

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 12 juin 2018 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : salle de l'Auberge, local 12	(Claire, Gilles) (Gisèle, Anne, Lucie) (Michelyne, Janie, Dre LeBlanc)
Présidente :	Norma McGraw	Tracadie : salle à manger	(Norma)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Campbellton : salle téléadaptation	(Diane)
Participants			
Norma McGraw Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu	Michelyne Paulin Janie Levesque Dre Nicole LeBlanc	Claire Savoie 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. Résolution en bloc		D	✓
4.1	Adoption de la résolution en bloc		
4.2	Adoption du procès-verbal du 27 mars 2018		✓
4.3	Suivis de la dernière réunion tenue le 27 mars 2018		
4.4	Politique et procédure « Aide médicale à mourir »		✓
4.5	Mise à jour sur les suivis d'agrément		✓
4.6	Recommandations des Comités de revue		✓
4.7	Rapport annuel 2017-2018 – Qualité et sécurité des patients		✓
4.8	Rapport annuel 2017-2018 – Gestion des risques		✓
4.9	Rapport annuel 2017-2018 – Bureau de l'éthique		✓
4.10	Rapport annuel 2017-2018 – Mesures d'urgence		✓
4.11	Rapport annuel 2017-2018 – Prévention et contrôle des infections		✓
4.12	Rapport annuel 2017-2018 – Application de la Loi sur l'accès de la protection en matière de renseignements personnels sur la santé		✓
4.13	Rapport annuel 2017-2018 – Langues officielles		✓
4.14	Rapport annuel 2017-2018 – Demande d'accès à l'information		✓
5. Affaires permanentes			
5.1	Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2018)	I	✓
6. Date de la prochaine réunion : le 25 septembre 2018 à 08:30			
7. 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 27 mars 2018 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle	(Gilles, Gisèle, Claire)
Présidente :	Norma McGraw	Edmundston : salle 2281	(Lucie)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Moncton : salle de l'Auberge	(Janie, Michelyne)
		Tracadie : salle à manger	(Norma)
		Campbellton : salle 4002	(Diane)
		Téléconférence :	(Anne)
Participants			
Norma McGraw	✓	Anne Soucie	✓
Gilles Lanteigne	✓	Janie Levesque	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	A
		Claire Savoie	✓
		Diane Mignault	✓
		Michelyne Paulin	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Norma McGraw à 08:30.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2018-03-27 / 01SCGQS**

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Michelyne Paulin

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

Adopté à l'unanimité.

4. Adoption du procès-verbal du 23 janvier 2018**MOTION 2018-03-27 / 02SCGQS**

Proposé par Janie Levesque

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 23 janvier 2018 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

5. Suivis de la dernière réunion du 23 janvier 2018

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

6. Affaires nouvelles**6.1 Agrément - suivis**

Les équipes multidisciplinaires poursuivent leurs suivis et la mise en œuvre des mesures pour rencontrer les normes. L'échéancier pour compléter les suivis est le 25 mai 2018, afin de donner le temps aux conseillères à la qualité et sécurité des patients de déposer les preuves dans le portail d'Agrément Canada par le 6 juin 2018.

Dans les discussions avec Agrément Canada, il y a eu une suggestion de développer un plan d'amélioration continue de la qualité spécifiquement sur la santé mentale. Le Comité de décision d'agrément a souligné que nous sommes les bienvenus à soumettre le plan détaillé même si celui-ci n'est pas requis pour le maintien du statut d'Agrément. Les preuves reliées à la santé mentale doivent tout de même être déposées dans le portail comme les autres équipes.

Sur les 68 critères (normes et pratiques organisationnelles requises), 24 suivis sont terminés, 43 suivis sont en voie d'être terminés et 1 suivi est en attente. Certaines pratiques organisationnelles requises

(POR) progressent moins vite, en raison de la complexité de différentes démarches. Quelques normes demandent des rénovations qui ne seront pas complétées d'ici juin 2018, mais des mesures d'atténuation des risques seront mises en place.

7. Affaires nouvelles

7.1 Expérience des patients hospitalisés Q3

Le taux régional de participation au sondage est 16 % comparativement à 17 % pour le deuxième quart. Seule la zone 4 a atteint la cible visée de 20 %. Les taux sont à la baisse depuis les trois derniers mois malgré les rappels faits auprès des gestionnaires pour assurer la distribution des sondages au congé. Un rapport régional sera produit pour chaque directeur avec les taux de retour de leur secteur, afin de les sensibiliser à la problématique et les inciter à faire des suivis avec les gestionnaires.

Le Service des bénévoles de chaque zone sera demandé d'assigner un bénévole spécifiquement à la distribution des sondages, afin d'aider les gens qui ont de la difficulté à remplir le questionnaire.

Des sondages sporadiques sont effectués régulièrement pour l'urgence, les services alimentaires, l'externe, etc., mais pour les patients hospitalisés c'est un procédé continu. Une suggestion a ressortie la semaine dernière à la réunion du Comité régional des services à la clientèle, soit de cibler la clientèle hospitalisée en mettant l'accent sur une unité spécifique à tour de rôle. L'équipe de la qualité examinera cette piste d'amélioration, afin de maximiser le taux de participation.

Les deux éléments qui obtiennent de façon régulière de faibles taux de satisfaction sont l'obtention d'aide et la gestion de la douleur. Les tournées proactives aux unités seront réévaluées, puis nous travaillerons en collaboration avec l'équipe des soins infirmiers, afin de sensibiliser le personnel sur l'importance de les faire.

La mise en œuvre des sondages sur les services alimentaires se poursuit, afin de cibler davantage les problématiques et les pistes d'amélioration. Les sondages seront remis de façon continue à un échantillon de patient et compilés trimestriellement.

La vérification du bracelet d'identité est une pratique organisationnelle requise et doit être faite avant d'entreprendre tout soin et service. Un blitz d'audits sera effectué en lien avec cette application, puis les résultats seront partagés au personnel concerné.

7.2 Plaintes Q3

Une légère diminution est notée dans le nombre total de plaintes (Q1 à Q3) au niveau régional et dans chaque zone, sauf dans la zone 1B. Il y a également une diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement (Q1 à Q3) dans toutes les catégories et plus particulièrement au niveau du corps médical de 50 %. Ceci s'explique par les suivis étroits faits par l'équipe des Services médicaux.

Les améliorations qui découlent des plaintes sont :

- de mettre sur pied un groupe de travail pour réviser la politique et procédure en lien avec un environnement peu parfumé ou sans produit, afin de favoriser la santé et le mieux-être des clients, du personnel et des visiteurs. Cette politique tiendra compte d'un éventail de produits parfumés à restreindre. L'odeur de la cigarette sera aussi citée dans cette politique. Échéancier visé : juin 2018.
- de poursuivre le travail avec le Service des communications pour sensibiliser les gens en ce qui concerne la politique et procédure des heures de visites et de la présence de la famille. Échéancier visé : juillet 2018.
- de développer une session de formation pour les employés de première ligne sur la gestion des préoccupations/plaintes aux points de service et sur la méthode de communication « Cœur – Tête-Cœur ». Échéancier visé : septembre 2018.

En ce qui concerne les Services d'alimentation, la mise en œuvre du plan d'amélioration de la performance se poursuit. Une politique d'alimentation saine est en place et les aliments et les boissons ayant une faible teneur en sodium sont favorisés. Au niveau de la technologie, l'achat d'un logiciel pour la gestion des menus a été effectué. Toutefois, il reste beaucoup d'investissements majeurs à faire pour améliorer les processus de travail. En ce qui concerne l'avenir de certaines cafétérias, le dossier sera étudié en profondeur, de même que l'augmentation des machines distributrices dans quelques établissements. L'équipe poursuit son travail.

En décembre, le gouvernant a mis sur pied un groupe d'étude sur les services alimentaires, d'environnement et de transport des patients pour regarder la sous-traitance des services non cliniques. Une tournée se prépare bientôt dans certains établissements du Réseau où il y a aura des entrevues avec les employés concernés, afin d'obtenir leur rétroaction quant aux enjeux et défis qu'ils vivent actuellement.

Un membre demande si l'intervalle de temps entre chaque repas est un aspect qui sera tenu compte lors du prochain sondage ponctuel sur les repas. Janie Levesque a effectué un inventaire dans l'ensemble du Réseau, puis effectivement il n'y a pas assez d'intervalles entre les repas dans la Péninsule. Cet aspect sera regardé avec l'équipe des services cliniques.

7.3 Incidents Q3

Une hausse considérable d'incidents Q3 est remarquée ce qui peut être attribuable en partie par l'utilisation d'une nouvelle version électronique facilitant le signalement des incidents par les employés de la zone 6. Aussi, la sensibilisation effectuée auprès des employés sur l'importance de la culture de sécurité des patients lors de la semaine nationale de sécurité des patients, redonne à chaque fois un élan au niveau du signalement des incidents.

Diverses pistes d'amélioration ont été identifiées et partagées aux gestionnaires concernés ainsi qu'à la direction, afin qu'elles soient appliquées entre autres :

- des sessions éducatives sur les plaies de pression ont été offertes au personnel concerné à l'HSMK ;
- un système de menus informatisés sera acheté à la zone 1B, afin d'éviter les incidents rapportés au Service alimentaire où les besoins particuliers de certains patients n'étaient pas toujours identifiés sur le menu ;
- une infirmière auxiliaire est ajoutée pour le relais de soir à l'unité des Soins prolongés à l'HRE, afin d'éviter les incidents reliés aux médicaments.
- une vérification des vaccins qui sont dans le réfrigérateur est effectuée chaque mois en guise de mesure préventive, suite à plusieurs incidents rapportés par la Santé publique d'Edmundston.

Tous les incidents font l'objet d'un suivi, ensuite des pistes d'améliorations sont identifiées et mises en place. Cette façon de faire est régionale, ce qui veut dire que l'équipe de la qualité examine la pratique à améliorer dans chacune des zones et l'harmonise simultanément.

7.4 Recommandations des Comités de revues

Le comité de revue de la zone est responsable de la revue du cas présenté et de l'analyse des causes profondes; il s'assure d'émettre toutes les recommandations appropriées et d'en faire le suivi.

Le rapport présente les recommandations des comités de revues qui ont eu lieu d'octobre 2017 à février 2018. Durant cette période, 9 revues ont été effectuées dans les quatre zones et un total de 55 recommandations ont été émises. Plusieurs recommandations progressent bien et seront complétées dans les mois qui suivent, entre autres l'implantation du module d'allergie, le développement de formations sur les services de santé mentale, les facteurs de risque et de protection et l'intervention non violente en situation de crise. L'équipe du secteur de la qualité suit de près les dossiers et poursuit les suivis requis.

La Loi sur la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients a été sanctionnée le 28 juin 2016 et les règlements sont en voie d'approbation. Plusieurs volets sont inclus dans cette Loi, entre autres la divulgation d'un incident préjudiciable et la revue des incidents évités de justesse, d'ailleurs le Réseau a instauré cette pratique courante depuis un certain temps. Aussitôt les règlements approuvés, une note sera présentée aux membres à titre d'information.

7.5 Sondage sur la santé primaire

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick a publié le troisième rapport du sondage sur la santé primaire qui donne un portrait sur la qualité et l'expérience vécue par le client à l'égard des services de santé primaire.

Voici quelques éléments qui ressortent de l'analyse du rapport 2017 pour les quatre zones sont :

- l'absence de médecin de famille est présente pour 1 citoyen sur 10 ;

- l'accessibilité au médecin de famille et à l'infirmière praticienne est encore à améliorer ;
- la qualité des interactions avec le médecin de famille et l'infirmière praticienne demeure un défi ;
- le besoin de soins sur la santé émotionnel par un professionnel est fréquent ;
- etc.

Les indicateurs pour lesquels nous notons une amélioration significative comparativement aux résultats de 2014 sont :

- l'infirmière praticienne
 - heures de bureau prolongées;
 - rendez-vous le jour même ou le jour suivant;
 - satisfaction générale.
- médecin de famille
 - visites à domicile;
 - arrangements après les heures.
- citoyens
 - utilisation d'une clinique après les heures (clinique sans rendez-vous);
 - connaissance des effets des médicaments prescrits (maladies chroniques).

Plusieurs initiatives sont en cours suite à l'approbation du Plan des services cliniques et du Plan stratégique du Réseau de santé Vitalité, entre autres :

- intensifier les solutions de rechange à l'hospitalisation ;
- uniformiser les pratiques exemplaires en gestion continue des maladies chroniques ;
- optimiser les services de santé mentale ;
- développer une approche de codécision avec les patients et leur famille dans la planification des soins et des services.

Un membre questionne le processus de recrutement de médecins dans les communautés rurales et éloignées, puisque dans la zone 4 il y a de nombreux médecins qui partent à la retraite cette année et certains d'entre eux ne pourront transférer leur cabinet à un autre collègue, faute de généralistes. En fait, beaucoup de gens se retrouveront sans médecin de famille. Aussi, il y a la pénurie de personnel en soins infirmiers. Il faut des stratégies pour contrer à cette pénurie qui est sans cesse en accroissement.

L'équipe des Services médicaux est consciente que le recrutement et la rétention des médecins sont problématiques dans les communautés rurales. Par ailleurs, l'équipe a développé un plan régional de ressources médicales, puis des stratégies sont mises en place en ce moment pour améliorer le recrutement. Il y a également une planification régionale, mais délocalisée dans chacune des zones.

Les secteurs des ressources humaines et des services cliniques ont développé et mis en œuvre une approche régionale en matière de recrutement pour le personnel en soins infirmiers au sein du Réseau, afin de rapidement répondre aux défis actuels et futurs d'attraction et de rétention du personnel. Plusieurs événements ont lieu entourant les stratégies de recrutement, comme les journées carrières aux universités, les foires d'emplois, etc.

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

Le mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité est présenté annuellement pour consultation et approbation. Quelques modifications sont proposées, entre autres en ce qui concerne les sondages de satisfaction des médecins et des employés, ils seront effectués au moins tous les deux ans pour être en lien avec le cycle d'Accréditation Canada.

MOTION 2018-03-27 / 03SCGQS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Janie Levesque

Et résolu que la politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » soit acceptée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

Réunion conjointe avec le Comité des finances et de vérification et le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

8. Affaires permanentes

8.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (janvier 2018)

Invité : Stéphane Legacy

Aujourd'hui, les indicateurs reliés aux secteurs ambulatoires seront discutés en détail par Stéphane Legacy, mais avant de passer à cette étape, Gisèle Beaulieu cite quelques indicateurs avec performance atteignant la cible ou au-delà de la cible :

- le taux de conformité aux audits de documentation ;
- le nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus ;
- le pourcentage de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement) ;
- le nombre moyen de jours de maladie payés par employé ;
- le taux pour les accidents de travail ;
- le taux de réadmission dans les trente jours ;
- le nombre de nouveaux griefs ;
- le taux d'erreurs de médicaments ;
- le pourcentage de dépenses administratives ;
- etc.

Au niveau financier, les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible à l'exception des coûts d'opération des laboratoires par unité de charge de travail.

Le recrutement des membres du Comité consultatif des patients et des familles est en cours. La première réunion est prévue en avril 2018.

L'amélioration de l'accès en chirurgie continue sa progression dans les trois indicateurs ciblés.

Le recrutement des infirmières praticiennes est ralenti cette année, faute de financement du ministère de la Santé.

La période de vaccination pour la grippe saisonnière est terminée et les résultats sont inférieurs de 5 % comparativement à ceux de l'an dernier. Le faible taux d'efficacité du vaccin cette année a probablement nui à la campagne.

Stéphane Legacy, vp Services de consultation externe et Services professionnels présente par le biais d'une présentation électronique une analyse détaillée des indicateurs liés aux initiatives en cours dans les secteurs ambulatoires. Les principaux éléments de la présentation sont :

- les audits des dossiers interdisciplinaires ;
- les critères d'évaluation en soins infirmiers ;
- le taux de conformité aux audits de documentation ;
- l'analyse et le plan d'action ;
- les visites dans les cliniques itinérantes ;
- le nombre de consultations cliniques – télésanté ;
- les défis et le plan d'action ;
- la gestion personnalisée des services ;
- le cadre : modèle de Kaiser permanent ;
- la description du projet ;

Les prochaines étapes consistent à implanter le modèle de soins de gestion personnalisée des services dans les hôpitaux communautaires du Réseau, ainsi que publiciser et promouvoir le service.

Quelques défis d'implantation ont eu lieu dans les zones 1, 5 et 6 qui étaient en grande partie reliés au roulement du personnel, mais l'équipe est dans le processus de stabilisation et nous devrions être en mesure d'avoir des données des trois autres zones d'ici l'automne 2018.

Les membres remercient Stéphane Legacy pour cette présentation.

9. Date de la prochaine réunion : le 12 juin 2018

10. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Michelyne Paulin à 10:30.

Norma McGraw
Présidente du comité

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

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 12 juin 2018

Objet : **Politique et procédure GEN.3.80.33 « Aide médicale à mourir »**

Vous trouverez ci-joint la politique et procédure GEN.3.80.33 « Aide médicale à mourir » pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure GEN.3.80.33 « Aide médicale à mourir » soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 23 mai 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	AIDE MÉDICALE À MOURIR		N° : GEN.3.80.33
Section :	3. Soins aux patients	Date d'entrée en vigueur :	2018-06-
Mandataire :	Dir. Planification et Aide à la décision	Date de révision précédente :	2017-03-29
Approbateur :	PDG Gilles Lanteigne	Approuvée le :	2018-06-
Établissement/ Programme : ÉBAUCHE 2018-05-03 BIL			

BUT

Établir le processus à suivre quant aux demandes d'aide médicale à mourir.

DÉFINITIONS

1. Aide médicale à mourir (AMM) : Selon le cas, le fait pour un médecin ou une infirmière praticienne :
 - a) D'administrer à un patient, à la demande de celui-ci, une substance qui cause la mort;
 - b) De prescrire ou de fournir une substance à un patient, à la demande de celui-ci, afin qu'il se l'auto-administre et cause ainsi sa mort.
2. Consentement éclairé : Consentement obtenu auprès d'un patient qui est apte et qui a été informé de la nature du traitement, des avantages visés, des risques, des effets secondaires ainsi que des autres options ou encore du pronostic si le traitement n'est pas fait.
3. Consentement libre : Caractère volontaire du patient dans sa demande d'AMM. Repose sur le principe de l'autonomie.
4. Directives préalables en matière de soins de santé (testament de vie) : Directives données par le patient pour préciser ses volontés, soit ses directives médicales préalables, relativement à ses soins de santé et à ses soins personnels futurs et désignation d'un mandataire ou de mandataires pour prendre des décisions à son sujet lorsqu'il ne sera plus apte à les prendre par lui-même. Le patient ne peut toutefois pas, au moyen de telles directives, formuler une demande d'AMM.
5. Indépendance du médecin ou de l'infirmière praticienne : Pour être indépendant, ni le médecin ou l'infirmière praticienne qui fournit l'AMM ni celui qui donne l'avis au point 2.4 f) de la présente politique ne peut :
 - a) Conseiller l'autre dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail;
 - b) Savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande;

- c) Savoir ou croire qu'il est lié à l'autre ou à la personne qui fait la demande de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité.
6. Problèmes de santé graves et irrémédiables : Une personne a des problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères ci-dessous :
- a) Elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;
 - b) Sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
 - c) Sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;
 - d) Sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.
7. Témoin indépendant : Toute personne qui est âgée d'au moins 18 ans et qui comprend la nature de la demande d'AMM peut agir en qualité de témoin indépendant, sauf si :
- a) Elle sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;
 - b) Elle est propriétaire ou exploitante de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside;
 - c) Elle participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande;
 - d) Elle fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

POLITIQUE

1. Patient

- 1.1 La discussion sur l'AMM doit être entamée par le patient et non par un professionnel de la santé.
- 1.2 Seul le médecin traitant ou l'infirmière praticienne, qui n'a pas d'objection de conscience, doit discuter de l'AMM avec un patient qui en fait la demande.
- 1.3 L'AMM ne peut pas être pratiquée au sein des établissements à vocation catholique. Voici les établissements à vocation catholique du Réseau de santé Vitalité :
- Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ† – Caraquet
 - Centre de santé communautaire St. Joseph – Dalhousie
 - Hôpital Stella-Maris-de-Kent – Sainte-Anne-de-Kent
 - Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin – Saint-Quentin
- 1.3.1 La discussion sur l'aide médicale à mourir ainsi que le partage d'information à ce sujet peut être fait dans les établissements à vocation catholique. Cependant, le patient qui désire recevoir l'AMM devra être transféré dans un autre milieu pour obtenir le service.
- 1.4 L'AMM est fournie avec la connaissance, les soins et l'habileté raisonnables nécessaires et en conformité avec les lois, les règles ou les normes fédérales et provinciales applicables.

- 1.5 Les patients ne peuvent inclure une demande d'AMM dans leurs directives préalables en matière de soins de santé (testament de vie). Personne ne peut demander l'AMM au nom d'un patient.
 - 1.6 Au moins **10 jours** francs doivent s'écouler entre le jour où la première demande a été signée par le patient ou en son nom par un tiers et celui où l'AMM est prodiguée, sauf en présence des exceptions décrites au point 2.4(h).
 - 1.7 Le patient peut demander que l'AMM lui soit fournie à l'hôpital ou à son lieu de résidence (domicile ou foyer de soins). Peu importe le choix du patient, la présence du médecin ou de l'infirmière praticienne est requise.
 - 1.7.1 Lorsque l'AMM est fournie à l'hôpital, la procédure peut être faite à n'importe quelle unité.
 - 1.8 Le patient est libre de révoquer sa demande à tout moment.
 - 1.9 En cas de prise de décision difficile, une demande de consultation peut être adressée au Comité d'éthique clinique.
- 2. Médecin ou infirmière praticienne ou tout autre professionnel de la santé**
- 2.1 Seul le médecin ou l'infirmière praticienne peut offrir de l'information au patient, à sa demande, sur l'AMM.
 - 2.1.1 Si le patient demande l'AMM à un professionnel de la santé, autre qu'un médecin ou une infirmière praticienne, la demande doit être consignée dans le dossier clinique du patient et le patient doit être adressé à un médecin ou à une infirmière praticienne pour poursuivre les démarches. Le dépliant « Information aux patients – Aide médicale à mourir » peut tout de même lui être donné.
 - 2.2 Si le médecin ou l'infirmière praticienne ou tout autre professionnel de la santé (p. ex. infirmière, médecin résident, travailleur social, psychologue, thérapeute, pharmacien) a une objection de conscience à la demande d'AMM, il n'est pas tenu de participer au processus d'AMM.
 - 2.2.1 Même si le médecin ou l'infirmière praticienne a une objection de conscience, il doit tout au moins informer le patient du fait et des incidences de son objection de conscience et adresser le patient ou le transférer directement à un autre médecin ou à une autre infirmière praticienne ou conseiller au patient de communiquer avec le service Télé-Soins pour obtenir des renseignements.
 - 2.3 Le médecin ou l'infirmière praticienne ne peut pas abandonner le patient qui a demandé une AMM ou qui est en voie d'obtenir cette aide auprès d'un autre médecin ou d'une autre infirmière praticienne. Le médecin ou l'infirmière praticienne traitant doit continuer à offrir au patient tous les soins appropriés jusqu'à ce que celui-ci le libère de cette obligation et que le remplacement professionnel soit assuré.
 - 2.4 Avant de fournir l'AMM, le médecin ou l'infirmière praticienne doit :
 - a. Être d'avis que le patient qui a fait la demande d'AMM remplit tous les critères d'admissibilité prévus à la section « Critères d'admissibilité ».
 - b. S'assurer que la demande a été faite par écrit et qu'elle a été datée et signée par le patient ou le tiers;
 - c. S'assurer que la demande a été datée et signée après que le patient a été avisé par un médecin ou une infirmière praticienne qu'il est atteint de problèmes de santé graves et irrémédiables;

- d. Être convaincu que la demande a été datée et signée par le patient ou par le tiers **devant** deux témoins indépendants (voir la définition), qui l'ont datée et signée à leur tour;
- e. S'assurer que le patient a été informé qu'il pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;
- f. S'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin ou d'une autre infirmière praticienne confirmant le respect de tous les critères d'admissibilité prévus à la section « Critères d'admissibilité » a été obtenu;
- g. Être convaincu que lui et l'autre médecin ou l'autre infirmière praticienne visé au point f ci-dessus sont indépendants (voir la définition);
- h. S'assurer qu'au moins **10 jours francs** se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par le patient ou en son nom par un tiers et celui où l'AMM est fournie ou, si lui et le médecin ou l'infirmière praticienne visé au point f ci-dessus jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances;
- i. Immédiatement avant de fournir l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'AMM; si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision.

