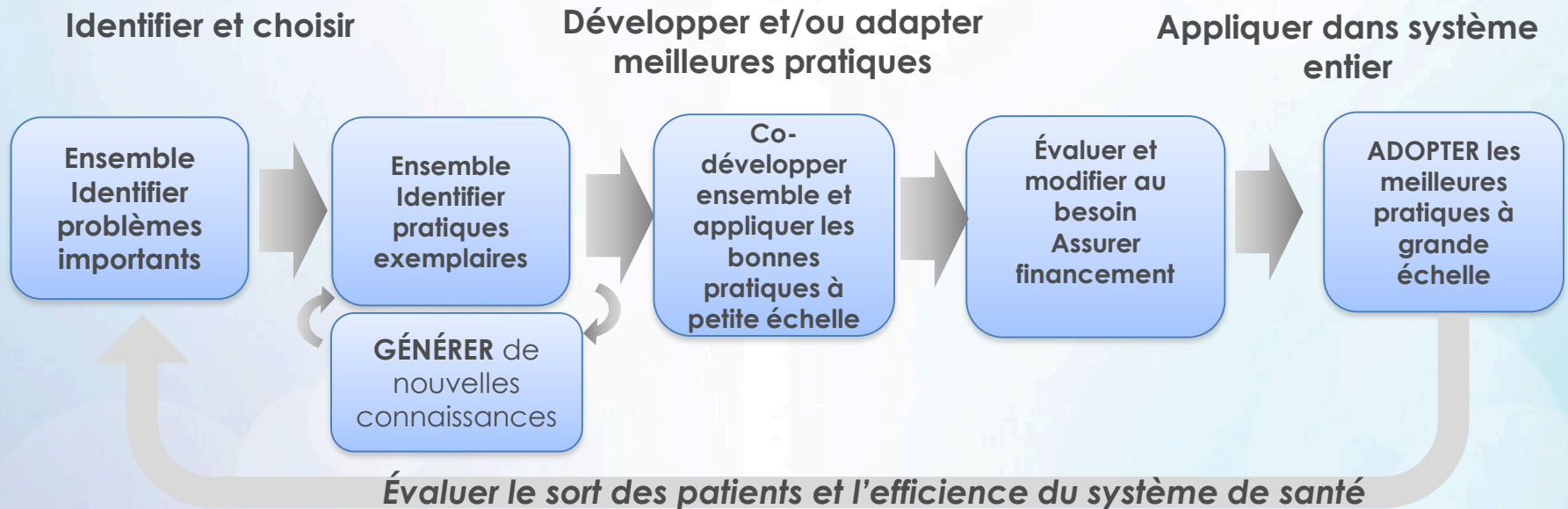
Proposition - transition vers une approche de système apprenant

De...	Vers...
Vision par secteur	→ Vision système (transversale)
Vision service (organigramme actuel)	→ Vision programme-clientèle
Gestion par service (ex.: services professionnels, unité de soins, direction médicale...)	→ Modèle de cogestion (médical, clinique et administratif) pour une même population/thématique
Plans distincts (plans opérationnels, plans d'action, plans qualité, etc. par gestionnaire et directeurs)	→ Plan unique partagé avec des rôles et responsabilités bien définis (alignement des priorités et des intérêts de chaque partie prenante)
Vision et travail morcelés avec risque de dédoublement d'efforts ou de contradictions	→ Unités cliniques apprenantes (médical, clinique, administratif et recherche)





Proposition - transition vers une approche de système apprenant



Générer, partager, analyser, intégrer des données probantes dans la pratique, tout au long de la trajectoire de soins.



RÉSEAU DE SANTÉ

vitalité

HEALTH NETWORK



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 22 janvier 2019

Décision recherchée

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

Contexte / Problématique

- Dans les prochains mois, une révision complète des indicateurs des tableaux de bord du Réseau sera effectuée et un nouveau format sera proposé.
- Plusieurs initiatives du tableau de bord stratégique sont complétées :
 - Initiatives prévues pour 2017-2018 : 79 initiatives.
 - Initiatives complétées ou conformes au plan : 10 complétées et 48 conformes au plan.
 - Les autres initiatives sont principalement en attentes d'une décision.
- La campagne annuelle de vaccination contre la grippe est débutée depuis le mois d'octobre. En novembre, les résultats sont inférieurs à l'année précédente (30.5 % en 2017 et 20.8 % en 2018).

