

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Date et heure :	Le 15 février 2022 à 08:30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Présidente :	Claire Savoie		
Secrétaire de direction :	Lucie Francoeur		

Participants**Membres votants**

Claire Savoie (présidente)		Norma McGraw		Joanne Fortin	
Chef Terry Richardson					

Membres d'office

David Savoie (ayant droit de vote)		Dre France Desrosiers		Dre Nicole LeBlanc	
Justin Morris		Pandurang Ashrit			

Membres invitées

Gisèle Beaulieu		Diane Mignault		Brigitte Sonier-Ferguson	
-----------------	--	----------------	--	--------------------------	--

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. Résolutions en bloc 5.1 Adoption des résolutions en bloc 5.2 Adoption du procès-verbal du 16 novembre 2021 5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 16 novembre 2021 5.3.1 Révision des indicateurs 2022-2023 5.4 Plan de travail 2021-2022 5.5 Rapport de plaintes – T3 5.6 Rapport d'incidents – T3 5.7 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T3 5.8 Recommandations des Comités de revues 5.9 Rapport d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T3 5.10 Rapport sur les dossiers ouverts HIROC (litiges, réclamations et autres) 5.11 Mise à jour de la démarche d'agrément	2 - 7 8 9 - 10 11 - 25 26 - 48 49 - 51 52 - 54 55 - 61 62 - 82 83 - 87	Décision
9 h 05	6. Affaires nouvelles 6.1 Projet de documentation des activités qualité et tableau de bord – chefferie médicale (Invité : Mahamadou Douaré, conseiller à la Qualité des soins médicaux)	88 - 91	Information
9 h 25	7. Affaires permanentes 7.1 Quadrants qualité/satisfaction à la clientèle et opérationnel du tableau de bord équilibré 2021-2022 – T3	92 - 118	Information
9 h 59	8. Date de la prochaine réunion : 31 mai 2022 à 08:30		Information
10 h 00	9. Levée de la réunion		Décision

AVIS DE RÉUNION **PROCÈS-VERBAL**

Titre de la réunion :	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Date et heure :	Le 16 novembre 2021 à 08:30
		Endroit :	Zoom
But de la réunion :	Réunion régulière		
Présidente :	Claire Savoie		
Secrétaire :	Lucie Francoeur		
Participants			
Claire Savoie	✓	Norma McGraw	✓
David Savoie	✓	Justin Morris	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	✓
Pandurang Ashrit	✓	Joanne Fortin	✓
		Chef Terry Richardson	✓
		Diane Mignault	✓
		Dre France Desrosiers	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Claire Savoie à 08:32.

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 2021-11-16 / 01QSSP**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par David Savoie

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

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 14 septembre 2021

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 14 septembre 2021

5.3.1 Patients de niveaux 4 et 5 de l'urgence

5.3.2 Pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais

5.4 Plan de travail 2021-2022

5.5 Rapport de plaintes – T2

5.6 Rapport d'incidents – T2

5.7 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T2

5.8 Recommandations des Comités de revues

5.9 Rapport d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T2

5.10 Rapport sur les dossiers ouverts HIROC (litiges, réclamations et autres)

5.11 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles

5.12 Mise à jour de la démarche d'agrément

5.13 Mise à jour de la lettre de mandat reçue de la ministre

5.14 Logiciel de gestion des incidents

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. Les points ci-dessous sont retirés des résolutions en bloc :

5.3.1 Patients de niveaux 4 et 5 de l'urgence

5.3.2 Pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais

5.4 Plan de travail 2021-2022

- 5.6 Rapport d'incidents – T2
- 5.13 Mise à jour de la lettre de mandat reçue de la ministre

MOTION 2021-11-16 / 02QSSP

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par David Savoie

Et résolu que les résolutions en bloc soient adoptées avec le retrait des points ci-dessous :

- 5.3.1 Patients de niveaux 4 et 5 de l'urgence
- 5.3.2 Pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais
- 5.4 Plan de travail 2021-2022
- 5.6 Rapport d'incidents – T2
- 5.13 Mise à jour de la lettre de mandat reçue de la ministre

Adopté à l'unanimité.

5.3.1 Patients de niveaux 4 et 5 de l'urgence

Les données des trois dernières années fiscales 2018-2021 démontrent une diminution de 5 % des visites de niveau 4 et 5 pour les Zones 1 et 5 et une diminution de 2 % pour la Zone 6. Quant à la Zone 4, une augmentation graduelle et fluctuante d'environ 2 % est notée. En fait, l'ensemble du Réseau a contribué à une baisse globale de 2 %.

Nous constatons que les services primaires en communauté ont grandement eu un impact positif dans certaines zones grâce à la prise en charge des patients de niveau 4 et 5 par les infirmières praticiennes, malgré quelques facteurs contributifs qui rendent difficile le maintien ou l'atteinte de nos cibles, entre autres la difficulté d'établir des rendez-vous dans la communauté, la diminution du nombre de médecins de famille au niveau de la province, les cliniques de rendez-vous non accessibles, etc.

Suite à l'annonce du plan de réforme du système de santé du N.-B., un des changements que nous verrons au cours des 24 prochains mois est un nouveau modèle pour accéder aux soins primaires, afin d'offrir de meilleurs services aux gens du N.-B., ce qui limitera le nombre de visites inutiles aux services d'urgence.

Un membre demande quelques données par rapport au nombre de médecins qui font uniquement de l'urgence versus ceux qui font seulement du bureau, le nombre d'infirmières praticiennes dans l'ensemble du Réseau, le nombre de médecins qui acceptent des transferts d'autres patients et est-ce qu'il y a des incitatifs ? Un membre demande aussi avec l'embauche des vingt médecins au niveau du Réseau si ceci a fait une différence avec la prise en charge des patients de niveau 4 et 5. Ces données pourront être partagées lors de la retraite du Conseil d'administration prévue le 6 décembre 2021. D'ailleurs, la vice-présidente des Ressources humaines présentera le profil des ressources humaines, ainsi que les activités de rétention et de recrutement, les incitatifs offerts dans les titres d'emploi en pénurie et diverses statistiques.

Les zones situées dans le nord de la province, soient les Zones 4 et 5 sont les zones qui sont plus fragilisées au niveau médical. Il n'y a pas d'incitatifs pour la réorientation des patients des niveaux 4 et 5 vers les bureaux de pourvoyeurs de soins de santé primaire. Il s'agit d'une initiative qui vise à innover pour améliorer l'offre de service pour mieux répondre aux besoins des patients.

En ce qui a trait à l'outil pour dépister les aînés vulnérables en communauté et favoriser un retour à domicile propice et rapide, cette initiative a été suspendue temporairement en raison de la pandémie, mais est prévue recommencer dans l'ensemble du Réseau avant la fin de l'année 2021.

5.3.2 Pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais

Comme discuté à la dernière réunion, il n'y a pas de cible ou d'objectif national ou même provincial pour l'indicateur relié au pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais. La cible de 53.1 % a été établie par l'Équipe de leadership.

Plusieurs facteurs contribuent à ce que les délais ne soient pas respectés, entre autres l'outil interprété différemment par les chirurgiens donc le patient est surclassé, la requête chirurgicale reçue avec déjà 1 à 2 semaines entamées sur le délai, le manque de personnel et/ou de lits, le bris d'équipement, etc.

Durant la pandémie, le groupe provincial chirurgical a travaillé fort pour déterminer les chirurgies de niveau 1, 2, 3 et 4, alors que les blocs opératoires fonctionnaient au ralenti. La majorité des délais non rencontrés

sont spécifiquement reliés à la pandémie, malgré qu'il y a des cas de niveau 3 et 4 qui ont été effectués lors de la 3^e vague de la pandémie. Le chirurgien évalue son patient selon des critères cliniques bien définis. Toutefois, sur le plan chirurgical, l'outil de priorisation nécessite constamment des ajustements. La communication est primordiale entre le patient, les médecins et les soignants. En fait, il est important que le patient affecté par le report de sa chirurgie demeure informé en continu de l'évolution de sa condition. Les membres du comité seront gardés au courant du plan de rétablissement post pandémie.

Un membre du comité rapporte des idées intéressantes dans un rapport du Québec qui pourrait nous aider.

Les comités d'éthique des deux Régions et de la province ont été impliqués pendant la pandémie, afin d'élaborer des critères de priorisation pour aider dans la prise de décision au niveau de l'utilisation des services et particulièrement aux soins intensifs.

Suite à l'annonce du plan de réforme du système de santé du N.-B., un autre changement que nous verrons au cours des 24 prochains mois est de réduire les temps d'attente en chirurgie et l'accès aux services spécialisés par des actions claires et spécifiques pour améliorer nos performances sur toutes les chirurgies.

Une équipe multidisciplinaire sera responsable de classer les chirurgies. Afin d'améliorer la qualité de vie au travail des chirurgiens, il y aura des cibles par catégories de priorité et le pourcentage de cas qui pourrait être fait.

5.4 Plan de travail 2021-2022

Un membre suggère d'inviter le Conseil de la santé du N.-B. à une réunion future du Conseil d'administration, afin de discuter des indicateurs du Conseil de la santé en lien avec la qualité et la performance du Réseau. L'invitation sera lancée au moment opportun.

Chaque fois que le Conseil de la santé du N.-B. publie un rapport, une note est présentée au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients à titre d'information. Par ailleurs, une corrélation a été effectuée lors du dernier sondage du Conseil de la santé du N.-B. sur l'expérience des patients hospitalisés.

5.6 Rapport d'incidents – T2

Un membre est surpris de voir que les chutes se produisent fréquemment le jour lorsque le patient est ambulatoire, alors qu'il y a plus de personnel durant le relais de jour. Plusieurs éléments peuvent en être la cause, entre autres la pandémie qui perdure depuis quelques années et le fait que les visites sont restreintes, le manque de ressource, le profil de la clientèle hospitalisée, etc. Par ailleurs, seulement trois chutes avec blessures graves ont été comptabilisées au sein du Réseau au deuxième trimestre de 2021-2022. Un programme de prévention des chutes est également en place, mais nous avons quand même beaucoup d'ainés qui dépassent le 90 jours à l'hôpital, ce qui augmente le niveau de risque.

Aussi, globalement, le Réseau dépasse toujours un taux d'occupation de 100 % dans chacun de ses établissements et le personnel est à son minimum, depuis plus d'un an. C'est pourquoi la vice-présidente des Services cliniques est en train de revoir le modèle de soins et les heures de soins cibles pour les patients. D'autres projets sont également en cours tels que l'approche gériatrique, le programme de marche et nous avons une unité clinique apprenante (UCA) pour les aînés qui se penche actuellement sur la polymédication et la gestion des taux d'admission.

En ce qui a trait aux questions relatives à la main d'œuvre, la vice-présidente des Ressources humaines présentera diverses données lors de la retraite du Conseil d'administration prévue le 6 décembre 2021 comme mentionné ci-haut.

5.13 Mise à jour de la lettre de mandat reçue de la ministre

Une des priorités gouvernementales est de responsabiliser les médecins par l'introduction des ententes de responsabilité. L'objectif principal est de centrer le discours sur le besoin du patient. Cette initiative sera incluse dans le prochain Plan régional de santé et d'affaires. Par ailleurs, cet élément a été ajouté dans les règlements administratifs approuvés en juillet dernier par la ministre de la Santé.

En ce moment, l'équipe est incapable de faire avancer cette initiative à cause du manque de ressources.

MOTION 2021-11-16 / 03QSSP

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Norma McGraw

Et résolu que les rapports ci-dessous soient acceptés tels que présentés :

5.3.1 Patients de niveaux 4 et 5 de l'urgence

5.3.2 Pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais

5.4 Plan de travail 2021-2022

5.6 Rapport d'incidents – T2

5.13 Mise à jour de la lettre de mandat reçue de la ministre

Adopté à l'unanimité.

6. Affaires nouvelles

6.1 Plan de qualité et de sécurité 2021-2022

Le plan de la 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. Il est en lien avec le Plan stratégique et le Plan de santé et d'affaires du Réseau. Il est composé de quatre objectifs prioritaires :

- Implanter le bilan comparatif des médicaments (BCM) aux points de transition des soins ;
- Réduire les obstacles au cheminement des usagers ;
- Augmenter le nombre de patients partenaires qui participent à des équipes/comités ;
- Réduire le nombre d'incidents et d'accidents de violence en milieu de travail.

MOTION 2021-11-16 / 04QSSP

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Joanne Fortin

Et résolu que le plan de qualité et de sécurité 2021-2022 soit accepté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

6.2 Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du Réseau

Le guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité a été élaboré dans une démarche participative de consultation et de co-construction avec les acteurs clés (partenaires de l'expérience patient, membres du personnel incluant les médecins, les gestionnaires, hauts dirigeants et membres du Conseil d'administration). Le guide est un document pratique, vivant et évolutif offrant une vision rassembleuse de notre culture et démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Le Réseau de santé Vitalité forme une grande équipe où chaque personne est responsable d'assurer une prestation de soins et services sécuritaires de qualité. Dans une perspective de gestion intégrée de la qualité et de la sécurité, les activités de surveillance et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité s'intègrent dans les activités courantes à tous les niveaux.

Les cinq objectifs du Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé sont intégrés au guide, soient les soins centrés sur la personne, les soins sécuritaires, les soins accessibles, les soins appropriés et les soins intégrés.

Les étapes suivant l'approbation du guide sont :

- de mobiliser les troupes, les comités concernés et les équipes qualité-sécurité ;
- d'élaborer un plan de communication ;
- de diffuser le guide en format abrégé sur le site Web du Réseau ;
- d'effectuer une tournée de zones pour présenter le guide et susciter l'engagement ;
- d'effectuer une tournée des dirigeants pour aller voir la performance sur le terrain ;
- d'assurer le suivi des résultats ;
- d'évaluer la mise en œuvre du guide et de la structure d'imputabilité.

Félicitations aux équipes qui ont travaillé fort à la conception de ce guide !

MOTION 2021-11-16 / 05QSSP

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Joanne Fortin

Et résolu que le guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du Réseau soit accepté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

Réunion conjointe avec le Comité des finances et de vérification et le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

7. Affaires permanentes

7.1 Tableaux de bord stratégique et équilibré – T2

Une présentation/formation portant sur les tableaux de bord est effectuée aux membres pour faciliter la compréhension et l'interprétation des données.

Le tableau de bord stratégique est l'outil de surveillance le plus important pour un Conseil d'administration. Les indicateurs sont utilisés pour cerner les possibilités d'amélioration de la qualité et évaluer la performance du Réseau en lien avec son plan stratégique. Chaque indicateur a une fiche explicative qui contient des informations détaillées sur l'indicateur, la source des données, la cible, les informations détaillées de la zone ou de l'hôpital, l'analyse et les liens vers des initiatives spécifiques.

Le tableau de bord équilibré quant à lui, permet d'évaluer les processus selon les quatre quadrants suivants : qualité, financier, ressources humaines et opérationnel.

Suite à la retraite du Conseil d'administration prévue le 6 décembre, un groupe de travail sera mis sur pied avec l'équipe de planification et quelques présidents de comités du Conseil pour réviser les indicateurs et les cibles avant la nouvelle année fiscale. Les indicateurs ciblés seront rattachés aux objectifs stratégiques du plan stratégique du Réseau.

Les membres remercient l'équipe pour le partage d'informations supplémentaires ce qui a permis une meilleure compréhension.

D'autres améliorations techniques seront apportées aux tableaux de bord d'ici la prochaine rencontre puisqu'il est difficile de regarder un indicateur sans se rendre à la fiche respective. C'est pourquoi un lien sera créé automatiquement entre chaque indicateur et la fiche explicative concernée pour améliorer l'efficacité.

**Pandurang Ashrit quitte la rencontre à 09:56, en raison d'un autre engagement.*

Les fiches explicatives décrivent bien les actions prises et les défis rencontrés, toutefois il manque l'écart d'un trimestre à l'autre. Il est difficile d'évaluer les écarts d'un trimestre à l'autre pour les indicateurs touchant les ressources humaines et les finances, par contre l'équipe de la Planification et d'amélioration de la performance poursuivra ses efforts en vue d'améliorer le contenu des fiches et aussi réviser les cibles pour la prochaine année.

**Justin Morris quitte la rencontre à 10:00, en raison d'un autre engagement.*

Les niveaux de soins alternatifs représentent un enjeu de taille pour le système de santé, ainsi que pour le patient lui-même. Ces cas réduisent la disponibilité des lits pour des admissions, des transferts entre établissements et des opérations chirurgicales. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 6 présentait le nombre de patients de niveaux de soins alternatifs le plus élevé, soit 237. Il semble que les foyers de soins n'arrivent pas à satisfaire à la demande, en raison de lits fermés par manque de personnel. Aussi, les familles ne gardent pas leurs proches à la maison aussi longtemps que dans les autres provinces.

La majorité des patients en attente de foyers de soins sont classifiés des niveaux 3. La classification des demandeurs pour les services de soins de longue durée est déterminée par des professionnels qualifiés à l'aide de l'outil générique d'évaluation « soins de longue durée ». Les clients de niveau 3 ont besoin d'aide et de surveillance sur une base continue.

De nouvelles initiatives visant à aider les aînés à rester chez eux le plus longtemps possible figurent dans le nouveau plan provincial de la santé. Le Réseau travaillera en partenariat avec le Programme extra-mural et le Développement social au cours de la prochaine année. À chaque fois qu'un patient est admis à l'hôpital, il doit y avoir un mécanisme dès l'admission pour travailler sur le congé prévu.

Dans de nombreuses cultures autochtones, les aînés demeurent chez eux le plus longtemps possible. C'est une initiative absolument positive pour le bien-être des personnes âgées. Le partage d'expérience et de connaissance pourrait servir d'apprentissage pour le Réseau et la province.

En ce qui concerne les indicateurs reliés aux ressources humaines, tels que le nombre de départs volontaires des employés, le taux de roulement et la moyenne de jours de maladie payés par employé, le Comité ad hoc des Ressources humaines prendra connaissance de l'exercice de planification stratégique RH 2021-2024 et s'assurera de sa mise en œuvre. À la demande des membres, l'information suivante sera transmise au Comité ad hoc des Ressources humaines ; le programme de pont à l'université et au collège, le suivi du nombre de préposés avec l'approche du nouveau modèle de soins et la mise à jour de la stratégie provinciale et de la stratégie Vitalité pour le recrutement nursing. Par ailleurs, les stratégies pour faire face aux grands enjeux seront présentées à la retraite du Conseil prévue le 6 décembre 2021.

L'indicateur relié au nombre de consultations cliniques effectuées avec des technologies virtuelles est en évolution puisque c'est un nouvel indicateur. Les services virtuels figurent également dans le plan provincial de la santé pour offrir aux citoyens une flexibilité et un accès accru aux services.

8. Date de la prochaine réunion : 15 février 2022 à 08:30

9. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Norma McGraw à 10:32.

Claire Savoie
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance et Qualité

Note couverture

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 15 février 2022

Objet : Suivi de la dernière réunion tenue le 16 novembre 2021

5.3.1 Révision des indicateurs 2022-2023

Suite à la retraite du Conseil d'administration tenue le 6 décembre 2021, les objectifs stratégiques pour la prochaine et dernière année du Plan stratégique (2020-2023) ont été révisés et approuvés électroniquement en janvier par la majorité des membres du Conseil. Le travail a été amorcé pour réviser les indicateurs et les cibles en lien avec ces objectifs pour l'année 2022-2023. Une ébauche est en préparation pour consultation avec les présidents des comités du Conseil à une rencontre qui sera cédulée à cet effet à la mi-mars 2022.

Rapports réguliers soumis au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Plusieurs activités régulières ont dû être reportées ou ralenties, afin de redéployer les ressources et prioriser la gestion de la 5^{ème} vague de la pandémie. Soit :

- La rencontre du **Comité consultatif des patients et des familles** qui devait avoir lieu le 3 février a été annulée dû à l'impossibilité de poursuivre la stratégie d'intégration des patients-partenaires dans les équipes et comités du Réseau. La prochaine réunion est prévue le 19 mai 2022.
- Il n'y aura pas de mise à jour du **Plan de qualité et de sécurité 2021-2022**, ainsi que la mise en œuvre du **Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients**. Ces dossiers ont très peu évolué depuis la dernière réunion du Comité puisqu'il était impossible de faire des tournées dans les zones pour présenter le Guide et d'aller chercher l'engagement des parties prenantes. Les activités se poursuivront dans les prochains mois.
- Les vice-présidents, directeurs, gestionnaires ont tous été mobilisés pour gérer pratiquement à temps plein la 5^{ème} vague de la pandémie. **Les présentations du Plan qualité/projets/initiatives** par VP/secteurs seront reprises à une prochaine réunion.

Soumis le 30 janvier 2022 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 15 février 2022

Objet : Plan de travail 2021-2022

À titre d'information, le plan de travail 2021-2022 est présenté à chaque réunion, afin de suivre l'évolution des activités.

Soumis le 18 janvier 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

PLAN DE TRAVAIL

2021-2022

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Date de la réunion	Activités
Septembre 2021	<ul style="list-style-type: none">• Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, des risques et de l'éthique• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers• Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2022• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Novembre 2021	<ul style="list-style-type: none">• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers• Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP• Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2022• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Mars 2022	<ul style="list-style-type: none">• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers• Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP• Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2022• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Juin 2022	<ul style="list-style-type: none">• Révision du plan de travail et du calendrier des réunions du Comité de la qualité• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers• Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP• Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis)• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)

Note couverture

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 15 février 2022

Objet : Rapport trimestriel sur les plaintes (T3 2021-22)

Le présent rapport comprend les données du troisième trimestre de l'année financière 2021-2022, ainsi que les données comparatives pour les deux années précédentes. Il est présenté à titre d'information et d'avis.

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.

Le rapport inclut également des exemples de pistes d'amélioration découlant de l'analyse des plaintes du troisième trimestre de 2021-2022.

Soumis le 24 janvier 2022 par Lynne Lévesque, gestionnaire régionale, Service qualité et sécurité des patients



Rapport sur les plaintes T3 (2021-2022)

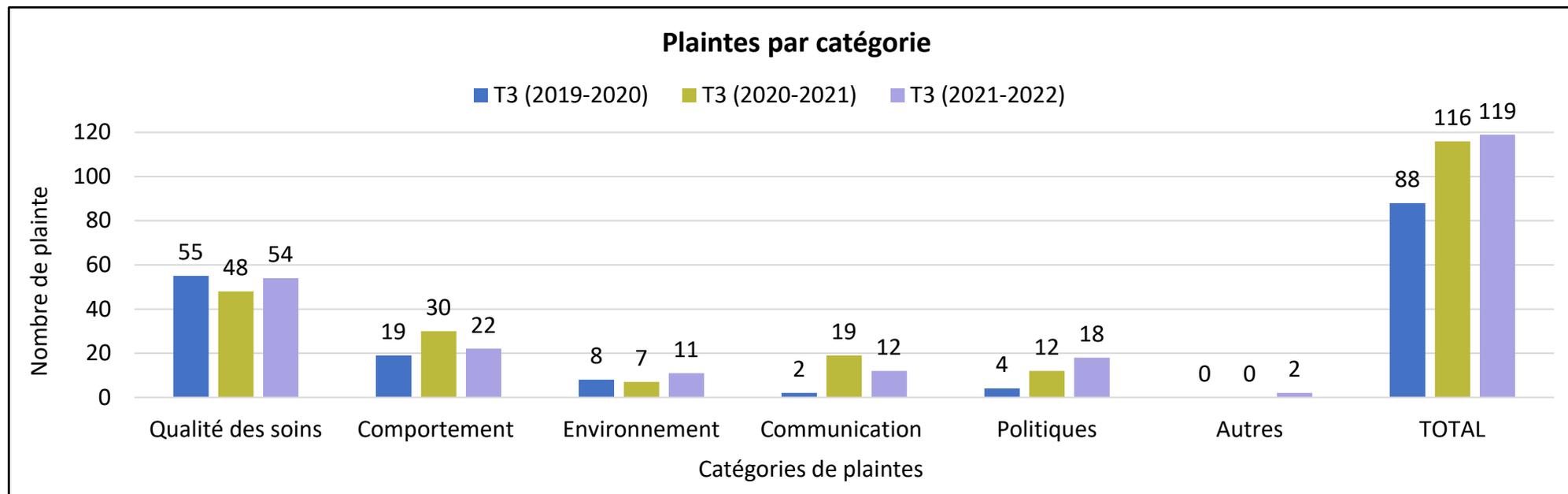


Plan de la présentation

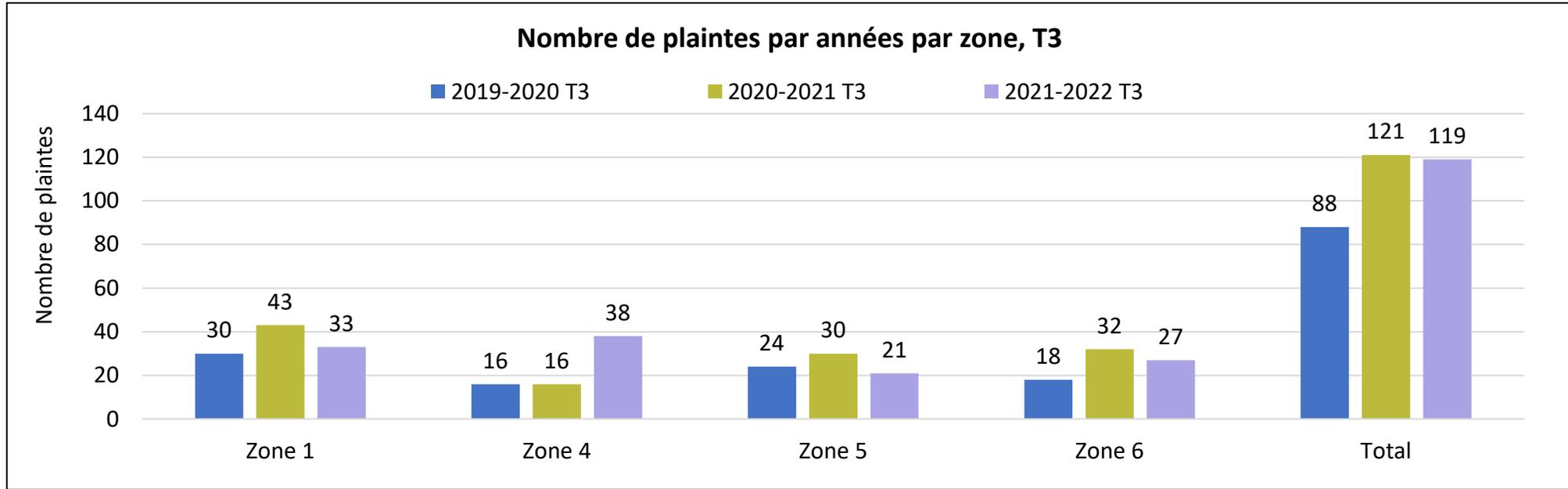
- Définitions
- Plaintes par catégories
- Plaintes liées à la pandémie COVID-19
- Plaintes liées à la qualité
- Plaintes liées au comportement
- Plaintes liées à la communication
- Plaintes liées à l'environnement
- Plaintes liées aux politiques
- Délais de résolution des plaintes
- Exemples d'amélioration découlant des plaintes

Définitions

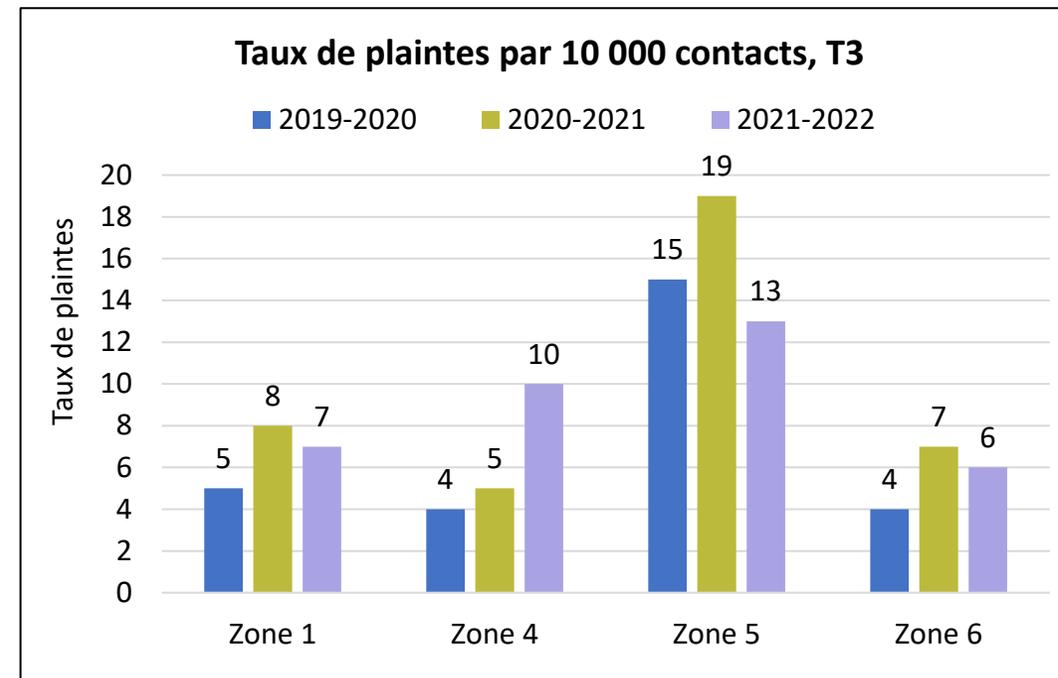
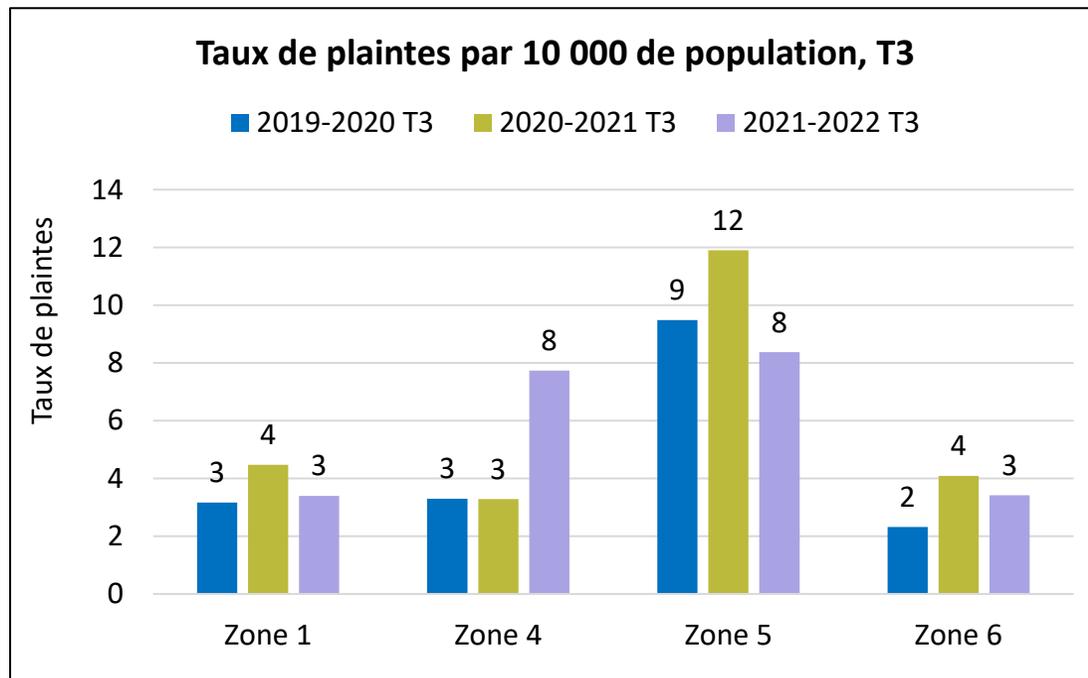
- Plainte - manifestation verbale (en personne ou par téléphone) ou écrite d'insatisfaction de la part d'un patient, d'un membre de la famille ou du public au sujet des soins ou services reçus, qui exige une étude ou un suivi.
- Les plaintes sont classées selon les catégories et sous-catégories provinciales suivantes:
 - Qualité des soins/services : accès, période d'attente, congé, sécurité, résultats des soins, attentes du patient, soins en général
 - Comportement : personnel médical, personnel infirmier, autres membres du personnel, autres patients
 - Communication : confidentialité, enseignement, langue, transfert des soins
 - Environnement : nourriture, bruit, stationnement, accès à l'établissement, qualité de l'air/eau, sécurité/propreté de l'établissement
 - Politiques et règlements du Réseau



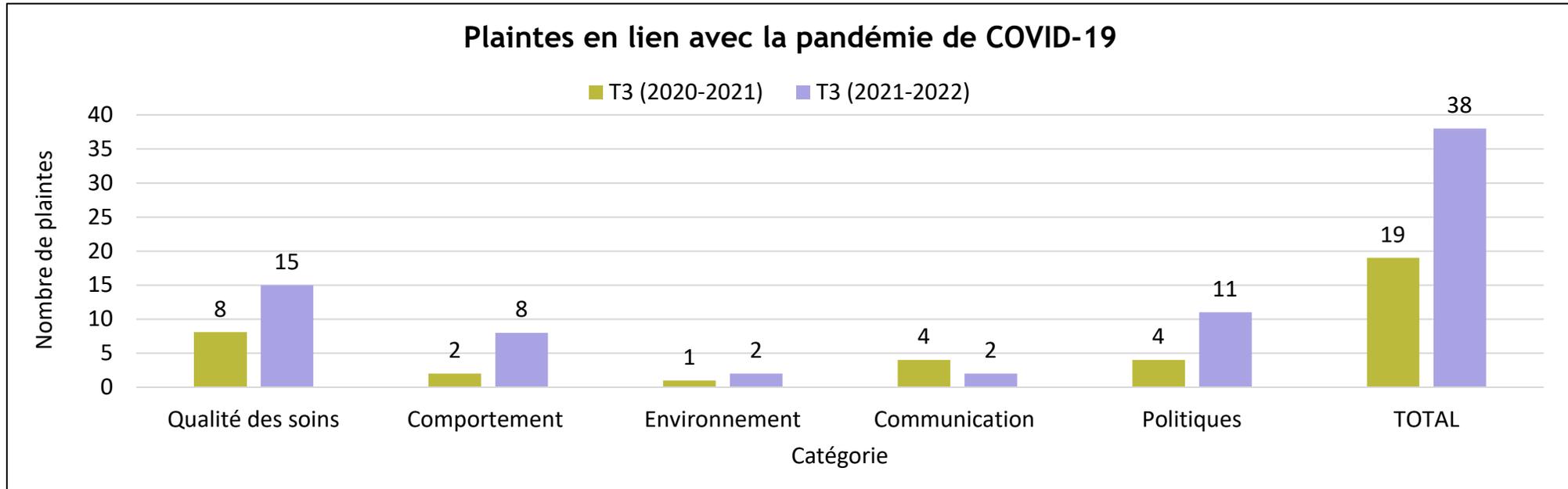
- Dans l'ensemble du Réseau, on note une légère augmentation dans le nombre total de plaintes comparativement au même trimestre l'an dernier (T3 de 2020-2021). Cette augmentation est attribuable à une augmentation dans le nombre de plaintes dans les catégories : qualité, environnement et politiques.
- On note une diminution dans le nombre de plaintes dans les catégories comportement et communication passant de 30 à 22 et 19 à 12 respectivement. Les plaintes en lien avec le comportement proviennent en grande partie des soins ambulatoires/cliniques (45 %) et des services de l'urgence (32 %).
- Les plaintes en lien avec les politiques représentent 15 % du total des plaintes, celles-ci sont majoritairement (67 %) en lien avec les restrictions des visites (accompagnement/personne de soutien désignée) et les directives en lien avec la COVID (port de masque, preuve de vaccination, etc.), les autres plaintes (33 %) sont en lien avec les frais de chambre, les privilèges aux CHR et aux services de traitement des dépendances et la présence d'animaux d'accompagnement.
- Dans la catégorie autres, nous retrouvons les plaintes en lien avec les pertes de biens (soulier, vêtements, etc.).



