

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Date et heure :	Le 22 septembre 2020 à 08:30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Zoom
Présidente :	Claire Savoie		
Secrétaire de direction :	Lucie Francoeur		

Participants**Membres**

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

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujets	Pages	Action
8 h 30	1. Ouverture de la réunion		Décision
8 h 31	2. Constatation de la régularité de la réunion		
8 h 32	3. Adoption de l'ordre du jour	1	Décision
8 h 33	4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels		
8 h 34	5. Résolutions en bloc 5.1 Adoption des résolutions en bloc 5.2 Adoption du procès-verbal du 2 juin 2020 5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 2 juin 2020 5.4 Mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients 5.5 Plan de travail 2020-2021 5.6 Rapport de plaintes – T1 5.7 Rapport d'incidents – T1 5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1 5.9 Recommandations des Comités de revues 5.10 Rapport d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T1 5.11 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles 5.12 Cadre conceptuel en éthique	2 - 4 5 6 - 9 10 - 11 12 - 17 18 - 23 24 - 26 27 - 29 30 - 35 36 37 - 111	Décision
9 h 00	6. Autres 6.1 Mise à jour sur la démarche d'agrément	112 - 114	Information
9 h 05	6.2 Tableau de bord du Centre Hospitalier Restigouche – août 2020 (Invité : Jacques Duclos)	115 -118	Information
9 h 15	7. Affaires permanentes 7.1 Tableaux de bord stratégique et équilibré – T1	119 - 188	Information
9 h 45	8. Date de la prochaine réunion : le 17 novembre 2020 à 08:30		Information
9 h 46	9. Levée de la réunion		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 2 juin 2020 à 08:30 Zoom
But de la réunion :	Réunion régulière		
Présidente : Secrétaire :	Claire Savoie Lucie Francoeur		
Participants			
Claire Savoie ✓	Anne Soucie ✓	Sonia A. Roy ✓	
Gilles Lanteigne ✓	Janie Levesque ✓	Diane Mignault ✓	
Gisèle Beaulieu ✓	Dre Nicole LeBlanc ✓	Michelyne Paulin ✓	
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

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

2. Constatation de la régularité de la réunion

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

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2020-06-02 / 01SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A. Roy

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

Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

5. Résolutions en bloc

5.1 Adoption des résolutions en bloc

5.2 Adoption du procès-verbal du 17 mars 2020

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 17 mars 2020

5.4 Rapport annuel - Plaintes

5.5 Rapport annuel – Gestion des risques

5.6 Rapport annuel – Langues officielles

5.7 Rapport annuel – Accès à l'information

5.8 Rapport annuel – Éthique

5.9 Rapport annuel – Confidentialité et protection de la vie privée

5.10 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles

5.11 Recommandations des Comités de revue

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

5.5 Rapport annuel – Gestion des risques

5.6 Rapport annuel – Langues officielles

5.7 Rapport annuel – Accès à l'information

5.9 Rapport annuel – Confidentialité et protection de la vie privée

MOTION 2020-06-02 / 02SCGQS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

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

5.5 Rapport annuel – Gestion des risques

5.6 Rapport annuel – Langues officielles

5.7 Rapport annuel – Accès à l'information

5.9 Rapport annuel – Confidentialité et protection de la vie privée

Adopté à l'unanimité.

5.5 Rapport annuel – Gestion des risques

Les réclamations pour bris et perte de biens jusqu'à 6,000 \$ sont gérées par le Service de gestion des risques en collaboration avec les gestionnaires des unités/services concernés. Les montants payés ont diminué de 9 %. Pour ce qui est des réclamations pour bris et perte de biens de plus de 6,000 \$, celles-ci sont gérées par l'administrateur du Plan de protection de responsabilités civiles de la province, soit HIROC. Les effets personnels les plus souvent perdus et les plus souvent brisés sont les prothèses dentaires, les appareils auditifs et les lunettes. Ces objets sont très dispendieux. En 2019-2020, les réclamations s'élèvent à 15,444 \$ pour l'ensemble du Réseau comparativement à 17,044 \$ en 2018-2019.

Pour ce qui est des alertes et rappels, ceux-ci font l'objet d'une vérification et d'un suivi, afin d'assurer la sécurité des patients et des employés. Au cours de l'année 2019-2020, nous remarquons une augmentation des alertes/avis et rappels, soit 96 alertes et 91 rappels furent reçus par le Réseau. Le Service de gestion des risques s'assure que ces alertes et rappels soient communiqués aux utilisateurs/services/unités concernés et que les actions requises soient effectuées en temps opportun et documentées.

Dans le cadre du processus de demandes d'aide médicale à mourir, le Service de gestion des risques procède à la vérification administrative des documents. Cette vérification se fait lorsque les quatre (4) documents suivants sont reçus : la demande écrite du patient, les deux (2) évaluations d'admissibilité et le consentement signé du patient. Certaines demandes ne se rendent pas à cette étape pour diverses raisons: le patient change d'idée, il y a perte de capacité à consentir en cours de processus ou décès du patient en cours de processus. En 2019-2020, il y a eu 91 demandes d'aide médicale à mourir, puis 85 demandes évaluées. L'écart est justifié par le fait que parfois, le client va changer d'idée, ou bien qu'il décède ou bien qu'il n'est plus en mesure de consentir.

5.6 Rapport annuel – Langues officielles

Nous remarquons une amélioration quant au niveau de satisfaction liée aux langues officielles. Les données proviennent des résultats du sondage interne de satisfaction de la clientèle. De façon globale, les résultats démontrent une amélioration continue dans les cinq dernières années. Bravo !

5.7 Rapport annuel – Accès à l'information

En 2019-2020, 100 demandes de renseignements en vertu de la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée ont été reçues et traitées, comparativement à 36 en 2018-2019. Les demandes d'accès à l'information proviennent majoritairement des médias et des groupes d'intérêts, puis une nouvelle catégorie de demandeur s'est ajoutée cette année, soit les partis politiques. Il paraît que le nombre de demandes d'accès à l'information augmente tous les ans dans plusieurs institutions provinciales.

Les membres se questionnent s'il y a lieu d'améliorer la façon dont les demandes d'accès sont traitées par le commissaire à l'information, puisque cette même personne agit également à titre d'Ombud intérimaire. D'ailleurs, il semble exister un conflit entre l'interprétation des deux rôles. Des discussions ont déjà eu lieu avec le ministère de la Santé, en raison des défis perpétuels que cela occasionne au Réseau.

5.9 Rapport annuel – Confidentialité et protection de la vie privée

En 2019-2020, le Réseau a traité 51 incidents hors service. Ces incidents sont rapportés au Bureau de la vie privée, mais l'origine provient d'une autre organisation, entre autres le Réseau de santé Horizon, le ministère de la Santé, les cabinets privés de médecins, etc. Le rôle du Bureau de la vie privée est de communiquer à ces organisations l'incident et au besoin les aider dans l'analyse de la cause et assurer un suivi.

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

6. Affaires permanentes

6.1 Tableau de bord équilibré – T4

Le tableau de bord équilibré du quatrième trimestre est présenté aux membres qui inclut une analyse plus détaillée de certains indicateurs ciblés, identifiables par une loupe dans le sommaire et les fiches d'analyse.

Le tableau de bord équilibré sera révisé pour la prochaine année fiscale, afin de l'arrimer au Plan stratégique 2020-2023. En fait, le nouveau tableau de bord sera présenté avec le Plan régional de santé et d'affaires 2020-2021 lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration prévue le 23 juin 2020.

Le pourcentage de patients traités dans les 40 jours aux Centres de santé mentale est inférieur à la cible dans chacune des zones. À première vue, notre cible de 100 % est peut-être un peu ambitieuse reste que tous les patients prioritaires ont été traités dans les 40 jours.

Le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein du Réseau demeure sous la barre des 90 % depuis 2017-2018 et est en légère baisse avec 77.9 % en 2019-2020. Au quatrième trimestre, la Zone 4 est au-delà de la cible avec 94.2 %, et la Zone 6 a la plus faible conformité avec 74.5 %. Les résultats ont par ailleurs tous augmenté au cours du dernier trimestre parallèlement en raison de la pandémie.

En ce qui concerne le pourcentage de lits occupés par des cas de soins de longue durée, il y a eu beaucoup de transferts de patients en mars-avril vers des foyers de soins dans les régions avoisinantes, cependant il y a certaines régions où les foyers n'avaient pas la capacité d'accueillir d'autres patients. Les données au quatrième trimestre démontrent que toutes les zones sauf la Zone 4 sont au-dessus de la cible de 22 %.

Entre 2017-2018 et 2019-2020, le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence au sein du Réseau est demeuré stable et atteint environ 61 %, soit légèrement au-dessus de la cible de 57 %. Cet indicateur nécessite d'être clarifié davantage, afin d'éviter la confusion. En fait, nous voulons voir moins de visites à l'urgence de niveaux 4 et 5, puisqu'elles sont considérées moins urgentes. Des actions concrètes sont mises en place, afin d'améliorer le rendement de cet indicateur.

Le contexte de la pandémie COVID-19 fait en sorte que les données seront grandement influencées durant les prochaines années. Tout d'abord, les rapports permettront d'expliquer les écarts importants entre les résultats obtenus et les résultats attendus. Aussi, nous devons livrer certains de nos services d'une autre façon et plusieurs indicateurs clés de performance s'amélioreront.

La pandémie COVID-19 entraîne également des délais d'attente pour subir une intervention chirurgicale élective, un examen diagnostique et autres services de soins de santé non urgents. Nous devons identifier des stratégies possibles à mettre en place pour réduire ces délais.

7. Date de la prochaine réunion : le 22 septembre 2020 à 08:30.

8. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Anne Soucie à 09:43

Claire Savoie
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance et Qualité

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 22 septembre 2020

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 2 juin 2020

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

Soumis le 31 août 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 22 septembre 2020

Objet : Mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Le mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients 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 8 septembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ SUR LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS	N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2020-06-23
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2019-06-18
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2020-06-23
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

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

Composition et fonctionnement

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

Responsabilités

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

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

Rapport

1. Le comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, ce qui comprend une revue annuelle de la qualité, de la sécurité, des risques et de l'éthique. Les rapports réguliers peuvent comprendre, entre autres :
 - 1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, les risques, la sécurité et les services à la clientèle;

- 1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients;
- 1.3 Analyse des causes profondes soumises par le comité;
- 1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables;
- 1.5 Satisfaction/perception des patients;
- 1.6 Satisfaction/perception des médecins;
- 1.7 Satisfaction/perception des employés;
- 1.8 Culture de sécurité des patients;
- 1.9 Agrément;
- 1.10 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats;
- 1.11 Rapport des activités en éthique.

Plan de travail et objectifs annuels du comité

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

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

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 22 septembre 2020

Objet : Plan de travail 2020-2021

Un plan de travail 2020-2021 est proposé afin que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients puisse voir les progrès réalisés par le Réseau de santé Vitalité envers l'atteinte de ses objectifs en matière de soins centrés sur les usagers et leur famille, et les responsabilités du conseil à l'égard de l'amélioration de la qualité, de la sécurité des usagers et des membres de l'équipe, et d'un milieu de travail positif.

Proposé par

Appuyé

Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients approuve le plan de travail pour l'année 2020-2021.

Adopté

Soumis le 8 septembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

PLAN DE TRAVAIL

2020-2021

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

Date de la réunion	Activités
Septembre 2020	<ul style="list-style-type: none">• Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, des risques et de l'éthique• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord équilibré et d'autres rapports réguliers• Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2021• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Novembre 2020	<ul style="list-style-type: none">• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord équilibré et d'autres rapports réguliers• Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP• Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2021• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Mars 2021	<ul style="list-style-type: none">• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord équilibré et d'autres rapports réguliers• Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP• Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2021• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Juin 2021	<ul style="list-style-type: none">• Révision du plan de travail et du calendrier des réunions du Comité de la qualité• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord équilibré et d'autres rapports réguliers• Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP• Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis)• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)

Note d'information

Point 5.6

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

Date : 2020 09 22

Objet : Rapport sur les plaintes T1 2020-2021

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les données du premier trimestre de l'année financière 2020-2021, ainsi que les données comparatives pour les deux années précédentes. Les graphiques et les données détaillées sur les plaintes sont en annexe.
- Pour l'ensemble du Réseau, on note une augmentation de 20 % dans le nombre total de plaintes comparé au même trimestre l'année dernière (T1 2019-2020). Cette augmentation est attribuable au nombre plus élevé de plaintes dans les catégories : qualité des soins, communication et politiques. Certaines de ses plaintes peuvent être attribuables à la COVID-19 puisqu'on compte 38 plaintes dans le dernier trimestre en lien avec la pandémie.
- Les plaintes liées à la qualité des soins représentent environ 51 % du total des plaintes. Les plaintes dans cette catégorie proviennent en grande partie des services d'urgence et des soins ambulatoires/cliniques.
- Les plaintes liées à la qualité des soins sont majoritairement réparties dans trois catégories, soit : les soins donnés en général, les attentes du patient qui n'ont pas été rencontrées, et la période d'attente pour un service.
- Les plaintes liées au comportement représentent 23 % de l'ensemble des plaintes. On note que le nombre est demeuré stable comparativement au T1 2019-2020.
- Les plaintes en lien avec la communication ont connu une augmentation (8 à 14) par rapport au T1 2019-20, les plaintes de cette catégorie étaient en lien avec la confidentialité et le partage de renseignements.
- Comparativement au T1 2019-20, on note une diminution considérable dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement. Cette diminution est attribuable au nombre de plaintes décroissant au niveau du stationnement.
- Comparé au T1 2019-20, on note une amélioration dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours, de 31-60 jours, de 61-90 jours et aucune plainte non résolue de plus de 120 jours.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Les plaintes sont classées selon des définitions et catégories provinciales (qualité des soins/services, comportement, communication, environnement, politiques et autres). Des sous-catégories sont également disponibles et permettent une meilleure analyse des données.

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

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Aucun – rapport présenté à titre d'information.

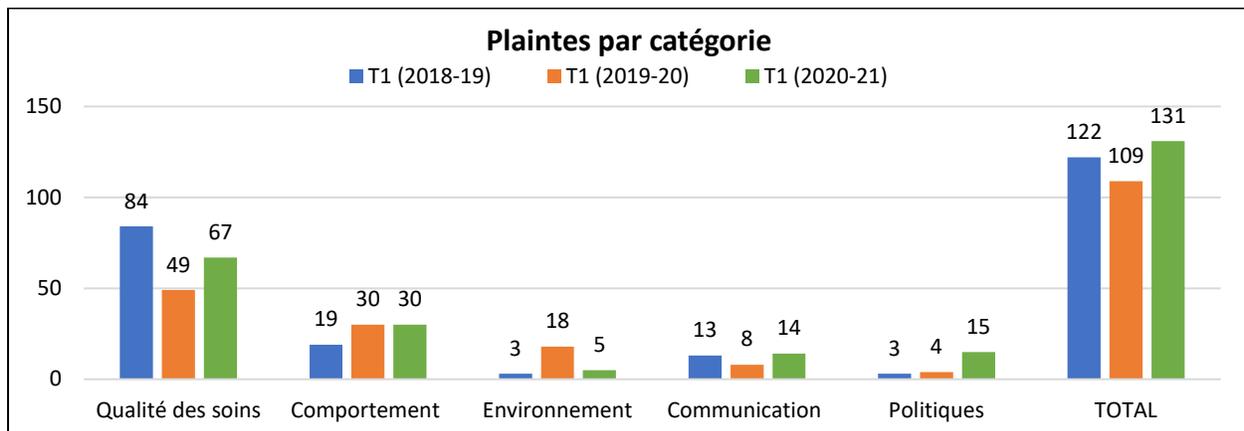
Proposition et résolution

Aucune

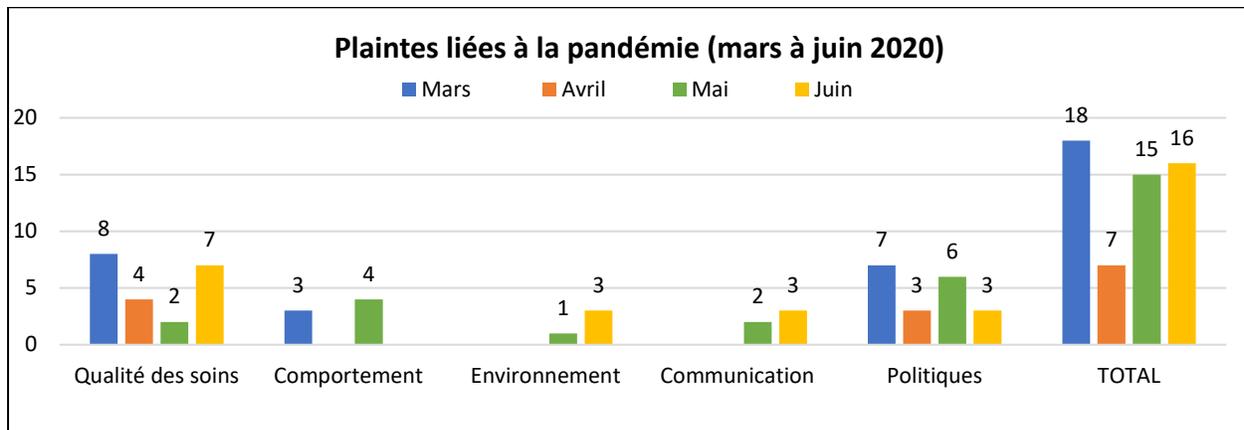
Soumis le 2 septembre 2020 par Lynne Levesque, gestionnaire régionale - Qualité et Sécurité des patients.

ANNEXE

Rapport sur les plaintes T1 2020-2021



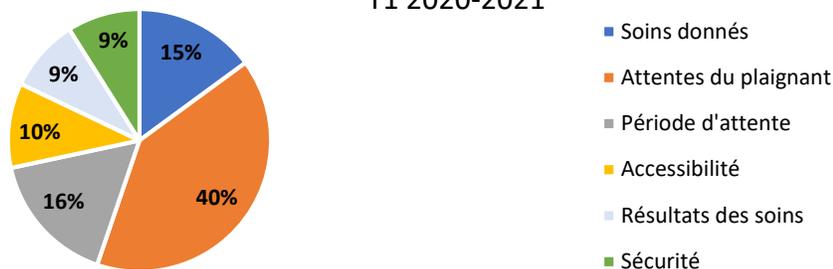
- Dans l'ensemble du Réseau, on note une augmentation de 20 % dans le nombre total de plaintes comparativement au même trimestre l'an dernier (T1 de 2019-2020).
- Cette augmentation est attribuable au nombre plus élevé de plaintes dans les catégories : qualité des soins, communication et politiques.
- Les plaintes liées à la qualité des soins proviennent en grande partie des services de l'urgence (43 %) et des soins ambulatoires/cliniques (25 %).
- Les plaintes dans la catégorie comportement sont demeurées stables soit à 30, tandis que l'on compte une diminution considérable des plaintes de la catégorie environnement, passant de 18 à 5.



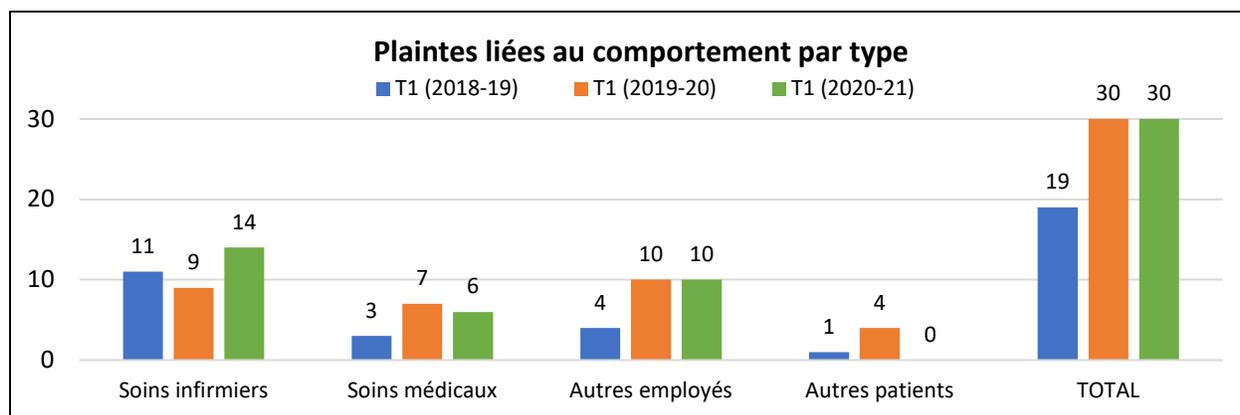
- Depuis le début de la pandémie de la COVID-19, le Service de qualité et sécurité des patients comptabilise les insatisfactions face à cette réalité. Parmi toutes les catégories de plaintes confondues, on compte 56 plaintes liées à la pandémie depuis mars 2020.
- La majorité de ces plaintes dans la catégorie politiques/règlements sont en lien avec les restrictions des visites, les directives concernant l'échange des vêtements, d'effets personnels et des aliments, les restrictions d'accompagnement lors des rendez-vous externes et visite à l'urgence, les restrictions des sorties/privilèges et le besoin de prendre rendez-vous pour les prises de sang.
- Dans la catégorie qualité des soins, on retrouve les insatisfactions en lien avec des rendez-vous et chirurgies qui ont dû être annulés ou reportés, ainsi que certaines attentes des patients non rencontrées telles que le manque d'activité de divertissement et l'accès à un iPad ou une télévision.

Plaintes liées à la qualité des soins par type

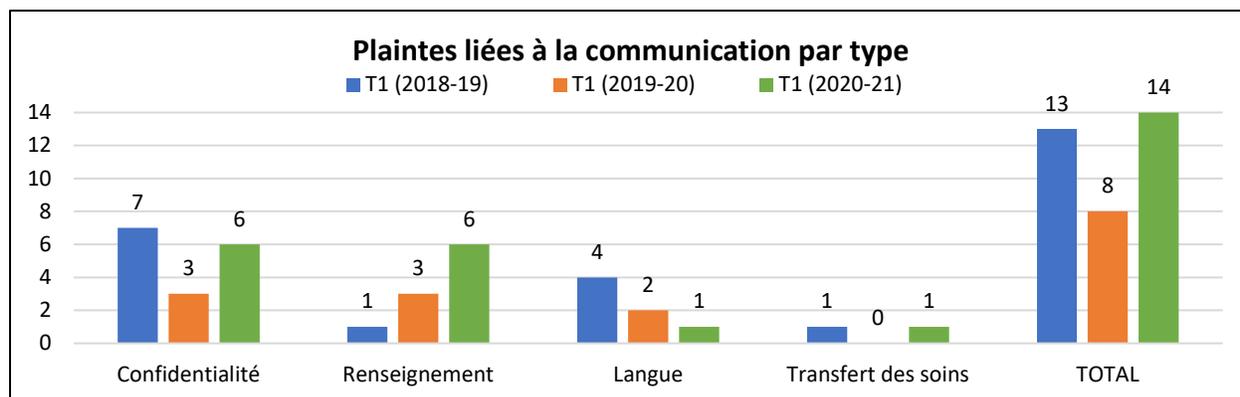
T1 2020-2021



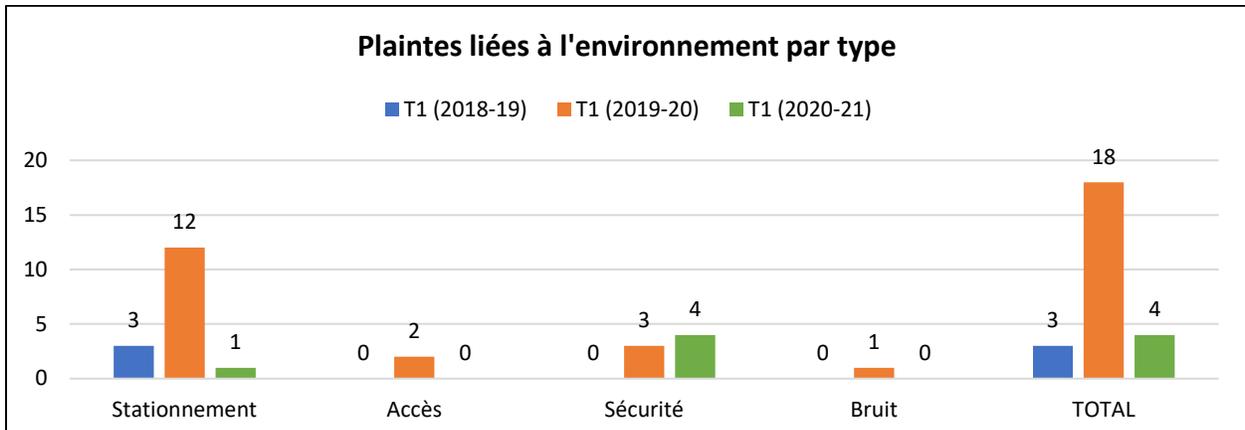
- Ce tableau démontre la répartition des plaintes par type dans la catégorie liée à la qualité des soins. 71 % des plaintes liées à la qualité des soins sont réparties dans trois catégories, soit :
 - Les attentes du patient qui n'ont pas été rencontrées pour 40 % (ex. attentes au niveau du type de traitement, examen diagnostique, des soins offerts, etc.).
 - La période d'attente pour un service pour 16 % (ex. à l'urgence et à la clinique externe).
 - Les soins donnés en général pour 15 % (ex. à l'urgence et en psychiatrie).



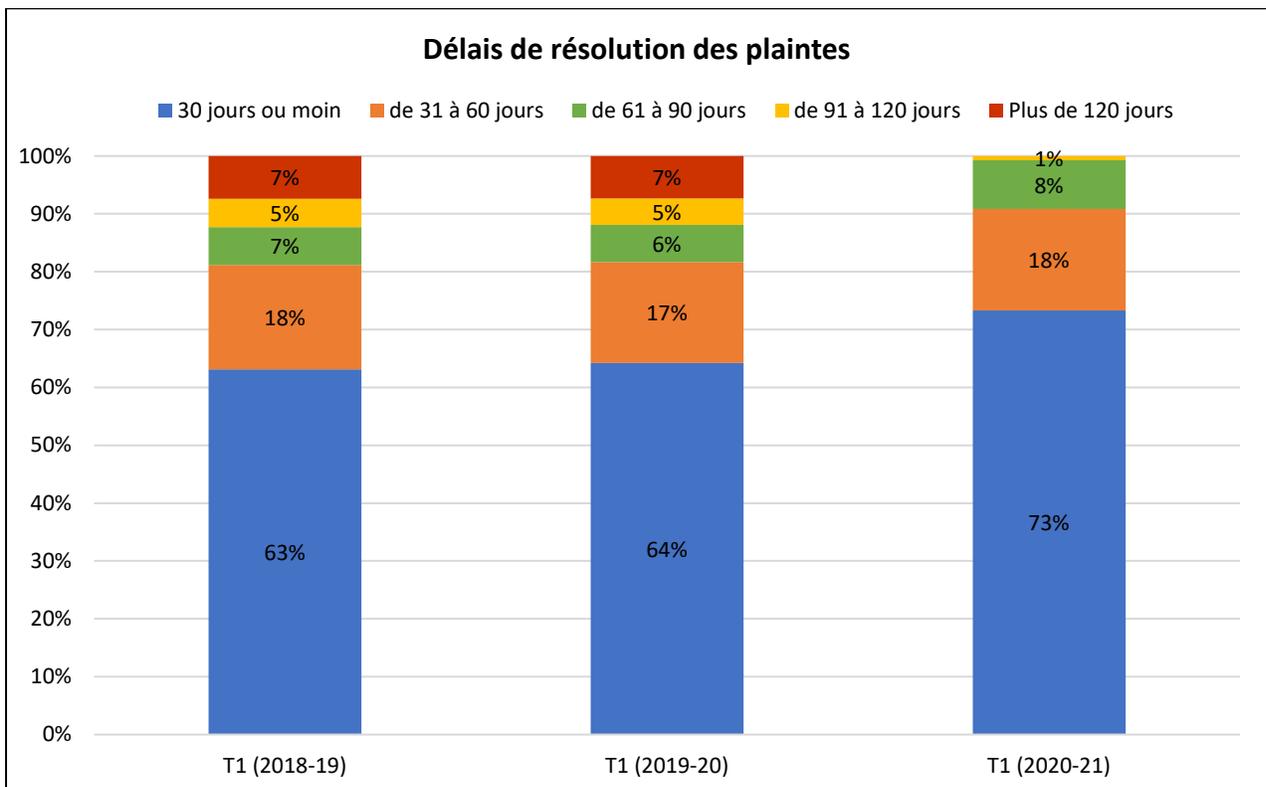
- Au T1 2020-2021, les plaintes liées au comportement représentaient 23 % de l'ensemble des plaintes et le nombre est demeuré stable lorsqu'on compare au T1 de 2019-2020.