Considérations importantes

Sommaire des tableaux de bord

Tableau de bord	Indicateurs avec performance atteignant ou au-delà de la cible	Indicateurs avec performance inférieure à la cible
Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - État d'avancement des projets de qualité - Nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus - % de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement) - L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté - Taux pour les accidents de travail - Coût par habitant pour les soins de santé - Variance entre le budget et les dépenses actuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants - % de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques - % de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé en santé mentale - Nombre de guides de pratiques pour maladie chronique mis en œuvre - Chirurgies en attente de plus de 12 mois - % Chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) - % Chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines) - % initiatives du Plan d'équité complétée - Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté - Nombre de visites dans les cliniques itinérantes. - # de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place - Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes - Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place - État d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation - Coût par jour patient / unité de soins infirmiers

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

L'annexe présente une liste de projets et d'initiatives en cours pour les indicateurs présentant une performance inférieure à la cible.

Suivi à la décision

Aucun suivi à la décision.

Proposition et résolution

Aucune proposition à suggérer.

Soumis le 11 janvier 2018 par l'équipe d'Aide à la décision

ANNEXE

Indicateurs avec performance inférieure à la cible	Projets ou initiatives
Plan stratégique	
Taux d'hospitalisation pour démence par 100 000 de population	<ul style="list-style-type: none"> - Le gériopsychiatre et l'infirmier planifient un plan d'intervention non pharmacologique en communication avec les médecins et les intervenants du milieu de vie
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	<ul style="list-style-type: none"> - Le guichet unique pour les patients ayant plus d'une maladie chronique sera mis en place. - L'hôpital virtuel est mis en place au CHUDGLD et à l'HRE - La cogestion de la durée de séjour sera mise en place (ceci dans le but de rendre imputable chaque infirmière-gestionnaire et chaque chef de département médical pour l'utilisation des lits de son unité de soins) - Le développement d'une stratégie et l'implantation afin de réduire le taux d'hospitalisation dû aux MPOC
% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Un plan d'intervention intégré et coordonné est préparé entre les services de la santé mentale communautaire, traitement des dépendances et unité psychiatrique pour chaque patient qui est un utilisateur fréquent - Un programme de réadaptation en santé mentale pour la clientèle du CHR
Chirurgies en attente de plus de 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> - 3 projets d'alternatives seront explorés en chirurgie (court séjour 4A, ERAS, suivi post-op)
% chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)	<ul style="list-style-type: none"> - La liste d'attente en chirurgie orthopédique a été réduite
% chirurgie d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	<ul style="list-style-type: none"> - La liste d'attente en chirurgie orthopédique a été réduite
Nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place	<ul style="list-style-type: none"> - En développement
Nombre de consultations effectuées en télésanté	<ul style="list-style-type: none"> - Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie
Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	<ul style="list-style-type: none"> - 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)
État d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> - Une stratégie d'attraction et de rétention du personnel, basée sur les meilleures pratiques sera

de l'organisation	développée et mise en œuvre - Un programme de développement du leadership organisationnel est en place depuis le printemps 2018 et accessible aux personnes ciblées
Plan opérationnel	
Temps d'attente pour les niveaux de triage 3	- 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
% de lits occupés par des cas de SLD	- Le gériopsychiatre 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
Taux de chute	- Mesurer l'impact de la mobilisation sur la durée de séjour du patient sera mesurer et assurer le maintien ou l'amélioration de la mobilité du patient pour ainsi réduire la durée d'hospitalisation des patients
Taux d'erreurs de médicaments	-Poursuivre implantation du bilan comparatif des médicaments
% de vaccination-grippe saisonnière	- La campagne annuelle de vaccination contre la grippe est débutée depuis le mois d'octobre - Une vaccination obligation pour les employés est en discussion
% de visites 4 et 5 à l'urgence	- Les grands utilisateurs seront encadrés afin d'améliorer leurs soins tout en réduisant leur utilisation des services d'urgence et hospitaliers
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	- Un plan d'action pour la transformation du laboratoire est en cours