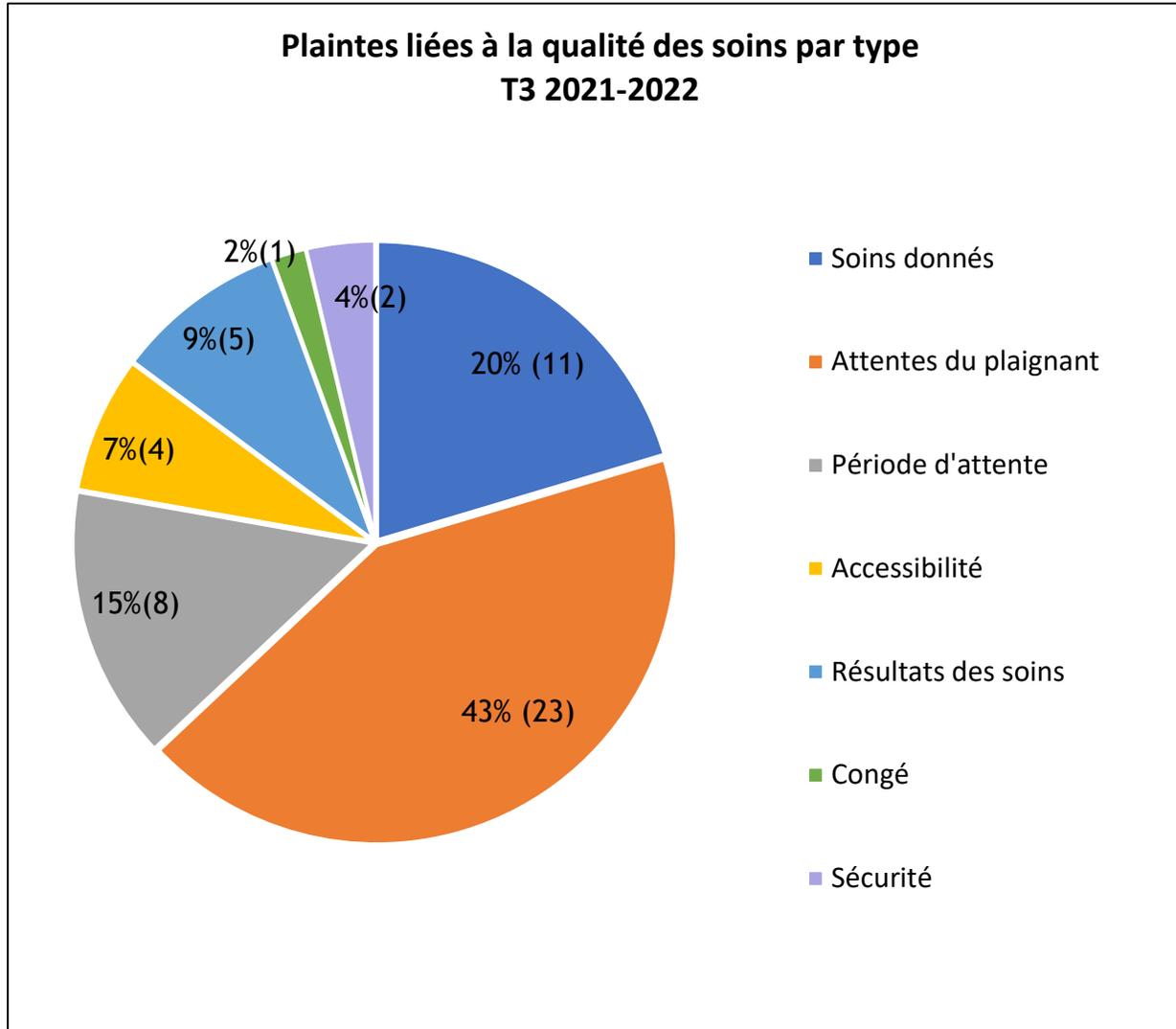
- Lorsqu'on compare le nombre de plaintes par zone pour le T3 de 2021-2022, on remarque que le nombre de plaintes a plus que doublé dans la Zone 4. Dans les autres zones le nombre de plaintes a diminué de: 23 %-Zone 1B, 30 %-Zone 5 et 16 %-Zone 6 en comparant aux plaintes du T3 de 2020-2021.



- Lorsqu'on analyse les plaintes par 10 000 de population desservie, on note que les Zones 4 et 5 comptent plus de plaintes par 10 000 de population. Dans les autres zones, le taux de plaintes est assez semblable.
- L'augmentation du taux de plaintes de la Zone 4 est surtout en lien avec les restrictions en places dues à la COVID-19 (visites et personne de soutien désignée) et la nourriture. Cette zone a été durement affectée par les vagues de la pandémie et les restrictions hospitalières et communautaires.
- Lorsqu'on analyse les plaintes par 10 000 contacts (la somme du # total d'admission, # total de consultations à l'urgence et # total de visites ambulatoires), la Zone 5 compte plus de plaintes par 10 000 contacts.
- Le nombre de plaintes dans la Zone 5 est plus élevé pour le volume d'activités. Le nombre de plaintes à l'Ombud au Centre Hospitalier Restigouche compte pour 38 % des plaintes dans la zone.

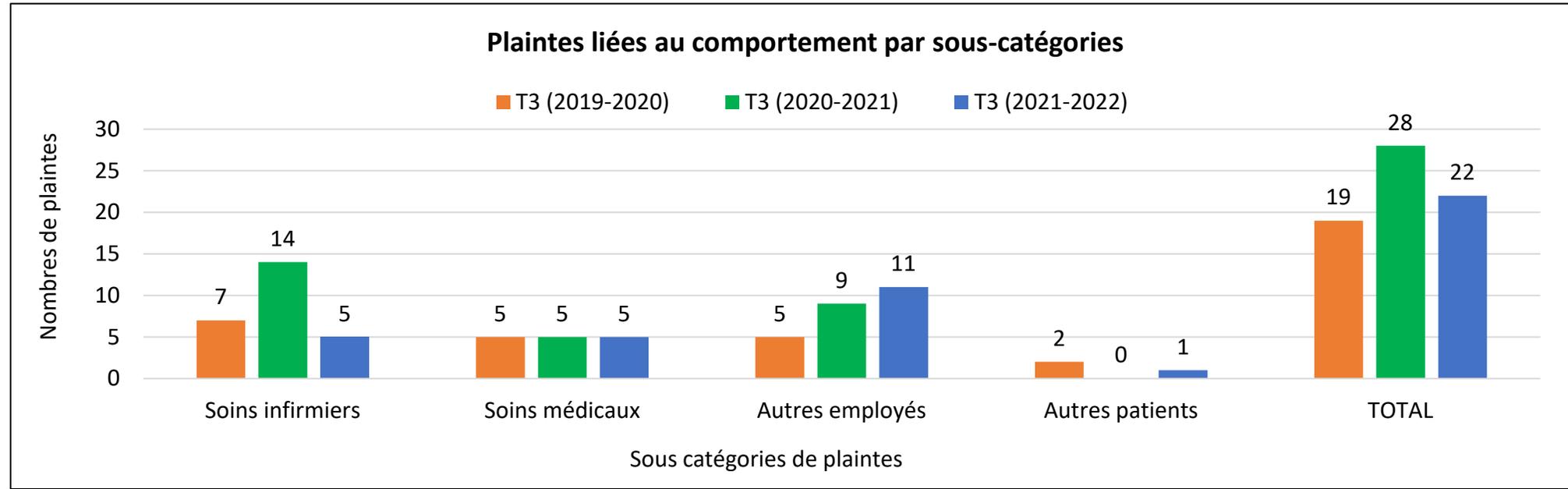


- Depuis le début de la pandémie de la COVID-19, le Service de qualité et sécurité des patients comptabilise les insatisfactions face à cette réalité. Parmi toutes les catégories de plaintes confondues, on compte 248 plaintes liées à la pandémie depuis mars 2020.
- Au T3 de 2021-2022, le nombre total des plaintes en lien avec la pandémie a doublé comparativement au même trimestre de l'an dernier. Cette augmentation est attribuable à l'augmentation des plaintes des catégories qualité, comportement et politiques.
- Dans la catégorie de la qualité, il y a surtout des insatisfactions dans la sous-catégorie attente des patients, tels que ne pas recevoir les soins auxquels ils s'attendaient (par ex.: avoir accès à une civière au lieu d'attendre dans la salle d'attente à l'urgence, ou être placés dans les corridors au lieu d'une chambre après la fermeture de certaines unités).
- Les plaintes dans la catégorie comportement sont majoritairement en lien avec les préposés et agents de sécurité au contrôle des établissements embauchés pour la période de la pandémie.

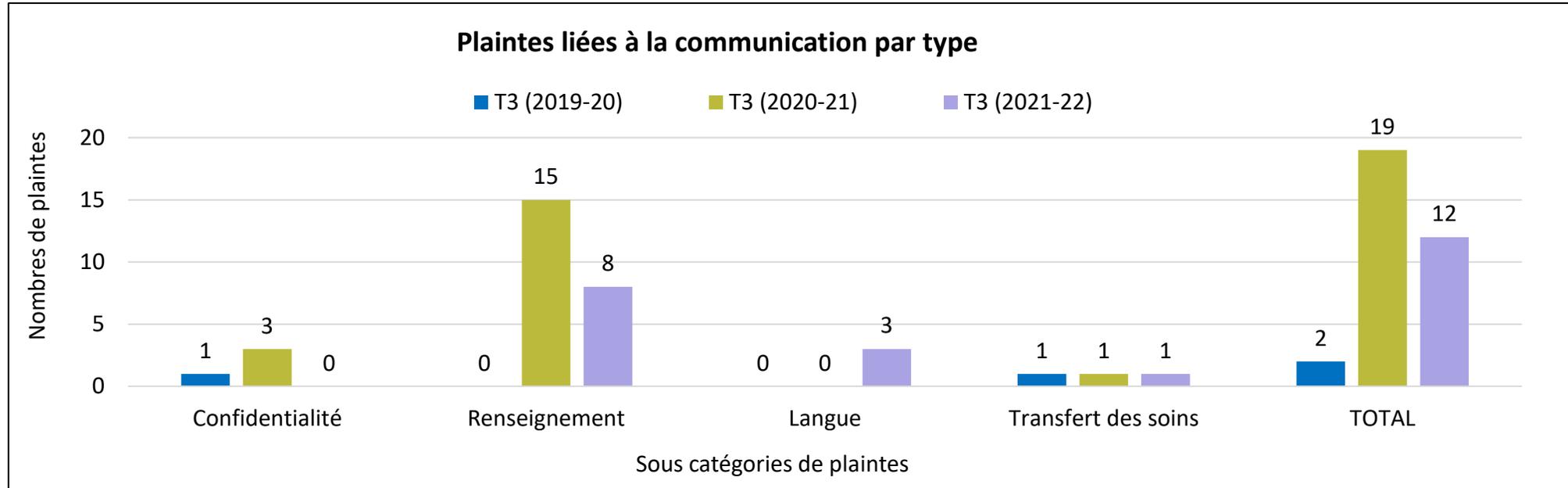


Ce tableau démontre la répartition des plaintes par sous-catégories dans la catégorie liée à la qualité des soins. 78 % des plaintes liées à la qualité des soins sont réparties dans trois catégories, soit :

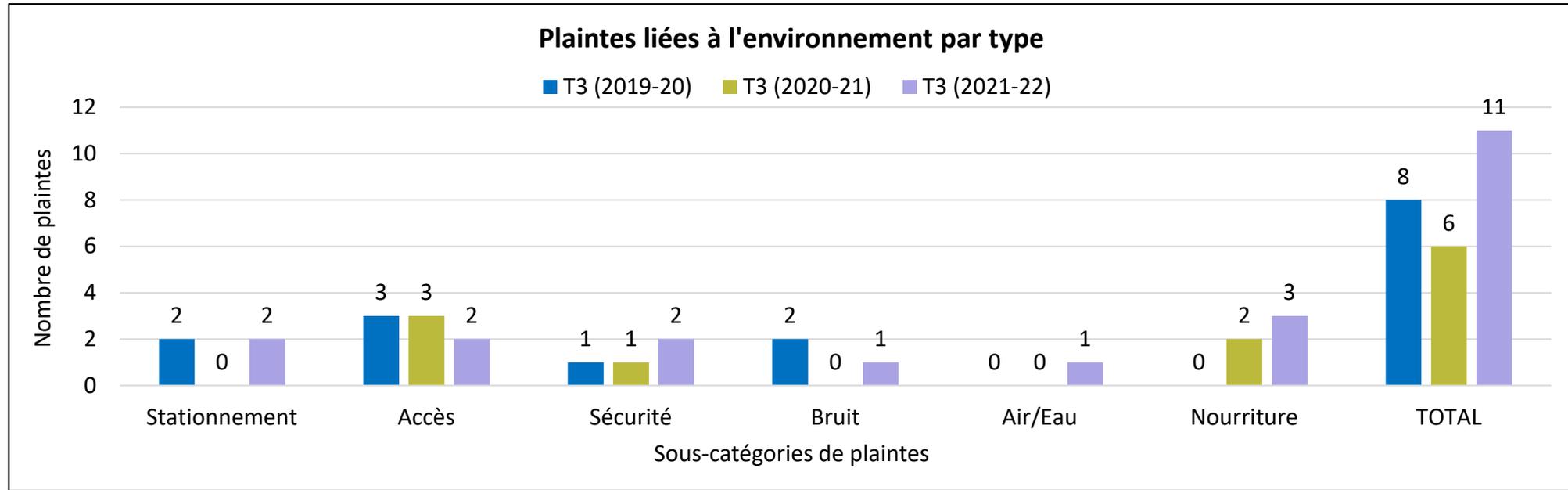
1. Les attentes du patient qui n'ont pas été satisfaites pour 43 % (ex. attentes au niveau du type de traitement, examen diagnostique, des soins offerts, etc.).
2. Les soins donnés en général pour 20 % (ex. aux unités de soins et à l'urgence).
3. La période d'attente pour un service pour 11 % (ex. à l'urgence et aux cliniques ambulatoires).



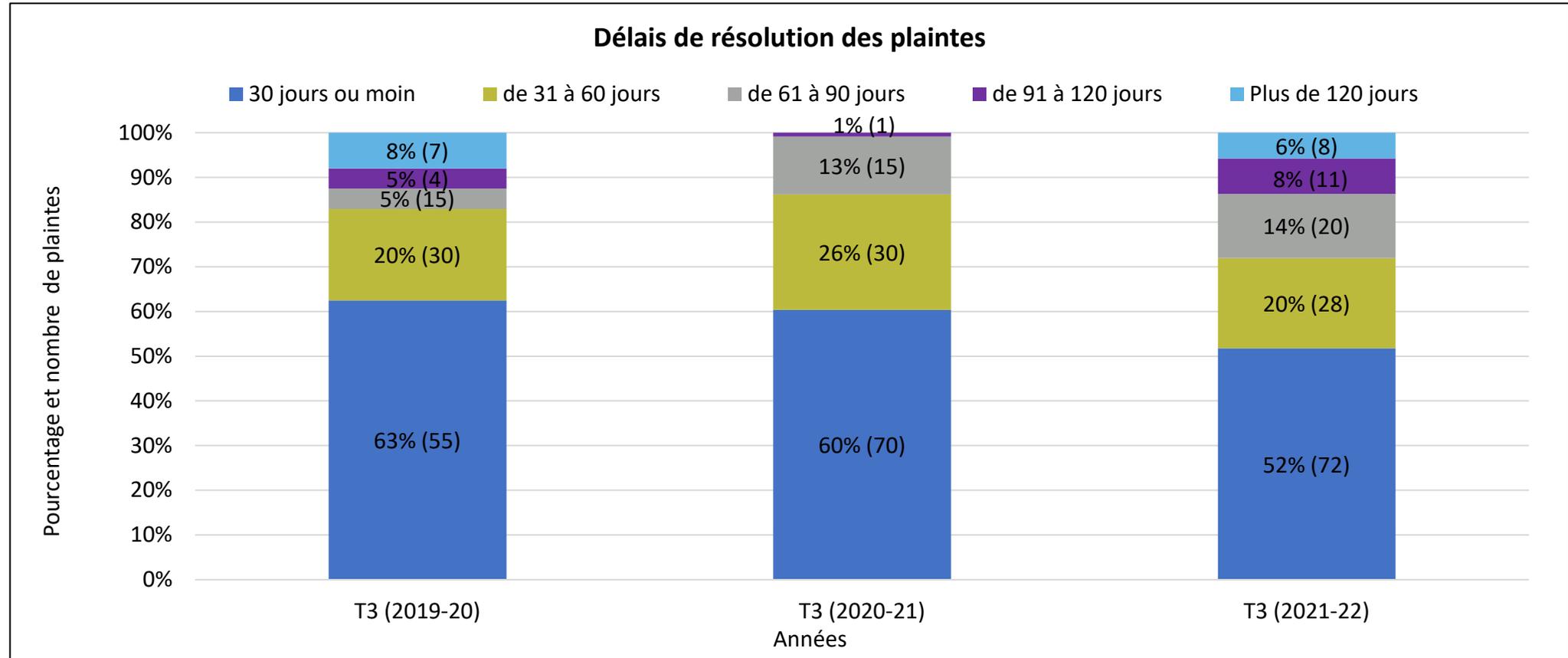
- Les plaintes liées au comportement représentent 18 % de l'ensemble des plaintes pour le T3 de 2021-2022. On note une diminution de 21 % comparativement au T3 de 2020-2021.
- On observe une augmentation des plaintes dans la catégorie autres employés passant de 9 à 11 depuis la dernière année. Dans la catégorie autre employés, on retrouve les plaintes concernant les employés du triage à l'entrée et les commis à l'admission. La majorité des plaintes sont en lien avec l'attitude et le manque de respect selon les patients. Des suivis étroits et de la sensibilisation sont faits avec le membre du personnel visé par la plainte.
- Dans la sous-catégorie des soins médicaux, le nombre de plaintes en lien avec le comportement médical demeure stable. Les exemples qui ressortent le plus dans cette catégorie selon la perspective du patient sont en lien avec l'approche non professionnels de la part du médecin.
- On note une grande diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement dans la sous-catégorie des soins infirmiers. Les plaintes sont majoritairement en lien avec un manque de professionnalisme et brusquerie selon les patients.



- Les plaintes liées à la communication représentent 10 % de l'ensemble des plaintes pour le T3 de 2021-2022. Le nombre a considérablement diminué passant de 19 en 2020 à 12 à la même période de l'année 2021-2022.
- Dans la sous-catégorie renseignements, les plaintes sont en lien avec le manque de communication et de renseignements par rapport aux directives durant la pandémie. Il y a eu trois plaintes en lien avec l'offre de service dans la langue de choix du patient.



- Comparativement au T3 2020-2021, il y a une augmentation considérable dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement passant de 6 à 11 au T3 2021-2022.
- Les deux plaintes de stationnement sont en lien avec le manque de disponibilité de stationnement pour les personnes à besoins spéciaux au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L. Dumont et l'Hôpital régional d'Edmundston. Dans la sous-catégorie accès, une plainte en lien avec l'accès à la télévision dans les chambres des patients et les difficultés à obtenir la ligne téléphonique au service de rendez-vous de Tracadie.
- Dans les plaintes en lien avec la sécurité, on note des inquiétudes de patients en lien avec l'état du plafond à l'entrée principale de l'Hôpital régional Chaleur. Les plaintes dans la sous-catégorie nourriture sont en lien avec la diminution au service alimentaire en lien avec la grève.



- Ce graphique représente les délais de résolution pour les plaintes fermées au T3. Comparé au T3 2020-2021, on note une diminution dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours et de 31 à 60 jours. Le processus de révision des lettres de suivi aux plaignants a été modifié, afin d'assurer une rigueur et une uniformité dans les réponses.
- Des 119 plaintes reçues dans le T3 2021-2022, 72 ou 60 % ont été fermées dans un délai de 30 jours ou moins et 39 soit 33 % ont été fermées en dedans de 31 à 60 jours, donc 93 % de nos plaintes fermées en dedans de 60 jours. Les autres 8 plaintes (7 %) ont été fermées entre 61 et 82 jours. Le travail de collaboration entre les gestionnaires, les directeurs et les services médicaux contribuent grandement à l'atteinte de l'objectif fixé dans notre politique.

Exemples d'amélioration découlant des suivis de plaintes

Chaque plainte reçue est portée à l'attention du chef de service pour fin d'examen et d'amélioration. Selon la gravité de la plainte, une analyse des causes profondes peut être effectuée. Voici quelques exemples d'amélioration qui découlent des plaintes pour le T3:

- Mise à jour du guide « *Contrôle aux portes - Entrée principale ou entrée de l'urgence* » afin de clarifier les lignes directrices en période de pandémie COVID-19.
- Support et encadrement offerts aux employés aux entrées principales. Un rappel a été fait sur l'importance de communiquer avec les patients de manière professionnelle et d'expliquer les raisons des directives en cette période de pandémie.
- Modification de l'heure d'envoi des notifications du service de rendez-vous, afin d'être un peu plus tard soit à 9 h au lieu de 8 h le matin.
- Un rappel a été fait auprès des commis des services externes, afin de réitérer l'importance d'une bonne communication lors du report ou de l'annulation d'un rendez-vous dû à la pandémie.
- Éducation faite aux personnels des unités de soins et clergés visiteurs concernant le processus d'aide médicale à mourir et le lien avec le respect de la dignité du patient, les soins prodigués et la confidentialité.
- Ajustement du processus de référence pour clinique de planification familiale, afin d'arrimer les cliniques de Bathurst et Horizon. L'équipe acceptera les auto-références pour contraception, pose et retrait d'un stérilet.

Le processus de gestion des plaintes:

Une plainte exprimée peut indiquer que plusieurs autres personnes ont éprouvé le même mécontentement, mais qu'elles ne l'ont pas exprimé. Les plaintes ne doivent pas être perçues de façon négative, mais plutôt comme un geste constructif qui assure le respect des droits des patients et qui contribue à améliorer la qualité des soins et services offerts par le Réseau de santé Vitalité.

Note couverture

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : Le 15 février 2022

Objet : Rapport trimestriel sur les incidents (T3 2021-2022)

Le présent rapport comprend les données du troisième trimestre de l'année financière 2021-2022. Les graphiques et les données détaillées sur les incidents sont en annexe.

Les incidents sont classés selon des catégories (types) et des définitions provinciales. Les principaux types d'incidents rapportés sont : les chutes, les incidents reliés aux solutés intraveineux (qui incluent ceux reliés au sang et aux produits sanguins), les incidents reliés aux médicaments, les incidents de sécurité, les incidents de traitement/analyse/procédé et les divers. Les incidents rapportés touchent en majorité des patients (hospitalisés, externes, à l'urgence), mais touchent également d'autres catégories de personnes comme les visiteurs, les bénévoles, les étudiants, etc., ainsi que nos infrastructures.

Chaque incident et incident évité de justesse est analysé avec la collaboration des services 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. Les incidents graves et critiques sont transmis aux comités de revue pour une analyse des causes profondes et une mise en place de mesures pour prévenir que les incidents se reproduisent.

Pour fin d'analyses statistiques et des tendances, tous les incidents rapportés sont transcrits dans une base de données centrale (fichier Excel) permettant ainsi de produire les graphiques en annexe et donner des explications sur les fluctuations des données d'un trimestre à l'autre. Cette base de données permet également de produire différents rapports pour les divers paliers de l'organisation. Les ressources humaines reçoivent chaque mois des données reliées aux incidents de violence de patients envers les employés. Un rapport sur les incidents reliés aux médicaments rapportés est préparé pour les rencontres du Comité de gestion des médicaments de chaque zone.

Le nouveau logiciel de gestion des incidents permettra de capter plus précisément d'autres types d'incident (par ex. : incidents liés à la prévention des infections) ce qui permettra de suivre plus efficacement les tendances. Son déploiement est prévu pour début mars 2022.

Soumis le 28 janvier 2022 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques



Rapport sur les incidents T3 2021-2022



Plan de la présentation

- Définitions (types d'incidents)
- Graphiques:
 - Incidents rapportés par trimestre
 - Incidents évités de justesse par trimestre
 - Incidents rapportés au T3 par zone et année financière
 - Comparaison des types d'incidents entre T3 (2020-2021) et T3 (2021-2022)
 - Incidents rapportés par catégorie et par zone
 - Incidents rapportés par trimestre:
 - Chutes
 - Taux de chutes
 - Taux de chutes avec blessure grave
 - Médicaments
 - Taux d'incidents médicamenteux

Plan de la présentation (suite)

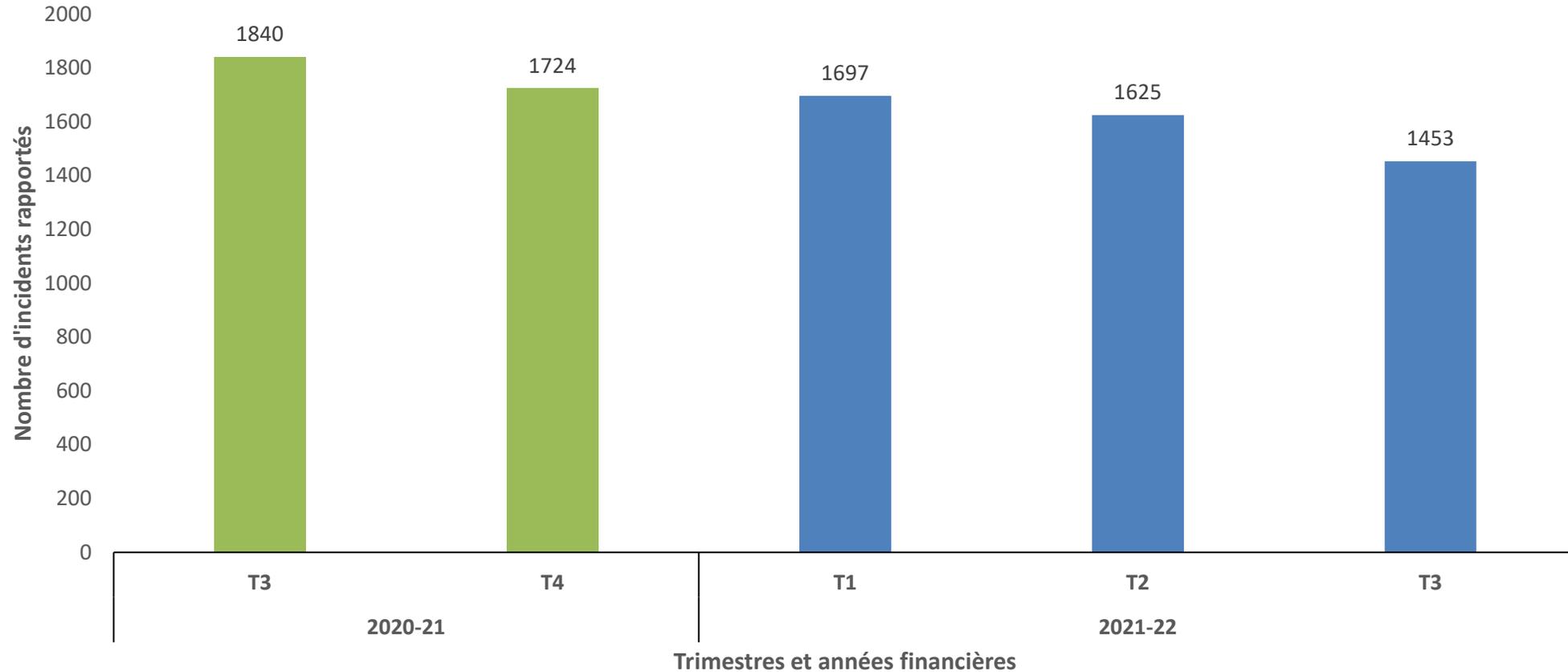
- Incidents rapportés par trimestre (suite):
 - Sécurité
 - Traitement/Analyse/Procédé (TAP)
 - Divers
 - Intraveineux
- Proportion des gravités
- Incidents modérés, graves et critiques par trimestre
- Incidents modérés, graves et critiques par zone et par type
- Suivis découlant des analyses de tendances

Définitions

Les incidents sont classés selon des définitions provinciales et par catégories (types):

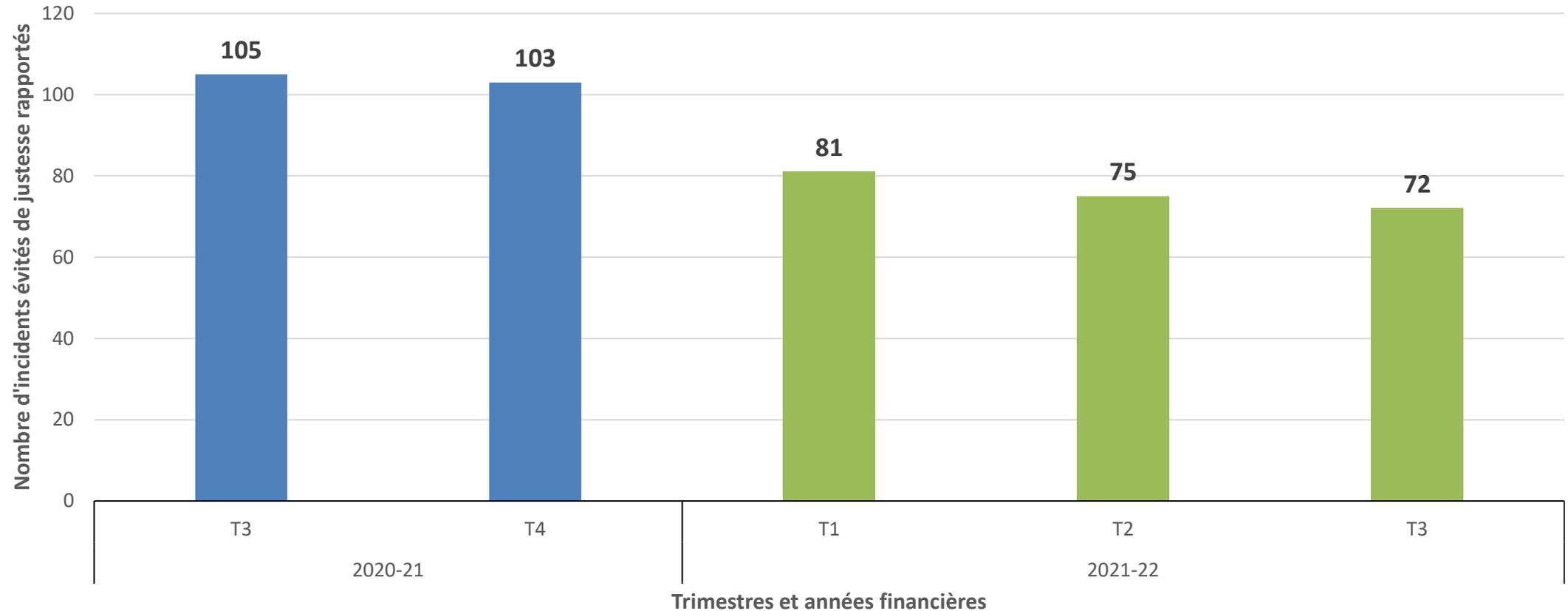
- Chutes (lit, debout, ambulant, commode, etc.)
- Solutions intraveineuses (infiltration, omission, allergie, posologie, etc.) incluant ceux de sang et produits sanguins (débit, omission, mauvais groupe sanguin, etc.)
- Médicaments (omission, aucune ordonnance, réaction allergique, posologie, etc.)
- Sécurité (agression, altercation, vol, incendie, bris ou perte de bien, etc.)
- Traitement/analyse/procédé (omission, délai, mauvais patient, réaction allergique, etc.)
- Divers (blessures accidentelles, automutilation, consentement, etc.)