- Les plaintes liées à la communication représentent 11 % de l'ensemble des plaintes pour le T1 de 2020-2021. Le nombre a presque doublé comparé à la même période de l'année 2019-2020.
- Dans la sous-catégorie confidentialité, on compte 4 plaintes pour perte de carte d'assurance-maladie et 2 en lien avec le partage d'information confidentielle.
- Dans la sous-catégorie renseignements, nos patients nous avisent qu'ils n'ont pas été informés lors de l'annulation ou du changement d'un rendez-vous, et de la modification de certains processus dus à la pandémie.



- Comparativement au T1 2019-2020, on note une diminution considérable dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement. Cette diminution est attribuable à une diminution des plaintes liées au stationnement. Du côté de la sécurité, on note les inquiétudes des patients liées aux processus de nettoyage en lien avec la pandémie.



- Comparé au T1 2019-2020, on note une amélioration dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours, de 31-60 jours et de 61-90 jours et aucune plainte non résolue de plus de 120 jours. Des efforts additionnels ont été déployés afin de rencontrer la cible de 30 jours pour la résolution des plaintes. Le taux de conformité atteint était de 73 % comparativement à 64 % pour la même période l'an dernier.

Exemples d'améliorations découlant des plaintes

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

- Un nouveau système au service de rendez-vous/d'envoi des requêtes à l'HSMK a été mis en place afin d'améliorer le fonctionnement actuel et de minimiser le risque de perte de requête et le retard dans l'acheminement des suivis.
- Un nouveau protocole régional a été établi en pathologie pour améliorer le délai d'exécution. Au lieu de sortir le rapport des délais en pathologie chaque mois, ceci sera fait toutes les 2 semaines.
- L'utilisation du protocole de traitement de la douleur dans un traitement palliatif pour les patients est en processus d'évaluation afin d'améliorer la communication entre le personnel médical et infirmier concernant l'administration des analgésiques aux patients.
- Le processus d'entreposage des médicaments personnels des patients à la salle d'urgence a été révisé afin de limiter le risque de perte des biens du patient.
- Élaboration en cours d'un nouveau processus pour récupérer les cartes d'assurance maladie retrouvées et de s'assurer de les retourner au bon patient.

Note d'information

Point 5.7

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

Date : 2020 09 22

Objet : Rapport trimestriel sur les incidents (T1 2020-21)

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les données du premier trimestre de l'année financière 2020-2021. Les graphiques et les données détaillées sur les incidents sont en annexe.
- Les incidents sont classés selon des définitions et catégories provinciales. Les gestionnaires reçoivent mensuellement un rapport de tendance sur les incidents rapportés propre à leur(s) service(s) et peuvent ainsi identifier les tendances et cibler les occasions d'amélioration.
- On remarque une diminution (21%) du nombre total d'incidents rapportés au T1 2020-21 comparativement au T4 de l'année précédente. Cette diminution est notée dans toutes les catégories d'incidents. On note également une diminution comparativement au nombre d'incidents rapportés au T1 de l'année précédente. La diminution des services et des admissions durant cette période en raison du contexte de la pandémie de la COVID-19 explique cette baisse.
- Les incidents évités de justesse représentent 5.8 % du total des incidents rapportés pour le T1 (2020-21).
- Les chutes, les incidents liés à la sécurité et ceux liés aux médicaments représentent 71 % de l'ensemble des incidents.
- De façon générale, les chutes se produisent le plus fréquemment alors que le patient est debout ou marchant/ambulant et au lit/civière.
- Les incidents liés à la sécurité les plus fréquents sont les agressions physiques, les altercations/abus verbaux et les bris de confidentialité.
- Les incidents liés aux médicaments les plus fréquents sont les omissions, les incidents de posologie/concentration et les aucune ordonnance.
- Les incidents modérés, graves et critiques représentent une très faible proportion des incidents rapportés (2 %). Tous les incidents graves et critiques sont référés aux comités de revue pour une analyse des causes profondes et la mise en place de mesures pour prévenir que les incidents se reproduisent.
- Les incidents font l'objet d'analyse afin d'identifier et mettre en place des mesures pour prévenir la récurrence d'incidents semblables. Voir en annexe des exemples d'analyse et les améliorations qui en découlent.

Note d'information

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

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

Suivi à la décision

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

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 31 août 2020 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques.

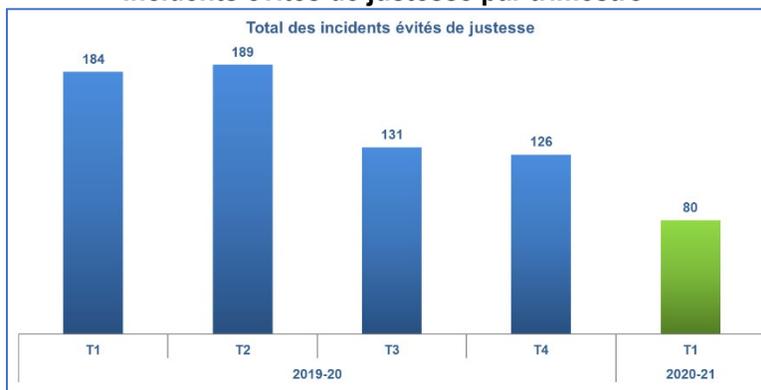
ANNEXE
Rapport sur les incidents T1 2020-21

1- Total des incidents rapportés

Total des incidents rapportés par trimestres



Incidents évités de justesse par trimestre



Observations / Explications :

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

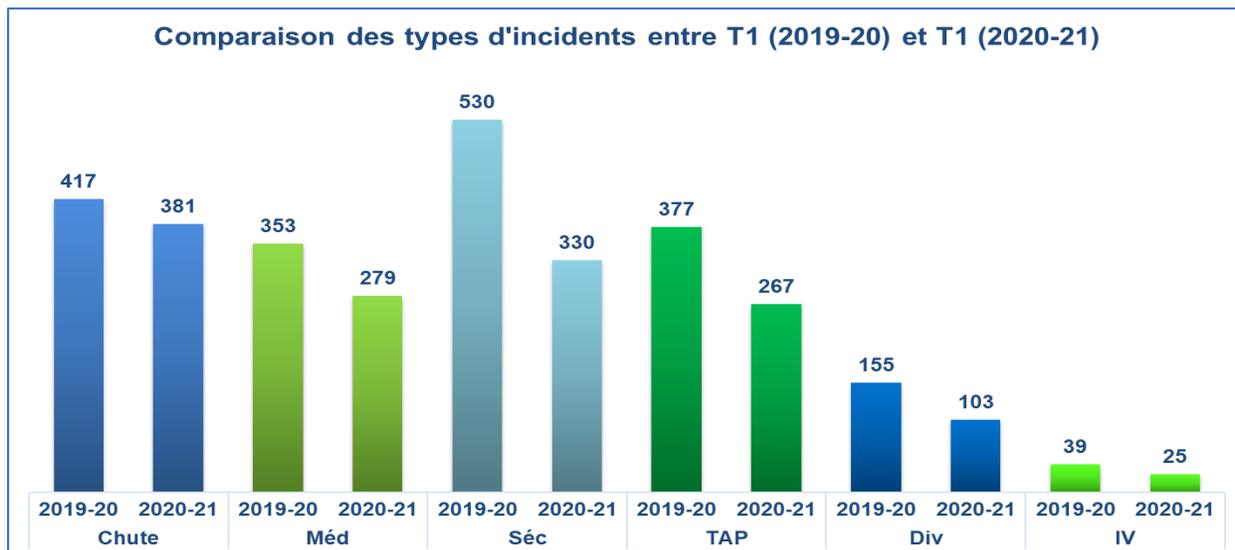
- On remarque une diminution du nombre d'incidents rapportés au T1 2020-21 comparativement au T4 de l'année précédente. Le nombre d'incidents rapportés est en deçà du T1 de l'année précédente, ainsi que ceux des autres années (2017-2018 : 2140 incidents rapportés, 2018-2019 : 2154 incidents rapportés).
- Au T1 (2020-21), les incidents évités de justesse représentent 5.8 % du total des incidents rapportés soit 80 sur les 1389 incidents. On remarque une tendance à la baisse, plus marquée ce trimestre-ci. Les zones 1B (41 %) et 4 (34 %) demeurent celles qui rapportent le plus les IEJ.
- Nous avons remarqué une tendance à la baisse significative en T1 cette année. La diminution du volume d'activités (admissions et services) en raison de la pandémie a eu un impact sur le nombre des incidents rapportés.

Mesures prises :

Les gestionnaires reçoivent mensuellement un rapport de tendance sur les incidents rapportés propre à leur service et peuvent ainsi identifier les tendances et cibler les occasions d'amélioration. C'est un travail en continu.

ANNEXE
Rapport sur les incidents T1 2020-21

2- Incidents rapportés par catégories



Légende : Méd = Incidents liés aux médicaments
 TAP = Incidents liés aux traitements/analyses/procédés
 IV = Incidents liés aux solutés intraveineux et transfusions sanguines
 Séc = Incidents liés à la sécurité
 Div = Incidents divers

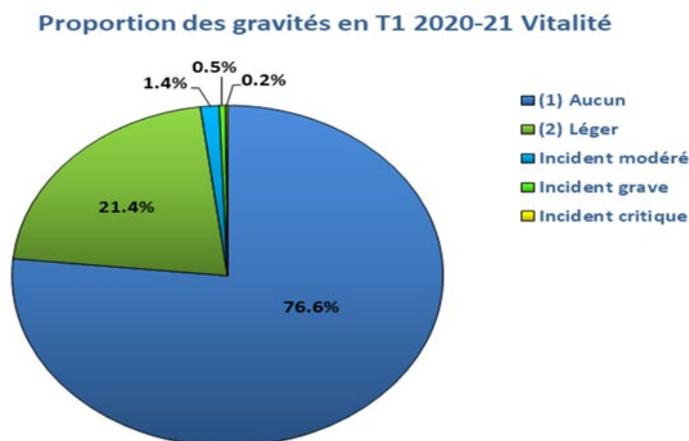
Nombre d'incidents rapportés par catégories – par trimestre



Observations / Explications:

- Ces données représentent une comparaison du premier trimestre (T1) pour les années (2019-20) et (2020-21) par types d'incidents pour l'ensemble du Réseau. La proportion des incidents par types (sur l'ensemble des incidents) est comme suit: Chutes 27 %, Sécurité 24 %, Médicaments 20 %, Traitement/analyse/procédé (TAP) 19 %, Divers 7 % et Intraveineux/transfusion (IV) 2 %.
- On remarque une diminution du nombre d'incidents rapportés dans toutes les catégories en T1 (2020-21) comparativement à T1 et T4 (2019-20).

3- Incidents modérés, graves et critiques (décès)



Observations / Explications :

- Les incidents modérés, graves et critiques représentent une très faible proportion des incidents rapportés (2 %).

Mesures prises :

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

4- Suivis découlant des analyses de tendances

- En mai 2020, on note une augmentation du nombre d'incidents de type traitement/analyse/procédé/ sur une unité. L'arrivée en poste d'une nouvelle gestionnaire et d'une nouvelle infirmière ressource a augmenté la vigilance quant au fait de rapporter les incidents. Aussi, certains incidents sont liés au travail collaboratif alors que certaines infirmières auxiliaires sont encore en période d'apprentissage. Les suivis et le coaching se poursuivent auprès des employés afin de bien encadrer leur pratique.
- En mai 2020, on note une augmentation d'incidents reliés aux médicaments sur une unité. Les incidents se produisent surtout en soirée. Les pistes d'améliorations identifiées furent de revérifier la fiche d'administration des médicaments (FADM) après chaque passe de médicaments et d'assurer une coordination avec la pharmacie pour améliorer la FADM lorsqu'un même médicament est inscrit Per Os/Intramusculaire.

NB : étant donné la diminution du nombre d'incidents rapportés en T1, il fut plus difficile d'observer des tendances et d'en faire des analyses.

5- Recommandations à la suite des analyses des incidents

- Des analyses de causes profondes sont souvent effectuées à la suite d'incidents ayant causé une conséquence modérée ou à la suite d'un incident évité de justesse qui aurait pu avoir des conséquences graves.
- Les recommandations émises à la suite des analyses de causes profondes effectuées pour des incidents survenus à l'intérieur du T1 sont présentées ci-dessous.

ANNEXE
Rapport sur les incidents T1 2020-21

Type d'incident	Brève description	Recommandations
Traitement	Omission de placer des bas compressifs à 3 reprises et plaies débutées.	Rappel au personnel sur l'importance de faire une évaluation avant de placer les bas compressifs et d'informer l'infirmière si le patient refuse les bas compressifs.
		Ajouter un tableau blanc au chevet du patient pour inscrire les données importantes (par ex: bas compressifs avant lever).
		Assurer d'encadrer (orientation/ formation) le nouveau personnel qui flotte à l'unité.
		Faire un rappel au personnel sur la politique en lien avec la retranscription des ordonnances sur la feuille d'ordonnance et au Kardex.
		Mettre à jour le Kardex en enlevant les données complétées et planifier la retranscription au propre aux 2 semaines.
		Rétérer au personnel l'importance d'avoir une documentation complète au dossier et de documenter lorsque le patient refuse un traitement.
		Assurer de bien expliquer au patient les risques de ne pas mettre les bas compressifs et d'informer le médecin et l'infirmière responsable des plaies du refus.

Note d'information

Point 5.9

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

Date : 22 septembre 2020

Objet : Recommandations des Comités de revues

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

- Conformément aux exigences de la *Loi sur la Qualité des soins de santé et la sécurité des patients*, ce rapport présente les recommandations des comités de revues pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, soit en mai 2020.
- Ce rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des comités de revues qui ont été effectués avant cette période.
- Dans la période de mai à juillet 2020 un total de 8 revues ont été effectuées (5 incidents préjudiciables et 3 suicides en communauté) et un total de 30 recommandations ont été émises.
- De ces 30 recommandations : 5 (17 %) sont en place et 25 (83 %) sont en voie d'implantation (la plupart avec des échéanciers dans les prochains mois). Voir tableau en annexe « Résumé des recommandations - Comités de revues mai à juillet 2020 ».
- Il y a eu 9 revues effectuées avant mai 2020 avec recommandations incomplètes. Pour ces 9 revues, 74 % (40/54) des recommandations sont implantées et il reste 14 recommandations à mettre en place.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

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

Adoption

Soumis le 14 septembre 2020 par Lynne Levesque, gestionnaire régionale – Qualité et sécurité des patients.

Annexe – Tableau des résultats
Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés
 Q1 2019-20 vs 2020-21

QUESTIONS	CSNB 2016 (%)		Vitalité 2019-20 (%)	Vitalité 2020-21 (%)
	NB	Vitalité	Q1	Q1
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	20.5	17.4	9	4
Q2) Traiter avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.8 MD 79.9 RN	87 MD 81.8 RN	90	91
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	74.8 MD 69.4 RN	79.5 MD 74.1 RN	85	88
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	61.3	69.4	76	88
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	67.7	68.0	83	86
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	60.3	60.0	75	81
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	71.7	70.7	75	71
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	60.4	63.3	70	70
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	36.4	41.8	38	46
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	51.7	55.8	71	65
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	41.7	50.1	62	54
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent + Très bonne)	19.5	23.0	37	39
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	80.1	74.3	91	49
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	69.7	72.7	88	84
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.8	84.3	93	95
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	81.9	80.7	90	80
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	65.2	74.2	76	89
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.7	81	88
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	91.1	86.9	93	91
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	78.9	82.5	90	89

Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)							
Z1B		Z4		Z5		Z6	
Q1 2019-20	Q1 2020-21	Q1 2019-20	Q1 2020-21	Q1 2019-20	Q1 2020-21	Q1 2019-20	Q1 2020-21
88%	84%	94%	95%	94%	86%	87%	91%

Note d'information

Point 5.9

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

Date : 22 septembre 2020

Objet : Recommandations des Comités de revues

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

- Conformément aux exigences de la *Loi sur la Qualité des soins de santé et la sécurité des patients*, ce rapport présente les recommandations des comités de revues pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, soit en mai 2020.
- Ce rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des comités de revues qui ont été effectués avant cette période.
- Dans la période de mai à juillet 2020 un total de 8 revues ont été effectuées (5 incidents préjudiciables et 3 suicides en communauté) et un total de 30 recommandations ont été émises.
- De ces 30 recommandations : 5 (17 %) sont en place et 25 (83 %) sont en voie d'implantation (la plupart avec des échéanciers dans les prochains mois). Voir tableau en annexe « Résumé des recommandations - Comités de revues mai à juillet 2020 ».
- Il y a eu 9 revues effectuées avant mai 2020 avec recommandations incomplètes. Pour ces 19 revues, 74 % (40/54) des recommandations sont implantées et il reste 14 recommandations à mettre en place.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

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

Adoption

Soumis le 14 septembre 2020 par Lynne Levesque, gestionnaire régionale – Qualité et sécurité des patients.

Résumé des recommandations – Comités de revues de mai à juillet 2020

Types d'incidents	Résumé des recommandations
<p>Chutes avec fracture - 4 revues individuelles et 1 revue par agrégat (5 dossiers)</p>	<ul style="list-style-type: none"> (V) - Faire un rappel au personnel concernant l'importance de faire l'évaluation immédiate du patient au sol à la suite d'une chute et de toujours utiliser la planche de transfert. (V) - Voir à la possibilité de faire l'achat de planche de transfert additionnel. (V) - Vérifier la possibilité d'avoir un bouton avec la fonction « <i>en attente</i> » sur l'alarme de sécurité (<i>bed check</i>) afin de permettre d'arrêter l'alarme sans désactiver le système. (V) - Faire un rappel sur l'importance de remplir le formulaire post-chute et d'appliquer les interventions nécessaires. (J) – Faire un rappel au personnel de voir aux besoins de confort, de positionnement, de toilette et d'effets personnels à la portée de la main des patients lors de tournées horaires. (J) - Offrir de l'enseignement au personnel de l'unité sur les critères de l'échelle de Morse ainsi que la fréquence de l'évaluation. (J) – Faire un rappel au personnel de documenter les interventions mises en place à l'endos du formulaire de l'échelle de chute Morse et de noter les particularités au plan de soins / Kardex. (J) - Faire un rappel auprès de l'équipe soignante de ne pas hésiter à consulter le pharmacien au sujet de la polypharmacie en lien avec le risque de chute. (J) - Faire un rappel au personnel sur le risque accru de chute lors de changements pertinents de médicaments ou de la condition du patient et de s'assurer de l'indiquer au rapport inter-relais. (J) - Faire un rappel au personnel sur l'importance de compléter tous les champs du plan d'interventions dans Meditech lorsque le patient est à risque de chute. (J) - Voir s'il est possible de désactiver l'option « F5 » du programme de prévention des chutes dans Meditech afin d'obliger les utilisateurs à faire la mise à jour des informations. (J) - Faire un rappel au personnel sur l'importance de consulter les notes interdisciplinaires afin d'assurer que tous suivent le même plan d'intervention. (J) - Réitérer auprès du personnel l'importance d'informer la famille du risque de chute accru si celle-ci refuse les consignes de sécurité (par ex. présence au chevet, contentions) proposées par l'équipe soignante et s'assurer de documenter cette intervention. (J) - Faire l'achat de bas antidérapants et de urinoirs anti-déversement pour les patients des unités transition et vétérans. (J) - Renouveler les coussins de ridelles de sorte qu'ils soient adaptés aux différents types de lits. (J) - S'assurer d'effectuer l'évaluation de la conformité au programme de prévention des chutes à l'aide d'audits. (J) - Faire un rappel au personnel sur l'importance de signaler tout incident et incident évité de justesse. (J) - Recommander à la Pratique professionnelle de considérer l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de chute spécifique à la population des soins de longue durée lors de la mise à jour de la politique de prévention des chutes.
<p>Suicides communautaires (x 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> (V) - Voir à la possibilité d'offrir une formation aux intervenants et des outils pour être en mesure d'intervenir auprès des clients et familles qui présentent des dépendances aux jeux vidéos. (J) - Faire un rappel au personnel sur l'importance d'offrir des rencontres face à face au client lors des interventions téléphoniques et de s'assurer de bien documenter si le client refuse. (J) - Poursuivre les démarches d'intégration des services de santé mentale (CSMC) et du traitement des dépendances (STD) afin de bénéficier des avantages d'une concertation interdisciplinaire. (J) - Voir à la possibilité d'augmenter les services interdisciplinaires offerts à l'unité de psychiatrie tels que psychologie, ergothérapie et récréologie. (J) - Recommander aux psychiatres d'ajouter la priorité d'urgence et les facteurs de risque sur la demande de consultation et de suivi au STD. (J) - Voir à la possibilité de réévaluer le risque suicidaire chez un client à risque élevé qui annule son rendez-vous de suivi au CSMC ou au STD et d'assurer le suivi par le service de crise si le client accepte une relance.

Légende – État d'avancement

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

Note d'information

Point 5.10

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

Date : 2020-09-22

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

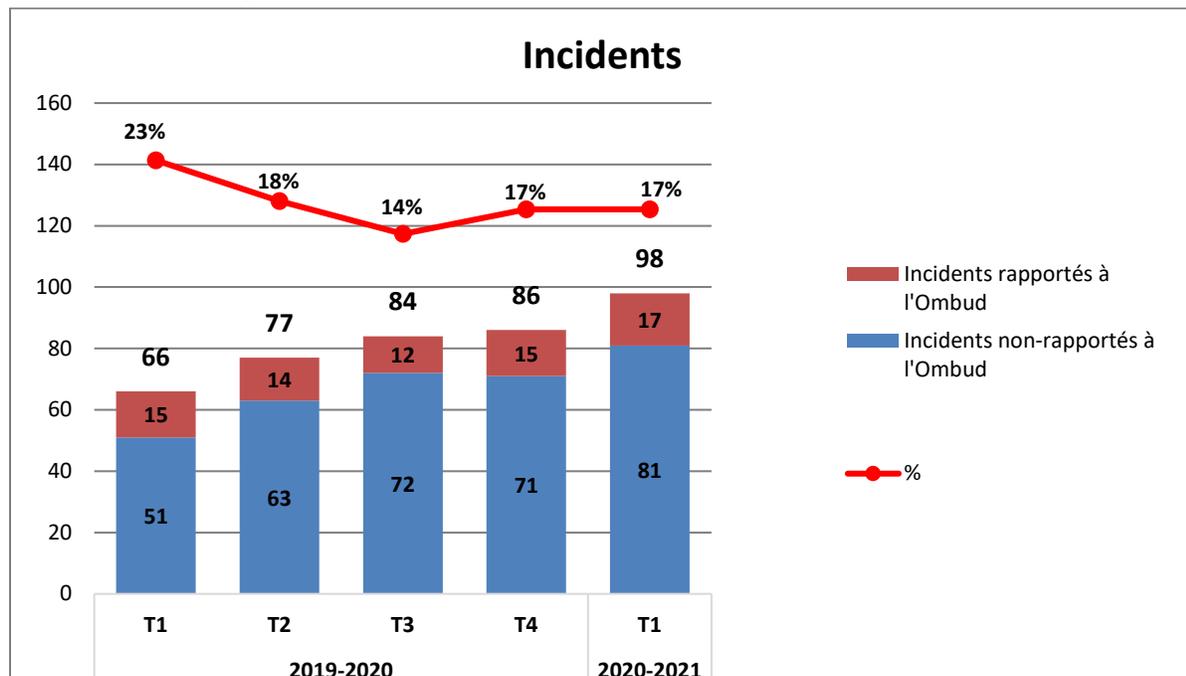
Décision recherchée

Le rapport trimestriel T1 – Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée est présenté à titre d'information.

Contexte/problématique

Les graphiques suivants incluent les Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée du premier trimestre de 2020-2021.

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



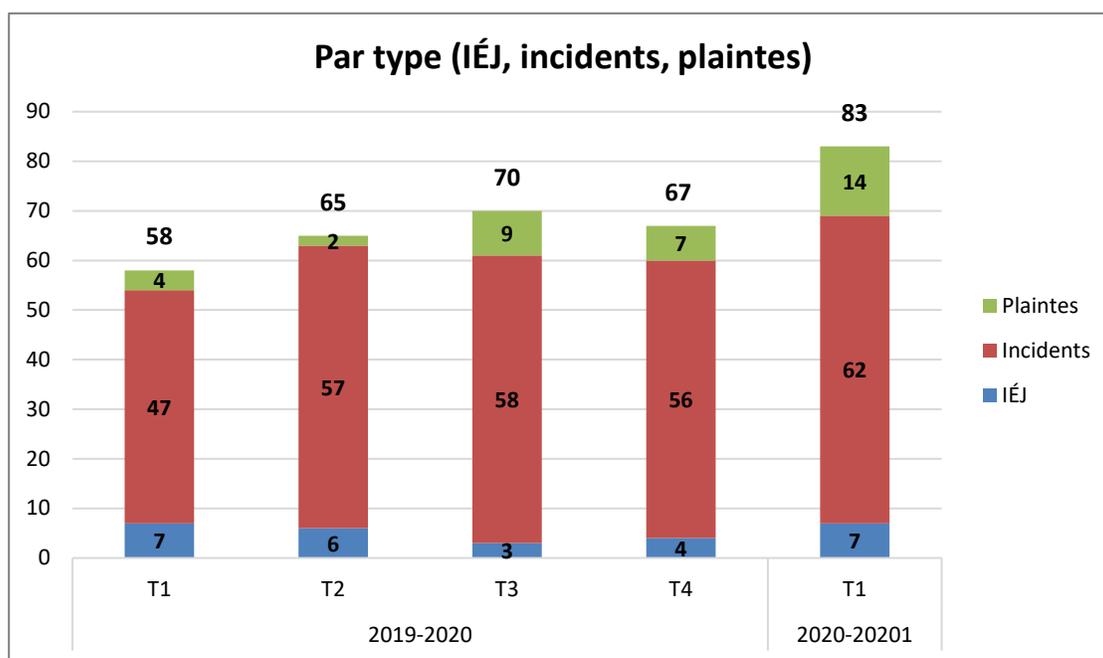
On note que le nombre d'incidents rapportés au Bureau de la vie privée augmente progressivement depuis le premier trimestre de 2019-2020, mais que la proportion des incidents rapportés à l'Ombud est comparable depuis la dernière année.

