

AVIS DE RÉUNION ☒

PROCÈS-VERBAL ☐

Titre de la réunion :	Comité des finances et de vérification	Date et heure :	Le 18 septembre 2019 à 09:15
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Vidéoconférence
Présidente :	Rita Godbout	Bathurst (siège social) : grande salle	(Gilles)
Secrétaire de direction :	Lucie Francoeur	Moncton : salle du conseil	(Michelyne)
		Moncton : Place Assomption	(Alain)
		Edmundston : local 2281	(Gisèle)
		Grand-Sault : local 0252	(Rita)
		Campbellton : salle du conseil	(Wes)
		Lamèque : salle télé santé	(Emeril)
		Dalhousie : salle 168	(Brenda)

Participants**Membres**

Rita Godbout (présidente)		Michelyne Paulin		Brenda Martin	
Wes Knight		Gilles Lanteigne		Gisèle Beaulieu	
Alain Lavallée		Emeril Haché			

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujets	Pages	Action
9 h 15	1. Tableau de bord équilibré T1	2 - 73	Information
9 h 45	2. Ouverture de la réunion		Décision
9 h 46	3. Constatation de la régularité de la réunion		
9 h 48	4. Adoption de l'ordre du jour	1	Décision
9 h 49	5. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels		
9 h 50	6. Résolutions en bloc		Décision
	6.1 Adoption des résolutions en bloc		
	6.2 Adoption du procès-verbal du 4 juin 2019	74 - 78	
	6.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 4 juin 2019	79	
	6.4 Mandat du Comité des finances et de vérification	80 - 84	
	6.5 Plan de travail 2019-2020	85 - 86	
	6.6 Lettre du bureau du vérificateur général : Nomination d'un auditeur externe	87 - 90	
9 h 55	7. Autres		
	7.1 Recommandations du vérificateur externe 2018-2019	91 - 96	Décision
10 h 05	7.2 États financiers pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2019	97 - 103	Décision
10 h 15	8. Date de la prochaine réunion : le 19 novembre 2019 à 09:15		Information
10 h 20	9. Levée de la réunion		Décision

Note d'information

<p>Tableau de bord équilibré – T1 Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité Comité des finances et de vérification Date : 18 septembre 2019</p>

Nom du sujet : Tableau de bord équilibré – T1

Décision recherchée

Ce rapport est présenté à titre d'information.

Contexte/Problématique

- En complémentarité avec le schéma stratégique du Réseau adopté pour la prochaine année, la direction de la Planification et de l'Amélioration de la performance a procédé en 2018-2019 à une révision des tableaux de bord du Réseau afin de simplifier leur suivi et leur compréhension.
- Un nouveau tableau de bord intitulé « tableau de bord équilibré » ainsi qu'un modèle de fiche explicative pour chaque indicateur ont été approuvés au mois d'avril 2019.
- Un rapport trimestriel regroupant le tableau de bord équilibré, le schéma stratégique 2019-2020 ainsi que l'ensemble des fiches explicatives pour tous les indicateurs est proposé.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Indicateurs/mesure présentant un résultat au T1 inférieurs à la cible	Indicateurs/mesures présentant un résultat au T1 supérieurs à la cible
-Coût par habitant pour les soins de santé -Coût par jour patient / unités soins infirmiers -Variance entre le budget et les dépenses actuelles -Coût par jour repas -Variance en salaires et bénéfices -Variance en dépenses médicaments -Variance en fournitures médicales et chirurgicales -Taux de chutes avec blessures graves -Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes) -Taux de conformité à l'hygiène des mains -Taux d'infection et de colonisation ERV -% de visites 4 et 5 -% de lits occupés par des cas de SLD -Nombre de consultations cliniques en télésanté -Chirurgie en attente plus de 12 mois -% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées -% de chirurgies d'arthroplastie de la hanche effectuées -Taux global aux modules e-apprentissage -Moyenne de jours de maladie payés par employé -# d'accident avec perte de temps x 200 000 / # heures -Taux de conformité dans les appréciations de rendement -% d'heures de maladie -% d'heures de surtemps	-CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée -Nombre de patients qui ont quitté sans avoir vu le médecin -Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré -% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales -% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales -% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales -Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail -Coût en énergie par pied carré -Taux de chutes -Taux d'erreurs des médicaments -Taux d'infection Clostridium difficile -Taux d'infection et de colonisation au SARM -Jours-patients -Nombre de nouveaux griefs -Heures travaillées PPU/jours-patients -# de départ PT et TP/# moyen d'employé PT et TP

Considérations importantes

- Certaines données des patients hospitalisés sont manquantes ce qui empêche de présenter les résultats du trimestre. Des mécanismes ont été mis en place pour rectifier les échéanciers.

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

- Le tableau de bord équilibré ainsi que le rapport trimestriel regroupant l'ensemble des fiches explicatives seront révisés dès que les indicateurs provenant du portail de l'ICIS seront à jour.

Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 28 août 2019 par l'équipe de la Planification et Amélioration de la performance

Réseau de santé Vitalité

Tableau de bord équilibré 2019-2020

Rapport trimestriel (T1)



Table des matières

Schéma stratégique du Réseau de santé Vitalité 2019-2020	5
Tableau de bord équilibré.....	6
TAUX D'HOSPITALISATIONS - MPOC, INS. CARDIAQUE ET DIABÈTE - POPULATION DE 20 ANS ET PLUS (PAR 100 000 DE POPULATION)	12
CSM - % DE PATIENTS TRAITÉS DANS LES 40 JOURS - PRIORITÉ MODÉRÉE	13
% DE RÉADMISSION À L'INTÉRIEUR DE 30 JOURS SUITE À UN CONGÉ DE SANTÉ MENTALE	14
TAUX BRUT DE CONGÉ EN SANTÉ MENTALE PAR 100 000 HABITANT	15
TAUX DE RÉADMISSION 30 JOURS.....	16
% DE CONGÉS POUR DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES	17
NOMBRE DE PATIENTS QUI ONT QUITTÉ SANS AVOIR VU LE MÉDECIN (URGENCE)	18
COÛT PAR HABITANT POUR LES SOINS DE SANTÉ.....	19
COÛT PAR JOUR PATIENT/UNITÉS SOINS INFIRMIERS.....	20
VARIANCE ENTRE LE BUDGET ET LES DÉPENSES ACTUELLES.....	21
COÛT PAR JOUR REPAS	22
COÛT EN SALAIRES DU SERVICE DE L'ENVIRONNEMENT PAR PIED CARRÉ	23
% DES DÉPENSES ADMINISTRATIVES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES	24
% DES DÉPENSES DE SOUTIEN PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES	25
% DES DÉPENSES DANS LES PROGRAMMES CLINIQUES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES.....	26
COÛT D'OPÉRATION DES LABORATOIRES/UNITÉ DE CHARGE DE TRAVAIL.....	27
VARIANCE EN SALAIRES ET BÉNÉFICES	28
VARIANCE EN DÉPENSES MÉDICAMENTS	29
VARIANCE EN FOURNITURES MÉDICALES ET CHIRURGICALES, AUTRES DÉPENSES.....	30
COÛT EN ÉNERGIE PAR PIED CARRÉ	31

% DE JOURS D'HOSPITALISATION AU-DELÀ DE CEUX PRÉVUS PAR L'ICIS POUR LES CAS TYPIQUES.....	32
NOMBRE MOYEN DE JOUR D'HOSPITALISATION EN SOINS AIGUS CHEZ LES 65 ANS ET PLUS	33
TAUX DE CÉSARIENNE À FAIBLES RISQUES	34
TAUX DE CHUTES	35
TAUX DE CHUTES AVEC BLESSURES GRAVES	36
TAUX D'INCIDENT AVEC BLESSURES GRAVES (EXCLUANT LES CHUTES).....	37
TAUX D'ERREURS DES MÉDICAMENTS.....	38
TAUX DE CONFORMITÉ À L'HYGIÈNE DES MAINS.....	39
TAUX D'INFECTION CLOSTRIDIUM DIFFICILE	40
TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION AU SARM	41
TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION ERV	42
RATIO NORMALISÉ DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE.....	43
DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (DMS).....	44
JOURS-PATIENTS	45
NOMBRE DE PROCÉDURES AUX LABORATOIRES	46
NOMBRE D'EXAMENS EN IMAGERIE MÉDICALE.....	47
NOMBRE DE CAS AU BLOC OPÉRATOIRE	48
NOMBRE DE VISITES EN HÉMODIALYSE.....	49
NOMBRE DE VISITES EN ONCOLOGIE	50
% DE VISITES 4 et 5.....	51
NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE	52
% DE PATIENTS NSA AVEC PLUS DE 90 JOURS DANS DES LITS DE SOINS AIGUS	53
TAUX D'HOSPITALISATION POUR DÉMENCE PAR 100 000 DE POPULATION	54
POURCENTAGE DE JOURS NIVEAUX DE SOINS ALTERNATIFS (NSA).....	55

POURCENTAGE DE LITS OCCUPÉS PAR DES CAS DE SLD	56
NOMBRE DE CONSULTATIONS CLINIQUES EFFECTUÉES EN TÉLÉSANTÉ	57
CHIRURGIE EN ATTENTE PLUS DE 12 MOIS	58
% DE CHIRURGIES D'ARTHROPLASTIE DU GENOU EFFECTUÉES (26 SEMAINES)	59
% DE CHIRURGIES D'ARTHROPLASTIE TOTALE DE LA HANCHE EFFECTUÉES (26 SEMAINES).....	60
TAUX GLOBAL AUX MODULES E-APPRENTISSAGE.....	61
MOYENNE DE JOURS DE MALADIE PAYÉS PAR EMPLOYÉ.....	62
POURCENTAGE DE POSTE PERMANENTS VACANTS	63
NOMBRE D'ACCIDENT AVEC PERTE DE TEMPS X 200 000 / # HEURES TOTALES TRAVAILLÉES.....	64
TAUX DE CONFORMITÉ DANS LES APPRÉCIATIONS DE RENDEMENT.....	65
NOMBRE DE NOUVEAUX GRIEFS	66
% D'HEURES DE MALADIE	67
% D'HEURES DE SURTEMPS	68
HEURES TRAVAILLÉES PPU/JOURS-PATIENTS	69
# DE DÉPART PT ET TP/# MOYEN D'EMPLOYÉ PT ET TP	70

Légende






-  Conforme à l'objectif de rendement
-  En attente d'une décision
-  Inférieur au rendement de référence
-  Atteint
-  Sans objet ou à titre d'information seulement
- ND Non disponible

Schéma stratégique du Réseau de santé Vitalité 2019-2020



VISION DU GNB POUR 2019 :
Remettre le Nouveau-Brunswick en marche

OBJECTIFS SMART À ATTEINDRE :
 Croissance de l'emploi
 Disponibilité de la main-d'œuvre
 Accès aux services et qualité de ceux-ci
 Renforcement des partenariats
 Équilibrer le budget d'ici 2020-2021

Résultats pour nos citoyens

- « Populations en santé »
- « Meilleures expériences de soins »
- « Investissements ciblés »

Orientations stratégiques

- Nous contribuerons à l'augmentation du niveau de santé de la population
- Nous offrirons des services de santé primaire en continu le plus près que possible du milieu de vie de la personne
- Nous assurons l'équité dans l'accès des soins et des services sur l'ensemble du territoire du Réseau
- Nous optimiserons la mission universitaire et la recherche

Nos catalyseurs

- La culture**
Nous ferons la promotion d'une culture d'excellence
- Les gens**
Nous favoriserons l'épanouissement et le développement du personnel et du corps médical du Réseau
- L'information**
Nous favoriserons la transparence dans les communications et la participation des communautés

Fonctions de base

- Définir les besoins
- Livrer les services
- Mesurer les résultats
- Maximiser l'utilisation des ressources

Tableau de bord équilibré

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
Indicateurs/Mesures											
Population en santé	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population)	Dre.Desrosiers	T	801	393	ND	ND				
	CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Adultes à priorité modérée	Jacques Duclos	T	ND	ND	47.80%	47.80%	✓			
	% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale	Jacques Duclos	T	10.00%	6.00%	ND	ND				
	Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitant	Jacques Duclos	T	266	ND	ND	ND				
	Taux de réadmission 30 jours	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	8.70%	8.60%	ND	ND				
	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	6.60%	6.20%	ND	ND				
	Nombre de patients qui ont quitté sans avoir vu le médecin	Dre.Desrosiers	T	4253	ND	3623	3623	✓			

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
Indicateurs/Mesures											
Investissements ciblés	Coût par habitant pour les soins de santé	Gisèle Beaulieu	M	2,820 \$	1,925 \$	2,943 \$	2,943 \$	✘			
	Coût par jour patient / unités soins infirmiers	Johanne Roy	T	358 \$	342 \$	363 \$	363 \$	✘			
	Variance entre le budget et les dépenses actuelles	Gisèle Beaulieu	M	3,903,428 \$	0 \$	(177,489,093)	(177,489,093) \$	✘			
	Coût par jour repas	Stéphane Legacy	M	35.98 \$	34.85 \$	39.44 \$	39.44 \$	✘			
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Stéphane Legacy	M	4.74 \$	4.75 \$	4.83 \$	4.83 \$	✓			
	% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	Gisèle Beaulieu	M	2.32%	3.40%	2.51%	2.51%	✓			
	% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	Stéphane Legacy	M	15.85%	16.20%	16.40%	16.40%	✓			
	% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	Stéphane Legacy, Jacques Duclos, Johanne Roy	M	56.43%	55.33%	55.71%	55.71%	✓			
	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Stéphane Legacy	M	1.15	1.20	1.18	1.18	✓			
	Variance en salaires et bénéfices	Gisèle Beaulieu	M	13,069,919 \$	0 \$	(116,046,946)	(116,046,946)\$	✘			
	Variance en dépenses médicaments	Stéphane Legacy	M	(1,295,672) \$	0 \$	(9,295,842)\$	(9,295,842)\$	✘			
	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Johanne Roy	M	(833,645) \$	0 \$	(36,496,431)	(36,496,431)\$	✘			
	Coût en énergie par pied carré	Stéphane Legacy	M	4.76 \$	5.54 \$	5.08 \$	5.08 \$	✓			

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
	Indicateurs/Mesures										
Meilleures expériences de soins	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	5.80%	0.00%	ND	ND				
	Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus	Johanne Roy	T	8.5	12	ND	ND				
	Taux de césarienne à faibles risques	Dre.Desrosiers	T	12.70%	15.20%	ND	ND				
	Taux de chutes	Johanne Roy	M	5.42	4.50	4.13	4.13	✓			
	Taux de chutes avec blessures graves	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	0.01	0	0.053	0.053	✗			
	Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers	M	0.062	0	0.043	0.043	✗			
	Taux d'erreurs des médicaments	Tous	M	4.48	3.50	3.39	3.39	✓			
	Taux de conformité à l'hygiène des mains	Tous	M	84.40%	90.00%	75.90%	75.90%	✗			
	Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	2.19	3.57	2.04	2.04	✓			
	Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	0.21	1.29	0.65	0.65	✓			
	Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	0.31	0.05	0.11	0.11	✗			

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
Meilleures expériences de soins	Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Gisèle Beaulieu	T	99	89	ND	ND				
	Durée moyenne de séjour (DMS)	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	10.4	10.2	ND	ND				
	Jours-Patients	Jacques Duclos, Johanne Roy	M	94169	91649	91710	91710	✓			
	Nombre de procédures aux laboratoires	Stéphane Legacy	M	2293371	ND	2427538	2427538	◆			
	Nombre d'examens en imagerie médicale	Stéphane Legacy	M	110610	ND	107752	107752	◆			
	Nombre de cas au bloc opératoire	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	5429	ND	5217	5217	◆			
	Nombre de visites en hémodialyse	Johanne Roy	M	15301	ND	16003	16003	◆			
	Nombre de visites en oncologie	Johanne Roy	M	11850	ND	12461	12461	◆			
	% de visites 4 et 5	Jacques Duclos, Johanne Roy	T	61.10%	53.00%	60.50%	60.50%	✗			
	Nombre de visites à l'urgence	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	57480	ND	54613	54613	◆			
	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Jacques Duclos, Johanne Roy	T	7.0%	ND	ND	ND				
	Taux d'hospitalisation pour démence par 100 000 de population	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	79	50	ND	ND				
	Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	19.80%	ND	ND	ND				

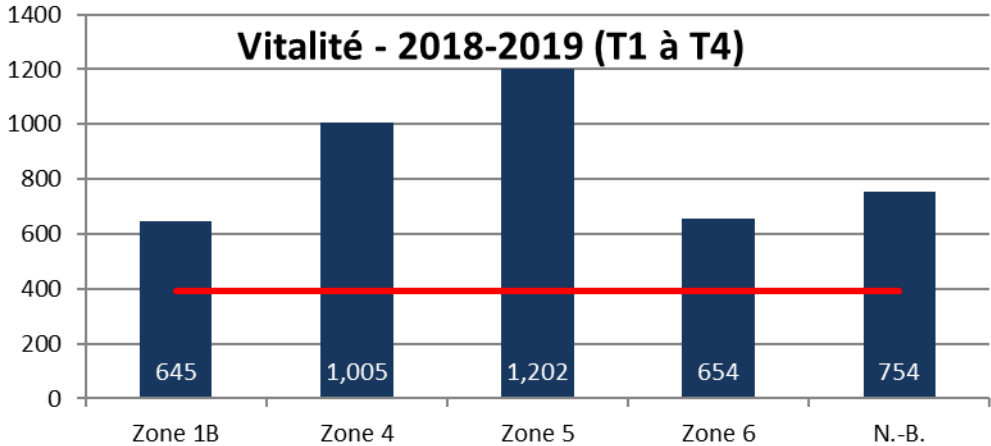
RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
Meilleures expériences de soins	% de lits occupés par des cas de SLD	Jacques Duclos, Johanne Roy	M	26.20%	20.90%	28.30%	28.30%	✘			
	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	Gisèle Beaulieu, Stéphane Legacy, Dre.Desrosiers	T	999	1164	753	753	✘			
	Chirurgie en attente plus de 12 mois	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	90	0	85	85	✘			
	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	61.50%	75.00%	67.70%	67.70%	✘			
	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)	Dre. Desrosiers, Johanne Roy	M	68.60%	85.00%	75.70%	75.70%	✘			

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
	Indicateurs/Mesures										
Catalyseurs (Culture, gens et information)	Taux global aux modules e-apprentissage	Gisèle Beaulieu	M	67.90%	100.00%	66.50%	66.50%	✘			
	Moyenne de jours de maladie payés par employé	Gisèle Beaulieu	T	11.96	11.45	12.15	12.15	✘			
	% de poste permanents vacants	Gisèle Beaulieu	M	2.00%	ND	5.50%	5.50%	◆			
	# d'accident avec perte de temps x 200 000/ # heures totales travaillées	Gisèle Beaulieu	T	4.13	4.11	4.13	4.13	✘			
	Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Gisèle Beaulieu	M	45.80%	65.00%	43.60%	43.60%	✘			
	Nombre de nouveaux griefs	Gisèle Beaulieu	M	49	28	24	24	✓			
	% d'heures de maladie	Gisèle Beaulieu	M	5.93%	5.40%	6.11%	6.11%	✘			
	% d'heures de surtemps	Gisèle Beaulieu	M	2.66%	2.10%	3.20%	3.20%	✘			
	Heures travaillées PPU/jours-patients	Gisèle Beaulieu, Jacques Duclos, Johanne Roy	M	6.00	6.09	6.05	6.05	✓			
	# de départ PT et TP/# moyen d'employé PT et TP	Gisèle Beaulieu	T	2.00%	4.20%	1.80%	1.80%	✓			