Tableau de bord Tableau de bord stratégique

Qualité / Satisfaction de la clientèle						
		Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
TB provincial	Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	220	801	196	199 Q1 2018-19	199 Q1 2018-19
TB provincial	Taux d'hospitalisation pour démence par 100 00 de population	20	64	50	20 Q4 2017-18	82 Q1-Q4 2017-18
TB provincial	CSM-% de patients traités dans les 40 jours-Priorité modérée	52.4%	52.4%	-	50.0% Q2 2018-19	50.0% Q1-Q2 2018-19
TB provincial	% 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
TB provincial	Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)	19.7%	19.7%	-	18.1% Q1 2018-19	18.1% Q1 2018-19
TB provincial	% de décès de soins palliatifs survenant à la maison	9.0%	9.0%	-	7.6% Q1 2018-19	7.6% Q1-Q4 2017-18
2.a.b	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	7.2%	7.2%	6.2%	6.3% Q1 2018-19	6.3% Q1 2018-19
2.a.e	% 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
2.a.e	% réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale	#REF!	10.6%	6.6%	10.3% Q1 2018-19	10.3% Q1 2018-19
2.b.a	# de guides de pratiques pour maladies chroniques mis en œuvre	N/D	N/D	1	0 Q1 2018-19	0 Q1 2018-19
2.a.e 2.c.a	Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants	267	267	-	266 Q1 2018-19	266 Q1 2018-19
3.b.a	Chirurgies en attente plus de 12 mois	156	205	0	71 oct.-18	85 avril-oct. 18
3.b.a	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	56.1%	60.3%	75.0%	68.8% oct.-18	65.2% avril-oct. 18
3.b.a	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	54.5%	63.9%	85.0%	61.0% oct.-18	68.7% avril-oct. 18
4.a.b	Taux de conformité aux audits de documentation	84.8	84.8	90.0	90.1 2016-2017	90.1 2016-2017
4.a.b	L'état d'avancement pour le développement d'une méthodologie d'évaluation de programme approuvée	N/D	N/D	-	-	-
6.a.a	État d'avancement des projets de qualité	N/D	N/D	75%	77% Q2-2018-19	77% Q2-2018-19

Qualité / Satisfaction de la clientèle						
		Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
1.a.a	% d'avancement de la campagne de promotion de la santé sur l'obésité	-	N/D	100%	100% 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	1 Q1 2018-19	1 Q1 2018-19
5.a.b	L'état d'avancement pour l'obtention d'une entente de principe avec les ministères de la Santé et de l'Éducation	N/D	N/D	-	-	-
4.a.a	Nombre de cliniques apprenantes en place	-	-	-	-	-
4.a.b	L'état d'avancement pour le développement d'une méthodologie d'évaluation de programme approuvée	N/D	N/D	-	-	-
2.a.d	Nombre de patients référés au guichet unique.	N/D	N/D	-	-	-
2.d.b	L'état d'avancement du projet de pédiatrie sociale dans le comté de Kent.	N/D	N/D	-	-	-
4.a.a	Nombre de nouvelles technologies de l'information mises en place	N/D	N/D	-	-	-
5.a.c	L'état d'avancement pour l'obtention d'une entente de partenariat avec le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick.	N/D	N/D	-	-	-
5.a.d	% d'avancement du développement du programme postdoctoral en psychiatrie	N/D	N/D	-	-	-