2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE (EXCLUS LES HORS-SERVICE*)

Zone	2019-2020								2020-2021	
	T1		T2		T3		T4		T1	
z1b	30	52%	24	37%	36	51%	33	49%	45	54%
z4	11	19%	15	23%	6	9%	13	19%	8	10%
z5	7	12%	11	17%	12	17%	11	17%	15	18%
z6	10	17%	15	23%	16	23%	10	15%	15	18%
Total	58	100%	65	100%	70	100%	67	100%	83	100%

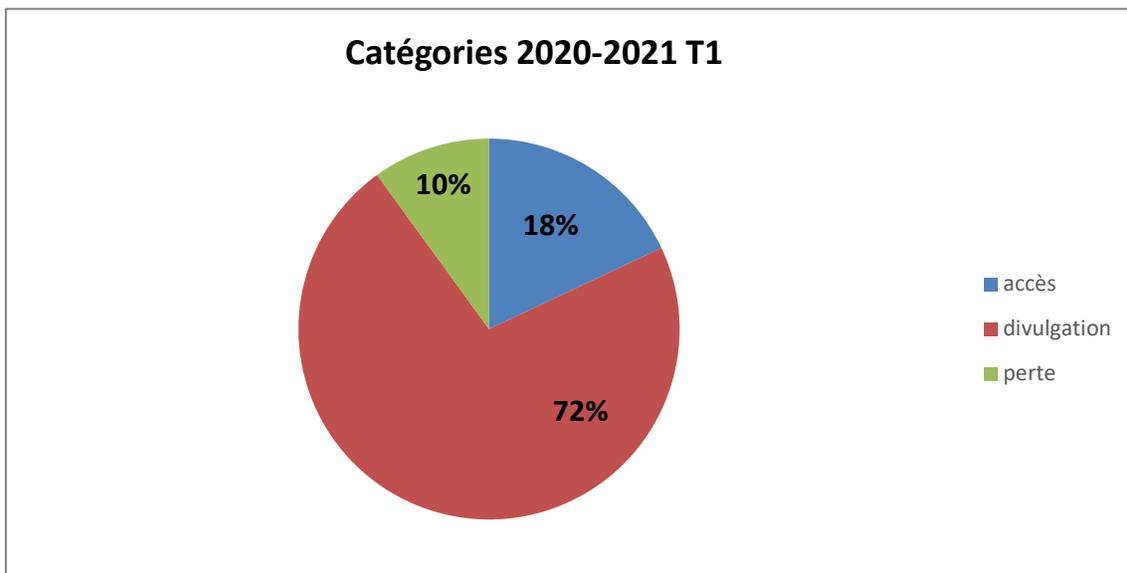
* Il est à noter que le total par zone diffère de celui du tableau précédent, car ce dernier exclut les hors-service.

3. INCIDENTS PAR TYPE (EXCLUS LES HORS SERVICES)



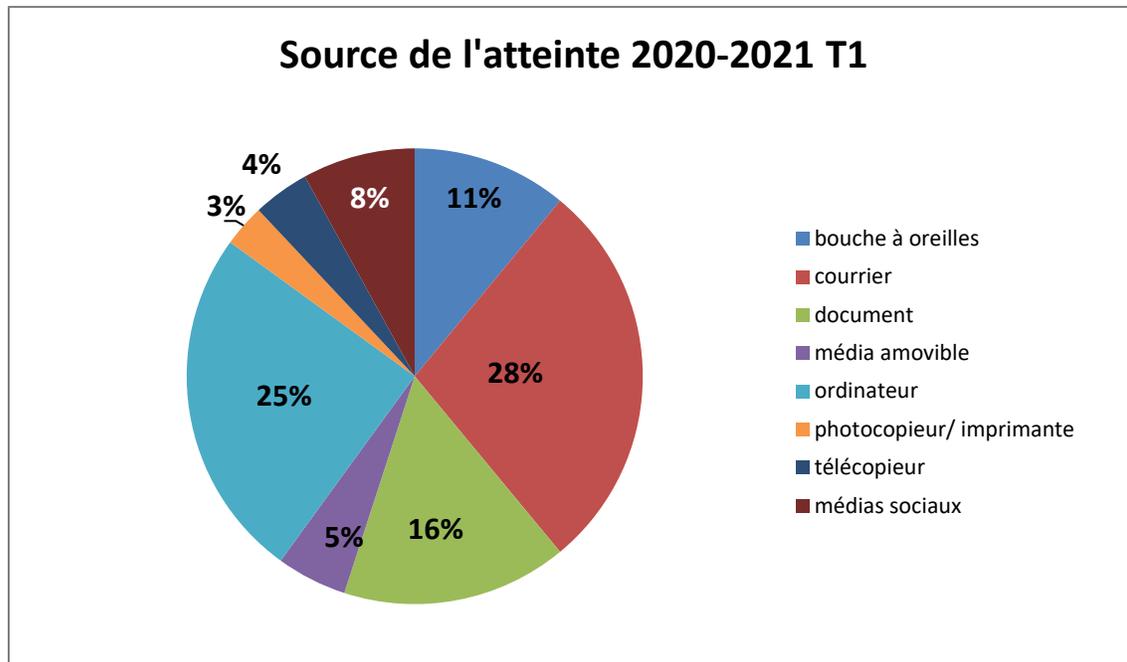
Lors du premier trimestre de 2020-2021, le suivi des plaintes et des incidents a mené ou mènera à la notification de 18 victimes versus 45 au quatrième trimestre et 18 au troisième trimestre de 2019-2020. Il est à noter que les notifications peuvent ne pas avoir lieu dans le même trimestre où l'incident ou la plainte a été rapporté. De plus, certains incidents peuvent être encore en investigation à la fin d'un trimestre, par conséquent, le nombre de notifications rapporté pourrait varier d'un rapport à l'autre.

4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (72 %) ou un accès non- autorisé (18 %). Ces deux catégories comptent pour 90 % des incidents rapportés.

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



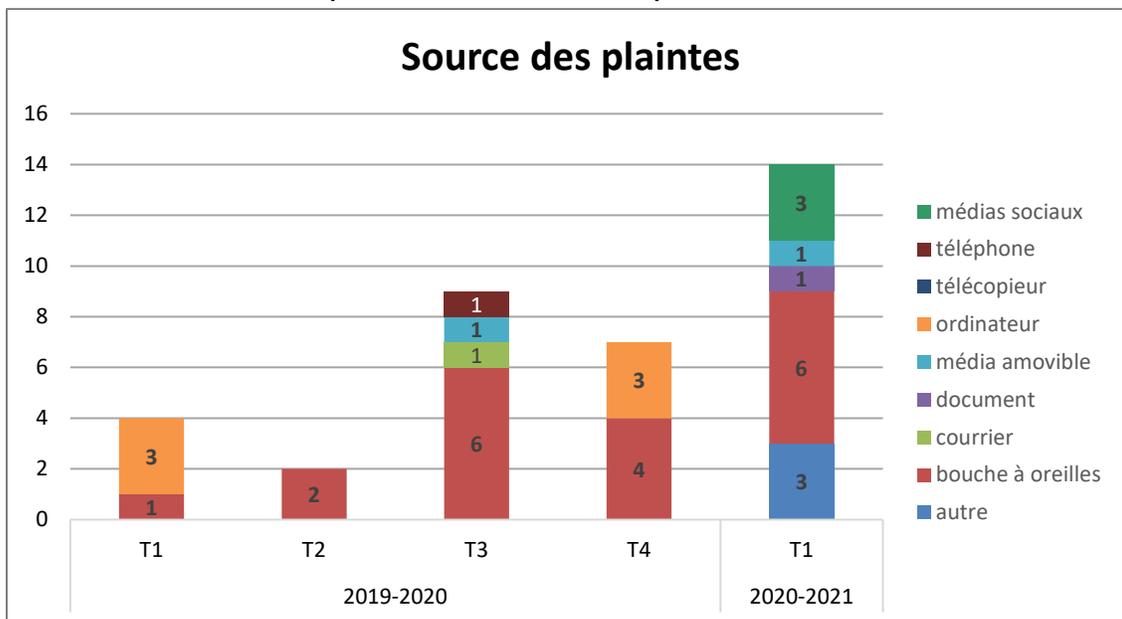
Il est à noter que dans le cadre de la pandémie COVID-19, la source « médias sociaux » a été ajoutée au T1 de 2020-2021. Antérieurement, ce type d'incident était inclus dans la catégorie « médias amovibles ».

Les sources principales de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée lors du premier trimestre sont le courrier (28 %), l'ordinateur (25 %) et les documents (16 %).

Proportionnellement, la Zone 1B rapporte davantage d'incidents en lien avec le courrier que les autres zones. En effet, 67 % de tous les incidents en lien avec le courrier proviennent de la Zone 1B et ces derniers représentent 36 % de tous les incidents rapportés dans cette zone en lien avec la vie privée au cours du 1^{er} trimestre. Il faut noter que dans la Zone 1B, le courrier non-conforme ou le courrier retourné au CHUDGLD sur lequel aucun service n'est précisé sur l'enveloppe est apporté systématiquement au Service de la gestion des risques par le personnel de la salle de courrier et les bris potentiels de confidentialité sont signalés au BVP. Cette pratique n'est toutefois pas uniforme dans les quatre zones ce qui contribue en partie à expliquer les différences entre les zones. Des initiatives sont en cours afin d'harmoniser le processus dans les quatre zones.

À la suite du suivi d'un incident au Laboratoire, un processus est en cours dans les quatre zones pour documenter les demandes de divulgation faites par téléphone par des professionnels de la santé. La mise en œuvre est prévue être complétée en octobre 2020.

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

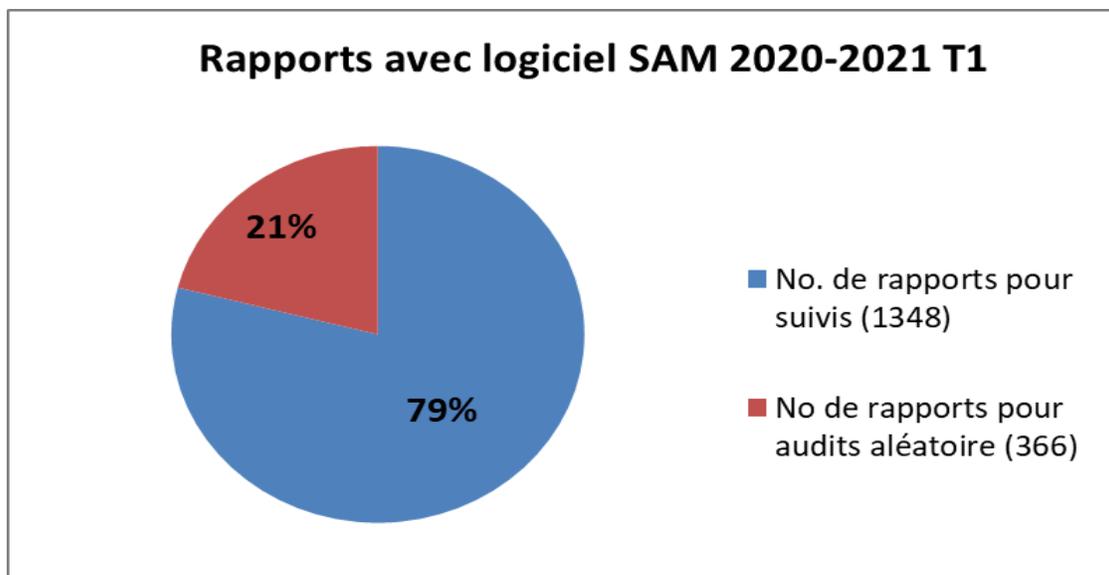


On note une augmentation importante des plaintes au premier trimestre soit de 71 % par rapport au premier trimestre de 2020-2021. Trois plaintes reçues étaient en lien avec la pandémie alors que quatre autres plaintes portaient sur la perte d'une carte d'assurance maladie. Une politique

sur la gestion des cartes d'assurance maladie est en développement et devrait être finalisée sous peu. La source principale des plaintes était de bouche à oreille.

7. VÉRIFICATION DES ACCÈS

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



Une initiative pour l'obtention des NAS et données démographiques des non-employés est en cours pour les médecins et leurs adjointes administratives des cabinets privés.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

- Poursuivre la collecte des données démographiques et NAS des médecins et de leurs adjointes administratives;
- Poursuivre la révision de la liste des comptes inactifs afin d'identifier ceux qui pourraient être fermés ou consolidés;
- Reprendre l'initiative visant l'harmonisation des accès électroniques des adjointes administratives des cabinets privés qui a été interrompue dans le cadre de la pandémie.

Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

Soumis le 19 août 2020 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée et Michelle Bernard, conseillère à la Protection des renseignements personnels – Accès.

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 22 septembre 2020

Objet : Rapport du Comité consultatif des patients et familles

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une réunion régulière le 3 septembre dernier. Les principaux sujets discutés lors de cette réunion sont :

- Présentation sur l'éthique ;
- Plan de communication « messages clés, témoignages et photos » ;
- Suivi du plan d'action et état d'avancement.

Une présentation sur l'éthique a été effectuée par Mme Pierrette Fortin (éthicienne). Celle-ci a expliqué brièvement son rôle et ses responsabilités en tant que consultante en éthique clinique, ainsi que les trois dimensions entourant l'éthique :

- L'éthique clinique ;
- L'éthique de la recherche ;
- L'éthique organisationnelle.

Aussi, Mme Fortin a effectué un survol des principales composantes du processus d'éthique clinique, ainsi que de la responsabilité du Comité d'éthique de la recherche. Le cadre conceptuel en éthique a été présenté pour discussion et consultation. Aucune modification n'a été apportée au document.

Des clips vidéo seront réalisés cet automne avec les partenaires de l'expérience patients et diffusés sur le site web et le Boulevard en collaboration avec le Service des communications. Ces clips vidéo seront également insérés dans le module de formation pour l'orientation des nouveaux arrivants.

Les initiatives décrites dans le plan de travail seront complétées d'ici la fin octobre.

La prochaine réunion du Comité consultatif des patients et familles est prévue le 5 novembre 2020.

Soumis le 8 septembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note d'information

Point 5.12

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

Date : 22 septembre 2020

Objet : Cadre conceptuel en éthique

Décision recherchée

Cette note est présentée afin d'obtenir une recommandation pour approbation.

Contexte/problématique

- Le cadre conceptuel en éthique du Réseau a été développé et approuvé en 2014 (annexe 1).
- Lors de l'exercice de l'agrément en 2017, le schéma du cadre conceptuel a été développé et approuvé, mais n'a jamais été intégré au cadre conceptuel en éthique (annexe 2).
- Une mise à jour du cadre conceptuel a été effectuée en tenant compte des trois dimensions de l'éthique (annexe 3).
- Le cadre conceptuel en éthique a été présenté aux membres du Comité d'éthique clinique (2020-08-24) et du Comité consultatif des patients et familles (2020-09-03). Les commentaires reçus ont été pris en considération.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Le cadre conceptuel répond aux normes d'agrément, dont les suivantes :

- La norme de gouvernance 1.3 – « Le Conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme. »
- La norme de leadership 1.7 stipule qu'« un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en œuvre avec la part des usagers et des familles »

Considérations importantes

Le cadre conceptuel a pour objectif de définir les processus officiels permettant de faire face aux difficultés, aux préoccupations et aux problèmes liés à l'éthique.

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

Suivi à la décision

- Présenter le cadre conceptuel en éthique au Conseil d'administration pour approbation;
- Développer un plan de communication en vue de sa mise en œuvre.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients appuie l'approbation du Cadre conceptuel en éthique.

Adoption

Soumis le 2020-08-25 par Diane Mignault, directrice principale – Performance, Qualité et Vie privée.

REEMPLACÉ



CADRE CONCEPTUEL EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE

Discuté par l'équipe des cadres supérieurs le 9 septembre 2014 et recommandé pour approbation
Approuvé par le Conseil d'administration à la réunion publique du 25 novembre 2014

Table des matières

Introduction.....	3
1. Les principes de base en éthique.....	4
2. Les valeurs organisationnelles.....	5
3. La philosophie de gestion.....	7
4. La philosophie des soins et des services aux patients.....	9
5. Le cadre de gestion éthique.....	10
5.1 L'éthique clinique.....	11
5.2 L'éthique de la recherche.....	17
5.3 L'éthique organisationnelle.....	20
Annexes.....	24
Références.....	25

Introduction

Le Réseau de santé Vitalité évolue dans un environnement de plus en plus complexe et il peut être confronté à plusieurs défis et enjeux d'ordre éthique. Il doit donc s'assurer d'avoir des guides, des lignes directrices, des politiques et procédures ainsi que des paramètres qui apporteront un éclairage pour y faire face.

Ce cadre conceptuel a pour objectif de définir les processus officiels permettant de faire face aux difficultés, aux préoccupations et aux problèmes liés à l'éthique pour ainsi « pouvoir discerner l'action la plus humanisante parmi toutes les actions possibles dans une situation donnée et donc, répondre à la question centrale *Quoi faire pour bien faire?* » lorsque se présentent des situations empreintes d'ambiguïté et d'incertitude. Il devient donc important pour le Réseau d'élaborer un cadre conceptuel qui repose sur les assises suivantes :

1. Les principes de base en éthique
2. Les valeurs organisationnelles
3. La philosophie de gestion
4. La philosophie des soins et des services aux patients
5. Le cadre de gestion éthique
 - 5.1 Éthique clinique
 - 5.2 Éthique de la recherche
 - 5.3 Éthique organisationnelle

1. Les principes de base en éthique

Les principes de base en éthique sont les fondements incontournables de nos actions et ils constituent des préceptes non négociables. Il s'agit de principes universels qui guident la réflexion éthique. Ces principes sont :

L'AUTONOMIE, LA BIENVEILLANCE ET LA CONFIANCE

L'autonomie

L'autonomie désigne l'indépendance d'une personne. L'autonomie du patient désigne la capacité de penser, de décider et d'agir librement de sa propre initiative. En tant que norme morale, elle correspond au respect du droit de l'autre d'adopter une ligne de conduite différente qui lui est propre.

Dans cette optique, les médecins et les membres de la famille devraient donc aider le patient à en arriver à sa propre décision en lui fournissant tous les renseignements pertinents; ils devraient également appuyer une décision prise par un patient adulte compétent, même si cette décision ne semble pas bonne du point de vue médical.

La bienveillance

La bienveillance fait allusion à une disposition favorable envers quelqu'un et à un certain niveau d'indulgence. Elle fait appel aux qualités humanistes de la personne en regard de l'autre et elle trouve sa place dans les fondements mêmes de notre mission en santé.

La bienveillance est le souci de l'autre. Elle suggère de pencher vers ce qui pour l'autre est considéré comme étant bien, sans pour autant que ce bien coïncide avec notre bien-être personnel. La bienveillance est désintéressée et elle oriente nos actions vers la *bienfaisance*, qui est, de son côté, la bienveillance en action.

C'est le mieux-être du patient qui motive nos comportements bienveillants à son égard, de même qu'entre nous, employés, membres du personnel soignant et médecins du Réseau.

La confiance

Faire confiance, c'est assumer que l'autre personne est elle-même digne de confiance.

La confiance constitue un élément fondamental de la vie en collectivité. Chaque action posée quotidiennement n'est pas neutre et elle contribue à édifier ou à fragiliser cette confiance nécessaire à notre bon fonctionnement. Notre loyauté à l'organisation est difficile si la confiance fait défaut. Une conduite ou un comportement qui respecte l'éthique, la déontologie, l'honnêteté et l'intégrité contribuera à bâtir et à consolider la confiance au sein même du Réseau et auprès de l'ensemble des patients.

2. Les valeurs organisationnelles

On définit les valeurs comme étant ce qui pousse les individus et les membres d'une organisation à agir pour ce qui semble plus convenable, plus préférable ou, tout simplement, mieux et incontournable. Les valeurs orientent notre conduite et nous guident par ce qui nous donne l'impression d'être bons.

Les valeurs, dans la mesure où elles sont bien connues, intégrées et partagées, ont un impact sur les façons d'être et d'agir des individus et des membres du personnel, qui se reflètent tant à l'intérieur qu'à l'extérieur d'une organisation. De plus, elles viennent appuyer et renforcer l'accomplissement de la mission de l'organisation, qui est d'offrir des soins et des services de santé axés sur la personne.

Les valeurs doivent être considérées comme des phares qui guident et indiquent ce vers quoi l'organisation doit cheminer et ce sur quoi elle devrait s'appuyer en cas d'incertitude. Elles sont les croyances fondamentales qui éclairent les actions d'un individu, d'une organisation ou d'une collectivité.

Le Réseau, dans sa politique « Vision, mission et valeurs » (GEN.1.10.10) ainsi que dans son code d'éthique (GEN.1.30.25), a adopté des valeurs qui guident les actions et dictent les comportements à l'égard des patients, du personnel, des médecins, des étudiants, des bénévoles et des partenaires.

Ces valeurs sont :

L'intégrité

L'intégrité se traduit par la motivation première à être conforme à ce que l'on est réellement, à nos croyances et à ce que l'on représente en tant qu'organisation. L'intégrité fait référence au caractère honnête de l'organisation.

Les membres du personnel et les médecins sont honnêtes, disent les vraies choses, présentent la vérité, inspirent confiance et agissent en fonction de leur code de déontologie et du code d'éthique du Réseau.

Le respect

Le respect se traduit par des relations interpersonnelles basées sur la considération, l'écoute, la confiance, l'ouverture, la tolérance et l'honnêteté. Il s'agit d'une considération réciproque des différences et des valeurs individuelles.

Les membres du personnel et les médecins agissent avec respect de soi, des autres et du milieu. Ils sont à l'écoute, ils participent au dialogue, ils font preuve d'ouverture et ils respectent les différences et l'identité culturelle.

La compassion

La compassion se traduit par la démonstration de l'empathie envers les autres.

Les membres du personnel et les médecins sont ouverts d'esprit, ils sont à l'écoute et ils adoptent une attitude réconfortante, stabilisante et sans jugement. Ils reconnaissent les dimensions holistiques (bio-psycho-socio-spirituelles) de l'être humain.

L'équité

L'équité se traduit par l'engagement des intervenants de l'organisation de traiter les patients de façon équitable, et ce, indépendamment de leurs particularités individuelles.

C'est aussi de s'abstenir de toute forme de discrimination à leur égard en ce qui a trait à leur origine nationale ou ethnique, à leur religion, à leur sexe et à leur orientation sexuelle, à leur âge et à leur déficience mentale ou physique.

Tous ont un accès égal aux soins et services. La qualité des soins est comparable dans le Réseau; on tient compte des réalités démographiques et des besoins prioritaires identifiés.

La solidarité

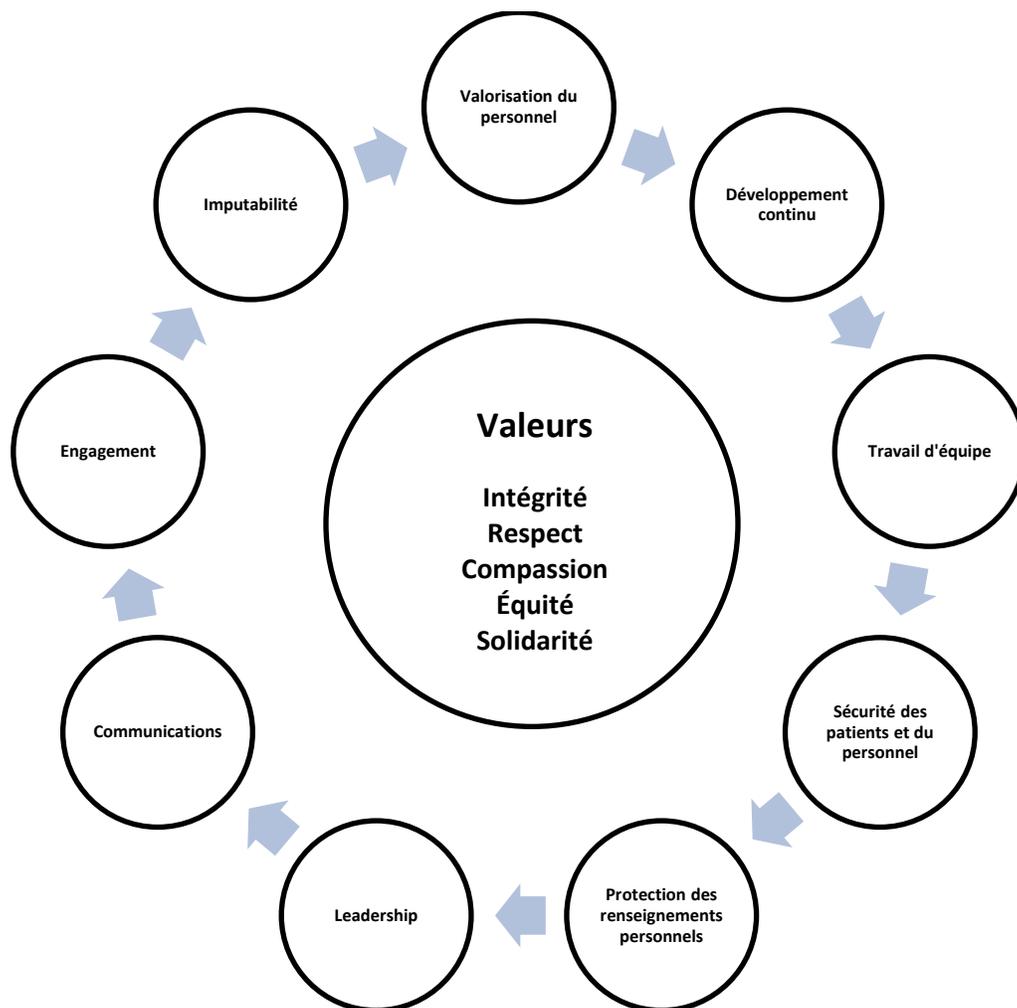
La solidarité se traduit par le lien d'engagement et de dépendance réciproques entre des personnes, ainsi tenues à l'endroit des autres par des membres d'une même organisation.

Les membres du personnel et les médecins sont solidaires de la vision, de la mission, des valeurs, des orientations et des décisions du Réseau. Ils ont un sens d'appartenance et ils partagent des centres d'intérêt communs.

3. La philosophie de gestion

Le Réseau s'est doté d'une philosophie de gestion (GEN.1.10.15) qui guide la prise de décisions et les comportements attendus de l'ensemble des administrateurs, des dirigeants, des gestionnaires et des prestataires de soins et de services.

La philosophie de gestion représente la façon de faire et de penser, d'où l'approche axée à la fois sur l'équipe et sur la personne. Définie dans le cadre d'une politique du Réseau, la philosophie de gestion s'appuie sur les valeurs de l'organisation et sur les principes suivants :



Étant donné les nombreux défis auxquels fait face le système de santé, il va de soi que les principes d'imputabilité et de reddition de comptes ont une importance accrue au niveau de la gestion du Réseau et de ses autres partenaires. Cette culture de reddition de comptes doit s'accompagner d'une solide capacité pour le Réseau de mesurer son rendement, et ce, tant dans la gestion quotidienne des activités que dans les activités de planification.

Des principes directeurs ont été établis par les partenaires du système et ils guident ceux-ci dans les changements et le renouveau qui doit être effectué. Ces principes sont les suivants :

- Un système centré sur les citoyens
- Aligné
- Intégré
- Abordable
- Durable
- Novateur

Afin de mieux encadrer la prise de décisions à l'intérieur de l'organisation, le Réseau s'est doté d'un plan de santé et d'affaires dans lequel on trouve ses orientations stratégiques, alignées avec celles du gouvernement du Nouveau-Brunswick et du ministère de la Santé, le tout se résumant dans un schéma stratégique¹. Les priorités organisationnelles sont maintenant déterminées en fonction de ces orientations ainsi que des buts et des objectifs stratégiques. Les sept dimensions de la qualité identifiées par le ministère de la Santé sont intégrées dans le schéma stratégique du Réseau et elles orientent le développement des programmes et des services : accès, gamme appropriée de services, efficacité, efficience, équité, sécurité et viabilité clinique.

L'adoption d'un cadre conceptuel en matière d'éthique traduit la volonté du Réseau à renforcer son engagement dans la voie de la gestion éthique.

¹ Annexe 1 : Schéma stratégique 2014-2017

4. La philosophie des soins et des services aux patients

La philosophie d'intervention au sein du Réseau est basée sur une approche de soins et de services de santé intégrés, efficaces et axés sur la personne et elle concorde avec la vision, la mission, les valeurs et le code d'éthique du Réseau. Elle vise à maintenir, à augmenter ou à rétablir l'autonomie des patients ainsi qu'à maintenir une qualité de vie, y compris dans les circonstances de fin de vie. Les intervenants travaillent auprès des personnes, des familles, des groupes, des collectivités et de la population dans le but de les faire profiter d'une bonne santé et d'un bien-être optimal.