3. Critères d'admissibilité : Seule la personne qui remplit tous les critères d'admissibilité ci-dessous peut recevoir l'AMM :

- 3.1 Elle est admissible à des soins de santé financés par l'État au Canada;
- 3.2 Elle est âgée d'au moins 18 ans et elle est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- 3.3 Elle a des problèmes de santé graves et irrémédiables (voir la définition « Problèmes de santé graves et irrémédiables »);
- 3.4 Elle a fait une demande d'AMM de manière volontaire, notamment sans pression extérieure;
- 3.5 Elle consent de manière éclairée à recevoir l'AMM après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

4. Incapacité de signer

- 4.1 Lorsque la personne qui demande l'AMM est incapable de dater et de signer la demande, un tiers qui est âgé d'au moins 18 ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui ne sait pas ou ne croit pas qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci peut le faire expressément à sa place, en sa présence et selon ses directives.

5. Rôle des professionnels de la santé

- 5.1 **Rôle des professionnels de la santé :** Si le patient demande des renseignements sur l'AMM, les professionnels de la santé doivent adresser la demande à un médecin ou à une infirmière praticienne ou à toute autre ressource appropriée (voir la section 7 « Ressources disponibles pour les patients »). La conversation doit être consignée dans le dossier du patient. Les professionnels de la santé doivent continuer d'offrir des soins selon les exigences de leur pratique professionnelle.

- 5.1.1 Tout professionnel de la santé qui a une objection à participer à des soins liés à l'AMM et qui est approché à cet effet par un patient ou un membre du personnel doit en aviser son gestionnaire afin que des dispositions de rechange soient mises en place, sans porter entrave aux soins requis par le patient et à son droit d'obtenir l'AMM.
- 5.1.2 Un professionnel de la santé qui ne participe pas ou qui ne prévoit pas participer directement aux soins de santé du patient peut agir à titre de témoin indépendant (voir la définition de « témoin indépendant »).
- 5.2 **Rôle des infirmières** : Les infirmières jouent un rôle intégral lors de la prestation de soins aux personnes en fin de vie. Elles ont l'obligation professionnelle de fournir avec compassion des soins sécuritaires, satisfaisants et conformes à l'éthique. Les membres du personnel infirmier sont souvent les premiers professionnels de la santé avec qui les patients discutent de décisions concernant leurs traitements en fin de vie.
- 5.2.1 Pour veiller aux besoins du patient, s'il pose des questions sur l'AMM, l'infirmière doit voir à ce que le patient ait accès à de l'information pour l'aider à prendre des décisions éclairées au sujet de ses soins et de ses besoins en fin de vie et aviser le médecin et les autres membres de l'équipe de soins de la demande du patient.
- 5.2.2 L'infirmière peut aider le médecin ou l'infirmière praticienne en effectuant des activités, comme remettre le dépliant d'information au patient et installer une perfusion intraveineuse au patient pour l'administration des médicaments liés à l'AMM.
- 5.2.3 L'infirmière peut et doit informer le patient qu'elle a adressé sa demande à la personne appropriée afin qu'il sache qu'elle a pris les mesures nécessaires pour qu'il reçoive de l'information sur l'AMM en temps opportun.
- 5.2.4 La conversation doit être consignée dans le dossier du patient.
- 5.2.5 L'infirmière n'est pas autorisée à administrer les médicaments qui causent la mort. Dans le cas où le patient choisit de s'auto-administrer les médicaments, il doit physiquement prendre les médicaments lui-même. Seuls le médecin et l'infirmière praticienne qui fournissent l'AMM peuvent administrer les médicaments qui causent la mort.
- 5.3 **Rôle des pharmaciens** : Les pharmaciens ont la responsabilité d'offrir les renseignements et les soins relatifs aux médicaments et les médicaments prescrits pour fournir l'AMM. Ils doivent respecter les obligations définies dans la loi fédérale sur l'AMM, les normes de pratique établies par l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) à l'intention des pharmaciens au Canada et le code de déontologie ainsi que les politiques et les lignes directrices de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick.
- 5.3.1 Les pharmaciens doivent être informés du recours possible à l'AMM et participer aux discussions à ce sujet, et ce, le plus tôt possible dans le processus.
- 5.3.2 Les pharmaciens doivent être avisés par le médecin ou l'infirmière praticienne lorsqu'une prescription au sujet de l'AMM est effectuée. Les médicaments sont préparés par le Service de pharmacie et ils sont remis au prescripteur.
- 5.4 **Rôle du travailleur social ou du psychologue** : Un travailleur social ou un psychologue est disponible dans chaque zone; il peut s'assurer, à la demande du médecin ou de l'infirmière praticienne, que la demande du patient est faite de façon

volontaire et sans pression externe et guider le patient dans la désignation des témoins indépendants.

- 5.5 **Rôle de l'orthophoniste ou de l'audiologiste** : Un orthophoniste ou un audiologiste peut conseiller le médecin ou l'infirmière praticienne au sujet de moyens de communication de rechange au cas où le patient ne peut pas communiquer de façon traditionnelle.

6. Rôle de l'équipe multidisciplinaire de soutien à l'AMM

6.1 L'équipe multidisciplinaire est disponible pour :

- Accompagner et aider les proches/la famille du patient qui demande l'AMM;
- Accompagner et aider le personnel soignant participant à l'AMM, au besoin, et offrir du soutien professionnel à la suite de l'administration de l'AMM;
- Un membre de l'équipe des services spirituels et religieux peut offrir du soutien;
- Le programme d'aide aux employés (PAE) est disponible, au besoin.

7. Ressources disponibles pour les patients

7.1 Les ressources disponibles pour les patients incluent :

- Le dépliant « **Information aux patients – Aide médicale à mourir** »;
- Le service 811 de Télé-Soins;
- Le site Web du Réseau (Cliquer sur « Patients », « Soins de fin de vie » puis « Aide médicale à mourir »).

PROCÉDURE

1. Demande d'information générale sur l'AMM

- 1.1 Le patient mentalement capable demande lui-même, de façon volontaire et sans pression externe, l'AMM à un médecin ou à une infirmière praticienne.
- 1.2 Le médecin ou l'infirmière praticienne fournit des renseignements sur l'AMM ainsi que sur d'autres choix de traitements tels que le contrôle de la douleur, les soins palliatifs et la sédation palliative terminale.
 - 1.2.1 Si le médecin ou l'infirmière praticienne a une objection de conscience à la demande d'AMM, il n'est pas tenu de participer au processus d'AMM. Cependant, il demeure obligé de fournir au patient des renseignements sur les ressources qui lui sont directement accessibles.
- 1.3 Le patient évalue les renseignements offerts et les options thérapeutiques qui s'offrent à lui.
- 1.4 À sa demande, le patient (et sa famille) peut obtenir de l'aide ou du soutien psychologique, social ou spirituel.
- 1.5 En prévision d'une demande officielle, il est possible de consulter un travailleur social ou un psychologue au sujet du choix de deux témoins indépendants.

2. Demande du patient et évaluation de l'admissibilité

- 2.1. Le patient fait une demande officielle pour obtenir l'AMM, et ce, de façon volontaire et sans pression externe; il remplit et signe le formulaire « AMM - Demande du patient » (RC-74F) **en présence** de deux témoins indépendants. Le formulaire dûment rempli est versé au dossier clinique du patient.
- 2.2. Le médecin ou l'infirmière praticienne informe, par écrit (courriel), un conseiller du secteur de gestion des risques **et** le Service de pharmacie de la zone qu'une

demande officielle d'AMM a été faite par un patient et qu'elle est en cours. **Voir aussi 4.2 (d).**

- 2.3. Le médecin ou l'infirmière praticienne évalue la capacité de décider et l'admissibilité du patient. Il consigne les résultats sur le formulaire « AMM – Évaluation d'admissibilité » (RC-75F). Au moins un médecin doit évaluer le patient.
- 2.4. Un second médecin ou une infirmière praticienne rencontre le patient et il évalue sa capacité de décider. Il consigne les résultats sur un formulaire « AMM – Évaluation d'admissibilité » (RC-75F) distinct.
- 2.5. Si les deux médecins (ou un médecin et une infirmière praticienne) conviennent que le patient a la capacité de décider, le processus se poursuit.
 - 2.5.1. Si l'un des deux médecins (ou un médecin et une infirmière praticienne) ne croit pas que le patient a la capacité de décider, une consultation auprès d'un spécialiste (p. ex. psychiatre ou gériatre) peut être demandée. En dernier recours, le patient peut faire appel concernant le processus d'évaluation de la capacité de décider par les voies juridiques.
- 2.6. Si les deux médecins (ou un médecin et une infirmière praticienne) conviennent que le patient est admissible à l'AMM, le processus se poursuit.
 - 2.6.1. Si les deux médecins (ou un médecin et une infirmière praticienne) ne conviennent pas que le patient est admissible à l'AMM, le patient peut faire la demande à un autre médecin ou à une autre infirmière praticienne. Si tel est le cas, la procédure recommence au point 2.1.
- 2.7. Si le médecin ou l'infirmière praticienne conclut, à la suite de son évaluation, que le patient ne peut pas recevoir l'AMM, il doit offrir au patient une explication claire au sujet du refus et consigner le tout au dossier.
- 2.8. Si le patient est hospitalisé ou réside dans un établissement à vocation catholique où l'AMM ne peut pas être pratiquée, il est transféré dans un autre milieu pour recevoir l'AMM.
 - 2.8.1. Le transfert du patient doit être organisé par le médecin qui commence l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM et selon la politique sur les transferts de patients (GEN.3.30.10); en cas de difficulté, communiquer avec le directeur médical de la zone.
 - 2.8.2. Avant le transfert du patient, s'assurer que les deux évaluations de l'admissibilité ont été faites et que le patient est admissible à recevoir l'AMM.

3. Consentement du patient

- 3.1. Au cours du processus de confirmation de l'admissibilité, le patient remplit et signe le formulaire « AMM – Consentement du patient » (RC-76F). Le consentement du patient doit être obtenu par l'un des évaluateurs et, de préférence, il est obtenu par le médecin/l'infirmière praticienne qui pratiquera l'AMM. Le formulaire dûment rempli est versé au dossier clinique du patient.
- 3.2. Le médecin ou l'infirmière praticienne doit discuter avec le patient de la façon dont l'AMM sera prodiguée (voie intraveineuse ou auto-administration).
- 3.3. Le médecin ou l'infirmière praticienne s'assure qu'une directive de non-réanimation cardiorespiratoire est présente au dossier du patient ou, si ce n'est pas le cas, il s'assure qu'elle est préparée et ajoutée au dossier.
- 3.4. Le médecin ou l'infirmière praticienne peut discuter avec le patient afin de savoir si le don d'organes est une option. S'il s'agit d'une option, il faut suivre le processus du don d'organes.

3.5. De l'aide ou du soutien psychologique, social ou spirituel est disponible pour le patient et sa famille s'ils le désirent.

4. Préparatifs pour la procédure d'AMM

4.1. Le médecin ou l'infirmière praticienne informe un conseiller du secteur de gestion des risques qu'une vérification administrative doit être effectuée à l'aide du formulaire « AMM – Liste de vérification pour la dispensation des médicaments prescrits » (RC-77F) afin de s'assurer que toutes les étapes du processus ont été respectées. À la suite de la vérification des documents nécessaires, le conseiller du secteur de gestion des risques communique cette information au Service de pharmacie. Le formulaire dûment rempli est versé au dossier clinique du patient.

4.2. Dans les jours précédant l'AMM, le médecin ou l'infirmière praticienne tient une discussion avec le patient et la famille pour :

- a) Déterminer la façon dont le patient souhaite recevoir l'AMM;
- b) Expliquer les limites, les risques et les avantages de l'AMM prodiguée par voie intraveineuse versus l'AMM auto-administrée; si le patient choisit l'auto-administration, il est important de l'informer de la possibilité de devoir utiliser la voie intraveineuse pour prodiguer l'AMM s'il ne décède pas à l'intérieur d'une heure;
- c) Déterminer l'endroit où le processus aura lieu;
- d) Planifier la date et l'heure du processus; avant de confirmer la date et l'heure, le médecin ou l'infirmière praticienne communique avec le Service de pharmacie pour s'assurer qu'il pourra fournir les médicaments au moment proposé pour l'AMM.

4.2.1 Si les deux médecins ou le médecin et l'infirmière praticienne ayant effectué l'évaluation de l'admissibilité ne sont pas disponibles au moment propice pour prodiguer l'AMM, un autre médecin ou une autre infirmière praticienne peut prodiguer l'AMM. Il devra cependant confirmer l'admissibilité du patient à recevoir l'AMM à l'aide du formulaire « AMM – Évaluation d'admissibilité » (RC-75F).

4.3 Si le patient souhaite s'auto-administrer, à son domicile, les médicaments pour causer sa mort, le médecin ou l'infirmière praticienne doit être présent pour superviser l'auto-administration des médicaments et rapporter la quantité non utilisée au Service de pharmacie.

4.4 Le médecin ou l'infirmière praticienne qui, dans le cadre de la prestation de l'AMM, prescrit des médicaments à cette fin doit, avant la livraison, informer le pharmacien qu'ils sont destinés à cette fin.

4.5 L'ordonnance médicale (Administrés par le médecin ou l'infirmière praticienne [RC-79F] ou administrés par le patient [RC-80F]) remplie et signée par le médecin ou l'infirmière praticienne concernant les médicaments pour l'AMM est envoyée au Service de pharmacie.

4.5.1 L'autre médecin ou infirmière praticienne ayant effectué l'évaluation de l'admissibilité peut signer une deuxième ordonnance médicale pour qu'en l'absence de l'un, l'autre puisse recevoir les médicaments, et ce, sans avoir à refaire le processus.

4.6 Lorsque le pharmacien reçoit l'ordonnance, il vérifie que chaque élément du formulaire « AMM – Liste de vérification pour la dispensation des médicaments prescrits » (RC-77F) a été évalué et complété.

- 4.7 Le pharmacien remplit l'ordonnance médicale selon les protocoles médicamenteux établis et il prépare et étiquette tous les médicaments conformément au règlement et aux normes d'exercice de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick.
- 4.7.1 Tous les efforts possibles doivent être faits pour fournir les médicaments dans un format prêt à l'usage. Dans des circonstances exceptionnelles (p. ex. pénurie de personnel, congé férié) et à la suite d'un accord, le pharmacien peut remettre les médicaments injectables dans les fioles du fabricant directement au médecin ou à l'infirmière praticienne qui prodiguera l'AMM; celui-ci préparera lui-même les médicaments dans les seringues.
- 4.8 Avant de remettre les médicaments au médecin ou à l'infirmière praticienne, le pharmacien :
- Fait part, s'il y a lieu, de ses préoccupations par rapport au processus d'AMM ou aux prescriptions au prescripteur ou à l'équipe multidisciplinaire de soutien à l'AMM;
 - Fixe la date et l'heure qui conviennent au médecin traitant ou à l'infirmière praticienne pour donner les médicaments et les conseils au sujet de leur utilisation;
 - Remplit et conserve tous les documents requis concernant la prescription, la délivrance et le suivi relativement à l'AMM, conformément au règlement de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick.
- 4.9 Le pharmacien remet les médicaments directement (en personne) au médecin ou à l'infirmière praticienne qui prodigue l'AMM en respectant les étapes indiquées dans le document « Aide Médicale à Mourir – Politique et Procédure de la Pharmacie ».
- 4.10 Le médecin ou l'infirmière praticienne complète tous les éléments contenus sur le formulaire « AMM – Liste de vérification de la procédure pour l'administration des médicaments » (RC-78F).

5. Jour du processus d'AMM

- 5.1 Immédiatement avant le processus d'AMM, le patient confirme une dernière fois qu'il souhaite recevoir ou s'auto-administrer l'AMM. La confirmation est notée sur le formulaire « AMM – Liste de vérification de la procédure pour l'administration des médicaments » (RC-78F).
- 5.2 AMM prodiguée par voie intraveineuse :
- Le médecin ou l'infirmière praticienne reste auprès du patient et de la famille (si elle est présente) jusqu'au décès.
 - Le médecin ou l'infirmière praticienne qui a prodigué l'AMM constate le décès. Le formulaire d'enregistrement du décès est rempli.
 - Si l'AMM est prodiguée au domicile du patient et qu'il s'agit d'un patient du PEM, suivre les politiques provinciales du PEM concernant le décès du patient à domicile.
 - Si l'AMM est prodiguée dans un foyer de soins, le foyer de soins est responsable de prendre les dispositions nécessaires pour le transport du corps.
- 5.3 AMM auto-administrée :
- Le médecin ou l'infirmière praticienne doit être présent pour superviser l'auto-administration des médicaments.
 - Le médecin ou l'infirmière praticienne reste auprès du patient et de la famille (si elle est présente) jusqu'au décès.

- 5.3.3 Si le patient ne décède pas à l'intérieur d'une heure, le médecin ou l'infirmière praticienne utilise le protocole médicamenteux par voie intraveineuse.
- 5.3.4 Le médecin ou l'infirmière praticienne constate le décès. Le formulaire d'enregistrement du décès est rempli.
- 5.3.5 S'il s'agit d'un patient du PEM, suivre les politiques provinciales du PEM concernant le décès du patient à domicile.
- 5.4 De l'aide ou du soutien psychologique, social ou spirituel est disponible pour la famille, au besoin.
- 5.5 Le pharmacien se renseigne sur l'issue de l'AMM auprès du médecin ou de l'infirmière praticienne en s'assurant notamment que toute quantité de médicaments restante est retournée au Service de pharmacie par le médecin ou l'infirmière praticienne, dans un délai raisonnable, pour qu'on puisse l'éliminer adéquatement.
- 5.6 Le médecin ou l'infirmière praticienne qui a prodigué l'AMM envoie une copie du formulaire « AMM – Liste de vérification de la procédure pour l'administration des médicaments » (RC-78F) à un conseiller du secteur de gestion des risques et au Service de pharmacie de la zone où l'AMM a été prodiguée.
- 5.7 Pour remplir le certificat médical de décès :
 - 5.7.1 Cocher « Naturel » dans la zone 33 comme étant le genre de décès.
 - 5.7.2 La partie 1 du certificat médical de décès doit être remplie de la façon suivante :
 - 5.7.2.1 La cause immédiate est inscrite à la ligne 1 a) comme la toxicité des médicaments administrés aux fins d'une mort médicalement assistée;
 - 5.7.2.2 La cause sous-jacente du décès est inscrite à la ligne 1 b) comme la maladie qui a déclenché l'évolution des événements morbides ayant engendré la mort médicalement assistée.
 - 5.7.3 La partie 2 du certificat médical de décès doit être remplie de la façon suivante :
 - 5.7.3.1 L'AMM est inscrite ainsi que d'autres affections importantes qui pourraient avoir contribué à la mort, mais qui ne faisaient pas partie de la suite des événements ayant conduit à la mort;
 - 5.7.3.2 Indiquer si la solution utilisée pour l'AMM a été administrée par le prestataire ou si elle a été administrée par le patient lui-même, selon les circonstances.

6. Conservation de la documentation

- 6.1. Les copies originales des formulaires relatifs à l'AMM doivent être conservées dans le dossier clinique du patient.
 - 6.1.1. S'il s'agit d'un patient du PEM, les copies originales des formulaires relatifs à l'AMM doivent être conservées dans le dossier du PEM.
 - 6.1.2. Les médecins de famille peuvent se procurer une copie des formulaires relatifs à l'AMM pour leurs dossiers.

RÉFÉRENCES

Association canadienne de protection médicale (document publié en février 2015, révisé en juin 2016). *Ce que signifie pour les médecins la décision de la Cour suprême du Canada sur*

l'aide médicale à mourir. Tiré de : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/what-the-legislation-on-medical-assistance-in-dying-means-for-physicians-in-canada>.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (janvier 2016). *Aide médicale à mourir – Sommaire présenté au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*. Tiré de : <https://www.cna-aiic.ca/en/representation/presentations-et-soumissions>.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (2016). *Foire aux questions : Aide médicale à mourir*. Tiré de : http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB_MAID_FAQs_05July_2016-F.pdf.

Association québécoise de prévention du suicide (2013). *Aide médicale à mourir et prévention du suicide – Mémoire portant sur le projet de loi n° 52 : Loi concernant les soins de fin de vie*. Tiré de : http://www.aqps.info/media/upload/2_Mémoire_AQPS_Projet_loi_52.pdf.

Bulletin du système de santé. Province du Nouveau-Brunswick – Ébauche du 20 janvier 2017

Catholic Health International (2016). Catholic Health International Response to Bill C-14 (medical assistance in dying). Tiré de : <http://catholichealthpartners.com/wp-content/uploads/2012/07/The-Torch-Spring-2016-1.pdf>.

CNW Telbec. Article : *Accès aux soins : Les usagers craignent les pressions à l'endroit des personnes en fin de vie*. Tiré de : <http://www.newswire.ca/fr/news-releases/acces-aux-soins--les-usagers-craignent-les-pressions-a-lendroit-des-personnes-en-fin-de-vie-585714371.html>.

Collège des médecins du Québec (2016). *Aide médicale à mourir : Le Collège des médecins lance un appel à la tolérance*. Tiré de : <http://www.cmq.org/nouvelle/en/aide-medicale-a-mourir-appel-a-la-tolerance.aspx>.

Comité d'éthique du Centre Hospitalier de l'Ardenne
<https://ressort.hers.be/component/phocadownload/category/1-ethique.html?download=11:arbre-decisionnel-face-a-une-demande-d-euthanasie>.

Gouvernement du Canada (2016). *Contexte législatif : Aide médicale à mourir (projet de loi C-14, tel que sanctionné le 17 juin 2016)*. Tiré de : <http://justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/amsr-adra/amsr-adra.pdf>.

Government of Canada (2016). Legislative Background: Medical Assistance in Dying (Bill C-14, as Assented to on June 17, 2016). Tiré de : <http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/ad-am/ad-am.pdf>.

