

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 :	Le 17 mars 2020 à 08:30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Vidéoconférence
Présidente :	Claire Savoie	Bathurst (siège social) : grande salle	(Gilles, Claire)
Secrétaire de direction :	Lucie Francoeur	Moncton : salle du conseil	(Janie, Michelyne)
		Edmundston : local 2281	(Gisèle)
		Campbellton : salle du conseil	(Diane)
		Jabber : 123014	(Dre LeBlanc)
		Téléconférence :	(Anne, Sonia)

Participants**Membres**

Claire Savoie (présidente)	Michelyne Paulin	Anne Soucie
Sonia A. Roy	Gilles Lanteigne	Gisèle Beaulieu
Diane Mignault	Janie Levesque	Dre Nicole LeBlanc

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujets	Pages	Action
8 h 30	1. Ouverture de la réunion		Décision
8 h 31	2. Constatation de la régularité de la réunion		
8 h 32	3. Adoption de l'ordre du jour	1	Décision
8 h 33	4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels		
8 h 34	5. Autres 5.1 Présentation – Indicateurs de qualité et de performance – Santé mentale communautaire (Invité : Jacques Duclos, VP Services communautaires et Santé mentale)	2 - 13	Information
8 h 50	6. Résolutions en bloc 6.1 Adoption des résolutions en bloc 6.2 Adoption du procès-verbal du 19 novembre 2019 6.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 19 novembre 2019 6.4 Rapport trimestriel sur l'expérience des patients hospitalisés – T2 et T3 6.5 Rapport trimestriel des plaintes – T3 6.6 Rapport trimestriel des incidents – T3 6.7 Rapport trimestriel des incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T3 6.8 Recommandations des Comités de revues 6.9 Rapport du Comité consultatif des patients et familles 6.10 Démarche d'agrément 6.11 Plan de qualité et de sécurité 2020-2021 6.12 Politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité »	14 – 16 17 18 – 20 21 – 25 26 – 33 34 – 38 39 – 42 43 44 – 46 47 – 50 51 - 54	Décision
9 h 15	7. Affaires permanentes 7.1 Tableau de bord équilibré T3	55 - 120	Information
9 h 45	8. Date de la prochaine réunion : le 2 juin 2020 à 08:30		Information
9 h 46	9. Levée de la réunion		Décision

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 17 mars 2020

Objet : Présentation – Indicateurs de qualité et de performance – Santé mentale communautaire

Monsieur Jacques Duclos, VP Services communautaires et Santé mentale est invité à la rencontre pour présenter les initiatives de qualité et de performance découlant de son secteur et répondre aux questions des membres.

Vous trouverez en annexe une présentation PowerPoint.

Soumis le 6 mars 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité



Santé mentale communautaire

Mise à jour des progrès

Temps d'attente de l'évaluation au traitement

Priorité ciblée : Modérée (à l'intérieur de 40 jrs)		% de clients traités dans les délais ciblés	
		Q1 (2019)	Q2 (2019)
Centres de santé mentale communautaires	Vitalité	48 %	42 %
	Province	47 %	37 %
Services de traitement des dépendances - externe	Vitalité	100%	86 %
	Province	58 %	54 %

Services communautaires: Mesures prises pour améliorer l'accès

- Heures de services prolongées;
- Intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires zone 1B (unité de médecine familiale Dieppe et centre de santé Shédiac)
- Thérapie brève - projet de démonstration zone 1B
- Développement d'un projet d'amélioration de l'accès des services aux adultes : initiative en collaboration avec le ministère de la Santé
 - Identification des solutions d'amélioration dans le processus opérationnel et dans l'offre de service

Services communautaires: Mesures prises pour améliorer l'accès

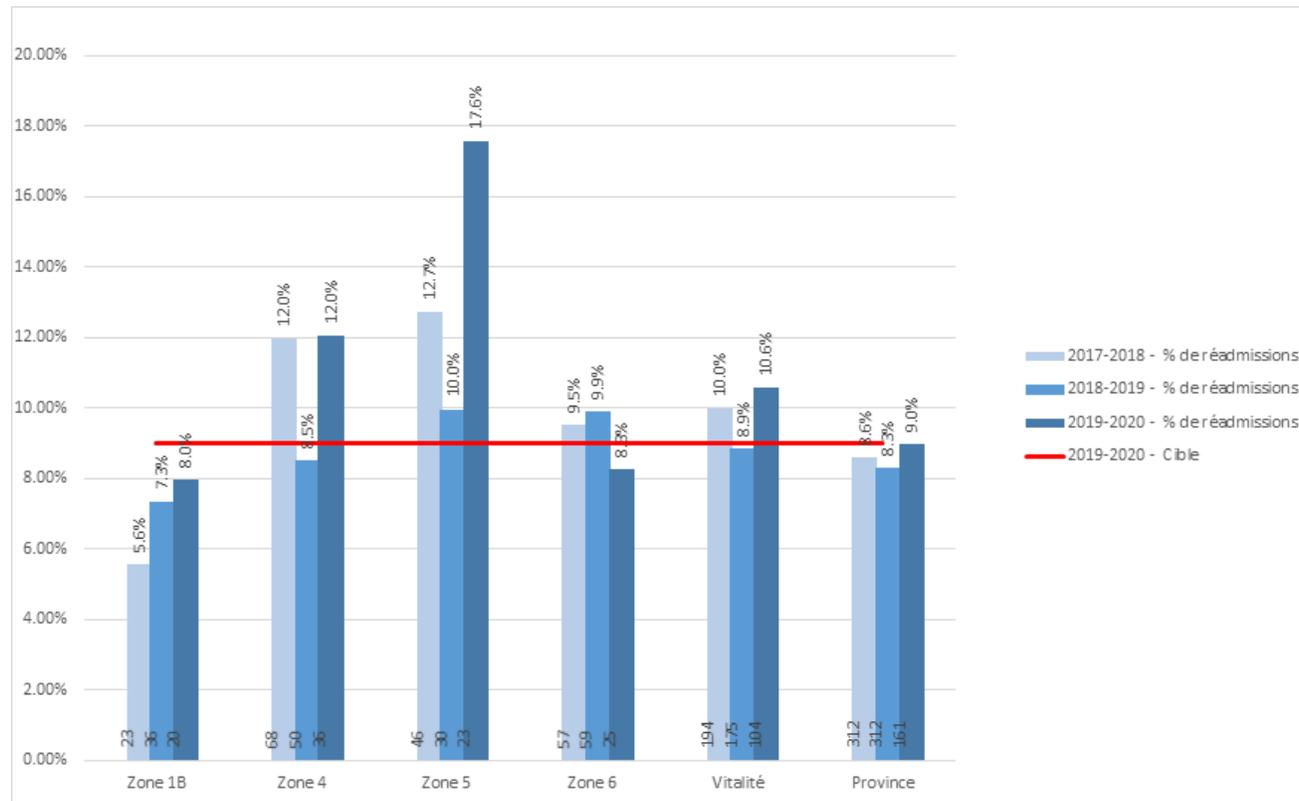
- Développement d'un cadre de continuum de soins pour favoriser la coordination et l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances dans un réseau intégré
 - Élaboration des lignes directrices de transition vers la communauté
- Intégration des services correctionnels dans le continuum de soins
- Services résidentiels provincial de traitement des troubles concomitants (zone 5)
- Clinique d'opioïdes : amélioration de l'offre des services de suivis et de réduction des méfaits

Accès aux services communautaires: Mesures prévues pour améliorer accès

- Solutions d'amélioration dans le processus opérationnel et dans l'offre de service (initiatives provinciales avec le ministère de la santé):
 - améliorer l'efficacité de l'outil de dépistage;
 - optimiser l'efficacité de gestion de la liste d'attente;
 - normaliser les services de thérapie de groupe;
 - élaborer l'offre de service de thérapie de courte durée;
 - développer une trajectoire de service de cybersanté (thérapie en ligne)
- Évaluations des besoins en matière de santé des communautés des Premières Nations

Taux de réadmission : unités psychiatriques aigües

- % de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale



Taux de réadmission: activités d'amélioration

- Relance téléphonique post-hospitalisation
- Identification des grands utilisateurs
 - Intégration des services pour assurer une meilleure prise en charge communautaire
- Soins communautaires supervisés
- Critères d'admissions aux unités psychiatriques

Activités d'amélioration de l'expérience patient: unités de psychiatrie

- Sécurité des usagers et de l'équipe
 - Prévention et gestion des conduites suicidaires
 - Implantation du modèle Safewards
 - Formation CPI avancée
- Plan d'intervention individualisé axé rétablissement
- Analyse des besoins et élaboration d'un plan de formation pour les employés
- Standardisation de l'information à partager aux points de transitions des soins



Prévention du suicide

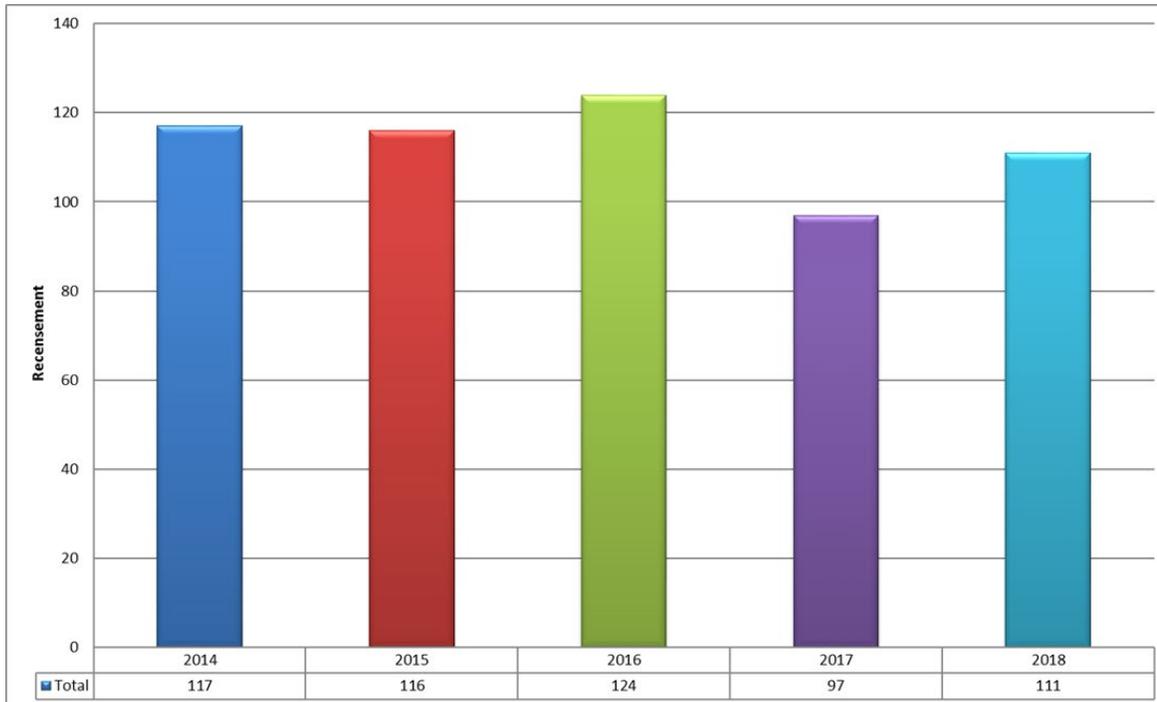
Mise à jour des progrès

Initiatives reliées à la prévention du suicide

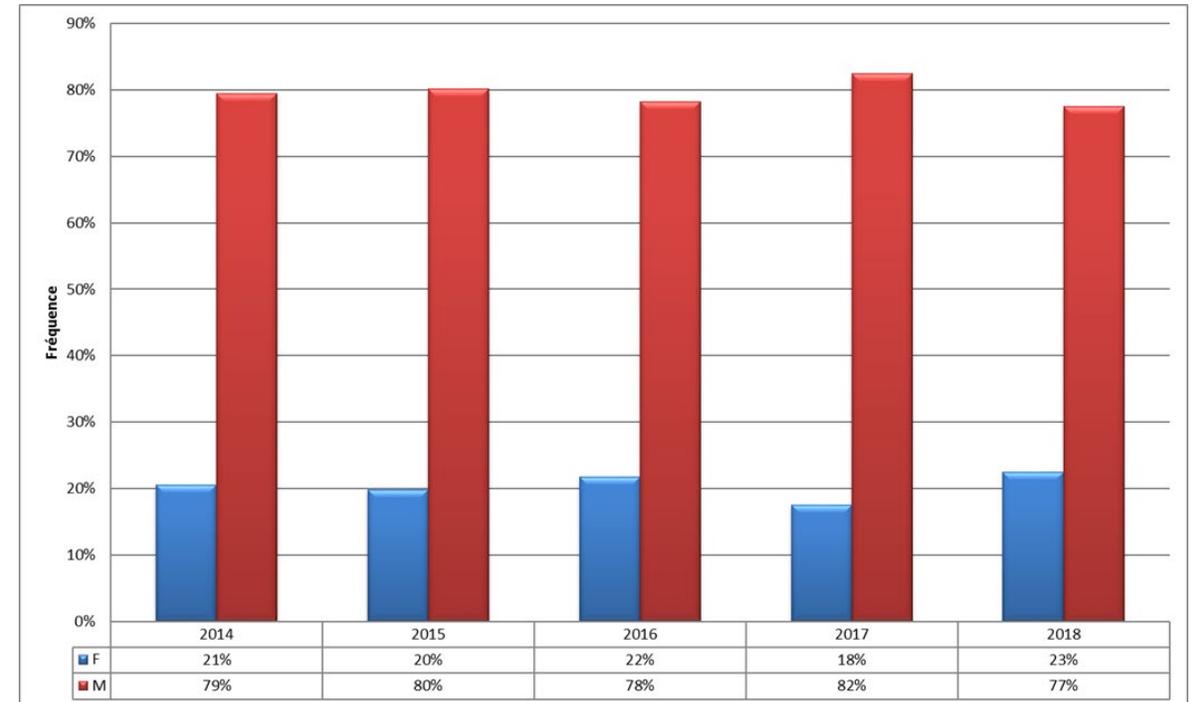
- Politique risque suicidaire
 - Formation prévention et gestion des conduites suicidaires
 - Formation d'ASIST
- Projet national de démonstration en prévention du suicide - zone 4
 - Sensibilisation des médecins de famille et infirmières praticiennes en matière de prévention de suicide chez les hommes
- Ajout de coordonnateurs à la prévention dans la communauté
- Revues de suicide

Satistiques : suicides au NB

Nombre de suicides par année au NB (2014-2018)



Taux de suicide par genre au NB (2014-2018)



*Données de 2019 non disponibles

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 19 novembre 2019 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : salle du conseil	(Claire) (Gisèle) (Gilles)
Présidente : Secrétaire :	Claire Savoie Lucie Francoeur	Campbellton : salle du conseil Jabber : Téléconférence :	(Diane) (Dre LeBlanc, Janie) (Anne, Michelyne)
Participants			
Claire Savoie	✓	Anne Soucie	✓
Gilles Lanteigne	✓	Janie Levesque	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	✓
Sonia A. Roy	A	Diane Mignault	✓
		Michelyne Paulin	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

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

2. Constatation de la régularité de la réunion

La réunion a été dûment convoquée et le quorum est atteint.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2019-11-19 / 01SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Michelyne Paulin

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

Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

5. Résolutions en bloc

- 5.1 Adoption des résolutions en bloc
- 5.2 Adoption du procès-verbal du 18 septembre 2019
- 5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 18 septembre 2019
- 5.4 Expérience des patients hospitalisés – T1
- 5.5 Plaintes – T2
- 5.6 Incidents – T2
- 5.7 Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T2
- 5.8 Recommandations des Comités de revues
- 5.9 Rapport du Comité consultatif des patients et familles
- 5.10 Démarche d'agrément

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

MOTION 2019-11-19 / 02SCGQS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Janie Levesque

Et résolu que les résolutions en bloc soient adoptées telles que présentées.

Adopté à l'unanimité.

6. Autres

6.1 Présentation – Stratégie régionale en matière d'accident vasculaire cérébral

Invitées : Linda Sunderland, directrice des Services professionnels et Nadia D'Astous, coordinatrice régionale de la Stratégie intégrée en matière d'AVC

Une présentation portant sur l'initiative d'amélioration de la qualité des soins aux patients en matière d'accident vasculaire cérébral (AVC) est présentée aux membres.

En 2006, un Comité consultatif provincial a guidé l'élaboration d'une stratégie globale intégrée en matière d'AVC qui englobe les cinq (5) piliers suivants :

1. Mieux-être, promotion de la santé et prévention de l'AVC.
2. Soins d'urgences et soins actifs aux patients ayant subi un AVC.
3. Services de réadaptation.
4. Réinsertion sociale.
5. L'autogestion.

Parallèlement, la création du Comité régional en matière d'AVC a pour but de cibler, uniformiser et intégrer les meilleures pratiques canadiennes à l'échelle du Réseau. Il a aussi le mandat d'élaborer des plans d'action et des stratégies de mise en œuvre pour chacun des cinq piliers de la stratégie intégrée du N.-B. en matière d'AVC. Le Réseau est impliqué dans diverses campagnes de sensibilisation et promotion de la santé, entre autres la journée sur le tabagisme, le programme de nutrition, la Clinique d'hypertension, Cœur en santé, etc.

De façon générale, les signes précurseurs de l'AVC sont maintenant publicisés par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC sous l'acronyme VITE : le Visage est-il affaissé ? Incapacité : pouvez-vous lever les 2 bras ? Trouble de la parole et Extrême urgence, pour rappeler d'appeler rapidement le 9-1-1, car des traitements sont maintenant possibles dans les toutes premières heures suivant l'AVC pour en diminuer l'impact (thrombolyse : médication pour défaire le caillot ou thrombectomie : retrait du caillot).

Linda Sunderland soulève qu'il y a peut-être lieu de mettre davantage l'accent sur la sensibilisation du public aux signes et symptômes de l'AVC et à l'importance d'appeler le 9-1-1 pour qu'une ambulance amène les victimes à l'hôpital immédiatement. D'ailleurs, elle suggère d'installer des affiches dans tous les établissements du Réseau pour mieux informer les gens.

Les membres remercient Linda Sunderland et Nadia D'Astous pour cette présentation.

6.2 Profil de compétences d'un partenaire de l'expérience patient

Suite à la dernière réunion du Conseil d'administration, il a été résolu d'entreprendre les démarches nécessaires pour intégrer un partenaire de l'expérience patient au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité. Gisèle Beaulieu présente un référentiel de compétences d'un partenaire de l'expérience patient qui a été développé par l'Université de Montréal. Lorsque révisé et simplifié, il servira à évaluer les compétences des membres du Comité consultatif des patients et des familles, ainsi que de nouveaux partenaires de l'expérience patient qui seront recrutés au sein du Réseau.

Le profil de compétence proposé est divisé en trois grandes catégories :

1. Fondements de l'expertise : devenir des partenaires de soins.
2. Mobilisation de l'expertise : transmettre ses expériences à ses partenaires.
3. Maturité de l'expertise : assumer un leadership transformationnel : quand le patient a vraiment approprié des compétences et agit comme agent de changement.

Dans un premier temps, les membres sont d'avis de simplifier et d'abrégier le document, afin d'en faciliter l'utilisation. Ensuite, il est suggéré de développer un processus relié à quelle façon, nous pouvons intégrer un partenaire de l'expérience patient dans un comité à l'interne. Nous offrirons également de la formation pertinente à cet égard et du soutien « coaching » continu aux partenaires de l'expérience patient.

Une session de travail est prévue aujourd'hui avec les membres du Comité consultatif des patients et familles, afin de discuter en profondeur des actions/initiatives du plan de travail 2019-2020 dudit comité.

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

7. Affaires permanentes

7.1 Tableau de bord équilibré – T2

Le tableau de bord équilibré du deuxième trimestre est présenté aux membres. Certaines données cliniques sont incomplètes, en raison de problèmes techniques avec les systèmes qui servent à la codification des dossiers de patients. Ces problèmes qui sont hors de notre contrôle sont en voie d'être résolus et les données seront mises à jour pour le prochain rapport trimestriel.

Les données des indicateurs mises à jour pour le deuxième trimestre de l'année fiscale 2019-2020 reflètent des tendances qui couvrent la période estivale qui entraîne un ralentissement de certaines activités.

À l'avenir, une analyse détaillée de certains indicateurs et d'initiatives en cours sera effectuée de façon récurrente pour améliorer le rendement de chacun.

Un membre demande la raison pour laquelle un patient quitte l'urgence sans avoir vu le médecin ? Les raisons des départs ne sont pas compilées, mais la longue attente pour les patients qui ne sont pas des cas urgents est une hypothèse retenue. Les résultats démontrent qu'au deuxième trimestre de 2019-2020, 4,061 patients ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin, comparativement au premier trimestre dont le nombre se chiffrait à 3,884.

8. Date de la prochaine réunion : le 17 mars 2020 à 08:30.

9. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Anne Soucie à 9:30.

Claire Savoie
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 17 mars 2020

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 19 novembre 2019

Il n'y a aucun suivi découlant du procès-verbal, sauf ceux indiqués à l'ordre du jour de la rencontre.

Soumis le 2 mars 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note d'information

Point 6.4

Nom du comité : Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Date : 17 mars 2020

Objet : Rapport trimestriel sur l'expérience des patients hospitalisés – T2 et T3 2019-20

Décision recherchée

Le rapport sur l'expérience des patients hospitalisés (T2 et T3 2019-20) est présenté à titre d'information.

Contexte/problématique

- Le rapport trimestriel est présenté au comité selon le calendrier de présentation des rapports.
- Le taux régional de participation au sondage est de 12 % pour le T2 et 13 % pour le T3, comparativement à 13 % (T2) et 16 % (T3) pour les mêmes trimestres de l'année précédente.
- Le sondage des patients hospitalisés est effectué de façon continue et est remis aux patients au moment de leur congé. Pour ce type de sondage, on semble noter une variance dans les taux de participation. Une étude sur l'utilisation des questionnaires de sortie auprès de 7 centres hospitaliers a démontré des taux de retour de 4% à 18%. Les taux de participation du Réseau sont similaires et sont plus près des taux supérieurs de l'étude.
- Le tableau en annexe démontre les résultats par question pour le deuxième et le troisième trimestre de l'année 2019-20 ainsi que les données comparatives pour les mêmes périodes en 2018-19.
- Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du NB (CSNB) effectué en 2016 ont également été inclus à titre de référence. Il est à noter qu'il faut comparer les résultats du Réseau à ceux du CSNB avec prudence, puisque la méthodologie et l'échantillonnage étaient différents dans les deux sondages.
- Lorsqu'on compare les données de 2019 et 2018 pour le T2 et le T3, on remarque une faible augmentation du taux de satisfaction pour 15 des 20 questions.
- Les questions avec le plus haut taux de satisfaction (≥ 85 %) sont en lien avec : la courtoisie, les explications, les heures de visite, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité, la vérification du bracelet d'identité, la langue de service et l'expérience globale.
- Les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec le respect des valeurs culturelles, la tranquillité et la nourriture.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Un sondage spécifique est en place pour les unités de psychiatrie, les services externes et l'urgence. Un sondage propre au Service alimentaire est également en place afin de permettre d'effectuer des analyses plus détaillées sur la satisfaction des patients hospitalisés par rapport aux repas. Les résultats de ces sondages seront présentés dans un rapport annuel.

Note d'information

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Poursuivre les démarches pour améliorer la méthodologie et les processus entourant l'évaluation de l'expérience des patients.

Proposition et résolution

Aucune – rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 5 mars 2020 par Nicole Frigault, directrice Qualité, Risques et Expérience patient.

Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés

Rapport régional – T2 et T3 2018-19 vs 2019-20

QUESTIONS	CSNB 2016 (%)		Vitalité 2018-19 (%)		Vitalité 2019-20 (%)	
	NB	Vitalité	T2	T3	T2	T3
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	20.5	17.4	10	8	8	8
Q2) Traiter avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.8 MD 79.9 RN	87 MD 81.8 RN	90	89	91	93
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	74.8 MD 69.4 RN	79.5 MD 74.1 RN	83	83	86	87
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	61.3	69.4	79	79	81	81
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	67.7	68.0	82	81	87	86
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements ? (Toujours)	60.3	60.0	73	75	77	80
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	71.7	70.7	73	74	75	79
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	60.4	63.3	67	65	70	73
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	36.4	41.8	39	33	37	42
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	51.7	55.8	70	71	73	73
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	41.7	50.1	61	63	62	63
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent + Très bonne)	19.5	23.0	40	37	40	38
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes ? (Toujours)	80.1	74.3	87	89	91	93
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins ? (Oui, toujours)	69.7	72.7	85	86	90	90
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité ? (Oui, certainement)	81.8	84.3	92	92	94	95
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests ? (Oui, toujours)	81.9	80.7	85	84	90	87
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	65.2	74.2	76	74	70	75
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.7	80	81	84	86
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix ? (Toujours)	91.1	86.9	92	90	94	94
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour ? (8, 9, 10)	78.9	82.5	88	86	90	92

Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)															
Z1B				Z4				Z5				Z6			
2018-19		2019-20		2018-19		2019-20		2018-19		2019-20		2018-19		2019-20	
T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3
89 %	86 %	88 %	91 %	85 %	85 %	94 %	96 %	86 %	89 %	89 %	91 %	92 %	84 %	89 %	86 %

Note d'information

Point 6.5

Nom du comité : Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Date : 2020 03 17

Objet : Rapport trimestriel sur les plaintes T3 2019-20

Décision recherchée

Le rapport sur les plaintes est présenté à titre d'information.

Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les données du troisième trimestre de l'année financière 2019-2020, ainsi que les données comparatives pour les deux années précédentes. Les graphiques et les données détaillées sur les plaintes sont en annexe.
- Les plaintes sont classées selon des définitions et catégories provinciales (qualité des soins/services, comportement, communication, environnement, politiques et autres). Des sous-catégories sont également disponibles et permettent une meilleure analyse des données.
- Chaque plainte reçue est portée à l'attention des gestionnaires ou des chefs de service/département intéressés pour fin d'examen et d'amélioration. Des suivis sont effectués auprès des plaignants. En annexe sont des exemples d'améliorations qui découlent du suivi des plaintes.
- De façon global, on note une diminution de 36 % dans le nombre total de plaintes depuis 2017-18. Cette diminution est surtout attribuable à une réduction dans le nombre de plaintes dans la catégorie *qualité des soins*.
- Les plaintes liées à la qualité des soins représentent environ 62 % du total des plaintes pour la période en question. Les plaintes dans cette catégorie proviennent en grande partie des services d'urgence, des unités de psychiatrie aiguë et tertiaires et des soins ambulatoires/cliniques.
- Les plaintes liées à la qualité des soins sont majoritairement réparties dans trois catégories, soit : les soins donnés en général, les attentes du patient qui n'ont pas été rencontrées, et la période d'attente pour un service.
- Les plaintes liées au comportement représentent 21% de l'ensemble des plaintes. On note une diminution dans les plaintes liées au comportement depuis 2017-18. En 2019-20, on note une diminution dans le nombre de plaintes dans les sous-catégories des soins infirmiers et soins médicaux.
- Les plaintes en lien avec la communication ont également connu une diminution depuis 2017-18.
- Comparativement au T3 2018-19, on note une légère augmentation dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement. Les plaintes dans cette catégorie étaient en lien avec l'accès, le stationnement et le bruit.
- Comparé au T3 2018-19, on note une amélioration dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours, de 31-60 jours, de 61-90 jours et aucune plainte non résolue de plus de 120 jours.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet – rapport présenté à titre d'information.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Aucun – rapport présenté à titre d'information.

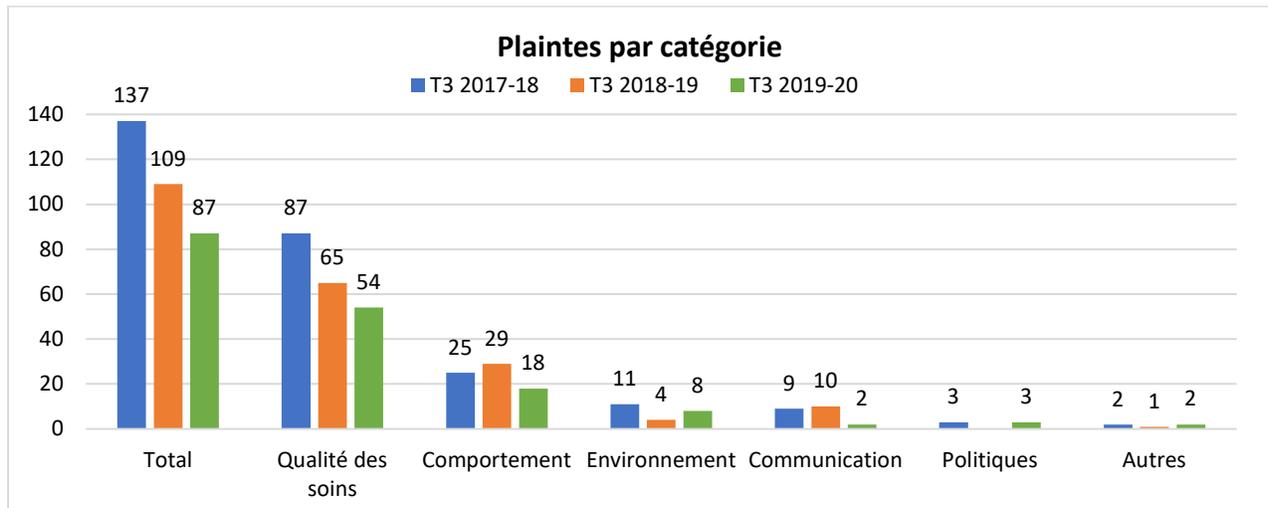
Proposition et résolution

Aucune

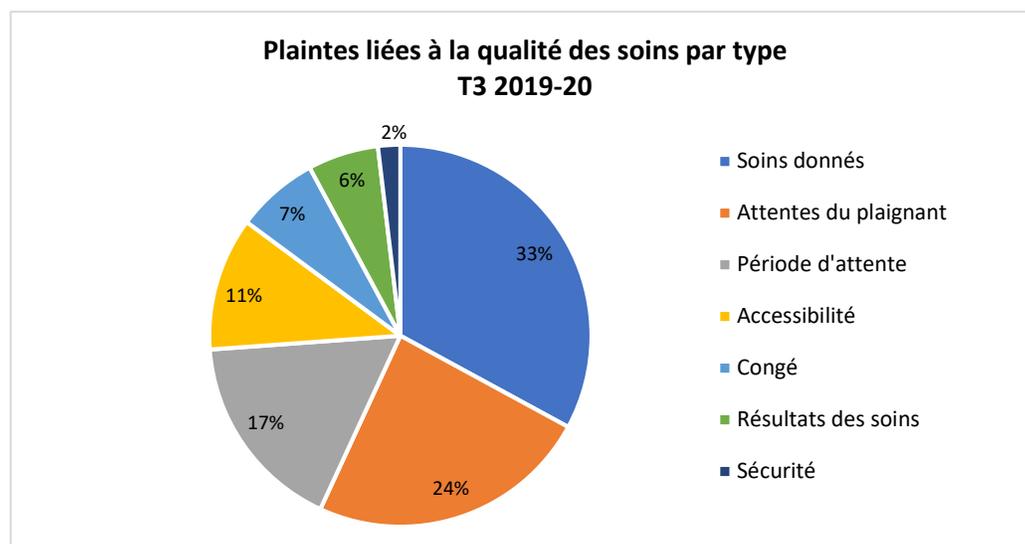
Soumis le 5 mars 2020 par Nicole Frigault, directrice Qualité, Risques et Expérience patient.