En 2011, lors d'une session d'engagement auprès du personnel infirmier du Réseau, les participants ont indiqué et défini les attributs qu'ils doivent posséder et mettre en valeur pour pratiquer leur profession de façon exemplaire. Ces énoncés philosophiques reflètent les croyances, les attitudes et les valeurs qui appuient la prestation de services aux patients au sein du Réseau :

- **Collaboration** : Le personnel offre de l'entraide, il maintient une collaboration et il accomplit un travail d'équipe. Il est responsable et il vise l'autonomie des personnes qu'il soigne.
- **Leadership** : Le personnel fait preuve de curiosité, de courage et de confiance lorsqu'il s'agit de prendre des risques pour poursuivre l'innovation.
- **Compétences** : Le personnel maintient ses connaissances théoriques et pratiques. Il utilise son jugement et il est conscient de ses attitudes, de ses valeurs et de ses croyances dans l'exercice d'une pratique sécuritaire et conforme à l'éthique.
- **Responsabilités** : Le personnel doit rendre des comptes aux patients, aux familles et à son employeur. Il est responsable de son perfectionnement professionnel et il doit faire preuve de transparence.
- **Compassion** : Le personnel démontre de l'empathie envers les autres. Il est ouvert d'esprit et il est à l'écoute. Il adopte une attitude réconfortante, stabilisante et sans jugement. Il reconnaît les dimensions holistiques (bio-psycho-socio-spirituelles) de l'être humain.
- **Respect** : Le personnel agit avec respect de soi, des autres et du milieu. Il est à l'écoute et il participe au dialogue. Il fait preuve d'ouverture d'esprit et il respecte les différences et l'identité culturelle.

La collaboration et le travail d'équipe multidisciplinaire représentent des aspects très importants de la pratique de soins et de services. Chaque membre de l'équipe soignante apporte une contribution complémentaire, dans les limites de son champ de compétence et d'expertise, pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des patients et de leurs proches. Chaque intervenant est donc responsable des activités de soins et de services effectuées ainsi que du partage de l'information avec les membres de l'équipe.

Les devoirs et les obligations de plusieurs professionnels de la santé (médecin, infirmière, thérapeute respiratoire, pharmacien, psychologue, travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, etc.) sont définis par le code de déontologie de leur profession et ils sont en appui à la philosophie des soins et des services offerts aux patients du Réseau.

5. Le cadre de gestion éthique

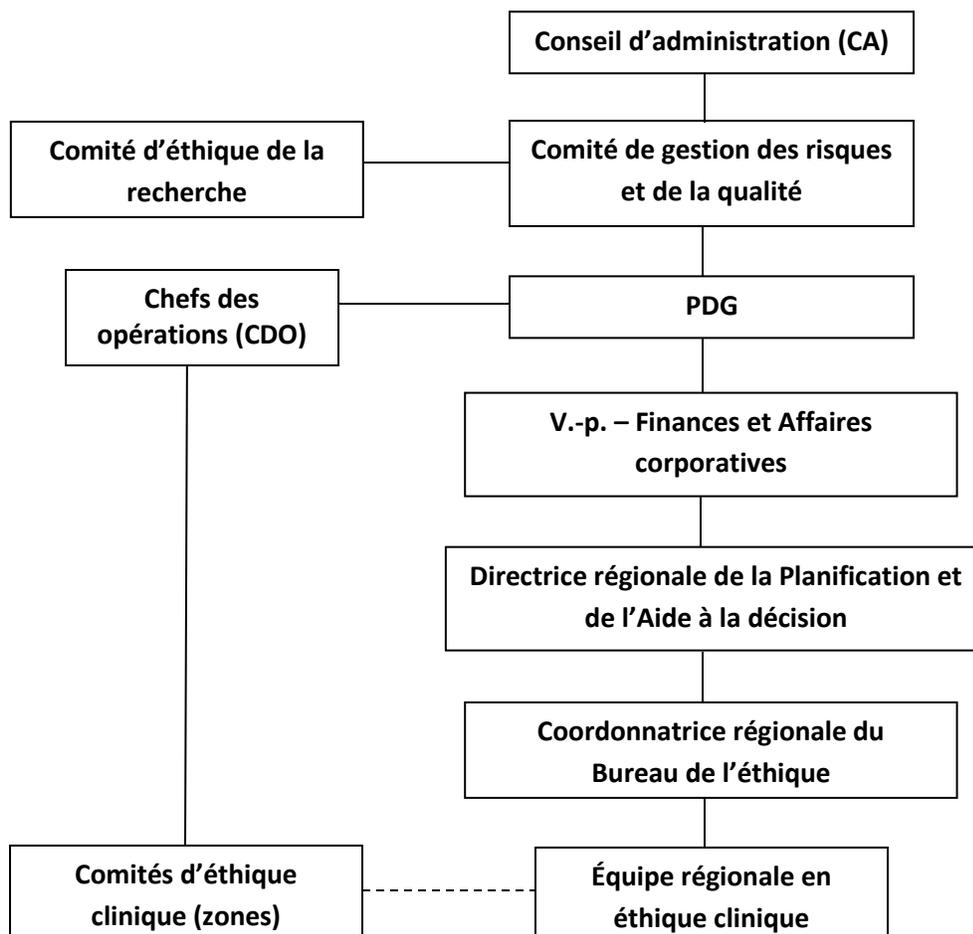
L'éthique est un aspect fondamental de l'amélioration de la qualité. Au Réseau, elle s'articule autour de trois dimensions :

5.1 L'éthique clinique

5.2 L'éthique de la recherche

5.3 L'éthique organisationnelle

Le cadre de gestion éthique s'appuie sur une structure organisationnelle définie (comités) ainsi que sur des règlements, des codes, des politiques et des procédures, le tout associé à un processus permettant aux administrateurs, aux dirigeants, aux gestionnaires, aux prestataires de soins et de services ainsi qu'à toute personne œuvrant dans l'organisation d'acquérir les attitudes, les comportements, les connaissances et les compétences en matière d'éthique.



5.1. *L'éthique clinique*

L'éthique, dans le contexte des soins, est appelée éthique clinique. Elle traite des questions d'ordre éthique se posant surtout dans la pratique des intervenants de la santé. Ces questions peuvent toucher les patients ou leur famille, les soignants et les gestionnaires d'un établissement.

Afin de répondre aux questions d'éthique dans le secteur des soins et des services et de guider des choix et des décisions souvent difficiles, le Réseau a adopté une vision régionale de ses activités en éthique clinique et il a choisi un modèle et une structure organisationnelle qui visent à soutenir les intervenants concernant les questions relatives à l'éthique clinique. Pour ce faire, le Réseau s'est doté de quatre comités d'éthique, soit un dans chaque zone, afin d'agir comme unité de consultation en éthique clinique. Ces quatre comités utilisent les mêmes politiques et procédures ainsi que les mêmes formulaires dans le but d'uniformiser leur fonctionnement.

Les comités d'éthique sont des comités consultatifs interdisciplinaires qui offrent de la formation et un service de consultation pour faciliter la prise de décisions difficiles lorsque des problèmes d'ordre éthique se présentent dans les zones respectives. Ils sont la source de référence pour toutes les questions relevant de l'éthique clinique dans les établissements de chaque zone autres que celles normalement présentées au Comité d'éthique de la recherche.

Lorsqu'il reçoit une demande de consultation, le comité d'éthique clinique fait des recommandations ou des suggestions à la lumière des normes éthiques, professionnelles et autres normes existantes et jugées pertinentes ainsi qu'à la lumière de principes généraux sur les plans juridique et scientifique, après avoir obtenu un consensus au sein de ses membres. Le but de l'éthique clinique est d'améliorer la qualité des soins offerts au patient ainsi que la qualité du travail des intervenants cliniques par une approche interdisciplinaire en identifiant, en analysant et en proposant des pistes de solutions concernant les problèmes éthiques qui se posent en pratique clinique.

Objectifs de l'éthique clinique

- Favoriser le développement d'un environnement et d'une culture de prévention et de résolution des conflits éthiques dans les établissements du Réseau.
- Soutenir et outiller les différents intervenants confrontés à des prises de décisions complexes afin d'améliorer la prise de décisions à caractère éthique.
- Favoriser le développement des compétences particulières nécessaires à l'intervention en éthique clinique.

Comités d'éthique clinique

Un comité d'éthique clinique est en place dans chacune des zones du Réseau. Bien que ces comités soient locaux, le Réseau a une vision régionale de ses activités en éthique clinique. Les quatre comités d'éthique clinique partagent donc le même mandat², qui traite :

- de leurs responsabilités;
- de leur structure;
- de leurs fonctions;
- de leur processus de nomination des membres;
- de leur composition.

De l'information sur les comités d'éthique clinique se trouve également sur l'intranet du Réseau, soit le Boulevard, et sur le site Web.

Équipe régionale en éthique clinique

Cette équipe, composée des quatre présidents des comités d'éthique clinique de zone, de la coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique et de la directrice régionale de la Planification et de l'Aide à la décision, a pour mandat³ d'assurer le lien entre les différents comités d'éthique clinique de zone et de coordonner le développement et l'intégration systématique des politiques et procédures en éthique clinique pour l'ensemble du Réseau.

Guide de réflexion pour déterminer s'il y a un conflit éthique

Ce guide offre des lignes directrices pour aider les membres du personnel soignant à résoudre des difficultés lorsqu'ils sont confrontés à des défis d'ordre éthique, et ce, en offrant des pistes afin de faciliter la réflexion pour cheminer de façon autonome et permettre de déterminer s'il existe véritablement un conflit éthique.

Politique pour une demande de consultation au comité d'éthique clinique de zone

La politique régionale « Demande de consultation au comité d'éthique clinique » (GEN.1.30.10) décrit les étapes à suivre pour soumettre une demande de consultation éthique au comité d'éthique clinique dans les zones respectives lorsqu'un patient, un membre du personnel ou un médecin du Réseau demande l'opinion du comité sur une problématique éthique vécue.

Cette politique traite :

- des personnes pouvant soumettre une demande de consultation au comité d'éthique clinique;
- de la marche à suivre pour soumettre une demande de consultation au comité d'éthique clinique;

² Annexe 2 : Politique GEN.1.30.20 – Mandat des comités d'éthique clinique

³ Annexe 3 : Politique ETH.1.10.05 – Mandat de l'équipe régionale en éthique clinique

- du cheminement de la demande ainsi que du rôle et des responsabilités du président du comité d'éthique clinique;
- des formulaires à utiliser, tels que « Demande de consultation au comité d'éthique clinique » et « Rapport de consultation au comité d'éthique clinique ».

Rapport de consultation du comité d'éthique clinique

Cet outil permet aux présidents ainsi qu'aux membres des comités d'éthique clinique de zone de faire une analyse de la problématique dans le but d'en arriver à une recommandation et de rendre compte de son fondement.

Le rapport de consultation au comité d'éthique clinique du Réseau permet :

- de déterminer et d'analyser la situation problématique;
- de résumer les considérations médicales, éthiques et légales pertinentes;
- d'émettre des suggestions ou recommandations.

Un processus décisionnel et de délibération a été adopté au sein du Réseau afin de faciliter la réflexion et la prise de décisions. Ce processus est utilisé par les comités d'éthique clinique de zone. Il comprend trois phases principales :

1. Évaluer la situation :

- Inventorier les données cliniques et scientifiques (aspects médicaux et socioéconomiques);
- Formuler le problème;
- Identifier les possibilités d'interventions;
- Identifier les volontés du patient et de sa famille.

2. Clarifier les valeurs, les normes et les règles en jeu :

- Identifier les valeurs, les normes et les règles en jeu;
- Identifier les valeurs, les normes ou les règles en conflit.

3. Guider vers la prise de décisions éthiques raisonnables :

- Choisir les valeurs, les normes ou les règles à retenir pour orienter la prise de décisions;
- Identifier les principaux arguments qui justifient ces choix.

Guide de consultation en éthique clinique à l'intention des membres des comités d'éthique clinique

Cet outil permet de clarifier, de guider et d'uniformiser le déroulement d'une consultation en éthique clinique.

Ce guide comprend :

- les étapes de préparation à la consultation en éthique;
- les étapes à suivre pour assurer le bon déroulement d'une consultation en éthique.

Le consentement aux soins

Des politiques sur le consentement aux soins sont en place dans les quatre zones. Il s'agit des politiques suivantes :

- Zone 1B
 - Politique III.10.12 – Consentement par téléphone
 - Politique III.10.10 – Consentement à un traitement
 - Politique III.10.08 – Consentement à l'histoire de cas et à l'examen
 - Politique III.10.20 – Congédiement d'un mineur avec une personne autre que le parent
- Zone 4
 - Politique GEN-IV-C-14 – Examens/traitements/interventions nécessitant un consentement explicite/spécifique écrit
 - Politique GEN-IV-C-16 – Obtention du consentement pour examen, traitement ou intervention médicale ou chirurgicale effractifs (invasifs)
 - Politique GEN-IV-C-02 – Type de consentement
 - Politique GEN-IV-C-10 – Consentement par télécopieur
 - Politique GEN-IV-C-08 – Personnes pouvant donner un consentement
 - Politique GEN-IV-C-06 – Conditions pour qu'un consentement soit valide
 - Politique GEN-IV-C-04 – Responsabilités en vue de l'obtention d'un consentement
 - Politique GEN-IV-C-18 – Refus d'examen, de traitement ou d'intervention médicale ou chirurgicale
- Zone 5
 - Politique ADM-8-20 – Obtention d'un consentement valide
 - Politique ADM-8-10 – Consentement au traitement
 - Politique ADM-8-30 – Refus de traitement
- Zone 6
 - Politique 2204 – Traitements administrés sans consentement
 - Politique 2203 – Situations nécessitant un consentement écrit
 - Politique 2205 – Personnes habilitées à donner un consentement
 - Politique 2208 – Consentement à un traitement/procédé médical – cas particuliers
 - Politique 2206 – Consentement à un traitement/procédé médical par un mineur
 - Politique 2202 – Critères de validité du consentement à un traitement/procédé médical
 - Politique 2201 – Responsabilité de l'obtention du consentement à un traitement/procédé médical
 - Politique 2207 – Témoin d'un consentement écrit à un traitement/procédé médical
 - Politique 2209 – Consentement à un traitement/procédé médical pour les professionnels de la santé non médicaux
 - Politique 2210 – Refus de traitement ou d'hospitalisation

Dépliant d'information sur « Votre vie, vos choix – Vos objectifs de soins »

Ce dépliant d'information, à l'intention des patients et de leurs proches, introduit une réflexion relativement au consentement, à la non-réanimation cardiorespiratoire, aux niveaux de soins et aux directives médicales préalables.

Ce dépliant traite :

- du consentement et du consentement substitué;
- de la non-réanimation cardiorespiratoire;
- de la « Directive de non-réanimation » et de son rôle;
- des niveaux de soins;
- du formulaire « Niveaux d'intensité des soins » et de son rôle;
- des directives médicales préalables;
- des éléments à considérer lors de cette réflexion.

Autres politiques et procédures

Plusieurs autres politiques et procédures régionales sont en place afin de guider le personnel soignant.

La non-réanimation cardiorespiratoire

Le but de cette politique (GEN.3.80.31) est de respecter les volontés du patient, de son parent le plus proche ou de son représentant légal à l'égard de la non-réanimation cardiorespiratoire. Les formulaires associés à cette politique sont :

- Directive de non-réanimation cardiorespiratoire
- Annulation d'une directive de non-réanimation cardiorespiratoire

L'intensité des soins

Le but de cette politique (GEN.3.80.32) est de respecter les volontés du patient, de son parent le plus proche ou de son représentant légal à l'égard de l'intensité des soins. Le formulaire associé à cette politique est :

- Intensité des soins

Le testament de vie (les directives médicales préalables)

Le but de cette politique (GEN.3.80.30) est de présenter au personnel ses responsabilités face au testament de vie (directives médicales préalables) afin de respecter les volontés du patient à l'égard de ses soins futurs. Le formulaire associé à cette politique est :

- Testament de vie

Formation

Des activités de formation doivent être offertes sur une base continue à tout le personnel du Réseau ainsi qu'aux membres des comités d'éthique clinique; elles visent à faire évoluer la réflexion éthique et à développer les compétences éthiques des équipes de soins.

Une demande de projet pour la conception d'un module d'apprentissage en ligne est en attente d'approbation.

5.2. L'éthique de la recherche

« *Un partenaire essentiel dans l'excellence de la recherche* »

Le Conseil d'administration désigne le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) comme étant responsable d'évaluer l'acceptabilité éthique de toute la recherche avec des êtres humains et de recherches portant sur le matériel biologique humain effectuées dans la sphère d'autorité des établissements du Réseau, c'est-à-dire par leurs employés, par leurs étudiants, par des chercheurs externes, et ce, peu importe l'endroit où la recherche se déroule.

La recherche est de plus en plus présente au Réseau. Elle est nécessaire puisqu'elle contribue, entre autres, à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, à l'amélioration des services et à la formation continue du personnel. Par contre, la recherche doit répondre à des normes éthiques reconnues sur le plan national et international. C'est pourquoi le Réseau s'est doté d'outils et de modalités de fonctionnement qui respectent les plus hauts standards en éthique de la recherche et en intégrité scientifique.

Comité d'éthique de la recherche

Tel qu'il est décrit dans son mandat⁴, le CÉR du Réseau a la responsabilité d'assurer la protection des participants de recherche qui servent de sujets humains, de sauvegarder leurs droits et d'assurer leur sécurité, leur bien-être et leur dignité. Le CÉR évalue les projets de recherche qui lui sont soumis et s'assure de leur conformité sur les plans éthique et scientifique avant d'en autoriser la mise en œuvre ou la poursuite. Le CÉR est guidé par les principes de *l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (qui établit la norme pour les CÉR au Canada) et par toute autre norme provinciale, nationale ou internationale jugée pertinente. De plus, il assure la conformité à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (loi provinciale) ainsi qu'à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (loi canadienne).

Rôle du Comité d'éthique de la recherche

Le rôle du CÉR consiste à évaluer et à approuver/refuser des projets de recherche visant des sujets humains ou du matériel biologique humain. Le CÉR évalue chaque projet de recherche qui comporte l'une des caractéristiques suivantes :

- le projet sera réalisé en tout ou en partie dans un établissement ou point de service du Réseau ou plus;
- des sujets seront recrutés parmi les patients, le personnel ou à partir des dossiers conservés;

⁴ Annexe 4 : Politique GEN.1.30.30 – Mandat du Comité d'éthique de la recherche

- le projet utilisera des restes humains, des cadavres, des tissus, des liquides biologiques, des embryons ou des fœtus;
- les chercheurs affirment une participation d'un établissement ou point de service du Réseau ou plus;
- les chercheurs affirment leur affiliation à un établissement ou point de service du Réseau ou plus;
- le projet utilisera des ressources humaines, matérielles ou financières d'un établissement ou point de service du Réseau ou plus.

Processus d'évaluation et d'approbation d'un projet de recherche

Le CÉR du Réseau se réunit mensuellement, et ce, 12 mois par année. Les projets de recherche qui sont soumis pour évaluation et qui comportent un risque élevé pour les patients (p. ex. : essai clinique) sont évalués lors de réunions plénières.

Cependant, pour des projets de recherche comportant un risque minimal⁵, le CÉR s'est doté d'une politique sur le processus d'approbation d'un projet de recherche par évaluation déléguée (ETH.2.20.10), et ce, afin d'assurer un délai d'approbation raisonnable et proportionnel au risque. Il s'agit d'un processus d'évaluation à la fois efficace et sécuritaire, qui n'exige que cinq jours ouvrables, et ce, du moment de la réception du projet jusqu'à la décision.

Cette politique traite :

- des projets de recherche pouvant bénéficier d'une évaluation déléguée;
- des membres désignés pour l'évaluation déléguée;
- du processus d'information des autres membres du CÉR.

Guide : Directives générales pour le chercheur

Afin d'assurer la qualité de la recherche au sein du Réseau, le Bureau d'appui à la recherche (BAR) ainsi que le CÉR travaillent en collaboration. Cette collaboration a permis, entre autres, la réalisation d'un guide ayant pour but d'informer la communauté de chercheurs du processus de présentation et d'évaluation d'un projet de recherche au Réseau. (Le guide est disponible sur demande auprès du Bureau de l'éthique et du Bureau d'appui à la recherche.)

Tous les projets de recherche qui sont réalisés dans les établissements du Réseau doivent obligatoirement être soumis à une évaluation de faisabilité administrative par le BAR. Le rôle du BAR est donc de s'assurer que les départements ou secteurs des établissements du Réseau touchés par le projet de recherche ont été informés de leur participation et des ressources qu'ils devront fournir au projet. Bien entendu, cette évaluation ne remplace aucunement l'évaluation éthique, mais elle est assurément complémentaire puisqu'elle assure la viabilité du projet.

⁵ La recherche se trouve sous le seuil de risque minimal lorsqu'on a toutes les raisons de penser que les sujets pressentis estiment que la probabilité et l'importance des éventuels inconvénients associés à une recherche sont comparables à ceux auxquels ils s'exposent dans les aspects de la vie quotidienne reliés à la recherche.

Ce guide traite :

- de la responsabilité du Réseau en ce qui concerne les activités de recherche et du Comité d'éthique de la recherche;
- du processus d'évaluation du Bureau d'appui à la recherche;
- du processus d'évaluation du Comité d'éthique de la recherche;
- du rôle et du fonctionnement du Comité d'éthique de la recherche;
- de la responsabilité du chercheur.

5.3. L'éthique organisationnelle

L'éthique organisationnelle s'appuie sur plusieurs codes, règles de conduite et politiques qui balisent nos devoirs et obligations, nos comportements à l'égard d'autrui. Elle définit les situations de conflits d'intérêts et elle régleme la conduite honnête et intègre des affaires administratives et corporatives de l'établissement.

Règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité

Ces règlements visent à déterminer les devoirs et les obligations de conduite des membres du Conseil d'administration dans l'exercice de leurs fonctions et les différents rapports qu'ils entretiennent entre eux, avec la communauté, avec les personnes œuvrant au sein du Réseau et avec les patients.

Ces règlements traitent :

- de la confidentialité;
- des devoirs et des obligations des administrateurs pendant leur mandat;
- des règles relatives aux réunions;
- des mesures de prévention, notamment les règles relatives aux conflits d'intérêts;
- de l'identification de situations de conflits d'intérêts.

Politiques sur la protection des renseignements personnels

Ces politiques établissent les obligations en matière de traitement des renseignements confidentiels par les employés et le personnel non employé (participant à des activités leur donnant accès à des renseignements confidentiels, dont les renseignements personnels sur la santé) du Réseau. La signature de la Déclaration de confidentialité et de non-divulgence agit en tant que rappel annuel de ces obligations auprès des employés.

Ces politiques sont :

- Protection de la vie privée (GEN.6.30.10)
- Confidentialité (GEN.6.30.15)
- Atteinte à la vie privée (GEN.6.30.20)
- Évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (GEN.6.30.25)
- Partage de renseignements confidentiels (GEN.6.30.30)
- Gestion des déchets confidentiels et de nature délicate (GEN.6.30.05)

Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité

Le code d'éthique⁶ définit les droits et responsabilités des patients ainsi que les responsabilités des intervenants. Le Réseau s'est doté d'un code d'éthique afin de pouvoir mettre ses valeurs au premier plan, d'affirmer et de respecter ses engagements envers les patients et d'assurer la qualité des soins et des services. Le code assure également la qualité des liens entre les intervenants et les patients.

Ce code traite :

- des droits et responsabilités du patient;
- des responsabilités des intervenants;
- des pratiques et des conduites attendues à l'endroit des patients de la part des employés, des membres du personnel soignant et des médecins qui exercent leur profession au Réseau;
- d'autres renseignements, tels que les missions d'enseignement et de recherche du Réseau ainsi que les demandes de consultation en éthique clinique.

Dépliant d'information sur les droits et les responsabilités des patients

Ce dépliant, à l'intention des patients du Réseau, est une version résumée du code d'éthique quant aux droits et aux responsabilités des patients.

Il traite des droits et des responsabilités des patients quant :

- aux soins et aux services offerts;
- à la dignité et au respect;
- à l'accès à l'information;
- à la confidentialité;
- aux questions financières.

Politiques sur les conflits d'intérêts

Des politiques sur les conflits d'intérêts sont en place dans les zones 1B (V.20.90) et 5 (ADM-7-60). La politique provinciale sur les conflits d'intérêts (AD-2915) s'applique à tous les membres du personnel du Réseau. Elle offre des lignes directrices sur les comportements attendus afin d'éviter toute situation de conflits d'intérêts qui pourrait influencer l'impartialité ou le jugement des membres du personnel, leur intégrité et celle du Réseau.

Ces politiques traitent :

- de la définition des personnes visées par ces politiques;
- des actions ou des gestes qui pourraient constituer des conflits d'intérêts;
- des conséquences du non-respect de ces politiques;

⁶ Annexe 5 : Politique GEN.1.30.25 – Code d'éthique

- de la procédure de déclaration et de dénonciation de conflits d'intérêts.

Politique sur le harcèlement au travail

Cette politique (GEN.4.30.05) des ressources humaines s'applique à tous les membres du personnel du Réseau. En mettant de l'avant les valeurs organisationnelles, elle démontre l'engagement du Réseau d'assurer un milieu de travail où tous les employés sont traités avec respect et dignité. Elle définit les modalités d'application de cette politique ainsi que le rôle et les responsabilités des gestionnaires quant à la prévention et à l'intervention en matière de harcèlement au travail.

La politique traite :

- de la procédure en place pour traiter une plainte non officielle et officielle de harcèlement au travail;
- de l'usage approprié de la procédure de traitement d'une plainte;
- du caractère confidentiel de la déclaration et du traitement d'une plainte;
- des conséquences pour une personne reconnue responsable d'une conduite de harcèlement.

Politique sur la prévention de la violence en milieu de travail

Cette politique (GEN.4.30.10) démontre l'engagement du Réseau de fournir aux membres du personnel, aux patients, aux bénévoles et aux visiteurs un environnement sécuritaire où aucune forme de violence n'est acceptée ni tolérée.

La politique traite :

- de la responsabilité du Réseau pour ce qui est de prévenir et de proscrire la violence en milieu de travail;
- des différentes options et des différents mécanismes internes qui s'offrent à la personne qui estime subir de la violence en milieu de travail;
- de la procédure en place pour la présentation et le traitement d'une plainte;
- du caractère confidentiel de la déclaration et du traitement d'une plainte.

Traitement des plaintes de violence et de harcèlement au travail

Plusieurs personnes font partie du processus de gestion d'une plainte de violence ou de harcèlement au travail. Ces personnes jouent un rôle important sur le plan de l'intervention et elles sont responsables d'assurer la résolution d'une plainte.

Ces personnes sont :

- le supérieur immédiat;
- le supérieur hiérarchique;
- le conseiller en ressources humaines;
- le coordonnateur de la gestion des risques;

- le directeur ou le coordonnateur de l'hygiène et de la sécurité au travail;
- la direction des ressources humaines.

Politique sur le signalement des actes répréhensibles

Cette politique (GEN.1.20.20) démontre l'engagement du Réseau à encourager et à guider les employés à dénoncer des actes importants et graves commis au sein du Réseau et qui pourraient être illégaux et/ou dangereux.

La politique traite :

- des procédures en place pour dénoncer les actes répréhensibles commis en milieu de travail;
- du caractère confidentiel du processus de divulgation d'actes répréhensibles;
- du processus d'enquête équitable et objectif pour les employés accusés d'actes répréhensibles.

Annexes

- Annexe 1 Schéma stratégique 2014-2017
- Annexe 2 Politique GEN.1.30.20 – Mandat des comités d'éthique clinique (En révision)
- Annexe 3 Politique ETH.1.10.05 – Mandat de l'équipe régionale en éthique clinique
- Annexe 4 Politique GEN.1.30.30 – Mandat du Comité d'éthique de la recherche (En révision)
- Annexe 5 Politique GEN.1.30.25 – Code d'éthique

Références

- Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent : Centre affilié universitaire. *Cadre conceptuel en matière d'éthique*. Document adopté au conseil d'administration (2012).
<http://www.csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcs/Votre_CSSS/Documentation_du_CA/documents_deposes/Decembre_2012/5.3_Cadre_conceptuel_en_ethique_octobre_2012.pdf>
- Centre de santé et de services sociaux de Jonquière. *Cadre de référence en matière d'éthique*.
<<http://www.csssjonquiere.qc.ca/web/document/U280/Cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence%20en%20mati%C3%A8re%20d'%C3%A9thique%202011.pdf>>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada : *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, décembre 2010.
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. *Cadre conceptuel en matière d'éthique*. Document approuvé par le Conseil d'administration (2012).
- Les Jardins du Haut St-Laurent (1992) inc. & CHSLD Côté-Jardin inc. & Manoir St-Amand. *Cadre de référence en matière d'éthique clinique*. Document préparé par le Comité d'éthique clinique (2011). <www.manoirst-amand.ca/cclinique/doc/o66_1.pdf>
- Malherbe, Jean-François (1996). *L'incertitude en éthique. Perspectives cliniques*. Coll. « Les grandes conférences », Montréal : Les Éditions Fides.