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX D'HOSPITALISATIONS - MPOC, INS. CARDIAQUE ET DIABÈTE - POPULATION DE 20 ANS ET PLUS (PAR 100 000 DE POPULATION)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé													
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS													
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation pour trois maladies chroniques spécifiques qui pourraient être traitées de manière plus appropriée et plus rentable dans un établissement de soins ambulatoires ou continuels. Les réductions des entrées pour ces trois conditions indiqueront l'efficacité des interventions axées sur la communauté et aideront à utiliser les ressources hospitalières pour des maladies aiguës moins évitables. Les conditions chroniques sont la MPOC, l'insuffisance cardiaque et le diabète. La cible est établie à 393.													
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Vitalité - 2018-2019 (T1 à T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux d'hospitalisation (par 100 000 de population)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>645</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,005</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1,202</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>654</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>754</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux d'hospitalisation (par 100 000 de population)	Zone 1B	645	Zone 4	1,005	Zone 5	1,202	Zone 6	654	N.-B.	754
Zone	Taux d'hospitalisation (par 100 000 de population)													
Zone 1B	645													
Zone 4	1,005													
Zone 5	1,202													
Zone 6	654													
N.-B.	754													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats représentent le cumulatif du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019. La Zone 5 présente le taux le plus élevé tandis que la Zone 1B présente le taux le plus faible. Les zones 4 et 5 présentent des taux plus élevés que le moyenne du Nouveau-Brunswick.													
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées.													
INITIATIVES	Deux campagnes de promotion de la santé sur l'obésité et le tabagisme auront été menées en collaboration avec les partenaires concernés.	✓												
	Intensifier des solutions de rechange à l'hospitalisation pour la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque.	✓												
	Déploiement du Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac (MOAT) à l'échelle régionale	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DE PATIENTS TRAITÉS DANS LES 40 JOURS – ADULTES À PRIORITÉ MODÉRÉE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé																	
LEADERSHIP	Jacques Duclos																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																	
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. Cet indicateur se calcule en divisant le nombre de clients de catégorie modérée vu dans les jours divisés par le nombre total de clients dans cette catégorie.																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>40.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>28.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>87.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>40.0%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>47.8%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>45.9%</td> </tr> <tr> <td>N-B</td> <td>46.8%</td> </tr> </tbody> </table>		Catégorie	Pourcentage	Zone 1B	40.4%	Zone 4	28.3%	Zone 5	87.5%	Zone 6	40.0%	Vitalité	47.8%	Horizon	45.9%	N-B	46.8%
Catégorie	Pourcentage																	
Zone 1B	40.4%																	
Zone 4	28.3%																	
Zone 5	87.5%																	
Zone 6	40.0%																	
Vitalité	47.8%																	
Horizon	45.9%																	
N-B	46.8%																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (87.5 %) tandis que la Zone 4 présente le pourcentage le plus faible (28.3 %). Le Réseau de santé Vitalité présente un pourcentage plus élevé que le Réseau de santé Horizon (47.8 % vs 45.9 %).																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur inclus les adultes seulement.																	
INITIATIVES	Adopter une approche intégrer dans le continuum de soins comme alternative à l'hospitalisation en psychiatrie.	✓																
	Un processus de planification de congé sera établi avec le ministère du Développement social et nos autres partenaires concernés pour la clientèle du CHR	✓																
	L'utilisation des unités de crise mobile déjà en place sera augmentée de 20%.	✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

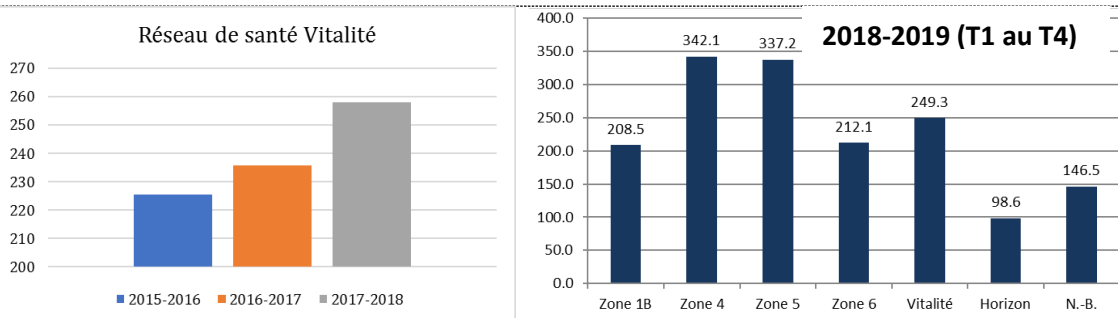
POURCENTAGE DE RÉADMISSION À L'INTÉRIEUR DE 30 JOURS SUITE À UN CONGÉ DE SANTÉ MENTALE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé																											
LEADERSHIP	Jacques Duclos																											
FRÉQUENCE	Trimestrielle																											
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS																											
DÉFINITION	<p>Une réadmission aux soins pour patients hospitalisés peut constituer un indicateur de rechute ou de complications après une hospitalisation. Les soins aux patients hospitalisés qui vivent avec une maladie mentale visent à stabiliser les symptômes aigus. Une fois son état stabilisé, la personne obtient son congé; elle reçoit des soins ultérieurs dans le cadre de programmes de traitement offerts dans la collectivité ou en consultation externe afin de prévenir une rechute ou des complications. Des taux élevés de réadmission dans les 30 jours pourraient être interprétés comme une conséquence directe d'une lacune au niveau de la coordination des services ou comme une conséquence indirecte d'un manque au niveau de la continuité des services offerts après la sortie du patient.</p>																											
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015-2016</td> <td>8.0%</td> </tr> <tr> <td>2016-2017</td> <td>9.8%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>10.0%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>8.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Pourcentage	2015-2016	8.0%	2016-2017	9.8%	2017-2018	10.0%	2018-2019	8.0%	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>7.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>7.1%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>10.8%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>8.7%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>8.1%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>8.3%</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>8.2%</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Pourcentage	Zone 1B	7.0%	Zone 4	7.1%	Zone 5	10.8%	Zone 6	8.7%	Vitalité	8.1%	Horizon	8.3%	N.-B.	8.2%
Période	Pourcentage																											
2015-2016	8.0%																											
2016-2017	9.8%																											
2017-2018	10.0%																											
2018-2019	8.0%																											
Zone	Pourcentage																											
Zone 1B	7.0%																											
Zone 4	7.1%																											
Zone 5	10.8%																											
Zone 6	8.7%																											
Vitalité	8.1%																											
Horizon	8.3%																											
N.-B.	8.2%																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (10.8 %) tandis que la Zone 1B présente le pourcentage le plus faible (7.0 %). Depuis 2017-2018, le pourcentage de réadmission semble diminuer au sein du Réseau de santé Vitalité.</p>																											
LIMITES DE L'INDICATEUR	<p>Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont : les troubles liés à la consommation de substances, la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques, les troubles d'humeur ou affectifs, les troubles anxieux, certains troubles de personnalité et du comportement chez adulte.</p>																											
INITIATIVES	Les taux d'admission et de réadmission des patients en santé mentale auront atteint 9%.	✓																										
	Les services de télésanté seront développés en psychiatrie.	✓																										
	Le programme de prévention dans le traitement des dépendances chez les jeunes sera révisé.	✓																										

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX BRUT DE CONGÉ EN SANTÉ MENTALE PAR 100 000 HABITANT

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé	
LEADERSHIP	Jacques Duclos	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS	
DÉFINITION	Cet indicateur est une mesure de l'utilisation des services hospitaliers. Il s'agit du nombre total de sorties des hôpitaux de patients hospitalisés en raison d'une maladie mentale dans une région donnée au cours d'une période déterminée.	
RÉSULTATS		
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le taux brut de congé en santé mental est à la hausse depuis 2015-2016. Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 4 présente le taux le plus élevé (342.1) tandis que la Zone 1B présente le taux le plus faible (208.5). Le Réseau de santé Horizon présente un taux significativement plus faible que le Réseau de santé Vitalité.	
LIMITES DE L'INDICATEUR	La population de la Zone 1B utilisée représente 43 % de la population totale de la Zone 1 de Statistiques Canada.	
INITIATIVES	Les taux d'admission et de réadmission des patients en santé mentale auront atteint 9%.	✓
	Les services de télésanté seront développés en psychiatrie.	✓
	Le programme de prévention dans le traitement des dépendances chez les jeunes sera révisé.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

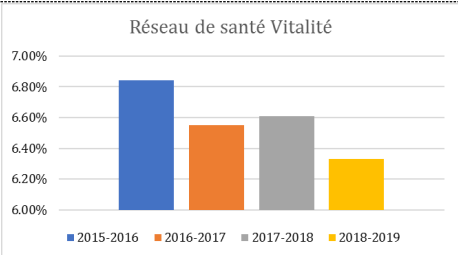
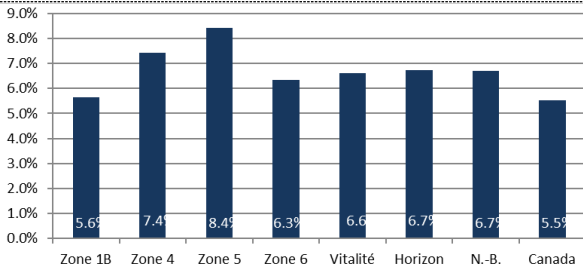
TAUX DE RÉADMISSION 30 JOURS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé									
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Trimestrielle									
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS									
DÉFINITION	<p>Cet indicateur concerne le nombre de patients réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie initiale. Il se calcule en divisant le nombre de réadmissions observées par le nombre de réadmissions prévues, puis en multipliant par le taux moyen au Canada. La réadmission d'urgence à l'hôpital est pénible pour le patient et coûteuse pour le système de santé. Bien que toutes les réadmissions ne peuvent pas être évitées, le taux peut être réduit par un meilleur suivi et une bonne coordination des soins dispensés aux patients après leur sortie.</p>									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité - Taux de réadmission à l'intérieur de 30 jours</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de réadmission</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015-2016</td> <td>~8.58</td> </tr> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~8.72</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~8.72</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux de réadmission	2015-2016	~8.58	2016-2017	~8.72	2017-2018	~8.72
Période	Taux de réadmission									
2015-2016	~8.58									
2016-2017	~8.72									
2017-2018	~8.72									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2015-2016, le taux de réadmission à l'intérieur de 30 jours est demeuré stable au sein du Réseau de santé Vitalité.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur ne précise pas les raisons des réadmissions.									
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.	✓								
	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓								
	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% DE CONGÉS POUR DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé	
LEADERSHIP	Stéphane Legacy, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS	
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. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins primaires appropriés.	
RÉSULTATS		
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (8.4 %) tandis que la Zone 1B présente le pourcentage le plus faible (5.6 %). Depuis 2015-2016, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires semble diminuer au sein du Réseau de santé Vitalité.	
LIMITES DE L'INDICATEUR	Il y a 7 conditions propices aux soins ambulatoires: épilepsie et autre état de mal épileptique; maladies pulmonaires obstructives chroniques; asthme; insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire; hypertension; angine, diabète.	
INITIATIVES	Établir une initiative visant à déterminer la durée de séjour lors de l'hospitalisation ou une gestion de l'épisode de soins pour les maladies chroniques (MPOC).	✓
	Les cliniques de MPOC seront décentralisées dans la communauté.	✓
	Les cliniques de diabète seront décentralisées dans la communauté.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE DE PATIENTS QUI ONT QUITTÉ SANS AVOIR VU LE MÉDECIN (URGENCE)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé							
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers							
FRÉQUENCE	Trimestrielle							
SOURCE DE DONNÉES	Ipeople							
DÉFINITION	Cette mesure reflète le nombre de patients ayant quitté l'urgence sans avoir vu le médecin au sein du Réseau de santé Vitalité.							
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Nombre de patients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>4,253</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>3,623</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Nombre de patients	T1 2018-2019	4,253	T1 2019-2020	3,623
Trimestre	Nombre de patients							
T1 2018-2019	4,253							
T1 2019-2020	3,623							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats montrent qu'au premier trimestre de 2019-2020, 3,623 patients ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin tandis qu'au premier trimestre de 2018-2019, ce chiffre montait à 4,253.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	Le nombre de patients qui ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin est un nouvel indicateur. Les comparaisons ainsi que les tendances possibles sont limitées pour le moment. Les données sont présentées pour l'ensemble du Réseau de santé Vitalité.							
INITIATIVES	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓						
	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓						
	Régionaliser la programmation des services d'urgence.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT PAR HABITANT POUR LES SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés											
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu											
FRÉQUENCE	Mensuelle											
SOURCE DE DONNÉES	Système financier Meditech Réseau de santé Vitalité											
DÉFINITION	Le coût par habitant pour le Réseau de santé Vitalité est le ratio entre le coût total des opérations (incluant les amortissements et l'assurance maladie) et la population. Il s'agit d'une mesure de l'efficacité des ressources dépensés en santé offerts à la population. La cible est calculée à partir du budget pour chaque période et divisé sur la population.											
RÉSULTATS	<p style="text-align: right;">2019-2020 (T1)</p> <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité - Q1 2019-2020 par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût par habitant (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>2,956</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>2,630</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>3,647</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>2,696</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Coût par habitant (\$)	Zone 1B	2,956	Zone 4	2,630	Zone 5	3,647	Zone 6	2,696
Zone	Coût par habitant (\$)											
Zone 1B	2,956											
Zone 4	2,630											
Zone 5	3,647											
Zone 6	2,696											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 4 présente le coût par habitant le moins élevé (2,630 \$) tandis que la Zone 5 présente le coût le plus élevé (3,646 \$).											
LIMITES DE L'INDICATEUR	Le coût par habitant exclu les dépenses reliées au Centre hospitalier Restigouche.											
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.	✓										

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT PAR JOUR PATIENT/UNITÉS SOINS INFIRMIERS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés																	
LEADERSHIP	Johanne Roy																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																	
SOURCE DE DONNÉES	MIS																	
DÉFINITION	<p>Cet indicateur reflète le coût direct des unités de soins (salaires et bénéfices du personnel infirmiers, médicaments, fournitures médicales et chirurgicales et autres fournitures d'opération) par jour de présence des patients hospitalisés. Cette donnée permet d'évaluer le niveau d'efficacité des unités de soins comparativement avec le Nouveau-Brunswick. L'objectif est de déterminer le coût des soins dispensés pour chaque jour de présence. Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses directes de fonctionnement des unités de soins infirmiers dans une période donnée par le nombre de jours de présence des patients hospitalisés durant la même période.</p>																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût par jour patient (en \$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>372.01</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>427.16</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>303.55</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>363.72</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>362.62</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>409.68</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>392.23</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Coût par jour patient (en \$)	Zone 1B	372.01	Zone 4	427.16	Zone 5	303.55	Zone 6	363.72	Vitalité	362.62	Horizon	409.68	N.-B.	392.23
Zone	Coût par jour patient (en \$)																	
Zone 1B	372.01																	
Zone 4	427.16																	
Zone 5	303.55																	
Zone 6	363.72																	
Vitalité	362.62																	
Horizon	409.68																	
N.-B.	392.23																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier trimestre de 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 4 présente le coût par habitant le moins élevé (2,630 \$) tandis que la Zone 5 présente le coût le plus élevé (3,646 \$). Le Réseau de santé Vitalité présente un coût moins élevé que le Réseau de santé Horizon.</p>																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																	
INITIATIVES	<p>Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.</p>	✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

VARIANCE ENTRE LE BUDGET ET LES DÉPENSES ACTUELLES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés						
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu						
FRÉQUENCE	Mensuelle						
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances - Meditech						
DÉFINITION	Cet indicateur reflète la différence entre le budget et les dépenses totales pour la période. Si la différence est supérieure à 0, il s'agit d'un surplus tandis que si la différence est inférieure à 0, il s'agit d'un déficit.						
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données du graphique de variance</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Variance (Budget - Dépenses)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1 2018-2019</td> <td>~\$5,000,000.00 (surplus)</td> </tr> <tr> <td>Q1 2019-2020</td> <td>~-\$180,000,000.00 (déficit)</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Variance (Budget - Dépenses)	Q1 2018-2019	~\$5,000,000.00 (surplus)	Q1 2019-2020	~-\$180,000,000.00 (déficit)
Période	Variance (Budget - Dépenses)						
Q1 2018-2019	~\$5,000,000.00 (surplus)						
Q1 2019-2020	~-\$180,000,000.00 (déficit)						
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de 2019-2020 présentent un déficit tandis que le Réseau de santé Vitalité présentait un surplus au premier trimestre de 2018-2019.						
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'indique pas les raisons possibles du surplus ou du déficit présenté.						
INITIATIVES	À déterminer. ✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT PAR JOUR REPAS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés															
LEADERSHIP	Stéphane Legacy															
FRÉQUENCE	Mensuelle															
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech															
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les coûts des services alimentaires (salaires, bénéfices et fournitures d'opération) excluant les cafétérias par le nombre de jour repas (1 jour-repas = 3 repas).															
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût par jour repas (\$)</th> <th>Coût par jour repas (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>\$36.85</td> <td>30.42</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>\$47.74</td> <td>42.93</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>\$34.96</td> <td>31.10</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>\$41.83</td> <td>39.48</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Coût par jour repas (\$)	Coût par jour repas (%)	Zone 1B	\$36.85	30.42	Zone 4	\$47.74	42.93	Zone 5	\$34.96	31.10	Zone 6	\$41.83	39.48
Zone	Coût par jour repas (\$)	Coût par jour repas (%)														
Zone 1B	\$36.85	30.42														
Zone 4	\$47.74	42.93														
Zone 5	\$34.96	31.10														
Zone 6	\$41.83	39.48														
ANALYSE DES RÉSULTATS	La Zone 5 présente le coût par jour repas le moins élevé (34.96 \$) tandis que la Zone 4 présente le coût le plus élevé (47.74 \$).															
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'inclus pas l'ensemble des coûts des services alimentaires.															
INITIATIVES	Optimiser les services d'alimentation. ✓															

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT EN SALAIRES DU SERVICE DE L'ENVIRONNEMENT PAR PIED CARRÉ

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés														
LEADERSHIP	Stéphane Legacy														
FRÉQUENCE	Mensuelle														
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech														
DÉFINITION	Cet indicateur reflète les dépenses en salaires du service de l'environnement pour les hôpitaux par pied carré.														
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût par pied carré (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.64</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>5.48</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>3.71</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>4.86</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>4.83</td> </tr> <tr> <td>Total T1 2019-2020</td> <td>5.29</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Coût par pied carré (\$)	Zone 1B	5.64	Zone 4	5.48	Zone 5	3.71	Zone 6	4.86	Vitalité	4.83	Total T1 2019-2020	5.29
Zone	Coût par pied carré (\$)														
Zone 1B	5.64														
Zone 4	5.48														
Zone 5	3.71														
Zone 6	4.86														
Vitalité	4.83														
Total T1 2019-2020	5.29														
ANALYSE DES RÉSULTATS	La Zone 5 présente le coût par jour repas le moins élevé (3.63 \$) tandis que la Zone 1B présente le coût le plus élevé (5.64 \$). Dans la Zone 1B, le coût en salaires du service de l'environnement par pied carré au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont est de 5.72 \$.														
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.														
INITIATIVES	Optimiser les services de l'environnement ✓														

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DES DÉPENSES ADMINISTRATIVES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés								
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech								
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses administratives (administration générale, gestion de la qualité, gestion de risques, etc.) par les dépenses totales.								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données du graphique</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1 2018-2019</td> <td>2.32%</td> </tr> <tr> <td>Q1 2019-2020</td> <td>2.51%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>3.40%</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Pourcentage	Q1 2018-2019	2.32%	Q1 2019-2020	2.51%	Cible	3.40%
Trimestre	Pourcentage								
Q1 2018-2019	2.32%								
Q1 2019-2020	2.51%								
Cible	3.40%								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales du Réseau au premier trimestre de 2019-2020 était de 2,51 % tandis que ce pourcentage était de 2.32 % au premier trimestre de 2018-2019. La cible est de 3.40 %.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	À déterminer. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DES DÉPENSES DE SOUTIEN PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés								
LEADERSHIP	Stéphane Legacy								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech								
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses des services de soutien (services alimentaires, entretien ménager, entretien des installations, admission, archives, ressources humaines, services financiers, etc.) par les dépenses totales.								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données du graphique</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1 2018-2019</td> <td>15.85%</td> </tr> <tr> <td>Q1 2019-2020</td> <td>16.40%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>16.20%</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Pourcentage	Q1 2018-2019	15.85%	Q1 2019-2020	16.40%	Cible	16.20%
Trimestre	Pourcentage								
Q1 2018-2019	15.85%								
Q1 2019-2020	16.40%								
Cible	16.20%								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales du Réseau au premier trimestre de 2019-2020 était de 16.40 % tandis que ce pourcentage était de 15.85 % au premier trimestre de 2018-2019. La cible est de 16.20 %.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	À déterminer. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