Total des incidents rapportés par trimestres



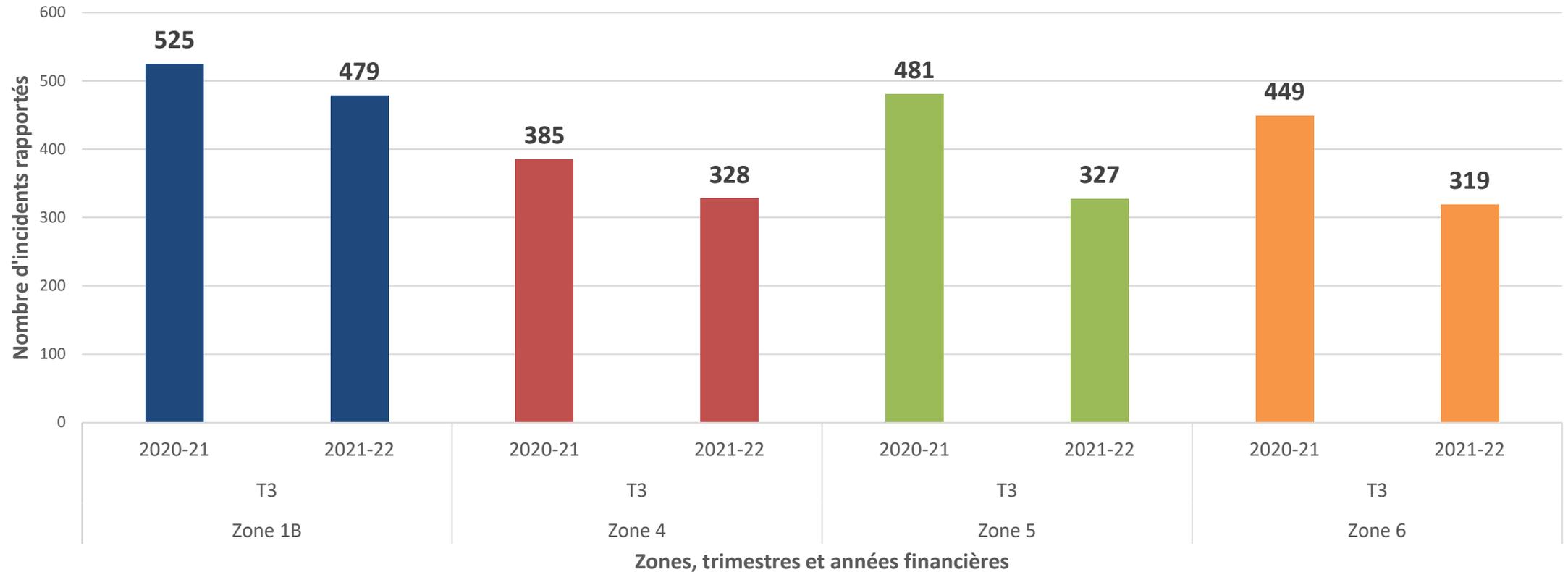
- Une diminution du nombre d'incidents rapportés est notée au T3 comparativement au trimestre précédent (11 %). Toutes les zones ont rapporté moins d'incidents ce trimestre-ci.
- Une tendance à la baisse est notée pour tous les trimestres antérieurs à celui-ci.
- Le nombre d'incidents total rapportés est réduit de (21 %) comparativement au même trimestre de l'année précédente.

Total des incidents évités de justesse rapportés par trimestres



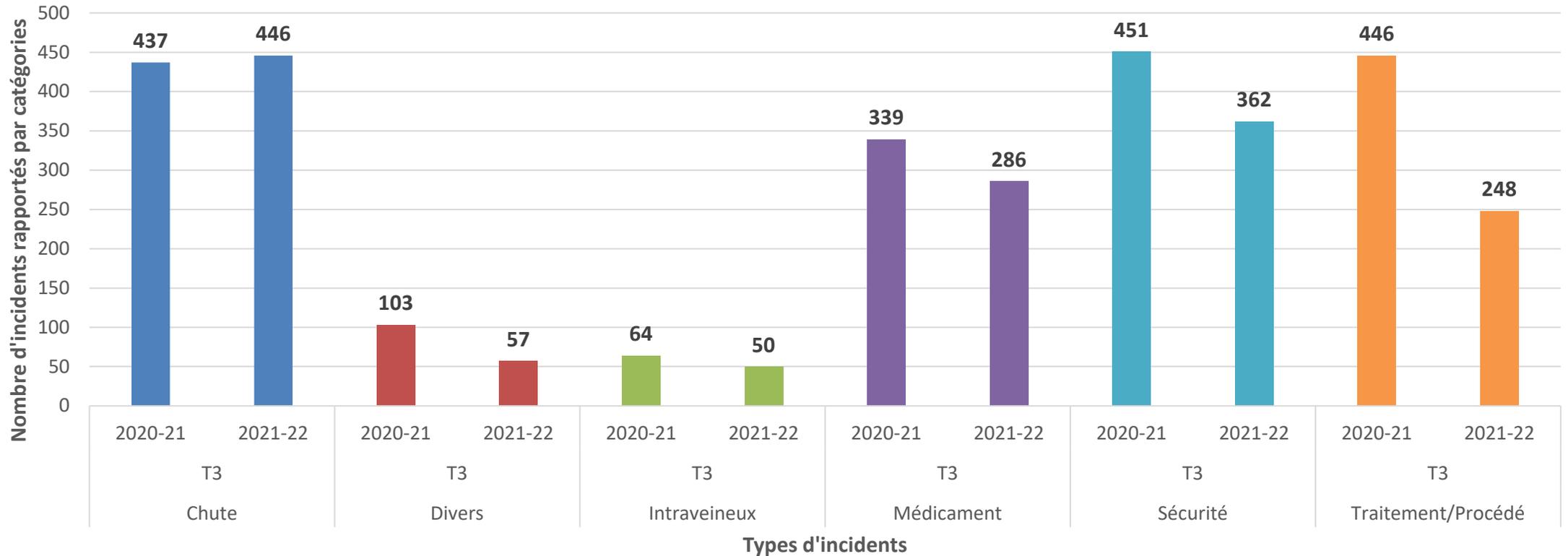
- Au T3 (2021-22), les incidents évités de justesse (IEJ) représentent 5 % du total des incidents rapportés soit 72 sur les 1453 incidents. Le nombre global rapporté est presque similaire qu'en T2.
- Les zones 1B (20) et 4 (36) demeurent celles qui rapportent le plus les IEJ. Ce trimestre-ci, la zone 1B en a cependant rapporté moins qu'au trimestre précédent (-12) et la zone 6 en a quant à elle rapporté plus (+9). La Zone 4 continue à être celle qui en rapporte le plus avec 36.
- Il semble se produire plus d'IEJ qu'il en a de rapporté. Une évaluation des causes empêchant le signalement des IEJ sera effectuée dans les prochains mois et des améliorations au processus seront apportées.

Nombre d'incidents rapportés par zones entre T3 2020-2021 et T3 2021-2022



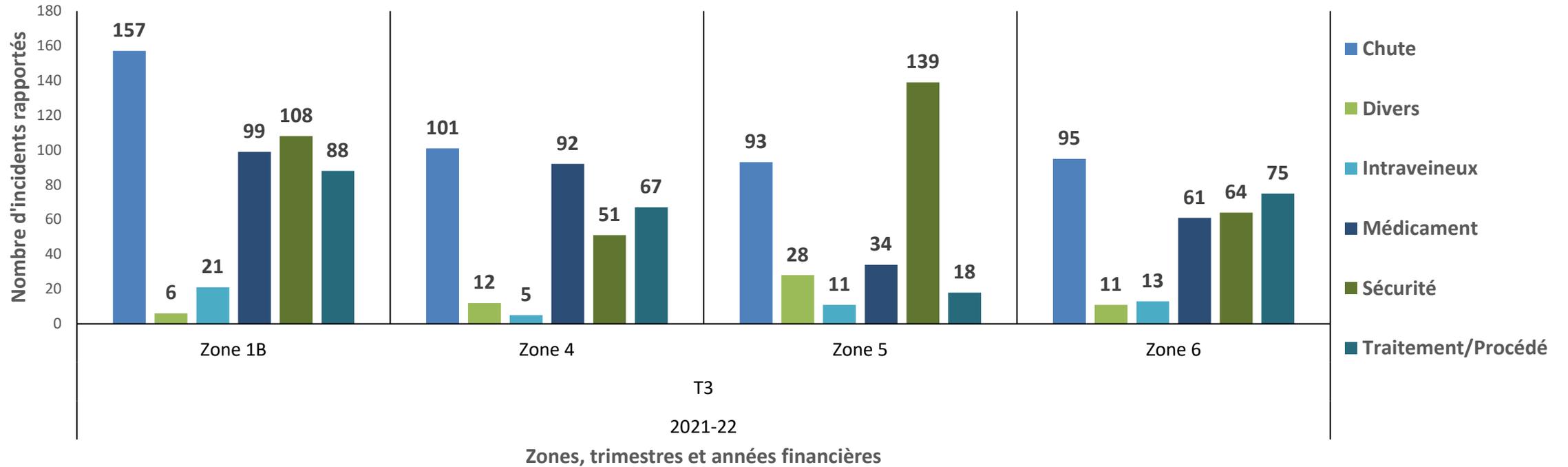
- La Zone 1B est celle qui a rapporté le plus d'incidents, comme pour l'année précédente. Cette zone a un volume d'activités plus élevé que les autres zones.
- La Zone 5 a rapporté 32 % moins d'incidents qu'au même trimestre en 2020-2021 suivie de près par la Zone 6 avec 29 %.
- Le manque de personnel qui s'est accentué pourrait expliquer en partie cette diminution par rapport à l'année précédente. En effet, le personnel verbalise avoir moins tendance à rapporter les incidents lorsqu'ils sont en moins grand nombre sur les unités, par manque de temps.

Comparaison des types d'incidents entre T3 (2020-2021) & T3 (2021-2022)



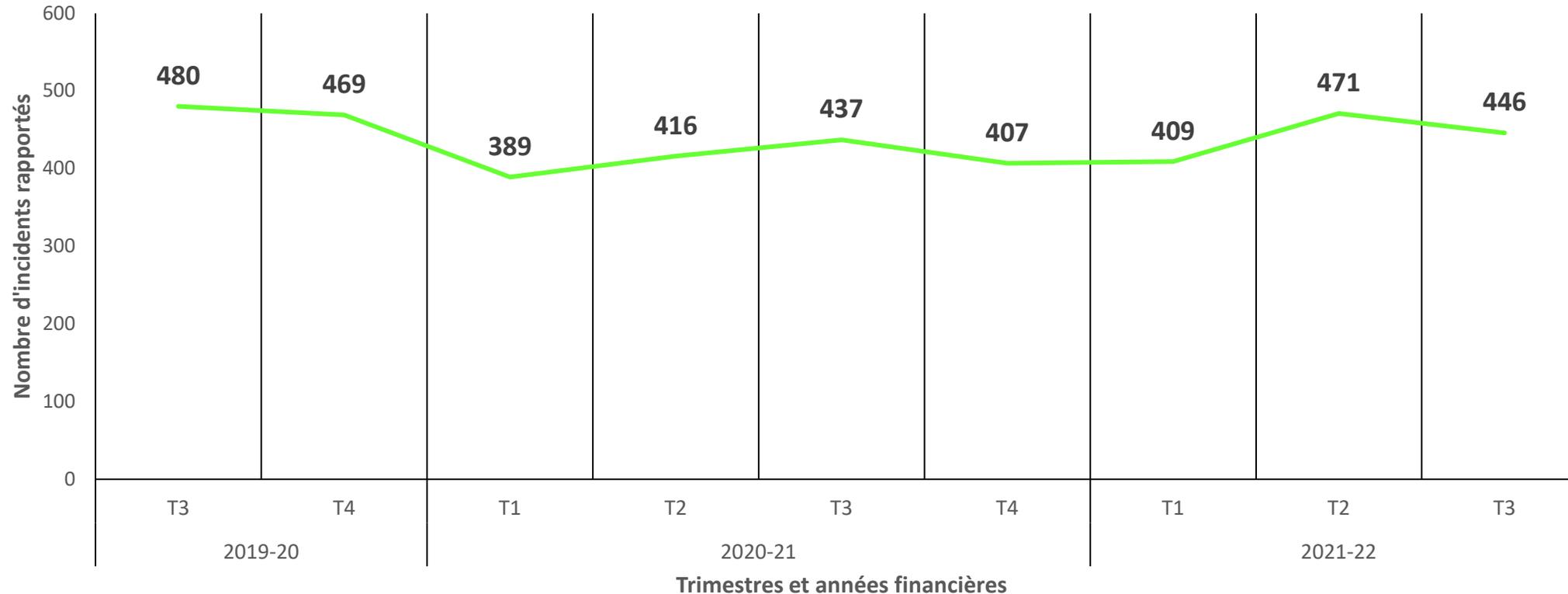
- Incidents divers: diminution de 45 % (-46). Les zones 1B (moins de Divers-autre) et 5 (moins d'automutilation) sont celles qui en ont rapporté le moins.
- Incidents de traitement/procédé: 44 % de moins (-198). La zone 6 en a rapporté 66 % de moins (moins d'omissions en imagerie médicale).
- Incidents de sécurité: 20 % de moins (-89). Diminution dans toutes les zones sauf la zone 1B qui en a rapporté presque autant.
- Incidents liés aux médicaments: 16 % de moins (-53). Diminution dans toutes les zones.
- Les autres données sont assez stables.

Nombre d'incidents rapportés par catégories et par zones



- La zone 1B est celle qui a rapporté le plus de chutes, le plus grand nombre d'incidents liés aux médicaments, ainsi que les incidents de traitement/procédé. À noter qu'elle est la zone où l'on retrouve le plus gros volume d'activité.
- La zone 5 est celle qui rapporte le plus d'incidents de sécurité.
- Les zones 4 et 6 sont similaires quant au nombre d'incidents rapportés par type, mis à part ceux liés aux médicaments où la zone 4 en a rapporté 34 % de plus.
- Plus de détails sont fournis dans les prochaines diapositives.

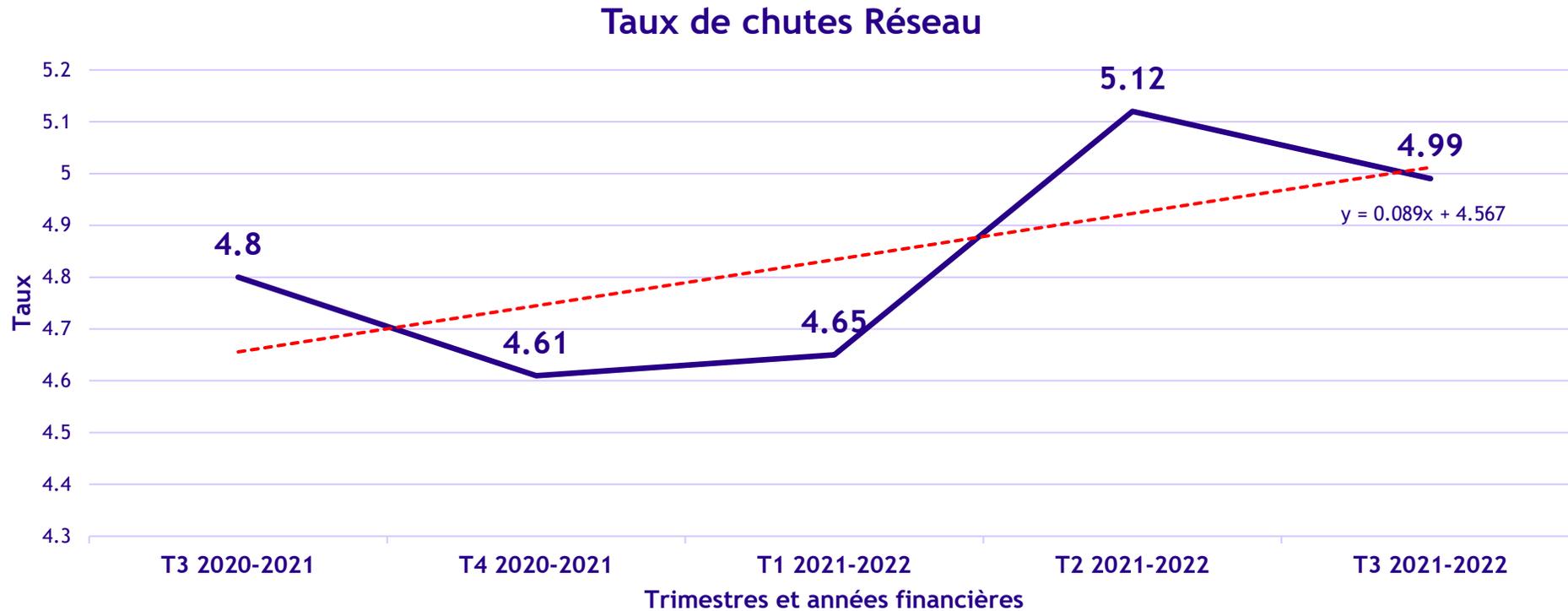
Chute- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



- Une légère diminution (5 %) du nombre de chutes est noté. De façon générale, les chutes se produisent le plus fréquemment alors que le patient est debout (26 %), au lit/civière (22 %) et marchant/ambulant (20 %).
- 1 % des chutes (6 chutes) pour T3 2021-2022 ont occasionné une blessure grave causant pour la plupart des fractures. Un programme de prévention des chutes est en place afin de réduire le nombre de chutes. Il était appliqué pour 3 de ces patients, ne l'était pas pour 2 et l'information n'était pas disponible pour l'autre.
- Les endroits où se produisent la majorité des chutes sont les unités de soins de longue durée.
- La zone 1B est celle qui a rapporté le plus de chutes (35 %)

Taux de chutes par trimestre (Réseau)

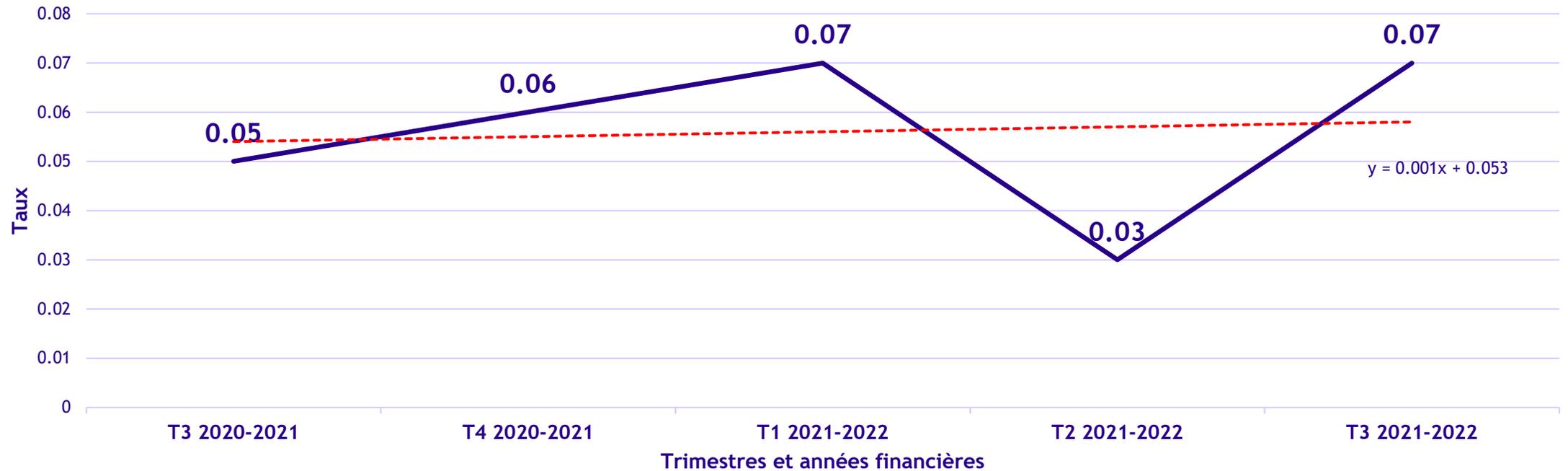
- Cible du Réseau: 5 par 1000 jours patient



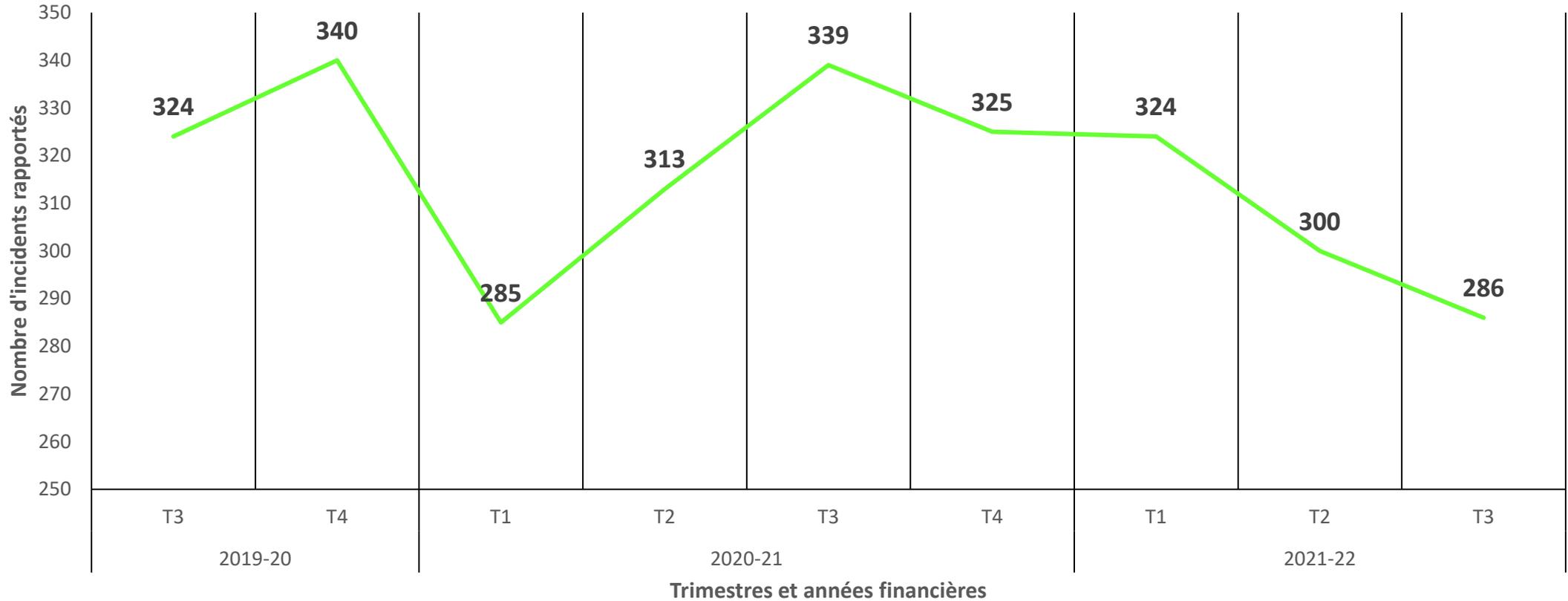
Taux de chutes avec blessure grave par trimestre (Réseau)

- Cible du Réseau: 0 par 1 000 jours patient

Taux de chutes avec blessure grave



Médicaments- Nombre d'incidents rapportés par trimestres

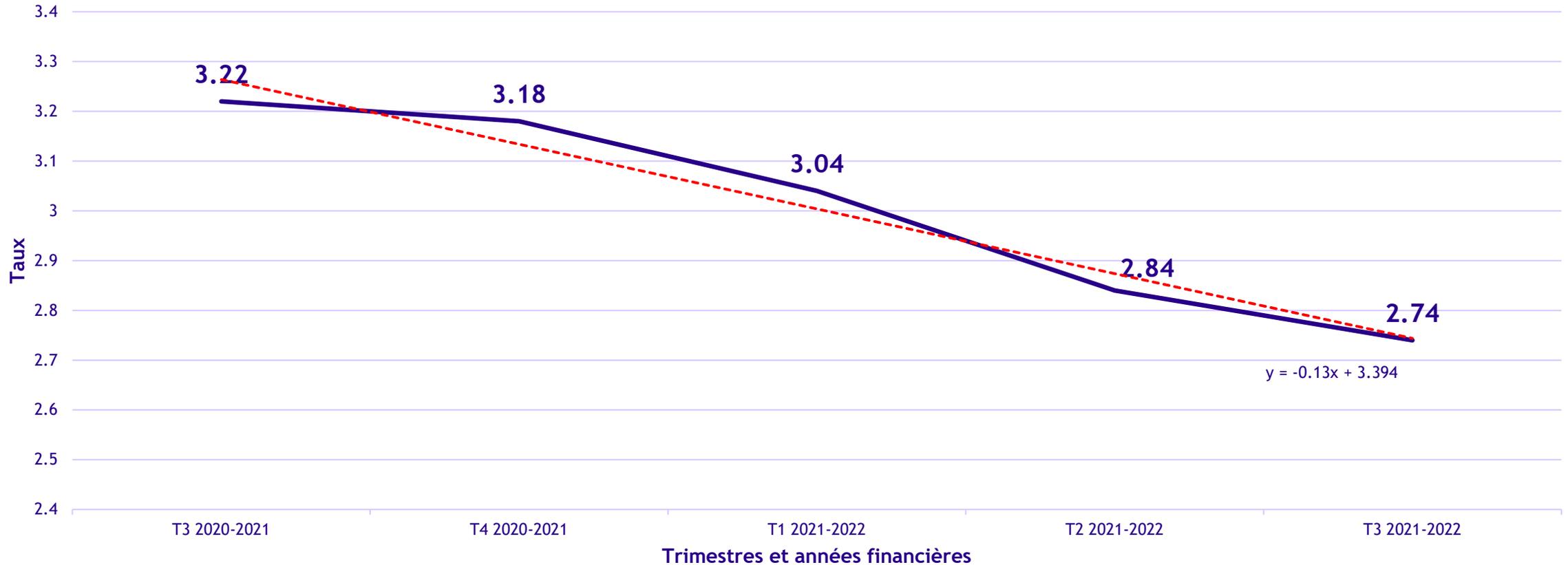


- Le nombre d'incidents de médicaments est légèrement plus bas (5 %) que le trimestre précédent.
- Les incidents liés aux médicaments les plus fréquents sont les omissions (34 %), ceux liés à la posologie/concentration (25 %) et ceux d'aucune ordonnance (24 %).
- Deux incidents ayant eu des conséquences modérés furent rapportés.
- Les zones 1B et 4 sont celles qui rapportent le plus ce type d'incident.

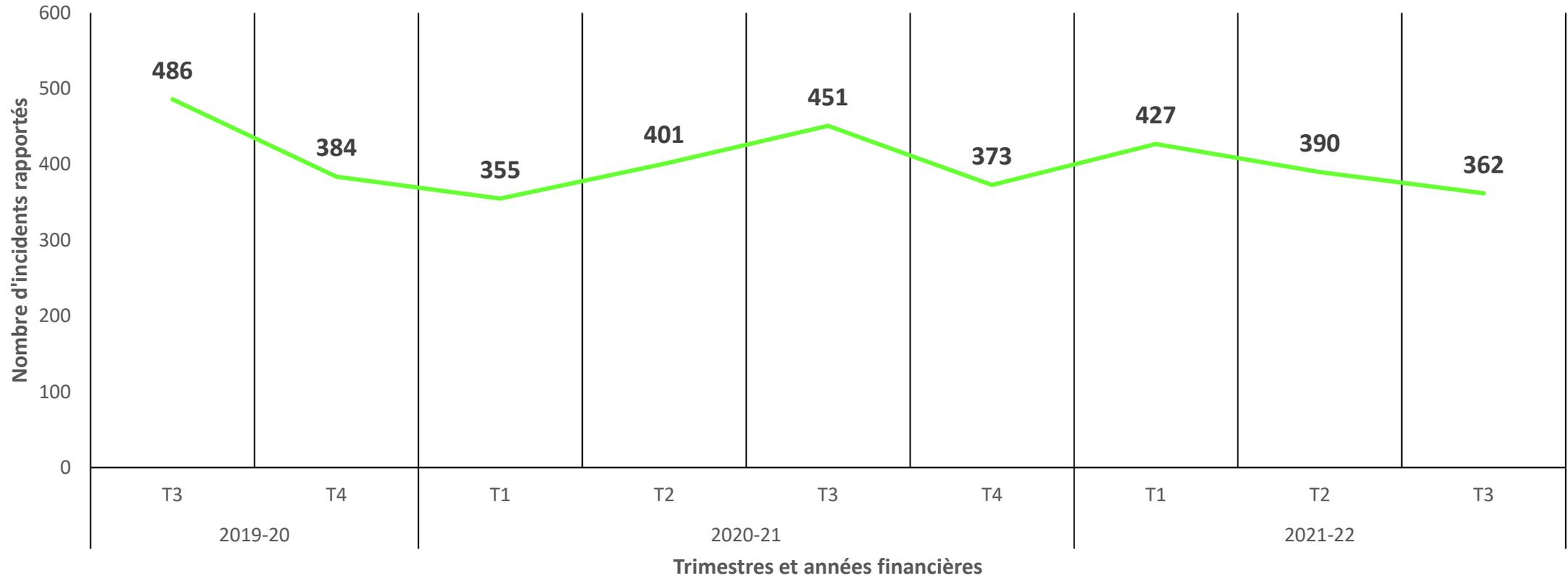
Taux d'incidents médicamenteux par trimestre (Réseau)

- Cible du Réseau: 3.32 par 1 000 jours patient

Taux d'incidents médicamenteux Réseau entre T3 2020-2021 et T3 2021-2022

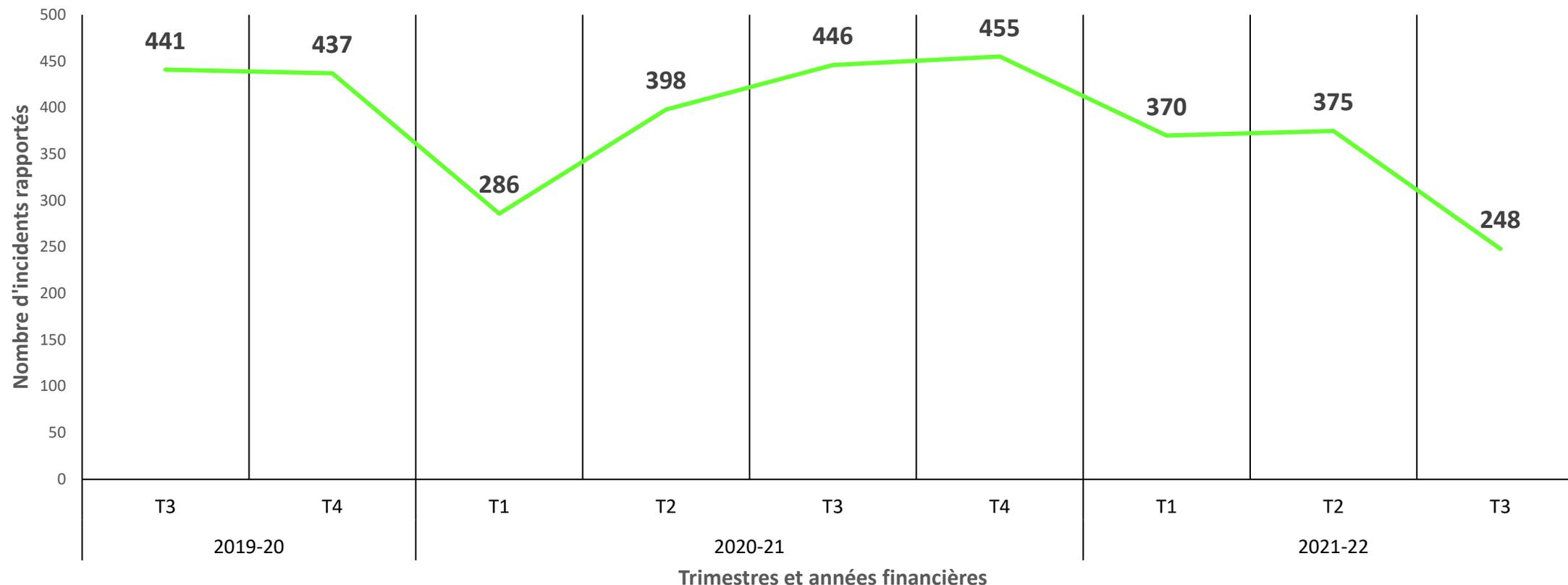


Sécurité- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



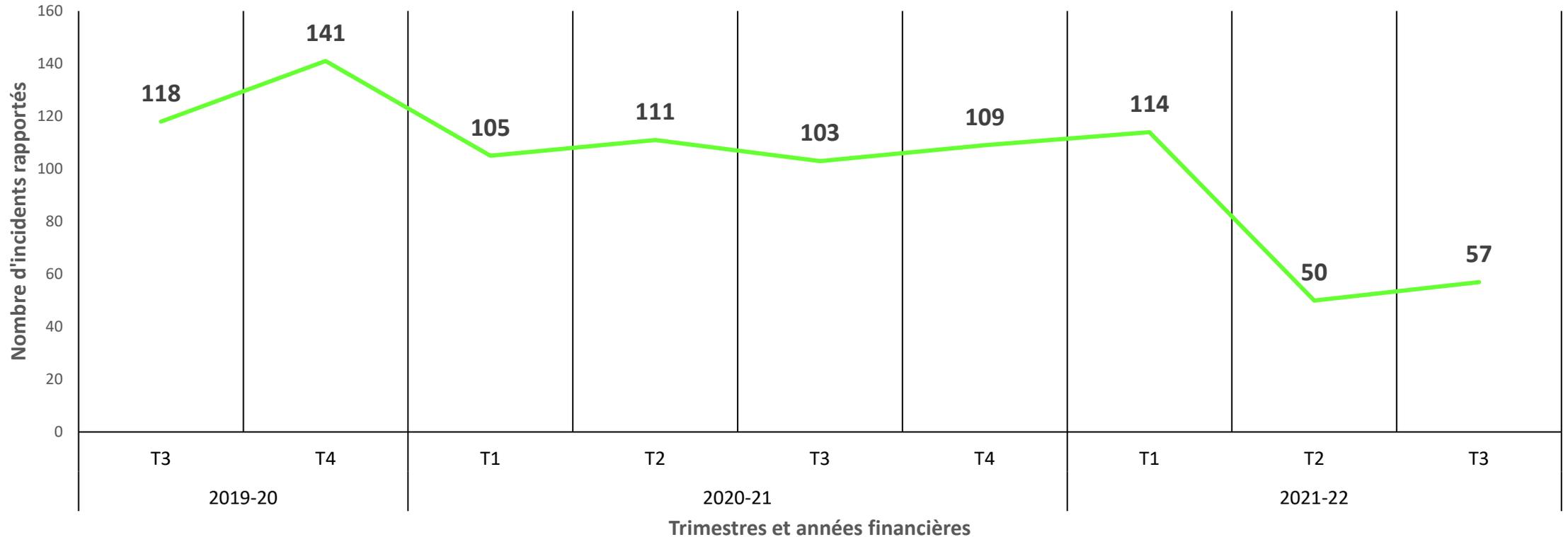
- Une diminution des incidents de sécurité (7 %) par rapport au trimestre précédent est notée.
- Les incidents liés à la sécurité les plus fréquents sont les agressions-agresseur (25 %), les altercations/abus verbaux (18 %) et les bris de confidentialité (19 %). Les bris de confidentialité sont des incidents liés au problème de courrier dans la zone 1B plus particulièrement.
- La Zone 5 (CHR) demeure la zone rapportant le plus d'incidents d'agressions/altercations (40 %). La zone 1B en a toutefois rapporté un nombre considérable soit 28 %. À noter que les incidents d'agressions/altercations sont en hausse dans cette zone.