Annexe 1 : Schéma stratégique 2014-2017



Schéma stratégique

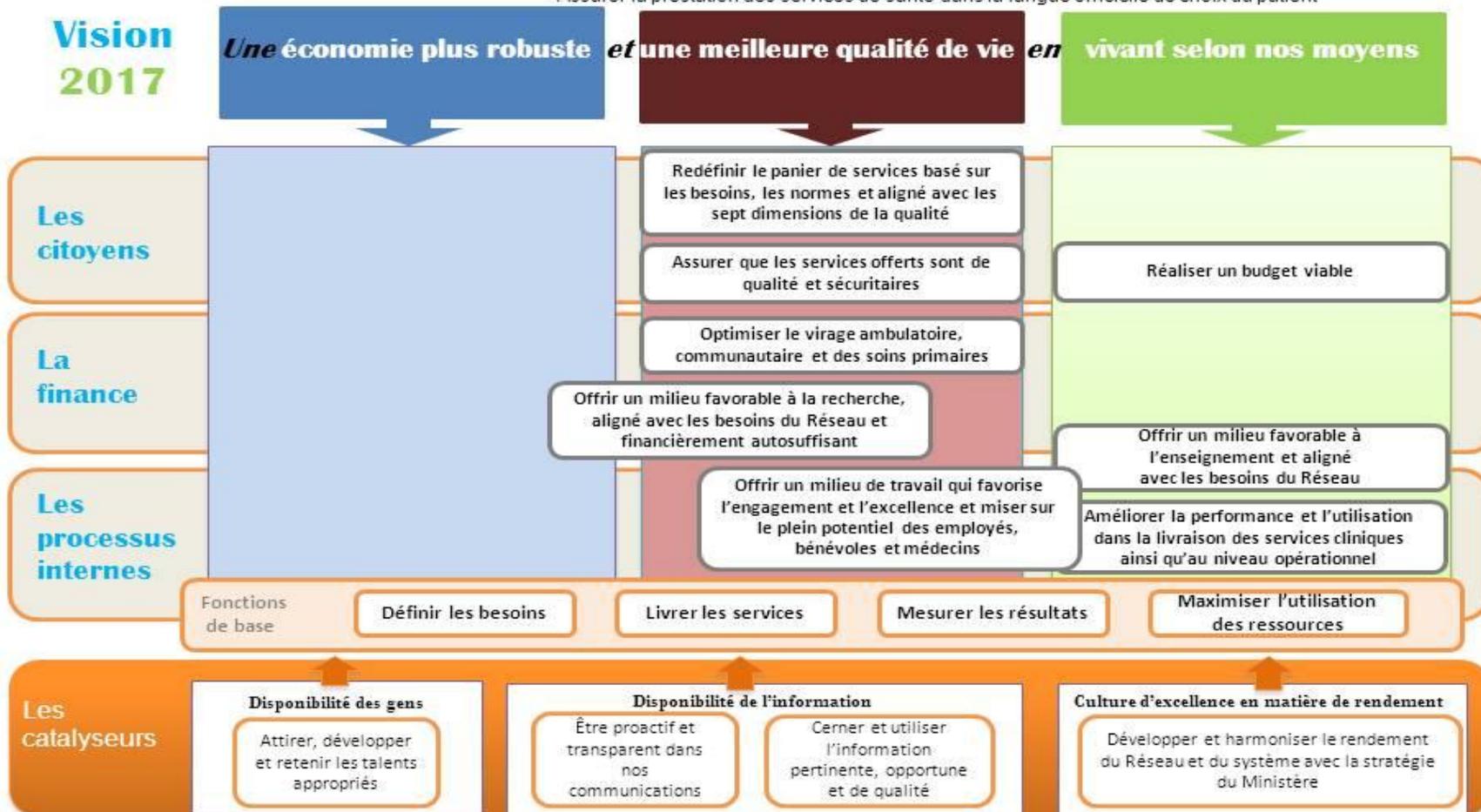
2014-2017

Mandat du ministère de la Santé : Exercer un rôle de surveillance; créer les conditions favorables à la viabilité du système de santé grâce à la planification, au financement, à la surveillance et à la prestation de services stratégiques

Mandat du Réseau de santé Vitalité : - Administrer les services de santé selon son plan régional de la santé et d'affaires;
- Assurer la prestation des services de santé dans la langue officielle de choix du patient

Vision 2017

Une économie plus robuste et une meilleure qualité de vie en vivant selon nos moyens



Les valeurs de Vitalité: Intégrité - Respect - Compassion - Équité - Solidarité

Les principes de conception pour orienter le développement des programmes et des services selon les dimensions de la qualité: accès, gamme appropriée de services, efficaces, efficients, équitables, sécuritaires et cliniquement viable

Annexe 2 : Politique GEN.1.30.20 – Mandat des comités d'éthique clinique



Titre :	MANDAT DES COMITÉS D'ÉTHIQUE CLINIQUE		N° : GEN.1.30.20
Section :	1 – Gestion générale	Date d'entrée en vigueur:	2010-04-01
Émise par :	v.-p. Planification, la qualité et la protection de la vie privée	Date de révision précédente :	
Approuvée par (Signature)	Présidente-directrice générale Andrée G. Robichaud	Date de la signature :	2010-03-01
Établissement / programme : (facultatif)	<input checked="" type="checkbox"/> RRS A Zones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		

MANDAT

La Régie régionale de la santé A, a une vision régionale de ses activités en éthique. Pour accomplir ses fonctions, un comité d'éthique est en place dans chaque zone. Les comités d'éthique sont des comités consultatifs interdisciplinaires qui offrent de la formation et un service de consultation pour faciliter la prise de décision difficile lorsque des problèmes d'ordre éthique ou moral surgissent.

RESPONSABILITÉS COMMUNES

Les comités d'éthique collaborent étroitement :

- au développement des programmes de formation régionaux en éthique, en éthique clinique et en bioéthique ou à l'enrichissement des programmes existants en y apportant des perspectives éthiques ;
- à l'élaboration de politiques et procédures régionales pour que celles-ci tiennent compte des dimensions éthiques pertinentes ;
- au développement des politiques et procédures régionales sur des sujets d'ordre éthique (consultation en éthique, testament de vie, non-réanimation, etc.)
- en offrant un service local de consultation pour faciliter les prises de décisions complexes en cernant les enjeux et les solutions disponibles.

STRUCTURE DES COMITÉS

Les comités d'éthique en milieu hospitalier sont des comités interdisciplinaires qui relèvent de la Vice-présidente planification, qualité et protection de la vie privée et dont les membres sont nommés par celle-ci, après avoir reçu une liste de noms suggérés par les différents services concernés.

Par le biais de la Vice-présidente, les activités ou recommandations provenant des comités qui touchent l'encadrement éthique de la RRSA sont portées à l'attention du comité d'éthique du CA pour étude et recommandation au Conseil alors que les activités ou recommandations d'ordre opérationnelle sont portées à l'attention de la direction générale pour suivi approprié selon le secteur concerné.

NOMBRE DE RÉUNIONS

Les Comités d'éthique se réunissent pour des réunions régulières au moins 5 fois par année. Ils se réunissent aussi au besoin lors de demande de consultation dans chaque zone.

COMPOSITION

Les Comités d'éthique sont multidisciplinaires et se composent des membres suivants:

- un médecin de médecine générale ;
- un médecin spécialiste ;
- deux infirmières ;
- un représentant de la pastorale hospitalière ;
- un travailleur social ;
- un représentant du personnel professionnel de la santé ;
- un avocat (autre que l'avocat de la régie) ;
- un représentant de la communauté ;
- un éthicien ou un membre avec de l'expertise en éthique ;
- un représentant de chaque établissement de la zone ;
- autres personnes ressources au besoin.

COLLABORATION

Des collaborations entre les comités d'éthique de la régie peuvent être considérées lorsque nécessaire pour les demandes de consultation.

DURÉE DES MANDATS

Le mandat initial des membres est de 3 ans. Les mandats subséquents sont renouvelables à chaque année.

Les présidents des comités d'éthique sont nommés par la Vice-présidente planification, qualité et protection de la vie privée sur recommandation des membres des comités d'éthique de chaque zone et des membres de la direction générale. Ils sont nommés pour un mandat initial de 3 ans. Les mandats subséquents sont renouvelables à chaque année.

Un membre qui quitte avant la fin de son mandat peut être remplacé. Le nouveau membre termine son mandat.

Les membres du Comité d'éthique sont tenus d'assister régulièrement aux réunions prévues. Trois absences subséquentes non motivées sont interprétées comme un avis de démission.

QUORUM

Le quorum est de la moitié des membres plus 1. Les comités d'éthique favorisent la prise de décision par consensus.

CONFIDENTIALITÉ

Tous les membres ont l'obligation de respecter la confidentialité.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Tout membre d'un des comités en situation de conflit d'intérêt, qu'il soit réel, éventuel ou apparent, a l'obligation d'en aviser le comité et doit s'abstenir de siéger lors de toutes discussions s'y rapportant.

AUTORITÉ DES COMITÉS

Les comités ont un rôle consultatif.

Deux fois par année, les présidents des Comités déposent un rapport d'activités à la Vice-présidente de la planification, qualité et de la protection de la vie privée.

Remplace : Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : <u>PMD-III-5</u>	Zone 6 : _____

Document : Mandat des comités d'éthique de la RRS A daté du 2009-03-26.

Annexe 3 : Politique ETH.1.10.05 – Mandat de l'équipe régionale en éthique clinique

Titre :	MANDAT DE L'ÉQUIPE RÉGIONALE EN ÉTHIQUE CLINIQUE		N° : ETH.1.10.05
Section :	1. Éthique clinique	Date d'entrée en vigueur :	2014/12/04
Émise par :	Équipe régionale en éthique clinique	Date de révision précédente :	
Approuvée par : (Signée par)	V.-p – Finances et Affaires corporatives	Date de la signature :	2014/12/04
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité Zone(s) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		

MANDAT

L'Équipe régionale en éthique clinique coordonne les différents dossiers en éthique clinique du Réseau. Celle-ci assure le lien entre les différents comités d'éthique clinique de zone, coordonne le développement et l'intégration systématique des politiques et procédures en éthique clinique pour l'ensemble du Réseau.

RESPONSABILITÉS

- Développer et mettre en œuvre une stratégie d'éthique clinique régionale.
- Développer des outils pour faciliter l'intégration du processus décisionnel en éthique clinique.
- Coordonner l'élaboration et la consultation des politiques et procédures régionales en lien avec l'éthique clinique.
- Développer des programmes de formation régionaux en éthique clinique à l'intention du personnel du Réseau de santé Vitalité.
- Faciliter le réseautage entre les membres des comités d'éthique cliniques.
- Assurer la conformité aux normes d'éthique d'Agrément Canada et donner suite aux recommandations s'il y a lieu.

COMPOSITION

- Présidente du Comité d'éthique clinique de la Zone 1B
- Présidente du Comité d'éthique clinique de la Zone 4
- Présidente du Comité d'éthique clinique de la Zone 5
- Présidente du Comité d'éthique clinique de la Zone 6
- Coordinatrice régionale du Bureau de l'éthique
- Directrice régionale de la Planification et de l'Aide à la décision

LIEN HIÉRARCHIQUE

L'équipe relève de la directrice régionale de la Planification et de l'Aide à la décision.

QUORUM

Aucun quorum exigé.

STRUCTURE DE FONCTIONNEMENT

L'ordre du jour, les outils de travail et le matériel requis pour les rencontres sont préparés par la coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique.

La coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique préside les rencontres.

FRÉQUENCE DES RÉUNIONS

L'équipe se rencontre au moins quatre fois par année ou plus au besoin.

Annexe 4 : Politique GEN.1.30.30 – Mandat du Comité d'éthique de la recherche



Titre :	MANDAT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE		N° : GEN.1.30.30
Section :	1- Gestion générale	Date d'entrée en vigueur:	2010-01-01
Émise par :	v.-p. Planification, Qualité et Protection de la vie privée	Date de révision précédente :	
Approuvée par	CONSEIL D'ADMINISTRATION Andrée G. Robichaud	Date de la signature :	2009-10-13
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> RRS A Zones : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		

POLITIQUE

1. Les membres du Comité d'éthique de la recherche assurent une évaluation éthique compétente de l'acceptabilité éthique des projets de recherche ayant recours à des êtres humains; l'évaluation éthique constitue la dernière étape du processus de soumission de projets de recherche.
2. Les membres du CER ont les qualifications, l'expertise et la formation nécessaires pour procéder à l'évaluation des questions éthiques soulevées par les projets de recherche menés au sein de la Régie régionale de la santé A (RRS A).
3. Le comité d'éthique de la recherche (CER) dispose aussi d'une indépendance pour mener l'évaluation éthique à l'abri de toute influence indue, mais il doit rendre compte au Conseil d'administration de la RRS A de l'intégrité de ses méthodes, y compris de ses processus de prise de décisions.

RECHERCHES DEVANT ÊTRE EXAMINÉES PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CER)

- Toute recherche sur des participants humains doit être examinée et approuvée par le CER avant que la recherche soit entreprise.
- Le CER examinera toute recherche sur des restes humains, des cadavres, des tissus, des fluides biologiques, des embryons ou des fœtus.
- Les chercheurs qui ont l'intention de recueillir des renseignements personnels identifiables au sujet des participants doivent obtenir l'approbation du Comité d'éthique de la recherche.

DÉMARCHE

Le Conseil d'administration (CA) nomme les membres ainsi que les membres remplaçants du CER, au moyen d'un processus de sélection équitable et impartial. Le processus de sélection des membres tient compte des qualifications, de l'expertise, de la formation nécessaires et de la représentation de chacune des zones de la RRS A.

COMPOSITION

Le Comité d'éthique de la recherche sera composé d'au moins 10 membres, parmi lesquels :

- un président ;
- un vice-président;
- une personne possédant une expertise en recherche quantitative* ;
- une personne possédant une expertise en recherche qualitative* ;
- une personne possédant une expertise en éthique* ;
- deux membres possédants une expérience dans les méthodes et les domaines de recherche menée au sein de la RRSA ;
- un membre qui a une formation juridique autre que le conseiller juridique ni le gestionnaire de risques de l'organisation* ;
- deux médecins;
- deux infirmières;
- un membre de la collectivité, sans affiliation à la RRS A, recruté au sein de la collectivité à laquelle la Régie offre des services et possédant de l'expérience pertinente* ;
- un remplaçant pour chaque membre

CONSEILLERS SPÉCIAUX

- Le CER peut nommer des conseillers spéciaux ad hoc dans le cas où il lui manque l'expertise ou les connaissances précises pour procéder à l'évaluation d'une proposition de recherche de façon compétente.
- Les conseillers spéciaux ad hoc sont nommés pour une tâche précise et pour la durée de l'évaluation. Si ceci devait se produire régulièrement, les membres seraient changés pour veiller à ce que le CER possède l'expertise appropriée.
- Même si un conseiller spécial ad hoc complète le CER par son expérience ou son expertise, ses suggestions constituent une forme de consultation que le CER peut ou non prendre en considération au moment de sa décision finale. Cette personne n'est pas un membre du CER et, à ce titre, n'a pas nécessairement les connaissances et l'expérience acquises par l'évaluation de demandes en tant que membre. Les conseillers spéciaux ad hoc ne sont pas comptés dans le quorum et ils n'ont pas le droit de vote.

MANDAT DES MEMBRES

Les membres sont nommés pour un mandat initial de deux ans qui est ensuite renouvelable annuellement. Lors du renouvellement des mandats, le CA doit s'assurer de la continuité du processus de l'évaluation de l'acceptabilité éthique des projets de recherche.

QUORUM

Le quorum est fixé à 50 % plus 1 des membres nommés. Par contre, pour être valide, les 4 membres identifiés par un astérisque (*) dans la section **Composition** doivent être présents.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les membres du CER doivent divulguer tout conflit d'intérêts réel, apparent ou éventuel et, au besoin, se retirer des délibérations et des décisions du Comité.

RÉUNIONS

- Le Comité d'éthique de la recherche tient régulièrement des réunions pour s'acquitter de ses responsabilités.
- Un horaire des dates de réunion et de présentation est publié.
- Le CER tient des séances de réflexion et des ateliers éducatifs pour accroître la formation en éthique de la recherche, discuter de toute question générale découlant des activités du CER ou réviser des politiques pertinentes.
- Le CER prépare et tient des dossiers détaillés, dont des procès-verbaux précis rendant compte des décisions de l'évaluation de l'acceptabilité éthique de la recherche, des membres présents aux réunions, ainsi que toute la documentation relative aux projets de recherche présentés au CER pour évaluation.

PRISES DE DÉCISIONS

Le CER a le pouvoir d'approuver, de rejeter, de proposer des modifications ou de mettre fin à toute recherche proposée ou en cours. La décision rendue peut être l'une des suivantes :

1. une approbation finale ;
2. une approbation avec modifications avant son approbation finale ;
3. un refus ;
4. un ordre de cesser une recherche ayant reçue une approbation finale préalable.

Le CER fonctionne de façon impartiale, fournit une évaluation équitable aux personnes en cause et donne des opinions et des décisions motivées et adéquatement documentées. La décision quant à l'approbation de la recherche est précédée d'une discussion en profondeur au sujet de l'acceptabilité éthique et des moyens possibles d'améliorer certains aspects de la recherche. Ceux-ci peuvent comprendre la méthodologie de la recherche ou les renseignements fournis dans le processus d'obtention du consentement libre et éclairé qui touche au bien-être, à l'autonomie et à la décision de participer à la recherche et à l'égalité du statut moral de tous les êtres humains.

ÉVALUATION DÉLÉGUÉE

Le président et un autre membre identifié du Comité peuvent procéder à une évaluation déléguée si un projet de recherche comporte tout au plus un risque minimal. De façon générale, la norme du risque minimal se définit de la façon suivante : lorsqu'on a toutes les raisons de penser que les sujets pressentis estiment que la probabilité et l'importance des éventuels inconvénients associés à une recherche sont comparables à ceux auxquels ils s'exposent dans les aspects de la vie quotidienne reliés à la recherche, la recherche se situe sous le seuil de risque minimal.

Dans tous les cas d'une évaluation déléguée, les membres du CER seront informés de ces décisions lors de la réunion suivant ces approbations, avec l'opportunité de recevoir des explications et de consulter, si nécessaire, la documentation pertinente.

EVALUATION CONTINUE DE L'ÉTHIQUE

Le CER procèdera à une évaluation continue de chaque recherche en cours à des intervalles proportionnels au degré de risque pour les participants humains, mais au moins une fois par année.

COMMUNICATION DE DÉCISIONS

Les approbations et les refus seront communiqués aux chercheurs par écrit ou par courrier électronique.

DEMANDE D'APPEL

Les chercheurs ont le droit de demander une réévaluation des décisions touchant un projet de recherche par un Comité d'appel composé de personnes qui n'ont pas participé à la première évaluation. (Exemples, les membres remplaçants ou absents lors de celle-ci peuvent composer le Comité d'appel). La décision du Comité d'appel est exécutoire.

DÉFINITIONS

Président – personne responsable de veiller à ce que le fonctionnement du Comité d'éthique de la recherche soit conforme aux politiques et procédures de la RRS A en ce qui a trait au processus d'évaluation de l'éthique; le président effectue une surveillance des décisions du CER pour ce qui est de la cohérence et veille à ce que ces décisions soient consignées adéquatement et communiquées aux chercheurs par écrit ou par moyen électronique

Membre de la collectivité sans affiliation à la RRS A – personne dont le rôle principal est de refléter la perspective du participant à la recherche; le membre de la collectivité élargit la perspective et la base de la valeur du Comité d'éthique de la recherche, et il fait évoluer le dialogue avec une responsabilisation des collectivités locales

Expert en éthique – personne possédant une formation officielle en éthique et dont l'expérience correspond aux types de recherche menée au sein de la RRS A.

Personne avec formation juridique – personne qui donne l'alerte au Comité d'éthique de la recherche en ce qui a trait aux questions de droit et leurs répercussions, qui ne donne pas d'avis juridiques formels et qui n'agit pas en tant que conseiller juridique pour le Comité d'éthique de la recherche.

Expert en recherche qualitative – personne possédant une expertise pertinente pour comprendre les répercussions méthodologiques de la recherche qualitative proposée ou en cours.

Expert en recherche quantitative – personne possédant une expertise pertinente pour comprendre les répercussions méthodologiques de la recherche quantitative proposée ou en cours.

Membres remplaçants – un remplaçant pour chaque membre pour faire en sorte que le Comité d'éthique de la recherche puisse continuer de fonctionner lorsque des membres en titre sont dans l'impossibilité d'assister en raison de maladie ou toute autre circonstance imprévue; le recours à des membres remplaçants ne modifiera pas la structure de l'ensemble des membres du Comité d'éthique de la recherche; les membres remplaçants auront les connaissances, l'expertise et la formation nécessaires pour contribuer au processus d'évaluation de l'éthique.

Renseignements personnels identifiables – renseignements au sujet d'une personne qui pourraient être utilisés pour identifier ou réidentifier cette personne par l'entremise d'une combinaison d'identificateurs indirects (date de naissance, lieu de résidence ou caractéristique personnelle unique); ceci comprend des renseignements sur les caractéristiques personnelles comme l'âge, la culture, le niveau de scolarité, l'expérience professionnelle antérieure, les soins de santé, les expériences de vie, la religion, le statut social et d'autres situations dans lesquelles une personne a une attente raisonnable en matière de protection de la vie privée

Recherche – une entreprise destinée à approfondir les connaissances par l'entremise d'une enquête rigoureuse ou d'une investigation systématique.

RÉFÉRENCES

- Ébauche de la 2^e édition de *L'énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, décembre 2008.
- Conférence internationale sur l'harmonisation, *Guidance E6: Good Clinical Practice- Consolidated Guidelines (of ICH Technical Requirements for the Registration of Pharmaceuticals for Human Use)* 1996, adopté par Santé Canada en 1997.
- *Part C, Division 5 of the Food and Drug Regulations* de Santé Canada, septembre 2001.
- Food and Drug Administration des États-Unis, Code of Federal Regulations. *Title 21, Food and Drugs Part 56.107, Institutional Review Boards*, révisé en date du 1^{er} avril 2008.
- Department of Health and Human Services des États-Unis, Code of Federal Regulations, *Title 45 Public Welfare Part 46, Protection of Human Subjects*, révisé le 23 juin 2005.

Annexe 5 : Politique GEN.1.30.25 – Code d'éthique



Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	CODE D'ÉTHIQUE	N° : GEN.1.30.25
Section :	1 – Gestion générale	Date d'entrée en vigueur : (a/m/j)
Émise par :	V.-p.- Finances et Affaires corporatives	Date de révision précédente : 2010-03-30
Approuvée par : (Signée par)	Conseil d'administration : Président-directeur général	Date de la signature : (a/m/j)
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité Zone : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

Le code d'éthique retrouvé en annexe définit les droits et les responsabilités des patients, ainsi que les responsabilités des intervenants. Le Réseau de santé Vitalité s'engage à respecter les valeurs, les principes et les règles énoncés dans ce code.

CODE D'ÉTHIQUE

CODE D'ÉTHIQUE

RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

Avant-propos

Ce code d'éthique définit les droits et les responsabilités des patients ainsi que les responsabilités des intervenants. Nous nous engageons à respecter les valeurs, les principes et les règles énoncés dans ce code.

Les valeurs éthiques endossées par le Réseau de santé Vitalité sont les suivantes :

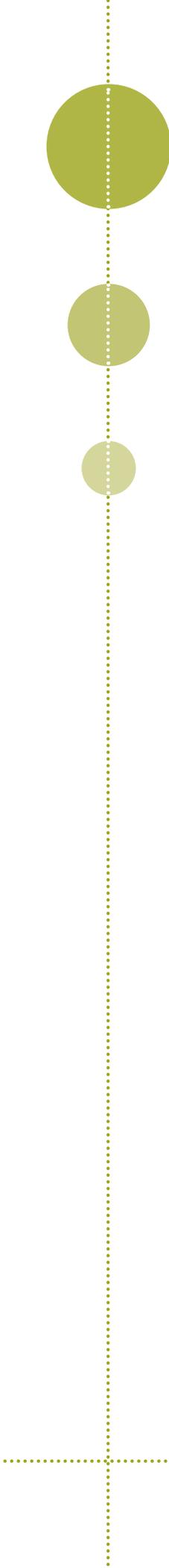
- Dignité humaine
- Autonomie
- Bienfaisance
- Équité

Le patient est notre raison d'être et nous nous engageons à :

- le traiter avec respect et dignité en tenant compte de son autonomie, de ses besoins et de ses valeurs;
- lui donner des soins et des services avec douceur, courtoisie et compassion;
- reconnaître sa participation dans ses traitements et à l'informer;
- le considérer comme citoyen à part entière, c'est-à-dire, comme ayant des droits, des moyens pour les faire respecter et aussi des responsabilités.

Nous voulons répondre à ses besoins et nous nous engageons à :

- maintenir à jour notre expertise ;
- offrir des soins et des services de qualité ;
- respecter ce code d'éthique et nos codes de déontologie.



SECTION 1

Droits du patient

1.1 Droit à des soins et des services

Vous avez le droit à des soins et des services de santé de qualité dans un milieu sécuritaire et dans la langue officielle de votre choix.

Vous avez le droit d'être informé sur les soins et les services qui existent, l'endroit où les obtenir, la façon d'y accéder et la période d'attente prévue.

1.2 Droit à la dignité et à la bienfaisance

Vous avez droit d'être traité avec respect, courtoisie et compréhension. Nous voulons ainsi respecter votre dignité, votre autonomie et vos besoins.

En situation de vulnérabilité, nous nous engageons à être encore plus attentifs à vos besoins.

Vous avez le droit au respect de votre vie privée, de votre intimité et à la discrétion.

1.3 Droit à l'autonomie

Vous avez droit au respect de votre autonomie. De là découle votre droit d'accepter ou de refuser des soins ou des services. Si votre état ne vous permet pas de prendre des décisions, une personne désignée, un mandataire, un plus proche parent, pourra le faire à votre place.

Vous avez également le droit de prendre les décisions qui vous concernent et qui sont d'ordre personnel.

Vous avez le droit de refuser un traitement proposé.

1.4 Droit à l'équité

Vous avez le droit d'avoir les mêmes soins et les mêmes services que toute autre personne, indépendamment de vos particularités individuelles.

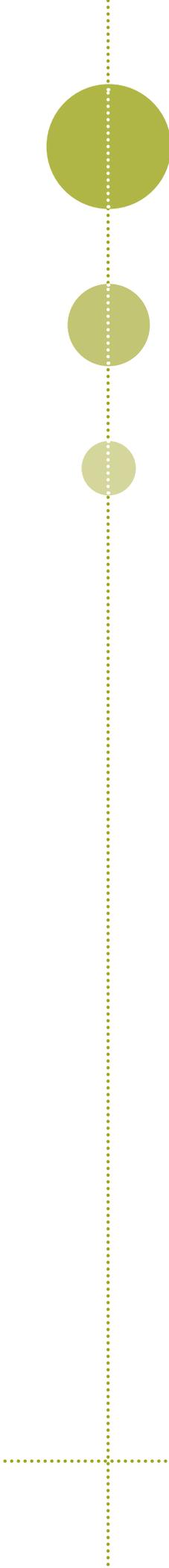
1.5 Droit à l'information pour consentir à vos soins et à vos services

Vous avez le droit d'être informé sur votre état de santé, du diagnostic, du traitement, des alternatives et du pronostic en des termes que vous comprenez. Ceci vous permettra de fournir un consentement libre et éclairé. Nous souhaitons ainsi que vous participiez aux décisions concernant vos soins, vos services et vos traitements.