ANNEXE

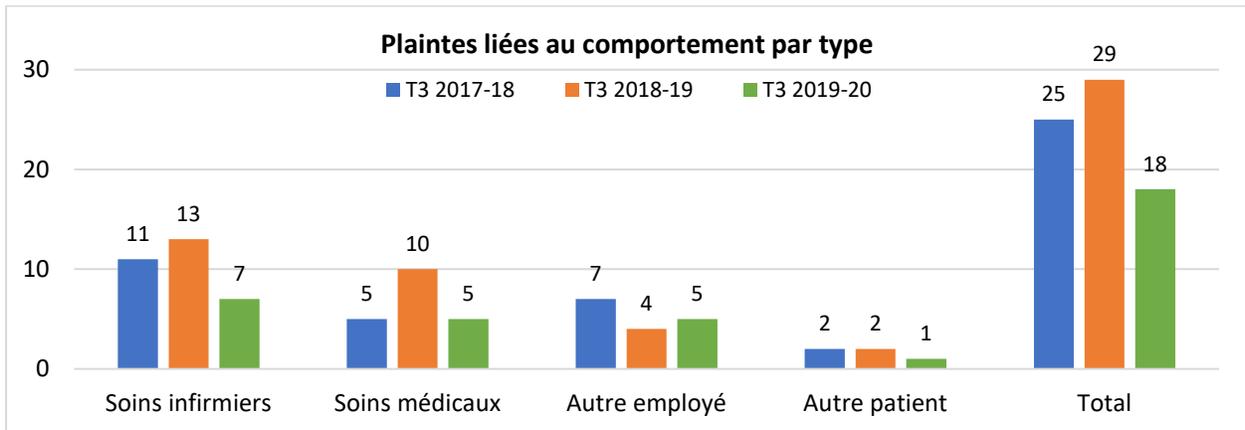
Rapport sur les plaintes T3 2019-20



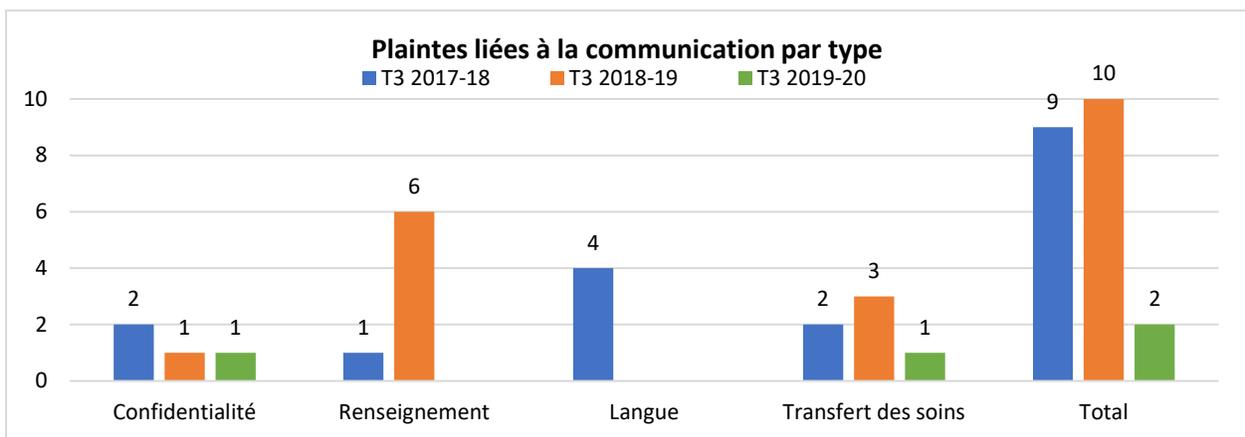
- Globalement, il y a une diminution de 36 % dans le nombre total de plaintes depuis 2017-18 (87 dans le T3 2019-20 vs 137 en 2017-18). Cette diminution est surtout attribuable à une réduction dans le nombre de plaintes dans la catégorie *qualité des soins* (54 dans le T3 2019-20 vs 87 en 2017-18). Les plaintes en lien avec le comportement et la communication ont également connu une diminution depuis 2017-18.
- Malgré la diminution dans le nombre total de plaintes, la proportion de plaintes dans la catégorie *qualité des soins* est demeurée stable. Ces plaintes représentent environ 62 % du total des plaintes.
- Les plaintes liées à la qualité des soins proviennent en grande partie des services suivants : l'urgence (29 %), unités de psychiatrie aiguë et tertiaires (16 %) et les soins ambulatoires/cliniques (8 %).



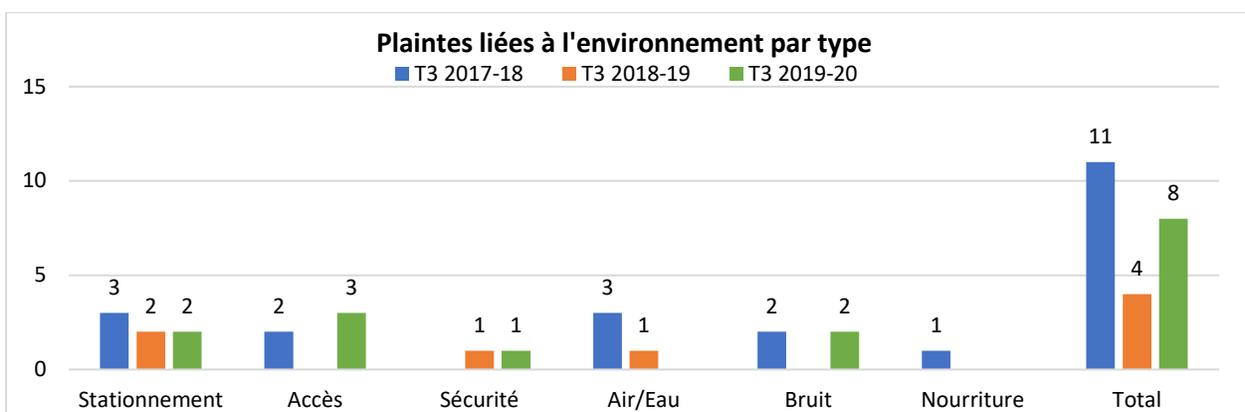
- Ce tableau démontre la répartition des plaintes par type dans la catégorie liée à la qualité des soins. 74 % des plaintes liées à la qualité des soins sont réparties dans trois catégories, soit :
 - les soins donnés en général (33 %)
 - les attentes du patient qui n'ont pas été rencontrées 24 % (ex. attentes au niveau du type de traitement, examen diagnostique, etc.)
 - la période d'attente pour un service (17 %) (ex. attente à l'urgence, phlébotomie, délai pour un rendez-vous en imagerie médicale).



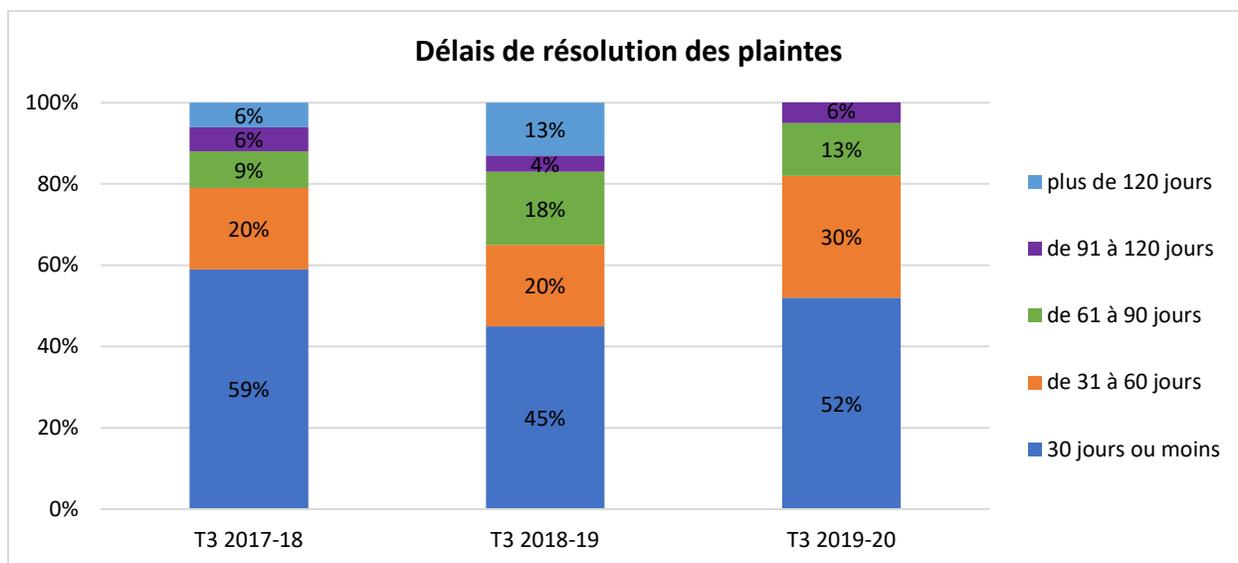
- Au T3 2019-20, les plaintes liées au comportement représentaient 21 % de l'ensemble des plaintes.
- Lorsqu'on compare le T3 2019-20 à 2018-19, on note une diminution dans le nombre de plaintes dans cette catégorie et dans les sous-catégories des soins infirmiers et soins médicaux.
- Dans la catégorie autre employé, les plaintes étaient en lien avec les services : professionnels, sécurité, et l'entretien ménager.



- Lorsqu'on compare le T3 2019-20 aux deux années précédentes, on note une diminution dans le nombre de plaintes dans la catégorie liée à la communication. Il y a seulement eu deux plaintes dans cette catégorie pour le T3 2019-20.



- Comparativement au T3 2018-19, on note une augmentation dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement.
- Les plaintes par rapport à l'accès étaient en lien avec le manque d'accès aux fauteuils roulants et l'accès au stationnement pour les personnes à mobilité réduite. Les deux plaintes en lien avec le stationnement étaient en lien avec le CHUDGLD.



- Comparé au T3 2018-19, on note une amélioration dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours, de 31-60 jours, de 61-90 jours et aucune plainte non résolue de plus de 120 jours. Des suivis étroits sont faits pour tenter de régler les plaintes dans un délai de trente jours.

Exemples d'améliorations découlant des plaintes

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

- Afin de respecter la confidentialité en situation de débordement à l'urgence; lorsque possible les patients sont déplacés dans un endroit plus confidentiel (salle d'examen) quand vient le moment de partager les résultats diagnostiques ou de prodiguer les conseils au congé. De plus, le personnel a été sensibilisé afin d'être vigilant par rapport au respect de la confidentialité lors de situation de débordement à l'urgence.
- Une révision du processus en place pour changer les informations de la personne contact au dossier est en cours. Les proches d'un patient ne peuvent pas changer leur numéro de téléphone en passant par l'admission. Dans des situations où le patient est incapable, ceci pose un problème.
- Changement apporté au processus d'inscription en imagerie médicale et ajout d'une ressource afin d'éviter les délais et réduire l'attente.
- Clarification apportée au niveau des tâches du personnel infirmier et sensibilisation faite sur l'importance des notes cliniques au dossier et l'impact sur la continuité des soins et le transfert efficace d'information entre les professionnels.
- Ajout de quatre places de stationnement pour personnes à mobilité réduite.

Note d'information

Point 6.6

Nom du comité : Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Date : 2020 03 17

Objet : Rapport trimestriel sur les incidents (T3 2019-20)

Décision recherchée

Le rapport sur les incidents est présenté à titre d'information et avis.

Contexte/problématique

- Le rapport trimestriel des tendances est présenté selon le calendrier de présentation des rapports. Le présent rapport comprend les données du troisième trimestre de l'année financière 2019-2020. Les graphiques et les données détaillées sur les incidents sont en annexe.
- Les incidents sont classés selon des définitions et catégories provinciales. Les gestionnaires reçoivent mensuellement un rapport de tendance sur les incidents rapportés propre à leur(s) service(s) et peuvent ainsi identifier les tendances et cibler les occasions d'amélioration.
- On remarque une diminution du nombre total d'incidents rapportés au T3 2019-20 comparativement au T2 de la même année. Il y a également une diminution comparativement au nombre d'incidents rapportés au T3 de l'année précédente.
- Les incidents évités de justesse représentent 7.3% du total des incidents rapportés pour le T3 (2019-20).
- Les chutes, incidents liés à la sécurité et au traitement/analyse/procédé représentent 74% de l'ensemble des incidents.
- De façon générale, les incidents liés aux médicaments les plus fréquents sont les omissions, les incidents de posologie/concentration et les aucune ordonnance.
- Les incidents modérés, graves et critiques représentent une très faible proportion des incidents rapportés (1.34%). Tous les incidents graves et critiques sont référés aux comités de revue pour une analyse des causes profondes et la mise en place de mesures pour prévenir que les incidents se reproduisent.
- Les incidents font l'objet d'analyse afin d'identifier et mettre en place des mesures pour prévenir la récurrence d'incidents semblables. Voir en annexe des exemples d'analyse et les améliorations qui en découlent.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Poursuivre l'analyse des tendances et les suivis aux incidents.

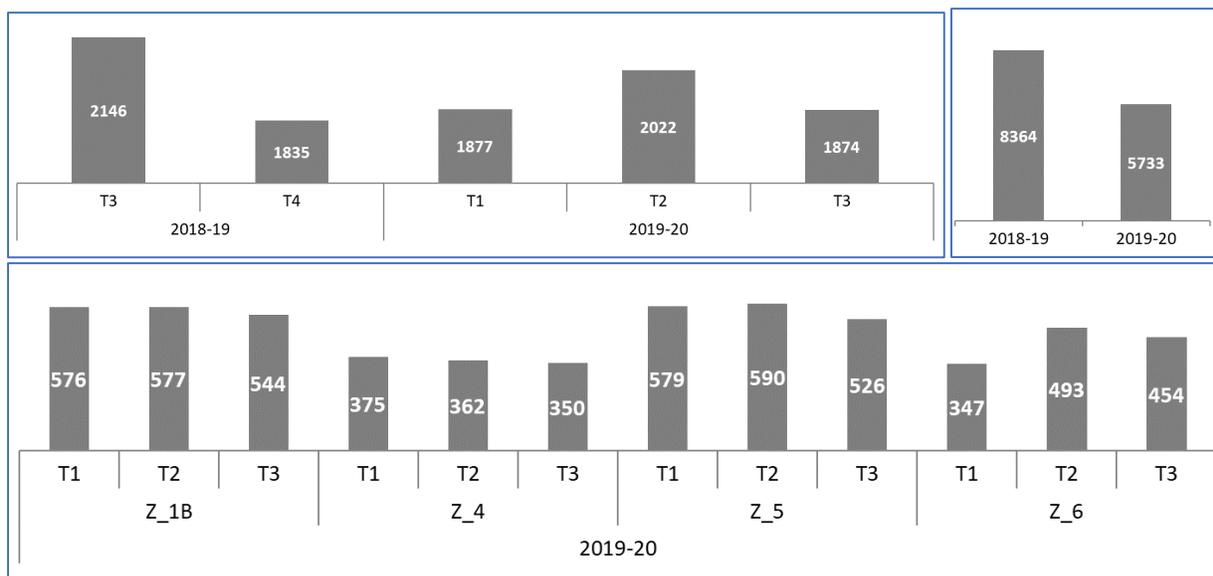
Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 24 février 2020 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques.

ANNEXE
Rapport sur les incidents T3 2019-20

1- Total des incidents rapportés

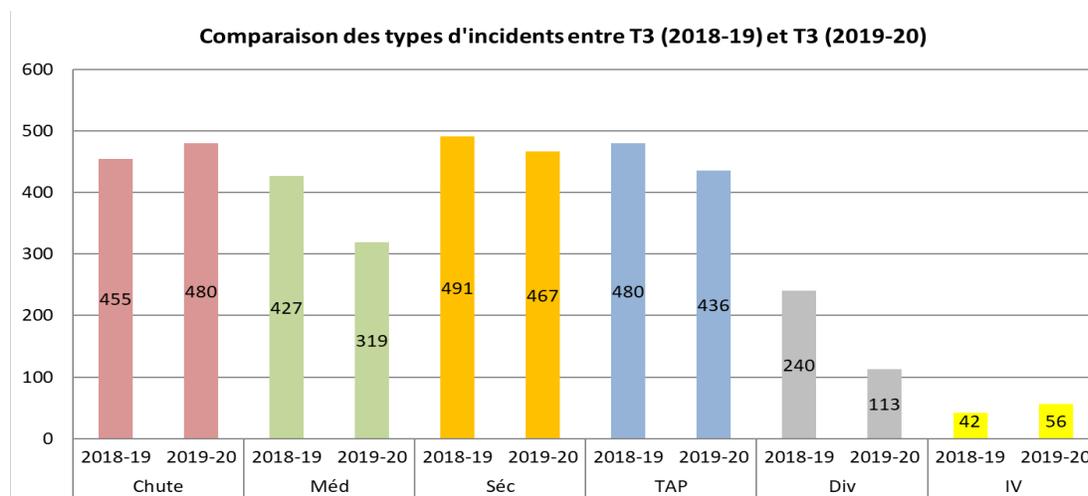


Observations / Explications :

Ces données représentent le total des incidents rapportés par trimestre pour l'ensemble du Réseau et par zone.

- Il y a une diminution du nombre d'incidents rapportés au T3 2019-20 comparativement au T2 de la même année. Le nombre d'incidents rapportés est en deçà du T3 de l'année précédente, ainsi que ceux des autres années (2016-2017 : 2012 incidents rapportés, 2017-2018 : 2140 incidents rapportés).
- Au T3 (2019-20), les incidents évités de justesse représentent 7.3% du total des incidents rapportés soit 137 incidents évités de justesse sur 1874 incidents.

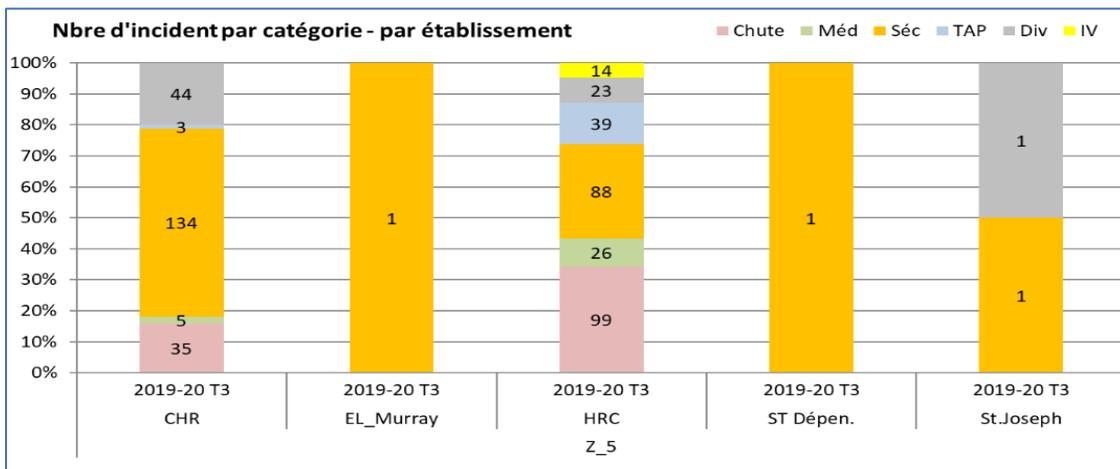
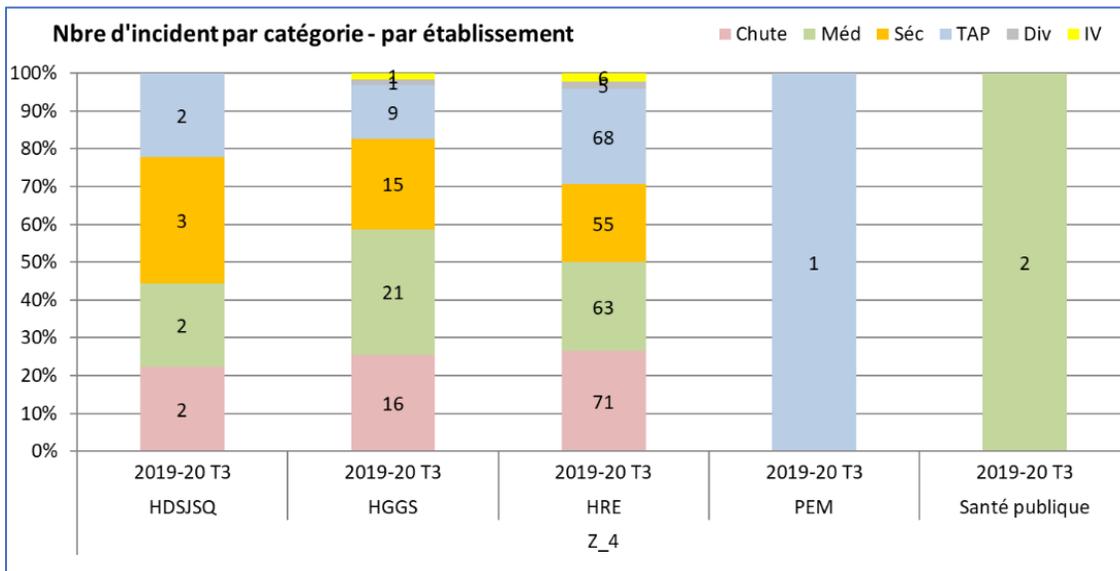
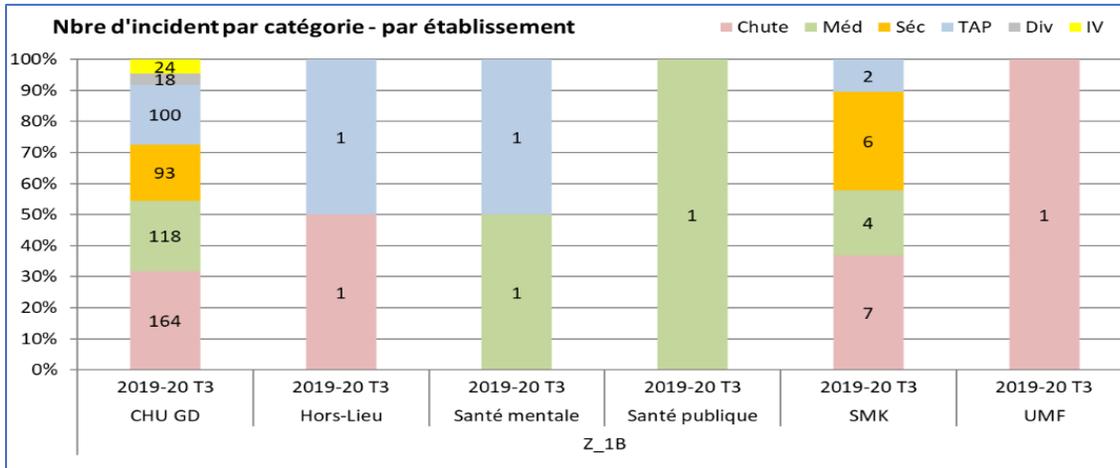
2- Incidents par catégories



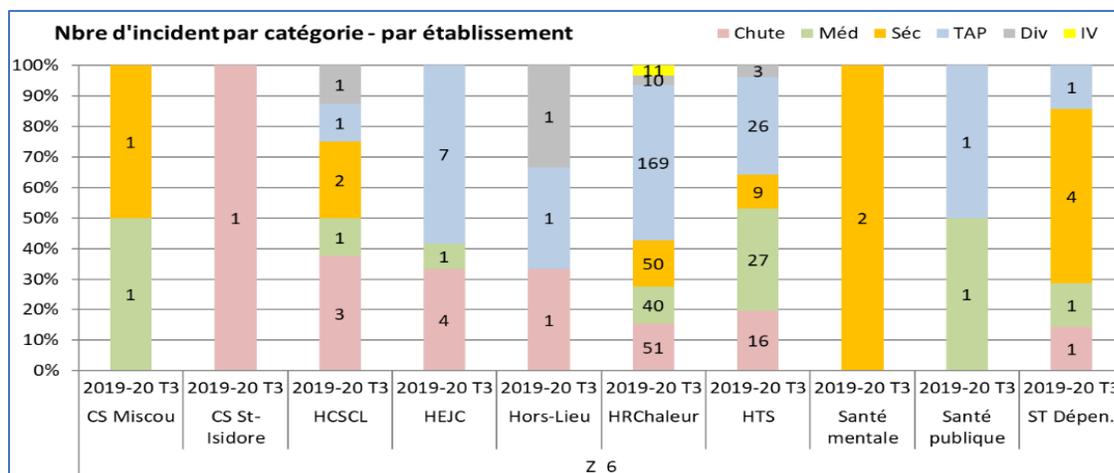
Observations / Explications :

- Ces données représentent une comparaison entre T3 (2018-19) et T3 (2019-20) par types d'incidents pour l'ensemble du Réseau. La proportion des incidents par types (sur l'ensemble des incidents) est comme suit: Chutes 26%, Sécurité 25%, Traitement/analyse/procédé (TAP) 23%, Médicaments 17%, Divers 6% et Intraveineux/transfusion (IV) 3%.
- On remarque une diminution du nombre d'incidents rapportés dans toutes les catégories en T3 (2019-20) comparativement à T3 (2018-19), sauf dans les catégories liées aux chutes et IV.

ANNEXE
Rapport sur les incidents T3 2019-20



ANNEXE
Rapport sur les incidents T3 2019-20



Observations / Explications :

Zone 1B :

- 14 % du nombre global d'incidents rapportés étaient des incidents évités de justesse.
- Le nombre global de chutes est stable comparé à T2. 45 % des chutes se produisent alors que le patient est debout ou en marchant. 73 % des patients qui ont chuté étaient âgés de 65 et plus et 53% de ce nombre avait comme facteur contributif un déficit cognitif ou un problème de comportement du patient ou les deux.
- Rien de significatif n'est observé pour le CHU Dumont au niveau des tendances par rapport à T2.
- Pour SMK, le nombre de chutes global a diminué de 56 %, passant de 16 à 7.
- Les incidents liés aux médicaments les plus fréquents sont les omissions (47.5 %), les incidents de posologie/concentration (16.5 %) et les aucune ordonnance (19 %).

Zone 4 :

- 11 % du nombre global d'incidents rapportés étaient des incidents évités de justesse.
- Le nombre de chutes global est stable à comparer à T2. 56 % des chutes se produisent alors que le patient est debout ou en marchant. 70 % des patients qui ont chuté étaient âgés de 65 et plus et 40% de ce nombre avait comme facteur contributif un déficit cognitif ou un problème de comportement du patient ou les deux.
- Les incidents liés aux médicaments les plus fréquents sont les incidents de posologie/concentration (31 %), les omissions (31 %) et les aucune ordonnance (20%).
- Le nombre d'incidents de traitement/analyse/procédé a diminué (-29) à l'HRE.
- Les incidents de type sécurité ont quant à eux augmenté à l'HRE (+ 21). Cette catégorie comporte une variété de types d'incidents. Ce qui se démarque est qu'il y a eu plus d'agression et d'altercation/abus verbaux en psychiatrie qu'au trimestre précédent. Il y a aussi eu des problématiques avec les ascenseurs à au moins 4 reprises (dont 3 avec le même) lors du dernier trimestre.

Zone 5 :

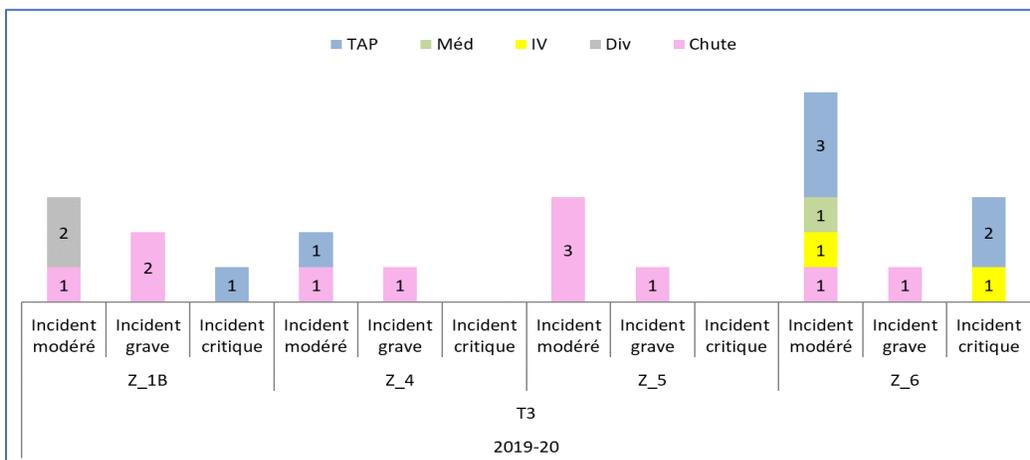
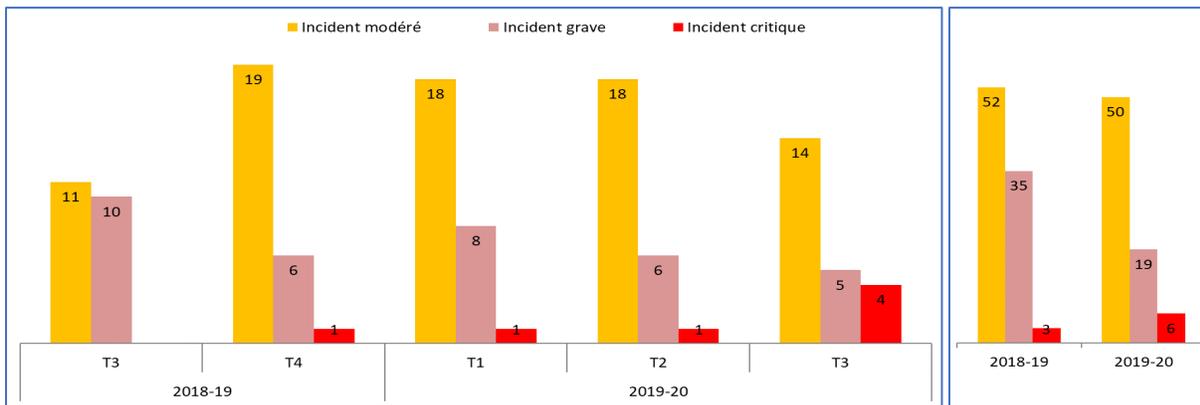
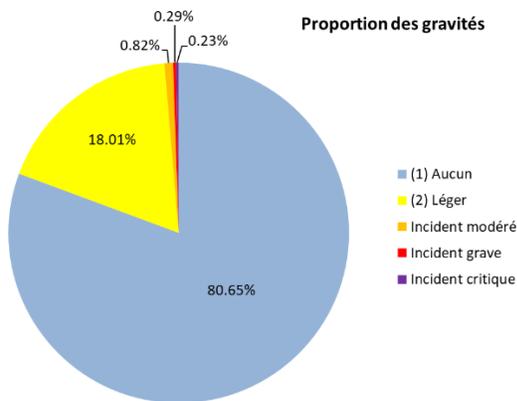
- 2 % du nombre global d'incidents rapportés étaient des incidents évités de justesse.
- Le nombre de chutes global est relativement stable par rapport à T2. 42.5 % des chutes se sont produites alors que les patients étaient debout ou en marchant. 69 % des patients qui ont chuté étaient âgés de 65 et plus et 26 % de ce nombre avait comme facteur contributif un déficit cognitif ou un problème de comportement du patient.
- Les incidents de type sécurité ont diminué de 37 % au CHR. Les principaux types d'incidents rapportés demeurent les agressions (29 %) et les altercations/abus verbaux (34 %).