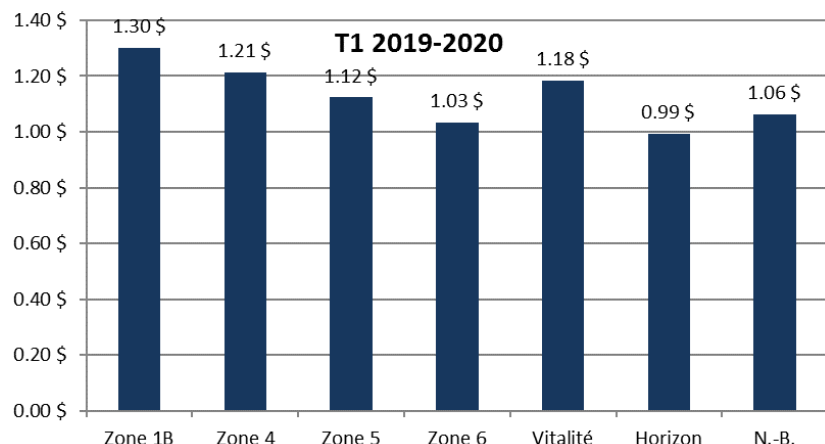
POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LES PROGRAMMES CLINIQUES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés									
LEADERSHIP	Stéphane Legacy, Jacques Duclos, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech									
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses des programmes cliniques (services aux patients hospitalisés, services diagnostiques, thérapeutiques, tertiaires, services ambulatoires, etc.) par les dépenses totales.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données du graphique à barres</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage des dépenses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1 2018-2019</td> <td>56.43%</td> </tr> <tr> <td>Q1 2019-2020</td> <td>55.71%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>55.33%</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Pourcentage des dépenses	Q1 2018-2019	56.43%	Q1 2019-2020	55.71%	Cible	55.33%
Trimestre	Pourcentage des dépenses									
Q1 2018-2019	56.43%									
Q1 2019-2020	55.71%									
Cible	55.33%									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales du Réseau au premier trimestre de 2019-2020 était de 55.71 % tandis que ce pourcentage était de 56.43 % au premier trimestre de 2018-2019. La cible est de 55.33 %.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.									
INITIATIVES	Procéder à l'élaboration d'un plan directeur pour la planification fonctionnelle de nos établissements.	✓								
	Des unités de cliniques apprenantes seront créées.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT D'OPÉRATION DES LABORATOIRES/UNITÉ DE CHARGE DE TRAVAIL

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés																
LEADERSHIP	Stéphane Legacy																
FRÉQUENCE	Mensuelle																
SOURCE DE DONNÉES	MIS																
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le coût direct moyen par unité de charge de travail dans les services de laboratoire. Les coûts d'opération des laboratoires représentent une proportion importante des coûts d'opération pour des services diagnostiques et ceux-ci sont affectés par la productivité des équipements et du personnel. Un coût par charge de travail permet de comparer la performance des divers services de laboratoire et d'évaluer leur efficience.																
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût moyen par unité de charge de travail (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1.30</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1.21</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1.12</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>1.03</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>1.18</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>0.99</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>1.06</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Coût moyen par unité de charge de travail (\$)	Zone 1B	1.30	Zone 4	1.21	Zone 5	1.12	Zone 6	1.03	Vitalité	1.18	Horizon	0.99	N.-B.	1.06
Zone	Coût moyen par unité de charge de travail (\$)																
Zone 1B	1.30																
Zone 4	1.21																
Zone 5	1.12																
Zone 6	1.03																
Vitalité	1.18																
Horizon	0.99																
N.-B.	1.06																
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 6 présente le coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail le moins élevé (1.03 \$) tandis que la Zone 1B présente le coût le plus élevé (1.30 \$). Le réseau de santé Vitalité présente un coût plus élevé que le Réseau de santé Horizon (1.18 \$ vs 0.99 \$).																
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																
INITIATIVES	Poursuivre le processus de restructuration des laboratoires avec un arrimage entre la clinique et le médical. ✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

VARIANCE EN SALAIRES ET BÉNÉFICES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés						
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu						
FRÉQUENCE	Mensuelle						
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech						
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les salaires et les bénéfices (avantages sociaux) comparativement au budget. La cible est établie à 0 \$.						
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Variance (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>13,069,919</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>(116,046,946)</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Variance (\$)	T1 2018-2019	13,069,919	T1 2019-2020	(116,046,946)
Trimestre	Variance (\$)						
T1 2018-2019	13,069,919						
T1 2019-2020	(116,046,946)						
ANALYSE DES RÉSULTATS	La variance en salaires et bénéfices au premier trimestre de 2019-2020 était de (116,046,946) \$ tandis que la variance en salaires et bénéfices était de 13,069,919 \$ (surplus) au premier trimestre de 2018-2019.						
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.						
INITIATIVES	À déterminer. ✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

VARIANCE EN DÉPENSES MÉDICAMENTS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés							
LEADERSHIP	Stéphane Legacy							
FRÉQUENCE	Mensuelle							
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech							
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les médicaments comparativement au budget. La cible est établie à 0 \$.							
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Variance (en \$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>-1,295,672</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>-9,295,842</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Variance (en \$)	T1 2018-2019	-1,295,672	T1 2019-2020	-9,295,842
Trimestre	Variance (en \$)							
T1 2018-2019	-1,295,672							
T1 2019-2020	-9,295,842							
ANALYSE DES RÉSULTATS	La variance en dépenses médicaments au premier trimestre de 2019-2020 était de (9,295,842) \$ tandis que la variance en dépenses médicaments était de (1,295,672) \$ au premier trimestre de 2018-2019.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.							
INITIATIVES	La gestion des ordonnances pharmacologiques sera informatisée.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

VARIANCE EN FOURNITURES MÉDICALES ET CHIRURGICALES, AUTRES DÉPENSES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés							
LEADERSHIP	Johanne Roy							
FRÉQUENCE	Mensuelle							
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech							
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les fournitures médicales et chirurgicales et autres dépenses comparativement au budget. La cible est établie à 0 \$.							
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Variance (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>833,645</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>(36,496,431)</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Variance (\$)	T1 2018-2019	833,645	T1 2019-2020	(36,496,431)
Trimestre	Variance (\$)							
T1 2018-2019	833,645							
T1 2019-2020	(36,496,431)							
ANALYSE DES RÉSULTATS	La variance en fournitures médicales et chirurgicales au premier trimestre de 2019-2020 était de (36,496,431) \$ tandis que la variance en fournitures médicales et chirurgicales était de (833,645) \$ au premier trimestre de 2018-2019.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.							
INITIATIVES	Sortir les chirurgies de cataracte et cystoscopie de la salle d'opération et diriger les patients en clinique externe dans la Zone 4.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT EN ÉNERGIE PAR PIED CARRÉ

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés																		
LEADERSHIP	Stéphane Legacy																		
FRÉQUENCE	Mensuelle																		
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech																		
DÉFINITION	Cet indicateur reflète les coûts de l'électricité, l'huile et gaz naturel dans les hôpitaux par pied carré. La cible pour le Réseau de santé Vitalité est établie à 5.54 \$.																		
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût en énergie par pied carré (\$)</th> <th>Cible (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>4.90</td> <td>5.83</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>5.55</td> <td>6.51</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5.02</td> <td>4.29</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>5.06</td> <td>5.94</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>5.58</td> <td>5.54</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Coût en énergie par pied carré (\$)	Cible (\$)	Zone 1B	4.90	5.83	Zone 4	5.55	6.51	Zone 5	5.02	4.29	Zone 6	5.06	5.94	Vitalité	5.58	5.54
Zone	Coût en énergie par pied carré (\$)	Cible (\$)																	
Zone 1B	4.90	5.83																	
Zone 4	5.55	6.51																	
Zone 5	5.02	4.29																	
Zone 6	5.06	5.94																	
Vitalité	5.58	5.54																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	La Zone 1B présente le coût en énergie par pied carré le moins élevé (4.90 \$) tandis que la Zone 4 présente le coût le plus élevé (5.55 \$).																		
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																		
INITIATIVES	À déterminer. ✓																		

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

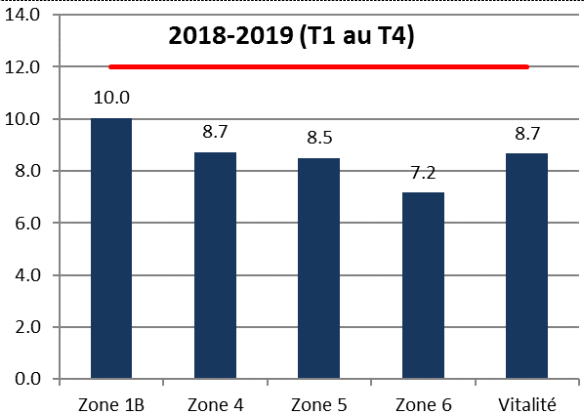
% DE JOURS D'HOSPITALISATION AU-DELÀ DE CEUX PRÉVUS PAR L'ICIS POUR LES CAS TYPIQUES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	3M													
DÉFINITION	L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du réseau. Il est important de monitorer les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon efficiente.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>4.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>12.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>-5.7%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>5.5%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Pourcentage	Zone 1B	10.4%	Zone 4	4.5%	Zone 5	12.4%	Zone 6	-5.7%	Vitalité	5.5%
Zone	Pourcentage													
Zone 1B	10.4%													
Zone 4	4.5%													
Zone 5	12.4%													
Zone 6	-5.7%													
Vitalité	5.5%													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. Seule la Zone 6 présente un pourcentage de jours d'hospitalisation inférieur de celui prévu par l'ICIS pour les cas typiques. La Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (12.4 %).													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	Établir une initiative visant à déterminer la durée de séjour lors de l'hospitalisation ou une gestion de l'épisode de soins pour les MPOC.	✓												
	Intensifier des solutions de rechange à l'hospitalisation pour la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque.	✓												
	La cogestion de la durée de séjour sera mise en place.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE MOYEN DE JOUR D'HOSPITALISATION EN SOINS AIGUS CHEZ LES 65 ANS ET PLUS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	3M													
DÉFINITION	<p>La durée moyenne de séjour fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une même période par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. La DMS est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité. Un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients vers des services moins onéreux. Toutefois, un séjour plus court exige généralement une intensité de services plus élevée et coûte plus cher par journée d'hospitalisation. Un séjour trop court peut aussi compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. La cible est établie à 12.</p>													
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Moyenne de jours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>8.7</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>7.2</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>8.7</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Moyenne de jours	Zone 1B	10.0	Zone 4	8.7	Zone 5	8.5	Zone 6	7.2	Vitalité	8.7
Zone	Moyenne de jours													
Zone 1B	10.0													
Zone 4	8.7													
Zone 5	8.5													
Zone 6	7.2													
Vitalité	8.7													
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 6 présente la moyenne de jours d'hospitalisations en soins aigus la plus basse (7.2) tandis que la Zone 1B présente la moyenne la plus haute (10.0).</p>													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	Assurer une meilleure prise en charge de la clientèle gériatrique.	✓												
	Les pratiques exemplaires des services aux aînés seront appliqués.	✓												
	Un programme de consultation multidisciplinaire en résidence de niveau 2 et foyer de niveau 3 sera mis en place.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CÉSARIENNE À FAIBLES RISQUES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins																	
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																	
SOURCE DE DONNÉES	3M																	
DÉFINITION	<p>Cet indicateur mesure le taux d'accouchements par césarienne pour les grossesses qui ne sont pas à risque (à terme, présentation du sommet, naissance unique) chez des femmes ne souffrant pas de placenta prævia et sans antécédents de césarienne. Puisque les accouchements par césarienne non nécessaires entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et sont associés à des coûts plus élevés, le taux de césariennes sert souvent à surveiller les pratiques cliniques. Il est implicitement entendu que des taux faibles signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. Cependant, les variations dans les taux peuvent signaler la nécessité d'examiner la pertinence des soins et les résultats pour la mère et le nouveau-né.</p>																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Taux de césarienne par zone (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>11.9%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>10.1%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>6.6%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>13.0%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité Horizon</td> <td>10.9%</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>8.1%</td> </tr> <tr> <td>Canada</td> <td>8.9%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux (%)	Zone 1B	11.9%	Zone 4	10.1%	Zone 5	6.6%	Zone 6	13.0%	Vitalité Horizon	10.9%	N.-B.	8.1%	Canada	8.9%
Zone	Taux (%)																	
Zone 1B	11.9%																	
Zone 4	10.1%																	
Zone 5	6.6%																	
Zone 6	13.0%																	
Vitalité Horizon	10.9%																	
N.-B.	8.1%																	
Canada	8.9%																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le taux de césarienne le plus faible (6.6 %) tandis que la Zone 6 présente le taux le plus élevé (13.0 %). Comparativement au Réseau de santé Horizon ainsi qu'au Canada, le Réseau de santé Vitalité présente un taux de césarienne plus élevé.</p>																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																	
INITIATIVES	À déterminer.	✓																
		✓																
		✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CHUTES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Mensuelle													
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. Les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Elles présentent également un potentiel de litige. La cible est de 5 % selon le benchmark national.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Mars 2019 - Taux de chutes par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux de chutes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>6.12</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>6.36</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>7.28</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3.84</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>5.86</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux de chutes	Zone 1B	6.12	Zone 4	6.36	Zone 5	7.28	Zone 6	3.84	Vitalité	5.86
Zone	Taux de chutes													
Zone 1B	6.12													
Zone 4	6.36													
Zone 5	7.28													
Zone 6	3.84													
Vitalité	5.86													
ANALYSE DES RÉSULTATS	En mars 2019, la Zone 5 présentait le taux de chutes le plus élevé (7.28) tandis que la Zone 6 présentait le taux de chutes le plus faible (3.84). Seule la Zone 6 présentait un résultat inférieur à la cible.													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	À déterminer.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CHUTES AVEC BLESSURES GRAVES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Mensuelle													
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients													
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le nombre de chute avec blessures graves à l'hôpital par 1 000 jours patients. Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les chutes sont classées selon la gravité. Les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Elles présentent également un potentiel de litige. La cible est établie à 0.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Mars 2019</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>0.047</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>0.103</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>0.042</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>0.040</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>0.053</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux	Zone 1B	0.047	Zone 4	0.103	Zone 5	0.042	Zone 6	0.040	Vitalité	0.053
Zone	Taux													
Zone 1B	0.047													
Zone 4	0.103													
Zone 5	0.042													
Zone 6	0.040													
Vitalité	0.053													
ANALYSE DES RÉSULTATS	En mars 2019, la Zone 4 présentait le taux de chutes avec blessures graves le plus élevé (0.103) tandis que la zone 6 présentait le taux le plus faible (0.040). Toutes les zones présentaient un résultat supérieur à la cible.													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	À déterminer.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX D'INCIDENT AVEC BLESSURES GRAVES (EXCLUANT LES CHUTES)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins												
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers												
FRÉQUENCE	Mensuelle												
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 une catégorie de gravité. La cible est établie à 0.												
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Mars 2019</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Taux d'incident</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>0.078</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>0.103</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>0.021</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>0.060</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>0.064</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Taux d'incident	Zone 1B	0.078	Zone 4	0.103	Zone 5	0.021	Zone 6	0.060	Vitalité	0.064
Catégorie	Taux d'incident												
Zone 1B	0.078												
Zone 4	0.103												
Zone 5	0.021												
Zone 6	0.060												
Vitalité	0.064												
ANALYSE DES RÉSULTATS	En mars 2019, la Zone 4 présentait le taux d'incident avec blessures graves le plus élevé (0.103) tandis que la Zone 5 présentait le taux le plus faible (0.021). Toutes les zones présentaient un résultat supérieur à la cible.												
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'inclus pas nécessairement tous les incidents.												
INITIATIVES	À déterminer. ✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

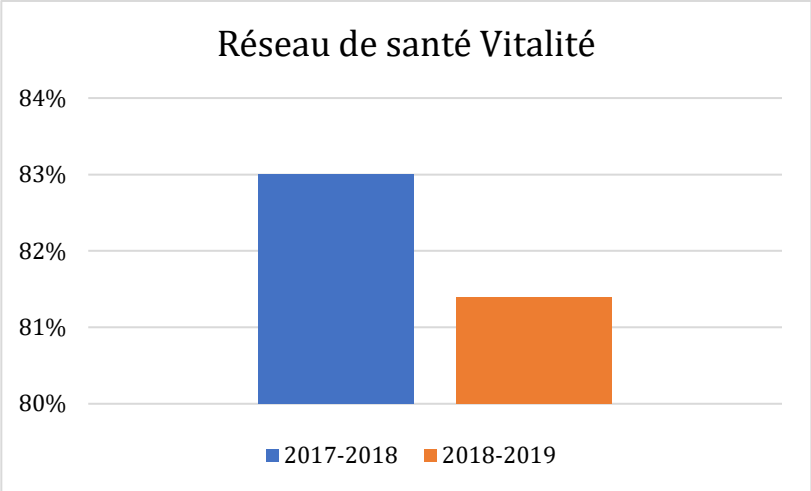
TAUX D'ERREURS DES MÉDICAMENTS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins																			
LEADERSHIP	Stéphane Legacy, Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy, Gisèle Beaulieu																			
FRÉQUENCE	Mensuelle																			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients																			
DÉFINITION	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. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins des santé.																			
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Mars 2019</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux total</th> <th>Taux rouge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.33</td> <td>3.03</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>6.46</td> <td>4.24</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>2.43</td> <td>2.05</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3.06</td> <td>3.23</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>4.24</td> <td>3.05</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux total	Taux rouge	Zone 1B	5.33	3.03	Zone 4	6.46	4.24	Zone 5	2.43	2.05	Zone 6	3.06	3.23	Vitalité	4.24	3.05
Zone	Taux total	Taux rouge																		
Zone 1B	5.33	3.03																		
Zone 4	6.46	4.24																		
Zone 5	2.43	2.05																		
Zone 6	3.06	3.23																		
Vitalité	4.24	3.05																		
ANALYSE DES RÉSULTATS	En mars 2019, la Zone 4 présentait le taux d'erreurs des médicaments le plus élevé (6.46) tandis que la Zone 5 présentait le taux le plus faible (2.43).																			
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																			
INITIATIVES	La gestion des ordonnances pharmacologiques sera informatisée.	✓																		

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CONFORMITÉ À L'HYGIÈNE DES MAINS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins						
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Stéphane Legacy, Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy						
FRÉQUENCE	Mensuelle						
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. La cible est établie à 90 %.						
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de conformité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>81%</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Taux de conformité	2017-2018	83%	2018-2019	81%
Période	Taux de conformité						
2017-2018	83%						
2018-2019	81%						
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein du Réseau de santé Vitalité a diminué depuis 2017-2018.						
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les audits incluent non seulement l'observation de l'hygiène des mains (fait ou non) mais aussi le respect de la procédure (ex. friction au moins 15 secondes, fermer robinet avec papier) et aussi le port de bijoux/bagues. Donc si la procédure ou le port de bijoux/bagues n'est pas respecté ceci compte comme une non-conformité.						
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques régionale au niveau de la chefferie médicale. ✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX D'INFECTION CLOSTRIDIUM DIFFICILE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
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. Les personnes âgées ayant des problèmes de santé et hospitalisées sont plus à risque d'être infectées. La prise d'antibiotiques est, dans la majorité des cas, le facteur précipitant. Afin de procurer un environnement sécuritaire, on doit monitorer le taux de cette infection et agir pour en prévenir la transmission.									
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Réseau de santé Vitalité</p> <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité - Taux d'infection au Clostridium difficile</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~1.4</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>2.0</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux	2016-2017	~1.4	2017-2018	2.0	2018-2019	2.0
Période	Taux									
2016-2017	~1.4									
2017-2018	2.0									
2018-2019	2.0									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2016-2017, le taux d'infection au Clostridium difficile est à la hausse.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.									
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques régionale au niveau de la chefferie médicale.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