Traitement / Analyse / Procédé- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



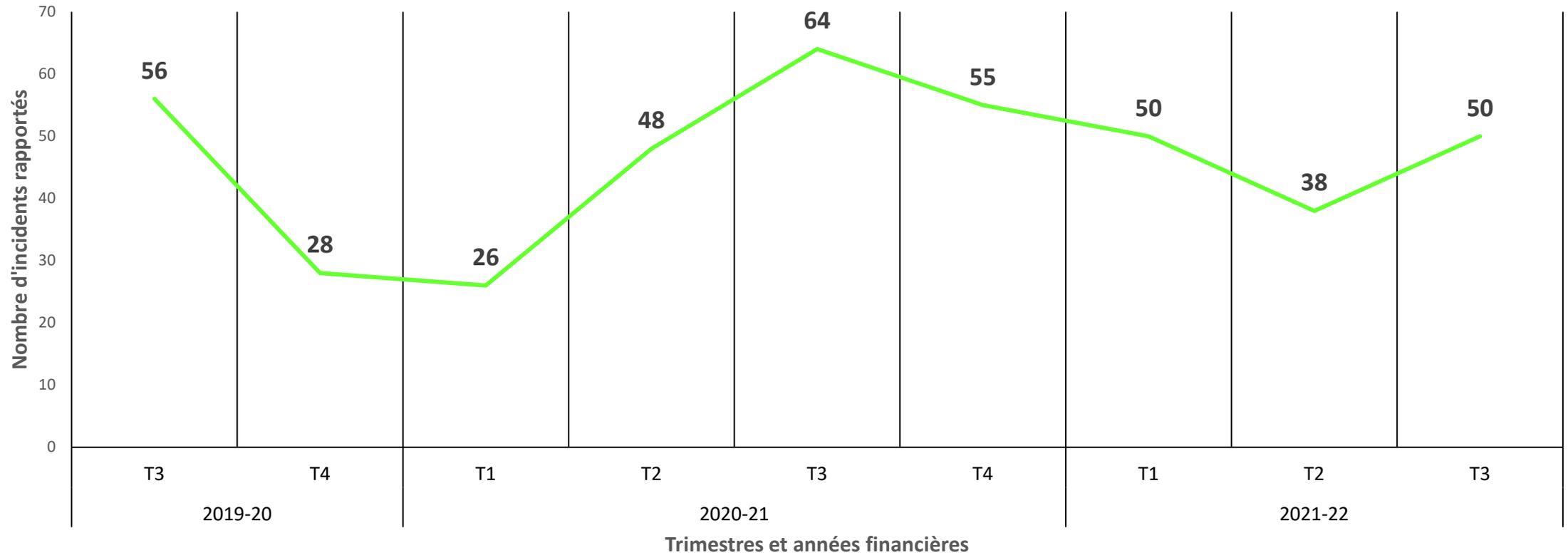
- Le nombre d'incidents de traitement/analyse/procédé a chuté de 34 %. La zone 6 à elle seule en a rapporté 65 % de moins (principalement le service d'imagerie médicale).
- Les incidents de traitement/analyse/procédé les plus fréquents sont les omissions (27 %), les politiques et procédures non suivies (17 %) et les délais inhabituels (15 %).

Divers- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



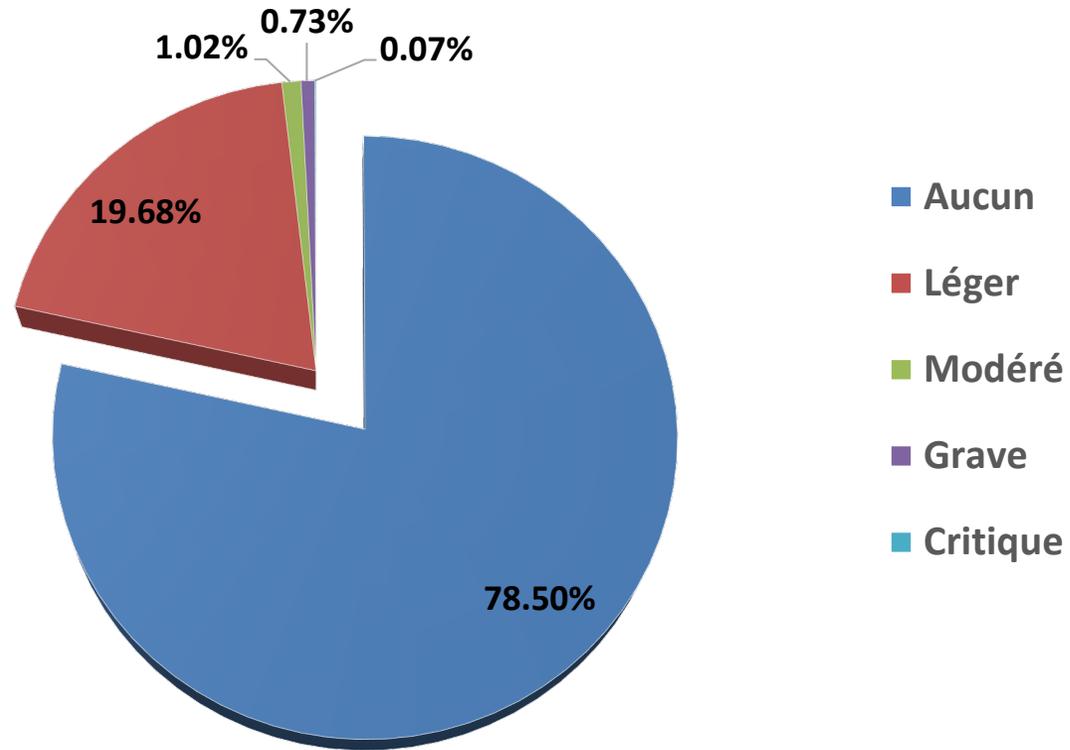
- Les incidents divers sont assez stables.
- Pour un second trimestre de suite, ils sont en deçà des données des trimestres antérieurs. Ceci est en partie attribuable au nombre d'incidents d'automutilations qui ont diminué à la suite du congé d'un patient enclin à ce type de comportement.
- Les incidents divers les plus fréquents sont les divers-autres (23 %) et les blessures accidentelles (18 %).

Intraveineux- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



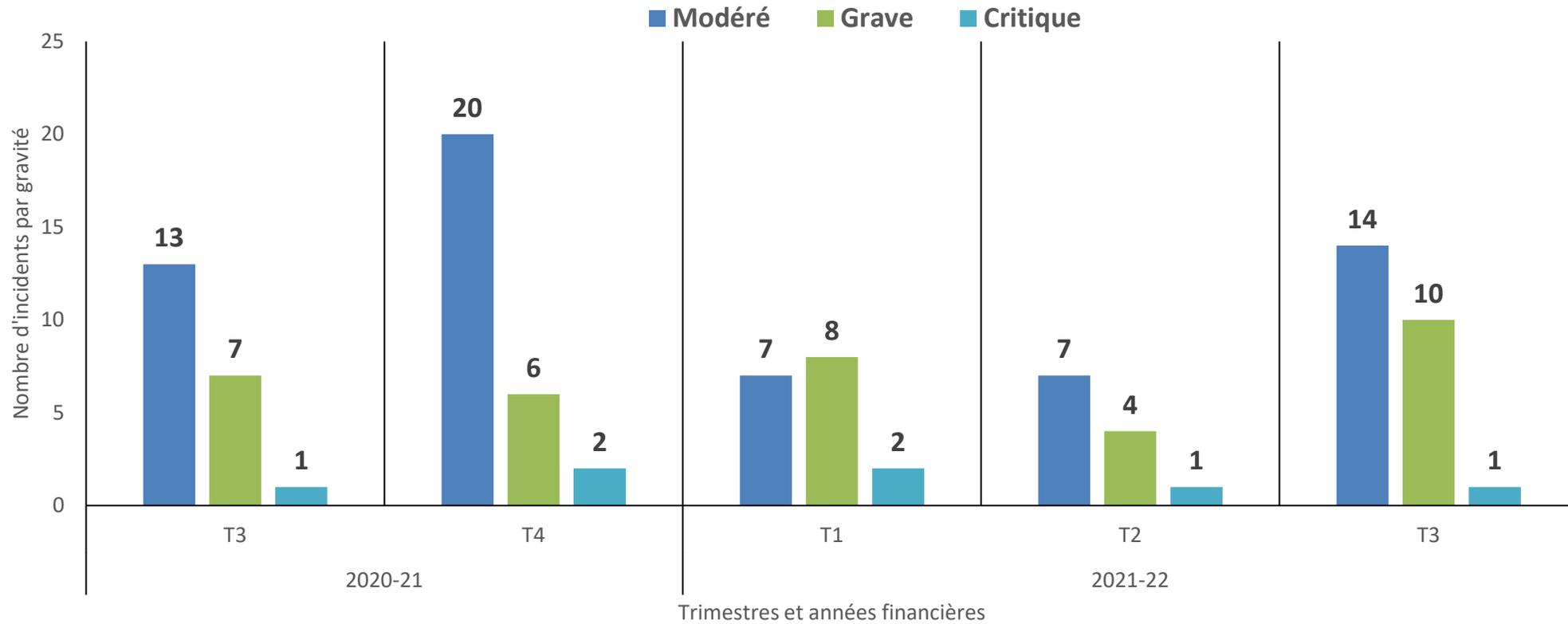
- Une hausse de 24 % de ce type d'incident par rapport au trimestre précédent est notée.
- Les incidents liés aux intraveineuses les plus fréquents sont les infiltrations (36 %), les réactions allergiques (20 %) et ceux reliés aux produits sanguins (10 %).
- La zone 1B est celle qui rapporte le plus de ce type d'incident (42 %).

Proportion des gravités en T3



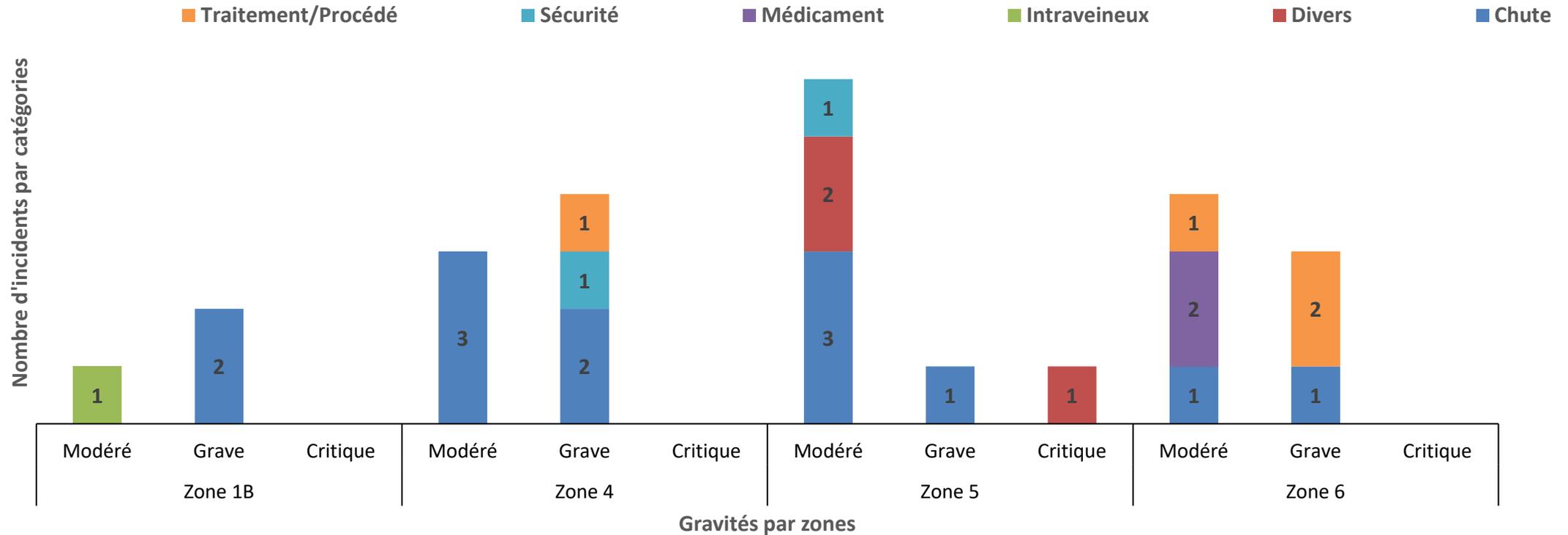
Les incidents modérés (1.02 %), graves (0.73 %) et critiques (0.07 %) représentent une très faible proportion des incidents rapportés (1.8 %).

Incidents modérés, graves et critiques par trimestres



- Une augmentation des incidents modérés (50 %) et graves (60 %) est observée malgré la baisse du nombre total d'incidents rapportés.

Incidents modérés, graves et critiques par zones et par types - T3



- **Zone 1B:** Modéré - 1 IV-réaction allergique (transfusion). Grave - 2 chutes (Civière et Marchant).
- **Zone 4:** Modéré - 3 Chutes (Debout, Marchant et de la Commode). Grave - 2 chutes (Debout), un de traitement (plaie de pression) et un incident de sécurité (Agression patient envers un autre patient).
- **Zone 5:** Modéré- 3 Chutes (Debout x2 et de la Commode) et 2 Divers (Automutilation et Autre). Grave - Chute (Marchant). Critique - Incident de traitement (résultat inattendu).
- **Zone 6:** Modéré - 1 Chute (Commode), 2 Médicaments (Réaction allergique et Autre) et 1 Traitement/procédé (Corps étranger). Grave - 2 Traitement/Procédé (Délai et Résultat inattendu) et 1 Chute (Marchant). À noter qu'un des incidents grave est devenu critique. Ce sera ajusté au prochain rapport.

Suivis découlant des analyses de tendances

En octobre et décembre 2021

- Augmentation de chutes en général dans une même zone, sur des unités variées dont la plupart ont une clientèle de soins de longue durée.
 - **Cause:** Patients avec troubles cognitifs qui sont incapables de respecter les consignes et dont certains ont fait plus d'une chute.
 - **Pistes d'amélioration:** Bouton d'alarme à leur portée, application de contentions la nuit, bas antidérapants, ajustement de la médication, placer l'accessoire à la marche à la portée de main du patient.

En novembre 2021

- Augmentation d'incidents liés aux médicaments sur quelques unités.
 - **Cause:** Surtout des omissions et erreurs de transcription, ainsi que l'impact de la grève du CUPE qui fut identifié comme cause.
 - **Pistes d'amélioration:** Réitérer l'importance de la bonne vérification des ordonnances et de la transcription appropriée de celles-ci.

Note d'information

Point 5.7

Nom du comité : Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Date : 15 février 2022

Objet : Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T3 2021-22

Décision recherchée

Le rapport sur l'expérience des patients hospitalisés (T3 2021-22) est présenté à titre d'information, selon le calendrier de présentation des rapports.

Contexte/problématique

- Le taux régional de participation au sondage est de 9 % (366 répondants) pour le T3 2021-22, comparativement à 10 % (455 répondants) pour le même trimestre de l'année précédente. Cette légère diminution du taux de participation est liée à la pandémie et certaines unités de soins n'ont pas de données puisqu'elles étaient en éclosion.
- Le tableau en annexe démontre les résultats par question pour le troisième trimestre de l'année 2021-22, ainsi que les données comparatives pour la même période en 2020-21. Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du NB (CSNB) effectué en 2019, 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 2021 et 2020 pour le T3 du sondage du Réseau, on remarque une augmentation du taux régional de satisfaction pour 16 des 20 questions.
- Dix questions ont eu un taux de satisfaction ≥ 85 %. Elles sont en lien avec le temps d'attente pour obtenir un lit, la courtoisie du personnel, les explications sur les nouveaux médicaments, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité du patient, la vérification du bracelet d'identité, les renseignements écrits reçus sur les symptômes à surveiller après congé, la connaissance sur les médicaments, la langue de service et l'expérience globale.
- On note une diminution dans le taux régional de satisfaction pour deux questions en lien avec la propreté et les heures de visites. La question sur les heures de visites a subi la plus importante baisse; soit de 57 % au T3 2020 à 46 % au T3 2021.
- Les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec le contrôle de la douleur, le respect des valeurs culturelles, la propreté, la tranquillité et les heures des visites.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet – rapport présenté à titre d'information.

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 1er février 2022 par par Lynne Lévesque, gestionnaire régionale - Qualité et Sécurité des patients.

Annexe – Tableau des résultats
Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés
T3 2020-21 vs 2021-22

QUESTIONS	CSNB 2019 (%)		Vitalité 2020-21 (%)	Vitalité 2021-22 (%)
	NB	Vitalité	T3	T3
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	22.8	19.8	8	6
Q2) Traiter avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.9 MD 81.0 RN	87.9 MD 82.2 RN	90	92
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	73.8 MD 69.7 RN	77.1 MD 74.6 RN	82	84
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	59.2	68.6	81	84
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	69.2	69.6	86	87
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	61.1	58.7	73	82
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	72.2	70.9	66	74
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	61.1	63.3	65	68
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	37.9	41.4	40	44
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	50.4	55.0	65	59
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	40.7	48.8	53	56
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent, Très bonne et Bonne)	53.7	53.3	71	71
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	85.6	85.0	57	46
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	72.5	73.2	89	89
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.1	81.1	94	95
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	84.2	83.6	84	85
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	67.0	73.2	78	85
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.0	83	88
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	90.8	86.5	90	92
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	82.3	83.9	88	89

Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)							
Z1B		Z4		Z5		Z6	
Q3 2020-21	Q3 2021-22	Q3 2020-21	Q3 2021-22	Q3 2020-21	Q3 2021-22	Q3 2020-21	Q3 2021-22
83	88	94	88	91	87	84	91

Note d'information

Point 5.8

Nom du comité : Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Date : 15 février 2022

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 2021.
- 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 du 30 novembre 2021 au 25 janvier 2022, un total de 5 revues a été effectué (5 incidents préjudiciables) et un total de 13 recommandations ont été émises.
- De ces 13 recommandations : 12 (92 %) sont en voie d'implantation (la plupart avec des échéanciers dans les prochains mois) et une (8 %) est en place. Voir tableau en annexe « *Résumé des recommandations – Comités de revues de novembre 2021 à janvier 2022* ».
- Il y a eu 20 revues effectuées avant décembre 2021 avec recommandations incomplètes. Pour ces 20 revues, 54 % (47/84) des recommandations sont implantées et il reste 37 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		√		
Qualité et sécurité			√	
Partenariats	√			
Gestion des risques (analyse légale)			√	
Allocation des ressources (analyse financière)		√		
Impacts politiques	√			
Réputation et communication		√		

Suivi à la décision

Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients accepte cette note d'information.

Adoption

Soumis le 25 janvier 2022 par Lynne Levesque, gestionnaire régional – Qualité et Sécurité des patients

Résumé des recommandations – Comités de revues de novembre 2021 à janvier 2022

Types d'incidents	Résumer des recommandations	Avancement
Délai de traitement	Élaborer un feuillet d'information pour les patients qui reçoivent leur congé avec une sonde à demeure.	(J) - débuté
	Incorporer les formulaires informatifs à la section documents remis (notes infirmières du congé) aux patients qui reçoivent un congé avec une sonde à demeure, ainsi que la possibilité d'ajouter les soins et instructions relatives à la sonde à demeure dans la section instructions au patient.	(V) - en place
Chutes x 3	Installer une commode au chevet des patients à risque de chute lorsque leur condition le demande, afin de limiter les déplacements urgents.	(J) - débuté
	Assurer que le personnel effectue l'évaluation du risque de chute dès l'admission d'un patient tel que mentionné dans la politique de prévention des chutes.	(J) - débuté
	Assurer que le personnel complète les interventions mises en place à l'endos de l'échelle de chute Morse.	(J) - débuté
	Assurer que le personnel effectue et documente l'évaluation post chute.	(J) - débuté
	Faire l'achat d'alarme de lit non-stock, afin d'assurer la disponibilité de l'équipement pour les patients de l'unité.	(J) - débuté
	Sensibiliser le personnel à l'utilisation d'alarme de lit/chaise comme méthode non invasive chez les personnes ayant un risque de chute.	(J) - débuté
Sécurité-Agression	Voir à la possibilité d'établir un processus impliquant une collaboration étroite entre les services médicaux de psychiatrie et de médecine familiale, afin de favoriser la prise en charge de patients avec symptômes psychiatriques et physiques.	(J) - débuté
	Réitérer auprès du personnel l'importance de valider les informations lorsqu'il y a une discordance entre les rapports verbaux et écrits (transition des soins) et d'avertir la personne responsable s'il y a lieu.	(J) - débuté
	S'assurer que les informations qui sont transmises dans le rapport verbal de transition des soins comprennent tous les éléments pertinents requis à la prise en charge adéquate du patient.	(J) - débuté
	Promouvoir à l'aide de l'outil « <i>Teamstepps</i> » la communication entre les professionnels de la santé lorsqu'il y a des inquiétudes envers la sécurité des patients et du personnel.	(J) - débuté
	Offrir de l'éducation au personnel soignant concernant les indications appropriées à l'utilisation des contentions avec bretelles et entrejambe.	(J) - débuté

Légende – État d'avancement

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

Note d'information

Point 5.9

Nom du comité : Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Date : 2022-01-15

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

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

Le Bureau de la vie privée appuie la direction afin d'assurer la conformité du Réseau aux lois provinciales en matière de protection de la vie privée notamment la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP) et la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (LAPRPS) et leurs règlements.

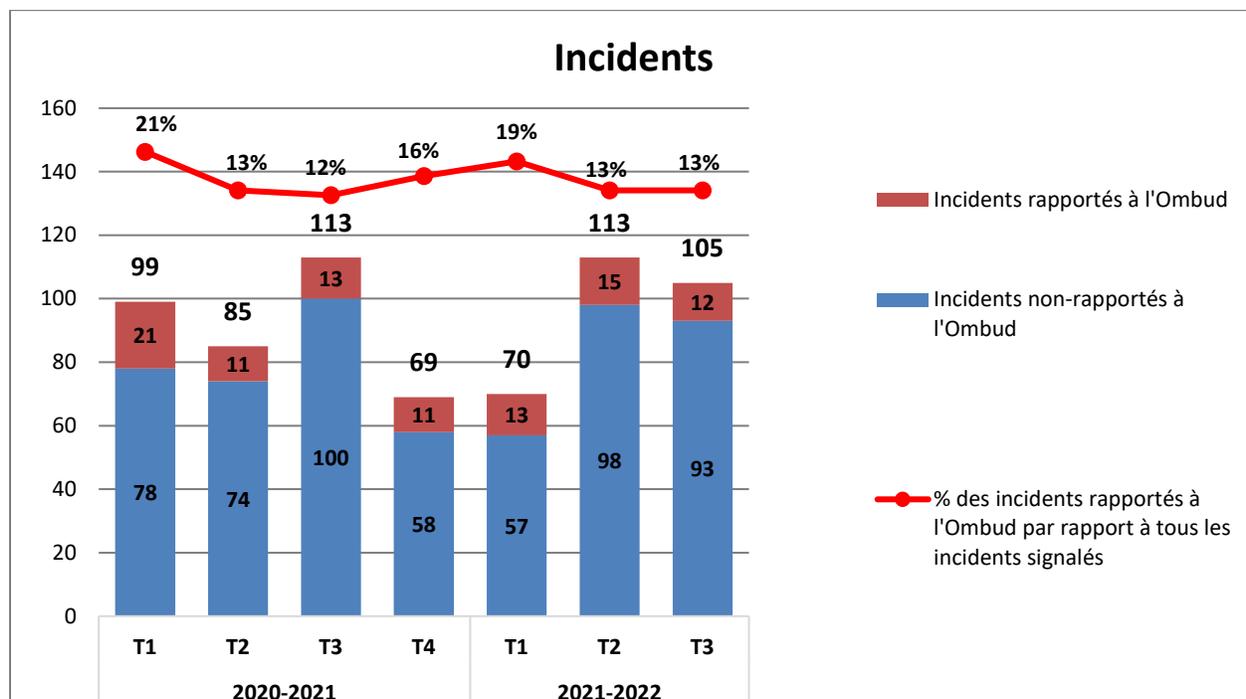
Les graphiques suivants incluent les Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée du troisième trimestre de 2021-2022. Ces incidents ont été rapportés au Bureau de la vie privée par l'entremise soit d'un rapport d'incident ou d'une plainte interne ou externe ou découlent de la surveillance des accès aux dossiers électroniques des patients.

Une « atteinte à la vie privée » survient lorsqu'il y a une évidence ou qu'il y a une possibilité élevée d'accès, de collecte, d'utilisation, de divulgation ou d'élimination non autorisée de renseignements personnels ou de renseignements personnels sur la santé.

Une analyse de chaque incident rapporté permet de déterminer s'il y a eu atteinte ou non à la vie privée. Dans les cas où une atteinte est identifiée, la ou les victimes est/sont notifiée(s) et le bureau de l'Ombud est avisé.

1. NOMBRE TOTAL D'INCIDENTS ET PROPORTION D'INCIDENTS RAPPORTÉS À L'OMBUD

Les données de ce tableau présentent tous les incidents incluant ceux rapportés de l'extérieur du Réseau.



Le nombre d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée est légèrement à la baisse pour le troisième trimestre comparativement au T2 de 2021-2022 et au T3 de 2020-2021. Cependant, la tendance pour la proportion des incidents rapportés à l'Ombud est identique à la période précédente.

2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE*

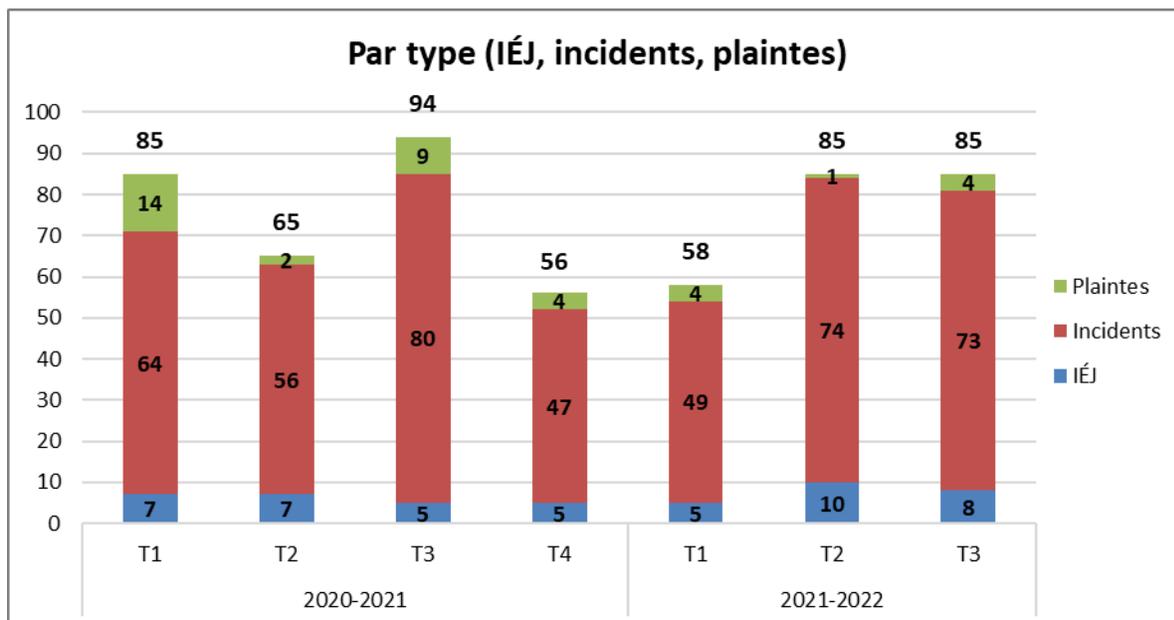
Zone	2020-2021								2021-2022					
	T1		T2		T3		T4		T1		T2		T3	
z1b	46	54%	38	58%	51	54%	30	54%	30	52%	58	68%	50	59%
z4	8	9%	11	17%	17	18%	10	18%	7	12%	7	8%	7	8%
z5	15	18%	3	5%	9	10%	6	10%	8	14%	6	7%	13	15%
z6	16	19%	13	20%	17	18%	10	18%	13	22%	14	17%	15	18%
Total	85	100%	65	100%	94	100%	56	100%	58	100%	85	100%	85	100%

*Il est à noter que le total par zone diffère de celui du tableau précédent, car ce dernier exclut les incidents rapportés de l'extérieur du Réseau (incidents hors services), car ceux-ci ne sont pas catégorisés par zone puisqu'ils ne se sont pas produits à l'intérieur du Réseau.

La Zone 1b démontre un nombre d'incidents élevé, car les employés de cette zone ont signalé plusieurs rapports qui ont été envoyés à un mauvais médecin. Des 50 incidents de la Zone 1b, 24 sont de cette nature. Ce type d'incident se produit lorsque deux médecins ont le même nom ou un nom semblable.

Le 9 septembre dernier, une note de service a été acheminée à tous les employés et les médecins de la Zone 1b pour adresser une problématique spécifique. Depuis cet envoi, le nombre d'incidents de cette nature dans cette zone est passé de 42 au deuxième trimestre à 24 pour le troisième trimestre.