ANNEXE
Rapport sur les incidents T3 2019-20

Zone 6 :

- 2.7 % du nombre global d'incidents rapportés étaient des incidents évités de justesse.
- Le nombre de chutes global est relativement stable par rapport à T2 (mais on remarque quand même une baisse de 40% à l'Hôpital de Tracadie). 45 % des chutes se sont produites alors que les patients étaient debout ou en marchant. 81 % des patients qui ont chuté étaient âgés de 65 et plus et 26 % de ce nombre avait comme facteur contributif un déficit cognitif ou un problème de comportement du patient.
- Les incidents de type sécurité ont diminué de 18 %.
- Les incidents de type traitement/analyse/procédé demeurent assez élevés à l'Hôpital régional Chaleur, la majorité (61 %) étant rapportée par le même service, malgré tous les suivis faits.

3- Incidents modérés, graves et critiques



ANNEXE
Rapport sur les incidents T3 2019-20

Observations / Explications :

- Les incidents modérés, graves et critiques représentent une très faible proportion des incidents rapportés (1.34%).
- Quatre incidents critiques mais deux en réalité, car deux de ces incidents ont été revus à la baisse (léger) suite aux suivis et depuis la mise à jour de la base de données.
- Les 2 incidents critiques sont des incidents de la catégorie Traitement/analyse/procédé (TAP).
- Tous les incidents graves sont liés à des chutes.
- Du nombre d'incidents modérés, 6 sont des chutes, 4 sont des traitements/analyse/procédé (dont 2 plaies de pression), 2 divers, 1 IV et 1 médicament.

Mesures prises :

- Tous ces incidents ont fait l'objet d'un suivi, certains sont encore en cours, et des pistes d'améliorations ont été identifiées et mises en place ou sont en voie de l'être.
- Tous les incidents graves et critiques sont référés aux comités de revue pour une analyse des causes profondes et mise en place de mesures pour prévenir que les incidents se reproduisent.

4- Suivis découlant des analyses de tendances

- En octobre 2019, on note une augmentation du nombre d'incidents de sécurité sur une unité. Les incidents sont liés au comportement des patients. Un gardien de sécurité est présent sur l'unité pour tenter de décourager les comportements négatifs.
- En novembre 2019, on note une augmentation du nombre d'incidents reliés aux médicaments sur une unité. Le gestionnaire a présenté les données à ses employés lors d'une rencontre de secteur. Les employés ont été encouragés à lire les politiques liées aux ordonnances et à l'administration des médicaments et à faire la formation en ligne sur la gestion des ordonnances.
- En octobre 2019, on note une augmentation du nombre de chutes sur une unité. Les chutes surviennent surtout en post-op car les patients sont confus dû à la médication. Bouton d'alarme et alarme de lit installés pour prévenir chutes.
- En novembre et décembre 2019, on note une augmentation du nombre d'incidents liés aux médicaments sur une unité. Les incidents surviennent surtout à l'heure des repas (8h30 et 17h00). La formation sur la lecture et la compréhension des médicaments IV sur la fiche d'administration des médicaments et la formation sur le protocole d'insuline seront offertes.
- En octobre 2019, on note une augmentation des incidents de sécurité (patients qui fument sur le terrain de l'hôpital). Un suivi a été effectué avec les gestionnaires pour s'assurer que les patients soient offerts et reçoivent le traitement nécessaire pour la cessation du tabac durant leur séjour.

5- Recommandations suite aux analyses des incidents

- Des analyses de causes profondes sont souvent effectuées suite à des incidents ayant causé une conséquence modérée ou suite à un incident évité de justesse qui aurait pu avoir des conséquences graves.
- Les recommandations émises suite aux analyses de causes profondes effectuées pour des incidents survenus à l'intérieur du T3 sont présentées ci-dessous.

ANNEXE
Rapport sur les incidents T3 2019-20

Type d'incident	Brève description	Recommandations
Traitement	Patient qui est généralement alité ou dans sa chaise roulante est admis. Durant son hospitalisation, le patient aurait refusé qu'on lui enlève ses bas et une plaie nécrosée au niveau du talon gauche a été remarquée.	Renforcer l'importance de compléter l'évaluation tégumentaire de la tête au pied dès l'admission et selon la fréquence de l'évaluation du risque établie.
		Réitérer l'importance de débiter les interventions reliées à la diminution de pression au talon lors de présence de comorbidités pertinentes telles que fracture de hanche ou extrémités inférieures, maladies vasculaires périphériques, paralysie des membres inférieurs, etc.
		S'assurer d'entreprendre un plan de soins préventif interdisciplinaire pour tous les patients à risque et de documenter les interventions à l'endos du formulaire de Braden.
		Faire un rappel aux préposés aux soins de l'importance de communiquer avec l'infirmière aussitôt qu'il remarque une rougeur inhabituelle sur la peau du patient.

Note d'information

Point 6.7

Nom du comité : Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Date : 2020-03-17

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

Décision recherchée

Le rapport trimestriel T3 – Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée est présenté à titre d'information.

Contexte/problématique

- La *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé (Loi)* a été révisée le 14 juin 2019. Depuis cette date, le Réseau doit notifier lors d'une atteinte à la vie privée l'Ombud et non le Commissaire à l'intégrité.
- Une analyse des tendances démontre que le nombre d'incidents rapportés au Bureau de la vie privée augmente progressivement depuis le troisième trimestre de 2018-2019. Toutefois, le pourcentage d'incidents ayant pu causer une atteinte à la vie privée diminue. Il est à noter que seuls les incidents ayant causé une atteinte (réelle ou potentielle) selon ce qui est prévu dans la Loi sont rapportés à l'Ombud. (graphique 1, Annexe A)
- Lors du troisième trimestre de 2019-2020, le suivi des plaintes et des incidents a mené ou mènera à la notification de 15 victimes. Ceci porte le total à date pour 2019-2020 à 51 victimes comparativement à 176 victimes pour la même période en 2018-2019. Il est à noter que les notifications peuvent ne pas avoir lieu dans le même trimestre où l'incident ou la plainte a été rapporté (graphique 2, Annexe A).
- Au troisième trimestre de 2019-2020 le nombre de plaintes a augmenté de façon importante et la source principale des plaintes était le bouche à oreilles (graphique 3, Annexe A).
- La majorité des incidents rapportés au troisième trimestre sont en lien avec une divulgation (83%) ou un accès non autorisé (10%). Ces deux catégories comptent pour 93% des incidents rapportés (graphique 4, Annexe A).
- Les sources principales de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée lors du troisième trimestre sont le courrier (45%), l'ordinateur (15%) et le bouche à oreilles (11%) (graphique 5, Annexe A).
- À la suite du suivi d'un incident au Laboratoire, un processus sera mis en place dans les quatre zones pour documenter les demandes de divulgation faites par téléphone aux professionnels de la santé. Le nouveau processus devrait être mis en œuvre par juin 2020.
- Les demandes d'accès aux dossiers cliniques qui sont effectuées par des patients qui ne reçoivent pas de service de cette unité de soins sont désormais redirigées au Service des archives.

- Des affiches sont en production pour installer dans les salles d'attentes du Réseau et elles indiqueront :
 - « Merci de respecter la vie privée des autres. VEUILLEZ NE PAS :
 - prendre des photos ou des vidéos des autres
 - divulguer des renseignements sur les autres patients
 - publier des renseignements sur les autres patients sur les réseaux sociaux.

VÉRIFICATION DES ACCÈS

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

Une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée est en voie d'être complétée en vue de l'obtention des numéros d'assurance sociale (NAS) et données démographiques des non-employés.

Le suivi des rapports d'audits a permis d'apporter des améliorations au niveau des processus utilisés par les utilisateurs du module de rendez-vous.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

La protection des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé est un élément clé pour assurer des services de qualité.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

- Poursuivre la mise en œuvre de la Phase 2 du projet des audits;
- Poursuivre le projet d'harmonisation des accès électroniques des adjointes administratives des cabinets privés.

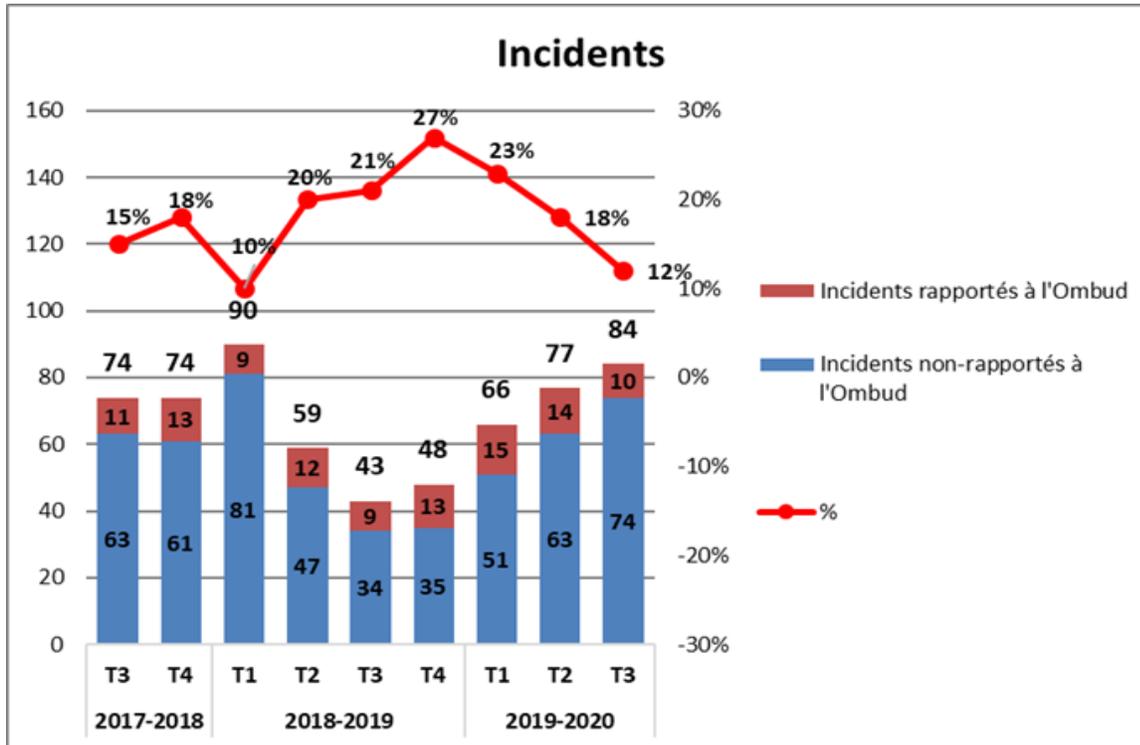
Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

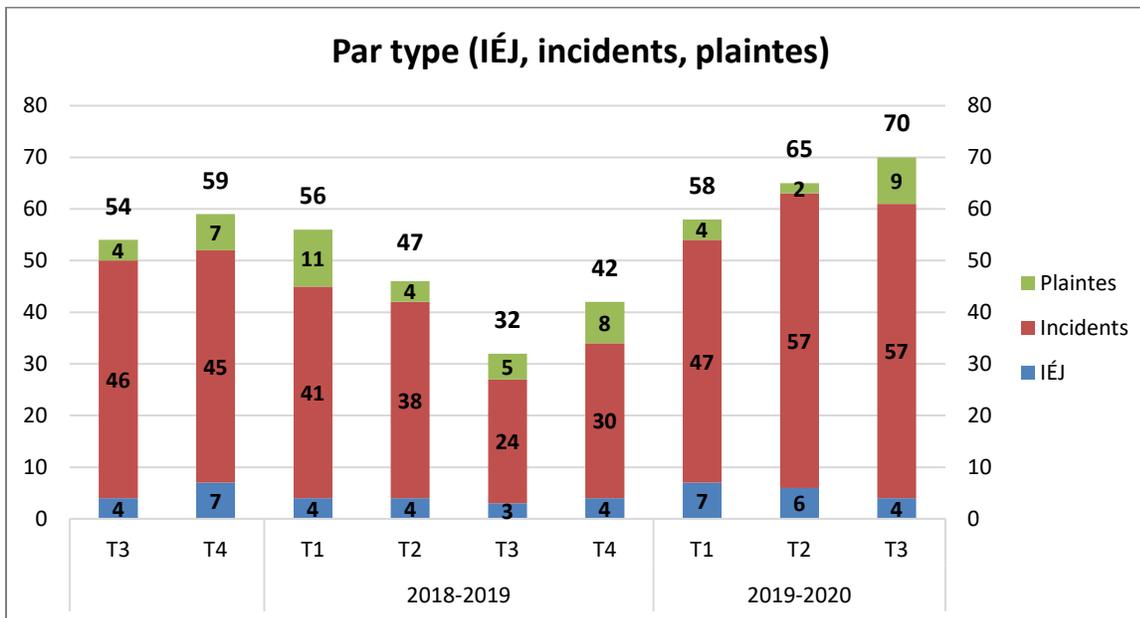
Soumis le 6 mars 2020 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée et Michelle Bernard, conseillère à la Protection des renseignements personnels – Accès.

Les graphiques suivants incluent les Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée du troisième trimestre de 2019-2020.

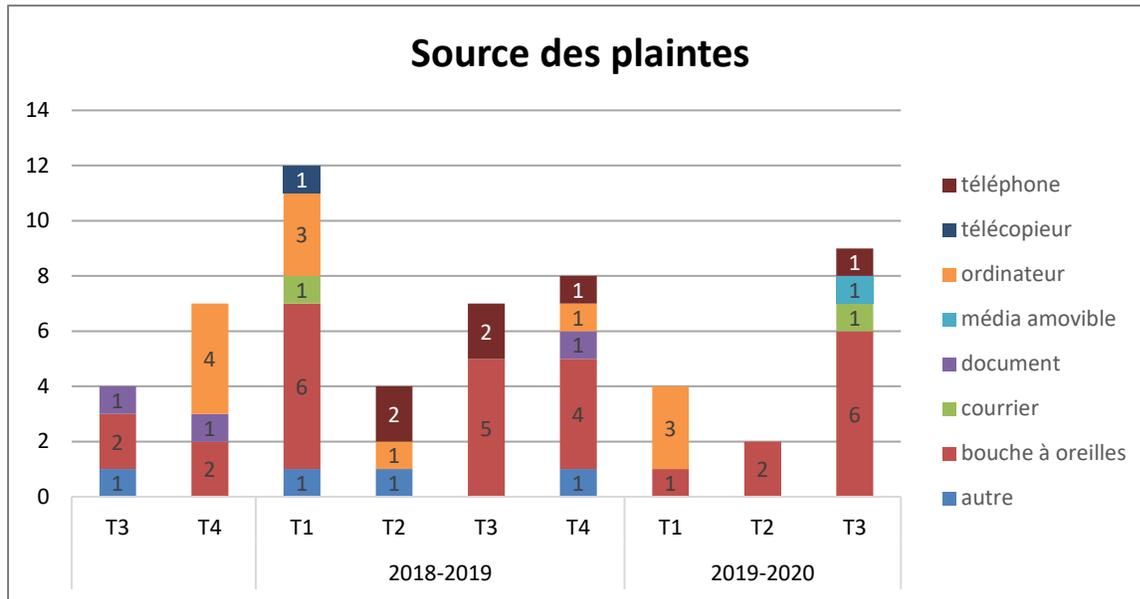
1. NOMBRE TOTAL D'INCIDENTS ET PROPORTION D'INCIDENTS RAPPORTÉS À L'OMBUD (INCLUS LES HORS-SERVICE)



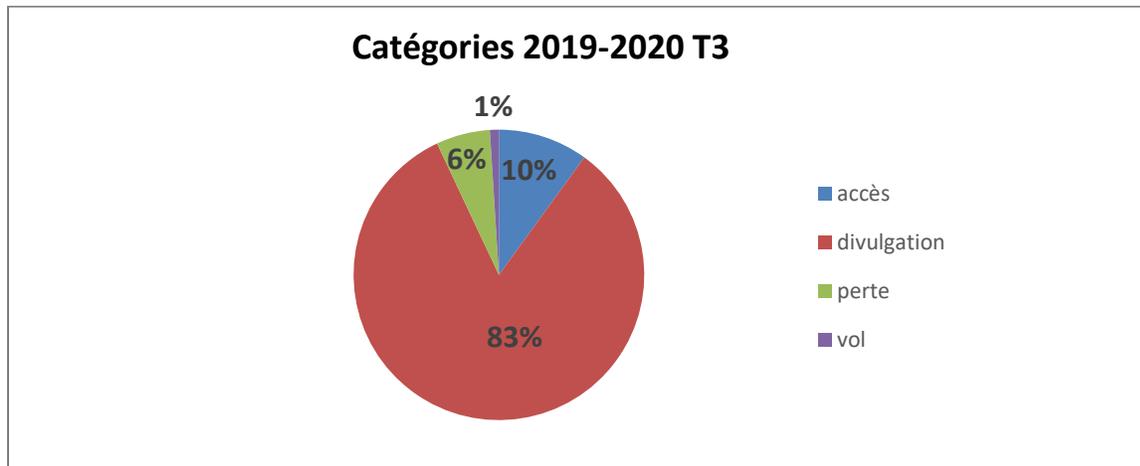
2. INCIDENTS PAR TYPE (EXCLUS LES HORS SERVICES)



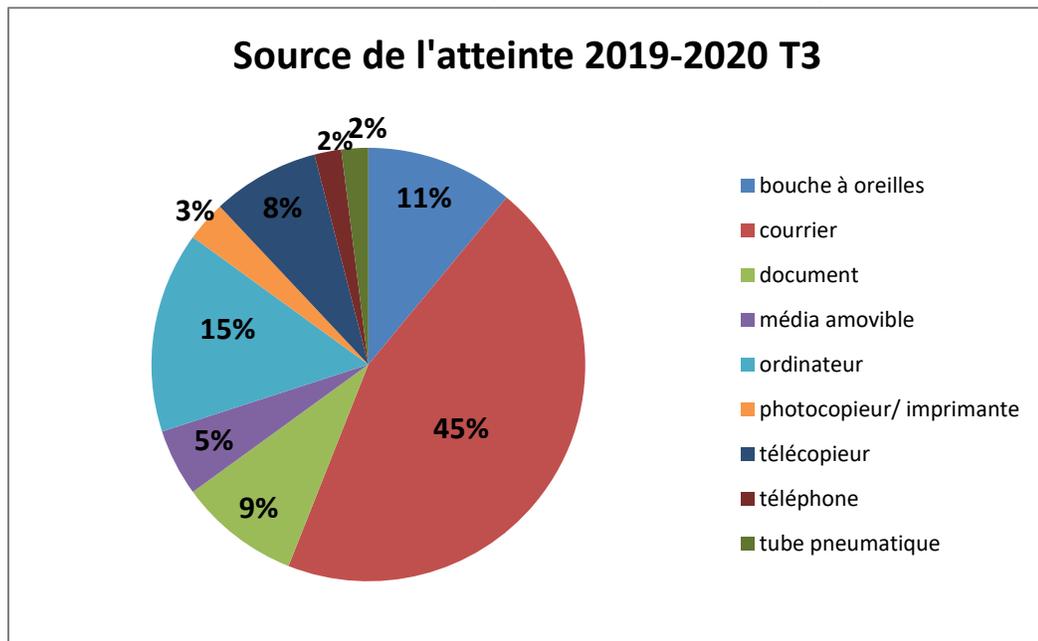
3. SOURCES DES PLAINTES (INCLUS LES HORS-SERVICE)



4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE



5. INCIDENTS PAR SOURCE DE L'ATTEINTE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



Note d'information

Point 6.8

Nom du comité : Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Date : 17 mars 2020

Objet : Recommandations des Comités de revues

Décision recherchée

- Le rapport est présenté afin d'informer les membres du comité des recommandations qui découlent des analyses des incidents préjudiciables par les comités de revues.

Contexte/problématique

- Conformément aux exigences de la *Loi sur la Qualité des soins de santé et la sécurité des patients*, ce rapport présente les recommandations des comités de revues pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, soit en novembre 2019.
- Ce rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des comités de revues qui ont été effectués avant cette période.
- Dans la période d'octobre 2019 à février 2020 un total de 11 revues ont été effectuées (8 incidents préjudiciables et 3 suicides en communauté) et un total de 44 recommandations ont été émises.
- De ces 44 recommandations : 27 (61%) sont en place et 17 (39%) sont en voie d'implantation (la plupart avec des échéanciers dans les prochains mois). Voir tableau en annexe « Recommandations des comités de revues octobre 2019 - février 2020 ».
- Il y a eu 19 revues effectuées avant octobre 2019 avec recommandations incomplètes. Pour ces vingt revues, 70% (79/113) des recommandations sont implantées et il reste 34 recommandations à mettre en place.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité accepte cette note d'information.

Adoption

Soumis le 5 mars 2020 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient.

Résumé des recommandations – Comités de revues d’octobre 2019 à février 2020

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Décès inattendu	<ul style="list-style-type: none"> (V) Faire un rappel sur la politique en lien avec la documentation clinique. (V) Faire un rappel sur l'importance d'utiliser le rapport de transition des soins entre les unités, entre les relais et dans la communication avec les médecins. (J) Examiner la pertinence d'effectuer certains examens diagnostiques pour des cas similaires. (V) Faire des audits de dossiers afin d'assurer la conformité aux normes par rapport à la documentation. (J) Assurer que le personnel infirmier communique les problèmes de santé non résolus au médecin traitant au cours de l'hospitalisation et avant le départ du patient. (V) Faire un rappel sur l'importance d'effectuer des évaluations post-interventions par le personnel médical et le personnel infirmier.
Fugue/Suicide	<ul style="list-style-type: none"> (J) Faire une révision de la formation en lien avec la politique sur l'évaluation du risque suicidaire afin d'assurer une intégration dans la pratique des soins infirmiers. (J) Avoir une formation abrégée sur l'évaluation du risque suicidaire et des outils pour les médecins et une formation pour les infirmières et infirmières auxiliaires sur le risque suicidaire. (V) Faire un rappel aux employés de faire l'évaluation continue de l'urgence suicidaire des patients qui sont à risque de suicide qui se présente à l'urgence (V) Faire des audits sur l'application de l'outil d'évaluation du risque suicidaire.
Chute avec fracture	<ul style="list-style-type: none"> (V) Modifier la disposition du mobilier de la chambre afin que la table de chevet soit plus facilement accessible pour le patient et que le fil du téléphone soit à un endroit sécuritaire. (V) Assurer que le personnel documente les interventions mises en place à l'endos de l'échelle de chute Morse pour les patients à risque élevé de chute. (V) Assurer que le personnel infirmier donne de l'enseignement au patient, vérifie l'utilisation adéquate de la marchette et documente les interventions au plan de soins. (V) Assurer un bon éclairage dans la chambre du patient surtout le matin lors des soins personnels.
Tentative de suicide (x2)	<ul style="list-style-type: none"> (J) Prendre les mesures nécessaires afin de pouvoir offrir un espace adéquat pour permettre la présence de la famille à la salle d'urgence. (J) Voir à la possibilité de faire installer une porte qui s'ouvre dans les deux sens dans les toilettes de la salle d'attente de l'urgence. (J) S'assurer que les crochets pour les vêtements derrière les portes des toilettes sont prévus pour ne pas supporter le poids d'une personne. (V) Voir avec la santé mentale communautaire la possibilité de défrayer une partie des coûts des médicaments pour les clients qui éprouvent des difficultés financières. (V) Voir à la possibilité d'impliquer les partenaires externes dans le plan d'action du patient. (J) Élaborer et instaurer une procédure détaillée pour la surveillance étroite 1 à 1 à l'unité. (J) Mettre en place un processus de vérification afin d'assurer qu'aucun vêtement ou serviette n'est demeuré dans la salle de bain après le patient. (V) Faire un rappel concernant l'importance de respecter les ordonnances médicales en lien avec la vérification de l'état du patient. (J) Faire changer les barres d'appui dans les salles de bain à l'unité. (V) Faire de l'enseignement sur l'utilisation du couteau crochet et s'assurer de l'état fonctionnel de l'outil. (J) Poursuivre l'initiative des "Safewards" et assurer l'implantation dans les unités psychiatriques et services internes de traitements des dépendances. (J) Voir à la possibilité qu'un psychiatre donne de l'enseignement / formation au personnel concernant les cas complexes tel que les troubles de personnalités limites.
Départ sans avis/suicide	<ul style="list-style-type: none"> (J) S'assurer d'avoir recours à l'observation continue pour les patients ayant fait une tentative suicidaire ou avec idée suicidaire qui sont admis sur une unité autre que la psychiatrie. (J) S'assurer que les préoccupations liées à la sécurité du patient soient consignées sur l'outil désigné et transmises verbalement au personnel et médecins concernés lors d'un changement de l'équipe soignante. (J) Voir à la possibilité de développer un partenariat avec l'unité de psychiatrie, afin d'offrir du support pour l'évaluation de l'état mental et/ou du risque suicidaire d'un patient sur une autre unité que la psychiatrie. (J) Voir à la possibilité d'étendre la formation de l'évaluation du risque suicidaire aux surveillantes et le personnel infirmier des unités. (V) Faire un rappel au médecin de l'importance de contacter verbalement le psychiatre pour évaluation ou transfert en psychiatrie aussitôt que le patient est médicalement stable.

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Plaie de pression	<p>(V) Voir à la possibilité de pouvoir "flagger" le plan de soins du patient qui est identifié à risque modéré, élevé ou très élevé à développer une lésion de pression.</p> <p>(V) S'assurer que l'évaluation physique soit faite une fois par jour sur tous les patients identifiés ALC.</p> <p>(V) Faire un rappel au personnel sur l'importance de toujours bien évaluer et d'inscrire dans les notes l'évolution de la présence d'une rougeur et d'appliquer les interventions de soins préventifs.</p> <p>(V) Faire un rappel au personnel de demander une consultation en ergothérapie et en nutrition clinique aussitôt qu'il y a une présence de rougeur et les aviser qu'une ordonnance médicale n'est plus nécessaire pour ces demandes de consultation.</p> <p>(V) Faire un rappel au personnel du Service d'ergothérapie que le patient doit toujours être vu en dedans de 24 à 48h à la suite d'une demande de consultation.</p>
Délai dans l'intervention du code bleu	<p>(V) S'assurer que la pile de l'appareil à pression soit changée et aviser le personnel du Service d'imagerie médicale que l'appareil doit toujours être mis sous tension quand il n'est pas utilisé et qu'une vérification de fonctionnement soit faite une fois par semaine.</p> <p>(V) S'assurer que le téléphone de code soit réparé et qu'une vérification du fonctionnement soit faite une fois par semaine.</p> <p>(V) Vérifier avec l'équipe du code pour la possibilité d'enlever le chariot d'urgence au Service d'imagerie médicale et que les codes soient couverts par le Service d'urgence en tout temps avec leur chariot d'urgence.</p>
Suicide en communauté (X3)	<p>(V) Aviser l'intervenant que lorsqu'il réfère un client (à risque élevé de suicide) au Service d'urgence pour une évaluation psychiatrique, qu'il faut informer le personnel d'urgence et envoyer par télécopieur un formulaire de continuité de soin pour l'infirmière du triage. L'intervenant doit prévoir qui accompagnera le client et vérifier avec le Service d'urgence que le client s'est présenté. S'il ne s'est pas présenté, les mesures nécessaires pour assurer la sécurité du client doivent être prises.</p> <p>(V) Aviser l'intervenant que si le client ou le personnel du Centre de santé mentale communautaire change ou annule un rendez-vous d'accueil, il est important de compléter l'outil ASSIT et de bien documenter dans les notes évolutives du dossier clinique les résultats et le plan de protection établi.</p> <p>(V) Faire un rappel au personnel du Centre de santé mentale communautaire que si un client se présente avec des idées suicidaires qu'il faut compléter l'outil d'évaluation ASIST et de bien documenter dans les notes évolutives du dossier clinique les résultats et le plan de protection établi.</p> <p>(V) Faire un rappel aux infirmières du triage de bien évaluer l'état psychologique du patient qui se présente au service d'urgence en détresse.</p> <p>(J) Voir à mettre en place un processus pour que les patients qui se présentent avec des idées suicidaires soient vus en consultation par le psychiatre en appel au Service d'urgence et non au bureau privé.</p>

Légende – État d'avancement

- (V) - en place
- (J) - débuté
- (R) - non débuté

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 17 mars 2020

Objet : Rapport du Comité consultatif des patients et familles

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une réunion régulière le 20 février dernier. Les sujets discutés lors de cette réunion sont :

- Code d'éthique - affiches ;
- Plan de travail du comité ;
- Planification stratégique du Réseau ;
- Guide et formulaire de demande ;
- Formulaire d'évaluation de l'intégration d'un partenaire de l'expérience patient (PEP) ;
- Profil de poste ;
- Plan de communication ;
- Conférence – Vision 2020 Collaborer pour améliorer l'expérience des soins.

Les membres ont passé en revue le plan de travail du comité. Une session de travail est prévue le 26 mars prochain, afin de développer certaines initiatives d'amélioration du plan de travail 2019-2020, entre autres l'élaboration d'un plan de communication et d'une formation pour le personnel/médecins sur les soins centrés sur le patient et la famille et le rôle d'un partenaire de l'expérience patient (PEP).

Le guide pour les équipes a été approuvé lors de la dernière réunion. Celui-ci fournit un cadre pour développer des partenariats fructueux avec les Partenaires de l'expérience patients. Il contient un processus en cinq (5) étapes et les tâches nécessaires à chaque étape pour aider les gens à intégrer avec succès des partenaires de l'expérience patients à leurs équipes.