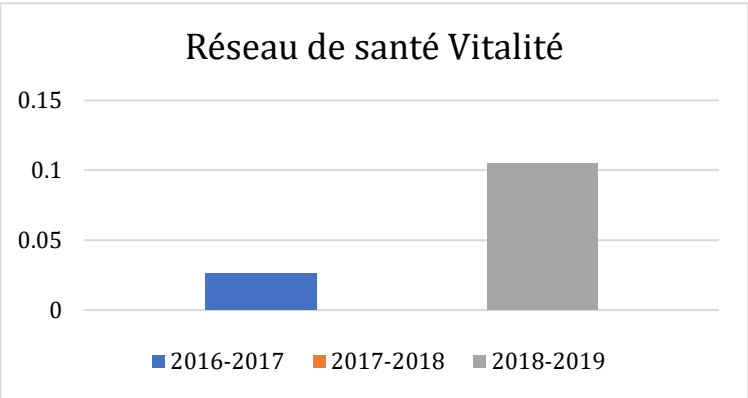
TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION AU SARM

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
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.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>0.10</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>0.16</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>0.24</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux	2016-2017	0.10	2017-2018	0.16	2018-2019	0.24
Période	Taux									
2016-2017	0.10									
2017-2018	0.16									
2018-2019	0.24									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2016-2017, le taux d'infection et de colonisation au SARM est à la hausse.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.									
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques régionale au niveau de la chefferie médicale.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

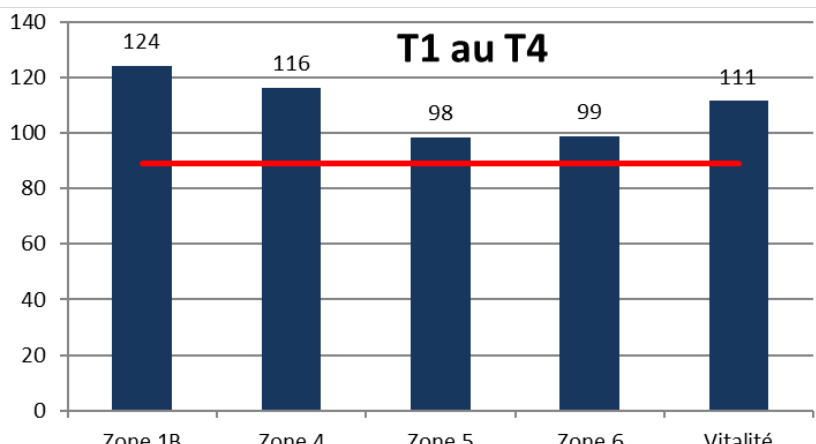
TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION ERV

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé									
DÉFINITION	<p>Les bactéries entérocoques résistantes à la vancomycine (ERV) sont des bactéries qu'on trouve habituellement dans l'intestin et les selles ou sur les parties génitales des personnes. En général, les entérocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections urinaires, des infections de plaies et, plus rarement, des infections du sang. Ces infections sont acquises lors d'un séjour dans un établissement de soins et sont difficilement traitables par les antibiotiques. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.</p>									
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux d'infection et de colonisation ERV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~0.03</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~0.03</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>~0.11</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux d'infection et de colonisation ERV	2016-2017	~0.03	2017-2018	~0.03	2018-2019	~0.11
Période	Taux d'infection et de colonisation ERV									
2016-2017	~0.03									
2017-2018	~0.03									
2018-2019	~0.11									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2016-2017, le taux d'infection et de colonisation ERV est à la hausse.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.									
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques régionale au niveau de la chefferie médicale.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

RATIO NORMALISÉ DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu													
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. La cible est de 89 %.													
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>T1 au T4</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Ratio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>124</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>116</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>111</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Ratio	Zone 1B	124	Zone 4	116	Zone 5	98	Zone 6	99	Vitalité	111
Zone	Ratio													
Zone 1B	124													
Zone 4	116													
Zone 5	98													
Zone 6	99													
Vitalité	111													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats de l'année 2018-2019 (premier trimestre au quatrième trimestre) sont présentés par zone. La Zone 5 présente le ratio normalisé de mortalité hospitalière le plus faible (98) et la Zone 1B présente le ratio le plus élevé (124).													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	Effectuer les revues de mortalité et morbidité à l'échelle du Réseau.	✓												
	Mettre en place le programme ERAS afin de diminuer les complications chirurgicales et le temps de séjour.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (DMS) DE L'ENSEMBLE DES CAS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins																		
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy																		
FRÉQUENCE	Trimestrielle																		
SOURCE DE DONNÉES	3M																		
DÉFINITION	La durée moyenne de séjour (DMS) fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est généralement obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une même période par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. La DMS est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité. Un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients vers des services moins onéreux. Toutefois, un séjour plus court exige généralement une intensité de services plus élevée et coûte plus cher par journée d'hospitalisation. Un séjour trop court peut aussi compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission.																		
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>DMS</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10.99</td> <td>10.56</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>9.73</td> <td>10.03</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>12.29</td> <td>9.90</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>10.45</td> <td>10.11</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>10.73</td> <td>10.22</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	DMS	Cible	Zone 1B	10.99	10.56	Zone 4	9.73	10.03	Zone 5	12.29	9.90	Zone 6	10.45	10.11	Vitalité	10.73	10.22
Zone	DMS	Cible																	
Zone 1B	10.99	10.56																	
Zone 4	9.73	10.03																	
Zone 5	12.29	9.90																	
Zone 6	10.45	10.11																	
Vitalité	10.73	10.22																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats de l'année 2018-2019 (premier trimestre au quatrième trimestre) sont présentés par zone. La Zone 5 présente la durée moyenne de séjour la plus élevée (12.29) et la Zone 4 présente la DMS la plus basse (9.73).																		
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																		
INITIATIVES	<p>Mettre en place le programme ERAS afin de diminuer les complications chirurgicales et le temps de séjour.</p> <p>La cogestion de la durée de séjour sera mise en place.</p>																		

FICHE EXPLICATIVE

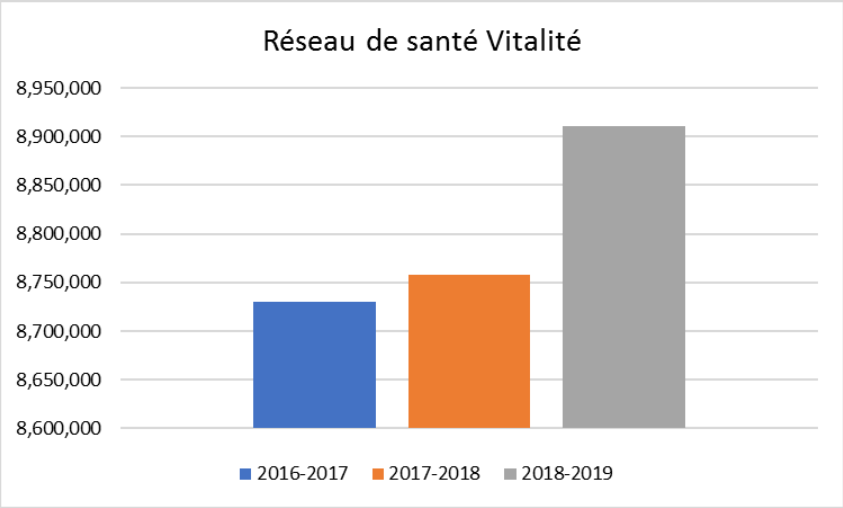
Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

JOURS-PATIENTS									
RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins								
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Johanne Roy								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	MIS								
DÉFINITION	Cette mesure indique les jours-patients au sein du Réseau de santé Vitalité. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Jours-patients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>379,893</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>374,079</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>374,079</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Jours-patients	2016-2017	379,893	2017-2018	374,079	2018-2019	374,079
Période	Jours-patients								
2016-2017	379,893								
2017-2018	374,079								
2018-2019	374,079								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, les jours-patients ont diminué, passant de 379,893 jours-patients en 2016-2017 à 374,079 jours-patients en 2018-2019.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.								
INITIATIVES	À déterminer. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

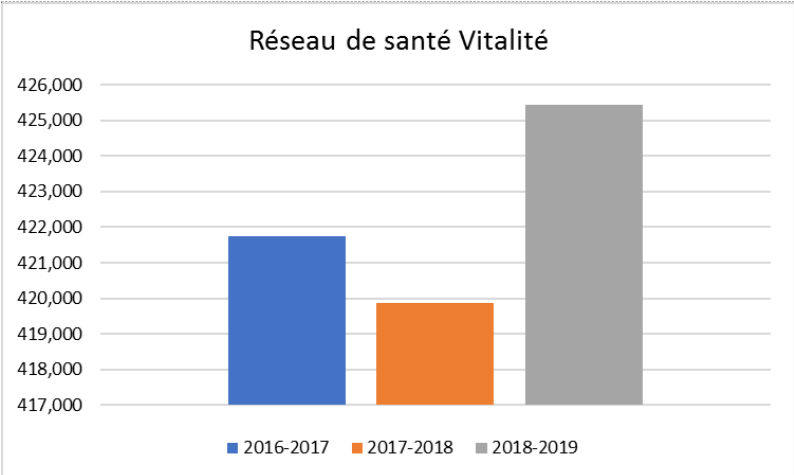
NOMBRE DE PROCÉDURES AUX LABORATOIRES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Stéphane Legacy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de procédures effectuées aux laboratoires. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de procédures</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>8,730,270</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>8,750,000</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>8,911,305</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de procédures	2016-2017	8,730,270	2017-2018	8,750,000	2018-2019	8,911,305
Période	Nombre de procédures									
2016-2017	8,730,270									
2017-2018	8,750,000									
2018-2019	8,911,305									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de procédures aux laboratoires a légèrement augmenté, passant de 8,730,270 procédures en 2016-2017 à 8,911,305 procédures en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	Poursuivre le processus de restructuration des laboratoires avec un arrimage entre la clinique et le médical.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

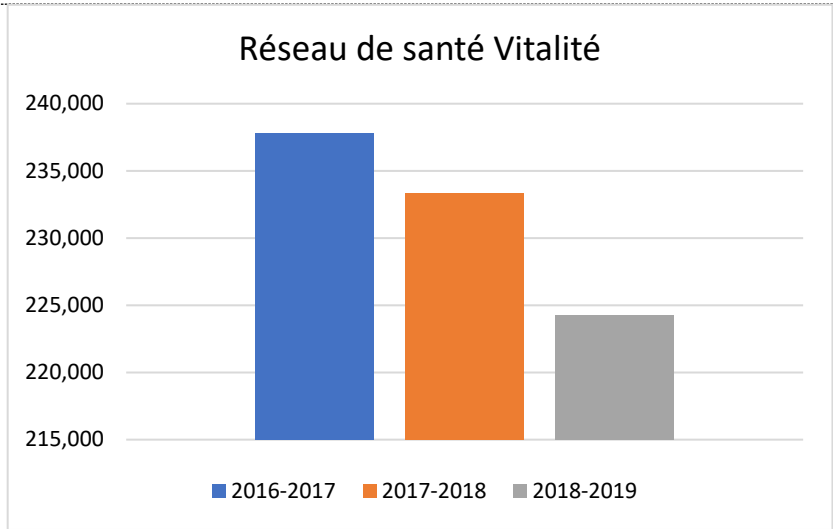
NOMBRE D'EXAMENS EN IMAGERIE MÉDICALE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Stéphane Legacy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre d'examens en imagerie médicale. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre d'examens</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~421,800</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>419,870</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>425,436</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre d'examens	2016-2017	~421,800	2017-2018	419,870	2018-2019	425,436
Période	Nombre d'examens									
2016-2017	~421,800									
2017-2018	419,870									
2018-2019	425,436									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2017-2018 et 2018-2019, le nombre d'examens en imagerie médicale a augmenté, passant de 419,870 examens en 2017-2018 à 425,436 examens en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	À déterminer.	✓								
		✓								
		✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

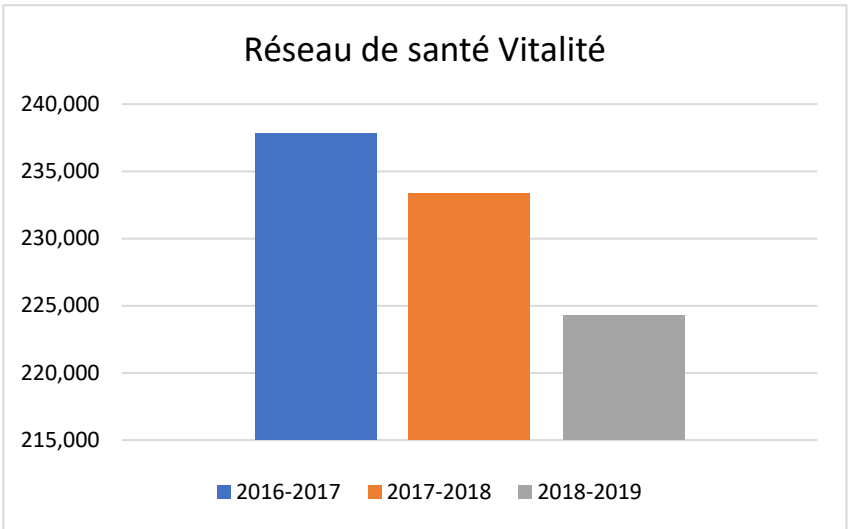
NOMBRE DE CAS AU BLOC OPÉRATOIRE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de cas au bloc opératoire. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de cas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>21,068</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>20,312</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>20,312</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de cas	2016-2017	21,068	2017-2018	20,312	2018-2019	20,312
Période	Nombre de cas									
2016-2017	21,068									
2017-2018	20,312									
2018-2019	20,312									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de cas au bloc opératoire a diminué, passant de 21,068 cas en 2016-2017 à 20,312 cas en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓								
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE DE VISITES EN HÉMODIALYSE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de visites en hémodialyse. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>238 000</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>233 000</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>224 000</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	238 000	2017-2018	233 000	2018-2019	224 000
Période	Nombre de visites									
2016-2017	238 000									
2017-2018	233 000									
2018-2019	224 000									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de visites en hémodialyse a légèrement augmenté, passant de 61,026 visites en 2016-2017 à 62,628 visites en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	À déterminer.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE DE VISITES EN ONCOLOGIE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de visites en oncologie. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>238 000</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>233 000</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>224 000</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	238 000	2017-2018	233 000	2018-2019	224 000
Période	Nombre de visites									
2016-2017	238 000									
2017-2018	233 000									
2018-2019	224 000									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de visites en oncologie a augmenté, passant de 41,363 visites en 2016-2017 à 46,181 visites en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.	✓								
	Ajuster l'offre de services aux besoins populationnels grandissants en matière d'oncologie et influencer l'approche provinciale.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% DE VISITES 4 et 5											
RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins										
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Johanne Roy										
FRÉQUENCE	Trimestrielle										
SOURCE DE DONNÉES	MIS										
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence. Lors d'une visite à l'urgence, la gravité de la visite sera codée selon l'échelle de triage et de gravité canadienne. Les visites à l'urgence de niveaux 4 et 5 sont considérées comme moins urgentes. Les soins d'urgence sont des services de santé servant à évaluer et à traiter des conditions médicales dont les symptômes sont apparus subitement et lesquels sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau moyen de connaissance en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire.										
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014-2015</td> <td>~63.8%</td> </tr> <tr> <td>2015-2016</td> <td>~63.4%</td> </tr> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~62.0%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~61.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Pourcentage	2014-2015	~63.8%	2015-2016	~63.4%	2016-2017	~62.0%	2017-2018	~61.0%
Période	Pourcentage										
2014-2015	~63.8%										
2015-2016	~63.4%										
2016-2017	~62.0%										
2017-2018	~61.0%										
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2014-2015 et 2017-2018, le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence a diminué.										
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.										
INITIATIVES	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale. ✓										
	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures. ✓										
	Régionaliser la programmation des services d'urgence. ✓										

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure présente le nombre total de visites à l'urgence, incluant le triage 1 à 5. Cette mesure est importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>237,827</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>233,000</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>224,282</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	237,827	2017-2018	233,000	2018-2019	224,282
Période	Nombre de visites									
2016-2017	237,827									
2017-2018	233,000									
2018-2019	224,282									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de visites à l'urgence a diminué, passant de 237,827 visites en 2016-2017 à 224,282 visites en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓								
	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓								
	Régionaliser la programmation des services d'urgence.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% DE PATIENTS NSA AVEC PLUS DE 90 JOURS DANS DES LITS DE SOINS AIGUS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	3M													
DÉFINITION	La grande majorité des jours NSA sont associés aux personnes âgées. Le NB a l'un des taux NSA les plus élevés dans le pays. Cela reflète l'utilisation médiocre des lits d'hôpitaux qui ont des répercussions négatives importantes tant pour le patient que pour le système hospitalier, y compris une détérioration de l'état de santé des patients ayant une durée de séjour plus longue, une disponibilité réduite des lits de soins actifs, ce qui a entraîné un surpeuplement des urgences et des temps d'attente chirurgicaux plus longs.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>7.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>6.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>10.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>7.2%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>7.8%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Pourcentage	Zone 1B	7.4%	Zone 4	6.3%	Zone 5	10.5%	Zone 6	7.2%	Vitalité	7.8%
Zone	Pourcentage													
Zone 1B	7.4%													
Zone 4	6.3%													
Zone 5	10.5%													
Zone 6	7.2%													
Vitalité	7.8%													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 5 présentait le pourcentage de patients NSA le plus élevé (10.5 %) tandis que la Zone 4 présentait le pourcentage le plus faible (6.3 %).													
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cet indicateur.													
INITIATIVES	Améliorer la prise en charge des autres niveaux de soins à travers l'embauche de préposés à la marche dans tous nos hôpitaux	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX D'HOSPITALISATION POUR DÉMENCE PAR 100 000 DE POPULATION

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS													
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation chez les patients atteints de démence. Les réductions des admissions pour cette condition indiqueront l'efficacité des stratégies de gestion des maladies axées sur la communauté et aideront à s'assurer que les ressources de l'hôpital sont utilisées pour les affections aiguës.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux d'hospitalisation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>149</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>127</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>74</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux d'hospitalisation	Zone 1B	46	Zone 4	70	Zone 5	149	Zone 6	127	N.-B.	74
Zone	Taux d'hospitalisation													
Zone 1B	46													
Zone 4	70													
Zone 5	149													
Zone 6	127													
N.-B.	74													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les données pour l'année 2018-2019 sont présentées. Les zones 5 et 6 présentent des taux d'hospitalisation chez les patients atteints de démence supérieurs que la moyenne au Nouveau-Brunswick.													
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie.													
INITIATIVES	Les pratiques exemplaires de services aux aînés en milieu hospitalier seront appliquées dans tous les hôpitaux.	✓												
		✓												
		✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DE JOURS NIVEAUX DE SOINS ALTERNATIFS (NSA)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	3M													
DÉFINITION	<p>Il est reconnu que de nombreux lits en milieu hospitalier sont occupés par des patients qui n'ont plus besoin de services de courte durée et qui, par conséquent, se trouvent à utiliser des ressources limitées et coûteuses en attendant d'être transférés dans un milieu plus approprié. Ces journées d'hospitalisation pour des soins autres que de courte durée sont consignées dans les données des hôpitaux en tant que patients en attente d'un niveau de soins alternatif (ou patients NSA). Les cas de NSA limite la capacité des hôpitaux, en réduisant la disponibilité des lits pour des admissions aux services d'urgence, des transferts entre établissements et des opérations chirurgicales non urgentes.</p>													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>12.7%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>8.9%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>34.6%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>31.8%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>21.0%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Pourcentage	Zone 1B	12.7%	Zone 4	8.9%	Zone 5	34.6%	Zone 6	31.8%	Vitalité	21.0%
Zone	Pourcentage													
Zone 1B	12.7%													
Zone 4	8.9%													
Zone 5	34.6%													
Zone 6	31.8%													
Vitalité	21.0%													
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. Les zones 5 et 6 présentaient les pourcentages de jours NSA les plus élevés.</p>													
LIMITES DE L'INDICATEUR	<p>Aucune cible n'a été établie.</p>													
INITIATIVES	<p>Améliorer la prise en charge des autres niveaux de soins à travers l'embauche de préposés à la marche dans tous nos hôpitaux</p>	✓												
	<p>Les pratiques exemplaires de services aux aînés en milieu hospitalier seront appliquées dans tous les hôpitaux.</p>	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