TAD: Total à date

Tableau de bord du système de santé

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

Tableau de bord Tableau de bord stratégique

Activités		Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
TB provincial	% de patients inscrits sur la liste d'attente provinciale pour un médecin de famille (Taux provincial)	0.29%	2.12%	-	0.63% Q1 2018-19	4.35% Q1 2018-19
	Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus	8.21	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% Q2 2018-19	66.7% Q1-Q2 2018-19
	Nombre de nouveaux projets de recherche approuvés	6	21	-	2 nov. - 18	21
2.a.a	Taux d'hospitalisation des patients du PEM pour chaque 100 patients desservis	14.26	14.37	14.48	16.42 Q3 2017	15.19 Q1-Q3 2017
2.a.c.11	Nombre de sites qui offrent le programme de maintien des aînés et patients vulnérables à domicile	N/D	N/D	1	1 Q1 2018-19	1 Q1 2018-19
2.a.c	# d'infirmières praticiennes embauchées	N/D	N/D	32	32 2018-19	32 2018-19
2.a.c	% de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement)	-28%	-28%	-20%	-25% Q1 2018-19	-25% Q1 2018-19
3.a.a	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	265	1,830	2,698	243 nov.-18	2,412 avril-nov.18
3.a.b	# de visites dans les cliniques itinérantes	791	5,571	5,662	709 nov.-18	5,278 avril-nov.-18
3.c.a	# de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place	N/D	N/D	6.8	3 Q3 2017-18	3 Q1-Q3 2017-18
3.d.a	# de patients partenaires recrutés et formés	N/D	N/D	4	0 Q1 2018-19	0 Q1 2018-19
3.d.a	# de rencontres du comité des usagers	Automne 2018	-	-	-	-
6.b.f	Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	N/D	N/D	3.0	0 Q1 2018-19	2 Q1 2018-19
7.a.a	Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	N/D	N/D	4	4 2017-18	4 2017-18
7.b.a	Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place	N/D	N/D	9	1 Q1 2018-19	4 Q1 2018-19
7.c.a	Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	N/D	N/D	3	3 2017-18	3 2017-18

Ressources humaines		Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
TB provincial	Moyenne de jours de maladie payés par employé	11.27	11.35	11.45	11.71 Q2 2018-19	11.84 Q1-Q2 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% oct -18	2.6% avril -oct 18
6.b.b	% d'avancement de la stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel	-	-	75%	N/D Développement de la	N/D 2018-19
6.b.d	% d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation	N/D	N/D	100%	63% Q1 2018-19	63% Q1 2018-19
6.b.e	% des cadres qui ont discuté des valeurs avec leurs employés	Printemps 2018-19	-	-	-	-
6.c.a	L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté	-	N/D	192490	-	239528 janv.- 18
6.c.b	% d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel	N/D	N/D	100%	98% 2018-19	98% 2018-19
6.b.c	# d'accident avec perte de temps x 200 000/# heures totales travaillées	4.20	4.04	5.40	4.84 Q2 2018-19	4.04 Q2 2018-19
Finances						
		Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
	Coût par habitant pour les soins de santé	\$2,886	\$2,860	\$2,836	\$2,887 nov. 2018	\$2,818 avr-nov. 2018
	Coût par jour patient / unités soins infirmiers	\$361	\$353	\$337	\$389 Q4 2017-18	\$366 Q1-Q4 2017-18
	Variance entre le budget et les dépenses actuelles	\$283,979	\$1,721,013	\$0	\$1,840,069 nov. 2018	\$3,758,782
	Coût par jours repas	\$36.75	\$37.00	\$35.19	\$36.87 nov. 2018	\$36.59
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	\$4.53	\$4.59	\$4.79	\$4.85 nov. 2018	\$4.80 avr-nov. 2018
TB provincial	Rediriger nos investissements vers soins primaires (TB provincial)	En développement				