1. Prendre la décision d'inclure un PEP à votre équipe.
2. Vous préparer.
3. Faire la demande, le recrutement et l'orientation.
4. Mentor et soutien.
5. Évaluation de l'engagement PEP.

Les membres ont également passé en revue et approuvé le formulaire d'évaluation de l'intégration du PEP à l'équipe et le profil de poste du PEP.

La prochaine réunion du Comité consultatif des patients et familles est prévue le 14 mai 2020.

Soumis le 5 mars 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note d'information

Point 6.10

Nom du comité : Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Date : 17 mars 2020

Objet : Démarche d'agrément

Décision recherchée

La note est présentée à titre d'information et afin de donner une mise à jour sur la démarche d'agrément.

Contexte/problématique

- La dernière visite d'agrément s'est déroulée en juin 2017. Suite à cette visite, le Réseau a dû soumettre des mesures de suivis et des preuves à Agrément Canada en lien avec 68 critères non conformes (normes et pratiques organisationnelles requises). Ces suivis ont permis au Réseau de conserver son statut d'organisme agréé.
- Le cycle d'agrément se poursuit et les préparatifs pour la prochaine visite en 2021 sont en cours. Le schéma du parcours à haut niveau se trouve en annexe.
- En novembre 2019, le sondage Pulse sur la qualité de vie au travail a été relancé auprès du personnel du Centre Hospitalier Restigouche dans le cadre de sa démarche d'amélioration. On note une nette amélioration dans les résultats depuis le dernier sondage en novembre 2018.
- Les auto-évaluations pour tous les cahiers de normes ont été lancées en décembre 2019 avec une date d'échéance fixée au 28 février. Les équipes avancent bien dans leur exercice d'auto-évaluation et dans l'élaboration de leur plan de travail pour adresser les non-conformités. Plusieurs équipes ont demandé une extension de quelques semaines pour terminer cet exercice.
- Le sondage sur le fonctionnement de la gouvernance et l'auto-évaluation du cahier de normes de la gouvernance ont été terminés en janvier 2020. 14 membres du Conseil d'administration ont participé à l'auto-évaluation et 15 membres ont complété le sondage.
- L'auto-évaluation du cahier de normes pour le leadership a également été complétée en janvier 2020. Un total de 39 participants a complété l'auto-évaluation (taux de 66%).
- Un forum a eu lieu avec les chefs d'équipes le 17 janvier 2020 afin de les engager dans la démarche d'agrément, leur donner une mise à jour sur le processus et les prochaines étapes.
- Avec l'aide de la chefferie médicale, le recrutement actif de médecins pour participer aux équipes d'agrément se poursuit.
- Les équipes en lien avec les pratiques organisationnelles requises (POR) poursuivent leur travail afin d'assurer la conformité aux exigences en lien avec les PORs. Il y a des défis au niveau de l'implantation de la POR sur le bilan comparatif des médicaments (BCM). Cette POR doit être en place dans tous les services à travers le Réseau par la visite. Étant donné le manque de ressource au secteur de la pharmacie, il sera difficile de mettre en œuvre cette POR dans tous les services par 2021.

Prochaines étapes

- Partager les résultats du sondage sur le fonctionnement de la gouvernance et de l'auto-évaluation aux membres du Conseil lors de leur réunion régulière le 7 avril 2020 et élaborer un plan d'action pour adresser les non-conformités.

- Partager les résultats de l'auto-évaluation du cahier de normes de leadership avec l'équipe de direction et élaborer un plan d'action pour adresser les non-conformités (Mars 2020). Communiquer les résultats et le plan d'action à l'équipe des directeurs.
- Compléter les plans d'action découlant des auto-évaluations et voir à leurs mises en œuvre.
- Élaborer un plan d'action en lien avec les résultats du sondage Pulse et du sondage sur la culture de sécurité. Le plan d'action en lien avec le sondage Pulse devra inclure une initiative en lien avec la violence en milieu de travail. Cet élément est ressorti comme un drapeau rouge dans le sondage sur la qualité de vie (Avril 2020).
- Finaliser le plan de communication et débiter les activités de communication dans le but d'engager le personnel dans la démarche d'agrément (Mars 2020).
- Organiser une rencontre avec Agrément Canada afin d'obtenir des précisions en lien avec la démarche et la visite (ex. alignement régional, services de laboratoire, sondages d'expérience patients, etc.).

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet - note présentée à titre d'information.

Considérations importantes

Sans objet – note présentée à titre d'information.

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

- Poursuivre la démarche d'agrément et les préparatifs pour la visite de 2021.

Proposition et résolution

- Aucune – rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 25 février 2020 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient.

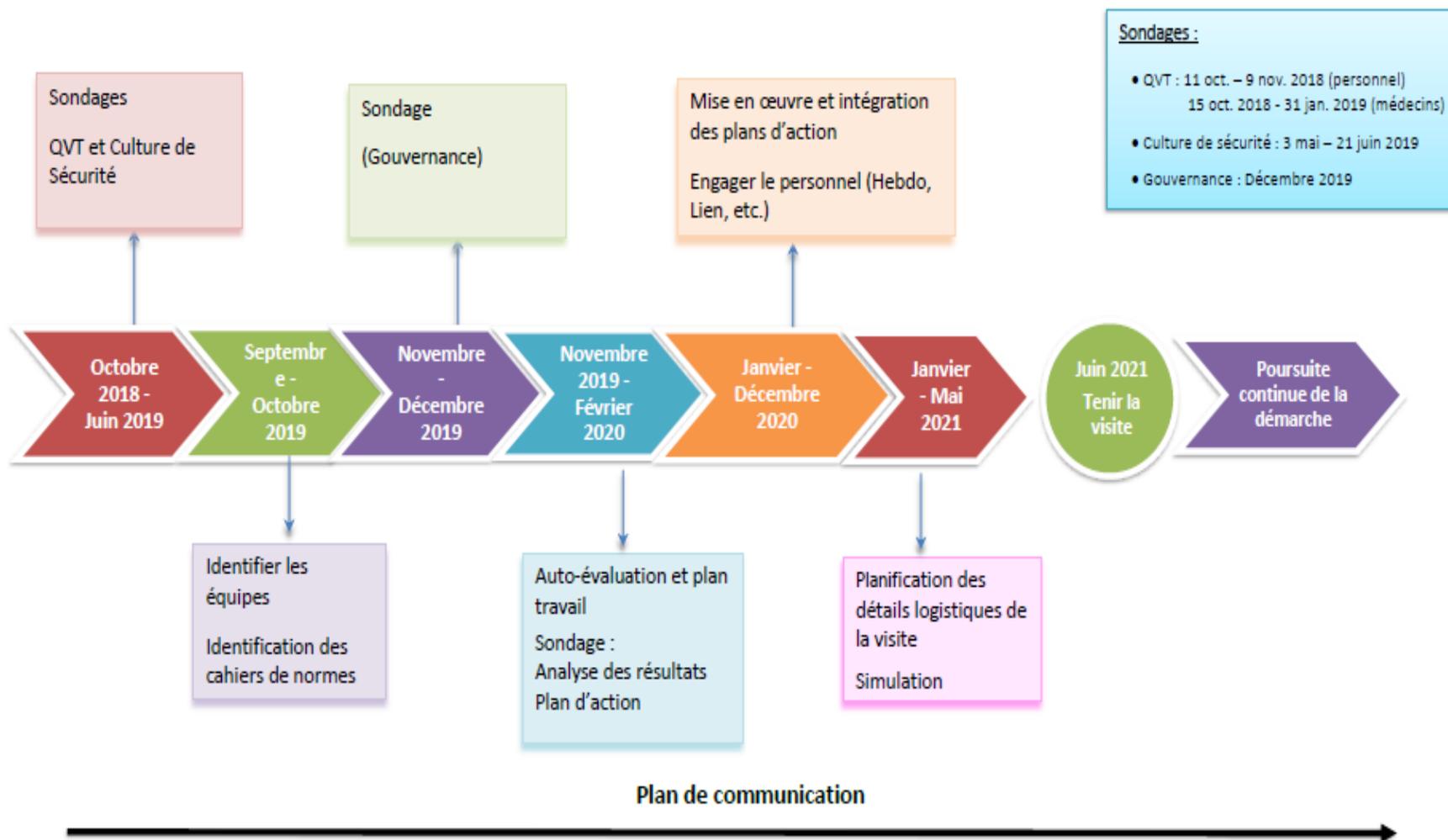


**AGRÉMENT
CANADA**

Meilleure qualité. Meilleure santé.



NOTRE PARCOURS



Note d'information

Point 6.11

Nom du comité : Comité des services à la clientèle, de la gestion de qualité et de la sécurité

Date : 17 mars 2020

Objet : Plan de qualité et sécurité 2020-21

Décision recherchée

Le plan de qualité et sécurité 2020-21 du Réseau de santé Vitalité est présenté pour approbation.

Contexte/problématique

- Le Réseau de santé Vitalité est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et services.
- Le plan de qualité et sécurité est l'un des outils utilisés pour suivre la performance organisationnelle selon des dimensions prioritaires tels que la sécurité, les soins centrés sur les patients et les familles et le milieu de travail.
- Le plan a été élaboré en complément au plan stratégique du Réseau et en collaboration avec la chefferie médicale.
- Les priorités et objectifs du plan 2019-20 vont se poursuivre en 2020-21.
- Un plan de communication est en élaboration afin de faire connaître les priorités du Réseau en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité et d'engager le personnel et les médecins.
- Un tableau de bord sera rattaché au plan de qualité et sécurité afin de suivre la mise en œuvre des objectifs et l'atteinte des résultats.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le Réseau de santé Vitalité doit continuellement promouvoir une culture d'amélioration continue de la qualité des soins et services et de sécurité.
- Les normes d'Agrément Canada.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Suivre la mise en œuvre du plan de qualité et sécurité par le biais d'indicateurs/tableau de bord.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité approuve le plan de qualité et sécurité 2020-2021 du Réseau de santé Vitalité tel que présenté.

Adoption

Soumis le 25 février 2020 par Nicole Frigault, directrice Qualité, Risques et expérience patient.



PLAN DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ 2020-2021

Le plan de qualité et sécurité (PQS) du Réseau de santé Vitalité est composé d'objectifs prioritaires que se donne annuellement le Réseau en vue de répondre à ses engagements d'amélioration de la qualité envers ses patients, son personnel et sa population. À ce jour, le PQS est élaboré en complément au plan stratégique du Réseau.

Le tableau de bord qualité qui découle du plan de qualité et sécurité permet à l'organisation de mesurer et d'évaluer son progrès en faisant le suivi d'indicateurs spécifiques. Ces indicateurs mesurent la performance actuelle par rapport à certaines cibles recommandées au niveau provincial et/ou national ou fixées par l'organisation. Les indicateurs et objectifs prioritaires sont catégorisés en fonction des dimensions de la qualité et des priorités du Réseau

PLAN DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ 2020-2021

Dimensions de la qualité	Priorité	Objectifs	Le contexte / le pourquoi	Mesures/indicateurs	Cibles
Sécurité	Améliorer la sécurité de nos soins	 <p>Réduire le nombre de plaies de pression acquises à l'hôpital</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs de risque à la hausse (population vieillissante, maladies chroniques, obésité) - Défis au niveau des ressources et cheminement des patients (patients admis à l'urgence sur civière en attente d'un lit, manque de personnel pour mobiliser les patients) - Augmentation du risque d'infection et du temps de guérison - Impacts sur la qualité de vie des patients - Augmentation de la durée de séjour 	<p>Taux global de plaies de pression acquises à l'hôpital (par 1000 congés)</p> <p>Pourcentage de plaies de pression de stade 4</p> <p>Pourcentage de plaies de pression non spécifiées</p>	<p>Réduire de 5% (1.0) Base 1.05 2018-19</p> <p>0% (Base : 3.4 2018-19)</p> <p>25% (Base 72% : 2018-19)</p>
		 <p>Éliminer les chutes avec blessures graves</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs de risque à la hausse (population vieillissante) - Conséquences sérieuses sur patients (perte d'autonomie, réduction de mobilité, augmentation du risque de décès précoce) - Augmentation de la durée de séjour 	<p>Taux de chute avec blessures graves (par 1000 jours patients)</p>	<p>0 (Base : 0,05 : 2018-19)</p>
Soins centrés sur les patients et les familles	Travailler en partenariat avec les patients et familles	 <p>Augmenter le nombre de patients partenaires qui participent à des équipes/comités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La création de partenariats avec les patients/familles contribue à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins - Permet d'orienter les discussions vers des soins centrés sur les patients/familles et donne lieu à des solutions pertinentes 	<p>Nombre d'équipes/comités (ex. UCA, Équipe d'agrément et Équipe des services/unités) ayant un patient partenaire</p>	<p>15</p>
Milieu de travail	Prévenir la violence en milieu de travail	 <p>Réduire le nombre d'incidents et d'accidents de violence en milieu de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux élevé d'incidents et accidents liés à la violence au travail - Impact sur le mieux-être, la qualité de vie au travail et la sécurité du personnel - Avoir un milieu de travail sain et sécuritaire 	<p>Nombre total d'incident de violence verbal et physique de patients envers des employés</p>	<p>Réduire de 20% Incident verbal – 130 Incident Physique - 283 (Résultats 2018-19 Verbal-163 /Physique-354)</p>
				<p>Nombre total d'accidents de travail signalés liés à la violence</p>	<p>Réduire de 20% 288 accidents (Résultat 2018-19: 360)</p>

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 17 mars 2020

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

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

Proposé

Appuyé

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

Adoption

Soumis le 28 février 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES SERVICES À LA CLIENTÈLE, DE LA GESTION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS		N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	2020-04-
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2019-06-18
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2020-04-
Établissement(s)/programme(s) :			

BUT

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

Composition et fonctionnement

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

Responsabilités

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

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

Rapport

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

Politique / Procédure N° : CA-350

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

Plan de travail et objectifs annuels du Comité

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

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

Note d'information

Point 7.1

Nom du comité : Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité, Comité des finances et de vérification du CA

Date : 17 mars 2020

Objet : Tableau de bord équilibré T3 2019-2020

Décision recherchée

Ce rapport est présenté à titre d'information seulement.

Contexte/problématique

- Une version révisée du Tableau de bord et du Rapport trimestriel sont proposées pour le T3 2019-2020, incluant une analyse plus détaillée pour certains indicateurs ciblés, identifiables par une loupe dans le sommaire et les fiches d'analyse.
- Les indicateurs jugés près de la cible peuvent bénéficier d'une marge d'écart de 10% par rapport à celle-ci, toutefois ceux liés à l'accès aux soins et à la sécurité des patients bénéficient d'une marge de 5%.
- La majorité des indicateurs sont produits pour le T3 2019-2020, mais certains indicateurs cliniques ne sont disponibles que pour le T2 2019-2020. Lorsque possible les données financières de janvier 2020 ont été ajoutées et les fiches associées présentent le total à date comparatif.
- Certains indicateurs ne démontrent pas d'état d'avancement, car ils n'ont pas de cible établie.
- La décision de ne plus modifier le budget après son dépôt affecte certains indicateurs financiers puisque les ajustements aux revenus en cours d'année ne sont pas inclus.
- Le tableau de bord fera l'objet d'une révision majeure pour la prochaine année fiscale afin de l'arrimer au nouveau plan stratégique 2020-2023.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le Réseau de santé Vitalité présentait un coût par jour repas plus élevé que la cible en janvier 2020. Cette augmentation peut être divisée en 2 éléments: le coût de l'inflation (intrants, frais divers, etc.), notamment une augmentation des salaires; et par une diminution du volume des jours repas.
- Le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein du Réseau demeure sous la barre des 90 % depuis 2017-2018 et est en légère baisse. L'analyse détaillée des données par département suggère que la baisse relativement générale des taux de conformité à l'hygiène des mains est attribuable aux groupes bénévoles, nutritionnistes, phlébotomistes, et brancardiers. Ces groupes montrent une diminution de conformité entre 12 et 44 points de pourcentage entre 2017 et 2020, ce qui influence les résultats à la baisse.
- Le Réseau montre en moyenne un taux de chutes de 5.06, en ligne avec la cible de 5.0. En 2019-2020, la majorité des chutes n'ont occasionné aucune séquelle (65 % du total). Néanmoins, la proportion de chutes graves est passée de 1.5 % à 2.0 % du total depuis 2017-2018. Plusieurs facteurs contribuent à ces tendances, notamment les équipements défectueux, l'état physique et le comportement du patient, et le stress et la charge de travail du personnel.
- Le nombre de consultations en télésanté est à la hausse dans toutes les Zones au troisième trimestre de l'année 2019-2020 comparativement au deuxième trimestre. Ceci inverse la

tendance du trimestre précédent qui était à la baisse. La baisse au T2 2019-2020 peut s'expliquer en partie par l'oncologie qui ne faisait plus autant de consultations à distance (soit 130 de moins comparativement à la même période l'année passée), mais on constate une reprise avec une augmentation dans les trois derniers mois. La cible du Réseau pour l'année 2019-2020 est de 4,198 consultations.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Aucune

Proposition et résolution

Aucune proposition

Soumis le 10 mars 2020 par l'équipe de l'Aide à la décision.

Réseau de santé Vitalité

Tableau de bord équilibré 2019-2020

Rapport trimestriel (T3)



Table des matières		Pages
Sommaire		3
Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)		8
CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée		9
% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale		10
Taux de réadmission 30 jours		11
% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires		12
Nombre de patients qui ont quitté sans avoir vu le médecin		13
Coût par habitant pour les soins de santé		14
Coût par jour patient / unités soins infirmiers		15
Variance entre le budget et les dépenses actuelles		16
Coût par jour repas		17
Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré		18
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales		19
% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales		20
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales		21
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail		22
Variance en salaires et bénéfices		23
Variance en dépenses médicaments		24
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses		25
Coût en énergie par pied carré		26
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques		27
Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus		28
Taux de césarienne à faibles risques		29
Taux de chutes		30
Taux de chutes avec blessures graves		31
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)		32
Taux d'erreurs des médicaments		33
Taux de conformité à l'hygiène des mains		34
Taux d'infection Clostridium difficile		35
Taux d'infection et de colonisation au SARM		36
Taux d'infection et de colonisation ERV		37
Ratio normalisé de mortalité hospitalière		38
Durée moyenne de séjour (DMS) de l'ensemble des cas		39
Jours-Patients		40
Nombre de procédures aux laboratoires		41
Nombre d'examens en imagerie médicale		42
Nombre de cas au bloc opératoire		43
Nombre de visites en hémodialyse		44
Nombre de visites en oncologie		45
% de visites 4 et 5 à l'urgence		46
Nombre de visites à l'urgence		47
% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus		48
Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA) en soins de courte durée		49
% de lits occupés par des cas de SLD		50
Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté		51
Chirurgie en attente plus de 12 mois (Moyenne mensuelle)		52
% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)		53
% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)		54
Taux global aux modules e-apprentissage		55
Moyenne de jours de maladie payés par employé		56
% de poste permanents vacants		57
# d'accident avec perte de temps x 200 000/ # heures totales travaillées		58
Taux de conformité dans les appréciations de rendement		59
Nombre de nouveaux griefs		60
% d'heures de maladie		61
% d'heures de surtemps		62
Heures travaillées PPU/jours-patients		63
# de départ PT et TP/# moyen d'employé PT et TP		64

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Dernier trimestre)	T1	T2	T3	T4	
1.1	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	Dre.Desrosiers	T	T2-2019-20	189	182	196	178	154	⚠	✓		
1.2	CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	Jacques Duclos	T	T3-2019-20	45%	46%	100%	46%	49%	✗	✗	✗	
1.3	% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale	Jacques Duclos	T	T2-2019-20	8.9%	8.9%	9.0%	10.6%	8.3%	✗	✓		
1.5	Taux de réadmission 30 jours	Dre Desrosiers	T	T2-2019-20	9.01	9.23	8.33	7.80	6.62	⚠	✓		
1.6	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy	T	T2-2019-20	6.59%	6.27%	6.46%	5.59%	5.54%	✓	✓		
1.7	Nombre de patients qui ont quitté sans avoir vu le médecin	Dre.Desrosiers	M	T3-2019-20	15,971	12,137	-	11,904	3,959				
1.8	Coût par habitant pour les soins de santé	Gisèle Beaulieu	M	Janvier 2020	\$3,023	\$2,853	\$2,793	\$2,881	\$3,046	✗	⚠	⚠	⚠
1.9	Coût par jour patient / unités soins infirmiers	Johanne Roy	T	T2-2019-20	\$359	\$354	\$352	\$360	\$360	⚠	⚠	⚠	
1.10	Variance entre le budget et les dépenses actuelles	Gisèle Beaulieu	M	Janvier 2020	-\$691,902	\$2,150,777	-	-\$16,599,092	-\$1,751,108	-	-	-	-
1.11	Coût par jour repas	Stéphane Legacy	M	Janvier 2020	\$37.34	\$37.02	\$33.12	\$36.14	\$37.81	✗	✗	✗	✗
1.12	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Stéphane Legacy	M	Janvier 2020	\$5.19	\$4.84	\$4.66	\$4.94	\$5.20	⚠	⚠	⚠	✗
1.13	% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	Gisèle Beaulieu	M	Janvier 2020	2.44%	2.44%	2.60%	2.41%	2.28%	✓	✓	⚠	✓

- ✓ Conforme à l'objectif de rendement
- ⚠ Près de la cible
- ✗ Inférieur à l'objectif de rendement
- 🔍 Analyse plus approfondie

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Dernier trimestre)	T1	T2	T3	T4	
1.14	% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	Stéphane Legacy	M	Janvier 2020	18%	16%	17%	16%	17%	!	!	✓	!
1.15	% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	Johanne Roy	M	Janvier 2020	56%	56%	55%	55%	55%	!	✓	!	!
1.16	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Stéphane Legacy	T	T3 -2019-20	\$1.19	\$1.17	\$1.19	\$1.21	\$1.21	✓	!	!	
1.17	Variance en salaires et bénéfices	Gisèle Beaulieu	M	Janvier 2020	\$976,866	\$4,200,815	-	-\$1,367,945	\$1,897,993	-	-	-	-
1.18	Variance en dépenses médicaments	Stéphane Legacy	M	Janvier 2020	-\$97,723	-\$1,626,095	-	-\$8,649,043	-\$1,507,858	-	-	-	-
1.19	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Johanne Roy	M	Janvier 2020	-\$2,426,728	\$423,462	-	-\$7,489,639	-\$1,622,728	-	-	-	-
1.20	Coût en énergie par pied carré	Stéphane Legacy	M	Janvier 2020	\$7.77	\$5.43	\$5.54	\$5.57	\$7.66	✓	✗	✓	✗
1.21	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Dre.Desrosiers	T	T2-2019-20	6.5%	8.9%	0.0%	5.2%	7.0%	!	✗		
1.22	Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus	Johanne Roy	T	T2-2019-20	8.82	8.80	12.00	8.84	8.83	✓	✓		
1.23	Taux de césarienne à faibles risques	Dre.Desrosiers	T	T2-2019-20	10.9%	11.0%	15.2%	11.5%	13.1%	✓	✓		
1.24	Taux de chutes	Johanne Roy	M	T3-2019-20	5.06	5.23	5.00	4.88	4.95	✓	!	✓	
1.25	Taux de chutes avec blessures graves	Gisèle Beaulieu	M	T3-2019-20	0.05	0.05	0.00	0.04	0.05	✗	✓	✗	

- ✓ Conforme à l'objectif de rendement
- ! Près de la cible
- ✗ Inférieur à l'objectif de rendement
- 🔍 Analyse plus approfondie

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Dernier trimestre)	T1	T2	T3	T4	
1.26 Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Gisèle Beaulieu	M	T3-2019-20	0.078	0.035	0.000	0.177	0.105	✗	✗	✗		
1.27 Taux d'erreurs des médicaments	Gisèle Beaulieu	M	T3-2019-20	4.08	4.24	3.68	3.43	3.26	⚠	✓	✓		
1.28 Taux de conformité à l'hygiène des mains 	Gisèle Beaulieu	M	T3-2019-20	77.5%	81.9%	90.0%	77.5%	77.1%	✗	✗	✗		
1.29 Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu	M	T3-2019-20	2.00	1.89	3.57	1.90	2.13	✓	✓	✓		
1.30 Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu	M	T3-2019-20	0.24	0.28	1.29	0.25	0.00	✓	✓	✓		
1.31 Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu	M	T3-2019-20	0.11	0.14	0.05	0.07	0.11	✗	✓	✗		
1.32 Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Gisèle Beaulieu	T	T2-2019-20	111	104	89	118	117	✗	✗			
1.33 Durée moyenne de séjour (DMS) de l'ensemble des cas	Dre.Desrosiers	T	T2-2019-20	8.79	8.47	8.26	9.40	9.36	✗	✗			
1.34 Jours-Patients	Johanne Roy	M	T3-2019-20	374,079	280,877	-	275,108	92,423					
1.35 Nombre de procédures aux laboratoires	Stéphane Legacy	M	T3-2019-20	8,911,305	6,614,545	2,183,270	6,877,243	2,281,557	✗	⚠	⚠		
1.36 Nombre d'exams en imagerie médicale	Stéphane Legacy	M	T3-2019-20	425,436	319,729	104,232	313,554	105,135	⚠	⚠	⚠		
1.37 Nombre de cas au bloc opératoire	Johanne Roy	M	T3-2019-20	20,312	15,186	-	14,873	5,195					

-  Conforme à l'objectif de rendement
-  Près de la cible
-  Inférieur à l'objectif de rendement
-  Analyse plus approfondie

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Dernier trimestre)	T1	T2	T3	T4	
1.38	Nombre de visites en hémodialyse	Johanne Roy	M	T3-2019-20	62,628	46,972	-	48,888	16,620				
1.39	Nombre de visites en oncologie	Johanne Roy	M	T3-2019-20	46,181	35,173	-	36,668	12,081				
1.40	% de visites 4 et 5 à l'urgence	Stéphane Legacy	T	T3-2019-20	60.8%	60.5%	57.2%	60.5%	60.8%	!	!	!	
1.41	Nombre de visites à l'urgence	Johanne Roy	M	T3-2019-20	224,282	169,287	-	162,936	53,236				
1.42	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Johanne Roy	T	T2-2019-20	11.6%	10.3%	-	14.0%	12.6%				
1.45	Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA) en soins de courte durée	Johanne Roy	T	T2-2019-20	21.0%	19.3%	18.5%	26.0%	26.0%	✗	✗		
1.46	% de lits occupés par des cas de SLD	Johanne Roy	M	T3-2019-20	28.8%	28.5%	22.1%	29.7%	30.4%	✗	✗	✗	
1.47	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté 	Gisèle Beaulieu	M	T3-2019-20	3,650	2,659	4,198	2,175	849	✗	✗	✗	
1.48	Chirurgie en attente plus de 12 mois (Moyenne mensuelle)	Johanne Roy	M	T3-2019-20	20	20	0	24	28	✗	✗	✗	
1.49	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Johanne Roy	M	T3-2019-20	66.0%	66.7%	75.0%	66.7%	66.9%	✗	✗	✗	
1.50	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)	Johanne Roy	M	T3-2019-20	68.5%	69.6%	85.0%	69.2%	64.6%	✗	✗	✗	
1.51	Taux global aux modules e-apprentissage	Gisèle Beaulieu	M	T3-2019-20	66.2%	66.5%	100.0%	64.6%	64.1%	✗	✗	✗	

-  Conforme à l'objectif de rendement
-  Près de la cible
-  Inférieur à l'objectif de rendement
-  Analyse plus approfondie

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Dernier trimestre)	T1	T2	T3	T4	
1.52	Moyenne de jours de maladie payés par employé	Johanne Roy	T	T3-2019-20	12.40	12.15	11.45	12.14	12.64	⚠	⚠	✗	
1.53	% de poste permanents vacants	Johanne Roy	M	T3-2019-20	3.7%	3.5%	-	5.4%	4.6%				
1.54	# d'accident avec perte de temps x 200 000/ # heures totales travaillées	Johanne Roy	T	T2-2019-20	4.03	4.57	4.11	3.97	3.44	✗	✓		
1.55	Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Johanne Roy	M	T3-2019-20	46.0%	46.6%	65.0%	45.3%	47.2%	✗	✗	✗	
1.57	Nombre de nouveaux griefs	Johanne Roy	T	T3-2019-20	203	184	193	100	40	✓	✓	✓	
1.58	% d'heures de maladie	Johanne Roy	M	T3-2019-20	6.3%	6.2%	5.4%	6.1%	6.3%	✗	✗	✗	
1.59	% d'heures de surtemps	Johanne Roy	M	T3-2019-20	3.0%	2.9%	2.1%	3.4%	3.1%	✗	✗	✗	
1.60	Heures travaillées PPU/jours-patients	Johanne Roy	M	T3-2019-20	6.75	6.79	6.09	6.85	6.94	⚠	✗	✗	
1.61	# de départ PT et TP/# moyen d'employé PT et TP	Gisèle Beaulieu	T	T2-2019-20	1.7%	1.7%	-	1.8%	1.9%				

- ✓ Conforme à l'objectif de rendement
- ⚠ Près de la cible
- ✗ Inférieur à l'objectif de rendement
- 🔍 Analyse plus approfondie

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)

LEADERSHIP	Dre.Desrosiers	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS	
CIBLE	196 (Déterminé par le ministère)	
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation pour trois maladies chroniques : la MPOC, l'insuffisance cardiaque et le diabète. Une bonne prise en charge de ces patients dans la communauté permettrait de prévenir ou à tout le moins de réduire les hospitalisations tout en libérant des ressources hospitalières pour le traitement des maladies aiguës. La cible est établie à 196.	
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Province', shows the provincial hospitalization rate per 100,000 population for three fiscal years: 2016-17 (199), 2017-18 (200), and 2018-19 (189). A red horizontal line indicates the target rate of 196. The right chart, titled 'Zone 1, Zone 4, Zone 5, Zone 6', shows the hospitalization rate per 100,000 population for two trimesters (T1 and T2) in 2019-20 for four zones. Zone 1: T1 (163), T2 (121); Zone 4: T1 (253), T2 (183); Zone 5: T1 (299), T2 (224); Zone 6: T1 (167), T2 (158). A red horizontal line indicates the target rate of 196.</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le taux d'hospitalisation du Réseau Vitalité était de 189 et sous la cible pour l'année fiscale 2018-2019. L'analyse comparative par zone montre que la Zone 5 présentait le taux le plus élevé tandis que la Zone 1B présente le taux le plus faible au deuxième trimestre 2019-2020. La tendance du taux d'hospitalisation est généralement à la baisse au sein du Réseau.	
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées.	
INITIATIVES	Deux campagnes de promotion de la santé sur l'obésité et le tabagisme auront été menées en collaboration avec les partenaires concernés.	✓
	Intensifier des solutions de rechange à l'hospitalisation pour la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque.	✓
	Déploiement du Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac (MOAT) à l'échelle régionale	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée