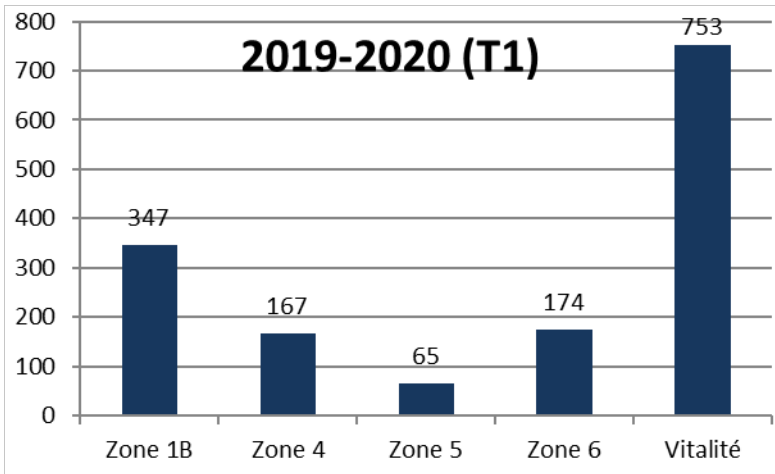
POURCENTAGE DE LITS OCCUPÉS PAR DES CAS DE SLD

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Mensuelle													
SOURCE DE DONNÉES	Établissements hospitaliers													
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le nombre total de patients le dernier jour du mois en processus d'évaluation ou en attente de placement. Les lits occupés par les cas de soins de longue durée (SLD) comprennent tous les patients qui sont en attente ou en processus d'évaluation de soins de longue durée et les patients ayant reçu leur congé médical et qui occupent des lits de soins aigus à la fin de chaque mois. Il s'agit d'une mesure de l'impact des patients des soins de longue durée sur le système. La cible est établie à 20.90 %.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1)</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>43%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>28%</td> </tr> </tbody> </table>		Catégorie	Pourcentage	Zone 1B	25%	Zone 4	12%	Zone 5	43%	Zone 6	35%	Vitalité	28%
Catégorie	Pourcentage													
Zone 1B	25%													
Zone 4	12%													
Zone 5	43%													
Zone 6	35%													
Vitalité	28%													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, la Zone 4 présentait un pourcentage de lits occupés par des cas de SLD beaucoup plus faible que la Zone 5 (12 % vs 43 %).													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	Les pratiques exemplaires de services aux aînés en milieu hospitalier seront appliquées dans tous les hôpitaux.	✓												
	Un programme de consultation multidisciplinaire en résidence de niveau 2 et foyer de niveau 3, guidé par les soins infirmiers gérontopsychiatriques spécialisés, sera mis en place.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE DE CONSULTATIONS CLINIQUES EFFECTUÉES EN TÉLÉSANTÉ

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins												
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Stéphane Legacy, Dre.Desrosiers												
FRÉQUENCE	Trimestrielle												
SOURCE DE DONNÉES	Base de données de Cybersanté Vitalité												
DÉFINITION	<p>La télésanté clinique est la prestation de soins de santé à distance par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle permet notamment des consultations, la surveillance et le suivi clinique à distance. Elle est bien plus qu'un ensemble de technologies : elle soutient la mise sur pied de réseaux intégrés de services, en facilitant la communication entre les multiples intervenants.</p> <p>Le fonctionnement en réseau répond aux objectifs du système de santé face à la pénurie de personnel, au vieillissement de la population et à la transformation de l'offre de soins. La cible est établie à 1164 pour le premier trimestre.</p>												
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>2019-2020 (T1)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Nombre de consultations</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>347</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>167</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>174</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>753</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Nombre de consultations	Zone 1B	347	Zone 4	167	Zone 5	65	Zone 6	174	Vitalité	753
Zone	Nombre de consultations												
Zone 1B	347												
Zone 4	167												
Zone 5	65												
Zone 6	174												
Vitalité	753												
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, le Réseau de santé Vitalité présentait un nombre de consultation inférieur à la cible. Effectivement, le Réseau a effectué 753 consultations tandis que la cible est de 1164 consultations.												
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.												
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie. ✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

CHIRURGIE EN ATTENTE PLUS DE 12 MOIS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins											
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy											
FRÉQUENCE	Mensuelle											
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux											
DÉFINITION	Cet indicateur présente la moyenne mensuelle des patients qui sont en attente pour une chirurgie depuis plus d'un an. Au Nouveau-Brunswick, on mesure le délai d'attente pour une intervention chirurgicale à partir du moment où le chirurgien et vous vous décidez ensemble que la chirurgie est nécessaire et que la demande est reçue au service de rendez-vous à l'hôpital. Le délai d'attente se termine lorsque votre chirurgie est complétée.											
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de chirurgies</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015-2016</td> <td>170</td> </tr> <tr> <td>2016-2017</td> <td>115</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de chirurgies	2015-2016	170	2016-2017	115	2017-2018	40	2018-2019	20
Période	Nombre de chirurgies											
2015-2016	170											
2016-2017	115											
2017-2018	40											
2018-2019	20											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2015-2016, les chirurgies en attente plus de 12 mois sont à la baisse.											
LIMITES DE L'INDICATEUR	Plusieurs facteurs peuvent avoir une incidence sur le délai d'attente d'un patient.											
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓										
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓										

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% DE CHIRURGIES D'ARTHROPLASTIE DU GENOU EFFECTUÉES (26 SEMAINES)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins																
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy																
FRÉQUENCE	Mensuelle																
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux																
DÉFINITION	Il s'agit du pourcentage des patients qui ont subi une arthroplastie du genou planifiée dans les 26 semaines (182 jours) suivant la date à laquelle ils étaient prêts à être traités. La cible est établie à 75 %.																
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1)</caption> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>71.7%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>47.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>60.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>79.7%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>67.7%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>34.4%</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>46.3%</td> </tr> </tbody> </table>	Région	Pourcentage	Zone 1B	71.7%	Zone 4	47.5%	Zone 5	60.0%	Zone 6	79.7%	Vitalité	67.7%	Horizon	34.4%	N.-B.	46.3%
Région	Pourcentage																
Zone 1B	71.7%																
Zone 4	47.5%																
Zone 5	60.0%																
Zone 6	79.7%																
Vitalité	67.7%																
Horizon	34.4%																
N.-B.	46.3%																
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, le Réseau de santé Vitalité présentait un pourcentage de chirurgies du genou effectués supérieur à celui du Réseau de santé Horizon. La Zone 6 présentait le pourcentage le plus élevé (79.7 %).																
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités. ✓																
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés. ✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% DE CHIRURGIES D'ARTHROPLASTIE TOTALE DE LA HANCHE EFFECTUÉES (26 SEMAINES)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins																	
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy																	
FRÉQUENCE	Mensuelle																	
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux																	
DÉFINITION	Il s'agit du pourcentage des patients qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche planifiée dans les 26 semaines (182 jours) suivant la date à laquelle ils étaient prêts à être traités. La cible est établie à 85 %.																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1)</caption> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>66.7%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>76.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>53.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>94.7%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>75.7%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>35.1%</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>49.7%</td> </tr> </tbody> </table>		Région	Pourcentage	Zone 1B	66.7%	Zone 4	76.5%	Zone 5	53.3%	Zone 6	94.7%	Vitalité	75.7%	Horizon	35.1%	N.-B.	49.7%
Région	Pourcentage																	
Zone 1B	66.7%																	
Zone 4	76.5%																	
Zone 5	53.3%																	
Zone 6	94.7%																	
Vitalité	75.7%																	
Horizon	35.1%																	
N.-B.	49.7%																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, le Réseau de santé Vitalité présentait un pourcentage de chirurgies du genou effectués supérieur à celui du Réseau de santé Horizon. La Zone 6 présentait le pourcentage le plus élevé (94.7 %).																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																	
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓																
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX GLOBAL AUX MODULES E-APPRENTISSAGE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)							
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu							
FRÉQUENCE	Mensuelle							
SOURCE DE DONNÉES	Itacit et Meditech							
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'employés ayant suivi les formations en ligne dans les temps requis du renouvellement divisé par le nombre d'employés concernés. Les modules inclus sont: mains propres (bonne hygiène), vie privée, sécurité des patients, langues officielles.							
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux global</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>71.00%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>67.50%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux global	2017-2018	71.00%	2018-2019	67.50%
Période	Taux global							
2017-2018	71.00%							
2018-2019	67.50%							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2017-2018, le taux global aux modules e-apprentissage est à la baisse au sein du Réseau de santé Vitalité.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.							
INITIATIVES	À déterminer.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

MOYENNE DE JOURS DE MALADIE PAYÉS PAR EMPLOYÉ

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)								
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu								
FRÉQUENCE	Trimestrielle								
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech								
DÉFINITION	Cet indicateur reflète la moyenne de jours de maladie payés par employé du Réseau de santé Vitalité. La cible est de 11.45 jours.								
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Moyenne de jours de maladie payés par employé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>11.96</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>12.15</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>11.45</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Moyenne de jours de maladie payés par employé	T1 2018-2019	11.96	T1 2019-2020	12.15	Cible	11.45
Trimestre	Moyenne de jours de maladie payés par employé								
T1 2018-2019	11.96								
T1 2019-2020	12.15								
Cible	11.45								
ANALYSE DES RÉSULTATS	La moyenne de jours de maladie payé par employé au premier trimestre de 2019-2020 était de 12.15 tandis qu'elle était de 11.96 au premier trimestre de 2018-2018. La cible est établie à 11.45 jours.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DE POSTE PERMANENTS VACANTS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)							
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu							
FRÉQUENCE	Mensuelle							
SOURCE DE DONNÉES	Ressources humaines - Meditech							
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le pourcentage de postes permanents vacants.							
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage de postes permanents vacants</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>2.00%</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>5.50%</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Pourcentage de postes permanents vacants	T1 2018-2019	2.00%	T1 2019-2020	5.50%
Trimestre	Pourcentage de postes permanents vacants							
T1 2018-2019	2.00%							
T1 2019-2020	5.50%							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage de poste vacants a augmenté du premier trimestre de 2018-2019 au premier trimestre de 2019-2020, passant de 2.00 % à 5.50 %.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'est établie pour cet indicateur.							
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓						
	Faire une analyse de la disparité salariale entre les catégories professionnelles et aussi faire une comparaison avec le privé et d'autres provinces.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE D'ACCIDENT AVEC PERTE DE TEMPS X 200 000 / # HEURES TOTALES TRAVAILLÉES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)							
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu							
FRÉQUENCE	Trimestrielle							
SOURCE DE DONNÉES	MIS et cueillette de données ressources humaines							
DÉFINITION	La fréquence d'accidents avec perte de temps comprend tout accident dont un employé s'absente lors du quart de travail suivant son accident. La formule du nombre d'accident avec perte de temps n'inclus pas les récurrences selon les guidelines. Le chiffre 200,000 est un standard canadien. La cible a été établie à 4.11.							
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Valeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>~4.1</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>~4.1</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Valeur	T1 2018-2019	~4.1	T1 2019-2020	~4.1
Période	Valeur							
T1 2018-2019	~4.1							
T1 2019-2020	~4.1							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats demeurent stables et se situent près de la cible.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.							
INITIATIVES	Le taux d'accidents reliés à la violence en milieu de travail sera diminué de 20 %.	✓						
	Le taux d'accidents de travail reliés aux incidents musculosquelettiques sera réduit de 30 %.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CONFORMITÉ DANS LES APPRÉCIATIONS DE RENDEMENT

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)								
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	Meditech								
DÉFINITION	La donnée démontre le taux de conformité, soit le pourcentage d'employé ayant reçu une appréciation du rendement. La cible est établie à 65.00%.								
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <p>The chart displays two bars representing the compliance rate for performance appraisals. The first bar, for T1 2018-2019, is blue and reaches 43.60%. The second bar, for T1 2019-2020, is orange and also reaches 43.60%. A red horizontal line indicates the target rate of 65.00%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Taux de conformité (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>43.60%</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>43.60%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>65.00%</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Taux de conformité (%)	T1 2018-2019	43.60%	T1 2019-2020	43.60%	Cible	65.00%
Trimestre	Taux de conformité (%)								
T1 2018-2019	43.60%								
T1 2019-2020	43.60%								
Cible	65.00%								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats présentés sont inférieurs à la cible. Effectivement, au premier trimestre 2019-2020, le taux de conformité dans les appréciations de rendement était de 43.60 % tandis que la cible est établie à 65 %.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE DE NOUVEAUX GRIEFS									
RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)								
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	Cueillette de données ressources humaines								
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de grief reçu au cours de la période (un grief compte une seule fois, peu importe s'il fait plusieurs paliers). La cible est établie à 28.								
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Nombre de nouveaux griefs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>49</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>28</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Nombre de nouveaux griefs	T1 2018-2019	49	T1 2019-2020	24	Cible	28
Trimestre	Nombre de nouveaux griefs								
T1 2018-2019	49								
T1 2019-2020	24								
Cible	28								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le nombre de nouveaux griefs a diminué au premier trimestre de 2019-2020, comparativement au premier trimestre de 2018-2019.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% D'HEURES DE MALADIE																			
RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)																		
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																		
FRÉQUENCE	Mensuelle																		
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)																		
DÉFINITION	Cet indicateur représente les heures de maladies payées qui sont déduites directement de la banque de maladies de l'employé. La cible est établie à 5.40 %.																		
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1) - % d'heures de maladie par département</caption> <thead> <tr> <th>Département</th> <th>% d'heures de maladie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Services clinique</td> <td>~6.2%</td> </tr> <tr> <td>Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.</td> <td>~5.8%</td> </tr> <tr> <td>Perf., Qualité et Serv. généraux</td> <td>~6.2%</td> </tr> <tr> <td>Ressources humaines</td> <td>~5.2%</td> </tr> <tr> <td>Serv. comm. et Santé mentale</td> <td>~6.8%</td> </tr> <tr> <td>Services médicaux</td> <td>~7.8%</td> </tr> <tr> <td>PDG</td> <td>~2.8%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>~6.2%</td> </tr> </tbody> </table>	Département	% d'heures de maladie	Services clinique	~6.2%	Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	~5.8%	Perf., Qualité et Serv. généraux	~6.2%	Ressources humaines	~5.2%	Serv. comm. et Santé mentale	~6.8%	Services médicaux	~7.8%	PDG	~2.8%	Vitalité	~6.2%
Département	% d'heures de maladie																		
Services clinique	~6.2%																		
Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	~5.8%																		
Perf., Qualité et Serv. généraux	~6.2%																		
Ressources humaines	~5.2%																		
Serv. comm. et Santé mentale	~6.8%																		
Services médicaux	~7.8%																		
PDG	~2.8%																		
Vitalité	~6.2%																		
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les services médicaux présentent le pourcentage d'heures de maladie le plus élevé au premier trimestre de 2019-2020.																		
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les heures d'absences en maladie longue durée ainsi que les heures de maladies payées par Travail sécuritaire NB ne sont pas incluses.																		
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓																		
	Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires sera effectuée. ✓																		
	Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du NB. ✓																		

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% D'HEURES DE SURTEMPS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)																			
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																			
FRÉQUENCE	Mensuelle																			
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)																			
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'heures de surtemps par le nombre d'heures travaillées. La cible est établie à 2.10 %.																			
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1) - % D'HEURES DE SURTEMPS</caption> <thead> <tr> <th>Service</th> <th>% D'heures de surtemps</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Services clinique</td> <td>~5.2%</td> </tr> <tr> <td>serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.</td> <td>~1.6%</td> </tr> <tr> <td>Perf., Qualité et Serv. généraux</td> <td>~0.7%</td> </tr> <tr> <td>Ressources humaines</td> <td>~0.5%</td> </tr> <tr> <td>Serv. comm. et Santé mentale</td> <td>~4.4%</td> </tr> <tr> <td>Services médicaux</td> <td>~0.8%</td> </tr> <tr> <td>PDG</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>~3.2%</td> </tr> </tbody> </table>		Service	% D'heures de surtemps	Services clinique	~5.2%	serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	~1.6%	Perf., Qualité et Serv. généraux	~0.7%	Ressources humaines	~0.5%	Serv. comm. et Santé mentale	~4.4%	Services médicaux	~0.8%	PDG	0%	Vitalité	~3.2%
Service	% D'heures de surtemps																			
Services clinique	~5.2%																			
serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	~1.6%																			
Perf., Qualité et Serv. généraux	~0.7%																			
Ressources humaines	~0.5%																			
Serv. comm. et Santé mentale	~4.4%																			
Services médicaux	~0.8%																			
PDG	0%																			
Vitalité	~3.2%																			
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les services cliniques présentaient le pourcentage de surtemps le plus élevé au premier trimestre de 2019-2020.																			
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les heures de surtemps ne sont pas toutes comptabilisées.																			
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓																		
	Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires sera effectuée.	✓																		
	Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du NB.	✓																		

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

HEURES TRAVAILLÉES PPU/JOURS-PATIENTS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)														
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Jacques Duclos, Johanne Roy														
FRÉQUENCE	Mensuelle														
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)														
DÉFINITION	Cet indicateur inclus les heures travaillées par le personnel dont le rôle principal est d'exécuter les activités qui contribuent directement à la réalisation du mandat du service. Ce groupe comprend notamment les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les technologues de laboratoire, les commis aux comptes créditeurs, les pharmaciens, le personnel de l'entretien ménager, les travailleurs en services à domicile et les agents de santé publique (exclus les médecins exerçants, les résidents, les internes, les étudiants et, dans la plupart des cas, les étudiants en formation dans les services diagnostiques, thérapeutiques, de soins infirmiers et de soutien). La cible est de 6.09.														
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1)</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Valeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.59</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>7.05</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5.81</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>6.23</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>6.05</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>6.09</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Valeur	Zone 1B	5.59	Zone 4	7.05	Zone 5	5.81	Zone 6	6.23	Vitalité	6.05	Cible	6.09
Catégorie	Valeur														
Zone 1B	5.59														
Zone 4	7.05														
Zone 5	5.81														
Zone 6	6.23														
Vitalité	6.05														
Cible	6.09														
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, seule la Zone 4 présentait un résultat n'atteignant pas la cible souhaitée.														
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.														
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓														

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

DE DÉPART PT ET TP / # MOYEN D'EMPLOYÉ PT ET TP

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)									
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu									
FRÉQUENCE	Trimestrielle									
SOURCE DE DONNÉES	HRDB et Meditech									
DÉFINITION	Cet indicateur mesure le nombre de départs à temps plein et à temps partiel sur la moyenne des employés temps plein et temps partiel pour cette même période. Les départs incluent tous les employés qui ont quitté l'organisation pour les raisons suivantes: départs volontaires, retraites, congédiements, fin de contrat et manque de travail. La cible est établie à 4.20 %.									
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Résultat (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>~2.00%</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>~1.80%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>4.20%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Résultat (%)	T1 2018-2019	~2.00%	T1 2019-2020	~1.80%	Cible	4.20%
Période	Résultat (%)									
T1 2018-2019	~2.00%									
T1 2019-2020	~1.80%									
Cible	4.20%									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, le résultat du Réseau de santé Vitalité était au-delà de la cible souhaitée.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.									
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓								
	Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires sera effectuée.	✓								
	Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du NB.	✓								

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité des finances et de vérification	Date et heure :	Le 4 juin 2019 à 09:15
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst : siège social	(Gilles)
		Moncton : sous-sol de l'Auberge	(Michelyne)
		Moncton : Place Assomption	(Alain)
Présidente :	Rita Godbout	Edmundston : salle 2281	(Gisèle)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Grand-Sault : salle 0217	(Rita)
		Lamèque : salle multi	(Emeril)
		Dalhousie : salle 049	(Brenda)
		Campbellton : salle téléadaptation	(Wes)
Participants			
Rita Godbout	✓	Michelyne Paulin	✓
Gilles Lanteigne	✓	Brenda Martin	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Emeril Haché	✓
		Wes Knight	✓
		Alain Lavallée	✓
PROCÈS-VERBAL			

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

1. Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2019)

Gisèle Beaulieu présente brièvement l'ancien format du tableau de bord stratégique et opérationnel de mars 2019 pour clôturer l'année en cours.