Vous pouvez être accompagné et assisté d'une personne de votre choix lorsque vous désirez obtenir des informations ou entreprendre une démarche concernant des soins ou des services offerts.

1.6 Droit à la confidentialité et au respect de votre vie privée

Vous avez le droit à la confidentialité de toute information qui vous concerne ainsi qu'au respect de votre vie privée (par exemple : votre dossier médical, vos renseignements personnels, votre présence et la raison de votre présence dans le réseau des soins de santé, etc.).



SECTION 2

Responsabilités du patient

2.1 Collaboration

Nous souhaitons que vous fassiez preuve de collaboration avec le personnel en vue d'évaluer et d'améliorer votre état de santé. Vous devez nous fournir l'information pertinente concernant vos besoins.

2.2 Relations interpersonnelles

Nous nous attendons à ce que vous manifestiez de la politesse et de la compréhension auprès des autres patients, au personnel, aux étudiants en formation et aux bénévoles et que vous ayez un comportement non-menaçant à leur égard. Nous n'accepterons aucune forme de violence ou de harcèlement.

2.3 Respect des biens

Nous vous rappelons que vous devez faire preuve de respect à l'égard des biens de l'établissement et à l'égard de ceux des autres.

2.4 Consentement

Nous vous invitons à fournir toutes les informations sur votre santé (maladies, hospitalisations, médicaments qui vous ont été prescrits, etc.) qui peuvent influencer les soins, les services et les traitements qui vous sont donnés.

Avant de consentir à des soins, à des services ou à des traitements, vous devez demander des explications et questionner lorsque vous ne comprenez pas. Nous vous invitons donc à poser des questions sur les examens et les traitements que l'on vous propose et à vous informer des risques et des choix de traitements disponibles.

2.5 Refus de traitement

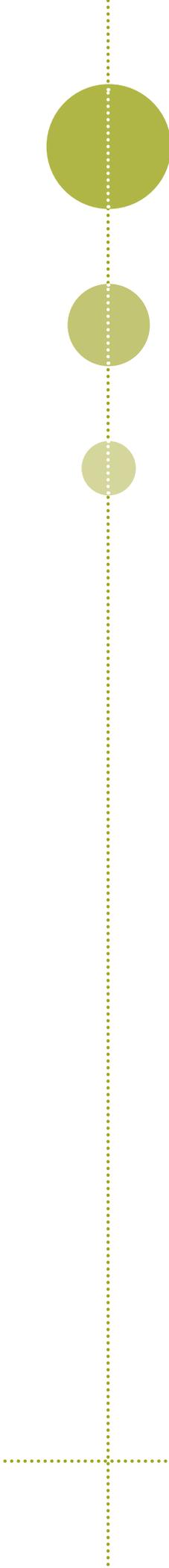
Vous pouvez refuser des soins ou des services. Vous devez alors comprendre les conséquences probables de votre refus.

2.6 Participation aux soins et aux services

Nous vous invitons à participer aux soins et services qui vous sont offerts en vous assurant de comprendre les informations reçues et de saisir votre rôle dans la continuité de vos soins et de vos services. Nous vous encourageons à parler ouvertement de vos soins avec votre équipe soignante et d'adopter des habitudes de vie saine pour garder une bonne santé et prévenir la maladie.

2.7 Testament de vie

Il est important de préciser à votre médecin vos volontés à l'égard des soins et des services que vous souhaitez recevoir lorsque vous ne serez plus en mesure de prendre vos décisions vous-même. Vous devez aussi lui fournir le nom et le numéro de téléphone de la personne qui prendra les décisions à votre place.



SECTION 3

Responsabilités des intervenants

3.1 Objectif commun : votre santé

Nous désirons vous offrir des soins et des services de santé de qualité sur les dimensions physiques, émotionnelles et spirituelles dans la langue officielle de votre choix et dans un environnement sécuritaire.

Nous nous engageons à maintenir notre formation à jour.

Nous travaillons en équipe pour assurer une bonne coordination des soins et des services.

Nous assurons le lien avec les partenaires afin de favoriser la continuité des soins et des services.

3.2 Respect de la dignité

Nous vous traitons avec douceur et nous nous abstenons de tout abus et de toute attitude dégradante. Aucune forme de violence ou de harcèlement ne sera permise à votre égard.

Nous nous identifions et nous précisons les raisons de notre intervention lorsque nous vous abordons.

Nous nous adressons à vous par le vouvoiement et vous appellerons par votre nom de famille à moins que vous nous avisiez autrement.

Nous vous témoignons politesse et compréhension, entre autres, en vous incluant dans les conversations et en vous écoutant. Nous vous invitons donc à exprimer vos besoins et vos attentes.

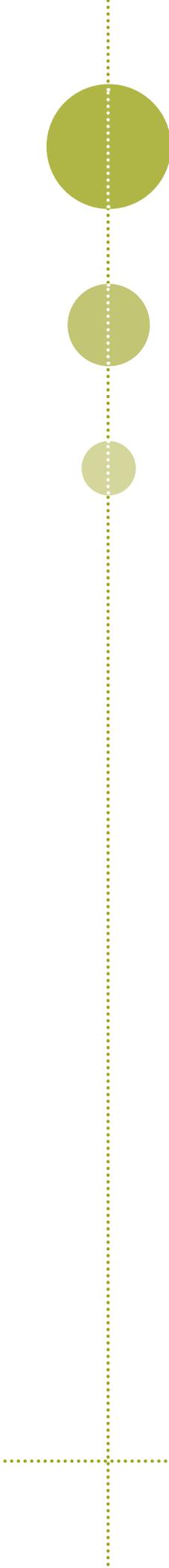
Nous souhaitons ainsi développer une relation de confiance avec vous.

En fin de vie, nous nous assurons de respecter votre dignité et nous vous offrons un service d'accompagnement.

3.3 Respect de l'équité

Nous nous engageons à vous traiter équitablement, indépendamment de vos particularités individuelles.

Nous nous abstenons donc de toute forme de discrimination à votre égard notamment à l'égard de votre origine nationale ou ethnique, de votre religion, de votre sexe, de votre orientation sexuelle, de votre âge ou de vos déficiences mentales ou physiques.



3.4 Respect de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels

Toutes les informations à votre sujet sont confidentielles.

Les informations pertinentes qui vous concernent ne sont accessibles qu'aux professionnels qui vous offrent des soins et des services. Nous ne sommes pas autorisés à en dévoiler ou en communiquer le contenu à d'autres à moins d'avoir obtenu votre autorisation implicite ou écrite ou à moins d'être confrontés à l'une des situations particulières prévues dans la Loi.

Nous gardons secrètes les confidences que vous nous faites, sauf si elles peuvent aider votre médecin traitant ou un intervenant dans les soins et les services dont vous avez besoin. Elles seront alors partagées dans un contexte respectant la protection des renseignements personnels.

Nous faisons preuve de discrétion en évitant de commenter dans les lieux publics votre état de santé, votre situation sociale, vos réactions ainsi que votre plan de soins, de services, ou de traitements.

3.5 Respect du droit à l'information

Nous reconnaissons votre droit de participer à toute décision affectant votre état de santé ainsi qu'à la planification de vos soins et de vos services. À cet effet, nous vous renseignons sur votre état, les soins et les services que vous recevez, l'évolution de votre santé et les moyens qu'il faut prendre pour améliorer votre mieux-être.

Nous nous assurons que vous comprenez l'information que nous vous transmettons. Nous sommes réceptifs à toute demande d'information exprimée.

Si vous le désirez, vos proches seront encouragés à participer dans cette démarche.

À votre demande, nous vous informerons des étapes à suivre pour avoir accès à votre dossier.

3.6 Respect de l'intimité

En toutes circonstances, nous respectons votre intimité. Lorsque la porte de votre chambre, d'une salle d'examen ou de traitement est fermée ou que le rideau de votre lit est tiré, nous frappons ou manifestons notre présence, puis nous marquons un temps d'arrêt avant d'entrer.

Nous faisons également preuve de réserve et de délicatesse lorsque nous vous donnons des soins et des services.

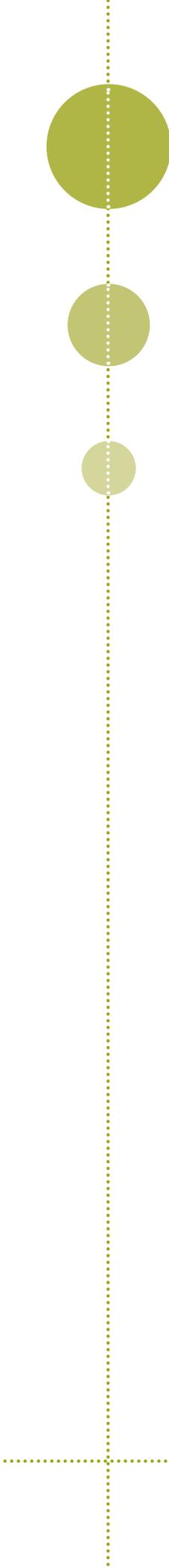
Nous nous tenons à l'écart des conversations privées que vous avez avec vos proches.

3.7 Consentement et refus aux soins et aux services de santé

Nous nous engageons à vous fournir toute l'information sur votre état de santé et sur les soins et les services que nous vous proposons. Vous serez ainsi en mesure de donner votre consentement à ces soins et ces services ou de les refuser. Vous avez cependant le droit à une période de réflexion si vous en éprouvez le besoin.

Nous vous informerons de la disponibilité des ressources et des alternatives pour vous aider à prendre une décision éclairée.

Si vous êtes dans l'impossibilité de consentir aux soins ou aux services, nous transmettrons à votre mandataire ou à votre plus proche parent, l'information nécessaire pour qu'il puisse, dans votre intérêt, consentir ou refuser à votre place.



SECTION 4

Autres renseignements

4.1 Mission d'enseignement

Dans le cadre de notre mission d'enseignement, nous recevons des étudiants en formation. Ces personnes, sous la supervision et l'autorité de professionnels, offrent des soins et des services en fonctions de leur niveau de formation. Ces étudiants contribuent à la qualité des soins et des services et se préparent à assurer la relève pour les générations futures.

4.2 Mission de recherche

Notre Réseau a une mission de recherche contribuant ainsi à l'avancement de la science et à la qualité des soins et des services.

Les projets des chercheurs sont étudiés par le comité d'éthique de la recherche avant d'être autorisés. Votre médecin traitant, en collaboration avec les chercheurs, peut donc vous demander de participer à un projet. Il vous donnera les informations nécessaires afin que vous soyez en mesure de donner, par écrit, un consentement éclairé, ou de le refuser. Nous tenons à vous assurer qu'un refus de votre part n'affectera pas la qualité des soins et des services que vous continuerez à recevoir.

4.3 Demande de consultation en éthique clinique

Un comité d'éthique dans chaque zone du Réseau est en place pour offrir un service de consultation afin de résoudre des conflits d'éthiques ou pour vous éclairer lorsque vous avez à prendre une décision difficile. Il suffit de faire une demande de consultation à l'aide du formulaire disponible aux unités de soins.

4.4 Questions ou préoccupations

Le Réseau s'engage à vous offrir des soins et des services de qualité pour répondre à vos besoins et ceux de votre famille. Votre degré de satisfaction concernant les soins et services reçus est important pour nous.

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet des soins ou des services que vous avez reçus ou sur vos droits et responsabilités, nous voulons le savoir. Nous vous suggérons dans un premier temps, d'en discuter avec un membre de votre équipe soignante (médecin, infirmière, physiothérapeute, gestionnaire de l'unité, etc.). Pour plusieurs cas, cette simple démarche pourrait suffire à régler la situation.

Si vous n'avez pas obtenu une réponse satisfaisante à vos questions/préoccupations ou que vous désirez faire une plainte, vous pouvez communiquer avec le service de la qualité et de la sécurité des patients de votre milieu :

- **Zone Beauséjour** (Moncton et les environs) : 506-862-3767
- **Zone Nord-Ouest** (Edmundston et les environs) : 506-739-2221
- **Zone Restigouche** (Campbellton et les environs) : 506-789-5023
- **Zone Acadie-Bathurst** (Bathurst et Péninsule acadienne) : 506-544-2057

Enfin, vos commentaires peuvent aussi nous être transmis en répondant au questionnaire de satisfaction disponible aux secteurs de soins ou encore en utilisant un des moyens suivants:

- par écrit à : Service régional de la qualité et de la sécurité des patients
Réseau de santé Vitalité
275 rue Main, Bureau 600,
Bathurst, N.-B.
E2A 1A9
- par courriel à : Qualite.Quality@vitalitenb.ca
- Numéro sans frais : 1-877-286-1311

Conclusion

Toute personne œuvrant au Réseau de santé Vitalité, s'engage à travailler non seulement à l'amélioration de votre santé mais aussi à vous supporter dans l'amélioration de votre mieux-être.

Nous espérons que les valeurs énoncées dans ce document soient pour vous et pour nous une source d'inspiration et de motivation dans la poursuite d'offre de soins de santé et de services qui répondent à vos besoins.

2014-09

Schématisation du cadre conceptuel en éthique

	Éthique clinique	Éthique organisationnelle et de gouvernance	Éthique de la recherche	Amélioration de la qualité (AQ) et évaluation de programme (EP)
Politique	Politique sur la prise de décision éthique			
Procédure	Procédure de prise de décision éthique		Procédure de prise de décision éthique en recherche	Procédure de prise de décision éthique en AQ/EP
Outils de réflexion et d'encadrement	<ul style="list-style-type: none"> Guide de réflexion pour déterminer s'il y a un conflit éthique Guide de consultation en éthique clinique 	La responsabilité pour la raisonnable (A4R)	Énoncé de politique des trois conseils 2 (EPTC2) <i>Intégrité en recherche</i>	Énoncé de politique des trois conseils 2 (EPTC2) <i>Sections relatives à AQ/EP</i>
Comités	Comité d'éthique clinique <i>Consultation clinique</i>	<i>Comités des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (régional et du CA)</i>	Comité d'éthique de la recherche	Comités des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (régional et du CA)
Politiques	<ul style="list-style-type: none"> Code de conduite à l'intention des membres du CA Code d'éthique Conflits d'intérêts Harcèlement au travail Prévention de la violence en milieu de travail Signalement des actes répréhensibles Politiques – Protection des renseignements personnels 		<ul style="list-style-type: none"> Politiques des Ressources humaines Politiques concernant l'éthique de la recherche Demande de consultation en éthique clinique Non-réanimation cardiorespiratoire et intensité des soins Testament de vie Politique en matière de communications et de relations publiques Aide médicale à mourir 	
Leviers	<ul style="list-style-type: none"> Connaissances pertinentes en éthique pour la prestation des services de santé Utilisation des ressources disponibles en éthique Niveau de pensée et de leadership élargi du système de santé Décisions de réaffectation du budget entièrement transparentes 			
Fondements stratégiques	Plans opérationnels et financiers			
	Plan de la qualité et de la sécurité			
	Plan stratégique			
	Vision, mission et valeurs			

(2017-05)



CADRE CONCEPTUEL EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE

Ébauche 8 septembre 2020

Version 1.0

Approuvé par : Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité – 2014-11-25

Version 2.0

Approuvé par : Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité – 2020-09-

Table des matières

<i>Introduction</i>	3
<i>1. Les principes de base en éthique</i>	4
<i>2. Les valeurs organisationnelles</i>	5
<i>3. Le cadre de gestion éthique</i>	7
<i>3.1. L'éthique clinique</i>	8
<i>3.2. L'éthique de la recherche</i>	13
<i>3.3. L'éthique organisationnelle</i>	16
<i>Références</i>	22

Introduction

Le Réseau de santé Vitalité évolue dans un environnement de plus en plus complexe et il peut être confronté à plusieurs défis et enjeux d'ordre éthique. Il doit donc s'assurer d'avoir des guides, des lignes directrices, des politiques et procédures ainsi que des paramètres pour y faire face.

Ce cadre conceptuel a pour objectif de définir les processus officiels permettant de faire face aux difficultés, aux préoccupations et aux problèmes liés à l'éthique pour ainsi pouvoir discerner l'action la plus humanisante parmi toutes les actions possibles dans une situation donnée et donc, répondre à la question centrale « *Quoi faire pour bien faire?* » lorsque se présentent des situations empreintes d'ambiguïté et d'incertitude. Il devient donc important pour le Réseau d'élaborer un cadre conceptuel qui repose sur les assises suivantes :

1. Les principes de base en éthique
2. Les valeurs organisationnelles
3. Le cadre de gestion éthique
 - 3.1 Éthique clinique
 - 3.2 Éthique de la recherche
 - 3.3 Éthique organisationnelle

1. Les principes de base en éthique

Les principes de base en éthique sont les fondements incontournables de nos actions et ils constituent des préceptes non négociables. Il s'agit de principes universels qui guident la réflexion éthique. Ces principes sont :

L'AUTONOMIE, LA BIENVEILLANCE ET LA CONFIANCE

L'autonomie

L'autonomie désigne l'indépendance d'une personne. L'autonomie du patient désigne la capacité de penser, de décider et d'agir librement de sa propre initiative. En tant que norme morale, elle correspond au respect du droit de l'autre d'adopter une ligne de conduite différente qui lui est propre.

Dans cette optique, les médecins et les membres de la famille devraient donc aider le patient à prendre sa propre décision en lui fournissant tous les renseignements pertinents; ils devraient également appuyer une décision prise par un patient adulte compétent, même si cette décision ne semble pas bonne du point de vue médical.

La bienveillance

La bienveillance fait allusion à une disposition favorable envers quelqu'un et à un certain niveau d'indulgence. Elle fait appel aux qualités humanistes de la personne en regard de l'autre et elle trouve sa place dans les fondements mêmes de notre mission en santé.

La bienveillance est le souci de l'autre. Elle suggère de pencher vers ce qui pour l'autre est considéré comme étant bien, sans pour autant que ce bien coïncide avec notre bien-être personnel. La bienveillance est désintéressée et elle oriente nos actions vers la *bienfaisance*, qui est, de son côté, la bienveillance en action.

C'est le mieux-être du patient qui motive nos comportements bienveillants à son égard, de même qu'entre nous, employés, membres du personnel soignant et médecins du Réseau.

La confiance

Faire confiance, c'est assumer que l'autre personne est elle-même digne de confiance.

La confiance constitue un élément fondamental de la vie en collectivité. Chaque action posée quotidiennement n'est pas neutre et contribue à édifier ou à fragiliser cette confiance nécessaire à notre bon fonctionnement. Notre loyauté à l'organisation est difficile si la confiance fait défaut. Une conduite ou un comportement qui respecte l'éthique, la déontologie, l'honnêteté et l'intégrité contribuera à bâtir et à consolider la confiance au sein même du Réseau et auprès de l'ensemble des patients.

2. Les valeurs organisationnelles

On définit les valeurs comme étant ce qui pousse les individus et les membres d'une organisation à agir pour ce qui semble plus convenable, plus préférable ou, tout simplement, mieux et incontournable. Les valeurs orientent notre conduite et nous guident par ce qui nous donne l'impression d'être bons.

Les valeurs, dans la mesure où elles sont bien connues, intégrées et partagées, ont un impact sur les façons d'être et d'agir des individus et des membres du personnel, qui se reflètent tant à l'intérieur qu'à l'extérieur d'une organisation. De plus, elles viennent appuyer et renforcer l'accomplissement de la mission de l'organisation, qui est d'améliorer la santé de la population.

Les valeurs doivent être considérées comme des phares qui guident et indiquent ce vers quoi l'organisation doit cheminer et ce sur quoi elle devrait s'appuyer en cas d'incertitude. Elles sont les croyances fondamentales qui éclairent les actions d'un individu, d'une organisation ou d'une collectivité.

Le Réseau a adopté des valeurs qui guident les actions et dictent les comportements à l'égard des patients, du personnel, des médecins, des étudiants, des bénévoles et des partenaires.

Ces valeurs sont décrites de façon à engager le personnel, les médecins et les autres intervenants à adopter ces comportements :

Le respect

Nous protégeons la dignité des gens. Nous faisons preuve d'ouverture et d'écoute et nous favorisons le dialogue.

La compassion

Nous faisons preuve d'empathie envers les autres et nous adoptons une approche réconfortante et sans jugement.

L'intégrité

Nous sommes honnêtes et dignes de confiance et nous protégeons la vie privée.

L'imputabilité

Nous sommes transparents, responsables et redevables de nos actions.

L'équité

Nous offrons des soins et des services de qualité tout en assurant le meilleur accès possible.

L'engagement

Nous sommes fiers de nous investir et de viser l'excellence. Nous valorisons nos efforts et le travail accompli. Nous célébrons nos succès.

3. Le cadre de gestion éthique

L'éthique est un aspect fondamental de l'amélioration de la qualité. Au Réseau, elle s'articule autour de trois dimensions :

3.1 L'éthique clinique

3.2 L'éthique de la recherche

3.3 L'éthique organisationnelle

Le cadre de gestion éthique s'appuie sur une structure organisationnelle définie (comités) ainsi que sur des règlements, des codes, des politiques et des procédures, le tout associé à un processus permettant aux administrateurs, aux dirigeants, aux gestionnaires, aux prestataires de soins et de services ainsi qu'à toute personne œuvrant dans l'organisation d'acquérir les attitudes, les comportements, les connaissances et les compétences en matière d'éthique.

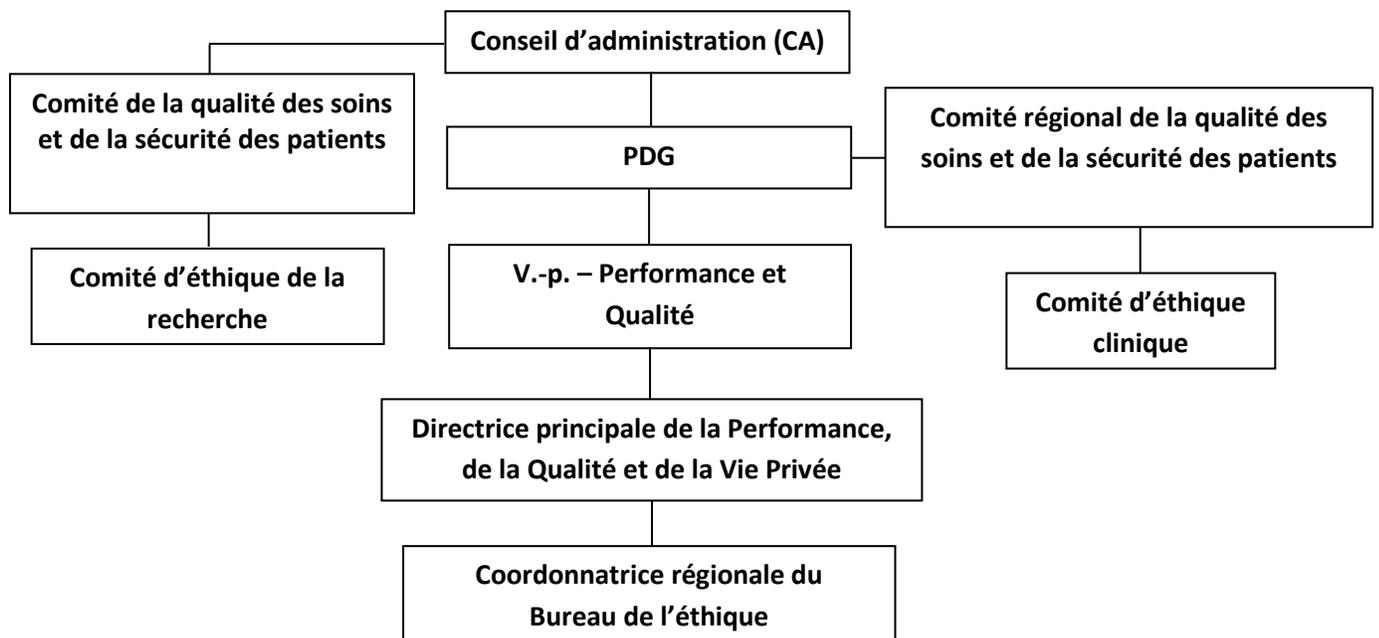


Figure 1. Structure organisationnelle en éthique

3.1. L'éthique clinique

L'éthique, dans le contexte des soins, est appelée éthique clinique. Elle a pour but d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients ainsi que la qualité du travail des intervenants cliniques par une approche interdisciplinaire, en identifiant, en analysant et en proposant des pistes de solutions aux dilemmes éthiques qui se présentent en pratique clinique.

Objectifs de l'éthique clinique

- Favoriser le développement d'un environnement et d'une culture de prévention et de résolution des dilemmes éthiques dans les établissements du Réseau.
- Soutenir et outiller les différents intervenants confrontés à des prises de décisions complexes afin d'améliorer la prise de décisions à caractère éthique.
- Favoriser le développement des compétences particulières nécessaires à l'intervention en éthique clinique.

3.1.1 Structure

Afin de répondre aux questions d'éthique pouvant toucher les patients, leur famille, les soignants et les gestionnaires d'un établissement et de guider des choix et des décisions souvent difficiles, le Réseau a mis en œuvre un modèle et une structure organisationnelle visant à soutenir les intervenants, le tout dans une approche régionale. Pour ce faire, le Réseau s'est doté d'un comité d'éthique clinique ainsi que d'une consultante régionale en éthique.

Le comité d'éthique clinique :

Le comité d'éthique clinique est un comité consultatif interdisciplinaire ayant comme mandat de coordonner les dossiers liés à l'éthique clinique pour l'ensemble du Réseau et d'offrir du soutien lors des demandes de consultation.

Le mandat¹ du Comité d'éthique clinique traite :

- de ses responsabilités;
- de sa structure;
- de ses fonctions;
- de son processus de nomination des membres;
- de sa composition.

De l'information sur le comité d'éthique clinique se trouve également sur l'intranet du Réseau (Boulevard) et sur le site Web.

¹ Annexe 1 : Politique GEN.1.40.95 – Mandat du comité d'éthique clinique² Annexe 2 : Politique GEN.1.40.85 – Mandat du Comité d'éthique de la recherche

La consultante régionale en éthique :

La consultante régionale en éthique est responsable des demandes de consultation pour l'ensemble du Réseau. Après avoir obtenu un consensus au sein des participants impliqués dans la consultation, elle fait des recommandations ou des suggestions selon les normes éthiques et professionnelles, toute autre norme existante jugée pertinente, ainsi qu'à la lumière de principes généraux sur les plans juridique et scientifique.

3.1.2 Principales composantes du processus d'éthique clinique :

Demande de consultation en éthique clinique

La politique régionale « Consultation en éthique clinique » (GEN.1.30.10) décrit les étapes à suivre pour soumettre une demande de consultation.

Cette politique traite :

- des personnes pouvant soumettre une demande de consultation à la consultante en éthique;
- de la marche à suivre pour soumettre une demande de consultation;
- du cheminement de la demande;
- du rôle et des responsabilités de la consultante en éthique clinique.

Processus décisionnel et de délibération

Un processus décisionnel et de délibération a été adopté au sein du Réseau afin de faciliter la réflexion et la prise de décisions. Ce processus est mené par la consultante en éthique, en collaboration avec des représentants du comité d'éthique clinique et d'autres participants au besoin. Il comprend trois phases principales :

1. Évaluer la situation :
 - Inventorier les données cliniques et scientifiques (aspects médicaux et socioéconomiques);
 - Formuler le problème;
 - Identifier les possibilités d'interventions;
 - Identifier les volontés du patient et de sa famille.
2. Clarifier les valeurs, les normes et les règles en jeu :
 - Identifier les valeurs, les normes et les règles en jeu;
 - Identifier les valeurs, les normes ou les règles en conflit.
3. Guider vers la prise de décisions éthiques raisonnables :
 - Choisir les valeurs, les normes ou les règles à retenir pour orienter la prise de décisions;
 - Identifier les principaux arguments qui justifient ces choix.