LEADERSHIP	Jacques Duclos																																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																	
SOURCE DE DONNÉES	CSDC-SPSC																																	
CIBLE	100%																																	
DÉFINITION	Cet indicateur permet aux services de santé mentale aux adultes et de traitement des dépendances de déterminer si les clients reçoivent des services dans les délais souhaités. Une prise en charge rapide des patients peut éviter des hospitalisations ou des réadmissions. Cet indicateur se calcule en divisant le nombre de clients de catégorie modérée vu dans les 40 jours divisés par le nombre total de clients dans cette catégorie.																																	
RÉSULTATS	<p>The left chart displays the percentage of patients treated within 40 days for three regions: Vitalité, Horizon, and Province, across two periods (2017-18 and 2018-19). The right chart displays the percentage for four zones (Zone 1B, Zone 4, Zone 5, Zone 6) across three trimesters (T1, T2, T3) for the 2019-20 period. A red horizontal line at 100% indicates the target.</p> <table border="1"> <caption>Data for Left Chart (2017-18 to 2018-19)</caption> <thead> <tr> <th>Region</th> <th>2017-18</th> <th>2018-19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>57%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>46%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>51%</td> <td>42%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Data for Right Chart (2019-20)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>40%</td> <td>32%</td> <td>24%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>28%</td> <td>14%</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>88%</td> <td>86%</td> <td>88%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>37%</td> <td>40%</td> <td>52%</td> </tr> </tbody> </table>		Region	2017-18	2018-19	Vitalité	57%	45%	Horizon	46%	40%	Province	51%	42%	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	40%	32%	24%	Zone 4	28%	14%	65%	Zone 5	88%	86%	88%	Zone 6	37%	40%	52%
Region	2017-18	2018-19																																
Vitalité	57%	45%																																
Horizon	46%	40%																																
Province	51%	42%																																
Zone	T1	T2	T3																															
Zone 1B	40%	32%	24%																															
Zone 4	28%	14%	65%																															
Zone 5	88%	86%	88%																															
Zone 6	37%	40%	52%																															
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du troisième trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (88 %) et la Zone 1B le plus faible (24 %). Le Réseau de santé Vitalité présentait, en 2018-2019, un pourcentage plus élevé que le Réseau de santé Horizon, avec respectivement 45 % versus 40 %.																																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur inclus les adultes et les jeunes.																																	
INITIATIVES	Adopter une approche intégrée dans le continuum de soins comme alternative à l'hospitalisation en psychiatrie.	✓																																
	Un processus de planification de congé sera établi avec le ministère du Développement social et nos autres partenaires concernés pour la clientèle du CHR	✓																																
	L'utilisation des unités de crise mobile déjà en place sera augmentée de 20 %.	✓																																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale

LEADERSHIP	Jacques Duclos																																							
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																							
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS																																							
CIBLE	Réduire de 2% par rapport à l'année précédente																																							
DÉFINITION	<p>Une réadmission peut constituer un indicateur de rechute ou de complications après une hospitalisation. Les soins aux patients hospitalisés qui vivent avec une maladie mentale visent à stabiliser les symptômes aigus. Une fois son état stabilisé, la personne obtient son congé; elle reçoit des soins ultérieurs dans le cadre de programmes de traitement offerts dans la collectivité ou en consultation externe afin de prévenir une rechute ou des complications. Des taux élevés de réadmission dans les 30 jours peuvent être interprétés comme une conséquence directe d'une lacune au niveau de la coordination des services ou comme une conséquence indirecte d'un manque au niveau de la continuité des services offerts après la sortie du patient.</p>																																							
RÉSULTATS	<p>Données des graphiques :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Vitalité</td> <td>2016-2017</td> <td>9.7%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>10.0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Horizon</td> <td>2016-2017</td> <td>6.9%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>6.9%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Province</td> <td>2016-2017</td> <td>7.6%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>8.5%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 1B</td> <td>T1</td> <td>10.2%</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>5.3%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 4</td> <td>T1</td> <td>13.1%</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>11.0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 5</td> <td>T1</td> <td>21.9%</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>12.1%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 6</td> <td>T1</td> <td>10.0%</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>6.3%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Trimestre	Pourcentage	Vitalité	2016-2017	9.7%	2017-2018	10.0%	Horizon	2016-2017	6.9%	2017-2018	6.9%	Province	2016-2017	7.6%	2017-2018	8.5%	Zone 1B	T1	10.2%	T2	5.3%	Zone 4	T1	13.1%	T2	11.0%	Zone 5	T1	21.9%	T2	12.1%	Zone 6	T1	10.0%	T2	6.3%
Zone	Trimestre	Pourcentage																																						
Vitalité	2016-2017	9.7%																																						
	2017-2018	10.0%																																						
Horizon	2016-2017	6.9%																																						
	2017-2018	6.9%																																						
Province	2016-2017	7.6%																																						
	2017-2018	8.5%																																						
Zone 1B	T1	10.2%																																						
	T2	5.3%																																						
Zone 4	T1	13.1%																																						
	T2	11.0%																																						
Zone 5	T1	21.9%																																						
	T2	12.1%																																						
Zone 6	T1	10.0%																																						
	T2	6.3%																																						
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du deuxième trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. Malgré une amélioration importante au T2, la Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (12.1 %) tandis que la Zone 1B présente le pourcentage le plus faible (5.3 %). Depuis 2017-2018, le pourcentage de réadmission semble diminuer au sein du Réseau de santé Vitalité.</p>																																							
LIMITES DE L'INDICATEUR	<p>Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur incluent les troubles liés à la consommation de substances, la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques, les troubles d'humeur ou affectifs, les troubles anxieux, et certains troubles de personnalité et du comportement chez l'adulte.</p>																																							
INITIATIVES	Les taux d'admission et de réadmission des patients en santé mentale auront atteint 9 %.	✓																																						
	Les services de télésanté seront développés en psychiatrie.	✓																																						
	Le programme de prévention dans le traitement des dépendances chez les jeunes sera révisé.	✓																																						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux de réadmission 30 jours

LEADERSHIP	Dre Desrosiers																																												
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																												
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS																																												
CIBLE	Réduire de 2% par année à partir des résultats de 2016-17																																												
DÉFINITION	<p>Cet indicateur concerne le nombre de patients réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie initiale. Il se calcule en divisant le nombre de réadmissions observées par le nombre de réadmissions prévues, puis en multipliant par le taux moyen au Canada. La réadmission d'urgence à l'hôpital est pénible pour le patient et coûteuse pour le système de santé. Bien que toutes les réadmissions ne puissent pas être évitées, le taux peut être réduit par un meilleur suivi et une bonne coordination des soins dispensés aux patients après leur sortie.</p>																																												
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Normalized 30-day readmission rates (2016-2017 to 2018-2019)</caption> <thead> <tr> <th>Entity</th> <th>2016-2017</th> <th>2017-2018</th> <th>2018-2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>8.9</td> <td>9.0</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>8.8</td> <td>8.9</td> <td>8.6</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>8.8</td> <td>8.9</td> <td>8.8</td> </tr> <tr> <td>Canada</td> <td>9.4</td> <td>9.6</td> <td>9.6</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 Normalized 30-day readmission rates by zone and trimester</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Trimestre</th> <th>Taux normalisé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Zone 1B</td> <td>T1</td> <td>8.6</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>6.2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 4</td> <td>T1</td> <td>9.6</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>7.1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 5</td> <td>T1</td> <td>9.7</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>7.5</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 6</td> <td>T1</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>6.4</td> </tr> </tbody> </table>		Entity	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Vitalité	8.9	9.0	9.0	Horizon	8.8	8.9	8.6	Province	8.8	8.9	8.8	Canada	9.4	9.6	9.6	Zone	Trimestre	Taux normalisé	Zone 1B	T1	8.6	T2	6.2	Zone 4	T1	9.6	T2	7.1	Zone 5	T1	9.7	T2	7.5	Zone 6	T1	8.5	T2	6.4
Entity	2016-2017	2017-2018	2018-2019																																										
Vitalité	8.9	9.0	9.0																																										
Horizon	8.8	8.9	8.6																																										
Province	8.8	8.9	8.8																																										
Canada	9.4	9.6	9.6																																										
Zone	Trimestre	Taux normalisé																																											
Zone 1B	T1	8.6																																											
	T2	6.2																																											
Zone 4	T1	9.6																																											
	T2	7.1																																											
Zone 5	T1	9.7																																											
	T2	7.5																																											
Zone 6	T1	8.5																																											
	T2	6.4																																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Depuis 2016-2017, le taux de réadmission à l'intérieur de 30 jours est relativement stable au sein du Réseau de santé Vitalité atteignant 9 %. Le deuxième trimestre 2019-2020 montre une diminution pour toutes les zones, les plaçant sous la cible. Par ailleurs, le taux de réadmission est à peu près équivalent entre les Réseaux de santé Vitalité et Horizon.</p>																																												
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur ne précise pas les raisons des réadmissions.																																												
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.	✓																																											
	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓																																											
	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓																																											

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires

LEADERSHIP	Stéphane Legacy																																
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS																																
CIBLE	Diminuer de 2% par rapport à l'année précédente																																
DÉFINITION	L'hospitalisation pour une condition propice aux soins ambulatoires est considérée comme une mesure d'accès à des soins primaires appropriés. Bien que les admissions pour ces conditions ne soient pas toutes évitables, on présume que des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir le début de ce type de maladie ou de condition, aider à maîtriser une maladie ou une condition épisodique de soins de courte durée, ou contribuer à gérer une condition ou une maladie chronique. Un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins primaires appropriés.																																
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Historical Data (2016-2017 to 2018-2019)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Vitalité (%)</th> <th>Horizon (%)</th> <th>Canada (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~6.5</td> <td>~6.8</td> <td>~5.5</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~6.5</td> <td>~6.8</td> <td>~5.5</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>~6.5</td> <td>~6.8</td> <td>~5.5</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - Pourcentage par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 (%)</th> <th>T2 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.00%</td> <td>3.72%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>6.38%</td> <td>6.57%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>7.06%</td> <td>7.14%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>5.28%</td> <td>6.43%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Vitalité (%)	Horizon (%)	Canada (%)	2016-2017	~6.5	~6.8	~5.5	2017-2018	~6.5	~6.8	~5.5	2018-2019	~6.5	~6.8	~5.5	Zone	T1 (%)	T2 (%)	Zone 1B	5.00%	3.72%	Zone 4	6.38%	6.57%	Zone 5	7.06%	7.14%	Zone 6	5.28%	6.43%
Année	Vitalité (%)	Horizon (%)	Canada (%)																														
2016-2017	~6.5	~6.8	~5.5																														
2017-2018	~6.5	~6.8	~5.5																														
2018-2019	~6.5	~6.8	~5.5																														
Zone	T1 (%)	T2 (%)																															
Zone 1B	5.00%	3.72%																															
Zone 4	6.38%	6.57%																															
Zone 5	7.06%	7.14%																															
Zone 6	5.28%	6.43%																															
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du deuxième trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le pourcentage moyen le plus élevé (7.14 %) tandis que la Zone 1B présente le pourcentage le plus faible (3.72 %). Depuis 2015-2016, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires au sein du Réseau de santé Vitalité demeure relativement stable et sur la cible.																																
LIMITES DE L'INDICATEUR	Il y a 7 conditions propices aux soins ambulatoires: épilepsie et autre état de mal épileptique; maladies pulmonaires obstructives chroniques; asthme; insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire; hypertension; angine, diabète.																																
INITIATIVES	Établir une initiative visant à déterminer la durée de séjour lors de l'hospitalisation ou une gestion de l'épisode de soins pour les maladies chroniques (MPOC).	✓																															
	Les cliniques de MPOC seront décentralisées dans la communauté.	✓																															
	Les cliniques de diabète seront décentralisées dans la communauté.	✓																															

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Nombre de patients qui ont quitté sans avoir vu le médecin

LEADERSHIP	Dre.Desrosiers																													
FRÉQUENCE	Trimestrielle																													
SOURCE DE DONNÉES	MIS																													
CIBLE	Aucune																													
DÉFINITION	<p>Cette mesure reflète le nombre de patients ayant quitté l'urgence sans avoir vu le médecin. Le patient qui quitte l'urgence sans avoir été vu est généralement insatisfait et peut être à risque de complications pour son état de santé. Il est donc important d'offrir des alternatives communautaires aux patients pour l'accessibilité aux soins.</p>																													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Nombre de patients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>13,136</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>15,338</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>15,971</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données trimestrielles par zone (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 - 2019-2020</th> <th>T2 - 2019-2020</th> <th>T3 - 2019-2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>972</td> <td>994</td> <td>885</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>628</td> <td>725</td> <td>887</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>586</td> <td>622</td> <td>526</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>1,698</td> <td>1,720</td> <td>1,661</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Nombre de patients	2016-2017	13,136	2017-2018	15,338	2018-2019	15,971	Zone	T1 - 2019-2020	T2 - 2019-2020	T3 - 2019-2020	Zone 1B	972	994	885	Zone 4	628	725	887	Zone 5	586	622	526	Zone 6	1,698	1,720	1,661
Année	Nombre de patients																													
2016-2017	13,136																													
2017-2018	15,338																													
2018-2019	15,971																													
Zone	T1 - 2019-2020	T2 - 2019-2020	T3 - 2019-2020																											
Zone 1B	972	994	885																											
Zone 4	628	725	887																											
Zone 5	586	622	526																											
Zone 6	1,698	1,720	1,661																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats montrent qu'au troisième trimestre de 2019-2020, 3,722 patients ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin tandis qu'au deuxième trimestre de 2019-2020, ce chiffre montait à 4,061. La Zone 6 a le plus grand nombre de patients qui ont quittés sans voir le médecin. La tendance des dernières années montre que le nombre de patients qui ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin est à la hausse.</p>																													
LIMITES DE L'INDICATEUR	<p>Le nombre de patients qui ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin est un indicateur suivi depuis peu.</p>																													
INITIATIVES	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓																												
	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓																												
	Régionaliser la programmation des services d'urgence.	✓																												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Coût par habitant pour les soins de santé

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Système financier Meditech Réseau de santé Vitalité									
CIBLE	2,793 \$									
DÉFINITION	<p>Le coût par habitant pour les soins de santé est une mesure de l'efficacité des ressources dépensées pour la prestation de services au sein du Réseau de santé Vitalité. Cet indicateur est calculé en prenant le ratio du coût total des opérations, incluant les amortissements et l'assurance maladie, et de la population desservie. La cible est calculée à partir du budget pour chaque période et divisé par la population.</p>									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données du graphique à barres</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Coût par habitant (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAD Janv. 2018-19</td> <td>2,853</td> </tr> <tr> <td>TAD Janv. 2019-20</td> <td>2,881</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>2,793</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Coût par habitant (\$)	TAD Janv. 2018-19	2,853	TAD Janv. 2019-20	2,881	Cible	2,793
Période	Coût par habitant (\$)									
TAD Janv. 2018-19	2,853									
TAD Janv. 2019-20	2,881									
Cible	2,793									
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats comparatifs des totaux à date de 2018-2019 et 2019-2020 sont présentés. Le coût des soins de santé par habitant s'élevait à 2,853 \$ en 2018-2019 alors qu'il est maintenant de 2,881 \$ en 2019-2020, soit juste au-dessus de la cible de 2,793 \$.</p>									
LIMITES DE L'INDICATEUR	<p>Le coût par habitant exclu les dépenses liées au Centre hospitalier Restigouche. De plus, les allocations de retraite et les médicaments d'oncologies sont sous-estimés de l'ordre de 9,209,504\$ et 5,700,522\$ respectivement.</p>									
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Coût par jour patient / unités soins infirmiers

LEADERSHIP	Johanne Roy																																					
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																					
SOURCE DE DONNÉES	MIS																																					
CIBLE	Diminuer de 4.5% par rapport à l'année précédente																																					
DÉFINITION	<p>L'objectif de cet indicateur est de déterminer le coût des soins dispensés pour chaque jour de présence en mesurant le coût direct des unités de soins par jour de présence des patients hospitalisés. Spécifiquement, cet indicateur se calcule en divisant les dépenses directes de fonctionnement des unités de soins infirmiers dans une période donnée (salaires et bénéfices du personnel infirmiers, médicaments, fournitures médicales et chirurgicales et autres fournitures d'opération) par le nombre de jours de présence des patients hospitalisés durant la même période. Cette mesure permet de faire l'évaluation comparative du niveau d'efficacité des unités de soins.</p>																																					
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Coût par jour patient - Vitalité, Horizon, Province (2016-2017 à 2018-2019)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Vitalité</th> <th>Horizon</th> <th>Province</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>\$353</td> <td>\$395</td> <td>\$371</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>\$366</td> <td>\$395</td> <td>\$384</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>\$359</td> <td>\$399</td> <td>\$384</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Coût par jour patient - Zones 1B, 4, 5, 6 (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>\$372</td> <td>\$366</td> <td>\$377</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>\$427</td> <td>\$413</td> <td>\$395</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>\$306</td> <td>\$298</td> <td>\$300</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>\$368</td> <td>\$377</td> <td>\$358</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Vitalité	Horizon	Province	2016-2017	\$353	\$395	\$371	2017-2018	\$366	\$395	\$384	2018-2019	\$359	\$399	\$384	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	\$372	\$366	\$377	Zone 4	\$427	\$413	\$395	Zone 5	\$306	\$298	\$300	Zone 6	\$368	\$377	\$358
Année	Vitalité	Horizon	Province																																			
2016-2017	\$353	\$395	\$371																																			
2017-2018	\$366	\$395	\$384																																			
2018-2019	\$359	\$399	\$384																																			
Zone	T1	T2	T3																																			
Zone 1B	\$372	\$366	\$377																																			
Zone 4	\$427	\$413	\$395																																			
Zone 5	\$306	\$298	\$300																																			
Zone 6	\$368	\$377	\$358																																			
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Au T3 2019-2020, la Zone 4 présente le coût par jour patient le plus élevé (395 \$) tandis que la Zone 5 présente le coût le moins élevé (300 \$). La tendance des dernières années montre une diminution significative. Le Réseau de santé Vitalité présente aussi un coût moins élevé que le Réseau de santé Horizon.</p>																																					
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																																					
INITIATIVES	<p>Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.</p>	✓																																				

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Variance entre le budget et les dépenses actuelles

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances - Meditech									
CIBLE	0 \$									
DÉFINITION	Cet indicateur reflète la différence entre le budget et les dépenses totales pour la période. Si la différence est supérieure à 0, il s'agit d'un surplus tandis que si la différence est inférieure à 0, il s'agit d'un déficit.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Variance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAD Janv. 2018-19</td> <td>\$2,150,777</td> </tr> <tr> <td>TAD Janv. 2019-20</td> <td>-\$16,599,092</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>\$0</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Variance	TAD Janv. 2018-19	\$2,150,777	TAD Janv. 2019-20	-\$16,599,092	Cible	\$0
Période	Variance									
TAD Janv. 2018-19	\$2,150,777									
TAD Janv. 2019-20	-\$16,599,092									
Cible	\$0									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats totaux à date de 2019-2020 présentent un déficit de 16,599,092 \$. En comparaison, le Réseau de santé Vitalité présentait un surplus de 2,150,777 \$ à date en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'indique pas les raisons possibles du surplus ou du déficit présenté et exclus les revenus additionnels au budget établi au début de l'année fiscale. L'indicateur se calcule en considérant les dépenses remboursées par amendements, non inclus dans le budget (19,904,418 \$).									
INITIATIVES	À déterminer.	✓								
		✓								
		✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Coût par jour repas									
LEADERSHIP	Stéphane Legacy								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech								
CIBLE	33.12\$								
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les coûts des services alimentaires (salaires, bénéfices et fournitures d'opération) excluant les cafétérias, par le nombre de jour repas (1 jour-repas = 3 repas).								
RÉSULTATS	<p>The chart displays the cost per meal day for two periods: TAD Janv. 2018-19 and TAD Janv. 2019-20. The y-axis represents the cost in dollars, ranging from \$0.00 to \$40.00 in increments of \$5.00. A red horizontal line indicates the target cost of \$33.12. The 2018-19 cost is \$37.02, and the 2019-20 cost is \$36.14.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Coût par jour repas (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAD Janv. 2018-19</td> <td>37.02</td> </tr> <tr> <td>TAD Janv. 2019-20</td> <td>36.14</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>33.12</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Coût par jour repas (\$)	TAD Janv. 2018-19	37.02	TAD Janv. 2019-20	36.14	Cible	33.12
Année	Coût par jour repas (\$)								
TAD Janv. 2018-19	37.02								
TAD Janv. 2019-20	36.14								
Cible	33.12								
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats comparatifs à date pour les années 2018-2019 et 2019-2020 sont présentés. Le Réseau de santé Vitalité présentait un coût par jour repas de 36.14 \$ à date en 2019-2020 alors que ce coût s'élevait à 37.02 \$ en 2018-2019. Le coût par jour repas est toujours au dessus de la cible de 33.12 \$ L'écart par rapport à la cible est du au coût de l'inflation (intrants, frais divers, etc.), notamment une augmentation des salaires de 4.1 %; et au volume de repas, démontré par une diminution de 2.7 %.</p>								
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'inclus pas l'ensemble des coûts des services alimentaires.								
INITIATIVES	Optimiser les services d'alimentation. ✓								
	✓								
	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré

LEADERSHIP	Stéphane Legacy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech									
CIBLE	4.66 \$									
DÉFINITION	Cet indicateur reflète les dépenses en salaires du service de l'environnement pour les hôpitaux par pied carré.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Coût en salaires (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAD Janv. 2018-19</td> <td>4.84</td> </tr> <tr> <td>TAD Janv. 2019-20</td> <td>4.94</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>4.66</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Coût en salaires (\$)	TAD Janv. 2018-19	4.84	TAD Janv. 2019-20	4.94	Cible	4.66
Période	Coût en salaires (\$)									
TAD Janv. 2018-19	4.84									
TAD Janv. 2019-20	4.94									
Cible	4.66									
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les coûts en salaires du service d'environnement ont subi une légère augmentation en 2019-2020 pour s'établir à 4.94 \$. Le coût à date en 2018-2019 s'établissait à 4.84 \$. La cible du coût en salaires du service de l'environnement par pied carré au sein du Réseau est de 4.66 \$.</p>									
LIMITES DE L'INDICATEUR										
INITIATIVES	Optimiser les services de l'environnement	✓								
		✓								
		✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech									
CIBLE	2.60%									
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses administratives (administration générale, gestion de la qualité, gestion de risques, etc.) par les dépenses totales.									
RÉSULTATS	<p>The chart displays the percentage of administrative expenses relative to total expenses for TAD. The y-axis ranges from 0.00% to 5.00%. A red horizontal line indicates the target at 2.60%. Two bars represent the actual values: 2.44% for TAD Janv. 2018-19 and 2.41% for TAD Janv. 2019-20.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Valeur (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAD Janv. 2018-19</td> <td>2.44%</td> </tr> <tr> <td>TAD Janv. 2019-20</td> <td>2.41%</td> </tr> <tr> <td>Cible TAD</td> <td>2.60%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Valeur (%)	TAD Janv. 2018-19	2.44%	TAD Janv. 2019-20	2.41%	Cible TAD	2.60%
Période	Valeur (%)									
TAD Janv. 2018-19	2.44%									
TAD Janv. 2019-20	2.41%									
Cible TAD	2.60%									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales du Réseau à la fin de janvier 2019-2020 était de 2.41 %, tandis que ce pourcentage était de 2.44 % en 2018-2019. Cet indicateur s'établit maintenant juste au dessous la cible du Réseau de santé Vitalité qui est 2.60 \$.									
LIMITES DE L'INDICATEUR										
INITIATIVES	À déterminer.	✓								
		✓								
		✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales

LEADERSHIP	Stéphane Legacy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech									
CIBLE	16.94%									
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses des services de soutien (services alimentaires, entretien ménager, entretien des installations, admission, archives, ressources humaines, services financiers, etc.) par les dépenses totales.									
RÉSULTATS	<p>The chart displays two bars representing the percentage of support expenses relative to total expenses. The first bar, for TAD Janv. 2018-19, is light blue and reaches 16.37%. The second bar, for TAD Janv. 2019-20, is dark blue and reaches 16.45%. A red horizontal line at the top of the chart indicates the target value of 16.94%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAD Janv. 2018-19</td> <td>16.37%</td> </tr> <tr> <td>TAD Janv. 2019-20</td> <td>16.45%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>16.94%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Pourcentage	TAD Janv. 2018-19	16.37%	TAD Janv. 2019-20	16.45%	Cible	16.94%
Année	Pourcentage									
TAD Janv. 2018-19	16.37%									
TAD Janv. 2019-20	16.45%									
Cible	16.94%									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales en janvier 2019-2020 était de 16.45 %, alors que ce pourcentage était de 16.37 % en 2018-2019. Ce pourcentage est juste au-dessous de la cible du Réseau qui est de 16.94 %.									
LIMITES DE L'INDICATEUR										
INITIATIVES	À déterminer.	✓								
		✓								
		✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales

LEADERSHIP	Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech									
CIBLE	55.25%									
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses des programmes cliniques (services aux patients hospitalisés, services diagnostiques, thérapeutiques, tertiaires, services ambulatoires, etc.) par les dépenses totales.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAD Janv. 2018-19</td> <td>55.63%</td> </tr> <tr> <td>TAD Janv. 2019-20</td> <td>55.00%</td> </tr> <tr> <td>Cible TAD</td> <td>55.25%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Taux (%)	TAD Janv. 2018-19	55.63%	TAD Janv. 2019-20	55.00%	Cible TAD	55.25%
Année	Taux (%)									
TAD Janv. 2018-19	55.63%									
TAD Janv. 2019-20	55.00%									
Cible TAD	55.25%									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats comparatifs à date de 2019-2020 présentent une diminution du taux des dépenses des programmes cliniques par rapport aux dépenses totales, s'établissant à 55 %. A la fin de janvier 2018-2019, ce taux était de 55.63 %. La cible du Réseau est de 55.25 %.									
LIMITES DE L'INDICATEUR										
INITIATIVES	Procéder à l'élaboration d'un plan directeur pour la planification fonctionnelle de nos établissements.	✓								
	Des unités de cliniques apprenantes seront créées.	✓								
		✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail

LEADERSHIP	Stéphane Legacy																																																
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																																
SOURCE DE DONNÉES	MIS																																																
CIBLE	Résultats année précédente																																																
DÉFINITION	<p>Cet indicateur reflète le coût direct moyen par unité de charge de travail dans les services de laboratoire. Les coûts d'opération des laboratoires représentent une proportion importante des coûts d'opération pour des services diagnostiques et ceux-ci sont affectés par la productivité des équipements et du personnel. Un coût par charge de travail permet de comparer la performance des divers services de laboratoire et d'évaluer leur efficacité.</p>																																																
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart displays costs for three regions: Vitalité, Horizon, and Province, across three consecutive years (2016-2017, 2017-2018, 2018-2019). A red horizontal line indicates a target cost of \$1.19. The right chart displays costs for four zones (Zone 1B, Zone 4, Zone 5, Zone 6) across three quarters (T1, T2, T3) of 2019-2020. A red horizontal line indicates a target cost of \$1.19.</p> <table border="1"> <caption>Coûts d'opération des laboratoires/unité de charge de travail (2016-2019)</caption> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>2016-2017</th> <th>2017-2018</th> <th>2018-2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>\$1.11</td> <td>\$1.22</td> <td>\$1.19</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>\$0.95</td> <td>\$1.07</td> <td>\$1.00</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>\$1.01</td> <td>\$1.12</td> <td>\$1.07</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Coûts d'opération des laboratoires/unité de charge de travail (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Trimestre</th> <th>Coût</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Zone 1B</td> <td>T1</td> <td>\$1.30</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>\$1.45</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>\$1.40</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zone 4</td> <td>T1</td> <td>\$1.21</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>\$1.20</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>\$1.22</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zone 5</td> <td>T1</td> <td>\$1.07</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>\$1.18</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>\$1.09</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zone 6</td> <td>T1</td> <td>\$1.03</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>\$1.01</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>\$0.97</td> </tr> </tbody> </table>		Région	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Vitalité	\$1.11	\$1.22	\$1.19	Horizon	\$0.95	\$1.07	\$1.00	Province	\$1.01	\$1.12	\$1.07	Zone	Trimestre	Coût	Zone 1B	T1	\$1.30	T2	\$1.45	T3	\$1.40	Zone 4	T1	\$1.21	T2	\$1.20	T3	\$1.22	Zone 5	T1	\$1.07	T2	\$1.18	T3	\$1.09	Zone 6	T1	\$1.03	T2	\$1.01	T3	\$0.97
Région	2016-2017	2017-2018	2018-2019																																														
Vitalité	\$1.11	\$1.22	\$1.19																																														
Horizon	\$0.95	\$1.07	\$1.00																																														
Province	\$1.01	\$1.12	\$1.07																																														
Zone	Trimestre	Coût																																															
Zone 1B	T1	\$1.30																																															
	T2	\$1.45																																															
	T3	\$1.40																																															
Zone 4	T1	\$1.21																																															
	T2	\$1.20																																															
	T3	\$1.22																																															
Zone 5	T1	\$1.07																																															
	T2	\$1.18																																															
	T3	\$1.09																																															
Zone 6	T1	\$1.03																																															
	T2	\$1.01																																															
	T3	\$0.97																																															
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du troisième trimestre de 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 6 présente le coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail le moins élevé (0.97 \$) tandis que la Zone 1B présente le coût le plus élevé (1.40 \$). Le Réseau de santé Vitalité présente un coût plus élevé que le Réseau de santé Horizon pour 2018-2019 (1.19 \$ vs 1.00 \$) mais demeure sous la cible.</p>																																																
LIMITES DE L'INDICATEUR																																																	
INITIATIVES	<p>Poursuivre le processus de restructuration des laboratoires avec un arrimage entre la clinique et le médical.</p>	✓																																															

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Variance en salaires et bénéfices