En ce qui concerne le développement de la stratégie du mieux-être, le dossier n'a pas avancé comme prévu. Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, l'équipe des Ressources humaines a mis plutôt l'emphase sur le recrutement et la rétention du personnel en place. Toutefois, un sondage sur la satisfaction des employés a été effectué l'an dernier et les données ont été compilées. Nous sommes à définir la stratégie et ensuite la présenter à l'Équipe de leadership.

MOTION 2019-06-04 / 04SCGQS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que le tableau de bord stratégique et opérationnel présentant les données de mars 2019 soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

2. Nouveau format - Tableau de bord équilibré

Une révision complète du tableau de bord a été effectuée, afin de valider la pertinence des indicateurs en lien avec les objectifs stratégiques et simplifier leur suivi.

Le nouveau tableau intitulé « Tableau de bord équilibré » a été élaboré de façon à combiner les indicateurs des anciens tableaux de bord stratégique et opérationnel à un seul endroit. Un modèle de fiche explicative est également suggéré pour chaque indicateur.

Les présidentes des Comités des finances et des services à la clientèle ont été consultées lors de la révision des indicateurs avec l'équipe de l'amélioration de la performance.

Les indicateurs en lien avec la recherche seront intégrés au tableau de bord équilibré, ainsi que ceux en lien avec les communications.

Les membres sont d'accord d'utiliser le tableau de bord équilibré à partir du premier quart 2019-2020.

MOTION 2019-06-04 / 05SCGQS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le nouveau format du tableau de bord équilibré soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

3. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Rita Godbout à 09:45.

4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

5. Adoption de l'ordre du jour

MOTION 2019-06-04 / 01FV

Proposé par Emeril Haché

Appuyé par Brenda Martin

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

Adopté à l'unanimité.

6. Résolutions en bloc

6.1 Adoption des résolutions en bloc

6.2 Adoption du procès-verbal du 26 mars 2019

6.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 26 mars 2019

6.4 Suivis – Recommandations des vérificateurs externes 2018-2019

6.5 Nomination des vérificateurs externes

6.6 Lettre budgétaire 2019-2020

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

MOTION 2019-06-04 / 02FV

Proposé par Wes Knight

Appuyé par Emeril Haché

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

Adopté à l'unanimité.

7. Autres

7.1 Approbation des modifications budgétaires 2018-2019

Les modifications budgétaires atteindront 16,120,735 \$, suite à l'approbation des derniers ajouts survenus entre le 1^{er} mars et le 31 mars 2019, d'un montant de 4,076,082 \$. Tous les montants inclus dans la liste présentée ont été soumis au ministère pour approbation et paiement.

MOTION 2019-06-04 / 03FV

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Emeril Haché

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 4,076,082 \$ soient adoptées pour tenir compte des changements financiers depuis le début d'exercice financier 2018-2019.

Adopté à l'unanimité.

7.2 États financiers pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019

Les états financiers au 31 mars 2019 sont présentés.

En résumé, le Réseau a des produits de l'ordre de 708,977,679 \$ et a encouru des charges d'exploitation de l'ordre de 707,568,535 \$ pour terminer l'année financière avec un excédent d'exploitation de 1,409,144 \$.

Après les ajustements pour les revenus en capital pour l'achat d'équipement, l'amortissement des immobilisations et les prestations constituées pour congés de maladie, le résultat net s'élève à un déficit comptable de 16,127,734 \$ après ces ajustements.

Une diminution de près de 1 M\$ est notée provenant de l'amélioration dans les créances douteuses, suite en partie de la mise en œuvre de la nouvelle politique de recouvrement et radiation des mauvaises créances. Les états de compte sont produits et envoyés à tous les clients mensuellement pour une période de trois mois. Après, au besoin une lettre finale est envoyée au client pour l'informer de la participation d'une agence de recouvrement s'il ne prend pas les dispositions nécessaires dans un délai de 15 jours ouvrables. Le solde impayé du compte est considéré comme une mauvaise créance après deux années financières.

Les revenus d'opération ont diminué de 10,393,963 \$ comparativement à l'année précédente, soit de 719,371,642 \$ en 2017-2018 à 708,977,679 \$. Cette diminution est attribuable au transfert du Programme extra-mural qui a eu comme impact de réduire les revenus de 22.6 M\$ et d'augmenter les revenus d'opération de 12.2 M\$.

Pour ce qui est des dépenses d'opération totales, celles-ci ont diminué de 7,522,306 \$ comparativement à l'an dernier.

MOTION 2019-06-04 / 04FV

Proposé par Emeril Haché

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que les états financiers vérifiés pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 soient adoptés tels que présentés.

Adopté à l'unanimité.

**09:45 – Les vérificateurs de la firme Raymond Chabot Grant Thornton se joignent au groupe, soient Jean-Marc Delaney, Lise Robichaud McGrath et Éric Long. Nous leur souhaitons la bienvenue.*

7.3 Rapport des auditeurs

Le rapport des auditeurs est révisé par les représentants de la firme Raymond Chabot Grant Thornton, Éric Long, Jean-Marc Delaney et Lise Robichaud McGrath. Les travaux d'audits ont été effectués conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada.

Le sommaire des anomalies corrigées et non corrigées dans les états financiers a été discuté entre la direction et les auditeurs et aucune correction ne fut effectuée aux états financiers.

La présentation des revenus en capital, l'amortissement et la provision d'obligation des congés de maladie sur l'état des résultats n'est pas conforme aux normes comptables du secteur public. Toutefois, cette présentation n'a pas d'effet sur le déficit annuel de 16,127,734 \$ et sur l'intégrité des données.

Selon l'avis de l'auditeur, à l'exception de la réserve, les états financiers du Réseau de santé Vitalité, donnent dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau au 31 mars 2019 conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'auditeur a identifié deux recommandations portant sur le suivi des contrôles internes et l'accès à l'enregistrement d'écritures de journal. En date du 4 juin 2019, les auditeurs soulignent que les accès du chef des Services financiers, ainsi que de la chef comptable ont été retirés en réponse à la recommandation, donc cet élément est réglé.

En ce qui concerne l'intégration des services de vérification interne, il est clair que cette pratique est peu répandue dans les organisations de la santé, mais nous tenterons de trouver d'autres alternatives, afin de régler cette recommandation d'ici la prochaine année.

Nous notons quelques déficiences relevées antérieurement au niveau de la technologie de l'information et corrigées au cours de l'exercice, dont :

- le paramètre de fermeture est activé par le personnel administratif.
- les droits d'accès dans Meditech sont dorénavant séparés pour les deux utilisateurs de l'application financière Meditech.

- l'option de chiffrement est dorénavant activée dans l'application financière Meditech.

D'autres déficiences reliées à la technologie de l'information ont été relevées antérieurement, mais elles n'ont pas été corrigées au cours de l'exercice, d'ailleurs elles perdurent depuis quelques années, soit de :

- mettre en place un environnement de sécurité efficace ;
 - la politique de sécurité interne a été développée, mais n'est pas encore approuvée par le Conseil d'administration.
- gérer l'accès des utilisateurs internes ;
 - les gestionnaires n'avisent pas SNB en temps opportun des départs, ce qui augmente le délai entre le départ et la désactivation d'accès de l'employé.
- gérer l'accès à distance et des tiers ;
 - aucun test d'intrusion n'a été effectué dans les dernières années.
- surveiller l'accès aux systèmes informatiques ;
 - une révision des accès pour le module financier a été faite pendant l'année. Cependant, aucune révision périodique des accès n'a été faite pour le contrôleur de domaine et le module de paie.
 - les tentatives d'accès non autorisées ne sont pas examinées et les mesures de suivi ne sont pas documentées.

Il y a eu beaucoup de travail d'effectué durant l'année, afin de clarifier certains points au niveau des recommandations en lien avec la sécurité informatique et d'identifier ce qui est requis pour avancer et régler les recommandations. Effectivement, Éric Long tient à féliciter l'équipe du secteur financier pour le travail colossal accompli durant la dernière année.

Les rencontres se poursuivront activement avec les représentants de SNB, l'équipe du secteur des finances et de l'informatique du Réseau pour faire avancer rapidement les dossiers, afin que toutes les recommandations émises soient résolues d'ici la prochaine année.

MOTION 2019-06-04 / 05FV

Proposé par Wes Knight

Appuyé par Emeril Haché

Et résolu que le rapport des vérificateurs de la firme Raymond Chabot Grant Thornton pour l'exercice terminé le 31 mars 2019 soit accepté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

7.4 Rencontre à huis clos des membres du Comité des finances et de vérification et de l'auditeur

Les membres du Comité des finances et de vérification procèdent à huis clos avec les vérificateurs de la firme Raymond Chabot Grant Thornton

**Les vérificateurs de la firme Raymond Chabot Grant Thornton sont remerciés de leurs services et quittent la rencontre à 10:25.*

La présidente du Comité des finances et de vérification suggère d'acheminer une lettre de reconnaissance aux employés du Secteur des finances pour souligner leur travail accompli durant la dernière année. Les membres appuient cette excellente suggestion.

En ce qui a trait à la gestion du départ des employés, Gisèle Beaulieu commente qu'une ébauche de politique et procédure a été élaborée à cet égard. Aussi, un groupe de travail a été mis sur pied, afin de trouver des solutions efficaces pour que les accès informatiques à l'interne soient gérés dans un laps de temps raisonnable lors du départ d'un employé.

Il sera nécessaire de faire preuve d'encore plus de rigueur dans le dossier des recommandations des vérificateurs durant la prochaine année. D'ailleurs, un suivi sera effectué à l'automne sur la mise en place du

plan d'action pour adresser les recommandations des vérificateurs externes 2018-2019. Ensuite, des suivis réguliers seront effectués, afin que toutes les recommandations soient complétées d'ici la fin de l'année financière 2019-2020.

8. Date de la prochaine réunion : le 18 septembre 2019 à 09:30

9. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Wes Knight à 10:55.

Rita Godbout
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance, Qualité et Services
généraux et V.-p. – Ressources humaines (intérim)

Note couverture

Comité des finances et de vérification
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 4 juin 2019

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

Soumis le 19 août 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

Note couverture

Réunion du Comité des finances et de vérification
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Mandat du Comité des finances et de vérification

Le mandat du Comité des finances et de vérification qui est annexé à la présente note couverture est présenté à titre d'information en début d'année, afin d'aider dans le développement du plan de travail du Comité.

Soumis le 19 août 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES FINANCES ET DE VÉRIFICATION		N° : CA-330
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	2019-06-18
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2018-06-26
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Date de la signature :	2019-06-18
Établissement(s)/programme(s):			

BUT

Le Comité des finances et de vérification (le « Comité ») aide le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (« le Réseau ») à s'acquitter de ses responsabilités pour assurer la viabilité financière et organisationnelle. Il recommande des mesures relatives à l'allocation des ressources y inclus l'adoption du budget annuel et il surveille la performance financière sur une base continue. Il analyse la situation financière de l'organisation et les risques financiers auxquels celle-ci s'expose et il en informe le Conseil. En outre, le Comité est responsable d'aider le Conseil à assumer sa responsabilité de surveillance quant à l'exactitude des rapports financiers en veillant à ce que la direction ait établi des systèmes appropriés de contrôles internes et de superviser le processus de vérification externe. Il oriente également le Conseil sur l'investissement de fonds pour lequel il a une responsabilité fiduciaire.

Composition et fonctionnement

1. Le Comité doit être constitué de quatre membres du conseil ayant droit de vote y compris le trésorier qui doit être le président.
2. Le Comité se réunit au moins quatre fois par année selon un calendrier préétabli et à la demande du président du Comité.
3. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
4. Les vérificateurs du Réseau doivent être mis au courant du nom des membres du Comité.

5. Le Comité doit rencontrer le vérificateur externe lorsqu'il y a lieu pour examiner tout dossier qui, de l'avis du Comité ou des vérificateurs, devrait être porté à l'attention du Conseil.

Responsabilités

Sous réserve des pouvoirs et responsabilités du Conseil d'administration, les responsabilités du Comité de finances et de vérification sont les suivantes :

Supervise la performance et la viabilité financière

Le Comité :

1. Examine le plan d'affaires annuel, y compris les hypothèses financières, et formule des recommandations au Conseil;
2. Analyse la performance financière du Réseau et présente un rapport à ce sujet à chaque réunion du Conseil et veille à ce que l'organisation mène ses activités en fonction du financement obtenu;
3. Passe en revue les plans établis par la direction pour corriger tout écart entre le plan opérationnel et la performance réelle et recommande ceux-ci au Conseil, surveille la mise en œuvre et fait rapport au Conseil à ce sujet;
4. Examine les ententes de responsabilisation en matière de livraison de services avec le ministère de la Santé et fait des recommandations au Conseil à ce sujet;
5. Passe en revue l'accord-cadre de services (ACS) entre le Réseau et Service Nouveau-Brunswick et fait des recommandations au Conseil à cet égard;
6. Analyse les rapports financiers qui exigent l'approbation du Conseil avant la présentation au ministère de la Santé et fait des recommandations au Conseil à cet égard;

Veille à ce que des ressources ou les biens soient disponibles et utilisés efficacement

Le Comité :

1. S'assure que la direction a établi des processus de gestion des ressources (ressources physiques, biens, actifs, technologie, équipements, etc.);
2. Assure la disponibilité des fonds d'immobilisations pour entretenir et remplacer les installations et autres actifs qui sont nécessaires pour fournir des services aux clients et faire des recommandations au Conseil à cet égard;
3. S'assure que les biens sont utilisés efficacement;

4. S'assurer que la direction a établi des processus en place pour éviter la dépréciation d'actifs en raison de manque d'entretien préventif ou d'autres causes.

Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs

Le Comité :

1. Détermine, le cas échéant, les risques financiers que prend le Réseau et veille à ce que le Conseil les comprennent;
2. S'assure que la direction a établi des systèmes et des contrôles internes pour gérer ces risques et que ces systèmes sont en place;
3. Surveille l'observation des obligations statutaires et réglementaires;
4. Révise les politiques et procédures relatives aux fonctions de finances et de vérification de l'organisation pour recommandation au Conseil;
5. Examine l'efficacité du processus global de détermination des risques touchant les rapports financiers, élabore des plans de gestion des risques organisationnels et analyse les mesures/stratégies d'atténuation relativement aux risques importants.

Supervise la vérification

Le Comité examine la planification et les résultats des activités de vérification externe et les rapports suivis avec le vérificateur externe. Cela comprend :

1. La revue et la recommandation du mandat du vérificateur externe pour l'approbation par le conseil;
2. La revue du plan de vérification externe annuel;
3. Obtiens satisfaction quant à l'indépendance du vérificateur externe;
4. Revois les services autres que la vérification rendus par le cabinet des vérificateurs ou ses associés (incluant les honoraires approximatifs), et examine les répercussions sur l'indépendance du vérificateur externe;
5. Rencontre périodiquement, et au moins une fois l'an, le vérificateur externe sans la présence de la direction;
6. Analyse les états financiers annuels vérifiés et formule des recommandations au Conseil à cet égard; tient compte des changements, s'il y a lieu, en matière de principes et de méthodes comptables, des ajustements importants découlant de la vérification, de la conformité aux règles comptables et du respect des obligations juridiques;

7. Analyse l'évaluation de la direction concernant le respect des lois, des règlements, des règles et des contrats;
8. Passe en revue l'évaluation de la direction concernant la pertinence et l'efficacité des contrôles internes liés aux systèmes de comptabilité et d'information financière ainsi que les recommandations des vérificateurs et externes;
9. Obtient la certitude que la direction a établi un environnement de contrôle adéquat qui met l'accent sur la responsabilité des employés sur le plan de la gestion des fonds publiques et qu'elle a mis en place des politiques et procédures appropriées quant au contrôle et à la protection des actifs (ex. : couverture d'assurance, processus d'autorisation d'achats, etc.).
10. Recommande au Conseil la nomination du vérificateur externe.

Gestion des investissements

Le Comité examine annuellement la politique relative aux investissements pour ceux qui gèrent les fonds du Réseau et recommande les révisions nécessaires au Conseil.

Autres

Le Comité :

1. Examine les directives et procédés relatifs à la revue et à l'approbation des dépenses du président-directeur général;
2. Avise, sur demande, le Comité exécutif sur des sujets de nature financière que le Comité exécutif doit traiter entre les réunions du Conseil;
3. Soumets à l'approbation du Conseil un plan de travail annuel et les résultats attendus.

Rapport

Le Comité fait rapport de ses réunions au Conseil et conserve les procès-verbaux de ses réunions.

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

Note couverture

Réunion du Comité des finances et de vérification
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Plan de travail 2019-2020

Un plan de travail 2019-2020 est proposé afin que le Comité des finances et de vérification puisse s'acquitter de ses fonctions de reddition de compte, de prendre des décisions éclairées et d'atteindre ses objectifs. Ce plan, lorsqu'approuvé, fera partie du plan de travail du Conseil d'administration.

Proposé par

Appuyé

Et résolu que le Comité des finances et de vérification approuve le plan de travail pour l'année 2019-2020.

Adopté

Soumis le 19 août 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

PLAN DE TRAVAIL
2019-2020
Comité des finances et de vérification

Date de la réunion	Activités
Septembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Révision du mandat du Comité • Révision du plan de travail annuel • Identification des besoins en formation spécifique • Superviser la performance et la viabilité financière (tableau de bord et états financiers) • Suivi des recommandations du vérificateur externe
Novembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Superviser la performance et la viabilité financière (tableau de bord et états financiers) • Révision des amendements budgétaires • Suivi des recommandations du vérificateur externe • Révision du plan quinquennal et annuel en immobilisations • Rapport sur les fonds non partageables • Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs (<i>Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification internes, rapports</i>)
Mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Superviser la performance et la viabilité financière (tableau de bord et états financiers) • Révision des amendements budgétaires • Suivi des recommandations du vérificateur externe • Revoir le plan d'audit et de vérification externe annuel • Approbation du budget d'exploitation 20-21 • Gestion des investissements • Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs (<i>Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification internes, rapports</i>)
Juin 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Superviser la performance et la viabilité financière (tableau de bord et états financiers) • Révision des amendements budgétaires • Suivi des recommandations du vérificateur externe • Audit de fin d'année : approbation des états financiers audités • Évaluer les auditeurs et recommander la nomination annuelle • Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs (<i>Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification internes, rapports</i>)

Note couverture

Comité des finances et de vérification
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Lettre du bureau du vérificateur général : Nomination d'un auditeur externe

Le Réseau a reçu une lettre du Bureau du vérificateur général le 26 juin 2019 au sujet de la nomination d'un auditeur externe.

La lettre stipule que des modifications apportées aux normes canadiennes d'audit ont entraîné une mise à jour de la *Loi* sur le vérificateur général en 2014. La *Loi* comprend des directives sur le processus de nomination d'un auditeur pour les entités du secteur public et que le Réseau de santé Vitalité répond à la définition d'une entité publique décrite dans la *Loi*.