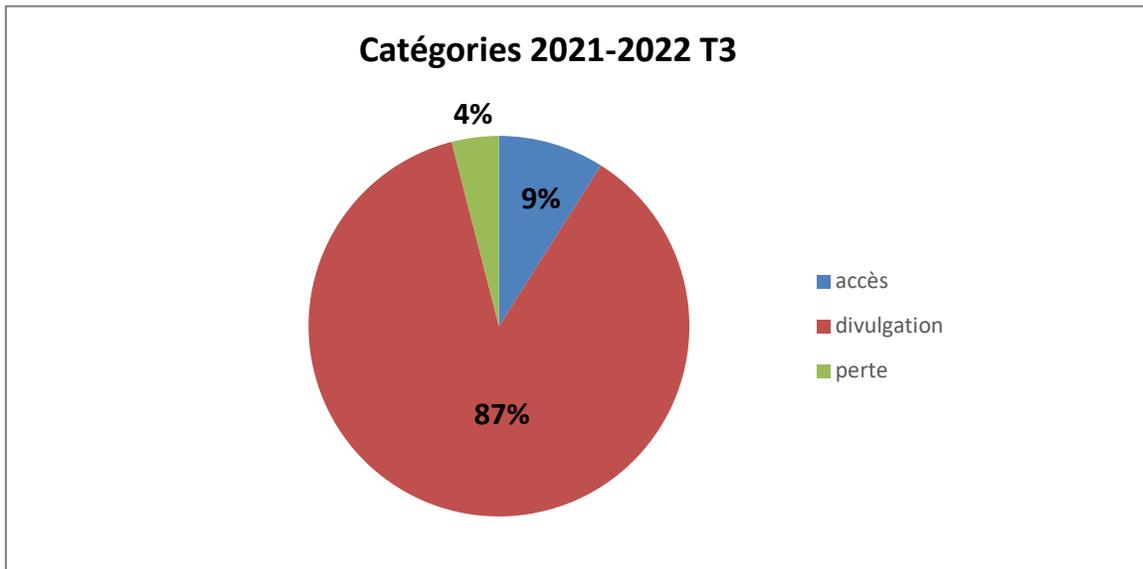
3. INCIDENTS PAR TYPE (EXCLUS LES HORS SERVICES)



*IÉJ : Incident évité de justesse

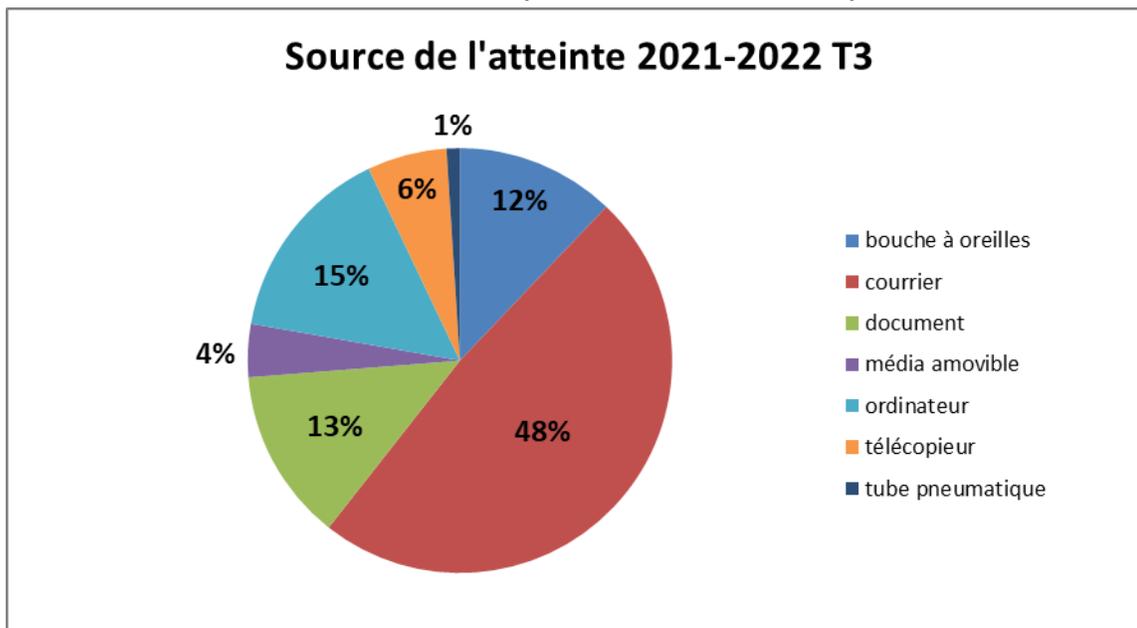
Lors du troisième trimestre de 2021-2022, le suivi des plaintes et des incidents a impliqué la notification de 12 victimes comparativement à 53 au deuxième trimestre et à 137 au premier trimestre. Il est à noter que les notifications peuvent ne pas avoir lieu dans le même trimestre où l'incident ou la plainte a été rapporté. De plus, certains incidents peuvent être encore en investigation à la fin d'un trimestre, par conséquent, le nombre de notifications rapporté pourrait varier d'un rapport à l'autre.

4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (87 %) ou un accès non autorisé (9 %). Ces deux catégories comptent pour 96 % des incidents rapportés. Parmi les incidents en lien avec une divulgation, 41 % sont des rapports adressés à un autre médecin que celui prévu. Dans tous ces cas, de la sensibilisation (erreur humaine) est effectuée et lorsque possible des mesures correctives sont appliquées.

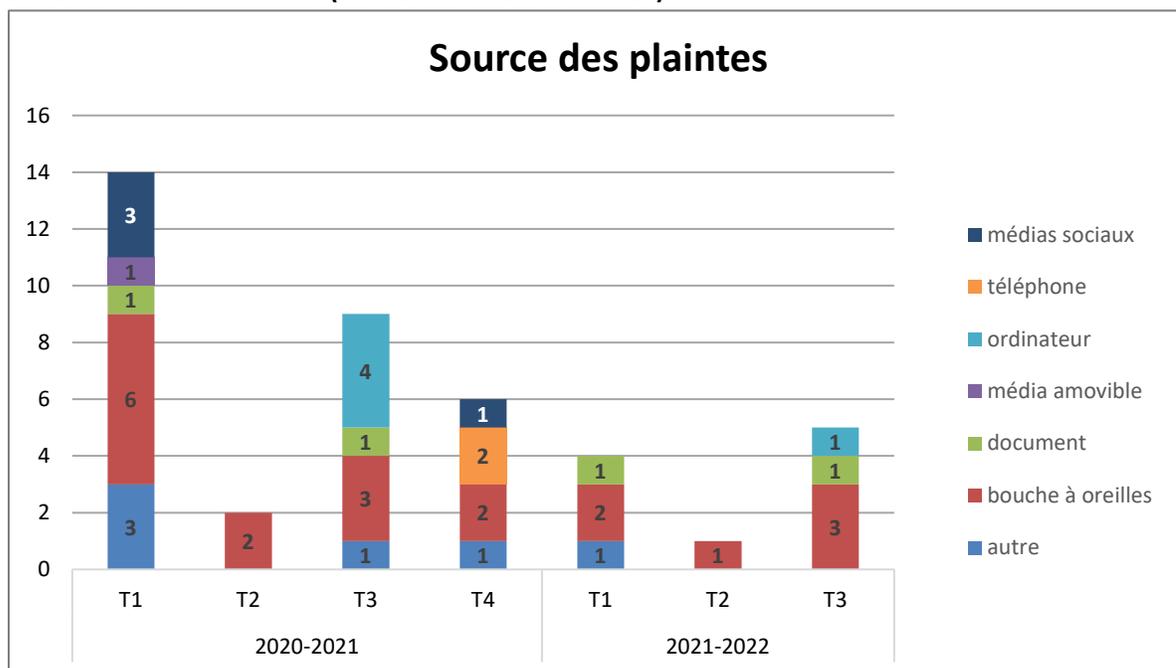
5. INCIDENTS PAR SOURCE DE L'ATTEINTE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



Les sources principales de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée lors du troisième trimestre sont le courrier (48 %) et l'ordinateur (15 %), suivi de très près par les incidents liés aux documents (13 %) et aux bouches à oreilles (12 %). Ce dernier est passé de 4 % au deuxième trimestre à 12 % au troisième trimestre. De ces 12 %, le tier était lié au processus de dépistage des patients externes à l'entrée du CHU Dr-Georges-L.-Dumont. Depuis, le processus a été révisé avec tous les employés de ce groupe et la situation a été rectifiée.

Les incidents en lien avec les ordinateurs incluent des accès ou des divulgations non autorisées.

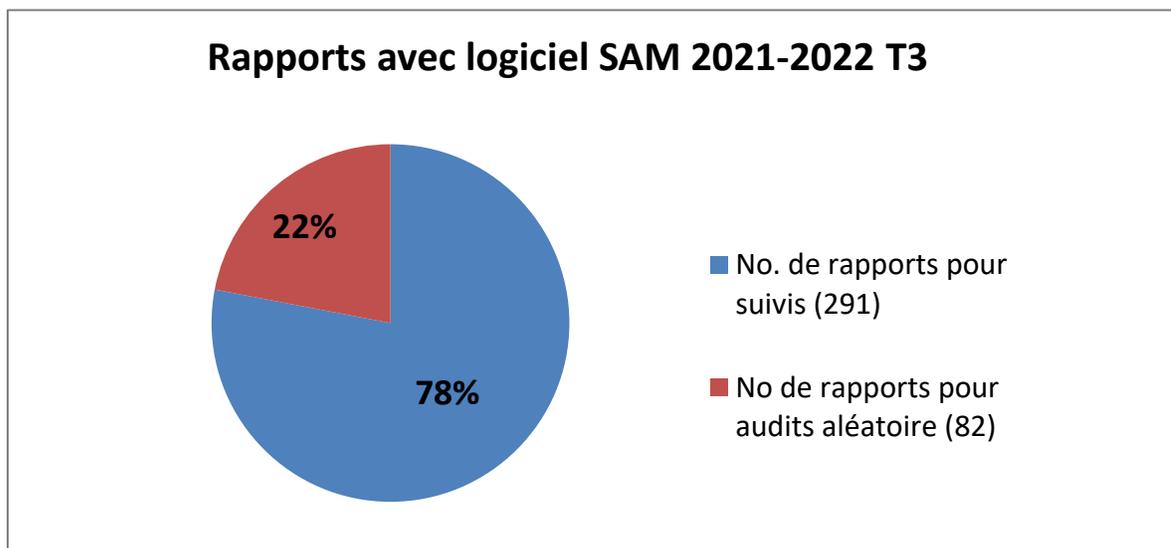
6. SOURCES DES PLAINTES (INCLUS LES HORS-SERVICE)



Le nombre de plaintes reçues au troisième trimestre de 2021-2022 est comparable au même trimestre de 2020-2021. Des cinq plaintes du troisième trimestre, deux étaient en lien avec le processus de dépistage des patients externes à l'entrée du CHU Dr-Georges-L.-Dumont mentionné plus haut.

7. VÉRIFICATION DES ACCÈS

Un logiciel est en place pour la vérification des accès (SAM). Celui-ci facilite le suivi des plaintes ayant trait à l'accès aux dossiers électroniques. De plus, il permet d'effectuer des audits aléatoires et les suivis qui en découlent.



Il est à noter que le nombre de rapports générés à l'aide du logiciel d'audit est considérablement plus bas au troisième trimestre, suite au redéploiement de ressources humaines dans un autre service dû à la pandémie.

Le projet d'harmonisation des accès pour les adjointes administratives des cabinets privés se poursuit. Depuis le 24 janvier 2022, le personnel des cabinets privés de médecins doit utiliser le numéro d'assurance maladie pour accéder aux dossiers des patients. Cette mesure permet de limiter les accès aux dossiers des patients qui sont sous les soins du médecin et par conséquent assure une plus grande sécurité de l'information.

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.

Note d'information

Considérations importantes

Un processus efficace est en place pour répondre à des demandes de consultation sur des questions de protection de la vie privée notamment en provenance des employés et des non-employés, des partenaires du système de santé et des membres du public. De plus, un programme d'orientation est offert aux nouveaux employés et aux nouveaux gestionnaires. Ces initiatives contribuent à instaurer des pratiques exemplaires et à prévenir des non-conformités aux lois et politiques du Réseau en matière de protection de la vie privée.

La participation du secteur de la vie privée se poursuit pour des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée dans le cadre de nouveaux projets et initiatives qui impliquent des renseignements personnels sur la santé.

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 le développement d'une politique pour la gestion des accès électroniques incluant les demandes d'accès en provenance des non-employés.
- Poursuivre les initiatives en vue de l'identification d'une solution en ligne pour la collecte d'information pour les non-employés.

Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

Soumis le 28 janvier 2022 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée et Michelle Bernard, conseillère à la Protection des renseignements personnels – Accès.

Note d'information

Point 5.10

Nom du comité : Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Date : 2022-02-15

Objet : Rapport sur les dossiers ouverts HIROC (litiges, réclamations et autres)

Décision recherchée

Le rapport sur les dossiers ouverts HIROC est présenté à titre d'information et avis.

Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les informations concernant la mise à jour des dossiers ouverts avec nos assureurs HIROC.
- HIROC Management Ltd. est le gestionnaire du régime d'assurance responsabilité des services de santé (Protection de responsabilité civile et professionnelle).
- Tous les sinistres impliquant des préjudices personnels de même que tous les sinistres impliquant des dommages matériels dont la valeur est supérieure à 6000 \$ doivent être rapportés à et gérés par le gestionnaire du programme de protection de responsabilité civile.
- La province du Nouveau-Brunswick assume toute responsabilité pour les sinistres couverts par l'attestation de protection de protection de responsabilité civile.
- Il y a présentement 91 dossiers ouverts. De ce nombre, 30 sont des cas de litiges (poursuites), 9 sont des réclamations pour blessures corporelles et 52 sont des dossiers qui représentent un fort potentiel de poursuite ou de réclamation. Il y a eu quatre nouveaux dossiers signalés à HIROC depuis le dernier rapport.
- Voir en annexe le tableau complet des dossiers ouverts. Les avancements, les dossiers fermés depuis le dernier rapport, ainsi que les nouveaux dossiers sont surlignés en jaune.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Certains dossiers demeurent ouverts pour une longue période, tant que le délai de prescription n'est pas expiré. C'est souvent le cas pour les dossiers obstétricaux, où les patients/parents ont jusqu'à 2 ans après l'atteinte de la majorité pour tenter une poursuite envers le Réseau.

Considérations importantes

Chaque incident ou situation ayant un potentiel de litige ou de réclamation pour blessures corporelles (par exemple : incident avec blessure grave, complications des suites d'un accouchement, plainte avec menaces de poursuites, bris de confidentialité impliquant plusieurs patients) est signalé à HIROC par le Service de gestion des risques. Le Service de gestion des risques communique dans les plus brefs délais tout nouvel avis de poursuite reçu ou toute réclamation pour blessure corporelle reçue et collabore étroitement avec HIROC pour la gestion des dossiers de litiges et réclamations. HIROC assigne un aviseur légal en temps opportun.

Note 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 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 le signalement des incidents ou situations ayant le potentiel de mener à une poursuite ou une réclamation.
- Poursuivre le support à HIROC pour les dossiers actifs.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 28 janvier 2022 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques.

**Rapport - Dossiers HIROC -
Réseau santé Vitalité
Date de révision: 2022-01-25**

Ajouts/modifications
depuis le dernier rapport.

Zone	Date incident	Lieu	Catégorie	Brève description	Date ouverture	Type de dossier	# HIROC	Mise à jour	Statut
1B	2022-01-04	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Délai de 45 minutes dû à un problème avec l'équipement lors d'une chirurgie à l'oeil. Allégations à l'effet que le délai aurait causé des complications et que le patient a dû subir une chirurgie dans une autre province.	2022-01-14	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 114	Nouveau dossier Ajusteur assigné au dossier.	Ouvert
1B	2013-02-13	CHUDGLD	Plainte	Plainte reliée à des complications urologiques suite à une césarienne d'urgence.	2021-12-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 113	Nouveau dossier Avocate assignée au dossier.	Ouvert
1B	2021-11-02	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Aucun diagnostic n'a pu être obtenu suite à la préparation de blocs de biopsie de la prostate.	2021-12-15	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 112	Nouveau dossier Ajusteur assigné au dossier.	Ouvert

1B	2021-11-08	CHUDGLD	Chute	Plainte de la famille suite à une chute de leur mère à l'hôpital et menace de poursuite.	2021-11-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 111	Nouveau dossier Ajusteur assigné au dossier.	Ouvert
1B	2021-04-02	CHUDGLD	Plainte	Plainte de la mère d'un patient adulte pour négligence médicale. Décès imprévu au domicile 4 jours après une consultation à l'urgence.	2021-10-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 108	Avocate assignée au dossier.	Ouvert
6	2021-07-08	HRC	Chute	Trébuché en marchant sur un trottoir.	2021-10-07	Réclamation - blessure corporelle	730 109	Ajusteur assigné au dossier.	Ouvert
4	2019-10-11	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de complications post chirurgie en raison d'un résultat erroné de test pré-chirurgie.	2021-10-07	Litige - poursuite signifiée	730 107	Avocate assignée au dossier.	Ouvert
5	2020-09-13	HRC	Plainte	Plainte avec allégation de délai pour diagnostic de cancer du côlon. Demande pour compensation monétaire.	2021-10-05	Réclamation - blessure corporelle	730 104-01	Ajusteur assigné au dossier.	Ouvert
6	2020-06-25	HRC	Plainte	Plainte avec allégation de diagnostic manqué suite à visite à l'urgence. Demande pour une compensation monétaire.	2021-10-05	Réclamation - blessure corporelle	730 105-01	Ajusteur assigné au dossier.	Ouvert

4	2021-09-02	HRE	Chute	Chute en marchant sur le trottoir de l'hôpital.	2021-09-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 099-01	Ajusteur assigné au dossier.	Ouvert
4	2021-08-17	HRE	Soins Obstétriques	Complications lors de l'accouchement. Césarienne d'urgence nécessaire. BB transféré à un autre établissement.	2021-08-20	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 097	Avocate assignée au dossier.	Ouvert
5	2021-07-20	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Divergences au niveau de rapports de pathologie	2021-08-20	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 101	Audit de qualité en cours. Dossier suivi de près.	Ouvert
4	2021-04-05	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à 120 dossiers de patients.	2021-07-22	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 096	Lettre de divulgation revue. En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2019-07-11	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Douleur et perte de fonction du MSG suite à l'installation sur la table de chirurgie.	2021-07-19	Litige - poursuite signifiée	730 095	Dossier révisé par l'avocate et rapport donné à HIROC. Renonciation à la défense obtenue pour l'instant.	Ouvert

5	2020-05-28	HRC	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisés à 48 dossiers de patients.	2021-07-13	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 092-01	Lettre de divulgation revue. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2021-03-18	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à 80 dossiers de patients.	2021-04-20	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 086	Lettre de divulgation revue. En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	20 août et 23 octobre 2018	HEJC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Délai de diagnostic	2021-03-23	Litige - poursuite signifiée	730 084	Renonciation à la défense obtenue pour l'instant.	Ouvert
6	2019-11	HTS	Autre	Blessure à un pied en manipulant un fauteuil gériatrique (bénévole).	2021-03-11	Réclamation - blessure corporelle	730 082	Réclamation acceptée par Hiroc (189\$), paiement à venir.	Ouvert
5	2020-12-03	CHR	Demande accès info	Requête déposée à la Cour du banc de la Reine afin qu'une ordonnance soit émise envers le Réseau de conserver les enregistrements vidéo.	2021-03-08	Litige - poursuite signifiée	730 080	Décision rendue de remettre au requérant les enregistrements avec les visages embrouillés de toutes les personnes sauf le requérant. Enregistrements remis le 5 novembre 2021.	Ouvert
5	2020-12-21	HRC	Perte biens	Réclamation à la cour des petites créances pour remboursement de frais de remplacement pour un dentier perdu.	2021-03-08	Litige - Cour petites créances	730 081	Offre de règlement de 2000\$ de la part du réclamant. Contre-offre 1495\$ acceptée. Le dossier est dans le processus d'être fermé.	Ouvert

1B	2021-01-05	CHUDGLD	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisés à des dossiers de patients.	2021-03-02	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 079	Lettre de divulgation a été revue pas nos représentants légaux. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2018-09-06	HEJC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un manquement au niveau du diagnostique et soins reçus à l'urgence. Après plusieurs visites - patiente a subi une amputation sous le genou droit	2021-02-19	Litige - poursuite signifiée	730 076	Ordonnance par consentement pour désistement rédigée. En attente du document signé par l'avocat du demandeur.	Ouvert
1B	2019-06-09	CHUDGLD	Plainte	Plainte en lien avec les soins à la clinique d'OBS. Patiente a accouché dans un autre établissement et fait mention d'avoir retenu les services d'un avocat.	2021-02-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 775	Revue du dossier faite par l'avocate. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B		CHUDGLD	Autre	Réseau et médecins poursuivis en lien avec la gestion du rendement et impact sur la clientèle.	2020-10-30	Litige - poursuite déposée	730 069	Exposé de la défense préparé mais pas encore déposé. En attente de la documentation de l'avocat de l'autre partie. Renonciation de la défense obtenue pour l'instant.	Ouvert
6	2017 et 2019 NB aucun RI	HEJC ? Bureau md	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de manquement au niveau des soins (atteinte rénale, doit avoir recours à la dialyse maintenant).	2020-10-13	Litige - poursuite signifiée	720 776	Une demande de précisions a été faite pour connaître les faits entourant les allégations.	Ouvert

4	2020-08-20	Hors lieu	Traitement/ Analyse/ Procédé	Réclamation pour remboursement de frais liés à une chirurgie au dos faite au Maine. Pt allègue des manquements au niveau des soins qui ont mené à cette chirurgie au Maine.	2020-08-27	Réclamation - blessure corporelle	720 772	Réclamation refusée. Plaintes liées au manquement de traitement sont pour services reçus dans l'autre Réseau et par son médecin de famille. Recommandation à HIROC de fermer le dossier.	Ouvert
4	2020-04-07	HRE	Plainte	Réclamation pour remboursement d'une chaise roulante. Allègue que le personnel lui a causé des blessures aux épaules lors d'un code blanc.	2020-08-12	Réclamation - blessure corporelle	720 771	Dossier de réclamation toujours en cours avec les avocats.	Ouvert
6	2017-11-25	PEM Lamèque	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de mauvais traitement (déhiscence de la plaie suite au retrait des agrafes).	2020-07-13	Litige - poursuite signifiée	720 768	Défense déposée. En processus de préparer l'Affidavit des documents.	Ouvert
5	2018-06-04	CHR	Sécurité	Patient agressé par un autre patient et a subi fracture du bras.	2020-06-05	Litige - poursuite signifiée	720 764	Recommandations données à HIROC. Défense et réclamation entre défenseurs déposée et signifiée. En attente de la décision de la motion en certification du CHR car si certifiée, cette cause devrait être incluse dans le recours collectif.	Ouvert

5	2020-05-21	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Éclosion Covid-19 suite à un retour d'un voyage par un travailleur de la santé.	2020-06-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 763	Le travailleur de la santé a déposé un avis de poursuite envers la GRC, le gouvernement du Nouveau-Brunswick et Facebook. Le Réseau ne fait pas partie des défendeurs mais des allégations envers le Réseau seraient incluses dans l'exposé de la demande.	Ouvert
6	2019-08-30	HRC Bathurst	Plainte	Allégations que des délais de traitement et ses complications sont liés à des problèmes administratifs.	2020-02-26	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 758	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2019-12-10	HRC	Incident m-x	Réclamation pour support émotionnel et aide financière suite à un incident relié aux médicaments.	2020-01-31	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 755	Pas de poursuite ni réclamation reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'une poursuite ou expiration du délai.	Ouvert
4	2020-01-20	HRE	Soins Obstétriques	Accouchement difficile avec multiples tentatives de tractions avec ventouse. Bébé admis en néonatalogie.	2020-01-23	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 754	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

1B	2012-07-31	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de mauvais traitements (patient a développé des complications entraînant une incapacité)	2020-01-22	Litige - poursuite signifiée	720 752	Plaidoiries échangées entre les parties ainsi que l'affidavit de documents. En attente des dates de disponibilités pour l'interrogatoire au préalable.	Ouvert
6	2019-09-22	HTS et HRC Ba	Plainte	Plainte concernant qualité des soins reçus. Allégation de manquements qui auraient pu contribuer à la quadraplégie.	2020-01-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 749	Plaignante non satisfaite des suivis reçus. A demandé à parler à notre représentant légal. Correspondance envoyée en janvier par l'avocate assignée au dossier ainsi qu'un appel. Plaignante mentionne vouloir procéder avec une action.	Ouvert
5	2019-12-29	HRC	Sécurité	Fugue d'un patient et a été retrouvé sans vie à la maison (suicide).	2019-12-30	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 753	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2019-08-20	HRE	Soins Obstétriques	Complications à 28 semaines de grossesse (échographie démontre retard croissance sévère). Patiente transférée dans un hôpital tertiaire.	2019-08-21	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 744	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

4	2016-11-19	HGGS	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'une fracture cervicale non diagnostiquée. Patient allègue souffrance et blessure permanentes au cou avec baisse de mobilité.	2019-08-08	Litige - poursuite signifiée	720 743	Demandeur a argumenté une motion pour ajouter les médecins (le 16 août 2021). À l'attente de la décision.	Ouvert
1B	2019-07-03	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Traces de sang aperçues à l'intérieur de la machine (hémodialyse) pendant la maintenance (potentiel de contamination croisée entre les patients).	2019-07-05	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 740	En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2014-02	CHR	Sécurité	Allégation d'abus durant son hospitalisation au CHR. Demande de réclamation.	2019-05-21	Réclamation - blessure corporelle	720 738	Fait maintenant partie du recours collectif déposé envers le CHR.	Ouvert
4	2018-08-16	HRE	Plainte	Plaintes multiples - famille allègue manquement au niveau des soins.	2019-05-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 737	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2019-04-29	CHR	Plainte	Pt transgenre se plainte de discrimination et d'abus lors d'une admission au CHR.	2019-05-06	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 734	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert

1B	2019-03-14	CHUDGLD	Sécurité	Plaignant a fait une demande à la cour pour avoir une copie d'un enregistrement vidéo. Demande refusée.	2019-05-02	Litige - poursuite signifiée	720 733	Une action a été intentée uniquement contre Garda et non contre Vitalité. Garda a défendu sa cause sans ajouter Vitalité comme mis en cause.	Ouvert
4	2019-04-24	HRE	Soins Obstétriques	Césarienne électorique avec complications.	2019-04-26	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 732	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2018-06-05	CHUDGLD	Plainte	Intervention chirurgicale non nécessaire suite à un mélange au niveau des prélèvements.	2019-04-23	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 730	La revue du dossier est complétée. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2019-04-18	Bureau de md. Implique I.P.	Traitement/ Analyse/ Procédé	Plainte en lien avec délai pour être transféré au spécialiste. Patient a nécessité une chirurgie extensive pour un cancer.	2019-04-18	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 729	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2019-03-02	CHR	Sécurité	Blessure au patient lors d'un code blanc.	2019-04-11	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 727	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert

4	2019-04-01	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Accouchement d'un bébé mort-né. Réclamation en lien avec perte du fœtus (disposé par erreur).	2019-04-08	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 726	Violation de la clause de confidentialité: rapport donné à HIROC et Vitalité. Recommandation à HIROC de fermer le dossier.	Ouvert
1B	2019-03-29	CHUDGLD	Frais hospitaliers	Réclamation à la cour des petites créances concernant des frais payés en lien avec le congé médical.	2019-04-01	Litige - Cour petites créances	720 724	Règlement obtenu. Avis de retrait déposé à la cour.	Ouvert
5	2018-10-22	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Réclamation d'un travailleur de la santé suite à une réaction après avoir reçu son vaccin.	2019-03-22	Réclamation - blessure corporelle	720 728	Dossier évalué et réclamation refusée. Dossier demeurera ouvert en cas de poursuite jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2019-05-24	CHR	Traitement/ Analyse/ Procédé	Recours collectif: Allégations de négligence systémique dans le traitement de patients au Centre Hospitalier de Restigouche.	2019-02-28	Litige - poursuite signifiée	720 723	Décision rendue le 2021-11-26: la cour n'a pas accordé l'autorisation d'aller en appel. Les avocats du Réseau et du Ministère sont en pourparlers pour déterminer les prochaines étapes.	Ouvert
5	2019-02-09	CHR	Autre	Suicide au Centre Hospitalier de Restigouche.	2019-02-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 720	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert

1B	2019-02-01	CHUDGLD	Plainte/incident - Vie privée	Plainte et menace de poursuite pour soins reçus et bris de confidentialité.	2019-02-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 722	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. Recommandation à HIROC pour fermer le dossier.	Ouvert
4	2018-07-25	HRE	Plainte	Allégation d'un manque au niveau de l'évaluation d'une blessure (tendon déchiré) et des soins prodigués.	2018-10-25	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 708	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
4	2018-08-01	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Plainte en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-09-25	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 704	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
5	2018-05-01	CHR	Autre	Décès inattendu au CHR (décédé d'une pneumonie).	2018-09-13	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 703	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
6	2018-03-30	HTS	Traitement/ Analyse/ Procédé	Décès inattendu	2018-08-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 696	L'expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert

1B	2016-03-19	CHUDGLD	Plainte	Allégation de mauvais soins et infection à l'incision chirurgicale lors du changement de pansements.	2018-07-27	Litige - poursuite signifiée	720 694	En attente de l'affidavit des documents de la part du demandeur.	Ouvert
4	2018-07-16	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Incident en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-07-19	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 693	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
1B	2016-06-20	CHUDGLD et Moncton City Hospital (Horizon)	Plainte	Suicide en communauté	2018-07-12	Litige - poursuite signifiée	720 689	Ordonnance par consentement pour désistement sans dépens obtenue.	Ouvert
1B	2018-06-11	CHUDGLD	Plainte	Plainte et menace de poursuite en lien avec plaie de pression.	2018-07-04	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 690	Expiration du délai de prescription sans dépôt d'une action alors avocate recommande à HIROC de fermer le dossier.	Ouvert
4	2018-06-01	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Plainte en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-06-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 687	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert

1B	2018-03-29	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Réclamation pour faire payer médicaments à la suite d'une complication.	2018-04-30	Réclamation - blessure corporelle	720 682	Expiration du délai de prescription sans dépôt d'une action alors avocate recommande à Hiroc de fermer le dossier.	Ouvert
5	2018-04-17	HRC	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à des dossiers médicaux.	2018-04-24	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 679	L'expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
6	2016-01-30	HTS	Incident m-x	Allégation de dommages permanents suite à l'administration d'un médicament auquel la personne était allergique.	2018-03-26	Litige - poursuite signifiée	720 631	Interrogatoires au préalable ont eu lieu.	Ouvert
1B	2018-02-02	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complication lors de l'accouchement et bébé transféré à un autre établissement.	2018-03-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 671	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2014-12-25	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de mauvais traitement et omission de diagnostic (bébé décédé quelques jours après le congé de l'hôpital).	2018-01-08	Litige - poursuite signifiée	720 668	Ordonnance par consentement pour désistement signée.	Ouvert

6	2016-02-12 au 18	HRC	Plainte	Allégation d'avoir été placé dans l'unité de psychiatrie contre sa volonté.	2017-11-17	Litige - poursuite signifiée	720 662	Démarches avec la cour pour rejet de l'action en raison des délais.	Ouvert
1B	2017-08-02	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Demande d'une césarienne d'une patiente non compliant et refusée par le médecin. Accouchement dans un autre hôpital.	2017-08-03	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 654	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2015-07-20	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un diagnostique manqué et des soins reçus à l'urgence. Suite à plusieurs visites patient décédé d'un embolie pulmonaire.	2017-07-17	Litige - poursuite signifiée	720 651	Interrogatoires au préalable débutés. Demandeur a l'intention de modifier ses plaidoiries. En attente d'un suivi.	Ouvert
1B	2015-03-15	CHUDGLD	Chute	Chute d'un visiteur dans la salle d'attente de l'urgence.	2017-07-07	Litige - poursuite signifiée	720 645	Procédures en cours, interrogatoires au préalable ont eu lieu. Engagements finalisés et recommandations données à HIROC pour règlement.	Ouvert
6	2013-09-16	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de blessures au bras nécessitant greffe de peau lors d'une chirurgie.	2017-05-04	Litige - poursuite signifiée	720 646	Interrogatoires au préalable ont eu lieu.	Ouvert

4	2017-03-21	HRE	Soins Obstétriques	Accouchement d'urgence par césarienne. Bébé né avec complications et transféré dans un autre établissement.	2017-03-22	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 642	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2016-07-12	HRE	Soins Obstétriques	Bébé né avec diagnostic d'hypoxie et lésion cérébrale ischémique.	2017-03-17	Litige - poursuite signifiée	720 641	Défense du Réseau déposée. En attente de la Défense du médecin. Dates d'interrogatoires au préalable remises à avril 2022.	Ouvert
4	2017-03-08	HRE	Soins Obstétriques	Complications suite à accouchement vaginal avec utilisation de ventouse. Condition du bébé s'est ensuite stabilisée.	2017-03-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 637	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2013-12-18	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un faux diagnostique suite à une lecture d'un CT scan sternum/clavicule	2016-09-02	Litige - poursuite signifiée	720 616	Interrogatoires au préalable ont eu lieu. Suivis des engagements envoyés le 26 août 2020 à notre avocate. En attente de suivis.	Ouvert

5	2015-04-01	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un diagnostique manqué et des soins reçus à l'urgence. Suite à plusieurs visites patient a subi une chirurgie de la vésicule biliaire.	2016-08-06	Litige - poursuite signifiée	720 615	Motion pour jugement sommaire déposée par le médecin. Avocate en voie de finaliser notre motion. Audience prévue le 10 novembre 2021.	Ouvert
6	2016-05-19	CSC Lamèque	Plainte	Plainte avec sortie médiatique concernant les soins reçus par son enfant dans 2 établissements du Réseau.	2016-06-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 610	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2015-06-15	H/CSCL	Chute	Allégation d'invalidité totale suite à une chute dans le corridor de l'établissement.	2015-12-18	Litige - poursuite signifiée	720 588	L'interrogatoire au préalable a eu lieu. Les engagements ont été reçus et un rapport préparer pour HIROC.	Ouvert
1B	2015-06-16	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications durant l'accouchement du bébé (nécrose de la graisse et paralysie Erb's).	2015-06-19	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 571	Dossier en suspens pour l'instant vu qu'aucune poursuite n'a été déposée. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2008-09-05	HRC	Soins Obstétriques	Bébé né par césarienne avec complications sévères.	2015-05-14	Litige - poursuite signifiée	720 562	Interrogatoires au préalables annulés en raison de la COVID-19 et autres raisons.	Ouvert

4	2015-03-08	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Bébé vu à l'urgence pour vomissements et congédié après évaluation. Réadmis à l'urgence le jour-même, avec choc septique possible et hypothermie. Intubé et transféré dans un autre établissement.	2015-03-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 556	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2014-12-25	HRC	Soins Obstétriques	Délai pour procéder à une césarienne d'urgence.	2015-01-16	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 545	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2011-12-08	HL'EJ HL PEM LA	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'omission de traitement et de mauvais soins.	2013-12-12	Litige - poursuite signifiée	720 524	Interrogatoire au préalable complété et nous sommes en attente des engagements et des suivis.	Ouvert
1B	2012-05-13	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Accouchement difficile par césarienne.	2012-05-16	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 477	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2011-09-05	HRE	Soins Obstétriques	Bébé né par césarienne avec détresse respiratoire. Congé à la maison après quelques jours.	2011-09-16	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 465	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

6	1991-03-20	HEJC	Soins Obstétriques	Bébé avec paralysie cérébrale suite à un accouchement d'urgence par césarienne.	2011-02-21	Litige - poursuite signifiée	720 452	Interrogatoires au préalable ont eu lieu et les suivis aux engagements sont complétés. Rapport d'expert obtenu et sommes en attente des rapports des parties adverses.	Ouvert
6	2010-08-15	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Bébé échappé accidentellement en le berçant (aucune blessure notée)	2010-09-15	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 456	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2010-05-06	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications suite à un accouchement par césarienne nécessitant un transfert dans un autre établissement.	2010-05-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 427	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2007-12-25	HRC	Soins Obstétriques	Bébé avec paralysie cérébrale suite à accouchement par césarienne urgente.	2009-08-05	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 397	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2007-09-11	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications à la naissance d'un bébé (ne respirait pas à la naissance et a nécessité une transfusion sanguine).	2007-09-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 278	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

Note d'information

Point 5.11

Nom du comité : Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Date : 15 février 2022

Objet : Mise à jour de la démarche d'agrément

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

- Le travail se poursuit avec Agrément Canada sur l'horaire de la visite.
- Les activités liées à la démarche d'agrément sont toujours aux ralenties dues à la pandémie.
- Les équipes poursuivent l'implantation de leur plan d'action et leur collecte/documentation des preuves. Voir tableau des taux de conformité par équipe en annexe, ainsi que les défis notés par les équipes. De façon générale, l'implantation de la pratique organisationnelle requise sur le bilan comparatif des médicaments est un défi pour plusieurs équipes, ainsi que les normes qui touchent le partenariat avec patients/familles.
- Les équipes sur les pratiques organisationnelles requises (POR) poursuivent également l'implantation de leur plan d'action. On note un taux de conformité au POR de 59 % (17 POR sur 29 sont conformes). Voir tableau en annexe pour la mise à jour sur les POR.
- Dans le cadre de la démarche d'agrément, tout le personnel a été invité à compléter le sondage sur la Culture de sécurité qui a permis d'évaluer la perception du personnel à l'égard de la culture de sécurité et de déterminer les forces et les occasions d'amélioration. Les résultats globaux du sondage ont été communiqués à l'ensemble du personnel en décembre 2021 par le biais de l'Hebdo. La compilation des résultats propre à chaque secteur est en cours et ils seront diffusés aux gestionnaires. Un plan d'action en lien avec les résultats globaux du sondage a été élaboré, afin d'adresser les écarts et d'améliorer la perception de la culture de blâme.
- Les activités du plan de communication se poursuivent.