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech									
CIBLE	0 \$									
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les salaires et les bénéfices (avantages sociaux) comparativement au budget.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données du graphique de variance</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Variance (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAD Janv. 2018-19</td> <td>4,200,815</td> </tr> <tr> <td>TAD Janv. 2019-20</td> <td>-1,367,945</td> </tr> <tr> <td>Cible TAD</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Variance (\$)	TAD Janv. 2018-19	4,200,815	TAD Janv. 2019-20	-1,367,945	Cible TAD	0
Période	Variance (\$)									
TAD Janv. 2018-19	4,200,815									
TAD Janv. 2019-20	-1,367,945									
Cible TAD	0									
ANALYSE DES RÉSULTATS	La variance en salaires et bénéfices à la fin de janvier 2019-2020 était de (1,367,945) \$, alors que la variance en salaires et bénéfices était en surplus de 4,200,815 \$ en 2018-2019. La cible du Réseau est de 0 \$.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'indique pas les raisons possibles du surplus ou du déficit présenté et exclus les revenus additionnels au budget établi au début de l'année fiscale. L'indicateur se calcule en considérant les dépenses remboursées par amendements, non inclus dans le budget (19,904,418 \$).									
INITIATIVES	À déterminer.	✓								
		✓								
		✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Variance en dépenses médicaments	
LEADERSHIP	Stéphane Legacy
FRÉQUENCE	Mensuelle
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech
CIBLE	0 \$
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les médicaments comparativement au budget.
RÉSULTATS	<p>The chart displays the variance in drug expenses. The vertical axis represents the amount in dollars, ranging from \$0 down to -\$10,000,000 in increments of \$1,000,000. A horizontal red line at the top represents the target (Cible) at \$0. Two blue bars represent the Total Available at Date (TAD) for January. The first bar, for TAD Janv. 2018-19, shows a variance of -\$1,626,095. The second bar, for TAD Janv. 2019-20, shows a significantly larger deficit of -\$8,649,043.</p>
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats à la fin de janvier 2019-2020 présentent une variance déficitaire pour les dépenses en médicaments de (8,649,043 \$). En 2018-2019, ce total à date était de (1,626,095) \$. La cible du Réseau est de 0 \$. Il est à noter que ces écarts de variance sont difficilement comparable et réaliste. En 2018-2019, les budgets étaient ajustés au fur et à mesure que les amendements budgétaires étaient soumis, notamment pour l'oncologie. Toutefois en 2019-2020 le secteur des finances a eu la directive de ne pas modifier les budgets originaux.
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'indique pas les raisons possibles du surplus ou du déficit présenté et exclus les revenus additionnels au budget établi au début de l'année fiscale. L'indicateur se calcule en considérant les dépenses remboursées par amendements, non inclus dans le budget (19,904,418 \$).
INITIATIVES	La gestion des ordonnances pharmacologiques sera informatisée. ✓
	✓
	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses

LEADERSHIP	Johanne Roy	
FRÉQUENCE	Mensuelle	
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech	
CIBLE	0 \$	
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les fournitures médicales et chirurgicales et autres dépenses comparativement au budget.	
RÉSULTATS	<p>Legend: TAD Janv. 2018-19 (light blue), TAD Janv. 2019-20 (dark blue), Cible TAD (red line)</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	A la fin Janvier 2020, la variance en fournitures médicales et chirurgicales était sous la cible de 0 \$ et s'établissait à (7,489,639) \$. Toutefois, de ce montant, environ 5M \$ sera récupéré par des amendements budgétaires principalement reliés aux affaires médicales et à des services achetés.	
LIMITES DE L'INDICATEUR	Plusieurs initiatives de dépenses influencent cet indicateur, les surplus venant par ailleurs des salaires pour les rénovations.	
INITIATIVES	Sortir les chirurgies de cataracte et cystoscopie de la salle d'opération et diriger les patients en clinique externe dans la Zone 4.	✓
		✓
		✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Coût en énergie par pied carré

LEADERSHIP	Stéphane Legacy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech									
CIBLE	5.54\$									
DÉFINITION	Cet indicateur reflète les coûts de l'électricité, de l'huile et du gaz naturel dans les hôpitaux par pied carré.									
RÉSULTATS	<p>The chart displays two bars representing the energy cost per square foot for TAD in January. The first bar, for the period 2018-19, shows a cost of \$5.43. The second bar, for the period 2019-20, shows a cost of \$5.57. A horizontal red line indicates the target cost (Cible TAD) at 5.54\$. The y-axis is labeled from \$0.00 to \$6.00 in increments of \$1.00.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Coût en énergie par pied carré</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TAD Janv. 2018-19</td> <td>\$5.43</td> </tr> <tr> <td>TAD Janv. 2019-20</td> <td>\$5.57</td> </tr> <tr> <td>Cible TAD</td> <td>5.54</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Coût en énergie par pied carré	TAD Janv. 2018-19	\$5.43	TAD Janv. 2019-20	\$5.57	Cible TAD	5.54
Période	Coût en énergie par pied carré									
TAD Janv. 2018-19	\$5.43									
TAD Janv. 2019-20	\$5.57									
Cible TAD	5.54									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le coût en énergie par pied carré s'élevait à 5.57 \$ en janvier 2019-2020 alors que ce coût était de 5.43 \$ en 2018-2019. Le coût en énergie par pied carré est au-dessus de la barre cible de 5.54 \$.									
LIMITES DE L'INDICATEUR										
INITIATIVES	À déterminer.	✓								
		✓								
		✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques

LEADERSHIP	Dre.Desrosiers																																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																	
SOURCE DE DONNÉES	3M																																	
CIBLE	0% (Déterminé par ICIS)																																	
DÉFINITION	L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du réseau. Il est important de monitorer les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon efficiente.																																	
RÉSULTATS	<p>Vitalité</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Pourcentage</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>5.6%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>6.9%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>6.5%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>2019-2020 - Pourcentage</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10.5%</td> <td>10.1%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>3.7%</td> <td>8.7%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>7.4%</td> <td>6.8%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>-9.3%</td> <td>1.1%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Pourcentage	Cible	2016-2017	5.6%	0%	2017-2018	6.9%	0%	2018-2019	6.5%	0%	Zone	T1	T2	Cible	Zone 1B	10.5%	10.1%	0%	Zone 4	3.7%	8.7%	0%	Zone 5	7.4%	6.8%	0%	Zone 6	-9.3%	1.1%	0%
Année	Pourcentage	Cible																																
2016-2017	5.6%	0%																																
2017-2018	6.9%	0%																																
2018-2019	6.5%	0%																																
Zone	T1	T2	Cible																															
Zone 1B	10.5%	10.1%	0%																															
Zone 4	3.7%	8.7%	0%																															
Zone 5	7.4%	6.8%	0%																															
Zone 6	-9.3%	1.1%	0%																															
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du deuxième trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. Seule la Zone 6 présente un pourcentage de jours d'hospitalisation (1.1 %) près de la cible prévu par l'ICIS pour les cas typiques. La Zone 1B présente le pourcentage le plus élevé (10.1 %).																																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																																	
INITIATIVES	Établir une initiative visant à déterminer la durée de séjour lors de l'hospitalisation ou une gestion de l'épisode de soins pour les MPOC.	✓																																
	La cogestion de la durée de séjour sera mise en place.	✓																																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus

LEADERSHIP	Johanne Roy																								
FRÉQUENCE	Trimestrielle																								
SOURCE DE DONNÉES	3M																								
CIBLE	12																								
DÉFINITION	<p>La durée moyenne de séjour fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital (en soins aigus). Elle est obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une même période par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. La DMS est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité. Un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients vers des services moins onéreux. Toutefois, un séjour plus court exige généralement une intensité de services plus élevée et coûte plus cher par journée d'hospitalisation. Un séjour trop court peut aussi compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. La cible s'établit à 12 pour les 65 ans et plus.</p>																								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>DMS en soins aigus 65 ans et plus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>8.74</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>8.71</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>8.82</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - DMS en soins aigus 65 ans et plus</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10.19</td> <td>9.41</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>8.74</td> <td>9.28</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>9.33</td> <td>8.02</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>7.23</td> <td>8.11</td> </tr> </tbody> </table>		Période	DMS en soins aigus 65 ans et plus	2016-2017	8.74	2017-2018	8.71	2018-2019	8.82	Zone	T1	T2	Zone 1B	10.19	9.41	Zone 4	8.74	9.28	Zone 5	9.33	8.02	Zone 6	7.23	8.11
Période	DMS en soins aigus 65 ans et plus																								
2016-2017	8.74																								
2017-2018	8.71																								
2018-2019	8.82																								
Zone	T1	T2																							
Zone 1B	10.19	9.41																							
Zone 4	8.74	9.28																							
Zone 5	9.33	8.02																							
Zone 6	7.23	8.11																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier et deuxième trimestres de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présente la moyenne de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus la plus basse (8.02) tandis que la Zone 1B présente la moyenne la plus haute (9.41). Les tendances de cet indicateur sont stables et sous la cible de 12.0.</p>																								
LIMITES DE L'INDICATEUR	Exclu les jours ANS																								
INITIATIVES	Assurer une meilleure prise en charge de la clientèle gériatrique.	✓																							
	Les pratiques exemplaires des services aux aînés seront appliqués.	✓																							
	Un programme de consultation multidisciplinaire en résidence de niveau 2 et foyer de niveau 3 sera mis en place.	✓																							

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux de césarienne à faibles risques

LEADERSHIP	Dre.Desrosiers																																																												
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																																												
SOURCE DE DONNÉES	3M																																																												
CIBLE	15.2% (Déterminé par CMCR)																																																												
DÉFINITION	<p>Cet indicateur mesure le taux d'accouchements par césarienne pour les grossesses qui ne sont pas à risque (à terme, présentation du sommet, naissance unique) chez des femmes ne souffrant pas de placenta prævia et sans antécédents de césarienne. Puisque les accouchements par césarienne non nécessaires entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et sont associés à des coûts plus élevés, le taux de césariennes sert souvent à surveiller les pratiques cliniques. Il est implicitement entendu que des taux faibles signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. Cependant, les variations dans les taux peuvent signaler la nécessité d'examiner la pertinence des soins et les résultats pour la mère et le nouveau-né.</p>																																																												
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données des barres de résultats</caption> <thead> <tr> <th>Entité</th> <th>Période</th> <th>Taux (%)</th> <th>Cible (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="9">Vitalité</td> <td>2016-2017</td> <td>13.0%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>12.7%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>10.9%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Horizon</td> <td>2016-2017</td> <td>7.7%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>9.2%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>8.1%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Canada</td> <td>2016-2017</td> <td>10.3%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>10.4%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>10.5%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td rowspan="8">Zones (2019-2020)</td> <td>Zone 1B (T1)</td> <td>8.8%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 1B (T2)</td> <td>13.9%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4 (T1)</td> <td>17.9%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4 (T2)</td> <td>18.2%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5 (T1)</td> <td>10.5%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5 (T2)</td> <td>0.0%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6 (T1)</td> <td>6.9%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6 (T2)</td> <td>11.4%</td> <td>15.2%</td> </tr> </tbody> </table>		Entité	Période	Taux (%)	Cible (%)	Vitalité	2016-2017	13.0%	15.2%	2017-2018	12.7%	15.2%	2018-2019	10.9%	15.2%	Horizon	2016-2017	7.7%	15.2%	2017-2018	9.2%	15.2%	2018-2019	8.1%	15.2%	Canada	2016-2017	10.3%	15.2%	2017-2018	10.4%	15.2%	2018-2019	10.5%	15.2%	Zones (2019-2020)	Zone 1B (T1)	8.8%	15.2%	Zone 1B (T2)	13.9%	15.2%	Zone 4 (T1)	17.9%	15.2%	Zone 4 (T2)	18.2%	15.2%	Zone 5 (T1)	10.5%	15.2%	Zone 5 (T2)	0.0%	15.2%	Zone 6 (T1)	6.9%	15.2%	Zone 6 (T2)	11.4%	15.2%
Entité	Période	Taux (%)	Cible (%)																																																										
Vitalité	2016-2017	13.0%	15.2%																																																										
	2017-2018	12.7%	15.2%																																																										
	2018-2019	10.9%	15.2%																																																										
	Horizon	2016-2017	7.7%	15.2%																																																									
		2017-2018	9.2%	15.2%																																																									
		2018-2019	8.1%	15.2%																																																									
	Canada	2016-2017	10.3%	15.2%																																																									
		2017-2018	10.4%	15.2%																																																									
		2018-2019	10.5%	15.2%																																																									
Zones (2019-2020)	Zone 1B (T1)	8.8%	15.2%																																																										
	Zone 1B (T2)	13.9%	15.2%																																																										
	Zone 4 (T1)	17.9%	15.2%																																																										
	Zone 4 (T2)	18.2%	15.2%																																																										
	Zone 5 (T1)	10.5%	15.2%																																																										
	Zone 5 (T2)	0.0%	15.2%																																																										
	Zone 6 (T1)	6.9%	15.2%																																																										
	Zone 6 (T2)	11.4%	15.2%																																																										
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier et deuxième trimestres de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le taux de césarienne le plus faible au T2 (0.0 %) tandis que la Zone 1B présente le taux le plus élevé (13.9 %). Comparativement au Réseau de santé Horizon ainsi qu'au Canada, le Réseau de santé Vitalité présente un taux de césarienne plus élevé quoi qu'étant en dessous de la cible de 15.2 %.</p>																																																												
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																																																												
INITIATIVES	À déterminer.																																																												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux de chutes

LEADERSHIP	Johanne Roy																																			
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients																																			
CIBLE	5% (Déterminé par ICIS)																																			
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le nombre de chute à l'hôpital par 1 000 jours patients. Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les chutes sont classées selon la gravité. Les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Elles présentent également un potentiel de litige. La cible est de 5 % selon le benchmark national.																																			
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux de chutes</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>5.02</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>5.06</td> <td>5.0</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - Taux de chutes par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>4.70</td> <td>5.79</td> <td>5.45</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>5.45</td> <td>5.52</td> <td>5.41</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5.47</td> <td>6.07</td> <td>5.74</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>2.06</td> <td>3.75</td> <td>3.15</td> <td>5.0</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Taux de chutes	Cible	2017-2018	5.02	5.0	2018-2019	5.06	5.0	Zone	T1	T2	T3	Cible	Zone 1B	4.70	5.79	5.45	5.0	Zone 4	5.45	5.52	5.41	5.0	Zone 5	5.47	6.07	5.74	5.0	Zone 6	2.06	3.75	3.15	5.0
Année	Taux de chutes	Cible																																		
2017-2018	5.02	5.0																																		
2018-2019	5.06	5.0																																		
Zone	T1	T2	T3	Cible																																
Zone 1B	4.70	5.79	5.45	5.0																																
Zone 4	5.45	5.52	5.41	5.0																																
Zone 5	5.47	6.07	5.74	5.0																																
Zone 6	2.06	3.75	3.15	5.0																																
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier au troisième trimestres de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présentait le taux de chutes le plus élevé (5.74) au T3 tandis que la Zone 6 présentait le taux de chutes le plus faible (3.15). Toutes les Zones, sauf la Zone 6, présentent des résultats supérieurs à la cible. Le Réseau montre en moyenne un taux de chutes de 5.06, en ligne avec la cible nationale de 5.0. En 2019-2020, la majorité des chutes n'ont occasionnés aucune séquelle (65 % du total). Néanmoins, la proportion de chutes graves est passée de 1.5 % à 2.0 % du total depuis 2017-2018. Plusieurs facteurs contribuent à ces tendances, notamment les équipements défectueux et le faible éclairage (environnementaux), l'état physique/médical et le comportement du patient (généraux), et le stress et la charge de travail du personnel (humains).</p>																																			
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																																			
INITIATIVES	À déterminer.																																			

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux de chutes avec blessures graves

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																																			
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients																																			
CIBLE	0% (Déterminé par ICIS)																																			
DÉFINITION	Contexte clinique: Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Chez les personnes âgées, les chutes peuvent mener à une perte d'autonomie, de mobilité et augmentent le risque de décès précoce. La réduction des chutes et des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les patients et réduire les coûts. Les chutes sont classées selon la gravité. Le Réseau de santé Vitalité a mis en place un programme de prévention des chutes dans l'ensemble de ses établissements et services. Malgré ce programme, 1955 chutes ont été rapportées en 2018-2019 ce qui représente 23.5% de tous les incidents rapportés au sein du Réseau. Au cours de la même période, 19 de ces incidents ont été catégorisées graves ou critiques, ce qui représente 49% de tous les incidents de ces catégories. Il est à noter que ce																																			
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Taux de chutes graves - Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de chutes graves</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>0.03</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>0.05</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Taux de chutes graves - 2019-2020 par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>0.03</td> <td>0.00</td> <td>0.06</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>0.06</td> <td>0.00</td> <td>0.06</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>0.04</td> <td>0.00</td> <td>0.04</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>0.09</td> <td>0.00</td> <td>0.04</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux de chutes graves	Cible	2017-2018	0.03	0.00	2018-2019	0.05	0.00	Zone	T1	T2	T3	Cible	Zone 1B	0.03	0.00	0.06	0.00	Zone 4	0.06	0.00	0.06	0.00	Zone 5	0.04	0.00	0.04	0.00	Zone 6	0.09	0.00	0.04	0.00
Période	Taux de chutes graves	Cible																																		
2017-2018	0.03	0.00																																		
2018-2019	0.05	0.00																																		
Zone	T1	T2	T3	Cible																																
Zone 1B	0.03	0.00	0.06	0.00																																
Zone 4	0.06	0.00	0.06	0.00																																
Zone 5	0.04	0.00	0.04	0.00																																
Zone 6	0.09	0.00	0.04	0.00																																
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier au troisième trimestres de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 1B présentait le taux de chutes avec blessures graves le plus élevé (0.06) au T3 tandis que les Zones 5 et 6 présentaient le taux le plus faible (0.04). La moyenne du Réseau Vitalité s'élevait à 0.05 en 2018-2019, une hausse par rapport à 2017-2018 (0.03). Toutes les zones présentent un résultat supérieur à la cible nationale de 0.																																			
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																																			
INITIATIVES	À déterminer.																																			

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

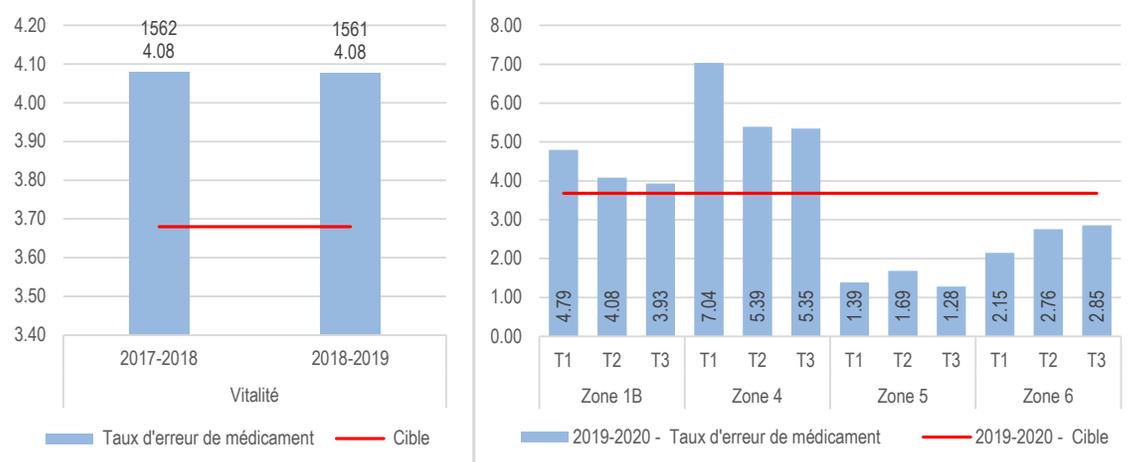
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients	
CIBLE	0% (Déterminé par ICIS)	
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'incidents avec blessures graves à l'hôpital par 10 000 jours patients. Un incident est un événement qui résulte ou peut résulter en une blessure ou perte pour: patient, employés, médecins, visiteurs, étudiants, ou dommage aux biens. Chaque incident est assigné une catégorie de gravité. La cible est établie à 0.	
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', compares the incident rate for 2017-2018 and 2018-2019. Both periods show a rate of 0.078, which is above the 0% target line. The right chart shows the incident rate for 2019-2020 across four zones: Zone 1B, Zone 4, Zone 5, and Zone 6. Zone 1B has rates of 0.000 (T1), 0.316 (T2), and 0.000 (T3). Zone 4 has 0.000 for all three trimesters. Zone 5 has 0.421 (T1), 0.000 (T2), and 0.000 (T3). Zone 6 has 0.000 (T1), 0.904 (T2), and 0.426 (T3). A red horizontal line at 0.000 represents the target.</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier au troisième trimestres de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 6 présentait le taux d'incident avec blessures graves le plus élevé au T3 avec 0.426 alors que les autres zones présentaient un taux de 0. Le taux moyen d'incident avec blessures graves est resté stable entre 2017-2018 et 2018-2019 avec 0.078.	
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'inclus pas nécessairement tous les incidents.	
INITIATIVES	À déterminer.	

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux d'erreurs des médicaments

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																														
FRÉQUENCE	Trimestrielle																														
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients																														
CIBLE	Réduire de 5% par année à partir des résultats de 2017-18 (Déterminé par le ministère)																														
DÉFINITION	<p>Les incidents reliés aux médicaments sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les incidents sont classés selon la gravité. Tous les incidents méritent une attention afin d'en analyser la(les) cause(s) et d'en chercher les solutions pour réduire la récurrence. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins des santé.</p>																														
RÉSULTATS	 <p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', compares the medication error rate for 2017-2018 and 2018-2019. Both years show a rate of 4.08, which is above the target line of 3.7. The right chart shows the 2019-2020 medication error rate by zone (1B, 4, 5, 6) across three trimesters (T1, T2, T3). The target line is also at 3.7. Zone 4 has the highest error rate (5.35 at T3), while Zone 5 has the lowest (1.28 at T3).</p> <table border="1"> <caption>Vitalité - Taux d'erreur de médicament</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux d'erreur de médicament</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>4.08</td> <td>3.7</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>4.08</td> <td>3.7</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - Taux d'erreur de médicament par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>4.79</td> <td>4.08</td> <td>3.93</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>7.04</td> <td>5.39</td> <td>5.35</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1.39</td> <td>1.69</td> <td>1.28</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>2.15</td> <td>2.76</td> <td>2.85</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Taux d'erreur de médicament	Cible	2017-2018	4.08	3.7	2018-2019	4.08	3.7	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	4.79	4.08	3.93	Zone 4	7.04	5.39	5.35	Zone 5	1.39	1.69	1.28	Zone 6	2.15	2.76	2.85
Année	Taux d'erreur de médicament	Cible																													
2017-2018	4.08	3.7																													
2018-2019	4.08	3.7																													
Zone	T1	T2	T3																												
Zone 1B	4.79	4.08	3.93																												
Zone 4	7.04	5.39	5.35																												
Zone 5	1.39	1.69	1.28																												
Zone 6	2.15	2.76	2.85																												
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier au troisième trimestres de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 4 présentait le taux d'erreurs des médicaments le plus élevé (5.35) au T3 tandis que la Zone 5 présentait le taux le plus faible (1.28). Entre 2017-2018 et 2018-2019, le taux moyen d'erreurs de médicaments au sein du Réseau est resté le même avec 4.08 juste au dessus de la cible de 3.7.</p>																														
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																														
INITIATIVES	La gestion des ordonnances pharmacologiques sera informatisée.	✓																													

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux de conformité à l'hygiène des mains

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																																			
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																			
SOURCE DE DONNÉES	Système CREDE																																			
CIBLE	90% (Déterminé par le ministère)																																			
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein du Réseau de santé Vitalité.																																			
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité - Taux de conformité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de conformité</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>83.0%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>81.4%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - Taux de conformité par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>60.6%</td> <td>59.7%</td> <td>75.3%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>77.7%</td> <td>79.1%</td> <td>78.5%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>86.5%</td> <td>86.4%</td> <td>85.4%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>73.8%</td> <td>79.2%</td> <td>71.2%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux de conformité	Cible	2017-2018	83.0%	90%	2018-2019	81.4%	90%	Zone	T1	T2	T3	Cible	Zone 1B	60.6%	59.7%	75.3%	90%	Zone 4	77.7%	79.1%	78.5%	90%	Zone 5	86.5%	86.4%	85.4%	90%	Zone 6	73.8%	79.2%	71.2%	90%
Période	Taux de conformité	Cible																																		
2017-2018	83.0%	90%																																		
2018-2019	81.4%	90%																																		
Zone	T1	T2	T3	Cible																																
Zone 1B	60.6%	59.7%	75.3%	90%																																
Zone 4	77.7%	79.1%	78.5%	90%																																
Zone 5	86.5%	86.4%	85.4%	90%																																
Zone 6	73.8%	79.2%	71.2%	90%																																
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein du Réseau demeure sous la barre des 90 % depuis 2017-2018 et est en légère baisse. La Zone 5 est la plus près de la cible avec 85.4 % au T3 2019-2020, et la Zone 6 a la plus faible conformité avec 71.2 %. L'analyse détaillée des données par département suggère que la baisse relativement générale des taux de conformité à l'hygiène des mains est attribuable aux groupes bénévoles, nutritionnistes, phlébotomistes, et brancardiers. Ces groupes montrent une diminution de conformité entre 12 et 44 points de pourcentage entre 2017 et 2020, ce qui influence les résultats à la baisse.</p>																																			
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les audits incluent non seulement l'observation de l'hygiène des mains (fait ou non) mais aussi le respect de la procédure (ex. friction au moins 15 secondes, fermer robinet avec papier) et aussi le port de bijoux/bagues. Donc si la procédure ou le port de bijoux/bagues n'est pas respecté ceci compte comme une non-conformité.																																			
INITIATIVES	À déterminer.	✓																																		

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux d'infection Clostridium difficile

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																																						
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																						
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé																																						
CIBLE	3.57 (Seuil du Canada Atlantique déterminé par le ministère)																																						
DÉFINITION	<p>Le Clostridium difficile, également appelé C. difficile, est une bactérie connue depuis longtemps. Un faible pourcentage de la population (environ 5 %) peut être porteur de cette bactérie dans l'intestin sans avoir de problème de santé. Les personnes âgées ou immunosupprimées ayant des problèmes de santé et hospitalisées sont plus à risque d'être infectées. La prise d'antibiotiques est, dans la majorité des cas, le facteur précipitant. Afin de procurer un environnement sécuritaire, on doit monitorer le taux de cette infection et agir pour en prévenir la transmission.</p>																																						
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux c-Diff</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-17</td> <td>1.40</td> <td>3.57</td> </tr> <tr> <td>2017-18</td> <td>1.98</td> <td>3.57</td> </tr> <tr> <td>2018-19</td> <td>2.00</td> <td>3.57</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-20 - Taux c-Diff</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>2.86</td> <td>2.19</td> <td>3.44</td> <td>3.57</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>2.63</td> <td>0.65</td> <td>2.51</td> <td>3.57</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1.32</td> <td>1.32</td> <td>1.35</td> <td>3.57</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>1.27</td> <td>1.34</td> <td>0.84</td> <td>3.57</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Taux c-Diff	Cible	2016-17	1.40	3.57	2017-18	1.98	3.57	2018-19	2.00	3.57	Zone	T1	T2	T3	Cible	Zone 1B	2.86	2.19	3.44	3.57	Zone 4	2.63	0.65	2.51	3.57	Zone 5	1.32	1.32	1.35	3.57	Zone 6	1.27	1.34	0.84	3.57
Année	Taux c-Diff	Cible																																					
2016-17	1.40	3.57																																					
2017-18	1.98	3.57																																					
2018-19	2.00	3.57																																					
Zone	T1	T2	T3	Cible																																			
Zone 1B	2.86	2.19	3.44	3.57																																			
Zone 4	2.63	0.65	2.51	3.57																																			
Zone 5	1.32	1.32	1.35	3.57																																			
Zone 6	1.27	1.34	0.84	3.57																																			
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Depuis 2016-2017, le taux d'infection au Clostridium difficile est à la hausse, et s'établissait à environ 2 % en 2018-2019. Au T3 2019-2020, le taux de la Zone 1B était le plus élevé avec 3.44 %, ce qui représente une hausse de plus d'un point de pourcentage. La Zone 6 avait le taux le plus faible, et aussi en baisse, avec 0.84 %.</p>																																						
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																																						
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques pour la gestion des antimicrobiens par la chefferie médicale.	✓																																					

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux d'infection et de colonisation au SARM

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé	
CIBLE	1.29 (Seuil du Canada Atlantique déterminé par le ministère)	
DÉFINITION	<p>Le SARM est un staphylocoque qui a développé une résistance à plusieurs antibiotiques. Le SARM ne cause pas plus d'infections que les autres staphylocoques, mais il limite le choix d'antibiothérapie. En général, les staphylocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections de la peau ou des infections de plaies et, plus rarement, des pneumonies ou des infections du sang. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.</p>	
RÉSULTATS	<p>Legend: Taux infection et colonisation au SARM (blue bars), Cible (red line)</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Depuis 2016-2017, le taux d'infection et de colonisation au SARM est en hausse. Par contre, aucun cas d'infection n'a été enregistré au T3 de l'année 2019-2020.</p>	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.	
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques pour la gestion des antimicrobiens par la chefferie médicale.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux d'infection et de colonisation ERV

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé	
CIBLE	0.05 (Seuil du Canada Atlantique déterminé par le ministère)	
DÉFINITION	<p>Les bactéries entérocoques résistantes à la vancomycine (ERV) sont des bactéries qu'on trouve habituellement dans l'intestin et les selles ou sur les parties génitales des personnes. En général, les entérocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections urinaires, des infections de plaies et, plus rarement, des infections du sang. Ces infections sont acquises lors d'un séjour dans un établissement de soins et sont difficilement traitables par les antibiotiques. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.</p>	
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the rate of ERV infection and colonization for three periods: 2016-17 (0.03), 2017-18 (0.00), and 2018-19 (0.11). A red horizontal line indicates a target of 0.05. The right chart shows the 2019-20 rates for four zones: Zone 1B (T1: 0.32, T2: 0.00, T3: 0.31), Zone 4 (T1: 0.00, T2: 0.00, T3: 0.00), Zone 5 (T1: 0.00, T2: 0.00, T3: 0.00), and Zone 6 (T1: 0.00, T2: 0.00, T3: 0.00). A red horizontal line indicates a target of 0.05.</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>En 2018-2019, le taux d'infection et de colonisation ERV était de 0.11 et au dessus de la cible de 0.05. Au cours du troisième trimestre de l'année 2019-2020, le taux fut minime et seule la Zone 1B a été affectée avec un taux de 0.31. Les 3 autres zones n'ont rapporté aucun cas au cours de l'année fiscale en cours.</p>	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.	
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques pour la gestion des antimicrobiens par la chefferie médicale.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Ratio normalisé de mortalité hospitalière