Le Devoir. Article : *Aide médicale à mourir : Les hôpitaux doivent composer avec les réticences de leur personnel*. Tiré de : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/472279/aide-medical-a-mourir-les-hopitaux-doivent-composer-avec-les-reticences-de-leur-personnel>.

Le Devoir. Article : *Pas de comptes à rendre en cas de refus*. Tiré de : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/474838/pas-de-compte-a-rendre-sur-les-refus-sur-l-aide-a-mourir>.

La Presse canadienne. Article : *Aide médicale à mourir : Des patients dissuadés?* Tiré de : <http://journalmetro.com/actualites/national/989904/aide-medical-a-mourir-des-patients-dissuades/>.

La Presse canadienne. Article : *Aide à mourir : le RPCU craint que des patients soient dissuadés*. Tiré de : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201607/06/01-4998492-aide-a-mourir-le-rpcu-craint-que-des-patients-soient-dissuades.php>.

Michigan Family Review (1995). *Physician-Assisted Suicide: Family Issues*, pp.19-28. Tiré de : <http://hdl.handle.net/2027/spo.4919087.0001.103>.

Orthophonie et Audiologie Canada (2016). *Énoncé de position : Le rôle des orthophonistes, des audiologistes et des aides en santé de la communication en matière de soins de fin de vie*. Tiré de : http://www.oac-sac.ca/sites/default/files/resources/end-of-life_position-statement_fr.pdf.

Parlement du Canada (2016). *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*. Tiré de : <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Language=F&Mode=1&DocId=8384014>.

Radio Canada. Article : *Plus de 160 Québécois ont reçu l'aide médicale à mourir*. Tiré de : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/791263/130-quebecois-aide-medicale-mourir-200-demandes>.

Speech-Language & Audiology Canada (2016). *Position statement: The Role of Speech-Language Pathologists, Audiologists and Communication Health Assistants in End-of-Life Care*. Tiré de : http://www.sac-oac.ca/sites/default/files/resources/end-of-life_position-statement_en.pdf.

Statement from Cardinal Thomas Collins concerning introduction of federal euthanasia/assisted suicide legislation (2016). Tiré de : <http://saltandlighttv.org/blogfeed/getpost.php?id=69590&language=en>.

Mise à jour sur les suivis d'agrément

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

Item 4.5

Le 12 juin 2018

Décision recherchée

Mise à jour sur les mesures de suivis soumises à Agrément Canada pour le maintien du statut d'agrément.

Contexte / Problématique

- Afin de conserver son statut d'organisme agréé, le Réseau a dû soumettre des mesures de suivis à Agrément Canada en lien avec 68 critères (normes et pratiques organisationnelles requises), ce qui a été complété en date du 6 juin. L'équipe de gouvernance n'avait aucun suivi à soumettre à Agrément Canada.
- L'équipe au Centre Hospitalier Restigouche a intégré les mesures de suivis à même un plan détaillé d'amélioration continue de la qualité. Ceci leur a permis de faire le lien entre les normes d'agrément pour la santé mentale et les projets au CHR, ainsi que de mettre en valeur tout le travail fait sur le plan de transformation.
- Le Réseau est en bonne position pour maintenir son statut d'agrément. Par contre, il est possible qu'il soit demandé de fournir des suivis additionnels dans six mois afin de démontrer que certaines normes et pratiques organisationnelles requises (POR) sont bien intégrées et que les mesures mises en place sont efficaces.
- Le tableau en annexe démontre les normes/POR pour lesquelles d'autres suivis seront possiblement demandés. Pour certaines normes/POR, il reste à terminer l'évaluation de la pratique (audits) ou finaliser une politique. Deux normes demandent des rénovations (ex. service de stérilisation) qui ne sont pas terminées, mais des mesures d'atténuation des risques sont en place et les demandes de rénovation ont été faites.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Répercussion sur le statut d'agrément.
- La rigueur de la preuve et la qualité de la mesure sont des éléments indispensables à l'atteinte de la conformité.

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/information

- Réception et analyse du rapport de suivi d'Agrément Canada.
- Poursuivre la mise en œuvre des mesures de suivis en lien avec les normes non complètes.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 31 mai 2018 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

État d'avancement des suivis - Visite d'Agrément Canada

Équipes	Normes / POR	Statut	Commentaires
Leadership	Violence en milieu de travail (POR)	J	Politique révisée sur la Prévention de la violence en milieu de travail (en consultation). Rapports statistiques développés et partagés aux directeurs et gestionnaires (aussi placés sur Boulevard – Outils pour les gestionnaires). Formulaire - Identification et évaluation des facteurs de risque élaborés et diffusés. Gestionnaires demandés de compléter l'évaluation du risque par septembre.
	Cheminement des patients (POR)	J	Plusieurs initiatives en place : réunions quotidiennes de gestion des lits, évaluation quotidienne selon statistiques/données, actions prises selon niveau d'engorgement, initiative des grands utilisateurs, suivis pour patients du PEM. Politique en processus de consultation.
Gestion des médicaments	Médicaments de niveau d'alerte élevé (POR)	J	Politique diffusée. Audits à terminer sur la vérification des médicaments.
Urgence, Psychiatrie, Soins de longue durée	Prévention du suicide (POR)	J	Politique et outils diffusés. Formation en cours. Doit faire évaluation de l'application de la politique.
Retraitement/Stérilisation	Conception du service pour empêcher contamination croisée	J	Unité d'endoscopie à Bathurst – cabinet d'entreposage installé dans la salle pour empêcher la contamination croisée. À Campbellton, une demande a été faite pour rénover la salle de retraitement en endoscopie. Demande de rénovation faite pour salon de coiffure qui est dans unité souillée à GS.
	Surface de travail, murs, etc. faciles à nettoyer	J	Demandes de rénovation faites pour remplacer les surfaces de travail en inox. Chariot changé.
Soins de longue durée	Prévention du mauvais traitement	J	Politiques en processus de traduction/approbation. Formation en cours.

Recommandations des Comités de revue

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

Item 4.6

Le 12 juin 2018

Décision recherchée

- Les recommandations des comités de revue sont déposées pour information.

Contexte / Problématique

- Ce rapport présente les recommandations des comités de revue qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, soit de mars à mai 2018. Le rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des comités de revue qui ont été effectués avant cette période.
- Dans la période de mars à mai 2018 un total de 3 revues ont été effectuées (2 incidents et 1 suicide en communauté) et un total de 21 recommandations ont été émises.
- De ces 21 recommandations : 9 sont en place, 8 sont en voie d'implantation (la plupart avec échéanciers dans les prochains mois), 4 sont non débutées, mais seront débutées dans les prochaines semaines. Le tableau ci-dessous présente un résumé des revues et des recommandations émises.

Résumé des revues et recommandations (mars à mai 2018)

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Perte des spécimens de biopsie	Élaborer une procédure pour le transport des spécimens des cliniques externes au laboratoire, achat d'équipement pour le transport sécuritaire des spécimens, revoir processus de réception et créer un registre pour les spécimens qui proviennent des cliniques externes, donner de la formation au personnel désigné sur le transport des spécimens.
Omission de médicaments pour une période d'une semaine	Voir à la possibilité de placer une alerte dans le système / dossier électronique pour les patients sous la dialyse, réviser le plan d'orientation pour les pharmaciens, donner de la formation en lien avec la maladie rénale et la médication, faire un rappel au personnel de l'urgence sur l'utilisation du rapport de transfert et la documentation des informations pertinentes, ajouter une question en lien avec les transferts entre établissements sur l'aide-mémoire pour le bilan comparatif des médicaments et voir à l'utilisation du rapport de transition en dialyse rénale.
Suicide en communauté	Revoir la liste d'attente et établir des critères d'admission aux services de traitement des dépendances afin d'établir des priorités d'admission, revoir les directives pour les patients qui quittent contre l'avis du médecin et qui désirent être réadmis, clarifier l'entente avec la province du Québec pour les patients du Québec qui doivent être admis en psychiatrie, assurer la mise en place du programme/outils en lien la prévention du suicide, voir à la possibilité d'utiliser les services du Centre de crise pour les patients du Québec qui se présentent à l'urgence.

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

- Il y a 8 revues effectuées avant mars 2018 avec des recommandations incomplètes. Pour ces huit revues, 71% (39/55) des recommandations sont implantées et il reste 16 recommandations à mettre en place.
- Les 8 revues incomplètes sont en lien avec une chute, un traitement/procédure, un suicide en communauté, un patient manquant, un code blanc et une tentative de suicide.
- Plusieurs des recommandations progressent bien et seront complétées dans les mois à venir. Certaines recommandations demandent plus de recherche, le développement ou révision de politiques régionales, qui prennent un peu plus de temps.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- L'amélioration de la qualité et la sécurité des patients.
- L'atténuation des risques.
- Faisabilité des recommandations et impact sur les ressources.
- La *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients*.

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

- Travailler avec les gestionnaires et directeurs afin de poursuivre les suivis et l'implantation des recommandations incomplètes.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 24 mai 2018 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

Note d'information

Rapport annuel 2017-2018 – Qualité et sécurité des patients
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.7
Le 12 juin 2018

Objet : Présenter un résumé des activités de qualité et sécurité des patients et une analyse annuelle des tendances, ainsi que des recommandations sur les priorités pour la prochaine année.

Décision recherchée

Le rapport annuel 2017-18 de qualité et sécurité des patients est présenté à titre d'information.

Contexte – Résumé des activités de la dernière année

Agrément

- Diverses activités de sensibilisation et de communication ont eu lieu dans le but d'informer et préparer le conseil, le personnel, les médecins et les équipes à la visite d'agrément (présentations, notes de service, INFO Agrément et INFO POR, etc.).
- Planification, organisation et tenue de la visite d'agrément du 18 au 23 juin 2017. Le Réseau a accueilli une équipe de douze visiteurs et a été le deuxième organisme au Canada à accueillir un patient partenaire.
- Réception, correction et diffusion du rapport de la visite aux équipes, sur le Boulevard et site Web du Réseau. Élaboration et diffusion des plans d'action pour chaque équipe.
- Plusieurs discussions ont eu lieu avec Agrément Canada afin de partager la déception et désaccord du Réseau face à la visite supplémentaire, étant donné les améliorations significatives depuis la dernière visite. L'échéancier pour la soumission des suivis a été modifié (juin 2018) et la visite supplémentaire a été annulée.
- Les équipes ont travaillé sur leur plan d'action en vue de la soumission des preuves pour le 6 juin 2018. Un plan d'amélioration de la qualité sera présenté pour le CHR qui tient compte des non-conformités et des activités menées dans le cadre du plan de transformation.

Analyse des tendances – Agrément

- Le Réseau a obtenu un statut d'organisme agréé avec un taux global de conformité aux normes de 91% et de 77% aux PORs.
- Les suivis avancent bien pour la majorité des 68 critères non conformes pour lesquels le Réseau doit soumettre des preuves en juin 2018.
- La démarche d'agrément est un processus d'amélioration continue et pour quelques critères le Réseau aura possiblement à remettre d'autres suivis dans six mois afin de démontrer l'efficacité des mesures prises. Par exemple, pour les PORs sur la prévention du suicide et sur la prévention de la violence en milieu de travail, les équipes devront démontrer par le biais d'audits ou autre preuve que les outils d'évaluation du risque sont utilisés.
- Les mécanismes d'imputabilité et de rapport des équipes demeurent un défi et devront être intégrés à la structure d'imputabilité de qualité.

Engagement des patients et familles

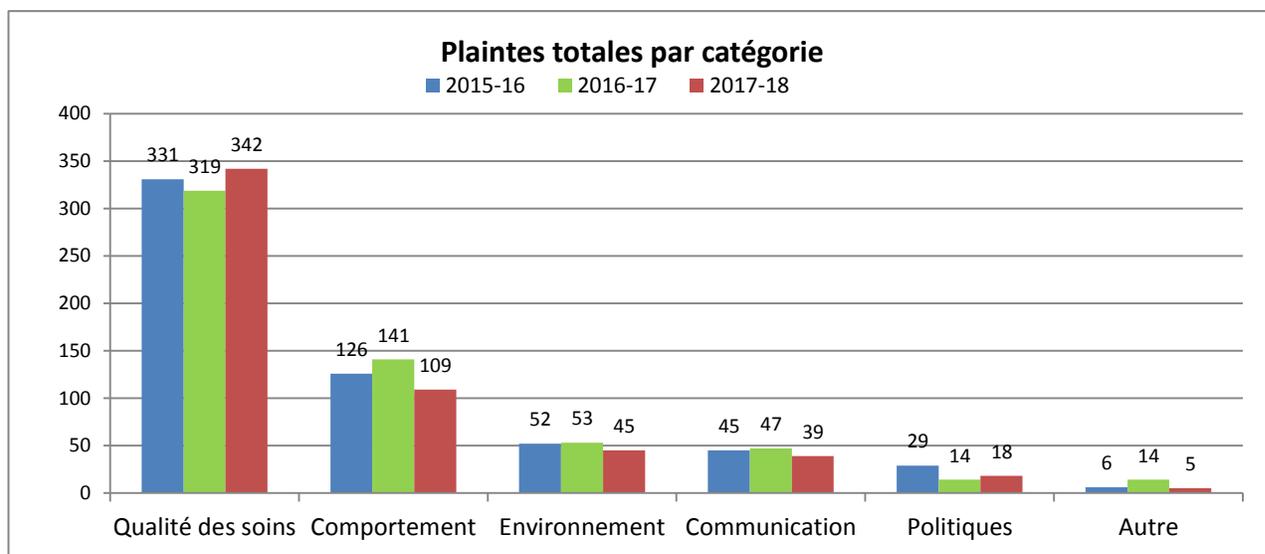
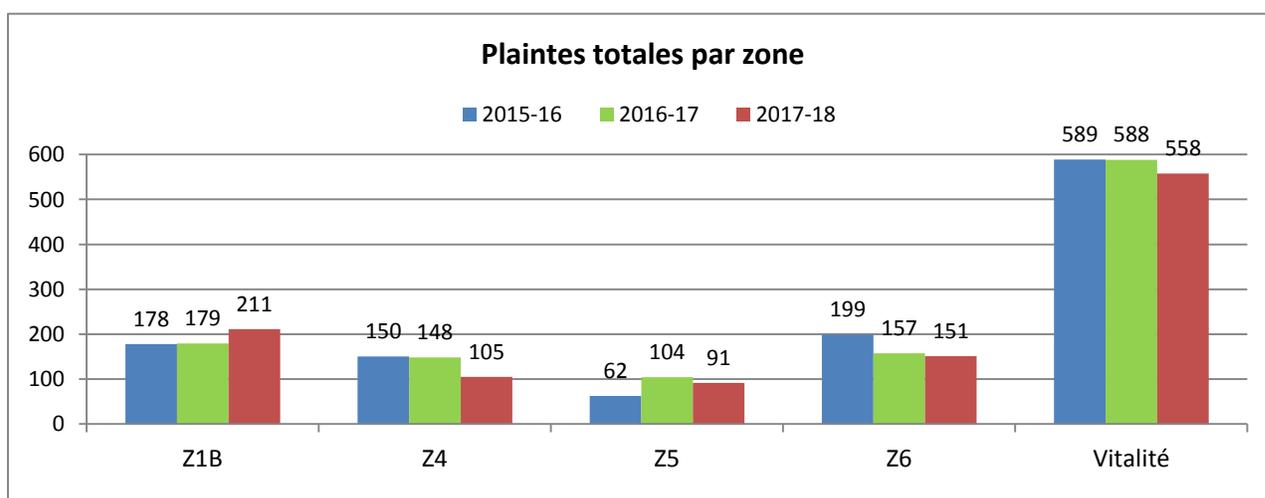
- Diverses activités ont eu lieu afin de soutenir la mise en œuvre de l'approche des patients partenaires. Sessions de formation/sensibilisation données au Conseil, VP et directeurs.
- Le mandat du Comité consultatif des patients et familles, ainsi que le profil de poste du partenaire de l'expérience patient ont été élaborés.
- Un plan de communication a été déployé afin de sensibiliser le personnel et les médecins et aider au recrutement des partenaires (ex. information sur site Web, Boulevard, médias sociaux, l'Hebdo, communiqué de presse, dépliants, télévisions des fondations –Z1B, 4 et 5).

Analyse des tendances – Engagement des patients et familles

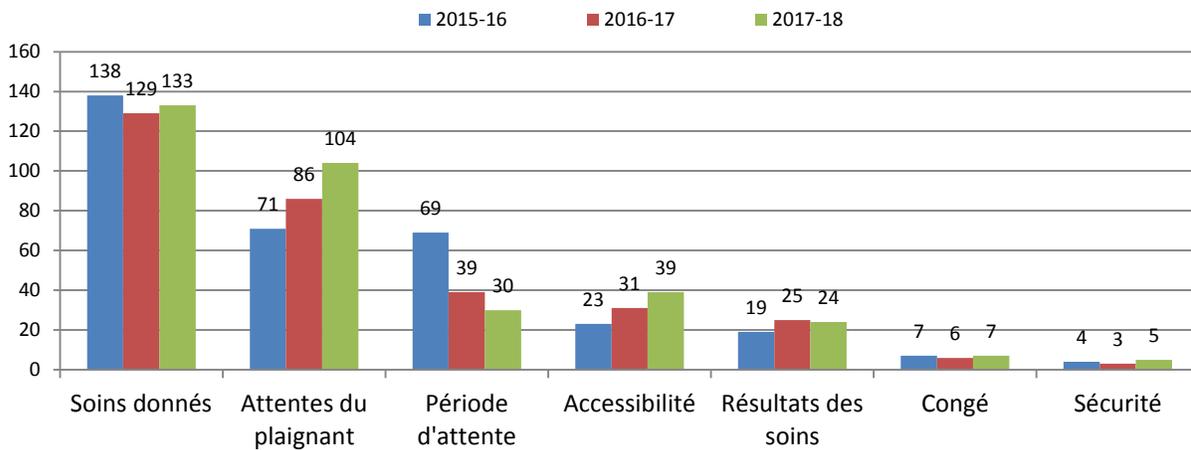
- La mise sur pied du Comité consultatif des patients et familles n'a pas eu lieu tel que prévu en 2017-18.
- Le recrutement des partenaires de l'expérience patient demeure un défi. Quelques personnes ont manifesté de l'intérêt dans chaque zone et les efforts de recrutement se poursuivent en vue de tenir une première rencontre du Comité consultatif en septembre.
- Quelques défis ont été rencontrés suite à la mise en œuvre de la politique sur la présence de la famille. Certaines zones ont eu des incidents/situations avec des visiteurs plus difficiles. Des suivis sont en cours afin d'adresser ces situations et d'encadrer davantage les visites. La sensibilisation se poursuit avec le personnel et le public sur le but de cette politique et le rôle du partenaire de soins.

Gestion des plaintes

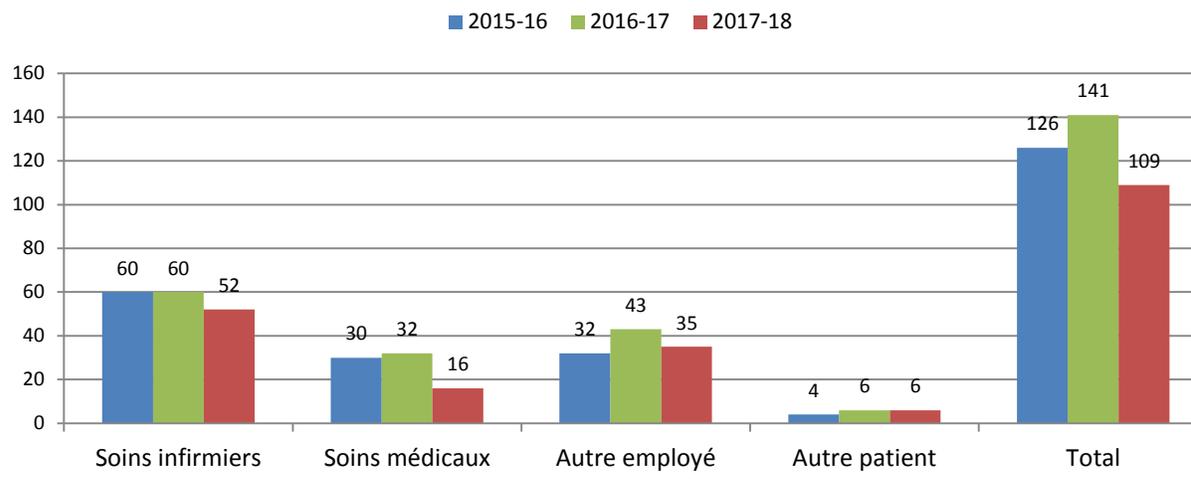
- Les graphiques suivants présentent les données comparatives sur trois ans pour les plaintes provenant des patients, des membres de leurs familles ou des visiteurs.
- Ces dernières sont classées selon les catégories suivantes : Qualité des soins et services, Comportement, Communication, Environnement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



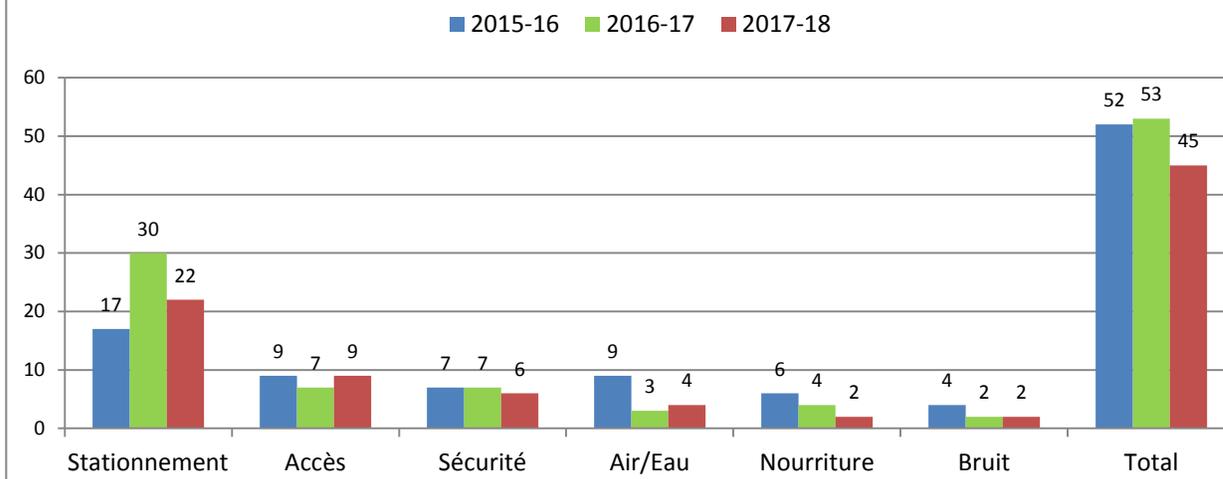
Plaintes liées à la qualité par sous-catégories