Les normes exigent maintenant que le vérificateur général assume la responsabilité des travaux de l'auditeur externe d'une entité publique. Cela inclut l'évaluation de la suffisance des travaux en question. L'approche adoptée par les entités publiques pour obtenir l'approbation a été incohérente depuis l'entrée en vigueur de la *Loi* actualisée. Le Bureau du vérificateur général tente donc de s'assurer que toutes les entités publiques soient au courant de cette nouvelle exigence et demande donc aux entités publiques d'obtenir l'approbation du vérificateur général avant la nomination d'un nouvel auditeur. Une fois que l'approbation est obtenue, une nouvelle approbation sera nécessaire lorsque :

- Un nouvel auditeur externe est nommé; ou
- Une période de 5 année consécutive a été dépassée.

À la suite d'un appel d'offre publique, le Réseau a octroyé un contrat de 5 ans à la firme RCGT au printemps 2017 à titre d'auditeur externe. Le contrat prend échéance le 31 mars 2021. Le Réseau tiendra compte de cette nouvelle directive dans la prochaine démarche de renouvellement du contrat d'auditeur externe.

Soumis le 10 septembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)



June 28, 2019

Gilles Lanteigne
President and CEO
Vitalité Health Network
Head Office
275 Main Street
Suite 600
Bathurst, NB E2A 1A9

RE: Appointment of External Auditor

Dear Mr. Lanteigne:

We are writing to inform you that an updated *Auditor General Act* came into force in 2014. The *Act* includes guidance on the auditor appointment process for public sector entities. We have identified Vitalité Health Network as meeting the definition of a public entity as described in the *Act*.

Subsection 9(3) of the *Act* states “**despite any other Act and subject to the approval of the Auditor General, a public entity or a trust fund may appoint a qualified auditor, other than the Auditor General, to audit the accounts of the public entity or the trust fund**”

The primary reason this section was included in the updated *Act* was due to changes in Canadian Auditing Standards. The Standards now require the Auditor General to take responsibility for the work of a public entity’s external auditor. This includes assessing the sufficiency of the external auditor’s work. In the past reliance could be placed on the auditor by performing less extensive work.

The approach by public entities to receive approval has been inconsistent since the updated *Act* came into force, and we have recently been informed some public entities are not aware of this new requirement.

Further information is attached in an Appendix to this letter, including a sample external auditor appointment process and other details you may find helpful in adopting this new guidance.

28 juin 2019

Gilles Lanteigne
Président
Réseau de santé Vitalité
Head Office
275 rue Main
Bureau 600
Bathurst, (N.-B.) E2A 1A9

Objet : Nomination d’un auditeur externe

Monsieur Lanteigne,

Nous tenons à vous informer qu’une mise à jour de la *Loi sur le vérificateur général* est entrée en vigueur en 2014. La *Loi* comprend des directives sur le processus de nomination d’un auditeur pour les entités du secteur public. Nous avons déterminé que la Réseau de santé Vitalité répond à la définition d’une entité publique décrite dans la *Loi*.

Le paragraphe 9(3) de la *Loi* stipule ce qui suit : « **Par dérogation à toute autre loi et sous réserve de l’approbation du vérificateur général, l’entité publique ou le fonds fiduciaire peut nommer un auditeur compétent qui n’est pas le vérificateur général pour qu’il audite les comptes de l’entité publique ou du fonds fiduciaire.** »

La principale raison que cet article a été inclus dans la *Loi* mise à jour était en raison des modifications apportées aux normes canadiennes d’audit. Les normes exigent maintenant que le vérificateur général assume la responsabilité des travaux de l’auditeur externe d’une entité publique. Cela inclut l’évaluation de la suffisance des travaux en question. Par le passé, nous pouvions nous fier à l’auditeur en effectuant un travail moins exhaustif.

L’approche adoptée par les entités publiques pour obtenir l’approbation a été incohérente depuis l’entrée en vigueur de la *Loi* actualisée et nous avons été récemment informés que certaines entités publiques ne sont pas au courant de cette nouvelle exigence.

Vous trouverez de plus amples renseignements à l’annexe de la présente lettre, dont un exemple du processus de nomination d’un auditeur externe et d’autres précisions qui pourraient vous être utiles dans le cadre de l’adoption de la nouvelle directive.

We thank all those public entities who have already modified their process, and look forward to hearing from other public entities as we move forward.

If you have questions regarding this matter, please do not hesitate to contact myself at 453-2243 or Nicholas Hoben, CPA, CA, Director of Financial Audit at [453-6756](tel:453-6756) or via email at nick.hoben@gnb.ca.

Yours truly,



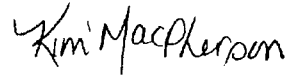
Kim MacPherson, FCPA, CA, ICD.D
Auditor General

Cc: Michelyne Paulin, Chairperson, Board of Directors

Nous remercions toutes les entités qui ont déjà modifié leur processus et nous attendons des nouvelles des autres entités publiques à mesure que nous allons de l'avant.

Si vous avez des questions à ce sujet, n'hésitez pas à communiquer avec moi au 453-2243 ou Nicholas Hoben, CPA, CA, directeur de la vérification financière, au [453-6756](tel:453-6756) ou par courriel à nick.hoben@gnb.ca.

Recevez mes salutations distinguées,



Kim MacPherson, FCPA, CA, IAS.A
Vérificatrice générale

Cc : Michelyne Paulin, Présidente du conseil d'administration

Appendix

In order for our office to fulfil our duties under subsection 9(3) of the *Auditor General Act* we have developed guidance and criteria to streamline our involvement.

In general, we ask public entities to obtain approval from the Auditor General prior to appointing a new auditor.

Once approval is obtained from the Auditor General a new approval will be needed when either:

- a new external auditor is appointed; or
- a period of 5 consecutive years has been exceeded.

Sample process for obtaining approval:

- 1) **Tender:** Issue a request for proposal to prospective proponents (to an external auditor other than the Auditor General).
- 2) **Evaluate:** Complete an evaluation process to determine the successful proponent.
- 3) **Seek approval – Auditor General:** Submit documentation to the Auditor General for approval of the appointment. Documentation may include:
 - a. proposals received as a result of the request for proposal process;
 - b. the public entity's completed evaluation process; and
 - c. a signed letter from those responsible for the evaluation process, confirming the intent to appoint the external auditor.
- 4) **Seek approval - internally:** Obtain approval for appointment from those charged with governance of the public entity such as a board of directors or audit committee.

Please submit documentation to:

Kim MacPherson, FCPA, CA, ICD.D
Auditor General New Brunswick
P.O. Box 758, Suite 650
520 King Street
Fredericton, NB
E3B 5B4

Note: Steps may vary depending on the organizational structure of the entity, the entity's requirements under the *Procurement Act*, and other management, governance and oversight processes within the public entity. Each public entity should review their own situation and make any necessary process adjustments

Annexe

Afin que notre bureau exerce ses fonctions en vertu du paragraphe 9(3) de la *Loi sur le vérificateur général*, nous avons élaboré des directives et des critères pour rationaliser notre engagement.

En général, nous demandons aux entités publiques d'obtenir l'approbation du vérificateur général avant la nomination d'un nouvel auditeur.

Une fois que l'approbation est obtenue du vérificateur général, une nouvelle approbation sera nécessaire lorsque :

- un nouvel auditeur externe est nommé; ou
- une période de 5 années consécutives a été dépassée.

Exemple d'un processus pour obtenir l'approbation :

- 1) **Soumission :** Adressez une demande de propositions à des promoteurs potentiels (à un auditeur externe autre que le vérificateur général).
- 2) **Évaluer :** Complétez un processus d'évaluation en vue de déterminer le soumissionnaire retenu.
- 3) **Obtenir l'approbation – vérificateur général :** Présentez des documents au vérificateur général pour l'approbation de la nomination. Les documents peuvent inclure :
 - a. les propositions reçues à la suite du processus de demande de propositions;
 - b. les résultats du processus d'évaluation de l'entité publique;
 - c. une lettre signée par les responsables de la gouvernance confirmant l'intention de nommer l'auditeur externe.
- 4) **Obtenir l'approbation – en interne :** Obtenez l'approbation de la nomination des responsables de la gouvernance de l'entité publique, comme un conseil d'administration ou un comité d'audit.

Veillez soumettre les documents à :

Kim MacPherson, FCPA, CA, IAS.A
Vérificatrice générale du Nouveau-Brunswick
C. P. 758, bureau 650
520, rue King
Fredericton, N.-B.
E3B 5B4

Remarque : Les étapes peuvent varier selon la structure organisationnelle de l'entité, les exigences de l'entité en vertu de la *Loi sur la passation des marchés publics*, ainsi que les autres processus de gestion, de gouvernance et de surveillance au sein de l'entité publique. Chaque entité publique doit examiner sa propre situation et apporter les modifications nécessaires au processus.

Note d'information

Recommandations du vérificateur externe 2018-2019

Comité des finances et de vérification

Item 7.1

Date : le 18 septembre 2019

Décision recherchée

Approuver les réponses aux recommandations du vérificateur externe pour l'exercice 2018-2019.

Contexte / Problématique

- Suite à la vérification externe 2018-2019, des recommandations ont été émises. Le vérificateur externe a soulevé deux recommandations financières, dont une a été réglée entre le rapport préliminaire et le rapport final du vérificateur. Cinq recommandations touchant la sécurité de l'information ont également été soulevées.
- Il est à noter que quatre recommandations de l'année dernière ont été résolues. Toutefois six recommandations ont été resoumises des années antérieures, bien que plusieurs d'entre elles sont sur le point d'être résolues.
- Le pourcentage de réalisation est supérieur à 50% et nous ciblons pouvoir toute les régler cette année.
- Vous trouverez annexé ces recommandations et les propositions de la direction pour régler les lacunes identifiées.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le niveau de risque de ne pas implanter ces recommandations.
- La plupart des recommandations touchant les technologies de l'information relèvent de Service NB (SNB) et amènent une complexité à régler les lacunes.

Considérations importantes

- Recommandations au niveau financier.
 - o Standardisation et consolidation des processus, politique et procédure et des contrôles internes en cours avec plans d'amélioration de la performance en cours.
- Recommandations au niveau de la technologie de l'information (TI).
 - o Mouvement de personnel au sein de Service NB.
 - o Limites des systèmes informatiques en place.

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

-
- Le plan d'action sera soumis à l'Équipe de leadership pour révision et un suivi sera effectué au Comité des finances et de vérification.

-

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Comité des finances et de vérification approuve les réponses du RSV pour rencontrer les recommandations du vérificateur externe contenu dans le rapport 2018-2019.

Adoption

Soumis le 11 septembre 2019 par Alain Lavallée, chef Services financiers

RECOMMANDATIONS DU VÉRIFICATEUR EXTERNE 2018-2019

Déficiences importantes du contrôle interne

1. Suivi des contrôles internes (risque moyen)

(Recommandation qui date de 2015-2016, avec modification sur la normalisation du contrôle entre les zones) :

Il n'y a présentement aucun processus pour évaluer l'environnement de contrôle des zones afin de s'assurer que les contrôles en place sont consistants avec l'environnement de contrôle de l'entité. Des déficiences importantes dans le contrôle interne peuvent avoir un impact sur l'environnement de l'entité et c'est pour cette raison qu'il est important d'analyser les risques internes et de mettre en place des contrôles internes appropriés. Dans plusieurs organisations, cette fonction est attribuée aux vérificateurs internes.

Recommandation du vérificateur externe :

Un processus de contrôle interne uniforme devrait être adopté et leur efficacité devrait être évaluée périodiquement. Comme mentionné plus haut, un service de vérification interne pourrait aider l'entité à se conformer aux pratiques visées. Nous recommandons que vous considériez l'intégration des services de vérification interne. Ceci pourrait aider à assurer la conformité aux processus, politiques et procédures désirés. Des exemples de contrôles à surveiller pourraient inclure la conformité des:

- Droits d'utilisateur du système informatique
- Processus et limites d'approbation des dépenses
- Divisions appropriées des tâches pour les processus de versements et d'enregistrement des paiements.

Dans le cas où des fonctions de vérificateur interne ne sont pas justifiées, le comité de finances et vérification pourrait assigner ces tâches et responsabilités à des employés. Ces personnes devraient ensuite rendre compte périodiquement au comité de finances et vérification ce qui aiderait le conseil d'administration à déterminer si les politiques et procédures sont consistantes et conformes aux objectifs de l'entité.

Réponse du Réseau de santé Vitalité (RSV) :

Les expériences de création de vérification interne dans le milieu de santé n'ont pas donné les résultats attendus à plusieurs endroits. Cependant nous sommes entièrement d'accord avec le vérificateur externe que les contrôles internes peuvent et doivent être améliorés. Le secteur des Finances du Réseau a la capacité, l'expérience et les connaissances pour mettre en place des mécanismes de vérification et de contrôles internes.

L'échéancier pour développer le processus de vérification, les mesures de contrôle et les politiques requises est prévu à la fin décembre 2019. Un plan de travail détaillé sera soumis au Comité des finances et de vérification du Conseil d'administration lors de la prochaine rencontre.

2. Accès à l'enregistrement d'écriture de journal : **(Nouvelle recommandation) :**

Cette recommandation a été réglée et confirmée dans le rapport du vérificateur du 4 juin 2019.

Déficiences aux niveaux des systèmes informatiques

1. Mettre en place un environnement de sécurité efficace :

1.1 Les politiques de sécurité ne sont pas révisées périodiquement ni approuvées par le Conseil d'administration (risque moyen) (Même recommandation qu'en 2015-2016) :

Recommandation du vérificateur externe :

Nous recommandons, comme prescrit par la norme internationale ISO 27002 aux sections 5.1.1 et 5.1.2, qu'une politique de sécurité de l'information soit approuvée par la direction, puis publiée et diffusée à l'ensemble des salariés et des tiers concernés. De plus, nous recommandons que la politique de sécurité de l'information soit tenue à jour de façon régulière.

Risque :

Risque que les priorités de l'organisation concernant la sécurité de l'information ne soient pas clairement définies ou ne soient pas en lien avec les objectifs de l'organisation.

Réponse du Réseau de santé Vitalité (RSV) :

Les politiques de sécurité de l'information relèvent du bureau du chef du Service de l'information du gouvernement du Nouveau-Brunswick. La politique AD-7107 système de technologie de l'information du gouvernement – politique de sécurité est suivi par le Réseau de santé Vitalité.

Les politiques provinciales sont révisées et ajustées régulièrement pour l'ensemble des services du gouvernement. Le Réseau n'est avisé par SNB que lorsqu'une politique est assujettie à toute modification qui nécessite une publication officielle. Les dernières mises à jour de la politique de sécurité de l'information ont été effectuées en mars 2015.

Une politique interne concernant la sécurité de l'information a été développée, et est en processus de consultation. Cette politique sur la sécurité de l'information établit le lien avec les systèmes en place et la politique provinciale. Elle sera présentée à la prochaine réunion du Comité de finances et de vérification.

2. Gérer l'accès des utilisateurs internes

2.1 Les gestionnaires n'avisent pas le Service Nouveau-Brunswick en temps opportun des départs, ce qui augmente le délai entre le départ et la désactivation des accès des employés (risque moyen) (Même recommandation qu'en 2016-2017) :

Recommandations du vérificateur externe:

Nous recommandons, comme prescrit par la norme internationale ISO27002 à la section 7.3.1, d'implanter un processus de gestion des accès des utilisateurs aux systèmes, afin que le responsable de la gestion de la sécurité soit automatiquement informé par le service des ressources humaines de toutes les cessations d'emploi et situations relatives à l'emploi ayant une incidence sur les droits d'accès.

Risque :

Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données et de déni d'utilisation des systèmes et données.

Réponse du Réseau de santé Vitalité (RSV) :

Nous acceptons la recommandation.

Un formulaire en ligne de demande de désactivation des accès lors du départ d'employés a été créé. De plus, une politique de départ ou de transfert des employés est dans le processus de consultation et d'approbation. Elle sera complétée d'ici la fin décembre 2019.

3. Gérer l'accès à distance et des tiers :

3.1 Aucun test d'intrusion n'a été effectué dans les dernières années (risque moyen) (Même recommandation qu'en 2016-2017) :

Recommandation du vérificateur externe:

Nous recommandons, comme prescrit par la norme internationale ISO 27002 à l'article 13, d'implanter un processus de contrôle des accès à distance afin de procéder à des essais d'intrusion ou d'analyse des vulnérabilités par des personnes compétentes et habilitées ou de manière encadrée. De plus, il convient de planifier et de documenter ces essais qui doivent être reproductibles.

Risque :

Risque d'accès à distance non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.

Réponse du Réseau de santé Vitalité (RSV) :

Nous acceptons la recommandation.

Présentement SNB fait une surveillance accrue pour vérifier et aviser le secteur informatique des intrus possibles. Un courriel est envoyé au Chef des technologies de l'information lorsqu'un compte a été compromis. Les suivis nécessaires sont immédiatement effectués. De plus, Vitalité reçoit tous les mois un rapport de SNB comprenant le nombre de tentatives par les intrus. Toutefois, le Réseau demandera des preuves additionnelles démontrant le processus, la fréquence de tests interne d'intrusion et d'analyse de vulnérabilité. L'échéancier prévu pour compléter cette recommandation est le 31 décembre 2019.

4. Surveiller l'accès aux systèmes informatiques :

4.1 Une révision des accès pour le module financier a été faite pendant l'année. Cependant aucune révision périodique des accès n'a été faite pour le contrôleur de domaine et le module de paie (risque moyen) (Recommandation qui date de 2017-2018, et modifiée en 2018-2019) :

Recommandation du vérificateur externe:

Nous recommandons, comme prescrit par la norme internationale ISO 27002 à la section 9.2.5m d'implanter un processus de contrôle des accès afin que la direction examine les

droits d'accès des utilisateurs par le biais d'un processus formel, et ce, à intervalle régulier. De plus, les accès aux applications doivent être révisés par les propriétaires des données tandis que les accès aux bases de données et aux systèmes d'opération doivent être révisés par la direction TI.

Risque :

Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.

Réponse du Réseau de santé Vitalité (RSV) :

Nous acceptons la recommandation.

Tel que mentionné dans la recommandation, une révision des accès au module financier de Meditech a été effectuée. Cette révision des accès sera effectuée également au niveau du contrôleur de domaine et au module de paie au cours de l'automne. Un processus formel à des intervalles réguliers sera mis en place d'ici la fin décembre 2019.

4.2 Les tentatives d'accès non autorisées ne sont pas journalisées ni examinées et les mesures de suivi ne sont pas documentées (risque moyen)

(Même recommandation qu'en 2015-2016) :

Recommandation du vérificateur externe:

Nous recommandons, comme prescrit par la norme internationale ISO 27002 à la section 12.4.1, d'appliquer la journalisation et la surveillance appropriées pour permettre l'enregistrement et le traitement des tentatives d'accès non autorisées aux systèmes et aux données.

Risque :

Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et risque de déni d'utilisation des systèmes et données.

Réponse du Réseau de santé Vitalité (RSV) :

Nous acceptons la recommandation.

Les tentatives d'accès non autorisées sont captées dans une base de données. Des rapports sont mis à la disposition du Réseau pour révision. De plus, le Réseau est en processus d'identifier le niveau d'information requis pour assurer la protection des systèmes en place. Un processus pour assurer les vérifications sera développé et mis en place d'ici la fin décembre 2019.

États financiers pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2019

Comité des finances et de vérification

Item 7.2

Date : le 18 septembre 2019

Décision recherchée

- Approbation des états financiers vérifiés pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2019.