Prochaines étapes

- Soutenir les équipes et poursuivre la mise en œuvre de tous les plans d'action découlant des auto-évaluations et la cueillette des preuves en lien avec les normes.
- Poursuivre les initiatives du plan de communication.
- Soumettre les plans d'action découlant des sondages à Agrément Canada.
- Poursuivre les discussions avec Agrément Canada sur les préparatifs pour la visite.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet - note présentée à titre d'information.

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

- Poursuivre la démarche d'agrément et les préparatifs pour la visite de juin 2022.

Proposition et résolution

- Aucune – rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 27 janvier 2022 par Nicole Frigault - Directrice qualité, risques et expérience patient.

TAUX DE CONFORMITÉ AUX NORMES D'AGRÉMENT PAR ÉQUIPE

Équipe	Mandataire	Chef d'équipe	Cahier de normes	Taux de conformité	Défis/Préoccupations
Gouvernance	D. Savoie	Dre F. Desrosiers	Gouvernance	95%	Plusieurs nouveaux membres / connaissance des processus/ du fonctionnement
Leadership	Dre F. Desrosiers	Gisèle Beaulieu	Leadership	75%	POR – Cheminement des patients, Violence en milieu de travail, intégration des patients partenaires, stratégies de mieux-être, culture de sécurité, structure/programme de AQC
Prévention des infections	G. Beaulieu	Nicole Frigault Kellie McLean	Prévention et contrôle des infections	86%	Comité de PCI, délais dans la révision des politiques, normes en lien avec le partenariat avec patients/familles
Télésanté	G. Beaulieu	Patrick Charland Kim Picard	Télésanté	93%	Normes en lien avec le partenariat avec patients/familles
Laboratoire	S. Legacy	Renée-Claude Comeau	Analyses de biologie délocalisées	65%	Implantation de la nouvelle gestion documentaire pas terminée/difficulté à régionaliser les politiques et procédures et éviter les dédoublements.
			Laboratoires médicaux	86%	
			Transfusions	75%	
Gestion des médicaments	S. Legacy	Josée Gagnon Mario Levesque	Gestion des médicaments	90%	Délais dans l'élaboration et révision de certaines politiques, plan de formation, programme de qualité
Imagerie diagnostique	S. Legacy	Jessica B. Kennedy Annie Carré	Imagerie diagnostique	93%	Pas de chef radiologue à la zone 5 (norme 3.5). Listes d'attentes/ ressources humaines
Soins ambulatoires	S. Legacy	Karen Frenette	Soins ambulatoires	94%	POR - BCM
Chirurgie	Sharon S. Okana	Chantal Pelletier	Services périopératoires et les interventions invasives	98%	POR - BCM
Médecine	Sharon S. Okana	Renelle Thibodeau	Unité d'hospitalisation	79%	POR – BCM Normes en lien avec le partenariat avec patients/familles, formation du personnel, appréciation du rendement, transition des soins
Néphrologie	Sharon S. Okana	Gisèle Bourque	Unité d'hospitalisation	95%	POR – BCM et transfert d'information Normes en lien avec le partenariat avec patients/familles
Obstétrique	Sharon S. Okana	Lyne Bujold	Obstétrique	81%	POR – BCM Normes en lien avec le partenariat avec patients/familles, formation du personnel, appréciation du rendement
Oncologie	Sharon S. Okana	Gisèle Bourque	Traitement du cancer	95%	POR – BCM et transfert d'information
Réadaptation	Sharon S. Okana	Renelle Thibodeau	Réadaptation	86%	POR – BCM Normes en lien avec le partenariat avec patients/familles, formation du personnel, appréciation du rendement, transition des soins
Soins de longue durée	Sharon S. Okana	France Lebreton Sylvie Bernard	Soins de longue durée	91%	POR - BCM Normes en lien avec la formation du personnel, implication des familles

Équipe	Mandataire	Chef d'équipe	Cahier de normes	Taux de conformité	Défis/Préoccupations
Soins intensifs	Sharon S. Okana	Jenny Toussaint	Soins critiques	98%	POR - BCM
Unité de retraitement	Sharon S. Okana	Chantal Pelletier	Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	97%	Espace physique (retraitement des scopes)
Urgence	Sharon S. Okana	Raphaël Roy	Urgences	94%	POR – BCM Normes en lien avec le partenariat avec patients/familles
Santé mentale et traitement des dépendances	Jacques Duclos	Monique McNair Rino Lang Gaetane Hachey	Services de santé mentale (Unités psychiatrie et CHR)	93%	POR – BCM Normes en lien avec l'éthique, les indicateurs de qualité, processus de sécurité, tenu de dossier, utilisation des données probantes. Plusieurs initiatives sont en processus d'implantation, mais le défi de ressource humaine cause des délais. ex: SAFEwards, Trauma informed Care, comité patient.
			Services de santé mentale communautaire	97%	
			Services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu	95%	
Santé mentale - Services pour les jeunes	Jacques Duclos	Carole Gallant Christine Gallant	Service de santé mentale	95%	POR-BCM Normes en lien avec l'éthique, l'utilisation des données probantes et le partenariat avec patients/familles
		Carole Gallant	Service de santé mentale communautaire	96%	POR-BCM Normes en lien avec l'éthique, les indicateurs de qualité, processus de sécurité, tenu de dossier, utilisation des données probantes.
Santé publique	Jacques Duclos	Nancy Bastarache	Santé publique	98%	Normes en lien avec plan d'amélioration de la qualité
Soins de santé primaires	Jacques Duclos	Shelley Robichaud Stéphanie Roy	Soins primaires Santé et bien-être - population	95% 100%	Préparation des équipes sur le terrain pour la visite.

Mise à jour des pratiques organisationnelles requises (POR)

POR	Mandataires	Facilitateurs	Mise à jour
Divulgence des événements	Gisèle Beaulieu	Sonia Bernatchez	Politique en processus d'approbation
Gestion des événements		Sonia Bernatchez	Politique en processus d'approbation
Rapports trimestriels sur la sécurité		Nicole Frigault	Conforme
Reddition de comptes - qualité		Nicole Frigault	Conforme
BCM - priorité stratégique	Stéphane Legacy	Nicole Frigault	Conforme
BCM - points de transition de soins		Nicole Frigault	Non conforme
Identification des usagers	Sharon Smyth Okana	Mylène Cormier	Politique en processus d'approbation
Liste d'abréviations	Stéphane Legacy	Mario Levesque	Politique et guide en révision
Liste de contrôle chirurgie sécuritaire	Sharon Smyth Okana	Chantal Pelletier	Conforme
Transfert de l'information		Mylène Cormier	Politique en processus d'approbation
Électrolytes concentrés	Stéphane Legacy	Mario Levesque	Conforme
Gérance des antimicrobiens		Daniel Landry	Conforme
Médicaments de niveau d'alerte élevé		Mario Levesque	Conforme
Sécurité liée à l'héparine		Mario Levesque	Conforme
Sécurité liée aux narcotiques (opioïdes)		Mario Levesque	Travail en cours
Sécurité liée aux pompes à perfusion		Mario Levesque	Conforme
Cheminement des usagers	Sharon Smyth Okana	Allison White	Travail en cours
Plan de sécurité des usagers	Gisèle Beaulieu	Nicole Frigault	Conforme
Prévention de la violence en milieu de travail	Johanne Roy	Réjean Bédard	Travail en cours
Programme d'entretien préventif	Stéphane Legacy	Gregory Dickinson Dominique Valdron	Conforme
Sécurité - formation	Gisèle Beaulieu	Nicole Frigault	Module de formation en révision
Pratique hygiène des mains	Gisèle Beaulieu	Kellie McLean	Conforme
Formation hygiène des mains		Kellie McLean	Conforme
Retraitement	Sharon Smyth Okana	Chantal Pelletier	Conforme
Taux d'infection	Gisèle Beaulieu	Kellie McLean	Conforme
Prévention - plaies de pression	Sharon Smyth Okana	Jenny Toussaint	Politique en révision
Prévention des chutes		Nancy Sirois-Walsh	Politique et programme en révision
Prévention du suicide	Jacques Duclos	Rino Lang	Conforme
Prophylaxie TEV	Dre N. Banville	Vivian Thomas	Conforme

Note d'information

Point 6.1

Nom du comité : Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Date : 15 février 2022

Objet : Projet de documentation des activités qualité et tableau de bord – chefferie médicale

Décision recherchée

Il s'agit d'un point informatif à propos de l'adoption d'une nouvelle méthode de documentation des activités d'amélioration de la qualité de l'acte médical et de la mise en place d'un tableau de bord pour la chefferie médicale.

Contexte/problématique

C'est à la suite d'un sondage mené auprès de quelques chefs de départements/divisions/services médicaux en septembre 2018 qu'on s'est rendu compte que la majorité des activités d'amélioration de la qualité de l'acte médical n'étaient pas documentées. Il n'y avait pas de cheminement clair pour rapporter ces activités ni de registre pour les comptabiliser ou suivre les recommandations y découlant.

Par conséquent, un groupe de travail composé de leaders médicaux a été mis en place, afin d'identifier des pistes d'amélioration particulièrement pour optimiser le processus des revues de mortalité morbidité.

Ce travail a finalement abouti au développement de nouveaux processus/outils et à la mise à jour de certains déjà existants comme entre autres le :

- La simplification du processus pour les revues de mortalité morbidité et l'utilisation d'un guide basé sur les meilleures pratiques pour appuyer les équipes.
- Développement d'une fiche descriptive des activités d'amélioration de la qualité de l'acte médical.
- Développement d'un gabarit de rapport pour toutes les activités de qualité organisées en groupe.
- Développement d'un nouveau système de documentation pour la comptabilisation et le suivi des recommandations de toutes les activités de qualité organisée en groupe.
- Développement d'un tableau de bord pour suivre l'évolution du nombre d'activités organisées dans chaque zone.
- Développement d'une fiche indicative du nombre de crédits de développement professionnel continu possible à obtenir à la suite d'une activité d'amélioration de la qualité de l'acte médical.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Les améliorations apportées aux processus et outils offriront le support nécessaire aux équipes médicales pour :

- Stimuler l'organisation et la participation aux activités de qualité.
- Assurer un meilleur suivi des recommandations découlant des activités de qualité.
- Avoir un meilleur cadre d'imputabilité en ce qui concerne les activités d'amélioration de la qualité.

Par ailleurs, ces améliorations nous serviront éventuellement de catalyseur pour renforcer notre culture organisationnelle et vont donc dans le sens de notre orientation et objectif stratégique suivants :

- Orientation : Nous appliquerons une approche apprenante dans notre culture organisationnelle d'amélioration continue de la qualité.
- Objectif : Élaborer et mettre en place des stratégies pour développer une culture apprenante.

Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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

Nous allons continuer la communication et l'implantation des nouveaux processus et outils.

Proposition et résolution

Soumis le 31 janvier 2022 par Dre Nicole LeBlanc et Mahamadou Douaré.

Aperçu du processus pour le suivi des activités d'amélioration de la qualité de l'acte médical



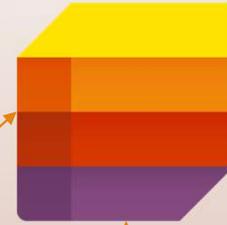
Formulaire papier



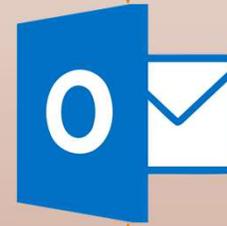
Formulaire électronique



Base de donnée



Suivi des recommandations



Communication continue

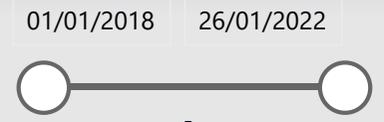


Tableau de bord interactif



TABLEAU DE BORD

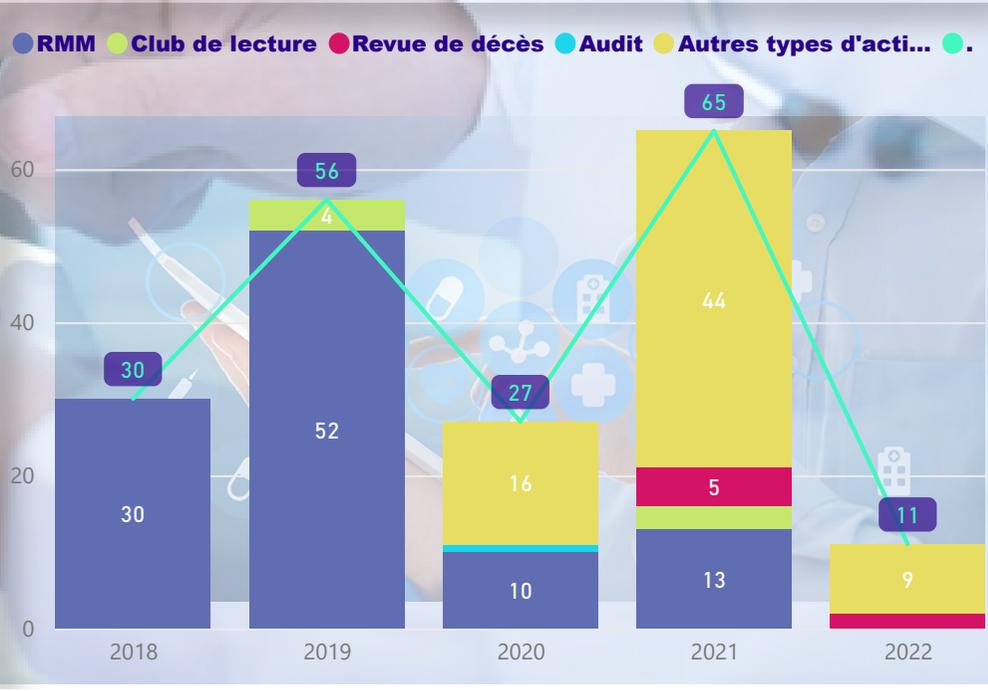
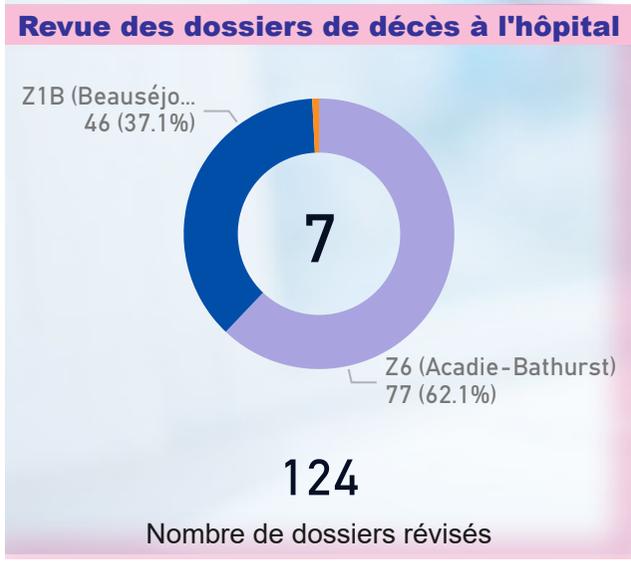
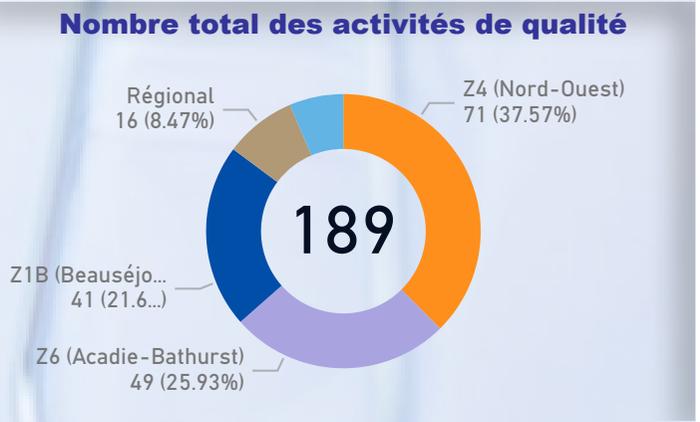
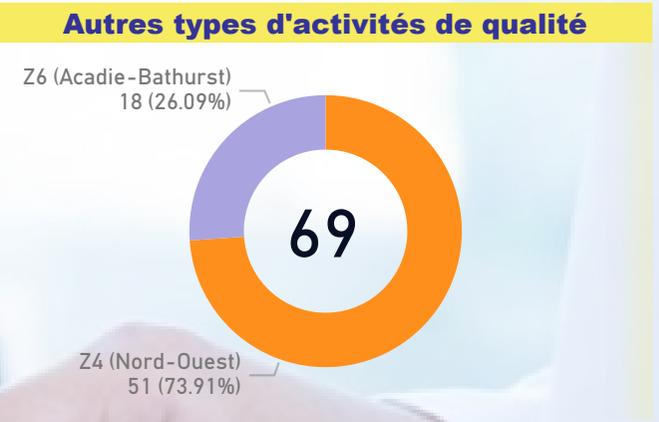
ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTE MÉDICAL



- Régional
- Z1B (Beauséjour)
- Z4 (Nord-Ouest)
- Z5 (Restigouche)
- Z6 (Acadie-Bat...)
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021



Zone	Secteur	Type de groupe	Département	Division	Service local	Groupe cliniqu...
Tout	Tout	Tout	Tout	Tout	Tout	Tout



MISSION
AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION
IMPROVE THE POPULATION'S HEALTH

VISION
ENSEMBLE, VERS UNE POPULATION EN SANTÉ
TOGETHER, TOWARD A HEALTHY POPULATION

VALEURS • VALUES
- RESPECT
- COMPASSION
- INTÉGRITÉ • INTEGRITY
- IMPUTABILITÉ • ACCOUNTABILITY
- ÉQUITÉ • EQUITY
- ENGAGEMENT

January-31-22

Note d'information

Point 7.1

Nom du comité : Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Date : 15 février 2022

Objet : Quadrants qualité/satisfaction à la clientèle et opérationnel du tableau de bord équilibré 2021-2022 – Troisième trimestre (T3)

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

Le rapport trimestriel inclut le tableau de bord équilibré.

- Les quatre quadrants (Qualité/Satisfaction de la clientèle, Financiers, Opérationnel, Ressources Humaines) du tableau de bord équilibré sont départagés entre les comités respectifs du Conseil d'administration.
- Les quadrants qualité/satisfaction de la clientèle et opérationnel sont donc présentés au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, afin que celui-ci puisse s'acquitter de ses responsabilités en matière de surveillance de la qualité des soins et de la sécurité des patients.
- Une fiche par indicateur est présentée pour cerner les possibilités d'amélioration de la qualité et celles-ci représentent un point de départ d'un processus d'amélioration.
- La majorité des indicateurs sont produits pour le troisième trimestre de 2021-2022, mais certains indicateurs sont seulement disponibles pour le deuxième trimestre de 2021-2022 (indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de 3M). La plupart de ces données seront seulement disponibles à la fin du mois de mars 2022.
- Les données de 2020-2021 et de 2021-2022 doivent être interprétées avec prudence puisque la pandémie de la COVID-19 peut avoir eu un impact sur les statistiques présentées.
- L'ensemble des indicateurs et la cible de chacun de ceux-ci sont en processus de révision dans le cadre de la mise à jour du plan stratégique et seront validés par un groupe de travail du Conseil à la mi-mars.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Tableau de bord équilibré

- Quadrant qualité/satisfaction à la clientèle :
 - Pour l'indicateur « Taux d'hospitalisations – maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), insuffisance cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) » (1.1), le Réseau continue d'atteindre l'objectif. La tendance du taux d'hospitalisation pour ces maladies chroniques est généralement à la baisse au niveau de la province. Au deuxième trimestre de 2021-2022, toutes les zones rencontraient la cible.
 - La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (80 %) au troisième trimestre de 2021-2022 pour l'indicateur Centre de Santé mentale- % de patients traités dans les 40 jours- priorité modérée (1.2), tandis que la Zone 1B présentait le pourcentage le plus faible (30 %). Le Réseau de santé Vitalité présentait, en 2020-2021, un pourcentage plus élevé de patients à priorité modérée traités dans les 40 jours que le Réseau de santé Horizon (45 % comparativement à 40 %).

- Le Réseau est en processus de mettre en place des services sans rendez-vous au Centre de santé mentale de Campbellton pour améliorer l'accès aux services. De plus, le Réseau est en processus d'offrir et de mettre en place dans tous les Centres de santé mentale communautaires et de traitement des dépendances, la thérapie à séance unique (efficace pour les clients ayant des besoins de santé mentale légers à modérés).
- En 2020-2021, le Réseau de santé Vitalité présentait un taux de réadmission 30 jours (1.3) moins élevé que le Réseau de santé Horizon et le Canada. Au deuxième trimestre de 2021-2022, toutes les zones ont montré une amélioration en comparaison avec le premier trimestre et ont atteint la cible. L'accent a été mis sur l'amélioration de la planification des congés de base, ce qui peut avoir influencé l'amélioration des taux de réadmission 30 jours.
 - Le « pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires » (1.4) a diminué au sein du Réseau de santé Vitalité depuis les trois dernières années. De plus, le taux était plus bas que le Réseau de santé Horizon et le taux dans la Zone 1 et la Zone 6 était statistiquement meilleur que celui du N.-B. Pour ce rapport, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires était le plus élevé dans la Zone 5 (9.21 %) et le plus bas dans la Zone 4 (3.71 %).
- Quadrant opérationnel :
 - La durée moyenne de séjour d'une année à l'autre pour le « Nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus » (3.2) semble stable et nettement inférieure à la cible fixée. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. Par conséquent, une nouvelle cible devrait être établie en considérant la performance d'un Réseau de santé par rapport à ses homologues.
 - Pour le « Taux de césarienne à faibles risques » (3.3), les taux des deux réseaux de santé sont statistiquement les mêmes par rapport à la performance canadienne et le Réseau de santé Vitalité est bien en deçà de la cible. Par conséquent, une nouvelle cible devra être envisagée pour la prochaine année financière.
 - Le taux de chutes (3.4) est un indicateur important, car les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Au troisième trimestre de 2021-2022, le taux de chutes était le plus élevé dans la Zone 4 (6.44). Au niveau des établissements, c'est l'HGGS qui a le taux le plus élevé (16.34).
 - L'objectif de 90% pour l'indicateur « Taux de conformité à l'hygiène des mains » (3.8) n'a pas pu être atteint depuis 3 ans pour l'ensemble du Réseau, mais 7 hôpitaux sur 11 ont pu atteindre l'objectif au troisième trimestre de 2021-2022. Divers suivis sont et devront continuer à être effectués pour améliorer la conformité à l'hygiène des mains :
 - La sensibilisation est faite auprès du personnel lors des tournées des infirmières en Prévention et contrôle des infections (PCI) sur les unités.
 - Lors des tournées, des discussions ont également lieu sur les barrières pour une hygiène des mains efficace (ex. emplacement des éviers et distributeurs de produit d'hygiène des mains, type de produit - moussueux, manque de produits d'hygiène des mains, etc.) et des suivis sont faits.
 - Les résultats des audits sont partagés avec les gestionnaires, directeurs et vice-présidents pour suivi.
 - Les résultats des audits sont affichés sur les tableaux blancs de chaque unité.
 - Pour les indicateurs d'infections C.diff (3.9) et SARM (3.10), le Réseau continue d'atteindre les cibles et pour le « Taux d'infection ERV » (3.11) nous le considérerons comme étant proche de la cible puisqu'il n'y a eu qu'un seul cas signalé.
 - Le ratio normalisé de mortalité hospitalière (3.12), lorsque suivi au fil du temps, peut aider à déterminer si les hôpitaux ont réussi à réduire le nombre de décès de patients et à améliorer

- les soins. Les deux réseaux de santé ont des problèmes de rendement similaires liés à cet indicateur et le N.-B. obtient un rendement nettement inférieur à celui du ratio canadien. Une évaluation détaillée de cet indicateur est en cours et nécessite des examens des dossiers, afin de déterminer la cause de l'augmentation.
- Pour le « % chirurgies urgentes effectuées dans les délais » (3.14) et « % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) » (3.15), atteindre la cible fixée a été un défi pour le troisième trimestre. La Zone 5 est la seule zone qui a atteint la cible pour le % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) avec un résultat de 83.3%. Pour les prothèses (3.15 et 3.16), le facteur principal qui contribue à réduire la capacité à atteindre les cibles est la pandémie COVID qui a occasionné la réduction des activités des blocs opératoires et la réduction de la capacité des lits dans les hôpitaux. Certains processus ont toutefois été mis en place pour améliorer les temps d'attente en chirurgie pour les patients :
 - o Les cas de cancer et autres catégories 1 et 2 sont surveillés individuellement par les gestionnaires d'accès pour s'assurer que les chirurgies soient effectuées le plus rapidement possible.
 - o Les cas de prothèses sont priorisés et le temps opératoire est accordé en tenant compte du temps d'attente.
 - o Ajout d'instruments et de cabarets orthopédiques selon le besoin.
 - Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche (3.16) effectuées est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 68.7 % en 2018-2019 à 49.8 % en 2020-2021. Pour le deuxième trimestre 2021-2022, le Réseau se rapprochait de la cible (85 %) avec un résultat de 82.7 %, mais pour le troisième trimestre le Réseau n'a pas atteint la cible et seulement la Zone 4 démontrait une amélioration comparativement au trimestre précédent avec un pourcentage de 80.0 %.

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 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 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

Aucun.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 27 janvier 2022 par Michelina Mancuso, directrice Planification et Amélioration de la performance.

Réseau de santé Vitalité

Tableau de bord équilibré

**Quadrants qualité/satisfaction de
la clientèle et opérationnel**

2021-2022

Rapport trimestriel (T3)



Table des matières

Sommaire

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

Centre de Santé Mentale- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée

Taux de réadmission 30 jours

% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires

% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) pour le:

Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus

Taux de césarienne à faibles risques

Taux de chutes

Taux de chutes avec blessures graves

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

Taux d'incidents médicamenteux

Taux de conformité à l'hygiène des mains

Taux d'infection Clostridium difficile

Taux d'infection et de colonisation au SARM

Taux d'infection et de colonisation ERV

Ratio normalisé de mortalité hospitalière

% de patients Niveau Soins Alternatif (NSA) avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus

% chirurgies urgentes effectuées dans les délais

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

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

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Qualité/ Satisfaction à la clientèle										
1.1	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	Dre.Banville	127	196	129	122	✓	✓		
1.2	Centre de Santé Mentale- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	Jacques Duclos	43%	100%	44%	41%	✗	✗	✗	
1.3	Taux de réadmission 30 jours	Dre. Banville	9.05	8.01	7.01	5.06	✗	✓		
1.4	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy	4.99%	4.89%	5.44%	5.25%	✗	!		
Quadrant: Opérationnel										
3.1	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) pour les cas typiques	Dre.Banville	5.6%	0.0%	3.6%	5.2%	!	✗		
3.2	Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus	Sharon Smyth-Okana	8.66	12.00	8.98	9.09	✓	✓		
3.3	Taux de césarienne à faibles risques	Dre.Banville	10.9%	15.2%	12.5%	12.5%	✓	✓		
3.4	Taux de chutes	Sharon Smyth-Okana	4.90	5.00	4.96	5.05	✓	!	!	
3.5	Taux de chutes avec blessures graves	Gisèle Beaulieu	0.05	0.00	0.06	0.07	✗	!	✗	
3.6	Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Gisèle Beaulieu	0.004	0.000	0.019	0.023	!	!	!	