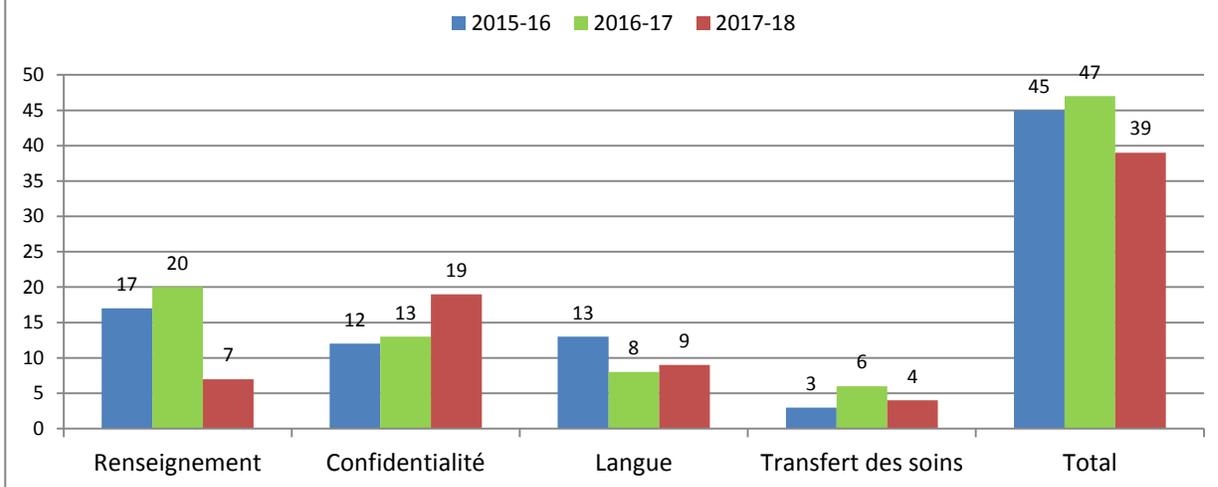
Plaintes liées au comportement par type



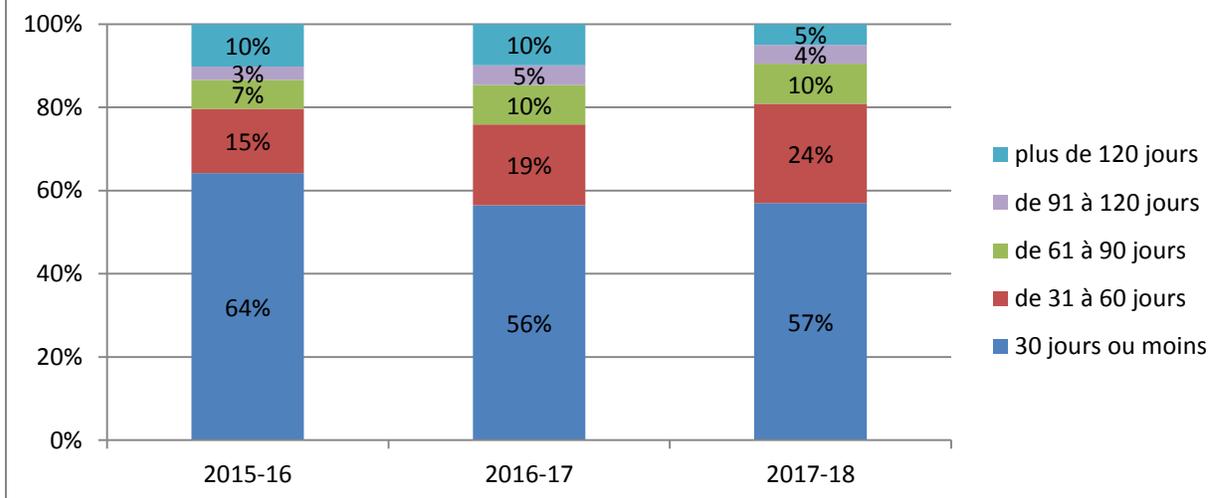
Plaintes liées à l'environnement par type



Plaintes liées à la communication par type



Délais de résolution des plaintes



Analyse des tendances - Plaintes

- Il y a une légère diminution ($\downarrow 5\%$) dans le nombre total de plaintes depuis les trois dernières années (589 en 2015-16 à 558 en 2017-18). Cette diminution est attribuable à une réduction dans le nombre de plaintes dans presque toutes les catégories ($\downarrow 13\%$ Comportement, Environnement et Communication, $\downarrow 38\%$ Politiques). Seule la catégorie Qualité des soins a connu une légère augmentation ($\uparrow 3\%$).
- On note un nombre plus élevé de plaintes dans les zones 1B et 6. Par contre lorsqu'on analyse les plaintes par volume d'activités (admission et visite à l'urgence) la Zone 5 compte plus de plaintes par mille contacts avec le système de santé 3.5/1000, versus 2.5 Z1B, 1.5 Z4 et 1.8 Z6.

Catégorie Qualité des soins

Dans la catégorie Qualité des soins, les types de plaintes suivantes représentent le plus haut volume de plaintes : Soins donnés (39%), Attentes du plaignant (30%) et Accessibilité (11%).

On note une légère augmentation dans le nombre total de plaintes dans la catégorie Qualité des soins. Cette augmentation s'explique par une augmentation dans le nombre de plaintes liées aux attentes du plaignant et à l'accessibilité.

Les Services d'urgence comptent le plus haut volume de plaintes (26%) dans la sous-catégorie attentes du plaignant (ex. : insatisfaction avec les soins reçus, le diagnostic ou les soins non reçus – examen diagnostique, médication, etc.). Le Centre hospitalier Restigouche compte le deuxième plus haut volume (7% plaintes) en lien avec les attentes du plaignant (ex. demandes non autorisées/acceptées en raison du plan de soins du patient).

Les plaintes en lien avec le manque d'accès proviennent en grande partie de l'imagerie médicale (manque d'accès à certains tests dans la région, bris d'équipement) et du programme de réadaptation cardiaque (suite à un changement proposé au programme de maintien). Un groupe de travail a été formé avec des patients pour identifier des solutions possibles pour le programme de maintien.

On note une diminution du nombre de plaintes en lien avec la période d'attente. Moins de plaintes ont été rapportées en 2017-18 en lien avec l'attente à l'urgence et pour une chirurgie.

Catégorie Environnement : Environ 50% des plaintes dans cette catégorie sont en lien avec le stationnement et la majorité proviennent de la Zone 1B (CHUDGLD). Un groupe de travail se penche sur la question du stationnement. La plupart des autres plaintes dans cette catégorie sont en lien avec l'accès aux établissements/services (portes difficiles à ouvrir, heures d'ouverture de la cafétéria, difficulté de joindre la clinique par téléphone) ainsi que la sécurité/ propreté des lieux.

Catégorie Comportement : On note une diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement et dans toutes les sous-catégories (Soins infirmiers, Soins médicaux et Autre employé). La catégorie soins médicaux a connu une diminution de 50%. Ceci peut s'expliquer par les suivis étroits faits avec le personnel médical au cours de la dernière année.

Catégorie Communication : Dans cette catégorie, on retrouve les plaintes par rapport à la confidentialité, le partage de renseignements, les langues et les transferts des soins. On note une augmentation dans les plaintes liées à la confidentialité et à la protection de la vie privée et une diminution des plaintes en lien le manque de renseignements au niveau des soins et services. Près de la moitié des plaintes liées à la confidentialité et protection de la vie privée (11 sur 19) provenait de quatre services (urgence, clinique externe, service des rendez-vous et gynéco-obstétrique).

Catégorie politique : La diminution des plaintes au niveau des politiques est en grande partie due à la réduction des plaintes en lien avec la politique sur les environnements sans fumée. Dans cette catégorie on note également une amélioration au niveau des plaintes en lien avec les frais pour les chambres (privée ou semi-privé) suite à la mise en place d'un processus structuré pour aviser les patients des frais.

Délais de résolution : On note une légère amélioration dans le pourcentage de plaintes qui sont résolues à l'intérieur de 60 jours (81% 2017-18 vs 75% 2016-17) et une diminution dans le nombre de plaintes qui sont résolues après 90 jours. Les plaintes liées aux services médicaux représentent les plaintes avec les plus longs délais de résolution. Ces plaintes sont plus complexes et demandent souvent un examen plus approfondi du dossier du patient. Des suivis étroits sont faits avec les chefs de service et les médecins-chefs afin de réduire ces délais.

Exemples d'amélioration mise en œuvre

Chaque plainte reçue est portée à l'attention du chef de service pour fin d'examen et d'amélioration. Voici quelques exemples d'améliorations qui découlent des plaintes :

- Plaintes concernant la sécurité des patients sur civière dans le corridor à l'urgence (sans système de cloche). Système d'appel a été installé au mur du corridor.
- Plaintes aux soins prolongés en lien avec la sécurité des patients face aux patients avec démence. Des portes ont été installées dans le corridor pour séparer les deux types de clientèles.
- Plainte en lien avec le manque de renseignements au congé d'un patient de l'unité de chirurgie. Sensibilisation fait au personnel et processus modifié pour partager les directives aux membres de la famille également (avec accord du patient).
- Des affiches ont été installées dans les salles d'attente à l'urgence afin que les patients avisent le personnel lorsqu'ils quittent avant de voir le médecin. Ceci découle de plaintes en lien avec le fait que le nom des patients absents était appelé pour voir le médecin et que ceci augmentait le temps d'attente.
- Plainte en lien avec un congé précoce de l'urgence. Médecin n'avait pas vu le contrat de soins et les recommandations spécifiques à la patiente au dossier. Les contrats de soins seront imprimés sur une feuille verte et placés au début du dossier.

Satisfaction/Expérience des patients

- Des sondages révisés (patients hospitalisés, urgence, soins ambulatoires et soins à domicile) ont été lancés au cours de l'année.
- Le sondage pour les patients hospitalisés doit être remis à tous les patients au congé. Les gestionnaires reçoivent leurs résultats pour fin d'analyse et identification des pistes d'amélioration. En 2017-18, **4,488** questionnaires ont été complétés.
- Le tableau en annexe démontre les résultats annuels 2017-18 (nouveau sondage). Les données comparatives disponibles pour les deux années précédentes ont également été incluses au tableau à titre d'information. Il est à noter que le libellé des questions et les choix de réponses ne sont pas identiques dans les deux versions du sondage (révision et ancien), par conséquent la comparaison des résultats doit être effectuée avec prudence.
- Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du NB (CSNB) effectué en 2016 ont également été inclus à titre de référence. Il est à noter qu'il faut comparer les résultats 2017-18 avec ceux du CSNB avec prudence, puisque la méthodologie et l'échantillonnage étaient différents dans les deux sondages.

Analyse des tendances - Satisfaction

	Taux de participation		
	2015-16	2016-17	2017-18
Vitalité	21%	18 %	17%
Zone 1B	24%	18%	14%
Zone 4	27%	29%	29%
Zone 5	21%	19%	16%
Zone 6	12%	8%	12%

- Au niveau régional, on note une diminution du taux de participation au sondage depuis les trois dernières années. En 2017-18, seule la Zone 4 a rencontré la cible visée de 20%.
- Lorsqu'on compare les résultats de 2017-18 aux résultats du dernier sondage du CSNB (2016), on note une amélioration dans 15 questions sur 20. Dans les cinq questions suivantes, on note une diminution : participation de la famille aux décisions, tenir compte des valeurs culturelles, nourriture, renseignements au congé et connaissance des médicaments au congé.
- Sept questions ont eu un taux de 85% et plus, neuf questions ont obtenu un taux de 70-84% et quatre questions ont eu un taux de moins de 70%.
- En 2017-18, les questions avec les plus hauts taux de satisfaction (Toujours $\geq 85\%$) sont en lien avec : l'attente pour un lit, la courtoisie, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité, la vérification de l'identité, la langue de service et l'expérience globale.
- En 2017-18, les questions avec le plus faible taux de satisfaction ($< 70\%$) sont en lien avec : la participation de la famille aux décisions, tenir compte des valeurs culturelles, la tranquillité et la nourriture.

Amélioration continue de la qualité

- Au cours de la dernière année, la structure d'imputabilité en matière qualité et les mandats des divers comités qualité ont fait l'objet d'une révision dans le but d'enligner les comités et les équipes et d'éviter du doublement.
- Une ébauche de calendrier des rapports et un gabarit pour les rapports qualité ont été élaborés pour les sous-comités et équipes du Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité et du Comité professionnel consultatif.
- Des défis demeurent au niveau de l'intégration des plans d'amélioration de la qualité au niveau de chaque équipe.

Suivi à la décision

Objectifs pour 2018-2019 :

Agrément :

- Poursuivre la mise en œuvre des plans de travail portant sur les normes non conformes et faire le dépôt des preuves et plan d'amélioration de la qualité pour le CHR à Agrément Canada (6 juin 2018).
- Assurer les suivis qui découlent de la soumission des preuves à Agrément Canada, le cas échéant.
- Poursuivre le cycle d'agrément : refaire les sondages Pulse Qualité de vie et Culture de sécurité des patients à l'automne 2018 et élaborer les plans d'action selon les résultats.

Engagement des patients et familles :

- Poursuivre le recrutement et la formation des partenaires de l'expérience patient, afin d'avoir une banque de partenaires qui pourront être assignés à divers projets.
- Voir à la mise sur pied du Comité consultatif des patients et des familles à l'automne.
- Poursuivre la sensibilisation / formation du personnel afin qu'il soit outillé pour accueillir les partenaires sur leur équipe.

Plaintes :

- Mise en œuvre du module sur la gestion des plaintes aux points de service et la méthode Cœur-Tête-Cœur.
- Poursuivre la formation aux gestionnaires sur la gestion des plaintes.
- Poursuivre les discussions avec les médecins-chefs afin d'améliorer et uniformiser le processus de gestion des plaintes médicales.
- Finaliser la révision de la politique sur la gestion des plaintes.
- Développer la section des plaintes dans le nouveau logiciel pour les rapports d'incidents.
- Finaliser les rapports annuels des plaintes par directeur.

Sondages : Finaliser et diffuser les rapports par directeur.

- Poursuivre le travail dans le but d'améliorer les taux de participation (par ex. mise en œuvre du Code QR sur les sondages et sondages sur la page d'accueil du Wifi).
- Lancer le nouveau sondage pour les unités de psychiatrie aiguë et le CHR.
- Poursuivre les initiatives pour améliorer la satisfaction en lien avec la participation de la famille, le respect des valeurs culturelles, la nourriture et l'obtention d'aide et gestion de la douleur.

Amélioration continue de la qualité :

- Finaliser et diffuser le cadre / structure d'imputabilité en matière de qualité.
- Finaliser et mettre en œuvre le calendrier des rapports et le gabarit du rapport qualité.
- Voir à intégrer les plans d'amélioration de la qualité des gestionnaires au cycle de planification.
- Offrir du support et de la formation aux gestionnaires pour l'élaboration de leur plan d'amélioration de la qualité.

Soumis le 15 mai 2018 par Nicole Frigault, Directrice – Qualité, Risques et Expérience patient

ANNEXE 1 - Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés
Rapport annuel 2017-18

QUESTIONS	CSNB		Vitalité					
	2016 (%)		2017-18 (%)		2016-17 (%)		2015-16 (%)	
	NB	Vitalité	Toujours	Habituellement	Excellent	Bon	Excellent	Bon
Attente trop longue pour obtenir votre lit	20.5	17.4	88 (non)	12 (oui) ↑				
Traiter avec courtoisie et respect	86.8 MD 79.9 RN	87 MD 81.8 RN	90 ↑	8	86	12	88	11
Explications d'une manière que vous pouviez comprendre	74.8 MD 69.4 RN	79.5 MD 74.1 RN	83 ↑	12				
Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande	61.3	69.4	79 ↑	15	82	15	83	14
Explication – à quoi servait le nouveau médicament	67.7	68.0	79 ↑	14				
Participation aux décisions concernant vos soins/traitements	60.3	60.0	72 ↑	18				
Participation de la famille aux décisions concernant vos soins	71.7	70.7	69 ↓	17				
Douleur a-t-elle été bien contrôlée	60.4	63.3	70 ↑	23	84	13	84	13
Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille	36.4	41.8	40 ↓	56				
Chambre et salle de bain nettoyées	51.7	55.8	71 ↑	20	71	23	70	24
Tranquillité autour de votre chambre la nuit	41.7	50.1	64 ↑	26	58	30	59	30
Qualité de la nourriture (goût, température, variété)	19.5	23.0	16 ↓ (excellent)	23 (très bon)	36	36	36	39
Heures de visite pour vos proches rencontraient vos attentes	80.1	74.3	80 ↑	14	73	22	74	22
Personnel se lavait les mains avant de vous donner des soins	69.7	72.7	86 ↑	12				
Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité	81.8	84.3	93 ↑	7	98		98	
Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements	81.9	80.7	85 ↑	12	97		96	
Reçu des renseignements écrit sur symptômes à surveiller après congé	65.2	74.2	72 (oui) ↓	28 (non)				
Bonne connaissance de vos médicaments au congé	80.5	84.7	82 ↓ (complètement)	12 (moyennement)				
Service dans la langue officielle de votre choix	91.1	86.9	90 ↑	7	89	10	89	10
Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour	78.9	82.5	88 ↑ (excellente)	8 (bonne)	78	19	80	17

	Satisfaction générale par zone											
	Z1B			Z4			Z5			Z6		
	2017-18	2016-17	2015-16	2017-18	2016-17	2015-16	2017-18	2016-17	2015-16	2017-18	2016-17	2015-16
Excellente	89%	79%	79%	85%	78%	84%	88%	79%	78%	91%	76%	80%
Bonne	9%	17%	18%	9%	20%	15%	8%	19%	19%	6%	20%	18%

Note d'information

Rapport annuel 2017-2018 – Gestion des risques
 Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
 Item 4.8
 Le 12 juin 2018

Nom du sujet : Rapport annuel– Gestion des risques

Décision recherchée

- Le rapport annuel – Gestion des risques est présenté à titre d'information

Contexte / Problématique

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

INCIDENTS :

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

	Incidents par catégorie														
	Zone 1B			Zone 4			Zone 5			Zone 6			Réseau		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Chutes	748	724	687	338	335	361	539	479	539	377	422	354	2002	1960	1941
Médicaments	462	530	536	440	449	495	269	239	271	351	441	338	1522	1659	1640
Intraveineuse	56	64	61	55	30	37	54	45	41	22	28	24	187	167	163
Traitements	356	350	362	362	479	470	493	311	440	562	658	799	1773	1798	2071
Sécurité	266	374	364	164	203	172	910	929	1109	328	518	328	1668	2024	1992
Divers	92	103	123	24	26	34	316	334	385	138	164	83	570	627	625
Total	1980	2145	2133	1383	1522	1588	2581	2337	2785	1778	2231	1926	7722	8235	8432

- On observe une baisse graduelle, mais peu significative du nombre global de **chutes** dans le Réseau au cours des années. Les zones 1b et 5 sont celles qui ont le plus haut nombre de chutes rapportées. La Zone 1b présente cependant une légère baisse graduelle sur les 3 dernières années. Les chutes alors que les patients sont debout ou en mouvement (marche) demeurent les plus fréquentes,
- Le nombre global d'incidents reliés aux **médicaments** a connu une très légère baisse par rapport à l'an passé. On observe toutefois une hausse graduelle des incidents rapportés dans les zones 1b et 4 alors que pour la Zone 6, une baisse est remarquée. Les omissions et les incidents de posologie/concentration incorrects demeurent les types les plus fréquents. Les classes de médicaments les plus souvent visées sont les anticoagulants, les antibiotiques, les antidiabétiques et les anxiolytiques/sédatifs/hypnotiques.
- Les incidents de la catégorie **traitement/analyse/procédé** ont connu une hausse globale considérable cette année, la Zone 6 étant celle où la hausse fut graduelle au cours des 3 dernières années.

- Les incidents de **sécurité** sont toujours à la hausse, la Zone 5 demeure l'endroit où est rapporté le plus d'incidents de ce genre. Les autres zones sont stables sauf pour la Zone 6 qui a démontré une baisse pour cette année.
- Les incidents **divers** sont stables, la Zone 5 étant la zone qui en rapporte le plus. Une vérification des entrées a toutefois permis de remarquer que plusieurs incidents de type sécurité sont entrés dans cette catégorie. Une attention sera apportée aux données de la prochaine année afin de corriger cette pratique.

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

	Évités de justesse par catégorie														
	Zone 1B			Zone 4			Zone 5			Zone 6			Réseau		
	2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018	2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018	2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018	2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018	2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018
Chutes	0	0	0	0	1	12	0	1	1	3	4	3	3	6	16
Médicaments	36	49	64	94	109	129	22	17	21	26	32	12	178	207	226
Intraveineuse	2	6	6	1	1	2	0	6	2	0	0	0	3	13	10
Traitements	71	80	111	67	205	217	84	78	112	3	24	9	225	387	449
Sécurité	83	136	145	14	19	19	15	19	64	5	3	1	117	177	229
Divers	31	28	26	1	1	3	10	27	39	1	1	3	43	57	71
Total	223	299	352	177	336	382	131	148	239	38	64	28	569	847	1001

- La tendance est à la hausse pour rapporter des incidents qui ne sont pas survenus, et ce, en raison d'une intervention en temps opportun prévenant ainsi que l'incident n'atteigne le patient. Cette tendance est observée dans l'ensemble du Réseau sauf dans la Zone 6 où des efforts devront être déployés afin de rehausser cette partie de la culture de sécurité des patients.
- Les zones 1b et 4 sont celles qui rapportent le plus ce genre d'incident. Pour la Zone 1B, plusieurs de ces IEJ sont dans la catégorie **Sécurité** et sont reliés à la confidentialité/ protection de la vie privée. Pour la Zone 4, plusieurs sont de la catégorie **Traitement/analyse/procédé** et sont rapportés en majeure partie par le bloc opératoire. Les plus fréquents étant des problèmes d'étiquetage de spécimen, des interruptions de technique stérile et des omissions.

Incidents graves rapportés par catégorie :

	Incidents graves														
	Zone 1B			Zone 4			Zone 5			Zone 6			Réseau		
	2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018												
Chutes	7	3	5	1	2	0	4	2	6	5	7	5	17	14	16
Médicaments	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	2	0
Intraveineuse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Traitements	2	0	3	2	1	1	0	1	0	1	1	0	5	3	4
Sécurité	1	0	0	1	1	0	3	0	2	0	1	0	5	2	2
Divers	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
Total	10	4	8	4	4	1	7	4	9	8	9	5	29	21	23

- Le nombre d'incidents graves est demeuré stable comparativement à 2016-2017. Les chutes sont le type d'incident causant le plus fréquemment des blessures graves, pour la plupart il s'agit de fractures de la hanche chez une clientèle âgée.