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																																																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																																	
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS																																																	
CIBLE	89 (Déterminé par ICIS)																																																	
DÉFINITION	<p>Il s'agit du 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. Un ratio de 100 signifie qu'il n'y a pas de différence entre le taux de mortalité de l'établissement et le taux de mortalité moyen. La cible est de 89.</p>																																																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données des graphiques de résultats</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Vitalité</th> <th>Horizon</th> <th>Province</th> <th>Zone 1B (T1)</th> <th>Zone 1B (T2)</th> <th>Zone 4 (T1)</th> <th>Zone 4 (T2)</th> <th>Zone 5 (T1)</th> <th>Zone 5 (T2)</th> <th>Zone 6 (T1)</th> <th>Zone 6 (T2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>96</td> <td>103</td> <td>101</td> <td>133</td> <td>132</td> <td>95</td> <td>93</td> <td>122</td> <td>109</td> <td>115</td> <td>122</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>99</td> <td>99</td> <td>101</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>111</td> <td>101</td> <td>99</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Année	Vitalité	Horizon	Province	Zone 1B (T1)	Zone 1B (T2)	Zone 4 (T1)	Zone 4 (T2)	Zone 5 (T1)	Zone 5 (T2)	Zone 6 (T1)	Zone 6 (T2)	2016-2017	96	103	101	133	132	95	93	122	109	115	122	2017-2018	99	99	101									2018-2019	111	101	99								
Année	Vitalité	Horizon	Province	Zone 1B (T1)	Zone 1B (T2)	Zone 4 (T1)	Zone 4 (T2)	Zone 5 (T1)	Zone 5 (T2)	Zone 6 (T1)	Zone 6 (T2)																																							
2016-2017	96	103	101	133	132	95	93	122	109	115	122																																							
2017-2018	99	99	101																																															
2018-2019	111	101	99																																															
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du deuxième trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 4 présente un ratio normalisé de mortalité hospitalière plus faible (93) et la Zone 5 présente le ratio le plus élevé (127). Depuis 2016-2017, on note une tendance à la hausse du ratio normalisé de mortalité hospitalière.</p>																																																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																																																	
INITIATIVES	Effectuer les revues de mortalité et morbidité à l'échelle du Réseau.	✓																																																
	Mettre en place le programme ERAS afin de diminuer les complications chirurgicales et le temps de séjour.	✓																																																
		✓																																																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Durée moyenne de séjour (DMS) de l'ensemble des cas

LEADERSHIP	Dre.Desrosiers																																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																	
SOURCE DE DONNÉES	3M																																	
CIBLE	Réduction de 2% par année à partir 2017-18 (Déterminé par le ministère)																																	
DÉFINITION	<p>La durée moyenne de séjour (DMS) fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est généralement obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une même période par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. La DMS est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité. Un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients vers des services moins onéreux. Toutefois, un séjour plus court exige généralement une intensité de services plus élevée et coûte plus cher par journée d'hospitalisation. Un séjour trop court peut aussi compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission.</p>																																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité - DMS (2016-2017 à 2018-2019)</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>DMS</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>8.4</td> <td>8.8</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>8.6</td> <td>8.8</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>8.8</td> <td>8.8</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - DMS par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>9.2</td> <td>8.9</td> <td>8.8</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>7.4</td> <td>7.4</td> <td>8.8</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>11.5</td> <td>14.4</td> <td>8.8</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>10.4</td> <td>9.4</td> <td>8.8</td> </tr> </tbody> </table>		Période	DMS	Cible	2016-2017	8.4	8.8	2017-2018	8.6	8.8	2018-2019	8.8	8.8	Zone	T1	T2	Cible	Zone 1B	9.2	8.9	8.8	Zone 4	7.4	7.4	8.8	Zone 5	11.5	14.4	8.8	Zone 6	10.4	9.4	8.8
Période	DMS	Cible																																
2016-2017	8.4	8.8																																
2017-2018	8.6	8.8																																
2018-2019	8.8	8.8																																
Zone	T1	T2	Cible																															
Zone 1B	9.2	8.9	8.8																															
Zone 4	7.4	7.4	8.8																															
Zone 5	11.5	14.4	8.8																															
Zone 6	10.4	9.4	8.8																															
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du deuxième trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présente la durée moyenne de séjour la plus élevée (14.4) et la Zone 4 présente la DMS la plus basse (7.4). Depuis 2016-2017, le Réseau de santé Vitalité a connu une augmentation de la durée moyenne de séjour passant de 8.4 à 8.8.</p>																																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																																	
INITIATIVES	Mettre en place le programme ERAS afin de diminuer les complications chirurgicales et le temps de séjour.	✓																																
	La cogestion de la durée de séjour sera mise en place.	✓																																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Jours-Patients

LEADERSHIP	Johanne Roy																																								
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																								
SOURCE DE DONNÉES	MIS																																								
CIBLE	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.																																								
DÉFINITION	<p>Cette mesure indique les jours-patients au sein du Réseau de santé Vitalité. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.</p>																																								
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Vitalité - Jours-Patients</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Jours-Patients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>379,893</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>374,928</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>374,079</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Jours-Patients 2019-2020 par Zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Trimestre</th> <th>Jours-Patients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Zone 1B</td> <td>T1</td> <td>31,286</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>31,630</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>31,548</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zone 4</td> <td>T1</td> <td>15,168</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>15,204</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>15,864</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zone 5</td> <td>T1</td> <td>22,537</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>22,621</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>22,166</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zone 6</td> <td>T1</td> <td>22,719</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>21,520</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>22,845</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Jours-Patients	2016-2017	379,893	2017-2018	374,928	2018-2019	374,079	Zone	Trimestre	Jours-Patients	Zone 1B	T1	31,286	T2	31,630	T3	31,548	Zone 4	T1	15,168	T2	15,204	T3	15,864	Zone 5	T1	22,537	T2	22,621	T3	22,166	Zone 6	T1	22,719	T2	21,520	T3	22,845
Période	Jours-Patients																																								
2016-2017	379,893																																								
2017-2018	374,928																																								
2018-2019	374,079																																								
Zone	Trimestre	Jours-Patients																																							
Zone 1B	T1	31,286																																							
	T2	31,630																																							
	T3	31,548																																							
Zone 4	T1	15,168																																							
	T2	15,204																																							
	T3	15,864																																							
Zone 5	T1	22,537																																							
	T2	22,621																																							
	T3	22,166																																							
Zone 6	T1	22,719																																							
	T2	21,520																																							
	T3	22,845																																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>La Zone 1B montrait au troisième trimestre 2019-2020 le nombre de jours-patients le plus élevé avec un total de 31,548, une diminution par rapport au deuxième trimestre 2019-2020. Entre 2016-2017 et 2018-2019, les jours-patients ont légèrement diminué, passant de 379,893 jours-patients en 2016-2017 à 374,079 jours-patients en 2018-2019.</p>																																								
LIMITES DE L'INDICATEUR																																									
INITIATIVES	À déterminer.																																								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Nombre de procédures aux laboratoires

LEADERSHIP	Stéphane Legacy																													
FRÉQUENCE	Trimestrielle																													
SOURCE DE DONNÉES	MIS																													
CIBLE	Réduction de 2% par rapport à l'année précédente																													
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de procédures effectuées aux laboratoires. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.																													
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the number of procedures over three periods: 2016-2017 (8,730,270), 2017-2018 (8,757,475), and 2018-2019 (8,911,305). The right chart shows procedures by zone for T1, T2, and T3 of 2019-2020. Zone 1B has the highest number of procedures (1,240,807, 1,088,582, 1,157,454), followed by Zone 4 (277,791, 249,392, 268,667), Zone 5 (238,618, 216,084, 225,134), and Zone 6 (670,322, 614,090, 630,282). A red horizontal line indicates the target for 2019-2020, which is 2% below the previous period's value.</p> <table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de procédures</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>8,730,270</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>8,757,475</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>8,911,305</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - Procédures par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1,240,807</td> <td>1,088,582</td> <td>1,157,454</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>277,791</td> <td>249,392</td> <td>268,667</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>238,618</td> <td>216,084</td> <td>225,134</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>670,322</td> <td>614,090</td> <td>630,282</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de procédures	2016-2017	8,730,270	2017-2018	8,757,475	2018-2019	8,911,305	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	1,240,807	1,088,582	1,157,454	Zone 4	277,791	249,392	268,667	Zone 5	238,618	216,084	225,134	Zone 6	670,322	614,090	630,282
Période	Nombre de procédures																													
2016-2017	8,730,270																													
2017-2018	8,757,475																													
2018-2019	8,911,305																													
Zone	T1	T2	T3																											
Zone 1B	1,240,807	1,088,582	1,157,454																											
Zone 4	277,791	249,392	268,667																											
Zone 5	238,618	216,084	225,134																											
Zone 6	670,322	614,090	630,282																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les données comparatives par zone montrent que la Zone 1B avait le nombre le plus élevé de procédures au T3 2019-2020 avec 1,157,454 alors que la Zone 5 avait le plus bas avec 225,134. Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de procédures aux laboratoires a légèrement augmenté, passant de 8,730,270 procédures en 2016-2017 à 8,911,305 procédures en 2018-2019.																													
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.																													
INITIATIVES	Poursuivre le processus de restructuration des laboratoires avec un arrimage entre la clinique et le médical.	✓																												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Nombre d'examens en imagerie médicale

LEADERSHIP	Stéphane Legacy	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	MIS	
CIBLE	Réduction de 2% par rapport à l'année précédente	
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre d'examens en imagerie médicale. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.	
RÉSULTATS	<p>The left chart displays the total number of procedures over three periods: 2016-2017 (~421,756), 2017-2018 (~425,436), and 2018-2019 (~425,436). A red target line is set at approximately 420,000. The right chart shows quarterly data for four zones: Zone 1B (T1: 40,323, T2: 37,055, T3: 39,705), Zone 4 (T1: 20,866, T2: 20,466, T3: 20,494), Zone 5 (T1: 12,144, T2: 11,818, T3: 12,821), and Zone 6 (T1: 34,419, T2: 31,328, T3: 32,115). Red target lines are shown for each zone.</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les données comparatives par zone montrent qu'au troisième trimestre 2019-2020, la Zone 1B avait le plus grand nombre d'examens avec 39,705, une hausse par rapport au deuxième trimestre 2019-2020. La Zone 5 montrait le plus faible nombre avec 12,821. Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre d'examens en imagerie médicale a augmenté, passant de 421,756 à 425,436 en 2018-2019.</p>	
LIMITES DE L'INDICATEUR		
INITIATIVES	À déterminer.	

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Nombre de cas au bloc opératoire

LEADERSHIP	Johanne Roy																					
FRÉQUENCE	Trimestrielle																					
SOURCE DE DONNÉES	MIS																					
CIBLE	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.																					
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de cas au bloc opératoire. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.																					
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the number of cases for three periods: 2016-2017 (21,068), 2017-2018 (20,828), and 2018-2019 (20,312). The right chart shows cases by zone for Trimestres 1, 2, and 3 in 2019-2020. The zones are 1B, 4, 5, and 6. The data for 2019-2020 is as follows:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>2,077</td> <td>1,833</td> <td>1,963</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,019</td> <td>772</td> <td>1,023</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>659</td> <td>571</td> <td>779</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>1,462</td> <td>1,285</td> <td>1,430</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	2,077	1,833	1,963	Zone 4	1,019	772	1,023	Zone 5	659	571	779	Zone 6	1,462	1,285	1,430
Zone	T1	T2	T3																			
Zone 1B	2,077	1,833	1,963																			
Zone 4	1,019	772	1,023																			
Zone 5	659	571	779																			
Zone 6	1,462	1,285	1,430																			
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les données comparatives par zone montrent qu'au troisième trimestre 2019-2020, la Zone 1B avait un nombre de cas au bloc opératoire plus élevé avec 1,963 alors que la Zone 5 avait le plus bas niveau (779). Au niveau du Réseau de santé Vitalité, entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de cas a diminué, passant de 21,068 cas en 2016-2017 à 20,312.</p>																					
LIMITES DE L'INDICATEUR																						
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓																				
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓																				

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Nombre de visites en hémodialyse

LEADERSHIP	Johanne Roy																													
FRÉQUENCE	Trimestrielle																													
SOURCE DE DONNÉES	MIS																													
CIBLE	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.																													
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de visites en hémodialyse. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.																													
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the number of dialysis visits for three consecutive periods: 2016-2017 (61,026), 2017-2018 (61,622), and 2018-2019 (62,628). The right chart shows quarterly data for four zones in 2019-2020. Zone 1B shows a steady increase from 10,292 in T1 to 10,967 in T3. Zones 4, 5, and 6 show much lower and more stable visit counts, with Zone 6 having the highest quarterly counts among these zones (around 3,600-3,800).</p> <table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>61,026</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>61,622</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>62,628</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10,292</td> <td>10,532</td> <td>10,967</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,436</td> <td>1,397</td> <td>1,337</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>618</td> <td>583</td> <td>640</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3,657</td> <td>3,753</td> <td>3,676</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	61,026	2017-2018	61,622	2018-2019	62,628	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	10,292	10,532	10,967	Zone 4	1,436	1,397	1,337	Zone 5	618	583	640	Zone 6	3,657	3,753	3,676
Période	Nombre de visites																													
2016-2017	61,026																													
2017-2018	61,622																													
2018-2019	62,628																													
Zone	T1	T2	T3																											
Zone 1B	10,292	10,532	10,967																											
Zone 4	1,436	1,397	1,337																											
Zone 5	618	583	640																											
Zone 6	3,657	3,753	3,676																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de visites en hémodialyse a légèrement augmenté, passant de 61,026 à 62,628 visites. La comparaison par Zone et trimestre pour l'année fiscale 2019-2020 montre une tendance stable partout sauf pour la Zone 1B. La Zone 1B a vu le nombre d'hémodialyse augmenter pour s'établir à 10,967 au troisième trimestre 2019-2020.																													
LIMITES DE L'INDICATEUR																														
INITIATIVES	À déterminer.																													

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Nombre de visites en oncologie

LEADERSHIP	Johanne Roy																													
FRÉQUENCE	Trimestrielle																													
SOURCE DE DONNÉES	MIS																													
CIBLE	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.																													
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de visites en oncologie. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.																													
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the number of oncology visits for three consecutive periods: 2016-2017 (61,026), 2017-2018 (61,622), and 2018-2019 (62,628). The y-axis ranges from 0 to 70,000. The right chart shows the number of visits for 2019-2020, broken down by zone and trimester. Zone 1B has the highest number of visits, increasing from 10,292 in T1 to 10,967 in T3. Zones 4, 5, and 6 have significantly fewer visits, with Zone 6 showing a slight increase from 3,657 in T1 to 3,676 in T3. The y-axis for the right chart ranges from 0 to 12,000.</p> <table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>61,026</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>61,622</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>62,628</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10,292</td> <td>10,532</td> <td>10,967</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,436</td> <td>1,397</td> <td>1,337</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>618</td> <td>583</td> <td>640</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3,657</td> <td>3,753</td> <td>3,676</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	61,026	2017-2018	61,622	2018-2019	62,628	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	10,292	10,532	10,967	Zone 4	1,436	1,397	1,337	Zone 5	618	583	640	Zone 6	3,657	3,753	3,676
Période	Nombre de visites																													
2016-2017	61,026																													
2017-2018	61,622																													
2018-2019	62,628																													
Zone	T1	T2	T3																											
Zone 1B	10,292	10,532	10,967																											
Zone 4	1,436	1,397	1,337																											
Zone 5	618	583	640																											
Zone 6	3,657	3,753	3,676																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les données comparatives par zone montrent qu'au troisième trimestre 2019-2020, la Zone 1B avait le plus grand nombre de visites en oncologie avec 10,967, soit une légère augmentation par rapport au nombre du trimestre précédent qui s'établissait alors à 10,532. La tendance des visites en oncologie entre 2016-2017 et 2018-2019 montre une augmentation pour s'établir à 62,628 au sein du Réseau.																													
LIMITES DE L'INDICATEUR																														
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.	✓																												
	Ajuster l'offre de services aux besoins populationnels grandissants en matière d'oncologie et influencer l'approche provinciale.	✓																												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% de visites 4 et 5 à l'urgence

LEADERSHIP	Stéphane Legacy																																												
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																												
SOURCE DE DONNÉES	MIS																																												
CIBLE	Réduction de 3% basé sur les résultats 2017-18																																												
DÉFINITION	<p>Cet indicateur reflète le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence. Lors d'une visite à l'urgence, la gravité de la visite sera codée selon l'échelle de triage et de gravité canadienne. Les visites à l'urgence de niveaux 4 et 5 sont considérées comme moins urgentes. Les soins d'urgence sont des services de santé servant à évaluer et à traiter des conditions médicales dont les symptômes sont apparus subitement et lesquels sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau moyen de connaissance en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire.</p>																																												
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données des barres à gauche (2016-2017 à 2018-2019)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>% de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2016-2017</td><td>61.5%</td></tr> <tr><td>2017-2018</td><td>60.8%</td></tr> <tr><td>2018-2019</td><td>60.8%</td></tr> <tr><td>2016-2017</td><td>57.5%</td></tr> <tr><td>2017-2018</td><td>57.3%</td></tr> <tr><td>2018-2019</td><td>56.2%</td></tr> <tr><td>2016-2017</td><td>59.3%</td></tr> <tr><td>2017-2018</td><td>58.9%</td></tr> <tr><td>2018-2019</td><td>58.2%</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données des barres à droite (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Trimestre</th> <th>% de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td rowspan="2">Zone 1B</td><td>T1</td><td>56.3%</td></tr> <tr><td>T2</td><td>57.9%</td></tr> <tr><td rowspan="2">Zone 4</td><td>T1</td><td>64.3%</td></tr> <tr><td>T2</td><td>64.7%</td></tr> <tr><td rowspan="2">Zone 5</td><td>T1</td><td>50.7%</td></tr> <tr><td>T2</td><td>48.0%</td></tr> <tr><td rowspan="2">Zone 6</td><td>T1</td><td>62.8%</td></tr> <tr><td>T2</td><td>65.6%</td></tr> </tbody> </table>		Année	% de visites	2016-2017	61.5%	2017-2018	60.8%	2018-2019	60.8%	2016-2017	57.5%	2017-2018	57.3%	2018-2019	56.2%	2016-2017	59.3%	2017-2018	58.9%	2018-2019	58.2%	Zone	Trimestre	% de visites	Zone 1B	T1	56.3%	T2	57.9%	Zone 4	T1	64.3%	T2	64.7%	Zone 5	T1	50.7%	T2	48.0%	Zone 6	T1	62.8%	T2	65.6%
Année	% de visites																																												
2016-2017	61.5%																																												
2017-2018	60.8%																																												
2018-2019	60.8%																																												
2016-2017	57.5%																																												
2017-2018	57.3%																																												
2018-2019	56.2%																																												
2016-2017	59.3%																																												
2017-2018	58.9%																																												
2018-2019	58.2%																																												
Zone	Trimestre	% de visites																																											
Zone 1B	T1	56.3%																																											
	T2	57.9%																																											
Zone 4	T1	64.3%																																											
	T2	64.7%																																											
Zone 5	T1	50.7%																																											
	T2	48.0%																																											
Zone 6	T1	62.8%																																											
	T2	65.6%																																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les données comparatives par zone montrent qu'au deuxième trimestre 2019-2020, la Zone 6 montrait un pourcentage de visites 4 et 5 légèrement plus élevé que les autres zones avec 65.6 %. Entre 2016-2017 et 2018-2019, le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence au sein du Réseau a diminué pour atteindre 60.8 %, toujours au dessus du seuil de 57 %.</p>																																												
LIMITES DE L'INDICATEUR																																													
INITIATIVES	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓																																											
	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓																																											
	Régionaliser la programmation des services d'urgence.	✓																																											

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Nombre de visites à l'urgence

LEADERSHIP	Johanne Roy																													
FRÉQUENCE	Trimestrielle																													
SOURCE DE DONNÉES	MIS																													
CIBLE	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.																													
DÉFINITION	Cette mesure présente le nombre total de visites à l'urgence, incluant le triage 1 à 5. Cette mesure est importante pour la planification des ressources.																													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>237,827</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>233,369</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>224,282</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>16,416</td> <td>17,043</td> <td>16,560</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>15,304</td> <td>15,325</td> <td>15,324</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5,087</td> <td>4,956</td> <td>4,601</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>17,806</td> <td>17,763</td> <td>16,751</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	237,827	2017-2018	233,369	2018-2019	224,282	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	16,416	17,043	16,560	Zone 4	15,304	15,325	15,324	Zone 5	5,087	4,956	4,601	Zone 6	17,806	17,763	16,751
Période	Nombre de visites																													
2016-2017	237,827																													
2017-2018	233,369																													
2018-2019	224,282																													
Zone	T1	T2	T3																											
Zone 1B	16,416	17,043	16,560																											
Zone 4	15,304	15,325	15,324																											
Zone 5	5,087	4,956	4,601																											
Zone 6	17,806	17,763	16,751																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les données comparatives montrent que la Zone 6 a connu une diminution des visites à l'urgence entre le deuxième et le troisième trimestre 2019-2020, passant de 17,763 à 16,751. La Zone 5 enregistre encore le plus petit nombre de visites avec 4,601 au troisième trimestre 2019-2020. La tendance du nombre de visite dans le Réseau est généralement à la baisse pour s'établir à 224,282 en 2018-2019.</p>																													
LIMITES DE L'INDICATEUR																														
INITIATIVES	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓																												
	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓																												
	Régionaliser la programmation des services d'urgence.	✓																												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus

LEADERSHIP	Johanne Roy																								
FRÉQUENCE	Trimestrielle																								
SOURCE DE DONNÉES	3M																								
CIBLE	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.																								
DÉFINITION	<p>La grande majorité des jours NSA sont associés aux personnes âgées. Le NB a l'un des taux NSA les plus élevés dans le pays. Cela reflète l'utilisation médiocre des lits d'hôpitaux qui ont des répercussions négatives importantes tant pour le patient que pour le système hospitalier, y compris une détérioration de l'état de santé des patients ayant une durée de séjour plus longue, une disponibilité réduite des lits de soins actifs, ce qui a entraîné un surpeuplement des urgences et des temps d'attente chirurgicaux plus longs.</p>																								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>6.2%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>9.7%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>11.6%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 (%)</th> <th>T2 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>12.9%</td> <td>14.6%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>16.0%</td> <td>2.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>15.2%</td> <td>19.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>16.4%</td> <td>11.7%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux (%)	2016-2017	6.2%	2017-2018	9.7%	2018-2019	11.6%	Zone	T1 (%)	T2 (%)	Zone 1B	12.9%	14.6%	Zone 4	16.0%	2.4%	Zone 5	15.2%	19.2%	Zone 6	16.4%	11.7%
Période	Taux (%)																								
2016-2017	6.2%																								
2017-2018	9.7%																								
2018-2019	11.6%																								
Zone	T1 (%)	T2 (%)																							
Zone 1B	12.9%	14.6%																							
Zone 4	16.0%	2.4%																							
Zone 5	15.2%	19.2%																							
Zone 6	16.4%	11.7%																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du deuxième trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présentait le pourcentage de patients NSA le plus élevé (19.2 %) tandis que la Zone 4 présentait le pourcentage le plus faible avec 2.4 %. Entre 2016-2017 et 2018-2019, le pourcentage de patients NSA au sein du Réseau a augmenté significativement pour s'établir à 11.6 %. La hausse peut être attribuée à moins de disponibilité de lits dans les foyers de niveaux 3 et 4. Le taux de 2.4 % au T2 dans la Zone 4 peut être expliqué par un nombre très bas de congés (2) de cette clientèle ayant séjourné plus de 90 jours dans un lit de soins aigus.</p>																								
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cet indicateur.																								
INITIATIVES	Améliorer la prise en charge des autres niveaux de soins à travers l'embauche de préposés à la marche dans tous nos hôpitaux	✓																							
		✓																							
		✓																							

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA) en soins de courte durée

LEADERSHIP	Johanne Roy																																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																	
SOURCE DE DONNÉES	3M																																	
CIBLE	Réduction de 2% basé sur les résultats 2017-18																																	
DÉFINITION	<p>Il est reconnu que de nombreux lits en milieu hospitalier sont occupés par des patients qui n'ont plus besoin de services de courte durée et qui, par conséquent, se trouvent à utiliser des ressources limitées et coûteuses en attendant d'être transférés dans un milieu plus approprié. Ces journées d'hospitalisation pour des soins autres que de courte durée sont consignées dans les données des hôpitaux en tant que patients en attente d'un niveau de soins alternatif (ou patients NSA). Les cas de NSA limitent la capacité des hôpitaux, en réduisant la disponibilité des lits pour des admissions aux services d'urgence, des transferts entre établissements et des opérations chirurgicales non urgentes.</p>																																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité - % de jours ANS</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>% de jours ANS</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>19.3%</td> <td>19%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>19.8%</td> <td>19%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>21.0%</td> <td>19%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - % de jours ANS par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>13.2%</td> <td>16.2%</td> <td>19%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>11.6%</td> <td>7.5%</td> <td>19%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>35.5%</td> <td>53.1%</td> <td>19%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>43.4%</td> <td>31.7%</td> <td>19%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	% de jours ANS	Cible	2016-2017	19.3%	19%	2017-2018	19.8%	19%	2018-2019	21.0%	19%	Zone	T1	T2	Cible	Zone 1B	13.2%	16.2%	19%	Zone 4	11.6%	7.5%	19%	Zone 5	35.5%	53.1%	19%	Zone 6	43.4%	31.7%	19%
Année	% de jours ANS	Cible																																
2016-2017	19.3%	19%																																
2017-2018	19.8%	19%																																
2018-2019	21.0%	19%																																
Zone	T1	T2	Cible																															
Zone 1B	13.2%	16.2%	19%																															
Zone 4	11.6%	7.5%	19%																															
Zone 5	35.5%	53.1%	19%																															
Zone 6	43.4%	31.7%	19%																															
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du deuxième trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. Les zones 5 et 6 présentent les pourcentages de jours NSA les plus élevés avec respectivement 53.1% et 31.7%, dépassant le seuil national de 19%. Le pourcentage de jours NSA pour le Réseau s'est légèrement accru dans les trois dernières années fiscales, passant de 19.3% à 21.0%.</p>																																	
LIMITES DE L'INDICATEUR																																		
INITIATIVES	Améliorer la prise en charge des autres niveaux de soins à travers l'embauche de préposés à la marche dans tous nos hôpitaux	✓																																
	Les pratiques exemplaires de services aux aînés en milieu hospitalier seront appliquées dans tous les hôpitaux.	✓																																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% de lits occupés par des cas de SLD

LEADERSHIP	Johanne Roy																																								
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																								
SOURCE DE DONNÉES	Établissements hospitaliers																																								
CIBLE	Réduction de 5% basé sur les résultats 2017-18																																								
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le nombre total de patients en processus d'évaluation ou en attente de placement au dernier jour ouvrable du mois. Les lits occupés par les cas de soins de longue durée (SLD) comprennent tous les patients qui sont en attente ou en processus d'évaluation de soins de longue durée et les patients ayant reçu leur congé médical et qui occupent des lits de soins aigus à la fin de chaque mois. Il s'agit d'une mesure de l'impact des patients des soins de longue durée sur le système. La cible est établie à 20.90 %.																																								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité - % lits SLD</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>% lits SLD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>25.7%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>24.4%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>28.8%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - % lits SLD par zone et trimestre</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Trimestre</th> <th>% lits SLD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Zone 1B</td> <td>T1</td> <td>25.2%</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>29.6%</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>29.7%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zone 4</td> <td>T1</td> <td>13.1%</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>14.5%</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>13.2%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zone 5</td> <td>T1</td> <td>42.4%</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>48.1%</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>48.0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zone 6</td> <td>T1</td> <td>35.4%</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>31.3%</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>33.9%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	% lits SLD	2016-2017	25.7%	2017-2018	24.4%	2018-2019	28.8%	Zone	Trimestre	% lits SLD	Zone 1B	T1	25.2%	T2	29.6%	T3	29.7%	Zone 4	T1	13.1%	T2	14.5%	T3	13.2%	Zone 5	T1	42.4%	T2	48.1%	T3	48.0%	Zone 6	T1	35.4%	T2	31.3%	T3	33.9%
Année	% lits SLD																																								
2016-2017	25.7%																																								
2017-2018	24.4%																																								
2018-2019	28.8%																																								
Zone	Trimestre	% lits SLD																																							
Zone 1B	T1	25.2%																																							
	T2	29.6%																																							
	T3	29.7%																																							
Zone 4	T1	13.1%																																							
	T2	14.5%																																							
	T3	13.2%																																							
Zone 5	T1	42.4%																																							
	T2	48.1%																																							
	T3	48.0%																																							
Zone 6	T1	35.4%																																							
	T2	31.3%																																							
	T3	33.9%																																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les données comparatives montrent qu'au troisième trimestre de 2019-2020, la Zone 4 présentait un pourcentage de lits occupés par des cas de SLD beaucoup plus faible que la Zone 5 (13.2 % vs 48.0 %). La tendance entre 2016-2017 et 2018-2019 montre que le pourcentage de lits occupés par des cas de SLD est en progression et s'établit maintenant à 28.8 %.																																								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																																								
INITIATIVES	Les pratiques exemplaires de services aux aînés en milieu hospitalier seront appliquées dans tous les hôpitaux.	✓																																							
	Un programme de consultation multidisciplinaire en résidence de niveau 2 et foyer de niveau 3, guidé par les soins infirmiers gérontopsychiatriques spécialisés, sera mis en place.	✓																																							

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

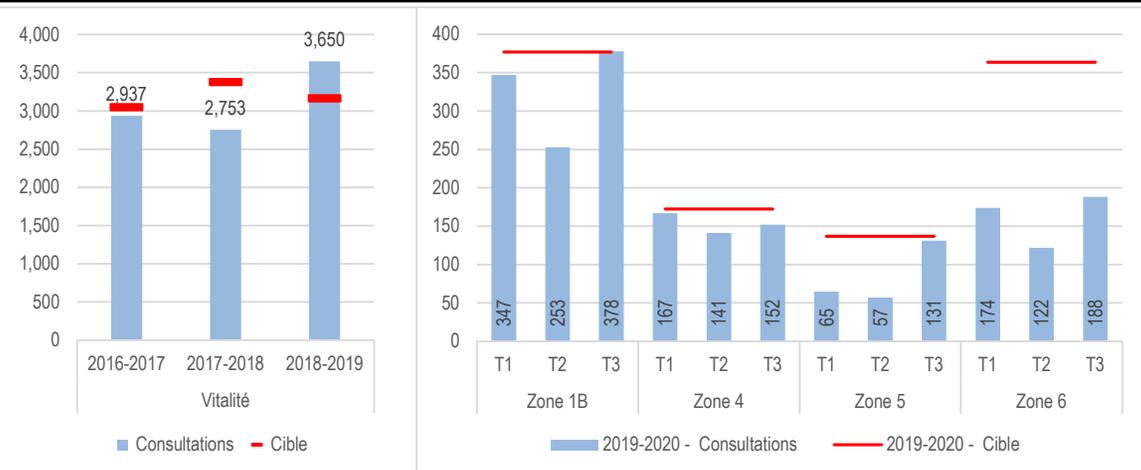
Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	MIS
CIBLE	Augmenter de 15% par rapport à l'année précédente

DÉFINITION

La télésanté clinique est la prestation de soins de santé à distance par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle permet notamment des consultations, la surveillance et le suivi clinique à distance. Elle est bien plus qu'un ensemble de technologies : elle soutient la mise sur pied de réseaux intégrés de services, en facilitant la communication entre les multiples intervenants. Le fonctionnement en réseau répond aux objectifs du système de santé face à la pénurie de personnel, au vieillissement de la population et à la transformation de l'offre de soins. La cible est établie à 1164 pour le premier trimestre.