TAD: Total à date

Tableau de bord du système de santé

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

Tableau de bord stratégique - Définitions

	Définition	Discussion
Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	Nombre d'hospitalisation en soins aigus pour le diabète, l'insuffisance cardiaque et MPOC divisé par la population des 20 ans et plus et divisé par 100 000	Les plans développés atteignent-ils les résultats prévus? Doit-on faire des ajustements
Taux d'hospitalisation pour démence par 100 00 de population	Nombre d'hospitalisations reliées à la démence divisé par l'estimation de la population par zone	
% de patients traités dans les 40 jours-Priorité modérée	Nombre de clients de catégorie modérée vu dans les 40 jours divisé par le nombre total de clients dans cette catégorie	
% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Nombre de cas NSA dans les soins de courte durée avec plus de 90 jours NSA divisé par le nombre total de cas NSA dans les soins de courte durée	
Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)	Nombre de cas NSA dans les soins de courte durée avec plus de 90 jours ALC divisé par le nombre total de cas ALC dans les soins de courte durée	
% de décès de soins palliatifs survenant à la maison	Nombre de patients palliatifs du PEM décédé à la maison divisé par le total de patients palliatifs décédés	
% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Nombre d'hospitalisations reliées aux CPSA selon les critères de l'ICIS divisé par le nombre total de congés excluant les personnes de 75 ans et plus.	Quelles ressources doit-on mettre en communauté pour améliorer la prise en charge de ces patients?
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Nombre de jours d'hospitalisation des cas typiques au-delà du nombre de jours prévus par l'ICIS divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation pour les cas typiques	
% réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale	Nombre de réadmissions dans un hôpital du N.-B. dans les 30 jours suivant le congé initial à l'établissement en raison d'un diagnostic de santé mentale divisé par le nombre de congés à l'établissement en raison d'un diagnostic de santé mentale.	Suite au congé comment améliorer l'accès aux soins en communauté pour prévenir une réadmission?
# de guides de pratiques pour maladies chroniques mis en œuvre	Nombre de guides de pratiques pour maladies chroniques	
Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants	Tous les congés en santé mentale selon les diagnostics de l'indicateur des réadmissions en santé mentale de l'ICIS divisé par 100 000 de population	
Chirurgies en attente plus de 12 mois	Nombre de chirurgies qui sont en attentes depuis 12 mois et plus	Quel est le plan pour réduire les listes d'attente?
% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Nombre de de chirurgies complétées à l'intérieur des délais divisés par le total de chirurgies complétées	
% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Nombre de de chirurgies complétées à l'intérieur des délais divisés par le total de chirurgies complétées	

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

Tableau de bord stratégique - Définitions

	Définition	Discussion
% de patients inscrits sur la liste d'attente provinciale pour un médecin de famille (Taux provincial)	Nombre de personnes actives sur la liste divisée par la population	
Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus	Nombre total de jours d'hospitalisation chez les 65 ans et plus divisé par le nombre d'hospitalisation chez cette même clientèle.	La durée de séjour prévue pour cette clientèle est-elle dépassée? Quelles mesures peut-on mettre en place?
Pourcentage d'initiatives du Plan d'équité complétées	Nombre d'initiatives complétées divisé par le nombre des initiatives prévues au cours de l'année fiscale.	Quelles sont les barrières dans l'implantation des initiatives du Plan d'équité (rattrapage)? Comment y remédier?
Nombre de nouveaux projets de recherche approuvés	Nombre d'essais cliniques et de recherches appliquées soumis et approuvés par le comité d'éthique	Y a-t-il des délais pour l'approbation des projets? Comment y remédier?
Taux d'hospitalisation des patients du PEM pour chaque 100 patients desservis	Nombre d'admissions hospitalières de patients provenant du PEM X 100 (clients du RSV) divisé par le nombre total de clients actifs du PEM au RSV	
Nombre de sites qui offrent le programme de maintien des aînés et patients vulnérables à domicile		
# d'infirmières praticiennes embauchées	Nombre d'infirmières praticiennes embauchées	
% de réduction des visites à l'urgence chez les patient à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement)	Moyenne des visites mensuelle de la cohorte sélectionnée divisé par le total des visites moyennes à l'urgence des 3 mois précédant le début de l'interaction avec les membres de la cohorte	
Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	Nombre de consultation clinique	
# de visites dans les cliniques itinérantes	Nombre de visites dans les cliniques d'un établissement hospitalier ou un centre de santé communautaire offertes par un médecin spécialiste qui se déplace mais dont le lieu de travail principal se situe dans une autre région (zone).	
# de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera mis en place	Nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera mis en place	
# de patients partenaires recrutés et formés	# de patients partenaires recrutés et formés	
# de rencontres du comité des usagers	Nombre de rencontres du comité des usagers	
Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	Nombre d'initiatives en place	
Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	Nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	
Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place	Nombre d'initiatives en place	
Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	