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

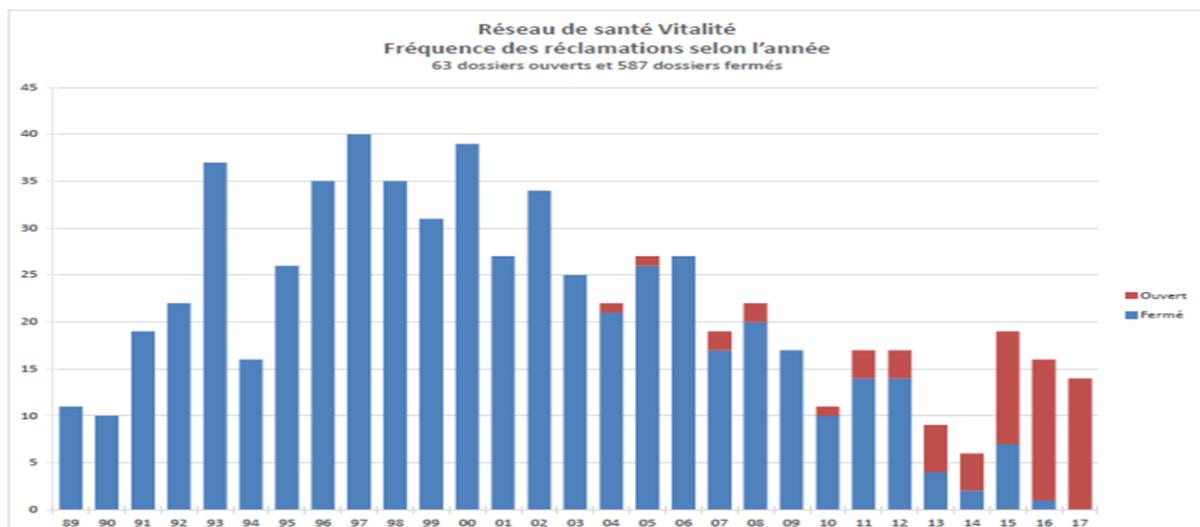
Tous les incidents font l'objet d'un suivi. Les rapports mensuels préparés pour les gestionnaires permettent d'identifier les tendances et de guider les gestionnaires à identifier et mettre en œuvre différentes activités d'amélioration. En voici quelques-unes :

- Révision du processus de documentation électronique des allergies.
- Obtention d'un lit thérapeutique à la disposition d'une unité de soins afin de réduire le nombre de plaies de pressions.
- Heures de relai ramenées aux heures standardisées dans l'établissement afin de diminuer le nombre de chutes à des heures de pointes spécifiques.
- Évaluation de risques faite et mesures d'atténuation proposées et fournies à la direction suite à une augmentation des incidents de violence à la salle d'urgence.
- Déménagement de local pour l'unité de retraitement des dispositifs médicaux au bloc opératoire pour plus de tranquillité, liste de vérification pour procédure établie, imprimante pour étiquettes installée, cabaret de transport pour instruments mis à la disposition pour éviter des trous dans le champ stérile, le tout pour contrer la hausse d'IEJ de type traitement-analyse-procédé.
- Approches individualisées, en lien avec le programme de prévention des chutes, pour certains patients ayant chuté plus d'une fois durant leur séjour.

LITIGES ET RÉCLAMATIONS (HIROC) :

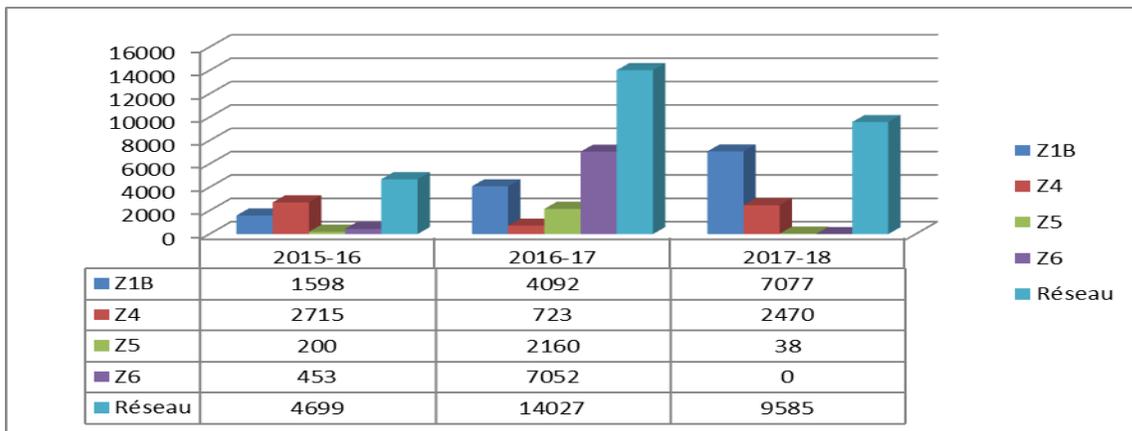
Les réclamations pour bris et perte de biens jusqu'à \$6000 sont gérées par le Service de gestion des risques en collaboration avec les gestionnaires des unités/services concernés. Les réclamations pour bris et perte de biens de plus de \$6000 ainsi que toutes les réclamations pour blessures corporelles et les cas de poursuites (inclus dans les réclamations) sont gérés par l'administrateur de notre plan de protection, HIROC.

Fréquence des réclamations par années:



- Les dossiers ouverts ne sont pas tous des cas actifs. Ce sont en majorité des signalements qui sont surveillés («monitored») par nos assureurs. Ces dossiers ouverts peuvent le demeurer sur plusieurs années.
- En 2017-2018, il y avait 30 dossiers actifs au Réseau de santé Vitalité.
- Voici un aperçu du nombre de dossiers actifs par zone :
 - Zone 1B : 4 dossiers dont 3 litiges et 1 réclamation.
 - Zone 4 : 5 dossiers dont 4 litiges et 1 réclamation.
 - Zone 5 : 8 dossiers dont 5 litiges, 1 réclamation et 2 signalements pour lesquels un avocat fut assigné.
 - Zone 6 : 13 dossiers dont 11 litiges, 1 réclamation et une lettre d'intention pour laquelle un avocat fut assigné.

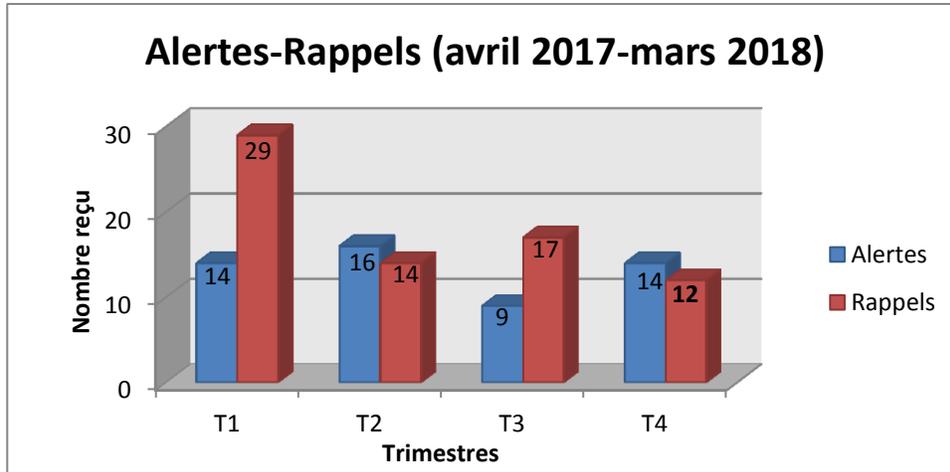
Montant des réclamations remboursées par zone (gérés par le Réseau – moins de 6000 \$)



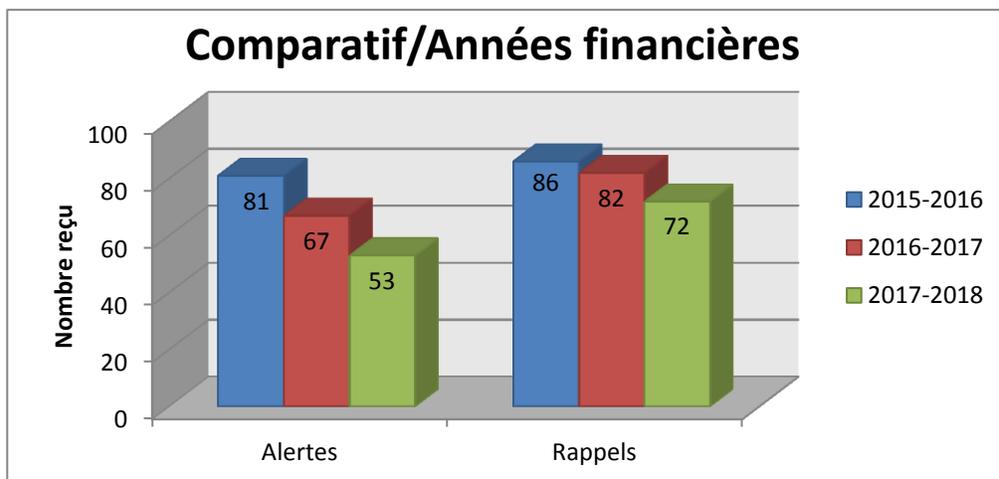
- Les réclamations gérées par le Réseau sont toujours variables d'une année à l'autre et sont difficiles à prévoir. Pour 2017-2018, on note une baisse considérable par rapport à l'année précédente.
- Les réclamations pour pertes de biens sont plus fréquentes que celle pour bris de biens.
- Les effets personnels les plus souvent perdus, et les plus souvent brisés sont les prothèses dentaires et les lunettes.
- Étant donné que les montants remboursés sont pris à même les budgets des unités/services responsables de la perte ou du bris, il faut continuer les efforts afin de limiter le plus possible ce type de perte financière.

ALERTES ET RAPPELS :

Nombre d'alertes et rappels reçu



Comparatif



- Une tendance à la baisse est observée pour le nombre d'alertes et de rappels reçus. Le Service continue d'assurer la gestion efficace et la collaboration avec les partenaires.

AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

- En 2017-2018, il y a eu 44 demandes d'AMM.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le 28 juin 2016, la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* a été sanctionnée. Les principales politiques en matière de gestion des incidents ont été révisées. Le Service est dans l'attente des règlements qui accompagneront cette loi afin de terminer la révision des processus.
 - Un système provincial de gestion des incidents a été acquis et le projet pour la mise en œuvre est débuté.
 - Les règlements administratifs (affaires médicales) sont présentement en révision. Lorsqu'ils auront été approuvés, les processus connexes seront ajustés.
-

Suivi à la décision/Priorités pour la prochaine année

- Incidents :
 - Continuer les analyses de tendances pour les incidents rapportés.
 - Réviser les politiques en lien avec la gestion des incidents.
 - Participer activement dans la mise en œuvre du nouveau système de gestion des incidents.
- Litiges et réclamations :
 - Continuer le signalement des dossiers potentiellement litigieux ou à risques de réclamations.
 - Surveiller les tendances concernant les pertes de biens.
- Affaires médicales :
 - Voir à l'intégration des processus et des pratiques en lien avec la gestion des incidents et des plaintes.
 - Offrir de la formation aux directeurs médicaux et médecins-chefs.
- Alertes et rappels :
 - Réviser la politique et continuer à assurer la coordination de la gestion des alertes et rappels reçus.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 2018-05-11 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Le 12 juin 2017

Objet : Rapport annuel - Éthique pour la période d'avril 2017 à mars 2018.

Éthique de la recherche : Quelques modifications ont été faites à la composition du CER, qui compte maintenant 11 membres réguliers et de 2 membres substitués. Le CER a tenu 12 réunions régulières. Il y a eu une légère baisse des demandes d'évaluation de projets de recherche, et ce, tant au niveau des essais cliniques que des projets de recherche appliquée. Au total, 153 projets sont actifs et en cours.

Éthique clinique : Depuis que le Comité d'éthique clinique régional est en place, il y a eu 4 demandes de consultation formelles et 18 demandes de consultation informelles. Quelques sessions d'éducation sur l'éthique ont été offertes à des services/ départements spécifiques au sein du Réseau. Entre autres, une formation sur l'éthique a été offerte aux membres du CA à l'automne 2017. Un code de conduite et morale a été adopté au niveau du CA et une formation a eu lieu à cet effet. Plusieurs politiques et procédures sont présentement en révision.

Éthique organisationnelle : L'éthique organisationnelle est un dossier important et est en cours de développement. Le code d'éthique du Réseau est en révision et la politique CA-205 a été révisée et est soumise pour approbation à la réunion du Comité des services à la clientèle, gestion de la qualité et de la sécurité prévue le 29 mai 2017. Un module E-apprentissage sur la sensibilisation à la violence en milieu de travail est toujours disponible depuis février 2017.

Soumis le 15 mai 2017 par Isabelle Dugas, coordonnatrice du Bureau de l'éthique.



Rapport annuel

Éthique

2017-2018

Période d'avril 2017 à mars 2018

Préparé par :

Isabelle Dugas, coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique

Le 15 mai 2018

Éthique de la recherche

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

Une nouvelle version du mandat du CER est entrée en vigueur le 23 mai 2016.

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

Quelques changements sont à noter dans la composition du CER :

- L'ajout d'un nouveau membre clinique – Services professionnels. Ce poste a été comblé en juin 2017 par M. Alexandre Savoie;
- Remplacement d'un membre clinique – médecine. Ce poste a été comblé en août 2017 par Dre Lucie Morais, en remplacement de Dre Denise Donovan;
- Remplacement d'un membre versé en droit. Ce poste a été comblé en septembre 2017 par Me Marie-Andrée Mallet, en remplacement de Me Blair Fraser;
- Remplacement d'un membre clinique – soins infirmiers. Ce poste a été comblé en septembre 2017 par Mme Anne Pelletier, en remplacement de Mme Denise Gaudet.

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

- Réunion régulière : 12
- Réunion extraordinaire : 0

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

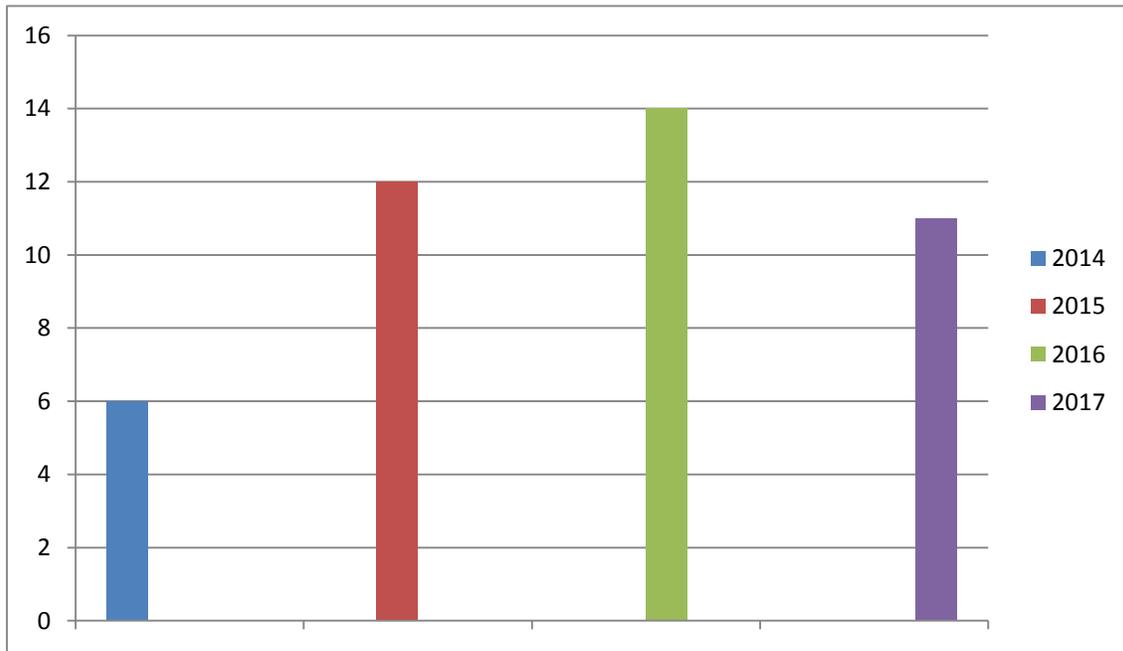
4. Nombre de projets soumis et évalués au Comité d'éthique de la recherche

4.1 Nouveaux projets

- Essais clinique : 11
- Recherche appliquée : 29

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

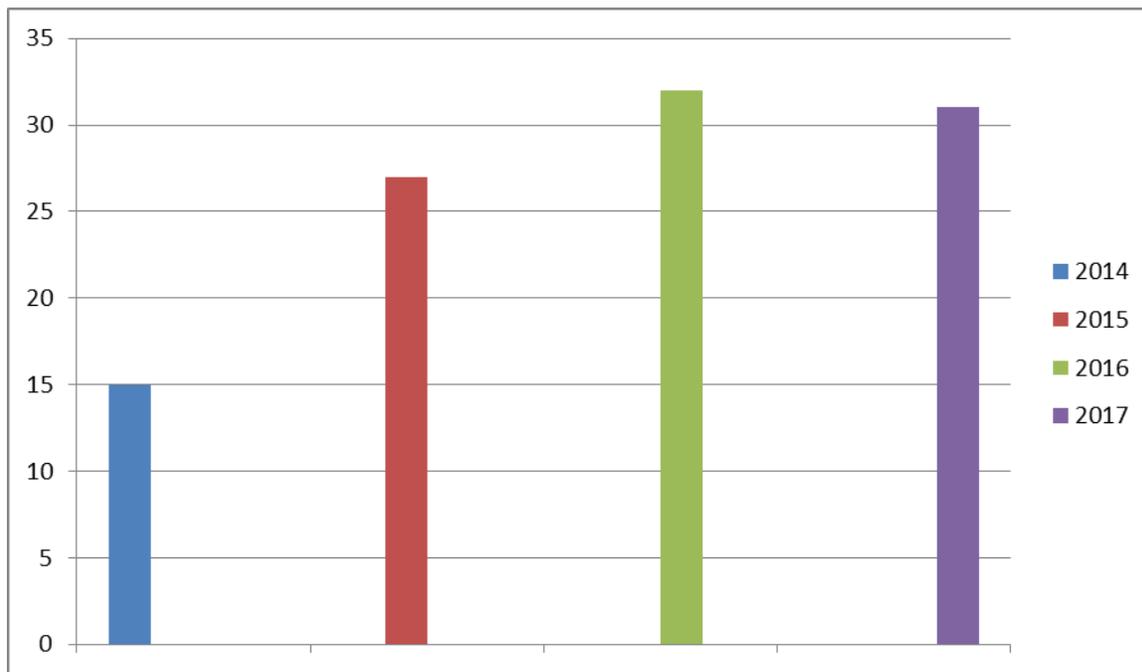
Essais cliniques



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

Cependant, au cours de la dernière année, on constate une légère décroissance au niveau des essais cliniques évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche.

Recherches appliquées



Au niveau de la recherche appliquée (projets provenant des universités, de l'Institut Atlantique de recherche sur le cancer, etc.), le nombre de projets de recherche soumis pour évaluation au Comité d'éthique de la recherche est stable pour l'année 2017 avec 31 projets évalués.

4.3 Suivi de projets

	Essais cliniques	Recherches appliquées
Renouvellement de projets	29	19
Amendements au projet en cours	39	18
Mise à jour de la brochure d'investigateur ou de la monographie	37	N/A
Projets terminés	6	3
Projets refusés	0	0
Projets en cours	51	102

5. Politiques et procédures

- **Révisées et approuvées**
 - Politique « Présence l'investigateur / chercheur principal » : Nouvelle politique en phase de recommandation.

6. Prochaines étapes

- Poursuivre la rédaction et la révision de politiques et procédures selon le besoin

6.1 Fonctionnement du Comité d'éthique de la recherche

Le Réseau de santé Vitalité vise à doubler le volume de recherches au cours des prochaines années. Au cours de la dernière année, le CER ainsi que le Bureau de l'éthique ont fait le nécessaire afin d'être prêts.

Proposition	Actions
1. Augmenter la capacité d'évaluation de projets de recherche au CER en augmentant le nombre de membres	<ul style="list-style-type: none">• Deux membres cliniques (médecine) ont été recrutés• Un membre clinique (Services professionnels) a été recruté
2. Faire seulement l'évaluation de nouvelles études lors des réunions du CÉR	<ul style="list-style-type: none">• De plus en plus d'évaluations sont faites de façon déléguée (évaluation faite par courriel à l'intérieur de 5 jours ouvrables)
3. Faciliter le partage de documents avec les membres du CER	<ul style="list-style-type: none">• Les membres du CER travaillent maintenant à l'aide de tablettes électroniques au lieu des documents papier
4. Augmenter l'efficacité du Bureau de l'éthique	<ul style="list-style-type: none">• Le Bureau de l'éthique ainsi que la CER peuvent toujours compter sur l'aide d'une adjointe administrative

7. Indicateurs de performance

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

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

8. Formation et éducation

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

Éthique clinique

1. Mandat du Comité d'éthique clinique

Une nouvelle version du mandat du Comité d'éthique clinique est entrée en vigueur le 29 mars 2017.

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

Quelques changements sont à noter dans la composition du Comité d'éthique clinique :

- Le poste de médecin généraliste, qui était occupé par Dre Alice Désilets, est maintenant vacant;
- Le poste de médecin spécialiste, qui était occupé par Dr Nicole Matthews, est maintenant vacant;
- Remplacement d'un représentant de la direction. Ce poste a été comblé en mars 2018 par Mme Diane Mignault, en remplacement de Mme Mireille Lanouette.

3. Consultations en éthique clinique

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

- Consultations formelles* : 4
- Consultations informelles** : 18

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

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

4. Politiques et procédures et autres documents

- **Révisés et approuvés**
 - Politique « Directives préalables en matière de soins de santé » et formulaire « Directives préalables en matière de soins de santé » : Politique révisée en phase de recommandation;
 - Politique « Aide médicale à mourir » : Politique révisée en phase de consultation;
 - Politiques « Non-réanimation cardiorespiratoire » et « Intensité des soins » et formulaire « Réanimation cardiorespiratoire et Niveaux de soins » : Politique révisée en phase de consultation;
 - Politique « Cadre conceptuel en matière d'éthique » et les documents « Cadre conceptuel en matière d'éthique » et « Schématisation du cadre conceptuel en éthique » : Nouvelle politique en phase de consultation.
 - Code de conduite et morale : Adopté au niveau du CA.

5. *Formation et éducation*

- Présentation « Éthique en physiothérapie » - 30 novembre 2017 (Présentation d'une heure offerte par Mme Pierrette Fortin).
- Formation sur l'éthique aux membres du CA – Automne 2017 (Présentation offerte par Mme Pierrette Fortin).
- Formation sur le code de conduite et morale aux membres du CA.

6. *Prochaines étapes*

- Finaliser le Développement du module E-Apprentissage en éthique;
- Poursuivre la rédaction et la révision de politiques et procédures selon le besoin;
- Recruter un membre – médecin spécialiste;
- Recruter un membre – médecin généraliste.

Éthique organisationnelle

1. *Protection des renseignements personnels*

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

2. *Prévention de la violence en milieu de travail*

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

3. *Politiques et procédures*

- **Révisées et approuvées**
 - Code d'éthique (politique et document) : le code d'éthique sera révisée complètement;
 - Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité (CA-205) a été révisée et sera soumise pour approbation en juin 2018;
 - Considérations éthiques (CA-245) a été révisée et sera soumise pour approbation en juin 2018.

4. *Prochaines étapes*

- Poursuivre la rédaction et la révision de politiques et procédures selon le besoin.

Rapport annuel 2017-2018 – Mesures d'urgence
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.10
Le 12 juin 2018

Objet : Rapport annuel 2017-2018 – Mesures d'urgence

Décision recherchée

- Le rapport annuel des Mesures d'urgence est présenté à titre d'information

Contexte / Problématique

1. Structure des Mesures d'urgence

La structure des Mesures d'urgence du Réseau de santé Vitalité a été modifiée afin de répondre davantage au besoin du Réseau. Suite à cette réorganisation, il y a maintenant un conseiller par zone qui partage ses tâches entre les Mesures d'urgence et la Sécurité.