Contexte/Problématique

- Le rapport des 4 premiers mois de l'exercice financier 2019-2020 ici-bas a été préparé par la direction des Services financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- La présentation des résultats fait état d'une comptabilité axée sur les dépenses comparativement au budget alloué.
- Une analyse des écarts est également effectuée en lien avec les activités opérationnelles du Réseau pour la période concernée.
- Aucune modification au budget n'est soumise à ce moment ici étant donné que les lettres budgétaires ont été reçues après que l'année financière 19-20 soit débutée et que le budget 19-20 est présenté en septembre pour approbation.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Le rapport financier doit être analysé en fonction du Plan régional de santé et d'affaires du Réseau et des objectifs stratégiques de l'organisation.
- Les indicateurs de performance financière intégrés au tableau de bord équilibré du Réseau.
- Les résultats obtenus démontrent une tendance normale des activités opérationnelles pour la période de l'année.
- Les mécanismes de contrôles et de vérifications sont en révision pour mitiger les risques financiers.

Considérations importantes

- Bien que le Réseau doive présenter un budget équilibré selon les directives du gouvernement, le budget 2019-2020 est déficitaire de 5,453,835 \$, car la lettre budgétaire 19-20 reçue en juin 2019, ne prévoit pas que des changements peuvent être faits et que les programmes doivent être maintenus.
- Selon Agrément Canada, le conseil d'administration doit disposer d'un système efficace de planification et de contrôle des finances qui contribue à l'atteinte des buts et des objectifs stratégiques.

Impacts	Négligeables	Modérés	Significatifs
Éthique	X		
Qualité et sécurité	X		
Partenariats	X		
Gestion des risques		X	
Allocation des ressources		X	

Suivi à la décision

- Surveiller la performance et les risques financiers.
-

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Comité des finances et de vérification approuve les états financiers tels que présentés pour la période se terminant le 31 juillet 2019.

Adoption

Soumis le 11 septembre 2019 par Alain Lavallée, chef des Services financiers

Sommaire exécutif

Les états financiers présentent les quatre premiers mois d'activités opérationnelles du Réseau de santé Vitalité débutant le 1^{er} avril et se terminant le 31 juillet 2019. Les résultats réels affichent un déficit d'opérations de \$ 1,5 M, alors que le budget prévoyait un déficit pour la même période de \$ 1,7 M.

Le déficit réel de \$ 1,5 M reflète d'une part, les dépenses nécessaires telles que les projets de rénovations majeurs qui se poursuivent de l'année précédente, ainsi que ceux qui étaient planifiés débiter à l'été 2019. Des coûts supérieurs en énergie, additionnés de la taxe de carbone qui n'a pas été budgétée, contribuent aux résultats négatifs à date. Toutefois, certaines dépenses réelles pour cette période telles que les salaires sont inférieures à ce qui était prévu et compense en partie à d'autres catégories ayant des écarts défavorables comme les frais de déplacement, les fournitures de laboratoire, les fournitures médicales et chirurgicales.

Le Réseau a enregistré pour la présente période, une hausse dans les dépenses de 9.8 M\$ se totalisant à 236.6 M\$, comparativement à 226.8 M\$ pour la même période l'année dernière. Cette augmentation s'explique entre autres par l'inflation dans les salaires et les autres coûts d'opération ainsi que les rénovations et l'énergie pour un total de 6 M\$. Les allocations de retraite sont aussi supérieures, mais celles-ci sont remboursées par amendement budgétaire.

Au cours de cette période se terminant le 31 juillet 2019, aucune modification budgétaire n'a été apportée au budget.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS FINANCIERS

Le réseau termine le quatrième mois de son année 2019-2020 avec un déficit d'opérations de \$1 478 390.

Tableau A : États des résultats – sommaire par programme

Réseau de santé Vitalité États des résultats Pour la période finissant Juillet 2019					
Financement	Total à date Actuel	Total à date Budget	Surplus/ (Déficit) Budgétaire	%	Budget annuel
Ministère de la Santé	183,755,216	181,681,614	2,073,602	1.1%	558,514,666
Amendement budgétaire	13,242,075	12,376,467	865,608	7.0%	20,761,679
Revenus de patients	11,191,660	12,057,268	(865,608)	-7.2%	36,171,807
Assurance-maladie	22,513,839	22,804,937	(291,098)	-1.3%	72,112,348
Fonds fédéraux	2,239,662	2,615,495	(375,833)	-14.4%	7,846,486
Autre recouvrement et ventes	2,186,531	1,748,925	437,606	25.0%	5,246,778
Total du financement	235,128,983	233,284,706	1,844,277	0.8%	700,653,764
Dépenses par programmes	Total à date Actuel	Total à date Budget	Surplus/ (Déficit) Budgétaire	%	Budget annuel
Services aux patients hospitalisés	50,359,900	50,171,354	(188,546)	-0.4%	151,421,929
Services ambulatoires	22,261,901	22,297,911	36,010	0.2%	67,308,398
Services de diagnostic et thérapeutique	40,018,335	39,983,642	(34,693)	-0.1%	121,763,863
Services tertiaires	17,797,951	17,408,213	(389,738)	-2.2%	44,363,778
Formation	1,131,180	975,208	(155,972)	-16.0%	2,945,241
Services de soutien	48,113,605	46,752,009	(1,361,596)	-2.9%	131,560,186
Administration et autres	5,786,903	5,967,114	180,211	3.0%	27,765,485
Santé mentale et services communautaires (excl Extra-mural)	23,168,725	23,433,571	264,846	1.1%	70,744,474
Autres programmes	5,505,035	5,205,109	(299,926)	-5.8%	15,971,899
Assurance maladies	22,463,839	22,754,937	291,098	1.3%	72,262,348
Vitalité - dépensée d'opérations	236,607,374	234,949,068	(1,658,306)	-0.7%	706,107,601
Surplus/(Déficit) d'opération avant les sous-mentionnés	(1,478,390)	(1,664,362)	185,972		(5,453,837)
Revenus en capital	4,000,000	4,000,000	-	0.0%	12,000,000
Amortissement des immobilisations	(9,500,000)	(9,500,000)	-	0.0%	(28,500,000)
Prestations constituées pour congés de maladie	(166,667)	(166,667)	-	0.0%	(500,000)
Total Surplus/(Déficit)	(7,145,057)	(7,331,029)	185,972		(22,453,837)

Tableau B – États des résultats opérationnels – par programme et par catégorie de dépenses.

En millier de Dollars (000 \$)					Budget annuel
Financement	Total à date Actuel	Total à date Budget	Surplus/ (Déficit) Budgétaire	%	
Total du financement	235,129	233,285	1,844	0.8%	700,654
En millier de Dollars (000 \$)					Budget annuel
Dépenses par programmes	Total à date Actuel	Total à date Budget	Surplus/ (Déficit) Budgétaire	%	
Services aux patients hospitalisés	50,360	50,171	(189)	-0.4%	151,422
Salaires et bénéfiques (actuel 9.5%)	38,215	38,423	208	0.5%	115,787
Administration	3,124	2,824	(300)	-10.6%	8,508
Unités médicales et chirurgicales	16,183	16,610	427	2.6%	50,040
Soins intensifs	3,630	3,659	30	0.8%	11,041
Obstétrique	3,905	3,886	(19)	-0.5%	11,721
Bloc opératoire	3,860	3,747	(113)	-3.0%	11,295
Pédiatrie	1,554	1,473	(81)	-5.5%	4,437
Réadaptation et soins à long terme	4,498	4,652	154	3.3%	14,007
Unité d'Oncologie	809	833	25	3.0%	2,512
Soins palliatifs	652	738	86	11.6%	2,226
Fournitures médicales et chirurgicales	7,492	7,426	(66)	-0.9%	22,545
Médicaments	2,856	2,564	(292)	-11.4%	7,884
Autres fournitures, petits équip, dépenses diverses	1,796	1,758	(38)	-2.2%	5,206
Services ambulatoires	22,262	22,298	36	0.2%	67,308
Salaires et bénéfiques (actuel 9.4%)	17,502	17,576	74	0.4%	52,972
Urgence	7,355	7,472	117	1.6%	22,532
Soins de jour/nuit	722	723	1	0.1%	2,179
Consultations / Cliniques	7,803	7,702	(101)	-1.3%	23,204
Autre Service externe	1,622	1,679	57	3.4%	5,058
Fournitures médicales et chirurgicales	1,782	1,647	(135)	-8.2%	5,001
Médicaments	1,094	1,076	(18)	-1.6%	3,310
Services achetés, autres fournitures, dépenses diverses	1,884	1,998	114	5.7%	6,025
Services de diagnostic et thérapeutique	40,018	39,984	(35)	-0.1%	121,764
Salaires et bénéfiques (actuel 10.4%)	28,824	28,779	(45)	-0.2%	86,672
Laboratoire	7,494	7,235	(259)	-3.6%	21,792
Imagerie diagnostique	5,654	5,784	131	2.3%	17,414
Inhalothérapie	2,590	2,565	(25)	-1.0%	7,723
Pharmacie	4,017	4,022	4	0.1%	12,116
Services de réadaptation	7,667	7,841	175	2.2%	23,620
Autre ECG, EEG, Écho	1,403	1,332	(71)	-5.3%	4,007
Fournitures médicales et chirurgicales	1,385	1,367	(18)	-1.3%	4,151
Fournitures de laboratoire	4,357	3,832	(525)	-13.7%	12,246
Fournitures de radiologie	829	823	(5)	-0.6%	2,632
Entretien des équipements	1,262	1,911	649	34.0%	6,106
Services achetés	1,629	1,408	(221)	-15.7%	4,500
Médicaments, autres fournitures et dépenses divers	1,732	1,863	131	7.0%	5,457
Services tertiaires	17,798	17,408	(390)	-2.2%	44,364
Salaires et bénéfiques (actuel 9.2%)	6,949	6,936	(13)	-0.2%	20,905
Oncologie	3,327	3,417	90	2.6%	10,305
Hémodialyse/Dialyse à domicile	3,622	3,519	(103)	-2.9%	10,600
Médicaments - Oncologie	6,028	5,979	(49)	-0.8%	9,643
- Hémodialyse/Dialyse à domicile	2,082	1,855	(227)	-12.2%	5,705
Fournitures médicales et chirurgicales	1,735	1,655	(80)	-4.8%	5,024
Entretien des équipements, autres dépenses	1,004	983	(21)	-2.1%	3,088

En millier de Dollars (000 \$)					
Dépenses par programmes	Total à date Actuel	Total à date Budget	Surplus/ (Déficit) Budgétaire	%	Budget annuel
Formation	1,131	975	(156)	-16.0%	2,945
Salaires et bénéfices (actuel 13.2%)	757	760	3	0.4%	2,287
<i>Formation / éducation</i>	714	754	40	5.3%	2,272
<i>Autres programmes d'éducation</i>	43	6	(37)	-665.5%	15
Autres dépenses	374	215	(159)	-73.7%	658
Services de soutien	48,114	46,752	(1,362)	-2.9%	131,560
Salaires et bénéfices (actuel 11.9%)	22,123	22,983	860	3.7%	69,148
<i>Services financiers</i>	1,299	1,365	66	4.8%	4,108
<i>Ressources humaines</i>	1,587	1,666	80	4.8%	5,000
<i>Informatique</i>	54	36	(18)	-50.5%	107
<i>Communications</i>	443	463	19	4.2%	1,392
<i>Gestion du matériel</i>	1,651	1,672	21	1.3%	5,030
<i>Entretien ménager</i>	4,652	4,708	56	1.2%	14,155
<i>Fonctionnement des Installations</i>	1,208	1,339	130	9.7%	4,033
<i>Entretien des installations</i>	2,969	3,135	166	5.3%	9,472
<i>Services alimentaires</i>	3,201	3,240	39	1.2%	9,745
<i>Admission</i>	2,264	2,397	133	5.6%	7,207
<i>Archives</i>	2,267	2,374	108	4.5%	7,140
<i>Bénévole</i>	180	220	39	17.8%	661
<i>Autres services de soutien</i>	348	368	21	5.6%	1,099
Allocations de retraite et TSNB	9,496	9,387	(108)	-1.2%	15,552
Énergie	4,384	4,060	(324)	-8.0%	14,057
Fournitures alimentaires	1,481	1,320	(161)	-12.2%	4,219
Frais de location	1,584	1,475	(110)	-7.4%	4,712
Entretien de bâtiments	2,803	1,940	(864)	-44.5%	6,200
Autres dépenses, fournitures et services achetés	6,243	5,587	(655)	-11.7%	17,672
Services administratifs et autres	5,787	5,967	180	3.0%	27,765
Salaires et bénéfices (actuel 16%)	4,679	4,775	96	2.0%	14,404
<i>Administration générale</i>	2,084	2,145	60	2.8%	6,478
<i>Gestion de la qualité et des risques</i>	997	1,032	35	3.4%	3,110
<i>Gestion de l'utilisation</i>	403	435	32	7.4%	1,312
<i>Autre Rel pub, Conge, Pré Infec.</i>	1,195	1,164	(31)	-2.7%	3,504
Services achetés et autres dépenses	1,108	1,192	84	7.0%	13,362
Santé mentale et services communautaires	23,169	23,434	265	1.1%	70,744
Salaires et bénéfices (actuel 11.5%)	20,619	21,313	695	3.3%	64,203
<i>Santé Mentale Restigouche</i>	3,490	4,395	905	20.6%	13,248
<i>Santé mentale hôpital</i>	3,516	3,508	(8)	-0.2%	10,571
<i>Traitement des dépendances</i>	2,245	2,244	(1)	-0.1%	6,760
<i>Santé Publique</i>	3,502	3,576	74	2.1%	10,769
<i>Santé Mentale communautaire</i>	7,865	7,590	(275)	-3.6%	22,854
Autres dép., subventions, déplacements, médicaments	2,550	2,120	(430)	-20.3%	6,542
Autres programmes	5,505	5,205	(300)	-5.8%	15,972
Recherche	326	376	51	13.5%	1,123
Enseignement médicale	1,907	1,948	41	2.1%	6,055
Dons/Fondations	337	271	(66)	-24.3%	822
Anciens combattants	2,445	2,415	(30)	-1.3%	7,395
Santé Canada	490	195	(296)	-151.7%	576
Assurance maladies	22,464	22,755	291	1.3%	72,262
Vitalité	236,607	234,949	(1,658)	-0.7%	706,108
Surplus/(Déficit) d'opération avant les sous-meni	(1,478)	(1,664)	186		(5,454)

VARIANCES BUDGÉTAIRES

Tableau C : Explications des écarts avec le budget 2019-2020

Année à date	En Millier de \$ surplus / (déficit)	Favorable / (Défavorable)	
		186 K	Sur un déficit d'opération réel de \$ 1 478 K et un budget montrant un déficit de \$ 1 664 K.
Financement		1 844 K	Sur un financement réel à date de \$ 235.1 M
Ministère de la Santé		2 073 K	Provision non ajustée au budget pour amendements des dépenses d'allocations retraites.
Assurance Maladie		(291 K)	Le Ministère rembourse les coûts éligibles.
Fonds fédéraux		(376 K)	Anciens combattants et formation médicale (les montants seront transférés du Fédéral)
Autres recouvrements et ventes		438 K	La politique de recouvrement des mauvaises créances permet de récupérer certaines mauvaises créances. Le ministère rembourse les mauvaises créances.
Dépenses totales		(1 658 K)	Sur un total de dépenses réelles à date de \$ 236.6 M
Salaires et bénéfices (excluant TSNB)		1 588 K	Le surplus est principalement attribuable à plusieurs postes au sein du Réseau tant au niveau clinique que de soutien et administratifs. Les besoins organisationnels continuent d'occasionner des heures en temps supplémentaires, particulièrement dans les secteurs suivants : services cliniques (+17.2%), services d'urgence (34.2%) et hémodialyse (85.1%). Durant les 4 premiers mois de l'année, le Réseau démontre un dépassement en heures surtemps de 17.8% versus l'année dernière, représentant un coût net de 827 K\$. Les heures de maladie sont également à la hausse avec un taux de 1.1% supérieur à la même période l'année dernière.
Travail Sécuritaire NB		19 K	Dépenses totales à date: 3.4 M\$, année précédente: 3.5M\$
Fournitures médicales & chirurgicales		(227 K)	Un accroissement dans le nombre de visites dans les services d'oncologie et d'hémodialyse ainsi que l'optimisation des cliniques externes contribuent à cette augmentation.
Médicaments		(519 K)	Oncologie augmentation de 1 043 visites par rapport à la même période l'an dernier, soit 6.6% d'augmentation des coûts en médicament dont 6.4 M\$ pour la période. Hémodialyse augmentation de 1 079 visites, soit 5.3% d'augmentation.
Fournitures laboratoires et radiologies		(537 K)	Augmentation 178,284 procédures au laboratoire qui représentent 6.0% de plus que l'an dernier.
Services achetés		(276 K)	(221 K) Diagnostic et thérapeutique (52 K) Consultation en général, formation et autres)
Entretien de bâtiments et d'équipement, fournitures		432 K	
Rénovations majeures		(1,323 K)	Les rénovations majeures ont atteint 1.9 M\$ en dépenses à date. Le plan directeur pour l'Hôpital de Dumont, l'amélioration de la salle d'oncologie à Dumont et des réaménagements de salles dans divers établissements du Réseau représentent les dépenses les plus marquées.
Énergie et taxe Carbone		(490 K)	Augmentation dans les taux d'énergie et l'impact de la taxe de carbone (94K)
Frais de déplacement		(172 K)	Les dépenses réelles se sont produites plus rapidement que prévu.
Frais de location		(210 K)	Les dépenses réelles se sont produites plus rapidement que prévu.
Autres dépenses		(265 K)	Les dépenses réelles se sont produites plus rapidement que prévu.
Assurance Maladie		291K	

BILAN FINANCIER COMPARATIF TRIMESTRIEL FINISSANT LE 30 JUIN 2019

Sommaire :

Le bilan financier est présenté sur une base trimestrielle, soit le premier trimestre finissant le 30 juin 2019, afin d'assurer une meilleure représentation de la situation financière.

Tableau E : Bilan financier comparatif pour la période se terminant le 30 juin 2019

Réseau de Santé Vitalité				
Situation financière				
	30 Juin 2019	30 juin 2018	31 mars 2019	31 mars 2018
Actifs financiers				
Encaisse	\$ 5,306,696	\$ 7,578,772	\$ 4,570,073	\$ 1,082,230
Encaisse - fonds en fiducie des patients	104,803	110,146	102,277	114,315
Compte à recevoir	52,323,146	58,565,021	76,618,132	72,869,693
Estimation du règlement de fin d'exercice de la province	2,800,271	2,774,140	2,831,435	2,751,521
Investissements temporaires	7,259,157	7,133,078	7,241,441	7,046,599
	\$ 67,794,073	\$ 76,161,157	\$ 91,363,358	\$ 83,864,357
Passifs				
Découvert bancaire				-
Fonds en fiducie des patients	\$ 104,800	\$ 110,146	\$ 102,277	\$ 114,315
Comptes et charges à payer	37,970,792	50,757,183	63,302,245	55,401,509
Revenus reportés	4,520,582	4,313,324	4,539,571	4,252,678
Revenus reportés en capital	168,804,354	90,785,982	168,804,354	91,511,633
Avantages sociaux courus (Note 8)	87,105,815	85,637,511	84,265,531	83,403,900
Obligation découlant d'un contrat de location-acquisition	82,156,679	83,733,680	82,559,158	84,114,468
	\$ 380,663,023	\$ 315,337,825	\$ 403,573,136	\$ 318,798,503
Dettes financières nettes	-\$ 312,868,950	-\$ 239,176,668	-\$ 312,209,778	-\$ 234,934,147
Actifs non-financiers				
Immobilisations (Note 10)	546,252,392	488,430,664	550,344,608	492,429,484
Frais payés d'avance et fournitures (Note 11)	9,228,224	8,911,224	9,850,596	6,617,820
	\$ 555,480,616	\$ 497,341,887	\$ 560,195,204	\$ 499,047,304
Surplus accumulé	\$ 242,611,667	\$ 258,165,219	\$ 247,985,426	\$ 264,113,158

Limitation : Le bilan financier trimestriel représente une situation juste de l'ensemble de la position financière du réseau de santé Vitalité, par contre, certains postes de bilan peuvent ne pas contenir tous les montants encourus et d'estimations en fin de période, tels que normalement accomplis en fin d'année.