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

Tableau de bord Tableau de bord opérationnel

Qualité / Satisfaction de la clientèle					
	Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	TAD 2018-2019
Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (Moyenne en minutes)	65	66	30	73 nov.-18	76 avril-nov. 18
% de lits occupés par des cas de SLD	25.9%	25.4%	21.8%	29.7% nov.-18	28.3% avril-nov. 18
Taux de césariennes à faible risques	12.1%	12.1%	15.2%	9.6% Q1 2018-19	9.6% Q1 2018-19
Taux de chutes	4.59	4.72	4.50	4.07 oct.-18	5.02
Taux de chutes avec blessures graves	0.118	0.039	0.000	0.176 oct.-18	0.065
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	0.030	0.013	0.000	0.000 oct.-18	0.060
Taux d'erreurs de médicaments	3.52	3.14	3.05	2.84 oct.-18	3.36
Taux de conformité à l'hygiène des mains	84.6%	82.7%	90.0%	77.5% 0.0%	80.8%
Taux d'infection Clostridium difficile	2.84	1.81	2.50	2.58 nov.-18	1.90
Taux d'infection et de colonisation au SARM	0.63	0.20	2.00	0.00 nov.-18	0.32
Taux d'infection et de colonisation ERV	0.00	0.00	2.00	0.00 nov.-18	0.16
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%	73.8%	65.0%	68.8% nov -18	43.8% avril-nov 18
Taux global conformité aux modules e-apprentissage (l'hygiène des mains, vie privée, sécurité des patients et langues officielles)	39.1%	39.1%	100.0%	35.2% nov.-18	35.2% avril-nov.18
Nombre de nouveaux griefs	11	52	53	8 nov. 18	92
# 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	5.75%	5.97%	5.40%	6.24% nov -18	6.11% avril -nov 18
% de vaccination - grippe saisonnière	30.5%	30.5%	30.2%	8.6% nov -18	20.8% oct. -nov 18
% d'heures de surtemps	2.42%	2.87%	2.10%	2.82% nov -18	2.90% avril -nov 18

TAD: Total à date

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

Activités					
	Sept. 2017	TAD 2017-2018	Cible TAD 2018-2019	Sept. 2018	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	31,308	251,013	244,953	30,844 nov.18	250,550
% de visite 4 et 5	61.3%	60.9%	55.2%	62.6% Q2 2018-19	61.8% Q1 2017-18
Nombre de visites à l'urgence	17,814	157,116		16,805 nov.18	149,944
Nombre de procédures aux laboratoires	754,924	5,850,022		767,250 nov.18	5,962,840
Nombre d'exams en imagerie médicale	36,174	280,743		36,530 nov.18	287,578
Nombre de cas au bloc opératoire	1,905	14,096		1,782 nov.18	13,660
Nombre de visites en hémodialyse	5,161	41,214		5,220 nov.18	41,468
Nombre de visites en oncologie	3,830	27,727		3,761 nov.18	31,798
Heures travaillées PPU/jours-patients	6.25	6.26	6.09	6.08 nov.-18	6.04 avril-nov. 18
Nombre de requêtes médiatiques	45	190	-	20 sept.-18	158 avril-sept.18
Finances					
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	3.04%	2.30%	2.83%	2.32% nov. 2018	2.40%
% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	16.17%	15.13%	16.3%	16.8% nov. 2018	16.2%
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	53.70%	53.58%	55.63%	55.24% nov. 2018	55.83%
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	\$1.20	\$1.11	\$1.11	\$1.21 Q4 2017-18	\$1.22
Variance en salaires et bénéfices	\$3,435,328	\$21,596,199	\$0	\$586,143 nov. 2018	\$3,122,901
Variance en dépenses médicaments	\$86,581	\$94,248	\$0	\$293,307 nov. 2018	\$ (1,702,524)
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	\$ (1,179,464)	\$ (1,735,273)	\$0	\$702,410 nov. 2018	\$2,856,702
Coût en énergie par pied carré	\$5.12	\$4.75	\$5.29	\$6.57 nov. 2018	\$5.12 avr-nov. 2018