Rapport de consultation en éthique clinique

Le rapport de consultation en éthique clinique du Réseau permet :

- de déterminer et d'analyser la situation problématique;
- de résumer les considérations médicales, éthiques et légales pertinentes;
- d'émettre des suggestions ou des recommandations.

3.1.3 Outils et formation à la disposition du personnel soignant :

Divers outils et formations sont offertes au personnel du Réseau pour les accompagner dans leur réflexion éthique.

Guide de réflexion pour déterminer s'il y a un conflit éthique

Ce guide offre des lignes directrices pour aider les membres du personnel soignant à résoudre des difficultés lorsqu'ils sont confrontés à des enjeux d'ordre éthique, et ce, en offrant des pistes qui facilitent la réflexion pour cheminer de façon autonome et permettre de déterminer s'il existe véritablement un dilemme éthique.

Ce guide de réflexion est disponible sur le Boulevard, dans la section de l'éthique clinique.

Guide de consultation en éthique clinique pour les participants à la consultation

Cet outil permet de clarifier, de guider et d'uniformiser le déroulement d'une consultation en éthique clinique.

Ce guide comprend :

- les étapes de préparation à la consultation en éthique;
- les étapes à suivre pour assurer le bon déroulement d'une consultation en éthique.

Ce guide est fourni aux membres du comité d'éthique clinique lors d'une consultation éthique clinique.

Formation

Des activités de formation sont offertes sur une base continue à tout le personnel du Réseau ainsi qu'aux membres du comité d'éthique clinique; elles visent à faire évoluer la réflexion éthique et à développer les compétences éthiques des équipes de soins.

Politiques et procédures relatives à l'éthique clinique

Plusieurs politiques et procédures régionales sont en place afin de guider le personnel soignant :

1. Non-réanimation cardiorespiratoire

Le but de cette politique (GEN.3.80.31) est de respecter les volontés du patient ou de son mandataire spécial (représentant légal) à l'égard de la non-réanimation cardiorespiratoire. Le formulaire associé à cette politique s'intitule « Réanimation cardiorespiratoire et niveaux de soins ».

2. Intensité des soins

Le but de cette politique (GEN.3.80.32) est de respecter les volontés du patient ou de son mandataire spécial (représentant légal), à l'égard de l'intensité des soins. Le formulaire associé à cette politique s'intitule « Réanimation cardiorespiratoire et niveaux de soins ».

3. Directives préalables et procuration durable aux soins personnels

Le but de cette politique (GEN.3.80.30) est de reconnaître le droit des patients de prendre des décisions par rapport à leurs soins de santé, y compris le droit de participer aux décisions concernant leurs soins de fin de vie et de responsabiliser le personnel face au testament de vie (directives préalables et procuration durable aux soins personnels). Le formulaire associé à cette politique s'intitule

4. Consentement à un traitement

Le but de cette politique (GEN.3.80.35) est d'offrir des précisions sur le principe de consentement éclairé ainsi que sur l'information devant être donnée par le professionnel qui propose le traitement. Elle tente de simplifier le processus du consentement en faisant connaître les rôles de chacun dans le processus de consentement.

5. Aide médicale à mourir

Le but de cette politique (GEN.3.80.33) est d'établir le processus à suivre quant aux demandes d'aide médicale à mourir. Les formulaires associés à cette politique sont « AMM – Demande du patient », « AMM – Évaluation d'admissibilité », « AMM – Consentement du patient », « AMM – Liste de vérification pour la dispensation des médicaments prescrits », « AMM- Liste de vérification de la procédure pour l'administration des médicaments », « AMM – Administrés par le médecin ou l'infirmière praticienne » et « AMM – Administrés par le patient ».

6. Prise de décision éthique

Le but de cette politique (GEN.1.30.15) est d'encadrer la prise de décision éthique. Elle aide les chercheurs de la santé à tenir compte des aspects éthiques lors de la recherche sur les êtres humains. Cette politique guide également les professionnels de la santé et les dirigeants afin

qu'ils adoptent la meilleure conduite sur le plan éthique lorsqu'ils sont confrontés à une prise de décision.

3.1.4 Outils à la disposition des patients et de leur famille :

Dépliant d'information « Votre vie, vos choix – Vos objectifs de soins »

Ce dépliant d'information, qui s'adresse aux patients et à leurs proches, introduit une réflexion relativement au consentement, à la non-réanimation cardiorespiratoire, aux niveaux de soins et aux directives médicales préalables.

Ce dépliant traite :

- du consentement et du consentement substitué;
- de la non-réanimation cardiorespiratoire;
- de la « Directive de non-réanimation » et de son rôle;
- des niveaux de soins;
- du formulaire « Niveaux d'intensité des soins » et de son rôle;
- des directives médicales préalables;
- des éléments à considérer lors de cette réflexion.

Directives préalables et procuration durable aux soins personnels

Ce formulaire permet au patient de préciser ses volontés, soit ses directives médicales préalables, relativement à ses soins de santé et à ses soins personnels futurs et de nommer un ou des mandataires pour prendre des décisions à son sujet lorsqu'il n'est plus apte à les prendre par lui-même.

3.2. *L'éthique de la recherche*

« *Un partenaire essentiel dans l'excellence de la recherche* »

Le Conseil d'administration désigne le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) comme étant responsable d'évaluer l'acceptabilité éthique de tous les projets de recherche réalisés avec des êtres humains et des recherches portant sur le matériel biologique humain effectués dans la sphère d'autorité des établissements du Réseau de santé Vitalité, c'est-à-dire par leurs employés, par leurs étudiants et par des chercheurs externes.

La recherche est de plus en plus présente au sein du Réseau. Elle est nécessaire puisqu'elle contribue, entre autres, à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, à l'amélioration des services et à la formation continue du personnel. Par contre, la recherche doit répondre à des règles éthiques reconnues sur le plan national et international. C'est pourquoi le Réseau s'est doté d'outils et de modalités de fonctionnement qui respectent les plus hauts standards en éthique de la recherche et en intégrité scientifique.

Responsabilité du Comité d'éthique de la recherche

Tel qu'il est décrit dans son mandat², le CÉR du Réseau a la responsabilité d'assurer la protection des participants aux recherches qui servent de sujets humains, de sauvegarder leurs droits et de veiller à ce que des mécanismes soient en place pour protéger leur sécurité, leur bien-être et leur dignité. Le CÉR évalue les projets de recherche qui lui sont soumis et s'assure de leur conformité sur les plans éthique et scientifique avant d'en autoriser la mise en œuvre ou la poursuite. Le CÉR est guidé par les principes de *l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (qui établit la norme pour les CÉR au Canada) et par toute autre norme provinciale, nationale ou internationale jugée pertinente. De plus, il assure la conformité à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (loi provinciale) ainsi qu'à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (loi canadienne).

Rôle du Comité d'éthique de la recherche

Le rôle du CÉR consiste à évaluer et à approuver ou refuser des projets de recherche visant des sujets humains ou du matériel biologique humain. Le CÉR évalue chaque projet de recherche qui comporte l'une des caractéristiques suivantes :

- le projet sera réalisé en tout ou en partie dans un établissement ou point de service du Réseau;
- des sujets seront recrutés parmi les patients, le personnel ou à partir des dossiers médicaux conservés;
- le projet utilisera des restes humains, des cadavres, des tissus, des liquides biologiques, des embryons ou des fœtus;

² Annexe 2 : Politique GEN.1.40.85 – Mandat du Comité d'éthique de la recherche

- les chercheurs confirment une participation d'un établissement ou point de service du Réseau;
- les chercheurs affirment leur affiliation à un établissement ou point de service du Réseau;
- le projet utilisera des ressources humaines, matérielles ou financières d'un établissement ou point de service du Réseau.

Outils pour les membres du Comité d'éthique de la recherche

- Mandat du Comité d'éthique de la recherche GEN.1.40.85;
- Procédure de soumission initiale au CÉR ETH.2.20.20;
- Présence de l'investigateur / du chercheur principal ETH.2.20.25;
- Approbation d'un projet de recherche par évaluation déléguée ETH.2.20.10;
- Déviation/violation au protocole ETH.2.20.15;
- Évaluation continue de l'éthique de la recherche ETH.2.20.05.

Processus d'évaluation et d'approbation d'un projet de recherche

Le CÉR du Réseau se réunit tous les mois. Les projets de recherche qui lui sont soumis pour évaluation et qui comportent un risque élevé pour les patients (p. ex. : essai clinique) sont évalués lors de réunions plénières.

Cependant, pour des projets de recherche comportant un risque minimal³, le CÉR s'est doté d'une politique sur le processus d'approbation d'un projet de recherche par évaluation déléguée (ETH.2.20.10), et ce, afin d'assurer un délai d'approbation raisonnable et proportionnel au risque. Il s'agit d'un processus d'évaluation à la fois efficace et sécuritaire, où les membres qui évaluent ont cinq jours ouvrables pour émettre leurs commentaires, et ce, du moment de la réception du projet au Bureau de l'éthique.

Cette politique traite :

- des projets de recherche pouvant bénéficier d'une évaluation déléguée;
- des membres désignés pour l'évaluation déléguée;
- du processus d'information des autres membres du CÉR.

Outils pour les chercheurs

Afin d'assurer la qualité de la recherche au sein du Réseau, le Bureau d'appui à la recherche régional (BARR) ainsi que le CÉR travaillent en collaboration. Cette collaboration a permis, entre autres, la réalisation d'outils servant à informer la communauté de chercheurs du processus de présentation et d'évaluation d'un projet de recherche au Réseau. Le guide de rédaction ainsi que les autres outils à la disposition des chercheurs sont disponibles sur le site internet du Réseau

³ La recherche se trouve sous le seuil de risque minimal lorsqu'on a toutes les raisons de penser que les sujets pressentis estiment que la probabilité et l'importance des éventuels inconvénients associés à une recherche sont comparables à ceux auxquels ils s'exposent dans les aspects de la vie quotidienne reliés à la recherche.

de santé Vitalité, dans la section Recherche et formation ou sur demande auprès du BARR ou du Bureau de l'éthique.

Tous les projets de recherche qui sont réalisés dans les établissements du Réseau doivent obligatoirement être soumis à une évaluation de faisabilité administrative par le BARR. Le rôle du BARR est donc de s'assurer que les départements ou secteurs des établissements du Réseau touchés par le projet de recherche ont été informés de leur participation et des ressources qu'ils devront fournir au projet. Bien entendu, cette évaluation ne remplace aucunement l'évaluation éthique, mais elle est assurément complémentaire puisqu'elle assure la viabilité du projet.

Parmi ces outils, nous retrouvons :

- Un guide de rédaction d'une proposition de recherche;
- Un guide de rédaction d'un formulaire de consentement ainsi qu'un exemple;
- Un gabarit d'une lettre d'appui;
- Différents formulaires utilisés pour l'évaluation éthique à différentes étapes d'un projet de recherche.

3.3. L'éthique organisationnelle

L'éthique organisationnelle s'appuie sur plusieurs codes, règles de conduite et politiques qui balisent nos devoirs et obligations, nos comportements à l'égard d'autrui. Elle définit les situations de conflits d'intérêts et elle régleme la conduite honnête et intègre des affaires administratives et corporatives du Réseau.

Règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité

Ces règlements visent à déterminer, entre autres, les devoirs et les obligations de conduite des membres du Conseil d'administration dans l'exercice de leurs fonctions et les différents rapports qu'ils entretiennent entre eux, avec la communauté, avec les personnes œuvrant au sein du Réseau et avec les patients.

Ces règlements traitent :

- de la confidentialité;
- des devoirs et des obligations des administrateurs pendant leur mandat;
- des règles relatives aux réunions;
- des mesures de prévention, notamment les règles relatives aux conflits d'intérêts;
- de l'identification de situations de conflits d'intérêts.

Politiques du Conseil d'administration

- Vision, mission et valeurs (CA-110)
- Code de conduite et de morale à l'intention des membres du CA (CA-135)
- Code d'éthique (CA-205)
- Communications et relations publiques (CA-225)

Le processus décisionnel de la responsabilité pour la raisonabilité (A4R)

L'éthique de la gouvernance exige des prises de décisions budgétaires difficiles à partir de priorités fondées sur des principes éthiques. Le processus décisionnel de la responsabilité pour la raisonabilité (A4R) suggère 5 principes pour établir des priorités en assurant leur légitimité morale ou éthique en prévoyant un processus ouvert et transparent et en assurant assez de souplesse pour intégrer un grand nombre de facteurs tout en favorisant la reddition de compte et l'imputabilité. Ce processus décisionnel est fondé sur les règles suivantes : la pertinence ; le caractère public et l'engagement ; la révision et le processus d'appel et l'application, la réglementation et le renforcement (Daniels et Sabin, 2002).

Politique sur la prise de décision éthique

Le but de cette politique (GEN.1.30.15) est d'encadrer la prise de décision éthique. Elle aide les chercheurs de la santé à tenir compte des aspects éthiques lors de la recherche sur les êtres

humains. Cette politique guide également les professionnels de la santé et les dirigeants afin qu'ils adoptent la meilleure conduite sur le plan éthique lorsqu'ils sont confrontés à une prise de décision.

Politiques sur la protection des renseignements personnels

Ces politiques établissent les obligations en matière de traitement des renseignements confidentiels par les employés et le personnel non employé (participant à des activités leur donnant accès à des renseignements confidentiels, dont les renseignements personnels sur la santé) du Réseau. La signature de la Déclaration de confidentialité et de non-divulgence constitue un rappel annuel de ces obligations auprès des employés.

Ces politiques sont :

- Protection de la vie privée (GEN.6.30.10)
- Confidentialité (GEN.6.30.15)
- Atteinte à la vie privée (GEN.6.30.20)
- Évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (GEN.6.30.25)
- Partage de renseignements confidentiels (GEN.6.30.30)
- Gestion des déchets confidentiels et de nature délicate (GEN.6.30.05)
- Accès aux renseignements personnels et renseignements personnels sur la santé aux dossiers électroniques des patients (GEN.6.30.06)
- Demande d'information (GEN.6.30.35)
- Dispositifs de mémoire amovibles (GEN.6.30.70)
- Utilisation des médias sociaux (GEN.4.70.25)
- Accès et divulgation en matière de renseignements personnels sur la santé (GEN.6.20.05)

Module e-apprentissage « Les principes de protection de la vie privée »

Ce module a pour but d'informer les membres du personnel, les médecins et les bénévoles sur les pratiques requises pour assurer la protection des renseignements personnels. Cette formation est obligatoire et doit être renouvelée annuellement.

Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité

Le code d'éthique⁴ définit les droits et responsabilités des patients ainsi que les responsabilités des intervenants. Le Réseau s'est doté d'un code d'éthique afin de pouvoir mettre ses valeurs au premier plan, d'affirmer et de respecter ses engagements envers les patients et d'assurer la qualité des soins et des services. Le code assure également la qualité des liens entre les intervenants et les patients.

⁴ Annexe 3 : Politique GEN.1.30.25 – Code d'éthique

Ce code traite :

- des droits et responsabilités du patient;
- des responsabilités des intervenants;
- des pratiques et des conduites attendues à l'endroit des patients de la part des employés, des membres du personnel soignant et des médecins qui exercent leur profession au Réseau;
- d'autres renseignements, tels que les missions d'enseignement et de recherche du Réseau ainsi que les demandes de consultation en éthique clinique.

Dépliant d'information sur les droits et les responsabilités des patients

Ce dépliant, à l'intention des patients du Réseau, est une version résumée du code d'éthique quant aux droits et aux responsabilités des patients.

Il traite des droits et des responsabilités des patients quant :

- aux soins et aux services offerts;
- à la dignité et au respect;
- à l'accès à l'information;
- à la confidentialité;
- aux questions financières.

Politiques sur les conflits d'intérêts

La politique provinciale sur les conflits d'intérêts (AD-2915) s'applique à tous les membres du personnel du Réseau. Elle offre des lignes directrices sur les comportements attendus afin d'éviter toute situation de conflits d'intérêts qui pourrait influencer l'impartialité ou le jugement des membres du personnel, leur intégrité et celle du Réseau.

Ces politiques traitent :

- de la définition des personnes visées par ces politiques;
- des actions ou des gestes qui pourraient constituer des conflits d'intérêts;
- des conséquences du non-respect de ces politiques;
- de la procédure de déclaration et de dénonciation de conflits d'intérêts.

Politique sur le harcèlement au travail

La politique des Ressources humaines « Milieu de travail respectueux » (GEN.4.30.05) s'applique à tous les membres du personnel du Réseau. En mettant de l'avant les valeurs organisationnelles, elle démontre l'engagement du Réseau d'assurer un milieu de travail où tous les employés sont traités avec respect et dignité. Elle définit le rôle et les responsabilités quant à la prévention et à l'intervention en matière de harcèlement au travail.

La politique traite :

- de la procédure en place pour traiter une plainte non officielle et officielle de harcèlement au travail;
- de l'usage approprié de la procédure de traitement d'une plainte;
- du caractère confidentiel de la déclaration et du traitement d'une plainte;
- des conséquences pour une personne reconnue responsable d'une conduite de harcèlement.

Politique sur la prévention de la violence en milieu de travail

Cette politique (GEN.4.30.10) démontre l'engagement du Réseau de fournir aux membres du personnel, aux patients, aux bénévoles et aux visiteurs un environnement sécuritaire où aucune forme de violence n'est acceptée ni tolérée.

La politique traite :

- de la responsabilité du Réseau pour ce qui est de prévenir et de proscrire la violence en milieu de travail;
- des différentes options et des différents mécanismes internes qui s'offrent à la personne qui estime subir de la violence en milieu de travail;
- de la procédure en place pour la présentation et le traitement d'une plainte;
- du caractère confidentiel de la déclaration et du traitement d'une plainte.

Module e-apprentissage « Sensibilisation à la violence en milieu de travail »

Ce module offre une formation de base sur la violence en milieu de travail. Il s'agit d'un cours obligatoire afin de sensibiliser les membres du personnel, les bénévoles, le personnel-cadre, les entrepreneurs et le personnel payé à l'acte à la prévention de la violence en milieu de travail. Ce cours doit être renouvelé annuellement.

Traitement des plaintes de violence et de harcèlement au travail

Plusieurs personnes font partie du processus de gestion d'une plainte de violence ou de harcèlement au travail. Ces personnes jouent un rôle important sur le plan de l'intervention et elles sont responsables d'assurer la résolution d'une plainte.

Ces personnes sont :

- le supérieur immédiat;
- le supérieur hiérarchique;
- le conseiller en ressources humaines;
- le coordonnateur de la gestion des risques;
- le directeur ou le coordonnateur de l'hygiène et de la sécurité au travail;
- la direction des ressources humaines.

Politique sur la maltraitance

La politique sur la maltraitance (GEN.5.30.45) informe le personnel et leur offre des outils pour cerner des situations de mauvais traitement envers les patients.

La politique traite :

- de la procédure à suivre si un membre du personnel est témoin d'un incident de mauvais traitement ou en est informé, de la part d'un membre du personnel à l'égard d'un patient;
- de la procédure à suivre si un membre du personnel est témoin d'un incident de mauvais traitement ou en est informé, de la part d'un patient à l'égard d'un autre patient;
- des rôles des professionnels de la santé et des superviseurs/gestionnaires dans des situations de mauvais traitement;
- des différents types de mauvais traitements.

Politique sur le signalement d'abus/négligence

La politique sur le signalement d'abus/ négligence (GEN.5.30.46) a pour but d'aider les professionnels de la santé à cerner toute personne victime d'abus ou de négligence et à veiller à ce que les besoins physiques ou émotionnels de ceux-ci soient abordés de façon sécuritaire et respectueuse, et ce, conformément à la Loi sur les services à la famille du Nouveau-Brunswick.

La politique traite :

- de la responsabilité des professionnels de la santé à signaler au ministère du Développement social les victimes d'abus ou de négligence;
- de la procédure à suivre si un professionnel de la santé a des doutes d'abus ou de négligence à l'égard d'un patient adulte ou enfant.

Politique sur le signalement des actes répréhensibles

Cette politique (GEN.1.20.20) démontre l'engagement du Réseau à encourager et à guider les employés à dénoncer des actes importants et graves commis au sein du Réseau et qui pourraient être illégaux et/ou dangereux.

La politique traite :

- des procédures en place pour dénoncer les actes répréhensibles commis en milieu de travail;
- du caractère confidentiel du processus de divulgation d'actes répréhensibles;
- du processus d'enquête équitable et objectif pour les employés accusés d'actes répréhensibles.

Le schéma du cadre de gestion en éthique ci-dessous résume les différentes composantes de l'éthique du Réseau de santé Vitalité.

	<i>Éthique clinique</i>	<i>Éthique organisationnelle et de gouvernance</i>	<i>Éthique de la recherche</i>
<i>Politique</i>	Politique sur la prise de décision éthique		
<i>Procédure</i>	Procédure de prise de décision en éthique clinique	Procédure de prise de décision en éthique organisationnelle	Procédure de prise de décision éthique en recherche
<i>Outils de réflexion et d'encadrement</i>	Guide de réflexion pour déterminer s'il y a un conflit éthique Guide de consultation en éthique clinique Normes d'agrément	La responsabilité pour la raisonnabilité (A4R) Code d'éthique Normes d'agrément	Énoncé de politique des trois conseils 2 (EPTC2) Outils pour les chercheurs Normes d'agrément
<i>Comités</i>	Comité d'éthique clinique <i>Consultation clinique</i> Comités de la qualité des soins et de la sécurité des patients (régional et du CA)	Équipe de Leadership du Réseau de santé Vitalité Conseil d'administration	Comité d'éthique de la recherche
<i>Politiques</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vision, mission et valeurs (CA-110) • Code de conduite et de morale à l'intention des membres du CA (CA-135) • Code d'éthique (CA-205) • Code d'éthique (GEN.1.30.25) • Politiques du Comité d'éthique de la recherche • Milieu de travail respectueux (GEN.4.30.05) • Prévention de la violence en milieu de travail (GEN.4.30.10) • Maltraitance (GEN.5.30.45) • Signalement d'abus/négligence (GEN.5.30.46) 	<ul style="list-style-type: none"> • Signalement des actes répréhensibles (GEN.1.20.20) • Politiques – Protection des renseignements personnels • Politiques des Ressources humaines • Consultation en éthique clinique (GEN.1.30.10) • Non-réanimation cardiorespiratoire (GEN.3.80.31) • Intensité des soins (GEN.3.80.32) • Directives préalables et procuration durable pour soins personnels (GEN.3.80.30) • Communications et relations publiques (CA-225) • Aide médicale à mourir (GEN.3.80.33) 	
<i>Leviers</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissances pertinentes en éthique pour la prestation des services de santé • Utilisation des ressources disponibles en éthique • Niveau de leadership élargi du système de santé • Décisions de réaffectation du budget entièrement transparentes 		
<i>Fondements stratégiques</i>	Plans opérationnels		
	Plan de la qualité et de la sécurité des patients		
	Plan régional de santé et d'affaires		
	Plan stratégique		
	Vision, mission et valeurs		

Références

- Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent : Centre affilié universitaire. *Cadre conceptuel en matière d'éthique*. Document adopté au conseil d'administration (2012).
http://www.csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcs/Votre_CSSS/Documentation_du_CA/documents_deposes/Decembre_2012/5.3_Cadre_conceptuel_en_ethique_octobre_2012.pdf
- Centre de santé et de services sociaux de Jonquière. *Cadre de référence en matière d'éthique*.
<http://www.csssjonquiere.qc.ca/web/document/U280/Cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence%20en%20mati%C3%A8re%20d%C3%A9thique%202011.pdf>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada : *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, décembre 2010.
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. *Cadre conceptuel en matière d'éthique*. Document approuvé par le Conseil d'administration (2012).
- Les Jardins du Haut St-Laurent (1992) inc. & CHSLD Côté-Jardin inc. & Manoir St-Amand. *Cadre de référence en matière d'éthique clinique*. Document préparé par le Comité d'éthique clinique (2011). www.manoirst-amand.ca/cclinique/doc/o66_1.pdf
- Malherbe, Jean-François (1996). *L'incertitude en éthique. Perspectives cliniques*. Coll. « Les grandes conférences », Montréal : Les Éditions Fides.

Note d'information

Point 6.1

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

Date : 22 septembre 2020

Objet : Mise à jour sur la démarche d'agrément

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

- La dernière visite d'agrément s'est déroulée en juin 2017. Suite à cette visite, le Réseau a dû soumettre des mesures de suivis et des preuves à Agrément Canada en lien avec 68 critères non conformes (normes et pratiques organisationnelles requises). Ces suivis ont permis au Réseau de conserver son statut d'organisme agréé.
- Avec l'arrivée de la pandémie, les activités liées à l'agrément ont été aux ralenties au cours du printemps et de l'été. La visite d'agrément est toujours prévue pour juin 2021 et les préparatifs pour cette visite sont en cours. Le schéma du parcours à haut niveau se trouve en annexe.
- Les équipes ont complété l'évaluation des normes propre à leur secteur d'activité et poursuivent l'implantation de leur plan d'action pour adresser les non-conformités.
- Les membres du Conseil d'administration ont complété le sondage sur le fonctionnement de la gouvernance et l'auto-évaluation de leur cahier de normes. Un plan d'action, découlant des résultats de cet exercice, a été élaboré et présenté au Comité de gouvernance et de mise en candidature, qui est responsable de voir à sa mise en œuvre.
- L'Équipe de leadership (vice-présidents, directeurs et directeurs adjoints) a complété l'auto-évaluation du cahier de normes pour le leadership. Les résultats ont été partagés avec l'équipe de direction et un plan d'action ébauche a été élaboré pour adresser les non-conformités.
- Les équipes en lien avec les pratiques organisationnelles requises (POR) poursuivent leur travail afin d'assurer la conformité aux exigences en lien avec les PORs.
- Les plans d'action en lien avec les résultats du sondage Pulse et les résultats du sondage sur la culture de sécurité ont été élaborés.

Prochaines étapes

- Poursuivre la mise en œuvre de tous les plans d'action découlant des auto-évaluations et la cueillette des preuves en lien avec les normes.
- Poursuivre les initiatives du plan de communication afin d'engager le personnel dans la démarche d'agrément.
- Poursuivre la mise en œuvre des plans d'action découlant des sondages (qualité de vie au travail et culture de sécurité).
- Relancer le sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à la fin septembre – début octobre.
- Poursuivre les discussions avec Agrément Canada sur les préparatifs pour la visite.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet - note présentée à titre d'information.

Considérations importantes

Sans objet – note présentée à titre d'information.

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

Suivi à la décision

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

Proposition et résolution

- Aucune – rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 9 septembre 2020 par Nicole Frigault, directrice Qualité, Risques et Expérience patient.