- ✓ 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	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Opérationnel										
3.7	Taux d'incidents médicamenteux	Gisèle Beaulieu	3.34	3.32	2.93	2.78	✓	✓	✓	
3.8	Taux de conformité à l'hygiène des mains	Gisèle Beaulieu	82.2%	90.0%	78.8%	80.1%	!	✗	✗	
3.9	Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu	1.27	3.57	1.96	2.17	✓	✓	✓	
3.10	Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu	0.13	1.29	0.04	0.00	✓	✓	✓	
3.11	Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu	0.04	0.05	0.04	0.12	✓	✓	!	
3.12	Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Gisèle Beaulieu	113	100	122	119	✗	✗		
3.13	% de patients Niveau Soins Alternatif (NSA) avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Sharon Smyth-Okana	8.9%	11.5%	7.2%	6.9%	✓	✓		
3.14	% chirurgies urgentes effectuées dans les délais	Sharon Smyth-Okana	50.3%	90.0%	50.8%	53.2%	✗	✗	✗	
3.15	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	43.1%	75.0%	57.2%	54.4%	✗	✗	✗	
3.16	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	48.7%	85.0%	74.1%	63.3%	✗	!	✗	

- ✓ 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

[Retour au sommaire](#)

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

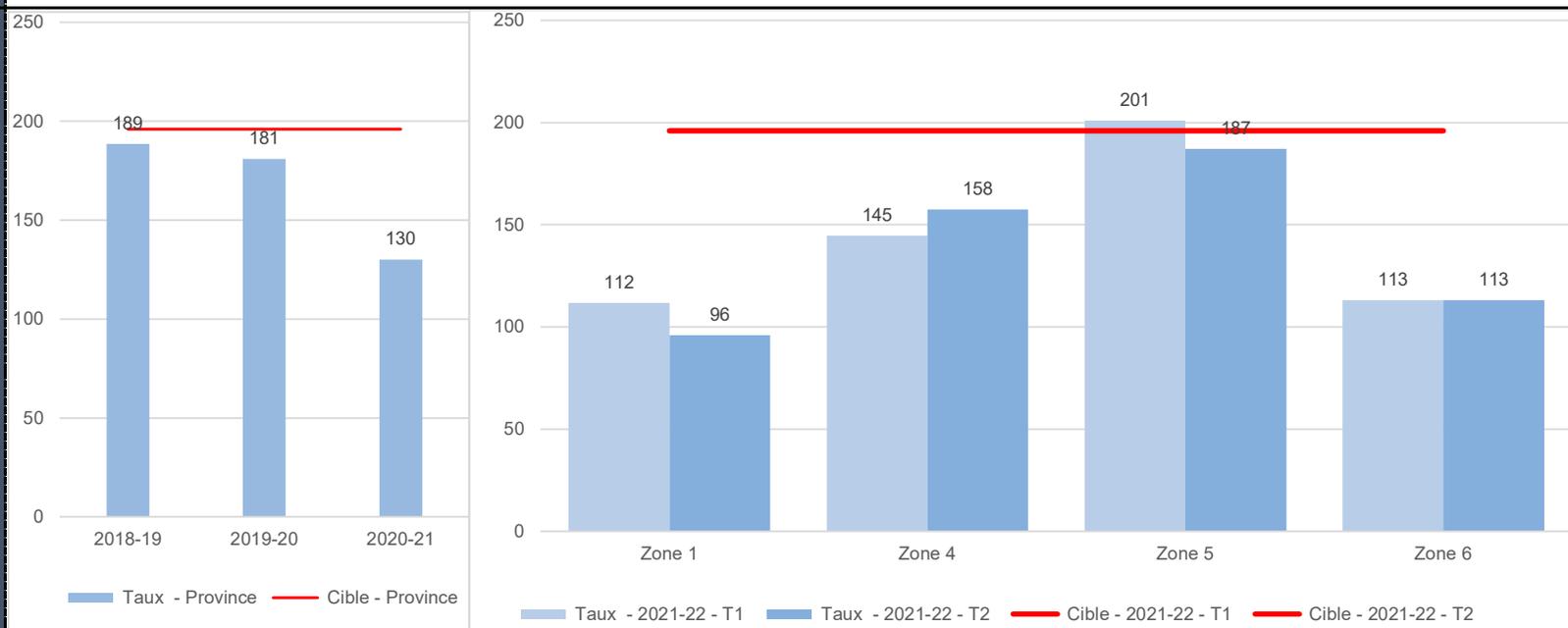
LEADERSHIP	Dre.Banville	INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Améliorer le continuum de soins des patients	✓

DÉFINITION

Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation pour trois maladies chroniques (par 100 000 de population) : 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.

RÉSULTATS

CIBLE 196
(établie par le ministère de la santé)



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées. Le taux provincial d'hospitalisation était de 130 et était sous la cible pour l'année fiscale 2020-2021. La tendance du taux d'hospitalisation pour ces maladies chroniques est généralement à la baisse au sein de la province. Au deuxième trimestre de 2021-2022, toutes les zones rencontraient la cible. Le taux d'hospitalisation était le plus élevé dans la Zone 5 (187) et le plus bas dans la Zone 1B (96).

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

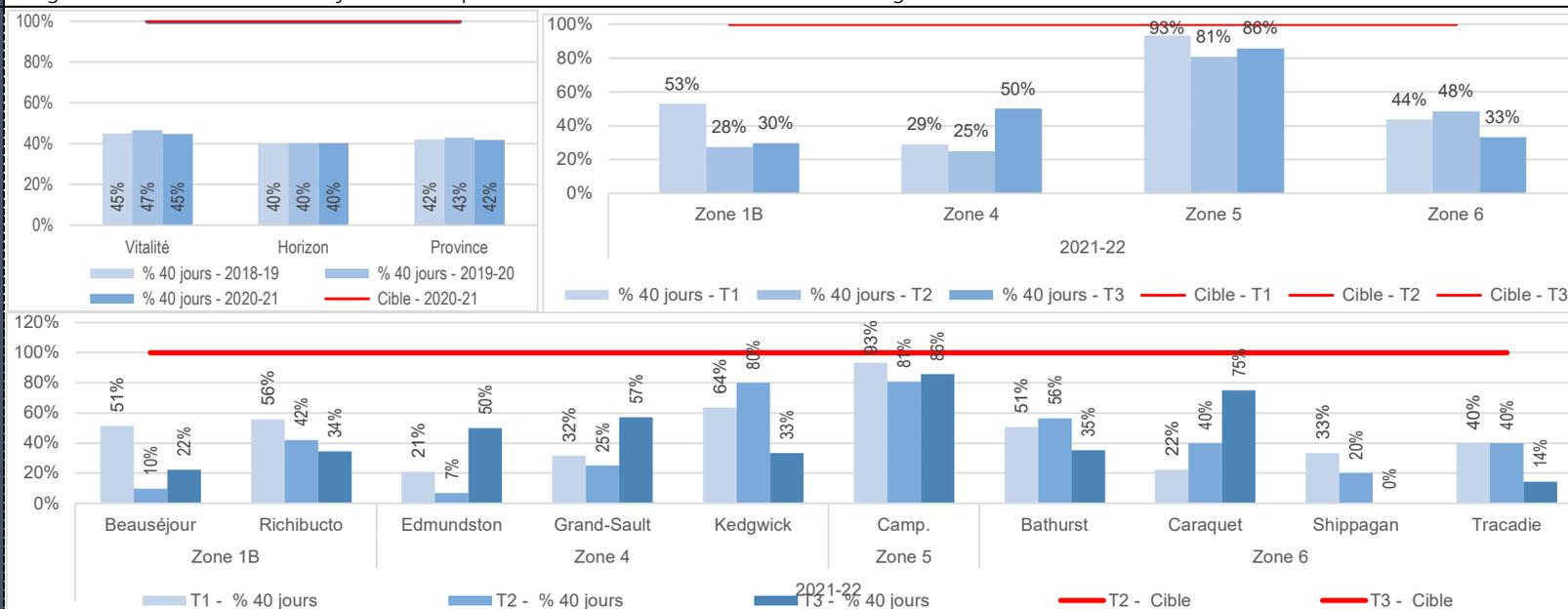
[Retour au sommaire](#)

Centre de Santé Mentale- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée

LEADERSHIP	Jacques Duclos	INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire	✓
SOURCE DE DONNÉES	CSDC-SPSC			

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
CIBLE (vise à ce 100% que tous les patients avec une priorité modérée soient traités dans les 40 jours)



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage élevé est souhaitable. Les résultats sont présentés par zone et par établissement. La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (80 %) au troisième trimestre de 2021-2022 tandis que la Zone 1B présentait le pourcentage le plus faible (30 %). Le Réseau de santé Vitalité présentait, en 2020-2021, un pourcentage plus élevé de patients à priorité modérée traités dans les 40 jours que le Réseau de santé Horizon (45 % comparativement à 40 %). Le Réseau est en processus de mettre en place des services sans rendez-vous au Centre de santé mentale de Campbellton pour améliorer l'accès aux services. De plus, le Réseau est en processus d'offrir et de mettre en place dans tous les Centres de santé mentale communautaires et de traitement des dépendances, la thérapie à séance unique (efficace pour les clients ayant des besoins de santé mentale légers à modérés).

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✘	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux de réadmission 30 jours

LEADERSHIP	Dre. Banville	INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS			

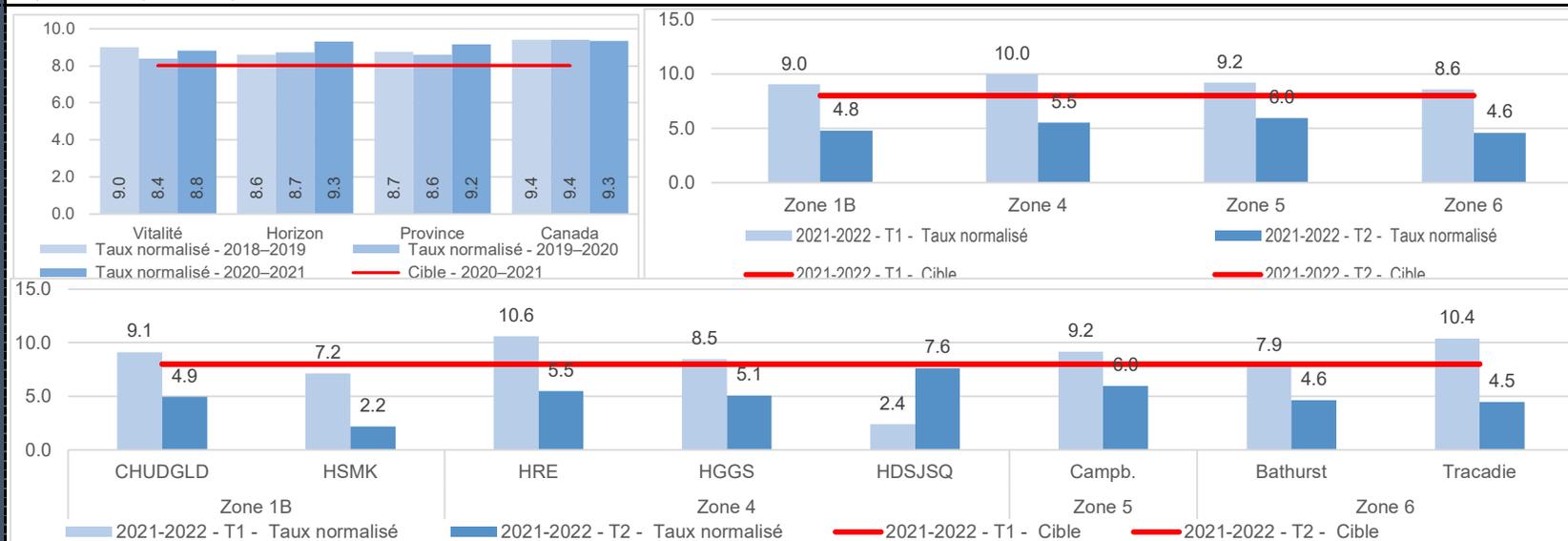
DÉFINITION

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 difficile 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.

RÉSULTATS

CIBLE 8.01

(diminution de 2% par année par rapport au résultat de 2019-2020)



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un faible résultat est favorable puisqu'il signifie qu'un faible pourcentage de patients ont été réadmis d'urgence dans le mois suivant leur congé de l'hôpital. Cette mesure peut contribuer à évaluer combien de patients présentent des problèmes de santé ou des complications à la suite d'un séjour à l'hôpital, et à quel point le système de santé réussit à offrir aux patients les soins de suivi nécessaires dès leur retour à la maison. La mesure est ajustée pour tenir compte de certaines différences quant aux types de patients traités dans un hôpital. Néanmoins, comme tous les indicateurs, elle ne peut pas être ajustée en fonction de toutes les différences. Lorsqu'on compare le taux de réadmission à l'hôpital, il est important de tenir compte du type d'hôpital. Par exemple, les grands hôpitaux d'enseignement traitent souvent des cas de patients plus complexes qui sont plus susceptibles de retourner à l'hôpital. Dans les petits hôpitaux en région rurale, il arrive que moins de services soient disponibles hors de l'hôpital pour veiller à ce que les patients reçoivent des soins de suivi adéquats. En 2020-2021, le Réseau de santé Vitalité présentait un taux de réadmission 30 jours moins élevé que le Réseau de santé Horizon et le Canada. Au deuxième trimestre de 2021-2022, toutes les zones ont montré une amélioration en comparaison avec le premier trimestre et atteignaient la cible. L'accent a été mis sur l'amélioration de la planification des congés de base, ce qui peut avoir influencé l'amélioration des taux de réadmission 30 jours.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	✓	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

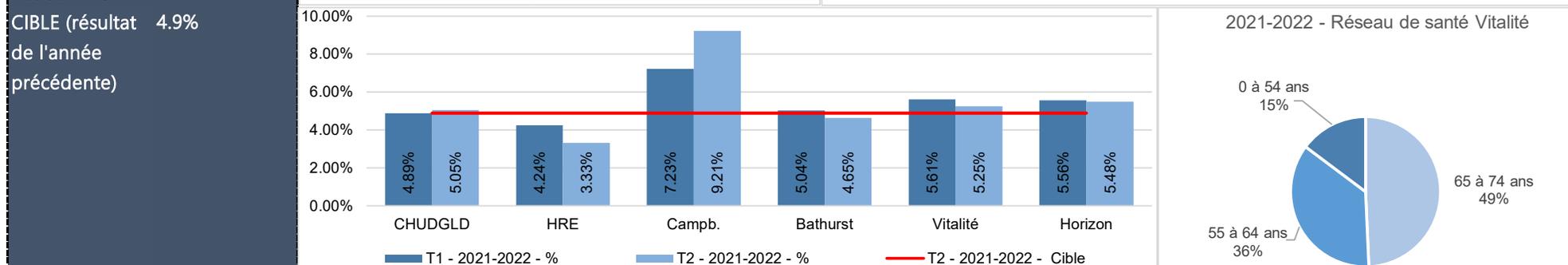
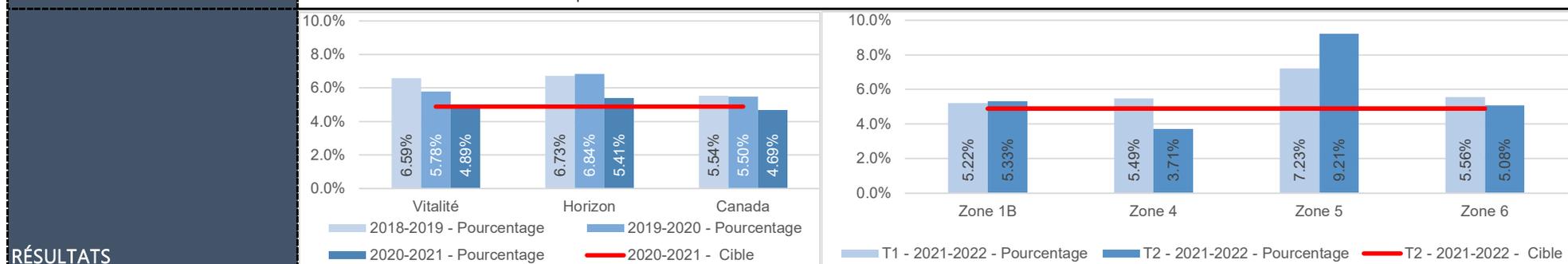
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires

LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓

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.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un faible taux est souhaitable. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins de santé primaire appropriés. Le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires a diminué au sein du Réseau de santé Vitalité depuis les trois dernières années. De plus, le taux était plus bas que le Réseau de santé Horizon. Au deuxième trimestre de 2021-2022, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires était le plus élevé dans la Zone 5 (9.21 %) et le plus bas dans la Zone 4 (3.71 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur. Les patients peuvent avoir hésité de consulter dans les soins de santé primaires initialement, ce qui a pu mener à des hospitalisations par la suite.

- ✓ **Conforme au plan**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

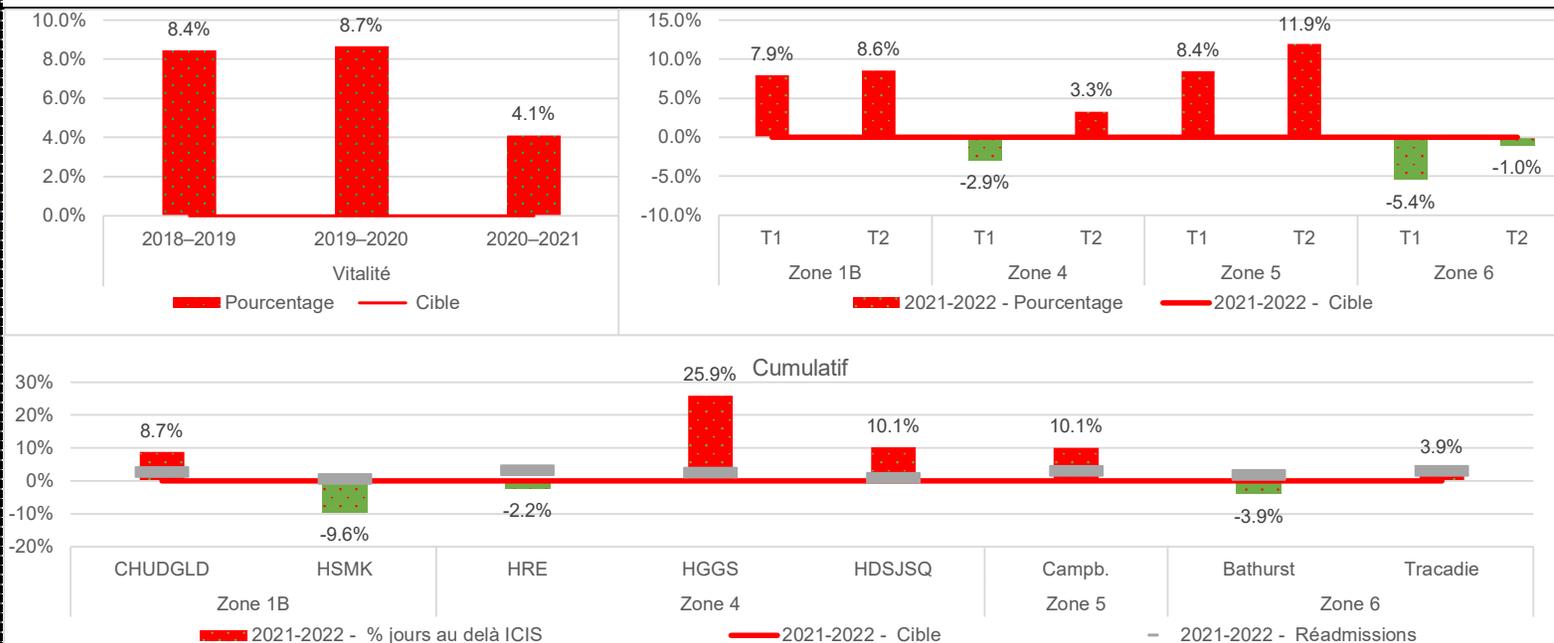
[Retour au sommaire](#)

% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) pour les cas typiques

LEADERSHIP	Dre.Banville	INITIATIVES	Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	3M		Favoriser un retour à domicile propice et rapide	✓

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 efficace. Cet indicateur représente l'efficacité de la durée de séjour dans nos hôpitaux pour les cas typiques. Il représente en pourcentage la différence entre la durée de séjour en soins de courte durée pour l'ensemble des hôpitaux du Réseau et la durée prévue de séjour de l'ICIS. Les cas typiques excluent les décès, les transferts entre établissements de soins de courte durée, les sorties contre l'avis du médecin et les séjours prolongés (au-delà du point de démarcation). Les jours NSA sont aussi exclus du calcul pour cet indicateur.

RÉSULTATS
 CIBLE (établie 0% par l'équipe de leadership)



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Si le pourcentage est peu élevé, c'est un signe d'efficacité dans notre durée de séjour. Il devrait donc y avoir une réduction dans les temps d'attente, un taux d'occupation stable et une augmentation dans la possibilité d'admettre et de traiter plus de patients. Cependant, il est possible qu'un pourcentage très peu élevé entraîne une augmentation du taux de réadmission. Les données ci-dessus sont présentées par zone et par établissement. Le graphique par établissement met en relation le pourcentage de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques avec le taux de réadmission.

- ✓ Conforme au plan
- Non conforme au plan et mesures correctives en place
- ✗ Non conforme au plan et interventions requises
- Non débuté
- ☑ Complété

FICHE EXPLICATIVE

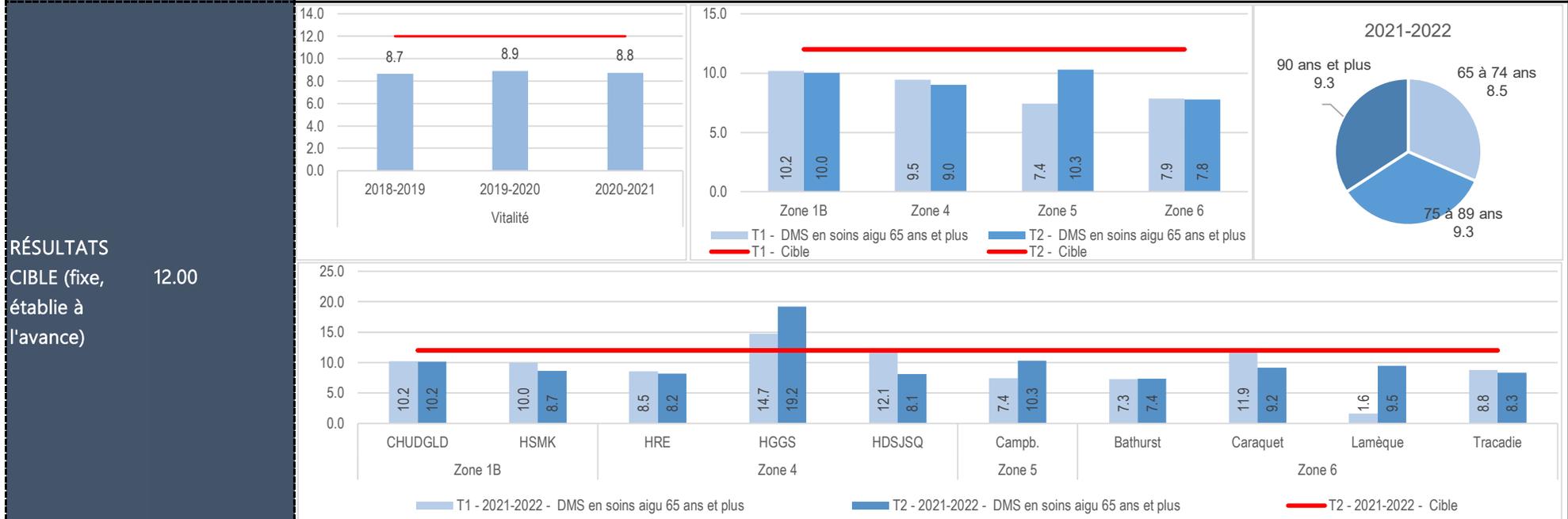
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓
SOURCE DE DONNÉES	3M		Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète	✓

DÉFINITION
 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 d'admissions ou de sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. La durée moyenne de séjour est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un séjour plus court est souhaitable. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. Au deuxième trimestre de 2021-2022, la moyenne était plus élevée chez les 90 ans et plus (9.3) et les 75 à 89 ans (9.3). Le vieillissement de la population peut avoir un effet sur cet indicateur.

- ✓ Conforme au plan
- Non conforme au plan et mesures correctives en place
- ✗ Non conforme au plan et interventions requises
- Non débuté
- ☑ Complété

FICHE EXPLICATIVE

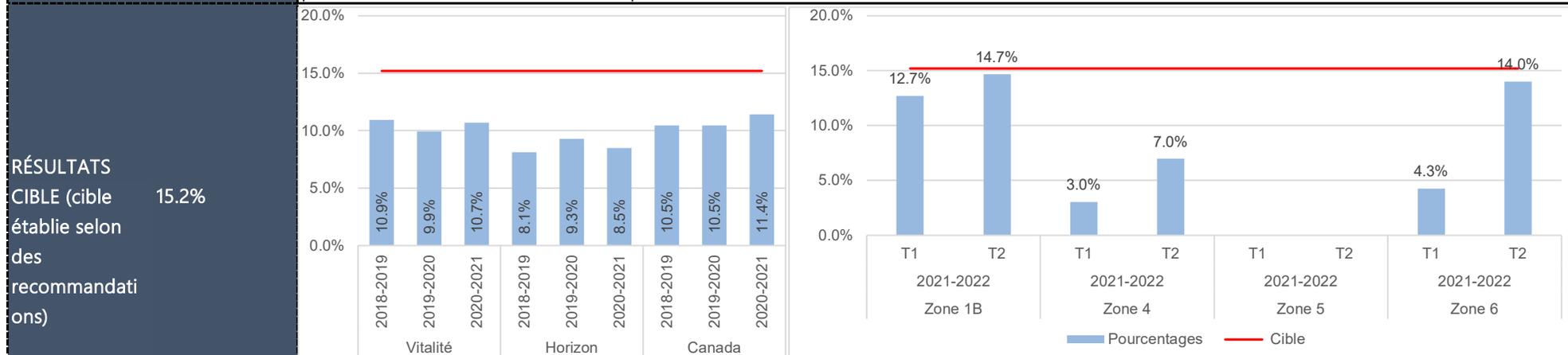
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux de césarienne à faibles risques

LEADERSHIP	Dre.Banville	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité de soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	3M			

DÉFINITION
 Cet indicateur mesure le taux d'accouchements par césarienne pour les grossesses qui ne sont pas à risque (à terme, 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. 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.



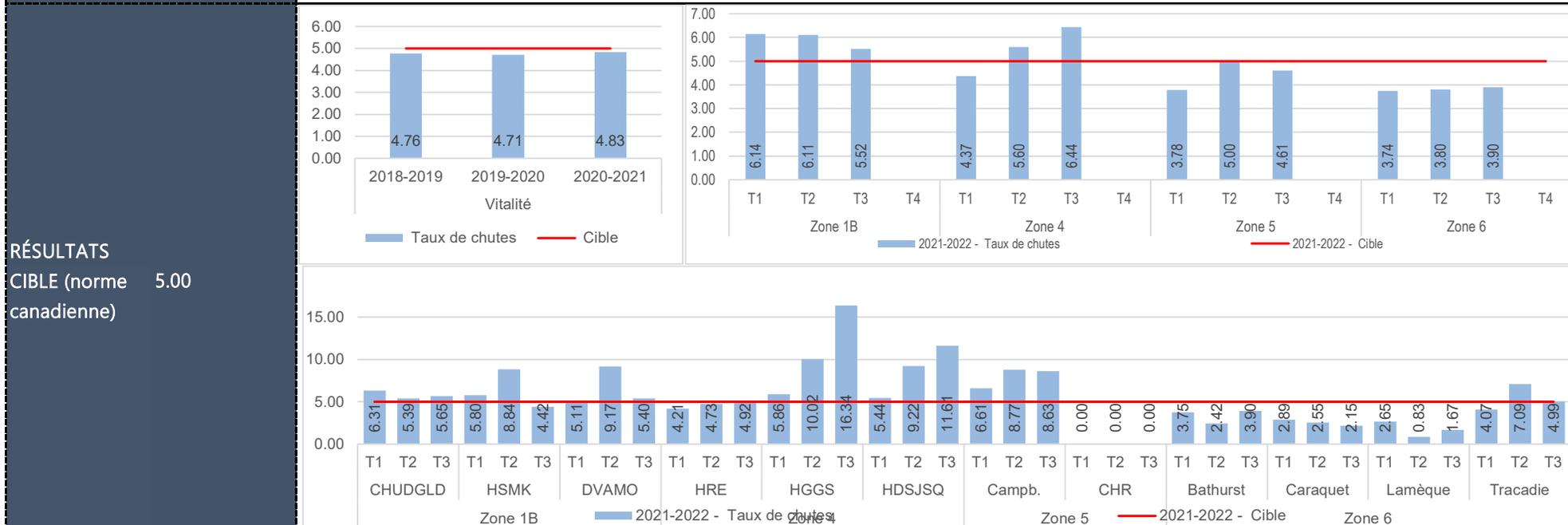
ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un faible taux est souhaitable. Les variations des résultats de cet indicateur pourraient faire état de différences dans la pratique clinique. Cet indicateur permet de signaler les éléments à améliorer et de réduire les taux de césariennes. Bien qu'il soit limité à une population à très faible risque, les efforts de réduction des taux de césariennes dans cette population pourraient entraîner une réduction globale des taux. Au deuxième trimestre de 2021-2022, la Zone 1B a le taux de césariennes à faible risque le plus haut (14.7%). Cela représente 11 accouchements par césarienne sur 75 accouchements de grossesses à faible risque. Cet indicateur présente des nombres bruts peu élevés par trimestre et par établissement. Le taux par établissement peut ainsi varier d'un trimestre à l'autre.

- ✓ Conforme au plan
- Non conforme au plan et mesures correctives en place
- ✗ Non conforme au plan et interventions requises
- Non débuté
- ☑ Complété

Taux de chutes

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

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. La cible est de 5% selon le benchmark national.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Un taux de chutes élevé présente également un potentiel de litige important pour le Réseau de santé Vitalité. Au troisième trimestre de 2021-2022, le taux de chutes était le plus élevé dans la Zone 4 (6.44). Au niveau des établissements, c'est HGGS qui a le taux le plus élevé (16.34).

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

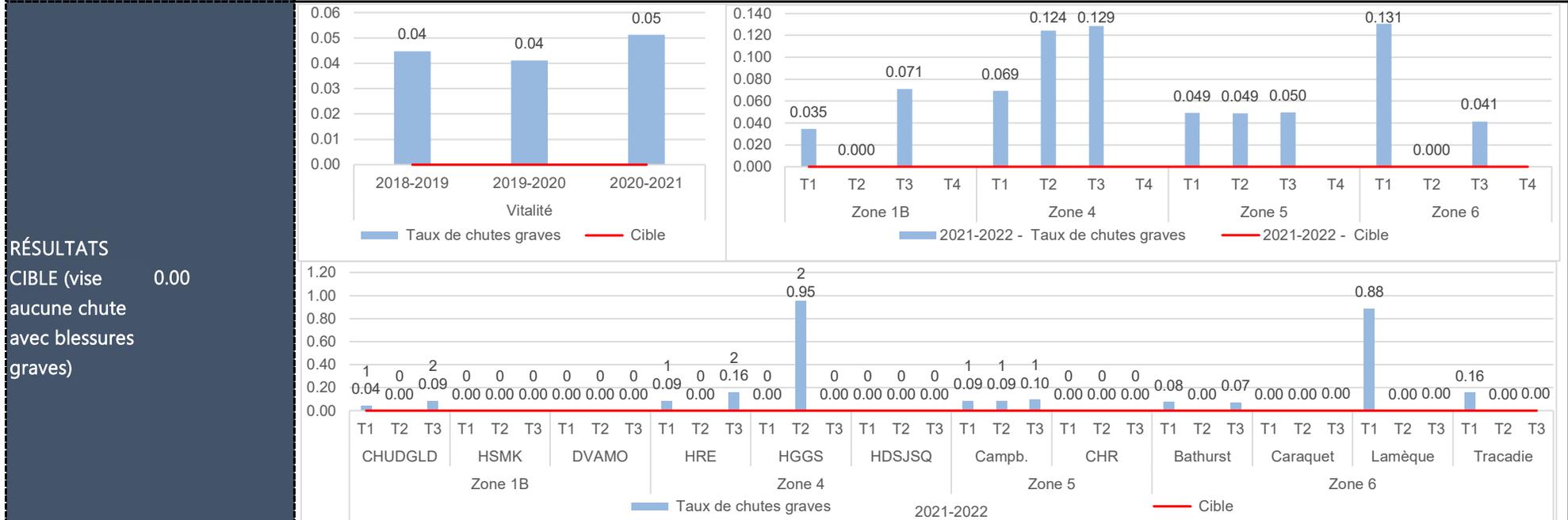
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux de chutes avec blessures graves

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

DÉFINITION
 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. Le Réseau de santé Vitalité a mis en place un programme de prévention des chutes dans l'ensemble de ses établissements et services.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car 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. Au troisième trimestre de 2021-2022, le taux de chutes avec blessures graves était le plus élevé dans la Zone 4 (0.129). Par établissement, HGGS a le taux le plus élevé (0.95). Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur.