Tableau de bord opérationnel : présente les activités régulières du Réseau

Tableau de bord opérationnel - Définitions

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

Tableau de bord opérationnel - Définitions

Indicateurs	Définition	Discussion	Indicateurs	Définition	Discussion
Taux de réadmission dans les 30 jours	Le nombre de réadmissions observées divisé par le nombre de réadmissions prévues et multiplié par le taux moyen au Canada	Quelles mesures permettraient de prévenir les réadmissions?	% des dépenses de soutien par rapport aux des dépenses totales	Dépenses des services de soutien (services alimentaires, entretien ménager, entretien des installations, admission, archives, ressources humaines et services financiers, etc) divisé par les dépenses totales	Ce pourcentage est-il acceptable et sinon quel est le plan d'action?
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Nombre d'employés ayant une date d'appréciation de rendement future divisé par le nombre d'employés	Quelles sont les stratégies en place? Quelles sont les pratiques exemplaires?	% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux des dépenses totales	Dépenses des programmes cliniques (services aux patients hospitalisés, services diagnostiques, thérapeutiques, tertiaires, services ambulatoires) divisé	Ce pourcentage est-il acceptable et sinon quel est le plan d'action?
Taux global conformité aux modules e-apprentissage (l'hygiène des mains, vie privée, sécurité des patients et langues officielles)	Nombre d'employés ayant suivi les formations en ligne dans les temps requis du renouvellement divisé par le nombre d'employés concernés	Comment les employés sont-ils informés des exigences? Quelles sont les stratégies pour améliorer la participation des employés?	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Coûts d'opération des laboratoires par unité de charge de travail	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Nombre de nouveaux griefs	Nombre de grief reçu au cours de la période (un grief compte une seule fois, peu importe s'il fait plusieurs paliers).	Quelle est la nature des griefs et comment en réduire la fréquence?	Variance en salaires et bénéfices	Total des dépenses pour les salaires et les bénéfices (avantages sociaux) comparativement au budget	D'où proviennent les variations et quelles en sont les raisons?
# de départ PT et TP/# moyen d'employés PT et TP	Nombre de départs temps plein et temps partiel divisé par le nombre moyen d'employés temps plein et temps partiel	Ce taux de roulement est-il comparable à celui d'organisations similaires? Si non comment l'améliorer?	Variance en dépenses médicaments	Total des dépenses pour les médicaments comparativement au budget	D'où proviennent les variations et quelles en sont les raisons?
% d'heures de maladie/Nombre d'heures travaillées	Heures de maladies payées divisées par les heures travaillées. Exclut les cas d'invalidité et de Travail sécuritaire NB.	Quelles sont les causes principales et quel est le plan prévu? Le programme d'assiduité est-il appliqué?	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Total des dépenses pour les fournitures médicales et chirurgicales et autres dépenses comparativement au budget	D'où proviennent les variations et quelles en sont les raisons?
Taux de vaccination des employés	Nombre d'employés vaccinés divisé sur le total d'employés actifs	Que faire pour améliorer le taux de vaccination?	Coût en énergie par pied carré	Coûts de l'électricité, huile et gaz naturel dans les hôpitaux par pied carré	Est-ce que nous mettons en place des énergies vertes pour réduire les impacts sur l'environnement? Résultent-elles en des économies?
% d'heures de surtemps	Nombre d'heures de surtemps divisé par le nombre d'heures travaillées	Quelles en sont les causes? Des mesures sont-elles en place pour éviter l'épuisement du personnel? Comment réduire le surtemps?			