2. Plan des mesures d'urgence

Le Plan de gestion des interventions d'urgence en santé du Réseau a reçu l'approbation de l'Équipe de Leadership le 7 juin 2017 et a été soumis à la province.

3. Plan de continuité des opérations

Un plan de continuité des opérations a été élaboré. L'outil a été validé auprès des services d'urgences toutefois il reste à déterminer pour les autres services du Réseau, les fonctions essentielles qui doivent être maintenues en situation d'urgence ainsi que les stratégies à utiliser pour y arriver.

4. Harmonisation des codes d'urgence

Toutes les zones ont en place des politiques et procédures pour leurs codes d'urgence. Une harmonisation des politiques est en cours afin d'uniformiser les pratiques.

La politique pour le code orange (grand nombre de blessés) a été développée et approuvée. Des efforts ont été consentis afin de normaliser les procédures du code pour les salles d'urgence (9) du Réseau de santé Vitalité. Des discussions ont aussi eu lieu dans les quatre zones afin de normaliser les procédures de distribution du matériel pharmaceutique et d'organisation des volontaires.

La politique et procédure du code stat (aide médicale) ont été élaborées et mises en œuvre pour l'Hôpital Georges L. Dumont. Ceci complète donc la mise en œuvre de cette politique dans le Réseau.

Les politiques suivantes ont été révisées et modifiées selon les besoins du service:

- La politique du code rouge (incendie) a été modifiée puis mise en œuvre à l'Hôpital régional Chaleur.
- Les politiques du code rouge et du code vert (évacuation) ont été révisées et modifiées pour le Centre hospitalier Restigouche et ont depuis été mises en œuvre.
- La politique du code blanc (personne violente, intrusion armée et prise d'otage) a été révisée et modifiée pour l'Hôpital Georges L. Dumont et est en attente d'approbation pour sa mise en œuvre.

5. Initiatives provinciales

Plan d'urgence en cas de conditions météorologiques extrêmes, d'inondations majeures ou d'incendies de forêt : Suite au dépôt du rapport *Analyse de la tempête du verglas 2017*, le ministère de la Santé a mis en place une initiative pour développer un Plan d'urgence en cas de conditions météorologiques extrêmes, d'inondations majeures ou d'incendies de forêt. Des groupes de travail ont été mis en œuvre sur lesquels participent des personnes clés du Réseau. Le plan provincial devrait être disponible d'ici la fin du mois de mai 2018.

EDRV : Le ministère de la Santé a retenu les services d'une firme de consultant pour effectuer une évaluation des risques et de la vulnérabilité (EDRV) du système de santé du Nouveau-Brunswick. Deux établissements du Réseau de santé Vitalité ont fait l'objet d'un examen approfondi dans le cadre de cette évaluation soit l'Hôpital régional Chaleur de Bathurst et le Centre Hospitalier Restigouche. Le rapport final devrait être déposé d'ici la fin de juin 2018.

6. CCU (Centre de coordination d'urgence/ COU (Centre d'opération d'urgence)

Les centres de coordination d'urgence (CCU) ou les centres d'opérations d'urgence (COU) sont déployés pour faire face à une urgence qui requière une réponse qui dépasse les capacités d'un service ou d'un secteur. Le rôle du COU ou d'un CCU est de garantir des ressources et de coordonner les actions visant à maintenir les services essentiels. On réfère à un CCU lorsque la coordination est requise au niveau d'un établissement ou d'une zone et d'un COU lorsque celle-ci est requise au niveau du Réseau. Au cours de 2017-2018, 2 COU et 17 CCU ont été activés dans le Réseau de santé Vitalité.

7. Codes appelés

	Blanc	Rouge	Vert	Noir	Jaune	Gris	Stat	Bleu
Zone 1B	180	14	0	0	28	9	3	88
Zone 4	116	14	0	0	10	1	3	29
Zone 5	193	24	1	0	8	2	45	68
Zone 6	285	12	0	1	23	1	207	106
Réseau	774	64	1	1	69	13	258	291

Légende : code blanc (personne violente, intrusion armée et prise d'otage), code rouge (incendie), code vert (évacuation), code noir (alerte à la bombe), code jaune (personne disparue), gris (perte de système critique), stat (aide médicale) et code bleu (arrêt cardiaque).

Suivi à la décision

Priorités 2018-2019 :

- Réviser les codes d'urgences jaune et blanc
- Poursuivre l'harmonisation des codes d'urgence (code orange et code gris)
- Rencontrer les normes établies pour les exercices incluant les exercices de table
- Mettre en place le Comité des mesures d'urgence en santé à l'automne 2018
- Procéder à la révision annuelle du Plan de gestion des interventions d'urgence en santé du Réseau
- Poursuivre le développement du Plan de continuité des opérations pour l'ensemble des services qui pourraient être affectés lors d'une urgence.
- Développer un plan d'action pour répondre aux recommandations de l'évaluation des risques et de la vulnérabilité (ÉDRV) provinciale
- Effectuer les suivis appropriés suite au déploiement du *Plan provincial d'urgence en cas de conditions météorologiques extrêmes, d'inondations majeures ou d'incendies de forêt*

Proposition et résolution

Cette note est présentée à titre d'information.

Soumis le 29 mai 2018 par Natalie Manuel, gestionnaire en Mesures d'urgence

Rapport annuel 2017-2018 – Prévention et contrôle des infections
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.11
Le 12 juin 2018

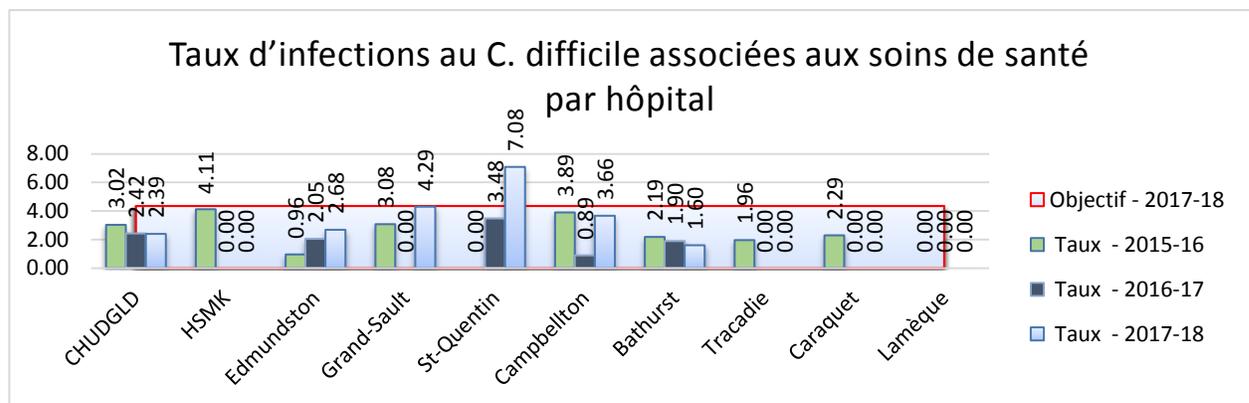
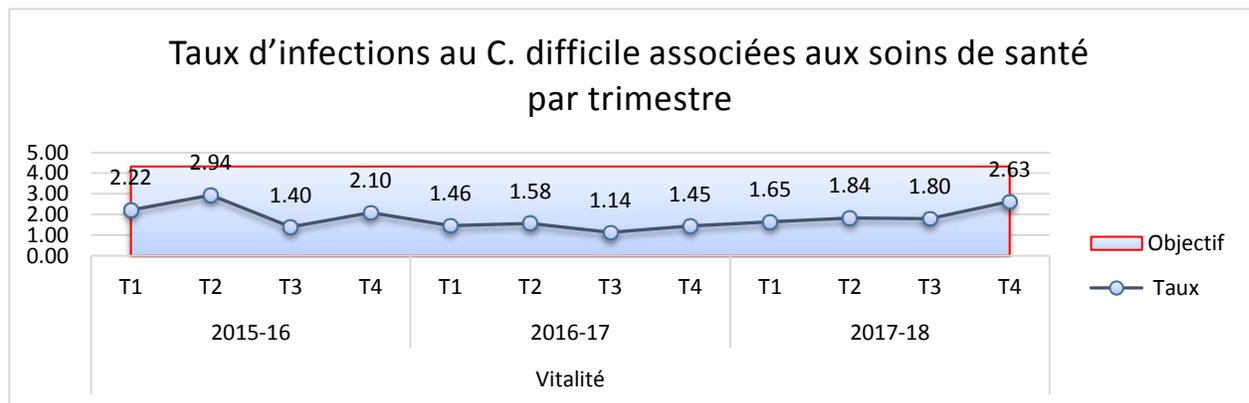
Objet : Présenter un résumé des activités du Service de Prévention et contrôle des infections et une analyse annuelle des tendances, ainsi que des recommandations sur les priorités pour la prochaine année.

Décision recherchée

- Le rapport annuel 2017-18 du Service de Prévention et contrôle des infections est présenté à titre d'information.

Contexte

- Résumé des infections nosocomiales, des éclosions et des autres activités de la dernière année.

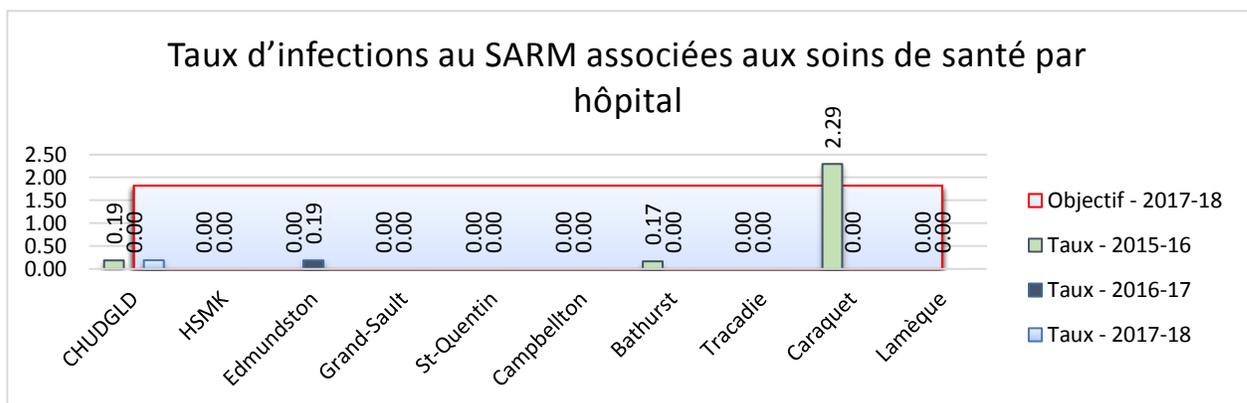
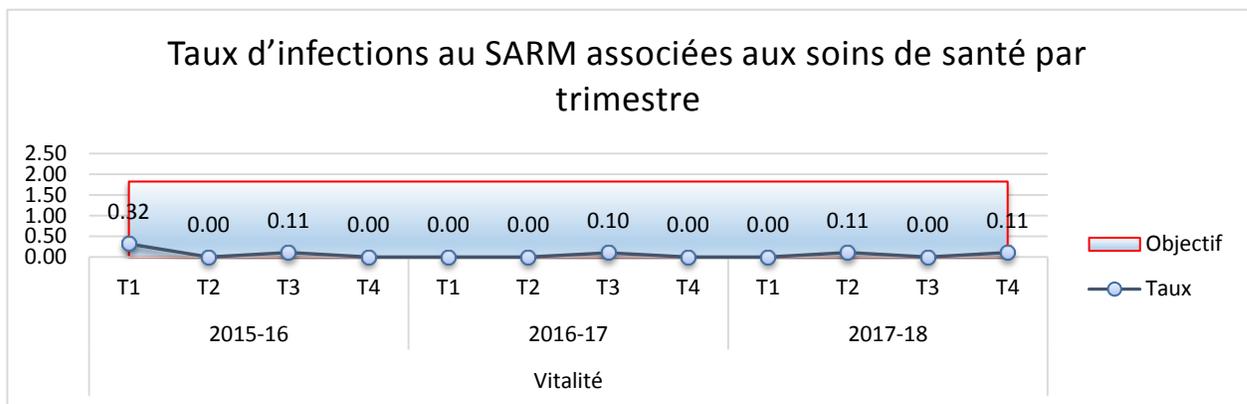


Analyse des tendances – Clostridium difficile

- La cible interne de *Clostridium difficile* est 2,5 (4,34 site web publique) par 10,000 jours patients.
- Bien que le taux de *C. difficile* nosocomiale pour l'année 2017-2018 de 1,98 est inférieur à la référence interne de 2,5, le CHUDGLD (Centre hospitalier universitaire Dr Georges-L.- Dumont), l' HRE (Hôpital Régional d'Edmundston), l'HGGS (Hôpital général de Grand-Sault et l'HRC (Hôpital Régional de Campbellton) ont signalé une augmentation des taux de *C. difficile* par rapport à l'année précédente.

- Aucun lien direct entre les cas n'a été noté dans les hôpitaux, sauf à l'HGGS où il y a eu une transmission directe entre les patients.
- Dans la Zone 1B, une augmentation importante des cas nosocomiaux de *Clostridium difficile* a été notée sur cinq différentes unités de soins au CHUDGLD de janvier à février 2018. Toutes les unités du CHUDGLD ont été nettoyées au Clorox incluant les dossiers de patients, les commodes et le matériel partagé entre les patients.
- La Zone 4 a noté une augmentation des cas à l'HRE. Avec aucun lien direct entre les cas dans l'hôpital sauf qu'une utilisation d'antibiotiques et de médicaments pour l'estomac a été identifiée chez tous les patients atteints de *c. difficile* nosocomiale.
- En raison du faible nombre de lits à l'hôpital Hôtel-Dieu Saint Joseph de Saint Quentin, deux cas de *c. difficile* nosocomial ont donné lieu à un taux de 7,08 (double de l'an dernier).
- La Zone 6 a démontré une baisse constante de cas nosocomiaux de *c. difficile* au cours des trois dernières années. Cela peut être dû en partie aux observations constantes de la performance des employés du Service d'environnement à l'aide d'outils de marquage environnemental et à une rétroaction en temps réel.
- La microbiologiste du CHUDGLD responsable pour le service de PCI a été consultée pour des situations à l'HRE et l'HRC.

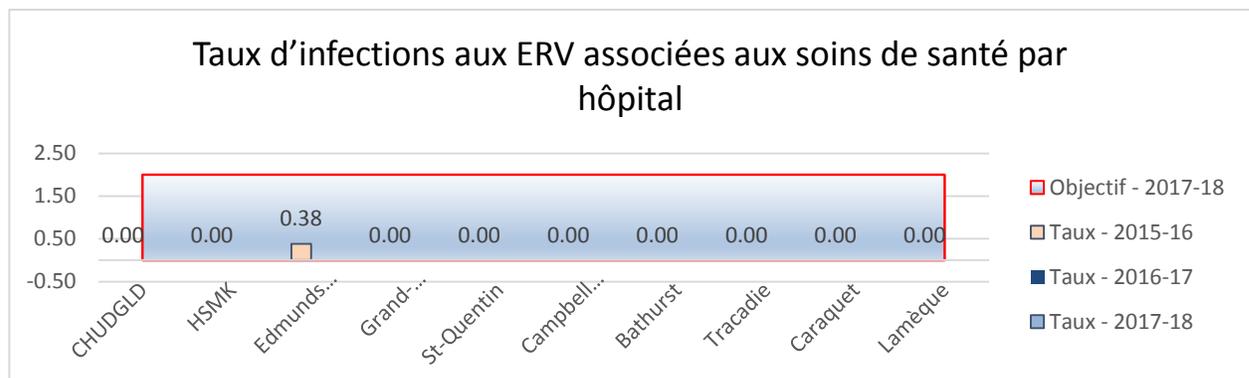
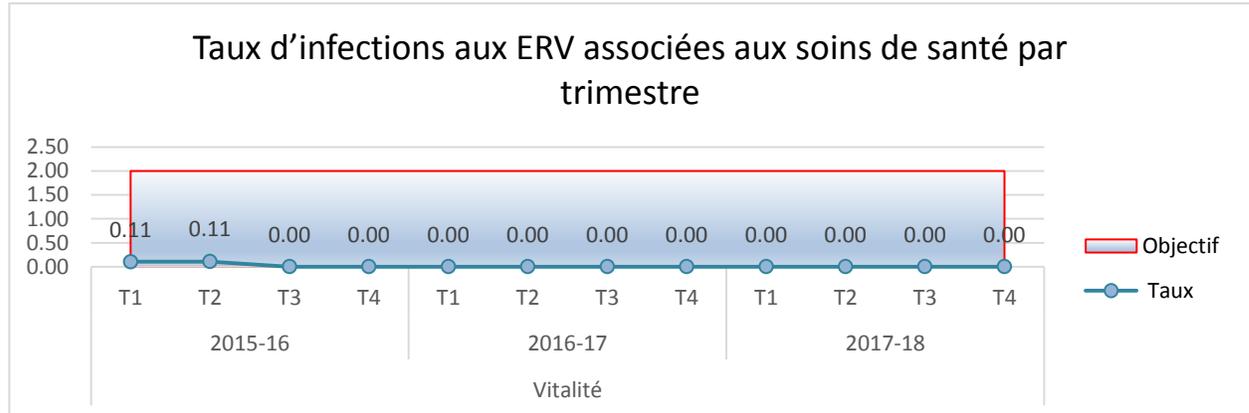
SARM (*Staphylocoque aureus* résistante a la méthicilline) nosocomiale



Analyse des tendances – *Staphylocoque aureus* résistant à la méthicilline

- La cible pour les infections SARM (*staphylocoque aureus* résistant à la méthicilline) est de 2,0 par 10,000 jours patients. Le taux régional pour 2017-2018 est de 0.05 avec 2 cas d'infections SARM signalés.

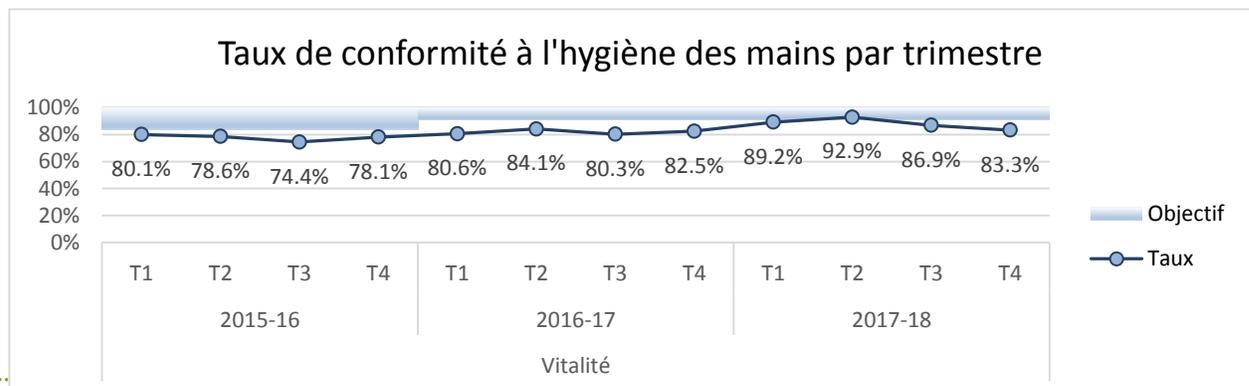
ERV (*Entérocoques* résistante à la vancomycine) nosocomiale

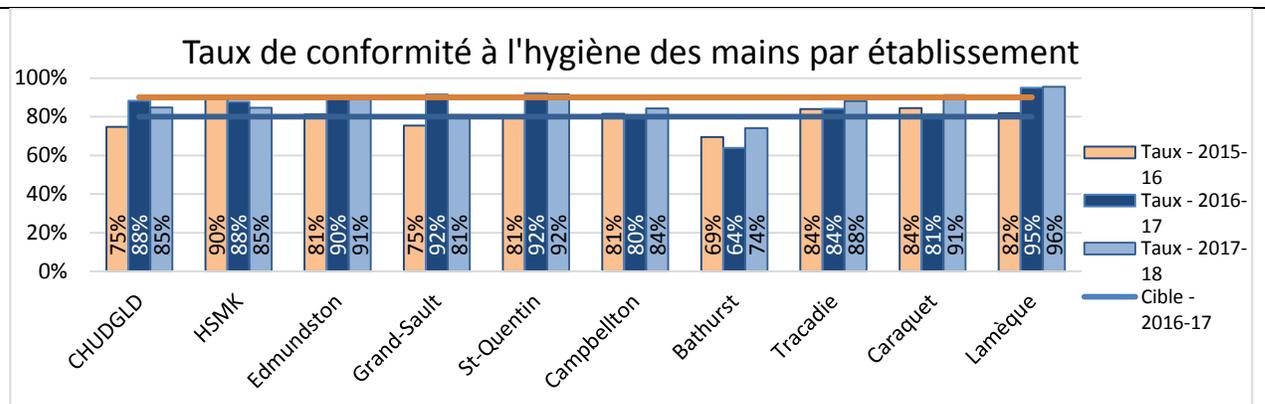


Analyse des tendances - *Entérocoque* résistant à la vancomycine

- La cible d'ERV (*entérocoque* résistant à la vancomycine) colonisation et infection combinées est de 2,0 par 10, 000 jours patients. Au cours des trois dernières années fiscales, seulement l'hôpital Régional d'Edmundston a signalé un cas d'ERV nosocomial.

Hygiène des mains





Analyse des tendances d'hygiène des mains

- Le taux de conformité d'hygiène des mains des établissements du Réseau s'est amélioré au cours de la dernière année dans certains établissements toutefois le taux global pour le Réseau 85 % n'a pas atteint l'objectif de 90% de conformité à l'hygiène des mains ciblé pour 2017-2018. En 2018-2019, la cible de 90% sera conservée.
- Pour l'année 2016-2017, le Réseau a atteint son objectif de 80% de conformité à l'hygiène des mains avec un taux de conformité global de 82%.
- On note toutefois un faible nombre d'observations d'hygiène des mains au cours de la dernière année. Il y a des unités dans les établissements qui démontrent une absence de vérification pour la majorité de l'année fiscale 2017-2018 sauf pour la période où les étudiants d'été ont fait les observations. Les ressources n'ont été maintenues dans les zones et le nombre d'observations n'est pas suffisant dans certains cas pour que les résultats soient considérés valides.

Éclosions

Quatre éclosions ont été signalées en 2017-2018 :

- Gastro-entérite (Rotavirus) en avril 2017 au CHR (Centre Hospitalier Restigouche);
- Gastro-entérite (cause inconnue) en septembre 2017 au CHUDGLD ;
- *C. difficile* à l'Hôpital général de Grand-Sault en novembre 2017 ; et
- *C. difficile* U CHUDLGD en janvier 2018.

Politiques

- 15 politiques ont été combinées dans 3 politiques ainsi que les outils de travail.
- Une nouvelle politique régionale « Gels médicaux » a été créée.
- Deux politiques sont actuellement en révision.

Bureau du vérificateur général

- L'équipe de coordination régionale PCI-Rapport du BVG et agrément a terminé son mandat en mai 2017. Les infirmières PCI ont continué à travailler en vue de corriger les non-conformités identifiées dans le Rapport du vérificateur général.