✓ Conforme au plan
 ○ Non débuté
 ⊗ Non conforme au plan et mesures correctives en place
 ✓ Complété
 ✗ Non conforme au plan et interventions requises

FICHE EXPLICATIVE

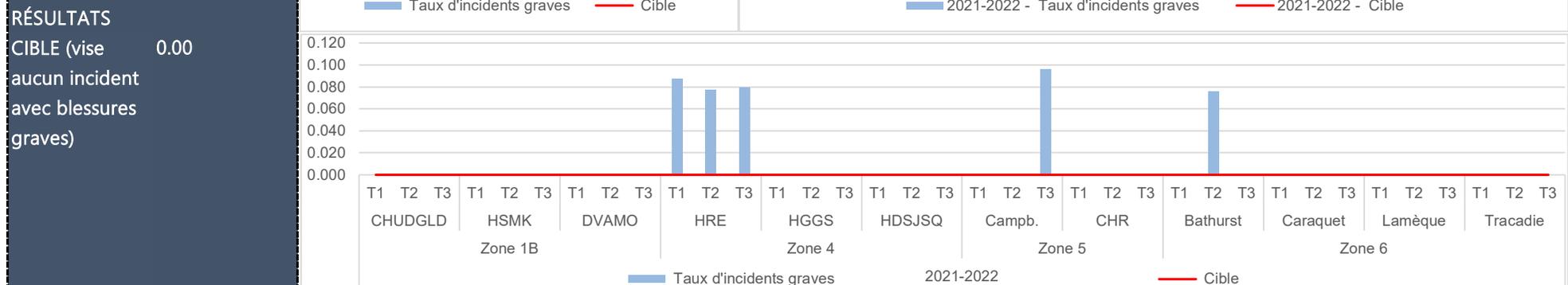
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

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

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

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 à une catégorie de gravité.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat nul est souhaitable. Parmi les risques hospitaliers, les incidents graves sont les plus importants et les études démontrent qu'ils seraient évitables dans 50 % des cas. Au troisième trimestre de 2021-2022, le taux d'incident avec blessures graves était le plus élevé dans la Zone 4 (0.064). Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

- ✓ **Conforme au plan**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**

FICHE EXPLICATIVE

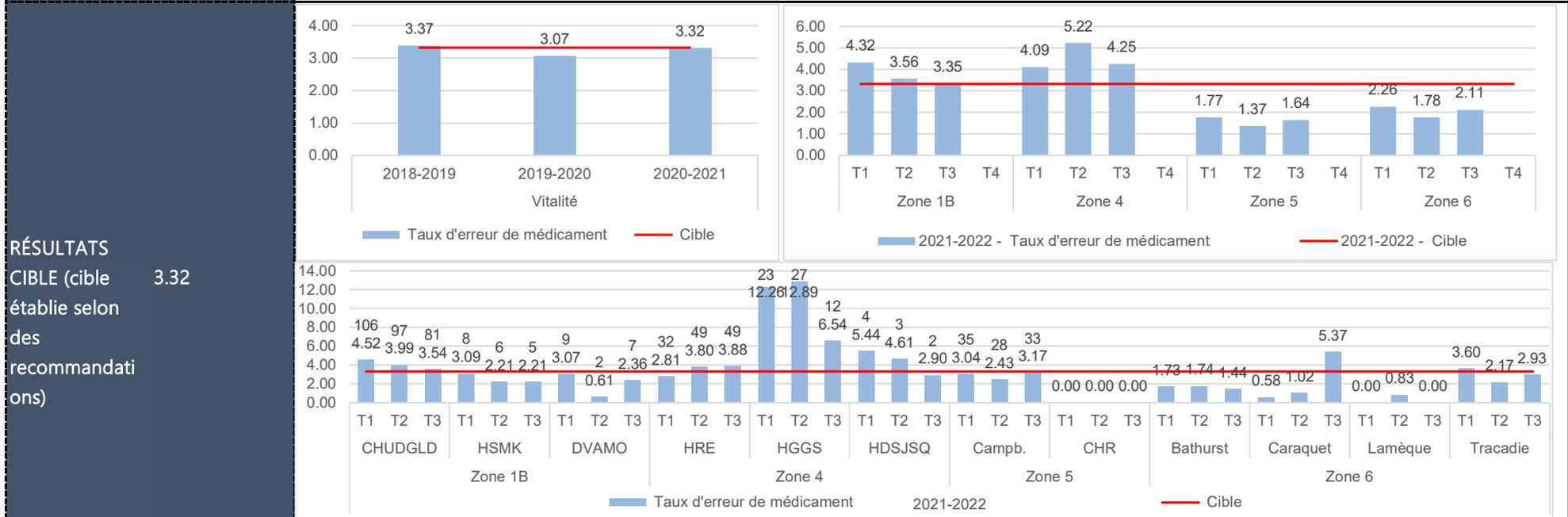
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux d'incidents médicamenteux

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

DÉFINITION
 Cet indicateur reflète le taux d'erreurs des médicaments. Les incidents liés 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.



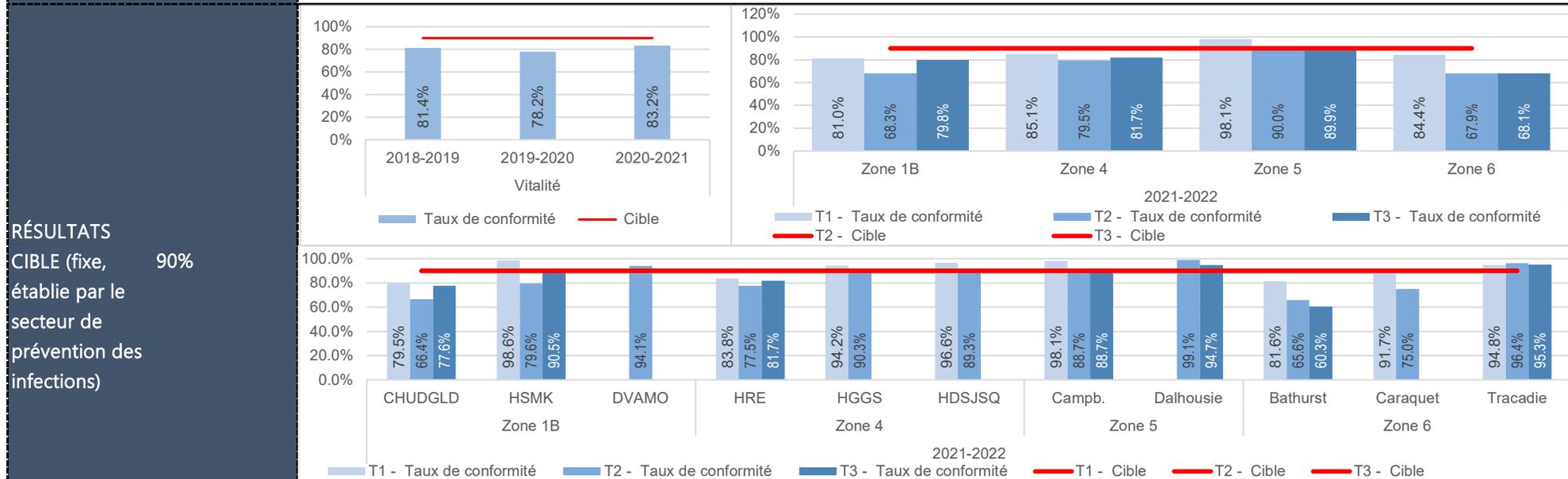
ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins de santé. Au troisième trimestre de 2021-2022, la Zone 4 présentait le taux le plus élevé (4.25).

- ✓ Conforme au plan
- Non conforme au plan et mesures correctives en place
- ✗ Non conforme au plan et interventions requises
- Non débuté
- ☑ Complété

Taux de conformité à l'hygiène des mains

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité de soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Diminuer la propagation de la COVID-19	✓
SOURCE DE DONNÉES	Système CREDE			

DÉFINITION Cet indicateur reflète le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein du Réseau de santé Vitalité.



RÉSULTATS
CIBLE (fixe, établie par le secteur de prévention des infections) 90%

ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux élevé est souhaitable. Le taux de conformité à l'hygiène des mains est relativement stable et démontre de bonnes pratiques sanitaires au sein du Réseau de santé Vitalité. Au troisième trimestre de 2021-2022, le taux de conformité à l'hygiène des mains était le plus élevé dans la Zone 5 (89.9%). La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur étant donné l'importance de l'hygiène des mains qui a été renforcée. L'objectif de 90% pour l'indicateur « Taux de conformité à l'hygiène des mains » n'a pas pu être atteint depuis 3 ans. Au cours des années avec l'amélioration dans les taux d'hygiène des mains, la cible a été augmentée graduellement à 90%. Au Réseau de santé Horizon, la cible est fixée à 85%. Dans d'autres organisations de santé au Canada la cible varie (80 -100%). Divers suivis sont effectués pour améliorer la conformité à l'hygiène des mains :

- La sensibilisation est faite auprès du personnel lors des tournées des infirmières en Prévention et contrôle des infections (PCI) sur les unités.
- Lors des tournées, des discussions ont également lieu sur les barrières pour une hygiène des mains efficace (ex. emplacement des éviers et distributeurs de produit d'hygiène des mains, type de produit - mousseux, manque de produits d'hygiène des mains, etc.) et des suivis sont faits.
- Les résultats des audits sont partagés avec les gestionnaires, directeurs et vice-présidents pour suivi.
- Les résultats des audits sont affichés sur les tableaux blancs de chaque unité

✓ Conforme au plan
 ⊖ Non débuté
 ⊙ Non conforme au plan et mesures correctives en place
 ✓ Complété
 ✗ Non conforme au plan et interventions requises

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux d'infection Clostridium difficile

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			

DÉFINITION
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. La prise d'antibiotiques est, dans la majorité des cas, le facteur précipitant.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un résultat faible est préférable. Afin de procurer un environnement sécuritaire, notamment pour les personnes âgées ou immunosupprimées hospitalisées ayant des problèmes de santé et qui sont plus à risque d'être infectées, on doit monitorer le taux de cette infection et agir pour en prévenir la transmission dans le Réseau. Le taux d'infection Clostridium difficile a diminué depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur les résultats de cet indicateur étant donné les mesures de désinfection accrues mises en place. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

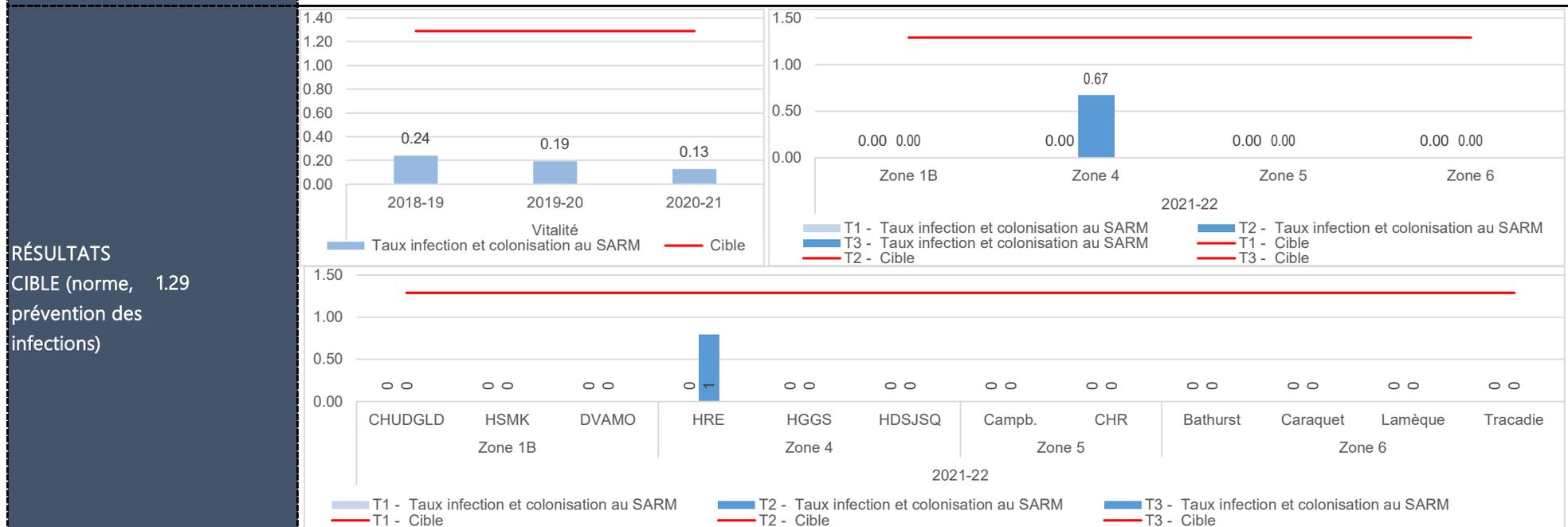
✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	✓	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

Taux d'infection et de colonisation au SARM

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			

DÉFINITION

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.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est favorable. 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. Au deux premiers trimestres de 2021-2022, il n'y a eu aucun cas d'infection au SARM. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur les résultats de cet indicateur étant donné les mesures de désinfection accrues mises en place. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

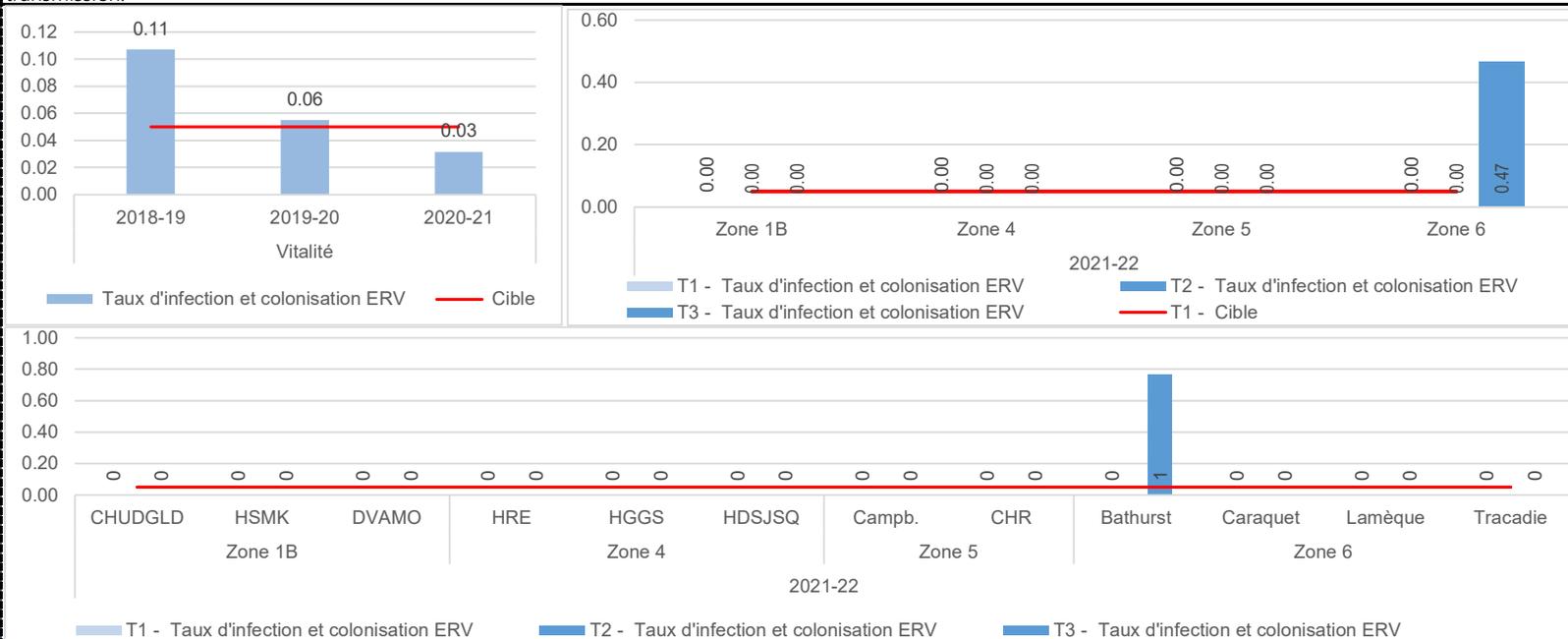
- ✓ **Conforme au plan**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ✓ **Complété**

Taux d'infection et de colonisation ERV

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			

DÉFINITION
 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.

RÉSULTATS
 CIBLE (norme, 0.05 prévention des infections)



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est favorable. 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. Au troisième trimestre de 2021-2022, la Zone 6 avait un taux d'infection ERV de 0.47. Cela représente 1 cas d'infection ERV. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur les résultats de cet indicateur étant donné les mesures de désinfection accrues mises en place. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

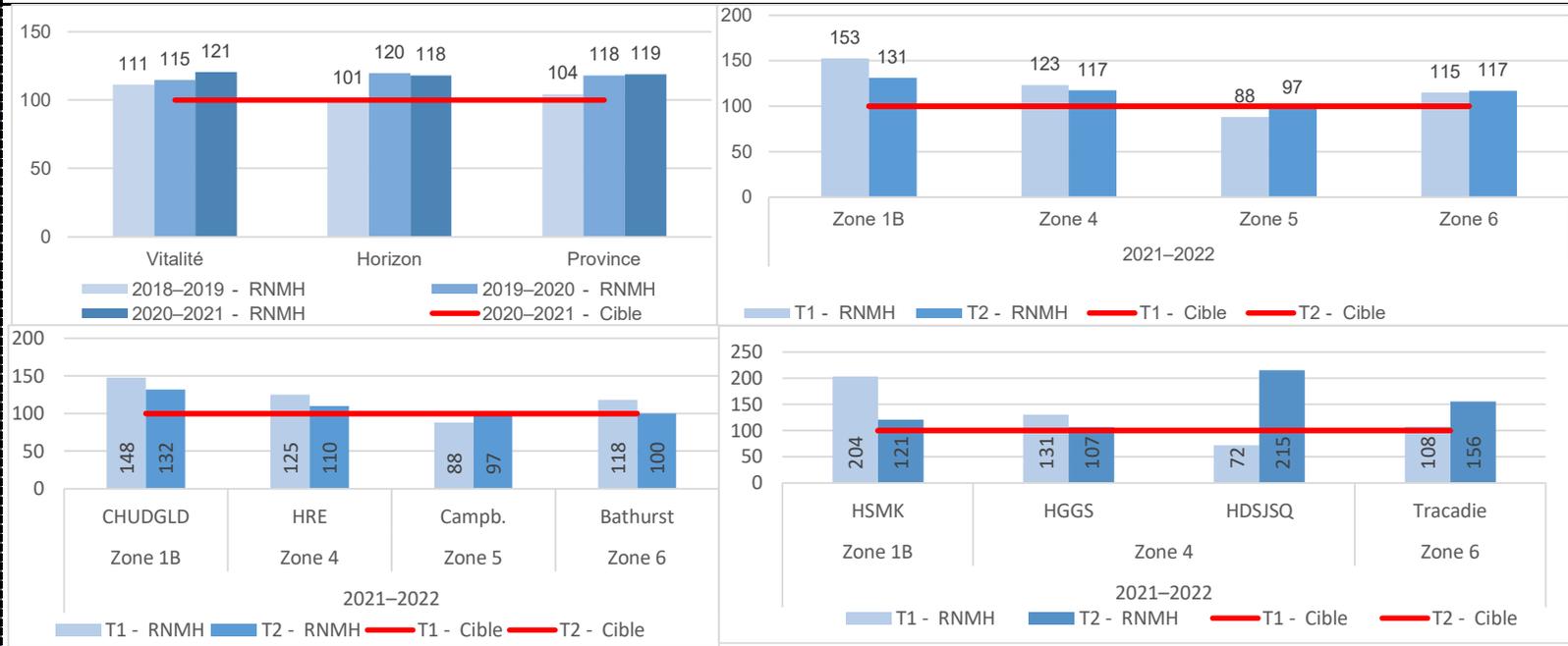
[Retour au sommaire](#)

Ratio normalisé de mortalité hospitalière

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS			

DÉFINITION
 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.

RÉSULTATS
 CIBLE (établie par l'ICIS) 100



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est favorable. Cette mesure est ajustée en fonction de certaines différences observées quant au type de patients traités dans un hôpital. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est surtout utile pour suivre la performance d'un même hôpital au fil du temps. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité et de la province. Au deuxième trimestre de 2021-2022, la Zone 1B présentait le ratio de mortalité hospitalière le plus élevé (131) et la Zone 5 présentait le ratio le moins élevé (97). Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est rajusté en fonction de divers facteurs et doit être considéré comme point de départ pour guider des analyses plus poussées qui pourront potentiellement aider à cerner des zones d'amélioration. Une évaluation détaillée de cet indicateur est en cours et nécessite des examens des dossiers afin de déterminer la cause de l'augmentation.

- ✓ Conforme au plan
- Non conforme au plan et mesures correctives en place
- ✗ Non conforme au plan et interventions requises
- Non débuté
- ☑ Complété

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

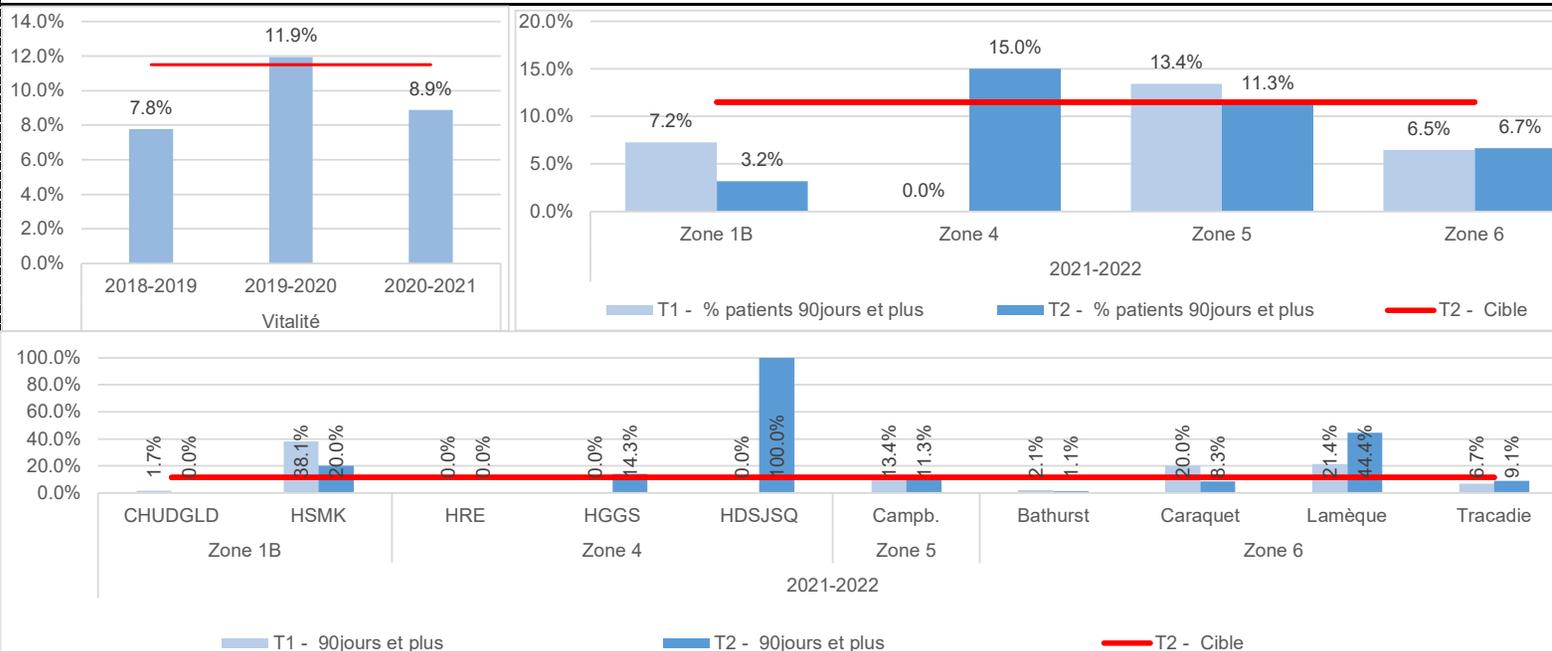
[Retour au sommaire](#)

% de patients Niveau Soins Alternatif (NSA) avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓
SOURCE DE DONNÉES	3M			

DÉFINITION
Cet indicateur reflète le pourcentage de patients en niveaux de soins alternatifs avec plus de 90 jours dans des lits de soins aigus. La grande majorité des jours NSA sont associés aux personnes âgées.

RÉSULTATS
CIBLE 11.5%
(diminution de 2% par année par rapport au résultat de 2019-2020)



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est favorable. Au deuxième trimestre de 2021-2022, la Zone 4 présentait le pourcentage le plus élevé (15.0 %). Au niveau des établissements, c'est HDSJSQ qui a le pourcentage le plus élevé (100.0 %) au deuxième trimestre. Nous avons constaté une amélioration significative principalement due aux efforts concertés de tous les partenaires du système de santé pour déplacer les patients NSA hors de l'hôpital afin de libérer des lits en raison de la pandémie.

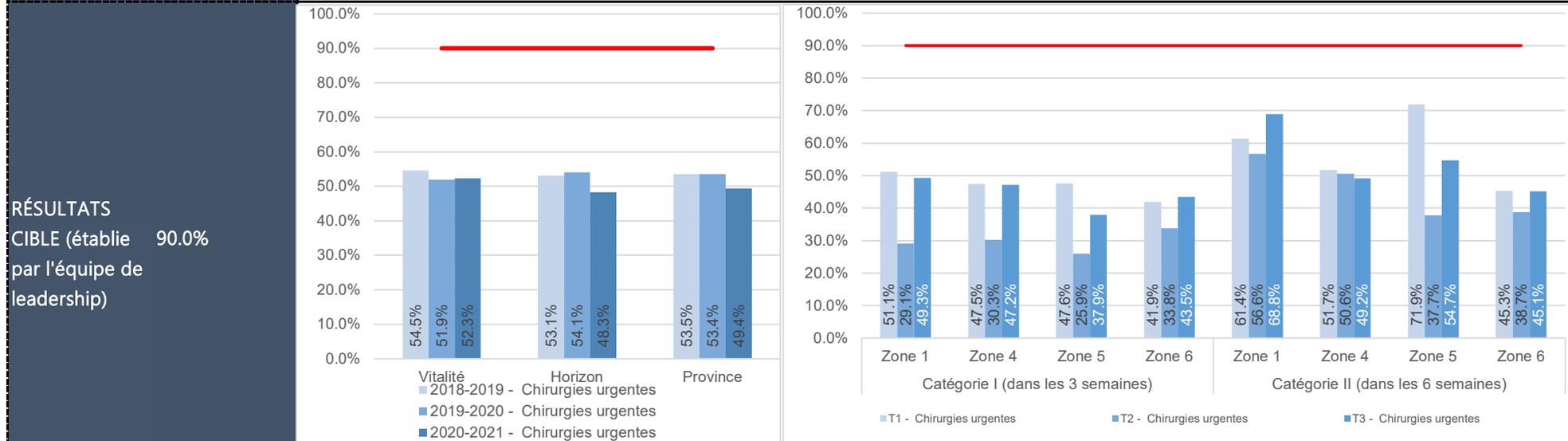
- ✓ **Conforme au plan**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ✔ **Complété**

% chirurgies urgentes effectuées dans les délais

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

DÉFINITION

Cet indicateur évalue l'accès de la clientèle du Réseau de santé Vitalité à des services chirurgicaux de catégories 1 et 2. Ces catégories sont les chirurgies les plus urgentes (catégorie 1: dans les 21 jours et catégorie 2: dans les 42 jours). Au Nouveau-Brunswick, les délais d'attente de chirurgie sont calculés à partir du moment où le patient et le chirurgien décident de procéder à l'intervention chirurgicale et que la demande de réservation en chirurgie est reçue à l'hôpital. Le délai d'attente se termine lorsque la chirurgie est complétée.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage élevé de chirurgies urgentes effectuées dans les délais est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais (catégories 1 et 2) est à la baisse depuis les 3 dernières années, passant de 54.5 % en 2018-2019 à 52.3 % en 2020-2021. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19. Atteindre la cible fixée reste un défi pour le troisième trimestre. Pour les prothèses, le facteur principal qui contribue à réduire la capacité à atteindre les cibles est la pandémie COVID-19 qui a nécessité la réduction des activités des blocs opératoires et la réduction de la capacité des lits dans les hôpitaux. Un des processus mis en place pour améliorer les temps d'attente en chirurgie pour les patients est le suivant:

- Les cas de cancer et autres « vraies » catégories 1 et 2 sont surveillés individuellement par les gestionnaires d'accès pour s'assurer que leurs chirurgies soient effectuées le plus rapidement possible.

✓ Conforme au plan
 ○ Non débuté
● Non conforme au plan et mesures correctives en place
 ☑ Complété
✗ Non conforme au plan et interventions requises

FICHE EXPLICATIVE

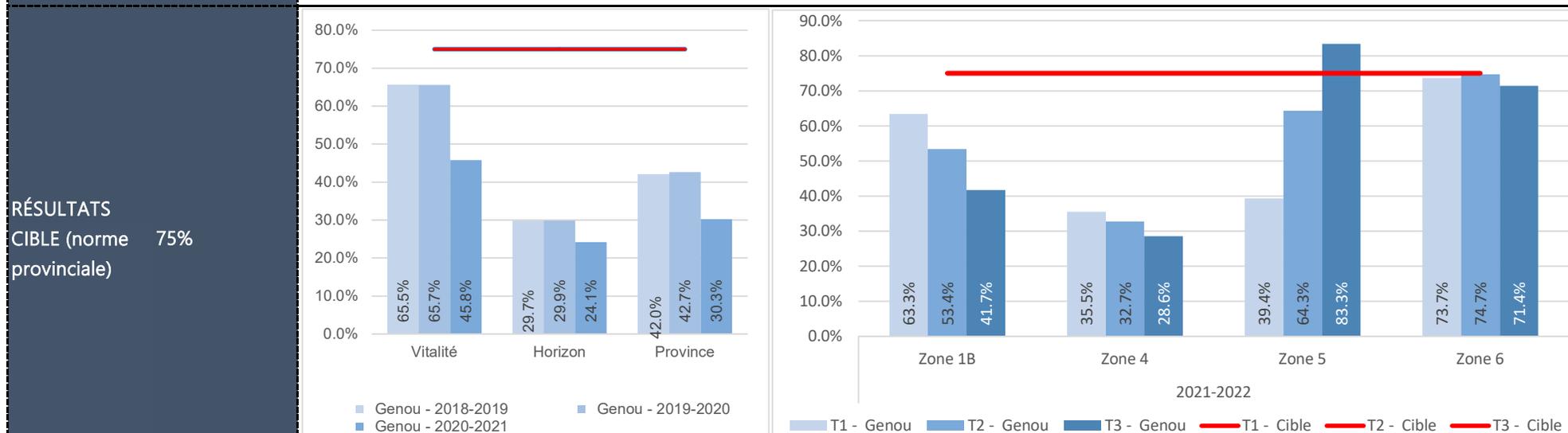
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

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

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

DÉFINITION
Cet indicateur reflète le 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.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un pourcentage élevé de chirurgie d'arthroplastie du genou effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgie arthroplastie du genou effectuées dans les délais est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité, passant de 65.5 % à 45.8 %. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.
Pour le troisième trimestre, la Zone 5 atteint la cible avec un résultat de 83.3%. Pour les prothèses, le facteur principal qui contribue à réduire la capacité à atteindre les cibles est la pandémie COVID-19 qui a nécessité la réduction des activités des blocs opératoires et la réduction de la capacité des lits dans les hôpitaux. Certains processus ont été mis en place pour améliorer les temps d'attente en chirurgie pour les patients :
-Les cas de prothèses sont priorisés et le temps opératoire est accordé en tenant compte du temps d'attente.
-Ajout d'instruments et de cabarets orthopédiques selon le besoin.

✓ Conforme au plan
 ○ Non débuté
● Non conforme au plan et mesures correctives en place
 ✓ Complété
✗ Non conforme au plan et interventions requises

FICHE EXPLICATIVE

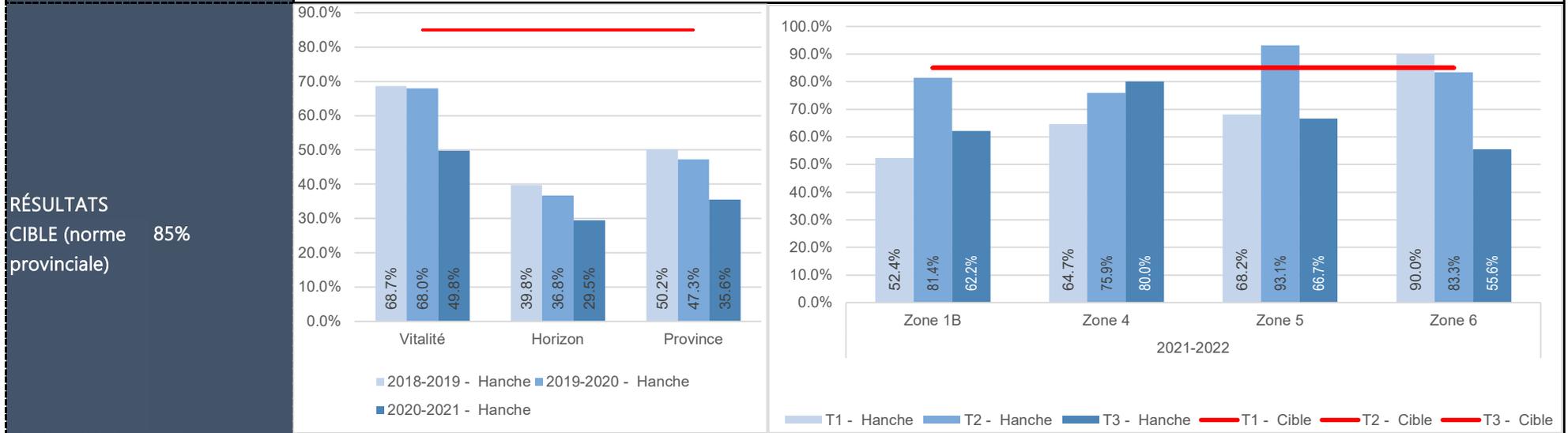
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

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

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

DÉFINITION
Cet indicateur reflète le 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.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un pourcentage élevé de chirurgies arthroplastie de la hanche effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 68.7 % en 2018-2019 à 49.8 % en 2020-2021. Pour le troisième trimestre 2021-2022, seule la Zone 4 démontre une amélioration comparativement au trimestre précédent avec un pourcentage de 80.0%. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.

- ✓ **Conforme au plan**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**