RÉSULTATS



ANALYSE DES RÉSULTATS



En 2018-2019, le Réseau était au-dessus de la cible de 3,166 avec 3,650 consultations. Le nombre de consultations en télésanté est à la hausse dans toutes les Zones au troisième trimestre de l'année 2019-2020 comparativement au deuxième trimestre. Ceci inverse la tendance du trimestre précédent qui était à la baisse. La baisse au T2 2019-2020 peut s'expliquer en partie par l'oncologie qui ne faisait plus autant de consultations à distance (soit 130 de moins comparativement à la même période l'année passée), mais on constate une reprise avec une augmentation dans les trois derniers mois. La cible du Réseau pour l'année 2019-2020 est de 4,198 consultations.

LIMITES DE L'INDICATEUR

À déterminer.

INITIATIVES

Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.



FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Chirurgie en attente plus de 12 mois (Moyenne mensuelle)

LEADERSHIP	Johanne Roy	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux	
CIBLE	0	
DÉFINITION	<p>Cet indicateur présente la moyenne mensuelle des patients qui sont en attente pour une chirurgie depuis plus d'un an. Au Nouveau-Brunswick, on mesure le délai d'attente pour une intervention chirurgicale à partir du moment où le chirurgien et le patient décident ensemble que la chirurgie est nécessaire et que la demande est reçue au service de rendez-vous à l'hôpital. Le délai d'attente se termine lorsque la chirurgie est complétée.</p>	
RÉSULTATS	<p>The left chart displays monthly waitlist numbers for three regions: Vitalité, Horizon, and Province. The y-axis ranges from 0 to 1,800. A red horizontal line indicates a target of 0. Data points are: Vitalité (2016-2017: 115, 2017-2018: 38, 2018-2019: 20), Horizon (2016-2017: 1,077, 2017-2018: 1,042, 2018-2019: 1,432), Province (2016-2017: 1,536, 2017-2018: 1,194, 2018-2019: 1,514).</p> <p>The right chart displays monthly waitlist numbers for four zones: Zone 1B, Zone 4, Zone 5, and Zone 6. The y-axis ranges from 0 to 60. A red horizontal line indicates a target of 0. Data points are: Zone 1B (T1: 23, T2: 23, T3: 29), Zone 4 (T1: 0, T2: 0, T3: 0), Zone 5 (T1: 49, T2: 47, T3: 53), Zone 6 (T1: 14, T2: 20, T3: 28).</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>On note une hausse des chirurgies en attente dans toutes les zones sauf la Zone 4 depuis le début de l'année fiscale. La moyenne mensuelle de chirurgies en attente était la plus élevée dans la Zone 5 avec un total de 51. Au sein du Réseau de santé Vitalité, cette moyenne a diminué de 116 à 20 au cours des dernières années fiscales mais on note une remontée au cours de l'année fiscale courante.</p>	
LIMITES DE L'INDICATEUR	Plusieurs facteurs peuvent avoir une incidence sur le délai d'attente d'un patient.	
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)

LEADERSHIP	Johanne Roy																																					
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																					
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux																																					
CIBLE	75% (Déterminé par ICIS)																																					
DÉFINITION	Il s'agit du pourcentage des patients qui ont subi une arthroplastie du genou planifiée dans les 26 semaines (182 jours) suivant la date à laquelle ils étaient prêts à être traités.																																					
RÉSULTATS	<p>The left chart shows the percentage of knee arthroplasties performed within 26 weeks for Vitalité, Horizon, and Province across three years. The right chart shows the percentage of knee arthroplasties performed within 26 weeks for Zone 1B, Zone 4, Zone 5, and Zone 6 across three trimesters (T1, T2, T3) for 2019-2020. A red horizontal line in both charts indicates the 75% target.</p> <table border="1"> <caption>Data for Left Chart: % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2016-2017</th> <th>2017-2018</th> <th>2018-2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>60.4%</td> <td>62.4%</td> <td>66.0%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>51.7%</td> <td>46.0%</td> <td>29.3%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>54.5%</td> <td>51.9%</td> <td>41.9%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Data for Right Chart: % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) - 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>69.9%</td> <td>89.1%</td> <td>73.9%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>53.7%</td> <td>57.8%</td> <td>58.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>60.0%</td> <td>33.3%</td> <td>50.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>79.1%</td> <td>68.2%</td> <td>73.0%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Vitalité	60.4%	62.4%	66.0%	Horizon	51.7%	46.0%	29.3%	Province	54.5%	51.9%	41.9%	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	69.9%	89.1%	73.9%	Zone 4	53.7%	57.8%	58.3%	Zone 5	60.0%	33.3%	50.0%	Zone 6	79.1%	68.2%	73.0%
Zone	2016-2017	2017-2018	2018-2019																																			
Vitalité	60.4%	62.4%	66.0%																																			
Horizon	51.7%	46.0%	29.3%																																			
Province	54.5%	51.9%	41.9%																																			
Zone	T1	T2	T3																																			
Zone 1B	69.9%	89.1%	73.9%																																			
Zone 4	53.7%	57.8%	58.3%																																			
Zone 5	60.0%	33.3%	50.0%																																			
Zone 6	79.1%	68.2%	73.0%																																			
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Au cours de l'année 2018-2019, le Réseau de santé Vitalité présentait un pourcentage de chirurgies du genou effectués dans les 26 semaines supérieur à celui du Réseau de santé Horizon (65.5 % vs 29.7 %). L'analyse comparative par zone montre que les Zones 1B et 6 étaient près de la cible nationale de 75 % avec des pourcentages respectifs de 73.7 % et 73.9 % au troisième trimestre 2019-2020.</p>																																					
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																																					
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓																																				
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓																																				

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)

LEADERSHIP	Johanne Roy																																					
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																					
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux																																					
CIBLE	85% (Déterminé par ICIS)																																					
DÉFINITION	Il s'agit du pourcentage des patients qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche planifiée dans les 26 semaines (182 jours) suivant la date à laquelle ils étaient prêts à être traités.																																					
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart shows historical data for Vitalité, Horizon, and Province from 2016-2017 to 2018-2019. The right chart shows 2019-2020 data for Zone 1B, Zone 4, Zone 5, and Zone 6 across Trimestres 1, 2, and 3. A red horizontal line at 85.0% represents the target.</p> <table border="1"> <caption>Historical Data (2016-2017 to 2018-2019)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Vitalité (%)</th> <th>Horizon (%)</th> <th>Province (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>61.1%</td> <td>58.1%</td> <td>59.1%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>62.0%</td> <td>57.0%</td> <td>58.8%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>68.5%</td> <td>39.9%</td> <td>50.1%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 Data by Zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 (%)</th> <th>T2 (%)</th> <th>T3 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>68.9%</td> <td>60.0%</td> <td>54.1%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>75.0%</td> <td>64.5%</td> <td>57.1%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>57.1%</td> <td>66.7%</td> <td>88.9%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>94.3%</td> <td>82.6%</td> <td>75.0%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Vitalité (%)	Horizon (%)	Province (%)	2016-2017	61.1%	58.1%	59.1%	2017-2018	62.0%	57.0%	58.8%	2018-2019	68.5%	39.9%	50.1%	Zone	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	Zone 1B	68.9%	60.0%	54.1%	Zone 4	75.0%	64.5%	57.1%	Zone 5	57.1%	66.7%	88.9%	Zone 6	94.3%	82.6%	75.0%
Année	Vitalité (%)	Horizon (%)	Province (%)																																			
2016-2017	61.1%	58.1%	59.1%																																			
2017-2018	62.0%	57.0%	58.8%																																			
2018-2019	68.5%	39.9%	50.1%																																			
Zone	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)																																			
Zone 1B	68.9%	60.0%	54.1%																																			
Zone 4	75.0%	64.5%	57.1%																																			
Zone 5	57.1%	66.7%	88.9%																																			
Zone 6	94.3%	82.6%	75.0%																																			
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les données comparatives par zone montrent qu'au troisième trimestre 2019-2020, seule la Zone 5 dépassait la cible nationale de 85 % de chirurgies de la hanche effectués dans les 26 semaines avec 85.7 %. Au cours de l'année 2018-2019, le Réseau de santé Vitalité présentait un pourcentage de chirurgies de la hanche effectuées supérieur à celui du Réseau de santé Horizon (68.7 % vs 39.8 %). Depuis le début de l'année fiscale en cours, toutes les zones sauf la Zone 5, montrent une tendance à la baisse, ce qui démontre une attente plus longue pour les patients nécessitant cette chirurgie.</p>																																					
LIMITES DE L'INDICATEUR																																						
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓																																				
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓																																				

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux global aux modules e-apprentissage

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																																			
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																			
SOURCE DE DONNÉES	Itacit																																			
CIBLE	100%																																			
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'employés ayant suivi les formations en ligne dans les temps requis du renouvellement divisé par le nombre d'employés concernés. Les modules inclus sont: mains propres (bonne hygiène), vie privée, sécurité des patients, langues officielles, introduction au SIMDUT, mesure d'urgence, sensibilisation à la violence en milieu de travail.																																			
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité - Taux global</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux global (%)</th> <th>Cible (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-18</td> <td>69.8%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>2018-19</td> <td>66.2%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-20 - Taux global par Zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 (%)</th> <th>T2 (%)</th> <th>T3 (%)</th> <th>Cible (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>56.9%</td> <td>56.6%</td> <td>55.5%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>70.0%</td> <td>69.4%</td> <td>67.9%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>71.2%</td> <td>71.8%</td> <td>71.2%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>67.4%</td> <td>67.1%</td> <td>68.1%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Taux global (%)	Cible (%)	2017-18	69.8%	100%	2018-19	66.2%	100%	Zone	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	Cible (%)	Zone 1B	56.9%	56.6%	55.5%	100%	Zone 4	70.0%	69.4%	67.9%	100%	Zone 5	71.2%	71.8%	71.2%	100%	Zone 6	67.4%	67.1%	68.1%	100%
Année	Taux global (%)	Cible (%)																																		
2017-18	69.8%	100%																																		
2018-19	66.2%	100%																																		
Zone	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	Cible (%)																																
Zone 1B	56.9%	56.6%	55.5%	100%																																
Zone 4	70.0%	69.4%	67.9%	100%																																
Zone 5	71.2%	71.8%	71.2%	100%																																
Zone 6	67.4%	67.1%	68.1%	100%																																
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2017-2018, le taux global de participation aux modules e-apprentissage est à la baisse au sein du Réseau de santé Vitalité pour s'établir à 66.2 %, au dessous de la cible de 100 %. Au troisième trimestre de 2019-2020, les Zones 5 et 6 montrent des taux globaux aux modules de e-apprentissage respectifs de 71.2 % et 68.1 %.																																			
LIMITES DE L'INDICATEUR																																				
INITIATIVES	À déterminer.																																			

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Moyenne de jours de maladie payés par employé

LEADERSHIP	Johanne Roy	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech	
CIBLE	11.45	
DÉFINITION	Cet indicateur reflète la moyenne de jours de maladie payés par employé du Réseau de santé Vitalité.	
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the average number of paid sick days per employee for three fiscal years: 2016-17 (12.00), 2017-18 (11.89), and 2018-19 (12.40). The right chart, titled 'Vitalité', shows the average number of paid sick days per employee for the first three quarters of the 2019-20 fiscal year: T1 (12.15), T2 (11.62), and T3 (12.64). Both charts include a red horizontal line representing the target of 11.45 days.</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats des trois premiers trimestres de l'année fiscale 2019-2020 sont présentés. La moyenne de jours de maladie payés par employé au troisième trimestre de 2019-2020 est de 12.64 alors qu'elle était de 11.62 au deuxième trimestre de 2019-2020, soit juste au-dessus de la cible qui s'établit à 11.45 jours. La tendance de cet indicateur au cours des dernières années est à la hausse.</p>	
LIMITES DE L'INDICATEUR		
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% de poste permanents vacants

LEADERSHIP	Johanne Roy	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Ressources humaines - Meditech	
CIBLE	Aucune	
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le pourcentage de postes permanents vacants.	
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart shows data for 2018-2019 across four zones: Zone 1B (3.6%), Zone 4 (3.8%), Zone 5 (5.1%), and Zone 6 (2.9%). The right chart shows data for 2019-2020 across the same zones, broken down by trimester (T1, T2, T3). Zone 1B: T1 (5.6%), T2 (7.3%), T3 (5.3%). Zone 4: T1 (4.8%), T2 (6.3%), T3 (5.4%). Zone 5: T1 (7.2%), T2 (7.2%), T3 (5.0%). Zone 6: T1 (4.4%), T2 (4.2%), T3 (2.8%).</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les données comparatives par zone montrent qu'au troisième trimestre 2019-2020, trois zones avaient un pourcentage de poste permanents vacants de 5 % ou plus. La Zone 6 avait le plus bas niveau avec 2.8 %. Le Réseau de santé Vitalité semble montrer une tendance à la hausse du taux de postes permanents vacants dans les dernières années. Toutefois il faut souligner que le 3ème trimestre démontre une réduction du pourcentage de postes vacants dans toutes les zones comparativement au deuxième trimestre.</p>	
LIMITES DE L'INDICATEUR		
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓
	Faire une analyse de la disparité salariale entre les catégories professionnelles et aussi faire une comparaison avec le privé et d'autres provinces.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

d'accident avec perte de temps x 200 000 / # heures totales travaillées

LEADERSHIP	Johanne Roy																																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																	
SOURCE DE DONNÉES	MIS et cueillette de données ressources humaines																																	
CIBLE	4.11																																	
DÉFINITION	<p>La fréquence d'accidents avec perte de temps comprend tout accident à la suite duquel un employé s'absente lors du quart de travail suivant son accident. La formule du nombre d'accident avec perte de temps n'inclus pas les récurrences selon les lignes directrices. La constante standard utilisée est 200 000 heures travaillées représentant le travail de 100 travailleurs pendant une année (2000 heures travaillées/travailleur/année).</p>																																	
RÉSULTATS	<p>The left chart displays the overall accident rate across fiscal years. The right chart provides a detailed breakdown by zone and trimester for 2019-2020.</p> <table border="1"> <caption>Accident de travail - Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Accident de travail</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>5.26</td> <td>4.00</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>3.90</td> <td>4.00</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>4.03</td> <td>4.00</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - Accident de travail par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>3.63</td> <td>1.74</td> <td>4.11</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>3.46</td> <td>3.64</td> <td>4.11</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>7.98</td> <td>5.85</td> <td>4.11</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>5.73</td> <td>3.78</td> <td>4.11</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Accident de travail	Cible	2016-2017	5.26	4.00	2017-2018	3.90	4.00	2018-2019	4.03	4.00	Zone	T1	T2	Cible	Zone 1B	3.63	1.74	4.11	Zone 4	3.46	3.64	4.11	Zone 5	7.98	5.85	4.11	Zone 6	5.73	3.78	4.11
Année	Accident de travail	Cible																																
2016-2017	5.26	4.00																																
2017-2018	3.90	4.00																																
2018-2019	4.03	4.00																																
Zone	T1	T2	Cible																															
Zone 1B	3.63	1.74	4.11																															
Zone 4	3.46	3.64	4.11																															
Zone 5	7.98	5.85	4.11																															
Zone 6	5.73	3.78	4.11																															
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>L'analyse comparative par zone au deuxième trimestre 2019-2020 montre que la Zone 5 a encore le plus grand nombre d'accidents, au-delà de la cible de 4.11. Néanmoins, les résultats en 2018-2019 demeurent stables par rapport à l'année fiscale 2017-2018 et se situent près de la cible.</p>																																	
LIMITES DE L'INDICATEUR																																		
INITIATIVES	Le taux d'accidents liés à la violence en milieu de travail sera diminué de 20 %.	✓																																
	Le taux d'accidents de travail liés aux incidents musculosquelettiques sera réduit de 30 %.	✓																																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Taux de conformité dans les appréciations de rendement

LEADERSHIP	Johanne Roy																																													
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																													
SOURCE DE DONNÉES	Meditech																																													
CIBLE	65%																																													
DÉFINITION	La donnée démontre le taux de conformité, soit le pourcentage d'employé ayant reçue une appréciation du rendement.																																													
RÉSULTATS	<p>Vitalité</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux de conformité</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>40.3%</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>59.1%</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>46.0%</td> <td>65%</td> </tr> </tbody> </table> <p>2019-2020 - Taux de conformité par directeur</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Directeur</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PDG</td> <td>23.9%</td> <td>50.0%</td> <td>69.8%</td> </tr> <tr> <td>VP Qualité</td> <td>53.8%</td> <td>62.5%</td> <td>66.0%</td> </tr> <tr> <td>VP RH</td> <td>37.4%</td> <td>43.8%</td> <td>68.1%</td> </tr> <tr> <td>VP Serv ext</td> <td>52.7%</td> <td>57.6%</td> <td>59.3%</td> </tr> <tr> <td>VP Cliniques</td> <td>38.2%</td> <td>35.5%</td> <td>36.7%</td> </tr> <tr> <td>VP Comm.</td> <td>35.7%</td> <td>36.1%</td> <td>37.6%</td> </tr> <tr> <td>VP Médicaux</td> <td>53.7%</td> <td>59.7%</td> <td>63.6%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Taux de conformité	Cible	2016-2017	40.3%	65%	2017-2018	59.1%	65%	2018-2019	46.0%	65%	Directeur	T1	T2	T3	PDG	23.9%	50.0%	69.8%	VP Qualité	53.8%	62.5%	66.0%	VP RH	37.4%	43.8%	68.1%	VP Serv ext	52.7%	57.6%	59.3%	VP Cliniques	38.2%	35.5%	36.7%	VP Comm.	35.7%	36.1%	37.6%	VP Médicaux	53.7%	59.7%	63.6%
Année	Taux de conformité	Cible																																												
2016-2017	40.3%	65%																																												
2017-2018	59.1%	65%																																												
2018-2019	46.0%	65%																																												
Directeur	T1	T2	T3																																											
PDG	23.9%	50.0%	69.8%																																											
VP Qualité	53.8%	62.5%	66.0%																																											
VP RH	37.4%	43.8%	68.1%																																											
VP Serv ext	52.7%	57.6%	59.3%																																											
VP Cliniques	38.2%	35.5%	36.7%																																											
VP Comm.	35.7%	36.1%	37.6%																																											
VP Médicaux	53.7%	59.7%	63.6%																																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Pour l'année fiscale 2018-2019, le taux de conformité dans les appréciations de rendement était de seulement 46 % alors que la cible du Réseau est établie à 65 %. Ce taux est en baisse par rapport à l'année précédente (59.1 %). En 2019-2020 l'analyse par directeur montre qu'au troisième trimestre, les VP RH (68.1 %), VP Qualité (66 %) et le PDG (69.8 %) sont au dessus de la cible alors que les autres présentent des résultats inférieurs à la cible.</p>																																													
LIMITES DE L'INDICATEUR	Le taux global comprends tous les VP. Les VP assurance-maladie et Vp autres sont exclus du deuxième graphique)																																													
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓																																												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Nombre de nouveaux griefs

LEADERSHIP	Johanne Roy																													
FRÉQUENCE	Trimestrielle																													
SOURCE DE DONNÉES	Cueillette de données ressources humaines																													
CIBLE	Diminution de 5% par rapport à l'année précédente																													
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de griefs reçus au cours de la période (un grief compte une seule fois, peu importe s'il fait plusieurs paliers).																													
RÉSULTATS	<p>The left chart shows the total number of grievances for Vitalité across three periods: 194 (2016-2017), 143 (2017-2018), and 203 (2018-2019). A red horizontal line is drawn at approximately 110. The right chart shows the number of grievances by zone for each quarter in 2019-2020. Zone 1B has 15 (T1), 11 (T2), and 23 (T3). Zone 4 has 6 (T1), 4 (T2), and 3 (T3). Zone 5 has 5 (T1), 3 (T2), and 7 (T3). Zone 6 has 4 (T1), 13 (T2), and 9 (T3). A red horizontal line indicates a target of 7 grievances per quarter.</p> <table border="1"> <caption>Vitalité - Nombre de nouveaux griefs</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de nouveaux griefs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>194</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>143</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>203</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Nombre de nouveaux griefs par zone et trimestre (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>15</td> <td>11</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>4</td> <td>13</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de nouveaux griefs	2016-2017	194	2017-2018	143	2018-2019	203	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	15	11	23	Zone 4	6	4	3	Zone 5	5	3	7	Zone 6	4	13	9
Période	Nombre de nouveaux griefs																													
2016-2017	194																													
2017-2018	143																													
2018-2019	203																													
Zone	T1	T2	T3																											
Zone 1B	15	11	23																											
Zone 4	6	4	3																											
Zone 5	5	3	7																											
Zone 6	4	13	9																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le nombre de nouveaux griefs a augmenté dans les zones 1B et 5 au troisième trimestre de 2019-2020. La Zone 1B montre un nombre relativement élevé de nouveaux griefs avec un total de 23 au T3 2019-2020.																													
LIMITES DE L'INDICATEUR																														
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓																												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% d'heures de maladie	
LEADERSHIP	Johanne Roy
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)
CIBLE	5.40%
DÉFINITION	Cet indicateur représente les heures de maladies payées qui sont déduites directement de la banque de maladies de l'employé.
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the percentage of sickness hours for three fiscal years: 2016-2017 (6.1%), 2017-2018 (6.1%), and 2018-2019 (6.3%). A red horizontal line indicates the target at 5.40%. The right chart shows the percentage of sickness hours for the 2019-2020 period, broken down by directorate (T1, T2, T3). The values are: PDG (2.7%, 1.0%, 2.9%), VP Qualité (6.2%, 6.2%, 5.8%), VP RH (5.3%, 1.9%, 2.8%), VP Serv ext (5.8%, 6.2%, 6.4%), VP Cliniques (6.1%, 5.6%, 6.4%), VP Comm. (6.9%, 6.9%, 6.6%), and VP Médicaux (7.8%, 9.1%, 5.1%). A red horizontal line indicates the target at 5.40%.</p>
ANALYSE DES RÉSULTATS	L'analyse comparative par directeur au troisième trimestre 2019-2020 montre que les VPs des services externes, cliniques et communications sont légèrement au-delà de la cible de 5.4 %. Au niveau du Réseau, les résultats des trois dernières années fiscales montrent une tendance à la hausse et au-delà de la cible avec un pourcentage de maladie de 6.3 %.
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les heures d'absences en maladie longue durée ainsi que les heures de maladies payées par Travail sécuritaire NB ne sont pas incluses.
INITIATIVES	<p>Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓</p> <p>Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires sera effectuée. ✓</p> <p>Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du NB. ✓</p>

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% d'heures de surtemps

LEADERSHIP	Johanne Roy																																																					
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																																					
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)																																																					
CIBLE	2.10%																																																					
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'heures de surtemps par le nombre d'heures travaillées.																																																					
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows overtime percentages for three fiscal years: 2016-2017 (2.4%), 2017-2018 (2.9%), and 2018-2019 (3.0%). A red horizontal line indicates the target at 2.1%. The right chart shows overtime percentages for 2019-2020 across various directorates (PDG, VP Qualité, VP RH, VP Serv ext, VP Cliniques, VP Comm., VP Médicaux) at three time points (T1, T2, T3). A red horizontal line indicates the target at 2.1%.</p> <table border="1"> <caption>Vitalité - Overtime %</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Surtemps (%)</th> <th>Cible (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>2.4%</td> <td>2.1%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>2.9%</td> <td>2.1%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>3.0%</td> <td>2.1%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - Overtime % by Directorate</caption> <thead> <tr> <th>Directorate</th> <th>T1 (%)</th> <th>T2 (%)</th> <th>T3 (%)</th> <th>Cible (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PDG</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>0.0%</td> <td>2.1%</td> </tr> <tr> <td>VP Qualité</td> <td>0.7%</td> <td>1.6%</td> <td>1.2%</td> <td>2.1%</td> </tr> <tr> <td>VP RH</td> <td>0.5%</td> <td>0.4%</td> <td>0.5%</td> <td>2.1%</td> </tr> <tr> <td>VP Serv ext</td> <td>1.6%</td> <td>1.9%</td> <td>1.5%</td> <td>2.1%</td> </tr> <tr> <td>VP Cliniques</td> <td>5.2%</td> <td>6.0%</td> <td>5.2%</td> <td>2.1%</td> </tr> <tr> <td>VP Comm.</td> <td>4.3%</td> <td>5.2%</td> <td>3.7%</td> <td>2.1%</td> </tr> <tr> <td>VP Médicaux</td> <td>0.9%</td> <td>0.1%</td> <td>0.4%</td> <td>2.1%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Surtemps (%)	Cible (%)	2016-2017	2.4%	2.1%	2017-2018	2.9%	2.1%	2018-2019	3.0%	2.1%	Directorate	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	Cible (%)	PDG	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	VP Qualité	0.7%	1.6%	1.2%	2.1%	VP RH	0.5%	0.4%	0.5%	2.1%	VP Serv ext	1.6%	1.9%	1.5%	2.1%	VP Cliniques	5.2%	6.0%	5.2%	2.1%	VP Comm.	4.3%	5.2%	3.7%	2.1%	VP Médicaux	0.9%	0.1%	0.4%	2.1%
Année	Surtemps (%)	Cible (%)																																																				
2016-2017	2.4%	2.1%																																																				
2017-2018	2.9%	2.1%																																																				
2018-2019	3.0%	2.1%																																																				
Directorate	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	Cible (%)																																																		
PDG	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%																																																		
VP Qualité	0.7%	1.6%	1.2%	2.1%																																																		
VP RH	0.5%	0.4%	0.5%	2.1%																																																		
VP Serv ext	1.6%	1.9%	1.5%	2.1%																																																		
VP Cliniques	5.2%	6.0%	5.2%	2.1%																																																		
VP Comm.	4.3%	5.2%	3.7%	2.1%																																																		
VP Médicaux	0.9%	0.1%	0.4%	2.1%																																																		
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats des trois dernières années fiscales au niveau du Réseau montrent une tendance à la hausse du pourcentage d'heures de surtemps, atteignant 3.0 % en 2018-2019, au dessus de la cible de 2.1 %. L'analyse comparative par directeurat au T3 2019-2020, montre que le pourcentage d'heures de surtemps est le plus élevé dans les secteurs des communications (3.7 %) et cliniques (5.2 %).</p>																																																					
LIMITES DE L'INDICATEUR	<p>Les heures de surtemps ne sont pas toutes comptabilisées (heures supplémentaires pour éducation et téléphone sont exclus).</p>																																																					
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓																																																				
	Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires sera effectuée.	✓																																																				
	Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du NB.	✓																																																				

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

Heures travaillées PPU/jours-patients

LEADERSHIP	Johanne Roy																																						
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																						
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)																																						
CIBLE	6.09																																						
DÉFINITION	<p>Cet indicateur inclut les heures travaillées par le personnel dont le rôle principal est d'exécuter les activités qui contribuent directement à la réalisation du mandat du service. Ce groupe comprend notamment les infirmières autorisées et les autres professionnels de la santé (exclus les médecins exerçants, les résidents, les internes, les étudiants et, dans la plupart des cas, les étudiants en formation dans les services diagnostiques, thérapeutiques, de soins infirmiers et de soutien).</p>																																						
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité - Hrs travaillées PPU</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Hrs travaillées PPU</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>6.89</td> <td>6.09</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>6.90</td> <td>6.09</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>6.75</td> <td>6.09</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - Hrs travaillées PPU par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>6.15</td> <td>6.42</td> <td>6.64</td> <td>6.09</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>7.72</td> <td>7.78</td> <td>7.66</td> <td>6.09</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5.95</td> <td>6.22</td> <td>6.26</td> <td>6.09</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>7.43</td> <td>7.89</td> <td>7.50</td> <td>6.09</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Hrs travaillées PPU	Cible	2016-2017	6.89	6.09	2017-2018	6.90	6.09	2018-2019	6.75	6.09	Zone	T1	T2	T3	Cible	Zone 1B	6.15	6.42	6.64	6.09	Zone 4	7.72	7.78	7.66	6.09	Zone 5	5.95	6.22	6.26	6.09	Zone 6	7.43	7.89	7.50	6.09
Année	Hrs travaillées PPU	Cible																																					
2016-2017	6.89	6.09																																					
2017-2018	6.90	6.09																																					
2018-2019	6.75	6.09																																					
Zone	T1	T2	T3	Cible																																			
Zone 1B	6.15	6.42	6.64	6.09																																			
Zone 4	7.72	7.78	7.66	6.09																																			
Zone 5	5.95	6.22	6.26	6.09																																			
Zone 6	7.43	7.89	7.50	6.09																																			
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>L'analyse comparative par zone au troisième trimestre 2019-2020 montre un nombre d'heures travaillées PPU/jours-patients plus élevé dans la Zone 4 (7.66) et la Zone 6 (7.5). Les résultats des trois dernières années fiscales au niveau du Réseau, montrent une tendance légèrement à la baisse bien que toujours au dessus de la cible de 6.09 avec 6.75 en 2018-2019.</p>																																						
LIMITES DE L'INDICATEUR																																							
INITIATIVES	<p>Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.</p>	✓																																					

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

de départ PT et TP/# moyen d'employé PT et TP

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																								
FRÉQUENCE	Trimestrielle																								
SOURCE DE DONNÉES	HRDB et Meditech																								
CIBLE																									
DÉFINITION	Cet indicateur mesure le nombre de départs à temps plein et à temps partiel sur la moyenne des employés temps plein et temps partiel pour cette même période. Les départs incluent tous les employés qui ont quitté l'organisation pour les raisons suivantes: départs volontaires, retraites, congédiements, fin de contrat et manque de travail.																								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de départ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>1.33%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>2.70%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>1.65%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 (%)</th> <th>T2 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1.63%</td> <td>1.65%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>2.06%</td> <td>2.72%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>2.25%</td> <td>1.30%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>1.52%</td> <td>1.88%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux de départ (%)	2016-2017	1.33%	2017-2018	2.70%	2018-2019	1.65%	Zone	T1 (%)	T2 (%)	Zone 1B	1.63%	1.65%	Zone 4	2.06%	2.72%	Zone 5	2.25%	1.30%	Zone 6	1.52%	1.88%
Période	Taux de départ (%)																								
2016-2017	1.33%																								
2017-2018	2.70%																								
2018-2019	1.65%																								
Zone	T1 (%)	T2 (%)																							
Zone 1B	1.63%	1.65%																							
Zone 4	2.06%	2.72%																							
Zone 5	2.25%	1.30%																							
Zone 6	1.52%	1.88%																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats des premier et deuxième trimestres de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 4 montrait un taux de départ de 2.72 % au deuxième trimestre de 2019-2020, alors que le taux de la Zone 5 était de 1.30 %. Les résultats du Réseau pour 2018-2019 étaient en baisse avec un taux de 1.65 %, par rapport à un taux de départs de 2.7 % en 2017-2018, ce qui démontrait une meilleure rétention des employés à temps plein et à temps partiel.																								
LIMITES DE L'INDICATEUR																									
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓																							
	Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires sera effectuée.	✓																							
	Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du NB.	✓																							