-
- A l'automne 2017, le BVG a rendu public que la mise en œuvre des recommandations dans les deux réseaux de santé était de 50 à 74 %. Pour le Réseau de santé Vitalité, les non-conformités restantes sont en lien avec le développement de politiques, des problèmes d'infrastructures et les défis pour vérifier les pratiques d'hygiène des mains.
 - Les vérifications de la manipulation des déchets seront effectuées sous peu.
 - Les déficiences liées à la manipulation et au transport du linge hospitalier par Service Nouveau-Brunswick ont été corrigées.

Agrément

Les lacunes identifiées par les visiteurs d'agrément ont été adressées. Tous les gestionnaires doivent compléter sous peu une vérification de leurs unités qui inclue les déficiences identifiées par les visiteurs d'agrément, mais aussi par les vérificatrices du Bureau du vérificateur général. Les résultats seront comptabilisés et présentés au Comité régional de prévention et contrôle des infections. Ces vérifications seront répétées à chaque trois mois afin de rencontrer les normes.

Comité régional de prévention et contrôle des infections

Le première rencontre du Comité régional de prévention et contrôle des infections a eu lieu le 8 février 2018.

Suivi à la décision

Objectifs à poursuivre en 2018-2019

Surveillance

- Faire l'achat d'un logiciel pour assister/ soutenir le programme de prévention et contrôle des infections du Réseau (surveillance et gestion des infections, production de rapports, etc.)

Clostridium difficile

- Diminuer le nombre d'infections nosocomiales de *C. difficile* en travaillant avec les comités locaux de gestion des antimicrobiens pour réduire l'utilisation non appropriée d'antibiotiques par les médecins.
- Soutenir les services de l'environnement dans la mise en œuvre d'un processus d'observations constantes de la performance des employés lors de la désinfection à l'aide d'outils de marquage environnemental et à une rétroaction en temps réel.

Hygiène des mains

- Identifier un mécanisme et des champions dans chacune des zones pour effectuer des audits sur une base continue avec un nombre suffisant d'observations pour produire des résultats valides. Chaque unité de soins devrait être responsable de la réalisation de ses propres vérifications. Il devrait être de la responsabilité de chaque infirmière gestionnaire de traiter les résultats de la vérification avec leur personnel et de fournir des commentaires au personnel dans le cadre de l'évaluation des employés.
- Réviser la politique d'hygiène des mains et inclure plus de détails sur la fréquence et le volume des vérifications requises.

Suivi du rapport du BVG

- S'assurer que les vérifications pour le respect des politiques et l'information partagée dans les notes de service de PCI soient effectuées par les gestionnaires de services à chaque trois mois.
- Augmenter le nombre de vérifications effectuées par les infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) avec les outils de PCI-Canada (par ex : salles d'endoscopies, hémodialyse, nettoyage d'équipements partagés, équipement de protection individuelle, etc.)
- Adresser les lacunes observées en PCI auprès des gestionnaires de services (infirmières en PCI) et identifier les améliorations souhaitées.
- Finaliser un outil de vérification fondé sur les normes CSA pour la manipulation des déchets.

Politiques

- Procéder à la révision de six politiques régionales :
 - Hygiène des mains
 - Surveillance et gestion des maladies respiratoires sévères (MRS)
 - Vaccination antigrippale saisonnière
 - Gestion du matériel médical réutilisable
 - Instruments d'ophtalmologie réutilisable
 - Précautions d'isolement protecteur pour les patients immunocompromis

Autres

- Promouvoir l'importance d'obtenir les résultats des tests de micro-organismes à haut risque afin de réduire le nombre de jours d'isolement et le nombre de jours d'hospitalisation.
- Développer un plan de communication pour le programme régional de PCI.

Pour information seulement.

Soumis le 16 mai 2018 par Kellie McLean, Gestionnaire – Service de prévention et contrôle des infections.

Application de la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé

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

Item 4.12

Date : le 12 juin 2018

Objet : Rapport annuel - Application de la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé

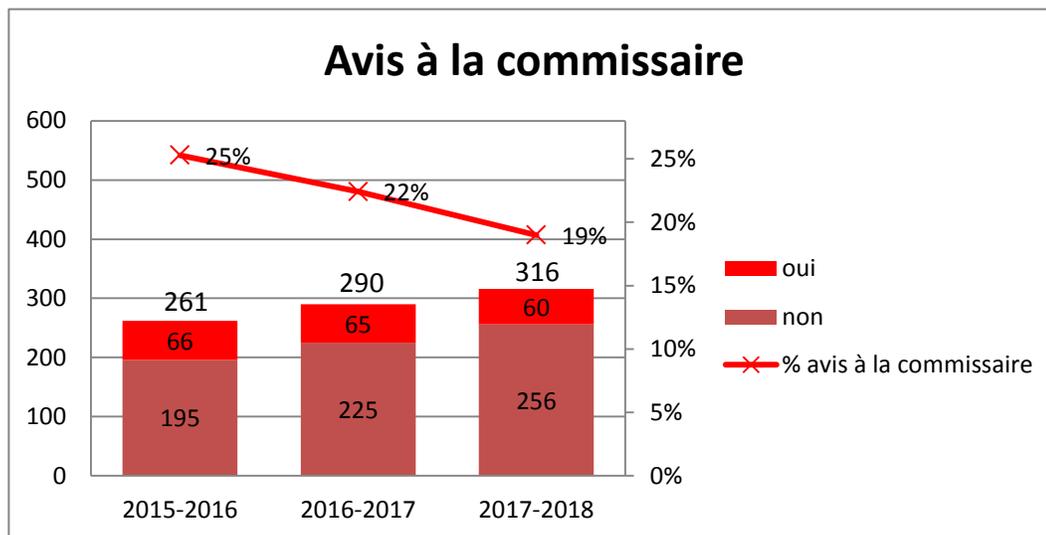
Décision recherchée

- Ce rapport est présenté à titre d'information.

Contexte / Problématique

- Les graphiques suivants illustrent les principales tendances depuis trois ans au niveau des incidents par rapport à la confidentialité et la protection de la vie privée. Tous les incidents font l'objet d'un suivi par le personnel du Bureau de la vie privée et les gestionnaires intéressés. Une analyse de chaque incident permet d'identifier les causes profondes et de proposer des améliorations afin de prévenir la survenue de tels incidents ou d'en réduire l'impact. Des mesures de sensibilisation ainsi que des mesures correctives ou disciplinaires sont appliquées au besoin.

1. Nombre total d'incidents et proportion d'incidents rapportés au Commissariat à l'intégrité



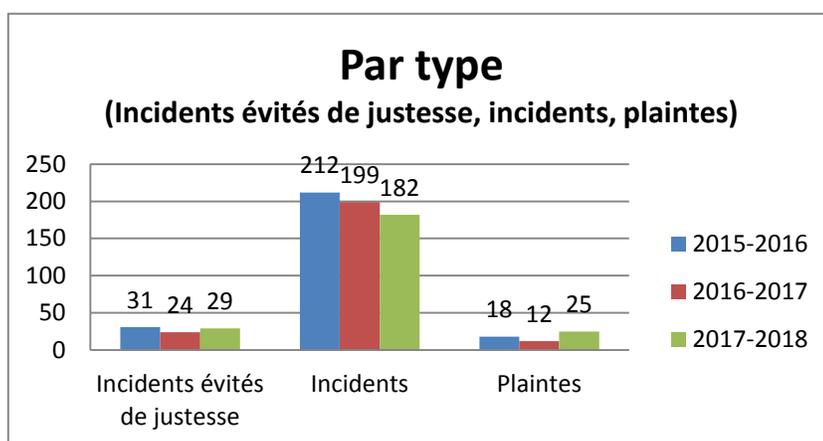
*Ces données incluent les incidents hors service.

*Le Bureau de la vie privée a traité en 2017-2018, 80 incidents hors service, c'est-à-dire des incidents rapportés au BVP mais dont l'origine provient d'une autre organisation (Exemple : Réseau de santé Horizon, ministère de la Santé, IWK, CHU, cabinets privés de médecins, etc.). Le rôle du BVP est de communiquer à ces organisations l'incident et au besoin les aider dans l'analyse de la cause.

2. Répartition des incidents rapportés par zone

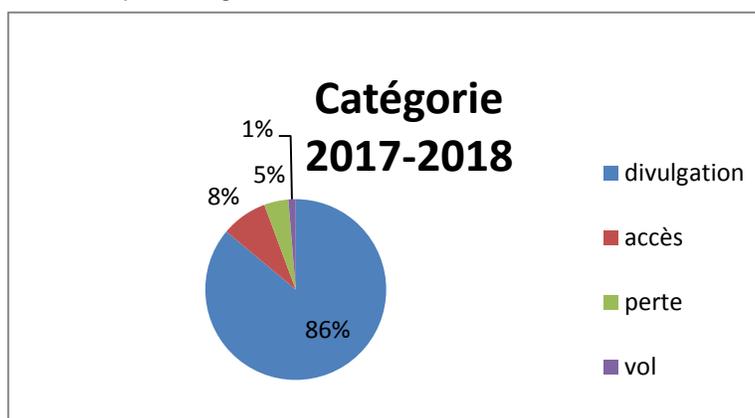
Zone	2015-2016		2016-2017		2017-2018	
z1b	166	(64%)	129	(55%)	118	(50%)
z4	31	(12%)	30	(13%)	44	(19%)
z5	27	(10%)	37	(16%)	44	(19%)
z6	37	(14%)	39	(17%)	30	(13%)
Total	261	(100%)	235	(100%)	236	(100%)

3. Incidents par type



*Exclus-les hors service

4. Incidents par catégorie



*Exclus hors service

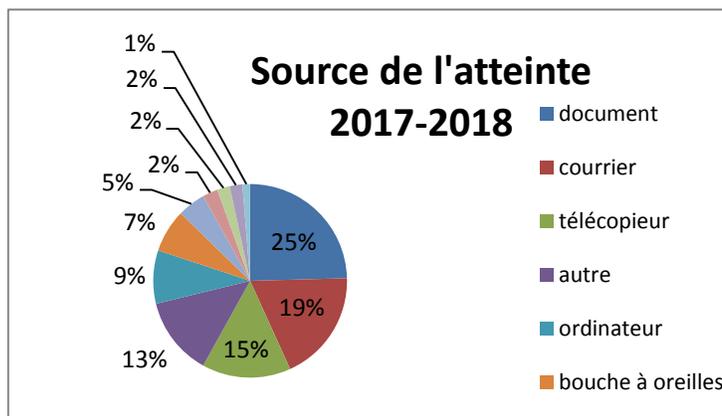
Divulgation : lorsque des renseignements personnels sur la santé ont été communiqués par une personne non –autorisée.

Accès : lorsque des renseignements personnels sur la santé ont été accédés par une personne non autorisée.

Perte : lorsque des renseignements personnels sur la santé ont été perdus.

Vol : lorsque des renseignements personnels sur la santé ont été volés.

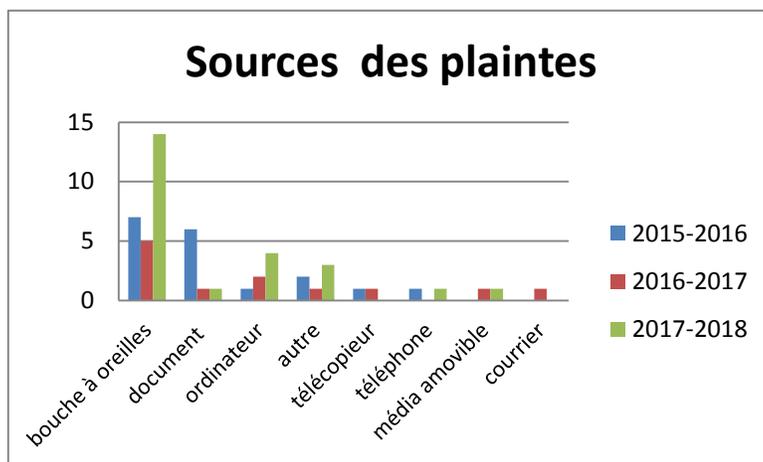
5. Incidents par source de l'atteinte



Exclus-les hors service et les incidents de télécopieurs du Bureau du défenseur des malades psychiatrique

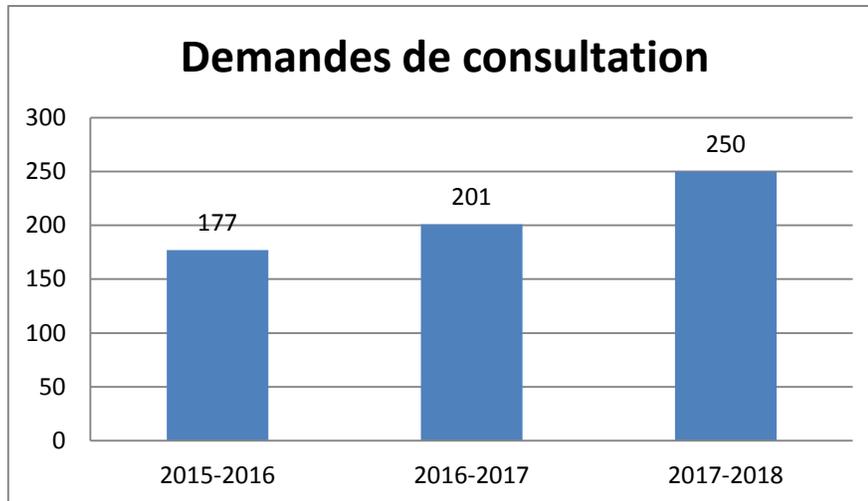
On note en 2017-2018 une augmentation importante des incidents dont la source est le courrier comparativement en 2016-2017, et ce, particulièrement dans la Zone 1b. Des suivis appropriés ont été effectués pour chaque incident rapporté.

6. Plaintes (sources)



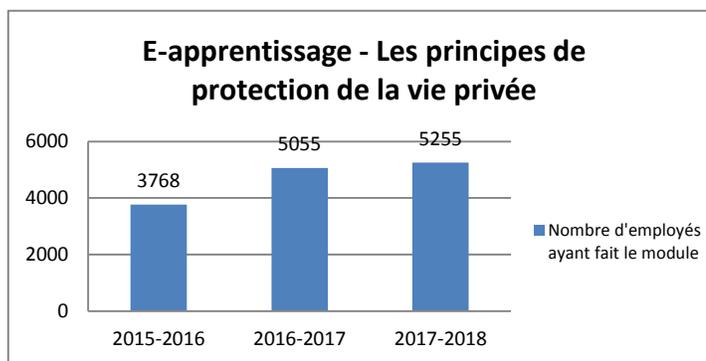
Les plaintes dont la source est la bouche à oreilles impliquent dans 89% des cas une divulgation d'information. Pour ce qui est des documents, il s'agit d'accès ou de divulgation. Dans le cas des plaintes dont la source est un ordinateur, il s'agit d'accès non autorisés dans tous les cas.

7. Consultations au Bureau de la vie privée du Réseau



On note une augmentation croissante des demandes de consultation en lien avec la confidentialité et la protection de la vie privée. Ce phénomène est très positif, car il témoigne de l'augmentation de la sensibilisation des employés et des gestionnaires par rapport aux questions portant sur la confidentialité et la protection de la vie privée.

8. Pourcentage des employés du Réseau qui ont complété le module e-apprentissage



Zone	% 2017-2018
1b	63%
4	77%
5	77%
6	72%

Ce module est obligatoire pour tous les employés et les non-employés et doit être répété tous les ans sauf pour les médecins pour lesquels la fréquence a été établie tous les deux ans afin de correspondre avec la période de renouvellement des privilèges. Chaque gestionnaire est responsable de s'assurer dans le cadre du processus d'appréciation de rendement de leurs employés que les modules obligatoires ont été suivis. Des rappels systématiques sont effectués dans le cadre du suivi de chaque incident.

Logiciel pour la vérification des accès

Au cours de l'année 2017-2018, le Réseau de santé Vitalité a fait l'acquisition d'un logiciel de vérification des accès aux dossiers électroniques des patients. La mise en œuvre du logiciel a été complétée en mars 2018. Ce nouvel outil de surveillance a déjà permis d'identifier des accès non autorisés. Au cours des prochains, il est prévu que la surveillance des non-employés soit bonifiée par l'ajout d'une interface aux données démographiques de ceux-ci (stagiaires, bénévoles, médecins non-salariés, etc.).

Un plan de communication a été développé et mis en œuvre. Des séances d'informations ont été offertes aux directeurs, gestionnaires et aux employés. Plus de 800 employés ont participé aux séances offertes dans chacune des zones en janvier 2018. Ces séances portaient sur les accès et la communication des RP et RPS. Des communications visant les non-employés et les différents partenaires sont prévues au cours des prochains mois.

Commissariat à l'intégrité

Un nouveau commissaire à l'intégrité est entré en poste en septembre 2017. Des modifications au niveau du processus de notification du commissaire et du suivi des incidents ont déjà été annoncées et seront mises en œuvre au cours des prochains mois. Les avis seront requis seulement après que tous les suivis soient effectués par le Réseau, et ce, incluant la notification des victimes. Il est prévu que les incidents pour lesquels les suivis seront à la satisfaction du commissaire seront clos le même jour ce qui facilitera la gestion des dossiers au Bureau de la vie privée et préviendra la préparation de multiples rapports pour un même incident.

Suivi à la décision

Au cours de la prochaine année, le Réseau prévoit donner suite aux priorités suivantes :

- Poursuivre le développement de la capacité du Bureau de la vie privée.
- Mettre en œuvre la phase 2 du projet de logiciel de surveillance visant à inclure les données démographiques des non-employés.
- Améliorer la surveillance en vue d'assurer la confidentialité et la protection de la vie privée.
- Poursuivre l'élaboration et la révision des politiques en lien avec la confidentialité et la protection de la vie privée (Accès aux renseignements personnels et renseignements personnels sur la santé, Atteinte à la vie privée, Évaluation des facteurs relatifs à la vie privée, Communication aux représentants des forces de l'ordre et Surveillance vidéo).

-
- Poursuivre le développement et de la mise en œuvre de stratégies de communication visant à sensibiliser les employés et les non-employés à l'importance de la confidentialité et de la protection de la vie privée, et ce, dans le but de conserver la confiance du public.
 - Préparer un programme régional visant la confidentialité et la protection de la vie privée et qui fait la promotion d'une organisation sensible à l'importance du respect de la vie privée.

Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

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

Rapport annuel 2017-2018 – Langues officielles
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.13
Le 12 juin 2018

Nom du sujet : Rapport annuel 2017-2018 – Langues officielles

Résumé des activités/dossiers de la dernière année

Profil linguistique

Au cours de la dernière année, de concert avec le Réseau de santé Horizon et Ambulance NB, il y a eu plusieurs discussions en vue d'une solution commune avec un fournisseur externe pour évaluer les compétences linguistiques des employé(e)s et consigner l'information. D'ici dix (10) mois, le fournisseur externe va développer un outil d'évaluation propre au domaine de la santé et former des évaluateurs. Les Ressources humaines vont identifier les catégories d'employés à prioriser en termes d'évaluation des compétences en langue seconde.

Offre active

Une évaluation de l'offre active a été effectuée au cours de l'été 2017. Voici les principales constatations :

- À l'échelle du Réseau lors de communications téléphoniques l'offre active est faite une fois sur trois.
- Au niveau des boites vocales le taux de conformité est de 85 %.
- Dans 99% des cas, les employés poursuivent la conversation en anglais ou ont recours à une personne compétente pour offrir le service dans la langue anglaise.
- Pour ce qui est des visites en personne, seulement 16 % des employés abordés dans les points de services ont fait l'offre active de services dans les deux langues.
- Malgré le faible pourcentage d'employés qui ont effectué une offre active en personne, tous les employés approchés ont été en mesure de poursuivre la communication en anglais ou de solliciter l'aide d'un collègue compétent.

Suite à ces constats, les gestionnaires/directeurs ont été informés des résultats du rapport d'évaluation de l'offre active 2017, une présentation aux directeurs a été faite, un rappel dans l'hebdo a été placé concernant l'offre active et le fait d'avoir des boites vocales conformes en matière de langues officielles.

Des nouvelles affiches faisant la promotion de la langue de choix ont été développées de concert avec le Service des communications et seront placées sous peu dans les établissements du Réseau par le Service des installations matérielles.

Analyse annuelle des tendances

Plaintes L.O.

**Catégorie Communication/Information :
Plaintes liées à un problème de langues officielles**

2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
16 plaintes	19 plaintes	11 plaintes	13 plaintes	10 plaintes	9 plaintes

On constate que les plaintes sont à la baisse. Celles-ci avaient pour objet les éléments suivants : poste de télévision en anglais, communications verbales ou écrites dans une langue autre que celle de choix du patient, enseignes fixes qui ne sont pas dans les deux langues officielles, manquement au niveau de l'offre active ou rapports cliniques qui ne sont pas disponibles dans la langue de choix du patient.

Sondage interne : Niveau de satisfaction liée aux langues officielles

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

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

E-apprentissage :

Taux de conformité des employés

Module e-apprentissage sur les Langues officielles

Zone	2014-2015	2015-2016	2016-2017
1	30%	73%	93%
4	22%	75%	93%
5	35%	64%	90%
6	23%	76%	93%

Vitalité	27%	72%	92%
----------	-----	-----	-----

Il est à noter que cette formation e-apprentissage est obligatoire pour l'ensemble du personnel du Réseau et doit être répétée à chaque trois an. Par conséquent, la cible est de 100%.

Recommandations ou priorités pour la prochaine année

Profil linguistique : Encourager et supporter le secteur des Ressources humaines en ce qui a trait à l'évaluation des compétences en langue seconde des catégories d'employés ciblés.

Offre active : Évaluation de l'offre active en 2018 afin de mesurer les progrès.

Formation en langue seconde : Poursuivre l'offre de formation en langue seconde dans les zones 4, 5 et 6. Offrir la formation dans la Zone 1B.

Politique Langues officielles GEN.2.80.05 : Procéder à une révision de cette politique.

Soumis le 3 mai 2018 par Alexandre Couture, Conseiller – Langues officielles / Coordonnateur – Accès à l'information

Rapport annuel 2017-2018 - Demande d'accès à l'information
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 4.14
Le 12 juin 2018

Nom du sujet : Rapport annuel– Demandes d'accès à l'information

Résumé des activités/dossiers de la dernière année

Demandes de renseignements

Au cours de l'année 2017-2018, 46 demandes de renseignements en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP) ont été traitées. Les demandes d'information pour la période visaient des informations concernant, les avortements, les suicides en milieux hospitaliers, les incidents rapportés, les fournisseurs de produits ou services, les politiques et procédures, les frais pour services juridiques, la privatisation de services, les ententes, le dossier d'oncologie de la Zone 4, le Programme Extra-mural, l'inventaire des services hospitaliers, les rapports de plaintes liées aux soins aux patients, les projets dans le cadre du Plan de rattrapage, le programme SANE, l'aide médicale à mourir, le Plan stratégique de soins de santé, le Conseil d'administration, les effectifs du Réseau, la correspondance échangée avec le ministère de la Santé, etc.

Une prorogation de 30 jours supplémentaires a été requise pour cinq (5) demandes. Trois (3) demandes ont été transférées à un autre organisme public et deux (2) demandes nous ont été transmises d'un autre organisme public.

Modifications à la Loi

Le projet de loi 59 – *Loi modifiant la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP) a reçu la sanction royale le 5 mai 2017 et est entré en vigueur le 1^{er} avril 2018. Voici quelques changements pertinents :

- Le délai pour répondre aux demandes d'accès (y compris les prorogations) passe de 30 jours « civils » à 30 jours « ouvrables ». Cela augmentera le temps de réponse aux demandes d'environ 12 jours.
- Tous les délais de traitement associés à l'accès et à la vie privée dans la LDIPVP sont maintenant mesurés en « jours ouvrables ».
- Les organismes publics sont autorisés à supprimer des renseignements non pertinents à une demande d'accès à l'information.
- Les organismes publics peuvent maintenant utiliser des renseignements personnels sous leur accès / contrôle afin d'effectuer un appariement de données et de produire des renseignements anonymes ou combinés à d'autres renseignements qui n'identifiera pas un individu.
- Enquêtes sur les plaintes par le Commissaire : Le temps nécessaire pour mener une enquête passe de 90 jours civils à 90 jours ouvrables.
- Conformité à une recommandation du commissaire - L'organisme public a maintenant 20 jours ouvrables afin de décider s'il accepte ou non une recommandation dans un rapport d'enquête et 20 jours ouvrables pour s'y conformer.

Analyse annuelle des tendances

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

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

*Plainte : Dans le rapport de conclusions de la Commissaire, celle-ci donne raison au Réseau en ce qui a trait au refus de communiquer des informations d'un patient à une tierce personne.

Recommandations ou priorités pour la prochaine année

Développer une base de données pour les demandes de renseignements en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* afin de faciliter la gestion de l'information.

Soumis le 3 mai 2018 par Alexandre Couture, Conseiller – Langues officielles / Coordonnateur – Accès à l'information

Note d'information

Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2018)
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Comité des finances et de vérification
Le 12 juin 2018

Décision recherchée

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

Contexte / Problématique

-Les données de l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) pour l'année 2017-2018 ne sont pas complètes en raison d'un délai nécessaire pour le processus de codage et pour la validation de la qualité des données.

Éléments à considérer dans la prise de décision

Les échéanciers pour la soumission des données de l'ICIS sont déterminés par la province afin de valider la qualité des données pour la province.

Considérations importantes

Sommaire des tableaux de bord :

Tableau de bord	Indicateurs avec performance atteignant ou au-delà de la cible	Indicateurs avec performance inférieure à la cible
Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> -Taux d'hospitalisation -MPOC, insuffisance cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial) -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) -Nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées - Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées - Taux pour les accidents de travail - Variance entre le budget et les dépenses actuelles 	<ul style="list-style-type: none"> -Taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants -% 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 d'infirmières praticiennes embauchées -Nombre de consultations cliniques en télésanté -Nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mis en place -Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes -Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mises en place - État d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation -% d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel - Coût par jour patient / unité de soins infirmiers - Coût par jours repas -Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré
Opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> -Taux de chute -Taux d'erreurs de médicaments - Taux d'infections au C. diff. SARM et ERV - Nombre de nouveaux griefs - % dépenses administratives -% dépenses dans les programmes cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (moyenne en minutes) - % de lits occupés par des cas de SLD - Taux de césariennes à faible risque -Ratio normalisé de mortalité hospitalière - Taux de réadmission dans les 30 jours

	- Variance en salaires et bénéfiques -Variance en dépenses médicaments	-Taux de conformité à l'hygiène des mains -Taux de conformité dans les appréciations de rendement -Taux global de conformité aux modules e-apprentissage -Taux de roulement -% de vaccination - grippe saisonnière - % d'heures de maladie, - % d'heures de surtemps - % de visites 4 et 5 à l'urgence - Coût en énergie par pied carré
--	---	---

Tableau de bord stratégique :

- Le début des rencontres du comité des usagers a été remis à l'automne 2018, étant donné que le recrutement des membres est en cours.
- L'amélioration de l'accès en chirurgie continue sa progression dans les trois indicateurs ciblés.
- Le recrutement des infirmières praticiennes est ralenti faute de financement du ministère cette année.

Tableau de bord opérationnel :

- Le pourcentage de surtemps dépasse la cible, plus particulièrement dans les Services cliniques.
- Le pourcentage de maladies dépasse la cible, plus particulièrement dans les directions des services de soutien (tu avais encore l'ancienne terminologie de l'ancienne structure (environnement et alimentation, gestion des bâtiments) ainsi que Planification et support à la décision (admission et archive).
- Le taux de conformité à l'hygiène des mains est de 7 % en dessous de la cible de 65 %.
- Les griefs ont diminué de 26 % par rapport à l'année précédente.
- Concernant la qualité / service à la clientèle, le % de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale dépasse largement la cible, principalement dans la zone 4.
- Au niveau financier les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible, à l'exception des coûts d'opération des laboratoires par unité de charge de travail et des coûts en énergie par pied carré.

Suivi à la décision

Proposition et résolution

Aucune proposition à suggérer.

Soumis le 5 juin 2018 par l'équipe d'Aide à la décision

Tableau de bord Tableau de bord stratégique

Qualité / Satisfaction de la clientèle

		Mars. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Mars. 2017	TAD 2017-2018
TB provincial	Taux d'hospitalisations -MPOC, Ins cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (Taux provincial)	192	565	589	184 Q3 2017-18	585 Q1-Q3 2017-18
TB provincial	Taux d'hospitalisation pour démence par 100 00 de population	11	44	38	12 Q3 2017-18	54 Q1-Q3 2017-18
TB provincial	% de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	N/D	N/D	-	56.8% Q4 2017-18	63.2% Q1-Q4 2017-18
TB provincial	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	6.4%	6.4%	-	10.9% Q3 2017-18	10.0% Q1-Q3 2017-18
TB provincial	Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)	20.0%	18.7%	-	21.5% Q3 2017-18	20.8% Q1-Q3 2017-18
TB provincial	% de décès de soins palliatifs survenant à la maison	8.5%	7.8%	-	6.2% Q3 2017-18	7.5% Q1-Q3 2017-18
2.a.b	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	6.2%	6.4%	6.2%	6.4% Q3 2017-18	6.4% Q1-Q3 2017-18
2.a.d	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	3.0%	2.4%	0.0%	5.2% Q3 2017-18	3.8% Q1-Q3 2017-18
2.a.e	% réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale	7.6%	10.2%	6.6%	9.3% Q3 2017-18	10.6% Q1-Q3 2017-18
2.b.a	# de guides de pratiques pour maladies chroniques mis en œuvre	N/D	N/D	1	0 Q4 2017-18	0 Q1-Q4 2017-18
2.a.e 2.c.a	Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants	218	229	-	279 Q3 2017-18	271 Q1-Q3 2017-18
3.b.a	Chirurgies en attente plus de 12 mois	274	466	0	78 mars-18	157 avril-mars18
3.b.a	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	57.5%	60.0%	75.0%	61.1% mars-18	63.2% avril-mars18
3.b.a	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	55.6%	60.2%	85.0%	60.5% mars-18	62.3% avril-mars18
4.a.b	Taux de conformité aux audits de documentation	84.8	84.8	90.0	90.1 2016-2017	90.1 2016-2017
5.a.a	% d'avancement dans l'élaboration du plan de développement universitaire	N/D	N/D	100%	- -	100% 2017-18
6.a.a	État d'avancement des projets de qualité	N/D	N/D	50%	71% Q4 2017-18	71% Q1-Q4 2017-18

Activités

		Mars. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Mars. 2017	TAD 2017-2018
TB provincial	% de patients inscrits sur la liste d'attente provinciale pour un médecin de famille (Taux provincial)	0.30%	2.12%	-	0.55% Q4 2017-18	3.72% Q1-Q4 2017-18
	Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus	8.79	8.57	12.00	8.55 Q3 2017-18	8.42 Q1-Q3 2017-18
	Pourcentage d'initiatives du Plan d'équité complétées	63.2%	63.2%	100.0%	66.7% Q4 2017-18	66.7% Q1-Q4 2017-18
	Nombre de nouveaux projets de recherche approuvés	1	27	-	0 mars - 18	28
2.a.a	Taux d'hospitalisation des patients du PEM pour chaque 100 patients desservis	14.26	14.37	14.48	16.42 Q3 2017	15.19 Q1 -Q3 2017
2.a.c	# d'infirmières praticiennes embauchées	N/D	N/D	2	0 Q4 2017-18	0 Q1-Q4 2017-18
2.a.c	# de coordonnatrices d'accès aux soins primaires en place	4	4	4	4 2017-18	4 2017-18
2.a.c	% de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE)	N/D	N/D	-20%	-27% Q4 2017-18	-21% Q1-Q4 2017-18
3.a.a	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	267	2,937	3,519	274 mars-18	2,753 avril-mars18
3.a.b	# de visites dans les cliniques itinérantes	781	7,917	8,313	580 mars-18	8,088 avril-mars-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 rencontres du comité des usagers	Automne 2018	-	-	- -	- -
6.b.f	Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	N/D	N/D	3.0	2 Q4 2017-18	2 Q1-Q4 2017-18
7.a.a	Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	N/D	N/D	4	4 Q4 2017-18	4 Q1-Q4 2017-18
7.b.a	Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place	N/D	N/D	9	3 Q4 2017-18	3 Q1-Q4 2017-18
7.c.a	Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	N/D	N/D	3	3 Q4 2017-18	3 Q1-Q4 2017-18

TAD: Total à date

Tableau de bord du système de santé

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

Tableau de bord Tableau de bord stratégique

Ressources humaines

		Mars. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Mars. 2017	TAD 2017-2018
TB provincial	Moyenne de jours de maladie payés par employé	13.01	12.00	11.45	12.94 Q4 2017-18	11.89 Q1-Q4 2017-18
6.b.b	Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant	Reporté en 2018-19	-	-	-	-
6.b.d	État d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation	N/D	N/D	100%	55% Q4 2017-18	55% Q1-Q4 2017-18
6.b.e	Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie	N/D	N/D	1	- 2017-18	1 2017-18
6.c.a	L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté	-	N/D	192490	-	239,528.00 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%	82% Q4 2017-18	82% Q1-Q4 2017-18
6.b.c	Taux pour les accidents de travail	4.94	5.51	5.40	4.32 Q4 2017-18	4.04 Q1-Q4 2017-18

Finances

		Mars. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Mars. 2017	TAD 2017-2018
	Coût par habitant pour les soins de santé	\$3,454	\$2,875	\$2,945	\$3,643 mar.18	\$2,948 avr-mar. 18
	Coût par jour patient / unités soins infirmiers	\$344	\$351	\$337	\$359 Q3 2017-18	\$358 Q1-Q3 2017-18
	Variance entre le budget et les dépenses actuelles	\$ (72,640,432)	\$3,294,867	\$0	\$ (1,402,631) mar.18	\$481,346
	Coût par jours repas	\$40.80	\$36.35	\$33.82	\$39.00 mar.18	\$37.85
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	\$4.62	\$4.57	\$4.51	\$5.20 mar.18	\$4.86 avr-mar. 18
TB provincial	Rediriger nos investissements vers soins primaires (TB provincial)	En développement				

TAD: Total à date

Tableau de bord du système de santé

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

Tableau de bord stratégique - Définitions

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

	Définition	Discussion
% de patients inscrits sur la liste d'attente provinciale pour un médecin de famille (Taux provincial)	Nombre de personnes actives sur la liste divisée par la population	
% de réduction des visites à l'urgence chez les patient à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement)	Nombre total de jours d'hospitalisation chez les 65 ans et plus divisé par le nombre d'hospitalisation chez cette même clientèle.	La durée de séjour prévue pour cette clientèle est-elle dépassée? Quelles mesures peut-on mettre en place?
Pourcentage d'initiatives du Plan d'équité complétées	Nombre d'initiatives complétées divisé par le nombre des initiatives prévues au cours de l'année fiscale.	Quelles sont les barrières dans l'implantation des initiatives du Plan d'équité (rattrapage)? Comment y remédier?
Nombre de nouveaux projets de recherche approuvés	Nombre d'essais cliniques et de recherches appliquées soumis et approuvés par le comité d'éthique	Y a-t-il des délais pour l'approbation des projets? Comment y remédier?
Taux d'hospitalisation des patients du PEM pour chaque 100 patients desservis	Nombre d'admissions hospitalières de patients provenant du PEM X 100 (clients du RSV) divisé par le nombre total de clients actifs du PEM au RSV	
# d'infirmières praticiennes embauchées	Nombre d'infirmières praticiennes embauchées	
# de coordonnatrices d'accès aux soins primaires en place	Nombre de coordonnatrice d'accès au soins primaires en place	
% de réduction des visites à l'urgence chez les patient à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement)	Moyenne des visites mensuelle de la cohorte sélectionnée divisé par le total des visites moyennes à l'urgence des 3 mois précédent le début de l'interaction avec les membres de la cohorte	
Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	Nombre de consultation clinique	
# de visites dans les cliniques itinérantes	Nombre de visites dans les cliniques 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 rencontres du comité des usagers	Nombre de rencontres du comité des usagers	
Nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes	Nombre d'initiatives en place	

Tableau de bord stratégique - Définitions

	Définition	Discussion
% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Nombre de de chirurgies complétées à l'intérieur des délais divisés par le total de chirurgies complétées	
Taux de conformité aux audits de documentation	Somme de pointage pondéré des audits divisé par le nombre d'audits effectués	
% d'avancement dans l'élaboration du plan de développement universitaire	Le plan de développement de la mission universitaire et de la recherche sera développé et approuvé	
# de projets de qualité mis en place.	En développement	
Moyenne de jours de maladie payés par employé	Nombre des heures de maladie divisées pour le nombre d'employés éligibles	Quelles sont les initiatives en place pour favoriser une réduction de ces heures?
Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant	Reporté en 2018-19	
Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant - % d'avancement	% avancement	
Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie	Nombre de stratégie d'application des valeurs de l'organisme	
L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté	Nombre de formations offertes multipliées par le nombre employé admissible	
% d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel	% avancement	
# d'accident avec perte de temps x 200 000/# heures totales travaillées	Nombre d'accidents avec perte de temps divisé par le nombre total d'heures travaillées (X 200 000)	Méthode de calcul nationale. Quelles sont les stratégies pour réduire les accidents? Quels en sont les résultats?

	Définition	Discussion
Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	Nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées	
Nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place	Nombre d'initiatives en place	
Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	Nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées	
Coût par habitant pour les soins de santé	Coûts totaux, incluant l'assurance maladie et excluant le Centre hospitalier Restigouche divisés par la population.	Étant donné les finances du NB et la performance comparative avec les autres provinces, comment peut-on réduire celui-ci?
Coût par jour patient / unités soins infirmiers	Coût direct des unités de soins (salaires et bénéfiques 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, bénéfiques et fournitures d'opération) excluant les cafétéria divisés par le nombre de jours repas (1 jour-repas= 3 repas)	Comment améliorer la performance du service et en assurer la rentabilité? Les mesures proposées donnent-elles les résultats prévus?
Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Dépenses en salaires du service de l'environnement pour les hôpitaux par pied carré.	Comment améliorer la performance du service et en assurer la rentabilité? Les mesures proposées donnent-elles les résultats prévus?
Rediriger nos investissements vers soins primaires (TB provincial)	En développement	Le Réseau fait-il des efforts concrets por augmenter l'accès aux soins primaires? Quelles sont les initiatives en cours et quels en sont les résultats?

Tableau de bord Tableau de bord opérationnel

Qualité / Satisfaction de la clientèle					
	Mars. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Mars. 2017	TAD 2017-2018
Temps d'attente pour les niveaux de triage 3 (Moyenne en minutes)	68	63	30	79 mars-18	69 avril-mars 18
% de lits occupés par des cas de SLD	24.0%	25.7%	22.2%	19.5% mars-18	24.2% avril-mars 18
Taux de césariennes à faible risques	19.4%	17.6%	15.2%	14.6% Q3 20107-18	16.9% Q1-Q3 2017-18
Taux de chutes	3.88	4.81	4.50	4.04 mars-18	4.33
Taux de chutes avec blessures graves	0.088	0.035	0.000	0.000 mars-18	0.030
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	0.058	0.013	0.000	0.000 mars-18	0.015
Taux d'erreurs de médicaments	3.83	3.47	3.05	2.80 mars-18	2.99
Taux de conformité à l'hygiène des mains	85.3%	82.1%	90.0%	81.9% mars-18	84.8%
Taux d'infection Clostridium difficile	1.82	1.40	2.50	1.80 mars-18	1.98
Taux d'infection et de colonisation au SARM	0.00	0.03	2.00	0.00 mars-18	0.08
Taux d'infection et de colonisation ERV	0.00	0.00	2.00	0.00 mars-18	0.00
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	93	95	89	99 Q3 2017-18	97 Q1-Q3 2017-18
Taux de réadmission dans les 30 jours	7.7	8.8	7.5	7.7 Q3 2017-18	8.5 Q1-Q3 2017-18
Ressources humaines					
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	59.1%	40.3%	65.0%	47.4% mars -18	58.0% avril-mars 18
Taux global conformité aux modules e-apprentissage (l'hygiène des mains, vie privée, sécurité des patients et langues officielles)	8.7%	79.9%	100.0%	5.6% mars-18	69.5% avril-mars18
Nombre de nouveaux griefs	5	113	107	8 mars 18	84
Taux de roulement	3.2%	3.2%	3.0%	10.5% Q4 2017-2018	4.7% Q1-Q4 2017-2018
% d'heures de maladie	6.46%	6.13%	5.40%	6.22% mars -18	6.16% avril -mars 18
% de vaccination - grippe saisonnière	0.3%	37.0%	47.9%	0.1% janv -18	32.4% oct. -janv 18
% d'heures de surtemps	2.36%	2.40%	2.10%	4.26% mars -18	2.90% avril -mars 18

TAD: Total à date

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

Activités					
	Mars. 2016	TAD 2016-2017	Cible TAD 2017-2018	Mars. 2017	TAD 2017-2018
Durée moyenne de séjour(DMS= durée moyenne de séjour)	10.3	10.2	10.2	10.7 Q3 2017-18	10.51 Q1-Q3 2017-18
Jours-Patients	32,537	379,893	372,295	32,890 mar. 18	374,928
% de visite 4 et 5	60.4%	62.0%	57.5%	60.4% Q4 2017-18	61.1% Q1 2017-18
Nombre de visites à l'urgence	20,559	237,827		19,946 mar. 18	233,369
Nombre de procédures aux laboratoires	789,601	8,730,270		766,885 mar. 18	8,757,475
Nombre d'exams en imagerie médicale	37,577	421,756		35,404 mar. 18	419,870
Nombre de cas au bloc opératoire	1,914	21,068		1,787 mar. 18	20,828
Nombre de visites en hémodialyse	5,269	61,026		5,246 mar. 18	61,622
Nombre de visites en oncologie	3,718	41,363		3,494 mar. 18	41,318
Heures travaillées PPU/jours-patients	6.20	6.22	6.09	6.15 mars-18	6.25 avril-mars 18
Nombre de requêtes médiatiques	33	280	-	27 mars-18	409 avril-mars18
Finances					
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	2.80%	2.30%	2.73%	3.54% mar.18	2.43%
% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	21.46%	16.07%	16.7%	27.8% mar.18	17.0%
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	44.41%	51.44%	53.39%	47.44% mar.18	53.02%
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	\$1.04	\$1.08	\$1.11	\$1.07 Q3 2017-18	\$1.23
Variance en salaires et bénéfices	\$ (41,509,604)	\$27,514,697	\$0	\$551,291 mar.18	\$5,646,628
Variance en dépenses médicaments	\$ (2,614,579)	\$3,486,302	\$0	\$37,115 mar.18	\$505,416
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	\$ (22,291,877)	\$ (963,546)	\$0	\$ (882,817) mar.18	\$ (2,064,572)
Coût en énergie par pied carré	\$7.54	\$5.17	\$5.07	\$9.22 mar.18	\$5.40 avr-mar. 18

Tableau de bord opérationnel - Définitions

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

Tableau de bord opérationnel - Définitions

Indicateurs	Définition	Discussion
Taux de réadmission dans les 30 jours	Le nombre de réadmissions observées divisé par le nombre de réadmissions prévues et multiplié par le taux moyen au Canada	Quelles mesures permettraient de prévenir les réadmissions?
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Nombre d'employés ayant une date d'appréciation de rendement future divisé par le nombre d'employés	Quelles sont les stratégies en place? Quelles sont les pratiques exemplaires?
Taux global conformité aux modules e-apprentissage (l'hygiène des mains, vie privée, sécurité des patients et langues officielles)	Nombre d'employés ayant suivi les formations en ligne dans les temps requis du renouvellement divisé par le nombre d'employés concernés	Comment les employés sont-ils informés des exigences? Quelles sont les stratégies pour améliorer la participation des employés?
Nombre de nouveaux griefs	Nombre de grief reçu au cours de la période (un grief compte une seule fois, peu importe s'il fait plusieurs paliers).	Quelle est la nature des griefs et comment en réduire la fréquence?
Taux de roulement	Nombre de départs temps plein et temps partiel divisé par le nombre moyen d'employés temps plein et temps partiel	Ce taux de roulement est-il comparable à celui d'organisations similaires? Si non comment l'améliorer?
% d'heures de maladie/Nombre d'heures travaillées	Heures de maladies payées divisées par les heures travaillées. Exclut les cas d'invalidité et de Travail sécuritaire NB.	Quelles sont les causes principales et quel est le plan prévu? Le programme d'assiduité est-il appliqué?
Taux de vaccination des employés	Nombre d'employés vaccinés divisé sur le total d'employés actifs	Que faire pour améliorer le taux de vaccination?
% d'heures de surtemps	Nombre d'heures de surtemps divisé par le nombre d'heures travaillées	Quelles en sont les causes? Des mesures sont-elles en place pour éviter l'épuisement du personnel? Comment réduire le surtemps?

Indicateurs	Définition	Discussion
% des dépenses de soutien par rapport aux des dépenses totales	Dépenses des services de soutien (services alimentaires, entretien ménager, entretien des installations, admission, archives, ressources humaines et services financiers, etc) divisé par les dépenses totales	Ce pourcentage est-il acceptable et sinon quel est le plan d'action?
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux des dépenses totales	Dépenses des programmes cliniques (services aux patients hospitalisés, services diagnostiques, thérapeutiques, tertiaires, services ambulatoires) divisé	Ce pourcentage est-il acceptable et sinon quel est le plan d'action?
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Coûts d'opération des laboratoires par unité de charge de travail	Quelles sont les causes de la variation? Comment peut-on améliorer la performance?
Variance en salaires et bénéfices	Total des dépenses pour les salaires et les bénéfices (avantages sociaux) comparativement au budget	D'où proviennent les variations et quelles en sont les raisons?
Variance en dépenses médicaments	Total des dépenses pour les médicaments comparativement au budget	D'où proviennent les variations et quelles en sont les raisons?
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Total des dépenses pour les fournitures médicales et chirurgicales et autres dépenses comparativement au budget	D'où proviennent les variations et quelles en sont les raisons?
Coût en énergie par pied carré	Coûts de l'électricité, huile et gaz naturel dans les hôpitaux par pied carré	Est-ce que nous mettons en place des énergies vertes pour réduire les impacts sur l'environnement? Résultent-elles en des économies?