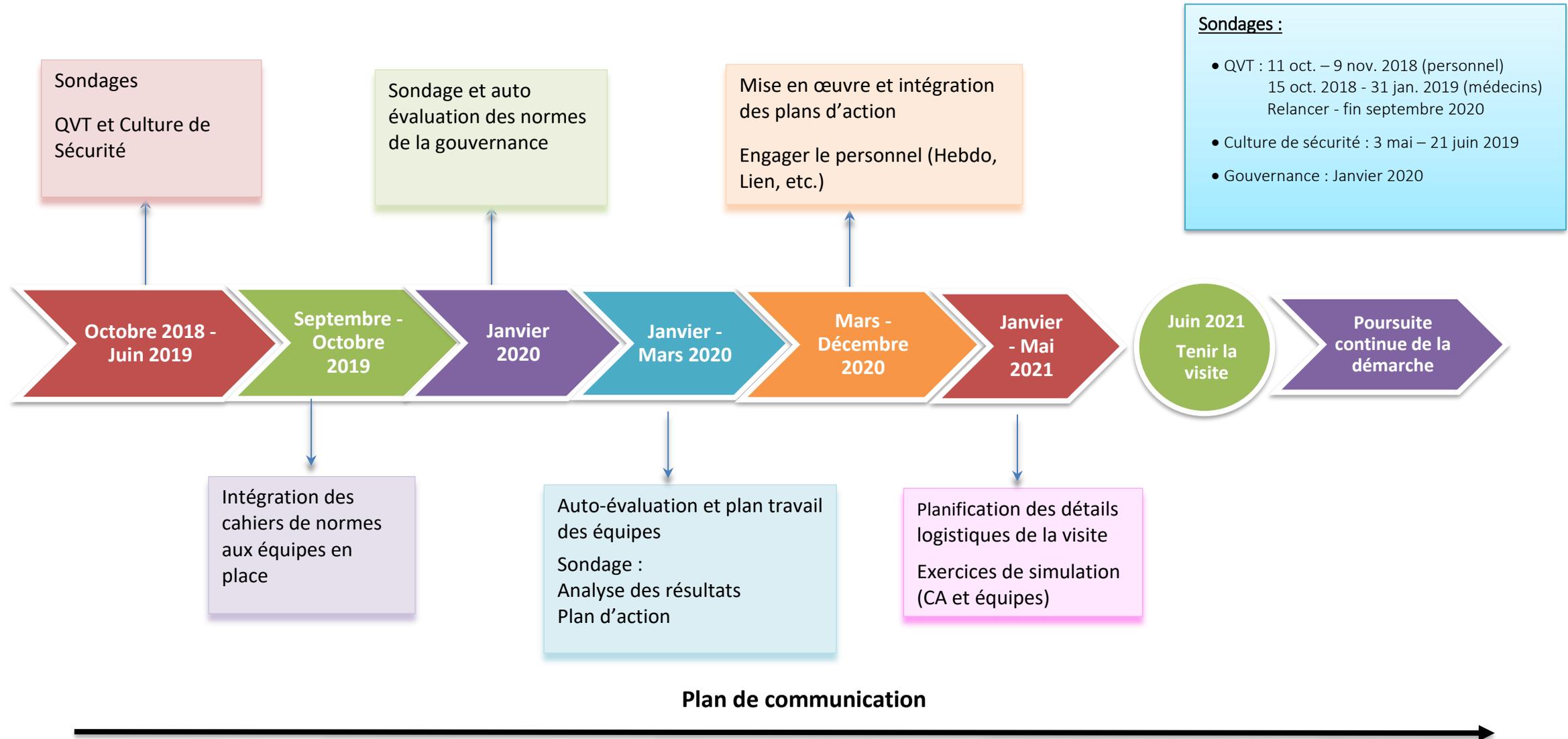


**AGRÉMENT
CANADA**

Meilleure qualité. Meilleure santé.



NOTRE PARCOURS



Note d'information

Point 6.2

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

Date : 22 septembre 2020

Objet : Tableau de bord du Centre Hospitalier Restigouche (août 2020)

Décision recherchée

Ce rapport pour la période d'août 2020 est présenté à titre d'information seulement.

Contexte/problématique

- En guise de bref rappel, les membres du comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients se souviendront que ce dossier a débuté il y a environ 3 ans avec notamment les rapports des consultants embauchés par le Réseau suivi de celui de l'Ombud et des visites du consultant nommé par le ministre, monsieur Georges Weber.
- En avril 2019, monsieur Weber a rencontré les membres du conseil d'administration pour discuter de ses constats de visite.
- Un tableau de bord de 16 indicateurs est acheminé à M. Weber à tous les mois pour le suivi de la performance du Centre Hospitalier Restigouche.
- Le dernier rapport du mois d'août reflète les constats suivants :
 - Le sondage sur la satisfaction des patients a été ponctué d'imprévus et s'est déroulé à des temps différents pour chacune des unités avec la dernière unité en août, soit la C1. Nous rencontrons la cible avec une augmentation de 10 %.
 - Les durées moyennes de séjour sont à la baisse. Les analyses ont toutefois permis de remarquer que les données sont compilées à partir des recensements de patients sur chaque unité. Comme il y a quelques clients tertiaires sur les unités psycho légales et vice versa, en septembre nous établirons les durées moyennes de séjour à partir de la liste maîtresse des patients et leur statut.
 - Une diminution des autres niveaux de soins (ANS) est notée.
 - Le pourcentage d'heures de congés de maladie payées est légèrement à la hausse.
 - Les résultats des codes blancs sont semblables à ceux du mois dernier.
 - Les taux d'occupation demeurent élevés.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le consultant, M. Weber devait revenir pour une dernière visite au printemps dernier. La pandémie Covid a retardé cette visite. Des discussions sont en cours pour déterminer la modalité afin qu'il puisse compléter son mandat reçu du ministre de la Santé.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Gestion des risques (analyse légale)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Aucune.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 14 septembre 2020 par Jacques Duclos, VP – Services communautaires et Santé mentale.

	Indicateurs / mesures de résultats	Base	Résultat	Cible
Qualité des soins	Taux de satisfaction global des patients	Nov. 2019 = 46%	Mars-août 2020 = 56%	Amélioration de +10%
	Pourcentage de patients ayant un plan de soins interdisciplinaire et/ou un passeport après 30 jours	Psych. légale = 72%	65 %	100%
		Tertiaire = 87%	82 %	100%
	Durée moyenne de séjour selon le type de clientèle	Psych. légale = 1385 j	1198 jours	Diminution de 10%
		Tertiaire = 4307 j	4221 jours	Diminution de 10%
		Évalua. (F-1) = 19 j	21 jours	17 jours
	Durée moyenne de séjour selon le type de clientèle excluant les NSA	Psych. légale = 1093 j	307 jours	Diminution de 10%
		Tertiaire = 3205 j	3048 jours	Diminution de 10%
	Pourcentage de clients ayant le statut NSA	Psych. légale = 48%	37 %	10% idéal
		Tertiaire = 72%	62 %	30% idéal
Nombre d'incidents préjudiciables avec conséquences graves	0	0	0	
Nombre d'incidents préjudiciables avec conséquences graves évités de justesse	À venir	À venir	0	
Nombre d'unités qui ont réussi l'audit de qualité sur les caucus de sécurité	À venir	N/D	5	
Sécurité	Utilisation de contentions physiques lors de situations aiguës	60 %	59 %	10 %
	Utilisation de contentions mécaniques lors de situations aiguës	53 %	45 %	10 %
	Utilisation de contentions chimiques lors de situations aiguës	33 %	41 %	13.5 %
	Utilisation des salles d'isolement lors de situations aiguës	80 %	77 %	25 %
	Utilisation de l'isolement comme seul moyen de contention lors de situations aiguës	20 %	18 %	15 %
	Pourcentage des employés qui ont la formation Oméga	Fév. 20 = 92 personnes	167 personnes	278
	Nombre d'accidents au travail qui causent une perte de temps	0	0	0

Ressources humaines	Pourcentage d'heures de congés de maladie payées	Q1 19-20 = 5.71%	Q1 20-21 = 5.94%	Diminution de 5%
	Taux de satisfaction des employés – Sondage Pulse	Nov. 2019 = 62.5%	Fin 2020	70%
	Période moyenne pour pourvoir les postes permanents	73 jours	172 jours	60 jours
	Nombre de postes vacants selon la dotation de base par classification	RN = 2 ETP	2 ETP	0 idéal
		LPN = 4 ETP	4 ETP	0 idéal
3012-13 = 4 ETP		4 ETP	0 idéal	

Note d'information

Point 7.1

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

Date : 22 septembre 2020

Objet : Tableaux de bord stratégique et équilibré – T1

Décision recherchée

Ce rapport est présenté à titre d'information seulement.

Contexte/problématique

- Une nouvelle version des tableaux de bord du Réseau est proposée pour l'année 2020-2021. Le rapport trimestriel inclut un tableau de bord stratégique ainsi qu'un tableau de bord équilibré.
- Le schéma stratégique du Réseau est inclus dans le rapport ainsi que l'état d'avancement des initiatives.
- Les indicateurs du tableau de bord stratégique sont présentés par objectif stratégique tandis que les indicateurs du tableau de bord équilibré sont présentés par quadrant (Qualité/Satisfaction de la clientèle, Financiers, Opérationnel, Ressources Humaines).
- Plusieurs cibles ont été révisées.
- Les indicateurs jugés près de la cible peuvent bénéficier d'une marge d'écart de 10 % par rapport à celle-ci, toutefois ceux liés à l'accès aux soins et à la sécurité des patients bénéficient d'une marge de 5 %.
- La majorité des indicateurs sont produits pour le premier trimestre de 2020-2021, mais certains indicateurs ne sont disponibles que pour le quatrième trimestre de 2019-2020 (indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé).
- L'indicateur stratégique « hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale » ne présente aucune donnée pour le trimestre en cours puisqu'il s'agit d'un nouvel indicateur développé par l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS). Les données provenant de l'ICIS pour le premier trimestre ne sont pas encore disponibles.
- Les données du premier trimestre de 2020-2021 doivent être interprétées avec prudence puisque la pandémie de COVID-19 peut avoir un impact sur les statistiques présentées.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Tableau de bord stratégique

- L'indicateur « Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé » ne présente aucune données puisqu'aucun sondage n'a été complété au premier trimestre de 2020-2021.
- L'indicateur « Nombre de meilleures pratiques mises en œuvre via les UCAs » ne présente aucune donnée puisque les rencontres des UCAs ont été suspendues au premier trimestre en raison de la pandémie de COVID-19.
- Le Plan stratégique 2020-2023 comprend 36 initiatives prévues pour l'année 2020-2021. Parmi ces initiatives, 7 sont non débutés et 29 sont conformes au plan en date du 30 juin 2020.

Tableau de bord équilibré

- Plusieurs indicateurs opérationnels sont affectés par la pandémie de COVID-19 durant le dernier trimestre de 2019-2020 et le premier trimestre de 2020-2021. Notamment, le pourcentage de chirurgies effectuées dans les délais qui atteignait 48.3 % au T1 2020-2021 comparativement à 55.2 % l'année précédente. Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées dans les 26 semaine a connu une baisse importante pour s'établir à seulement 38.9 % au T1 2020-2021 (75.7% au T1 2019-2020). Le nombre d'heures travaillées PPU/jours-patients a aussi augmenté de façon significative au T1 2020-2021 pour s'établir à 7.74 comparativement à 6.04 l'année précédente. La pandémie a donc eu un impact important au niveau des opérations du Réseau.
- Plusieurs indicateurs financiers sont également affectés en raison du ralentissement des activités. Par exemple, la réduction du nombre de chirurgies effectuées et la diminution des taux d'occupation des établissements a entraîné une diminution des dépenses liées aux fournitures médicales et chirurgicales et les médicaments.
- Les variances sont ajustées par les effets des écarts temporaires des amendements budgétaires.
- Les dépenses liées à la COVID-19 pour le premier trimestre représente 3,761,994 \$.

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Aucune

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Adoption

Soumis le 14 septembre 2020 par l'équipe de la planification et de l'amélioration de la performance.

Réseau de santé Vitalité

Tableaux de bord du Réseau

Rapport trimestriel



Tableau de bord stratégique



Table des matières		Pages
Schéma		4
Sommaire		5
État d'avancement		8
Jours patients normalisés associés à une maladie mentale		9
Nombre de patients NSA		10
Nombre de jours NSA		11
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques		12
Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence		13
Nombre de départs volontaires des employés		14
Taux de roulement		15
Moyenne de jours de maladie payés par employé		16
Nombre d'activités de recrutement		17
Nombre de patients-partenaires		18
Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé		19
Nombre de nouveaux partenariats		20
Taux d'achèvement du plan stratégique des TI		21
Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuels		22
Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements		23
Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)		24
Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les UCA		25

Schéma stratégique 2020-2021

VISION DU GNB POUR 2019-2021 :
 « Assurer des accomplissements
 pour le Nouveau-Brunswick »

Viabilité budgétaire
 Système public de soins de santé fiable
 Système d'éducation de calibre mondial
 Secteur privé dynamisé
 Collectivités dynamiques
 Organisations hautement performantes



VISION COMMUNE DE LA SANTÉ : Accessibilité, durabilité, qualité et sécurité

VALEURS DU RÉSEAU : Intégrité – équité – compassion – respect – engagement - imputabilité

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
OBJECTIFS	INDICATEURS	LEADERSHIP	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Enjeu relié à la santé de la population													
1.1	Intégrer le mieux-être et la santé mentale(SM) dans l'ensemble de nos stratégies	Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	Jacques Duclos										
1.2		Jours patients normalisés associés à une maladie mentale	Jacques Duclos	T4 2019-20	1,223	1,223	1,226	1,251	1,292	!	✓	✗	✗
Enjeu relié aux services que nous offrons à la population													
2.1	Assurer un continuum pertinent et efficace de soins et de services aux aînés	Nombre de patients NSA	Johanne Roy	T4 2019-20	2,259	2,259	2,269	2,315	591	✗	!	✓	!
2.2		Nombre de jours NSA	Johanne Roy	T4 2019-20	90,878	90,878	114,990	117,337	36,191	!	✓	✓	✗
2.3	Améliorer le continuum de soins des patients	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Johanne Roy	T4 2019-20	6.55%	6.55%	0%	6.91%	8.96%	!	✗	✗	✗
2.4		Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence	Johanne Roy	T1 2020-21	60.6%	60.5%	57.2%	59.0%	59.0%	!			
Catalyseur 1 : Le capital humain													
3.1	Développer et mettre en œuvre une stratégie pour le mieux-être et la rétention de nos équipes	Nombre de départs volontaires des employés	Johanne Roy	T1 2020-21	235	61	235	47	47	✓			
3.2		Taux de roulement	Johanne Roy	T1 2020-21	1.67	1.83	1.67	1.63	1.63	✓			
3.3		Moyenne de jours de maladie payés par employé	Johanne Roy	T1 2020-21	12.54	12.37	11.45	9.97	9.97	✓			
3.4	Développer et mettre en œuvre une stratégie pour le recrutement des membres de nos équipes.	Nombre d'activités de recrutement	Johanne Roy	T1 2020-2021	62	6	65	2	2	✗			
3.5		Nombre d'embauches à la suite des activités et efforts de recrutement (2021-2022)	Johanne Roy										

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

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
OBJECTIFS	INDICATEURS	LEADERSHIP	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Catalyseur 2 : Les partenaires													
4.1	Intégrer le patient, le client et leurs proches comme partenaires de décisions à tous les niveaux de l'organisation.	Nombre de patients-partenaires	Gisèle Beaulieu	T1 2020-2021	7	7	22	10	10	✗			
4.2	Engager nos partenaires afin de développer une vision commune des besoins et services à offrir pour des populations cibles.	Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé	Gisèle Beaulieu	T1 2020-2021	S.O.	S.O.	80%	ND	ND	Non débuté			
4.3		Nombre de nouveaux partenariats	Gisèle Beaulieu	T1 2020-2021	S.O.	S.O.	3	0	0	✗			
Catalyseur 3 : Les infrastructures													
5.1	Élaborer et mettre en œuvre un plan de développement et de gestion de technologies de l'information (TI)	Taux d'achèvement du plan stratégique des TI	Gisèle Beaulieu	T1 2020-2021	0%	0%	100%	0%	0%	✗			
5.2		Nombres d'initiatives approuvées du plan stratégique des TI mises en œuvre (2021-2022)	Gisèle Beaulieu										
5.3		Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuels	Gisèle Beaulieu	T1 2020-2021	S.O.	S.O.	1851	1851	1851	✓			
5.4		Poursuivre l'amélioration des infrastructures	Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements	Stéphane Legacy	T1 2020-2021	25%	25%	100%	25%	25%	✓		
5.5		Intégrer des pratiques qui supportent la diminution de l'empreinte écologique.	Nombre de nouvelles pratiques qui tiennent compte de l'empreinte écologique (2021-2022)	Stéphane Legacy									

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

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
OBJECTIFS	INDICATEURS	LEADERSHIP	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Catalyseur 4 : La culture organisationnelle													
6.1	Élaborer et mettre en place des stratégies pour développer une culture apprenante.	Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)	Dre. France Desrosiers	T1 2020-2021	3	3	5	3	3	✓			
6.2		Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les UCA	Dre. France Desrosiers	T1 2020-2021	0	0	9	0	0	Non débuté			

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

État d'avancement des initiatives

Orientations	Total initiatives	Non débuté	Conforme au plan	Non conforme au plan et interventions requises	Décision requise/ en attente	Complété
		○	✓	✗	⌚	☑
Nous contribuerons à optimiser la santé et le mieux-être de la population	4	0	4	0	0	0
Nous favoriserons la participation du patient, client et de leurs proches à l'amélioration des soins et services continus et intégrés	10	2	8	0	0	0
Nous assurerons un environnement attrayant pour la rétention et le recrutement	6	0	6	0	0	0
Nous adopterons une approche proactive avec nos partenaires pour mieux répondre aux besoins de la population	5	0	5	0	0	0
Nous optimiserons nos immobilisations, équipements et technologies	8	5	3	0	0	0
Nous appliquerons une approche apprenante dans notre culture organisationnelle d'amélioration continue de la qualité	3	0	3	0	0	0
Total	36	7	29	0	0	0

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Jours patients normalisés associés à une maladie mentale

LEADERSHIP	Jacques Duclos	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS	
CIBLE	Diminution du nombre de cas de 2 % (année de référence 2019-20)	
DESCRIPTION	<p>Cet indicateur mesure le taux ajusté selon l'âge représentant le nombre total de jours passés dans les hôpitaux généraux pour une maladie mentale sélectionnée*, par 10 000 personnes. Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les suivantes : troubles liés à la consommation de psychotropes, schizophrénie, troubles délirants et troubles psychotiques non organiques, troubles de l'humeur ou affectifs, troubles anxieux, certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.</p>	
RÉSULTATS	<p>CIBLE 1,226</p>	
INTERPRÉTATION	<p>Un faible nombre de jours est souhaitable. Les données du Réseau pour 2019-2020 (1,251) montrent une légère augmentation du nombre de jours comparativement à 2018-2019 (1,223). La Zone 5 présente le plus haut nombre de jours patients normalisés associés à une maladie mentale.</p>	
INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale.	✓
	Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire.	✓
	Promouvoir une santé mentale positive chez les jeunes.	✓
	Développer la programmation du Réseau d'excellence en santé mentale pour les jeunes.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de patients NSA																																		
LEADERSHIP	Johanne Roy																																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																	
SOURCE DE DONNÉES	3M																																	
CIBLE	Diminution du nombre de cas de 2 % (année de référence 2019-20)																																	
DESCRIPTION	<p>Les niveaux de soins alternatifs (NSA) représentent un enjeu de taille pour notre système de santé ainsi que pour le patient lui-même. Au Canada, il y a de plus en plus de lits de soins de courte durée et de soins prolongés occupés par des personnes âgées en attente de transfert vers un milieu de soins plus approprié. Les cas NSA limitent la capacité des hôpitaux, en réduisant la disponibilité des lits pour des admissions, des transferts entre établissements et des opérations chirurgicales non urgentes et en augmentant le temps d'attente à l'urgence pour un lit d'hospitalisation.</p>																																	
RÉSULTATS CIBLE 2,269	<table border="1"> <caption>Données des barres (Cas NSA)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>2017-2018</th> <th>2018-2019</th> <th>2019-2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cas NSA</td> <td>2,485</td> <td>2,259</td> <td>2,315</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données des barres (Cas NSA par zone et trimestre)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>155</td> <td>164</td> <td>138</td> <td>159</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>100</td> <td>83</td> <td>102</td> <td>133</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>92</td> <td>103</td> <td>96</td> <td>125</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>292</td> <td>222</td> <td>177</td> <td>174</td> </tr> </tbody> </table>	Année	2017-2018	2018-2019	2019-2020	Cas NSA	2,485	2,259	2,315	Zone	T1	T2	T3	T4	Zone 1B	155	164	138	159	Zone 4	100	83	102	133	Zone 5	92	103	96	125	Zone 6	292	222	177	174
Année	2017-2018	2018-2019	2019-2020																															
Cas NSA	2,485	2,259	2,315																															
Zone	T1	T2	T3	T4																														
Zone 1B	155	164	138	159																														
Zone 4	100	83	102	133																														
Zone 5	92	103	96	125																														
Zone 6	292	222	177	174																														
INTERPRÉTATION	<p>Un nombre peu élevé est préférable afin de pouvoir offrir à toute la population et particulièrement aux personnes âgées un continuum pertinent et efficace de soins. Un nombre élevé de patients NSA peut indiquer un besoin d'augmentation des capacités en soins communautaires, en établissements résidentiels pour adultes et en foyers de soins niveaux 3-4. La Zone 6 présente le nombre de patients NSA le plus élevé en 2019-2020.</p>																																	
INITIATIVES	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Établir un point d'entrée unique (PEU).</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Instaurer une approche gériatrique.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Cibler à l'urgence des patients potentiels à devenir NSA.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgences.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté.</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique.</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table>	Établir un point d'entrée unique (PEU).	✓	Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète.	✓	Instaurer une approche gériatrique.	✓	Cibler à l'urgence des patients potentiels à devenir NSA.	✓	Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgences.	✓	Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté.	○	Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique.	○																			
Établir un point d'entrée unique (PEU).	✓																																	
Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète.	✓																																	
Instaurer une approche gériatrique.	✓																																	
Cibler à l'urgence des patients potentiels à devenir NSA.	✓																																	
Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgences.	✓																																	
Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté.	○																																	
Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique.	○																																	

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de jours NSA																																							
LEADERSHIP	Johanne Roy																																						
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																						
SOURCE DE DONNÉES	3M																																						
CIBLE	Diminution du nombre de jours (2 % comparativement à 2019-20)																																						
DESCRIPTION	<p>Les jours NSA est un indicateur bien connu relié à l'efficacité du système de santé. Même si le nombre de cas NSA est plus ou moins stable, il est important d'analyser le nombre de jours NSA afin de s'assurer que ces patients soient transférés vers un milieu de soins plus approprié et ce, le plus rapidement possible. Il a été prouvé que plus les jours NSA augmentent, plus le temps d'attente à l'urgence pour un lit d'hospitalisation est long. De plus, au cours des dernières années, il a été établi que les personnes âgées en attente de placement risquent de voir leur santé générale et leur bien-être se détériorer lors d'hospitalisations prolongés.</p>																																						
RÉSULTATS CIBLE 114,990	<table border="1"> <caption>Données des graphiques</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>2017-2018</th> <th>2018-2019</th> <th>2019-2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total NSA</td> <td>85,307</td> <td>90,878</td> <td>117,337</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données trimestrielles par zone (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5,621</td> <td>7,188</td> <td>5,022</td> <td>10,245</td> <td>10,866</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>4,862</td> <td>2,298</td> <td>2,792</td> <td>3,851</td> <td>10,866</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>4,624</td> <td>8,366</td> <td>7,885</td> <td>11,229</td> <td>10,866</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>14,368</td> <td>8,869</td> <td>9,251</td> <td>10,866</td> <td>10,866</td> </tr> </tbody> </table>	Année	2017-2018	2018-2019	2019-2020	Total NSA	85,307	90,878	117,337	Zone	T1	T2	T3	T4	Cible	Zone 1B	5,621	7,188	5,022	10,245	10,866	Zone 4	4,862	2,298	2,792	3,851	10,866	Zone 5	4,624	8,366	7,885	11,229	10,866	Zone 6	14,368	8,869	9,251	10,866	10,866
Année	2017-2018	2018-2019	2019-2020																																				
Total NSA	85,307	90,878	117,337																																				
Zone	T1	T2	T3	T4	Cible																																		
Zone 1B	5,621	7,188	5,022	10,245	10,866																																		
Zone 4	4,862	2,298	2,792	3,851	10,866																																		
Zone 5	4,624	8,366	7,885	11,229	10,866																																		
Zone 6	14,368	8,869	9,251	10,866	10,866																																		
INTERPRÉTATION	Un nombre peu élevé est préférable. Les données de 2019-2020 montrent une augmentation du nombre de jours NSA comparativement aux deux dernières années.																																						
INITIATIVES	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Établir un point d'entrée unique (PEU).</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Instaurer une approche gériatrique.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgence.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté.</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique.</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table>	Établir un point d'entrée unique (PEU).	✓	Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète.	✓	Instaurer une approche gériatrique.	✓	Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA.	✓	Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgence.	✓	Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté.	○	Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique.	○																								
Établir un point d'entrée unique (PEU).	✓																																						
Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète.	✓																																						
Instaurer une approche gériatrique.	✓																																						
Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA.	✓																																						
Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgence.	✓																																						
Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté.	○																																						
Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique.	○																																						

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Johanne Roy																																		
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																		
SOURCE DE DONNÉES	3M																																		
CIBLE	0%																																		
DESCRIPTION	<p>L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du Réseau. Il est important de monitorer les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon efficace. Cet indicateur représente l'efficacité de la durée de séjour dans nos hôpitaux pour les cas typiques. Il représente en pourcentage la différence entre la durée de séjour en soins de courte durée pour l'ensemble des hôpitaux de Vitalité et la durée prévue de séjour de l'ICIS. Les cas typiques exclus les décès, les transferts entre établissements de soins de courte durée, les sorties contre l'avis du médecin et les séjours prolongés (au-delà du point de démarcation). Les jours NSA sont aussi exclus du calcul pour cet indicateur.</p>																																		
RÉSULTATS CIBLE 0%	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>6.88%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>6.55%</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>6.91%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Par Zone (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10.41%</td> <td>9.28%</td> <td>12.55%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>3.70%</td> <td>8.12%</td> <td>7.24%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>7.22%</td> <td>7.12%</td> <td>13.35%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>-9.04%</td> <td>1.01%</td> <td>1.60%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Année	Pourcentage	2017-2018	6.88%	2018-2019	6.55%	2019-2020	6.91%	Zone	T1	T2	T3	T4	Zone 1B	10.41%	9.28%	12.55%		Zone 4	3.70%	8.12%	7.24%		Zone 5	7.22%	7.12%	13.35%		Zone 6	-9.04%	1.01%	1.60%	
Année	Pourcentage																																		
2017-2018	6.88%																																		
2018-2019	6.55%																																		
2019-2020	6.91%																																		
Zone	T1	T2	T3	T4																															
Zone 1B	10.41%	9.28%	12.55%																																
Zone 4	3.70%	8.12%	7.24%																																
Zone 5	7.22%	7.12%	13.35%																																
Zone 6	-9.04%	1.01%	1.60%																																
INTERPRÉTATION	<p>Un faible pourcentage est souhaitable. Les résultats des trois dernières années sont relativement stables. Aucune zone ne respecte la cible en 2019-2020.</p>																																		
INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale.	✓																																	
	Améliorer l'accès aux soins de première ligne.	✓																																	
	Favoriser un retour à domicile propice et rapide.	✓																																	

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence

LEADERSHIP	Johanne Roy																											
FRÉQUENCE	Trimestrielle																											
SOURCE DE DONNÉES	MIS																											
CIBLE	57.20%																											
DESCRIPTION	<p>Cet indicateur reflète le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence. Lors d'une visite à l'urgence, la gravité de la visite sera codée selon l'échelle de triage et de gravité canadienne. Les visites à l'urgence de niveaux 4 et 5 sont considérées comme moins urgentes. Les visites codées 4 (moins urgentes) sont définies comme des conditions liées à l'âge du client, à la détresse ou au potentiel de détérioration ou de complication. Les clients bénéficieraient d'une intervention ou d'un réconfort dans les 1 à 2 heures. Les visites codées 5 (non urgentes) sont définies comme des conditions qui peuvent être aiguës mais non urgente et qui peuvent faire partie d'un problème chronique avec ou sans signes de détérioration. L'investigation ou les interventions pour certaines de ces maladies ou blessures pourraient être retardées ou même référées à d'autres secteurs de l'hôpital ou du système de santé.</p>																											
RÉSULTATS CIBLE	57.2%	<table border="1"> <caption>Données des graphiques à barres</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>2017-2018 - % 4 et 5</th> <th>2018-2019 - % 4 et 5</th> <th>2019-2020 - % 4 et 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>60.9%</td> <td>61.2%</td> <td>60.6%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>57.3%</td> <td>56.2%</td> <td>54.5%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>58.7%</td> <td>58.1%</td> <td>56.9%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données des graphiques à barres (T1 - 2020-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>% 4 et 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>56.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>62.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>44.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>62.7%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	2017-2018 - % 4 et 5	2018-2019 - % 4 et 5	2019-2020 - % 4 et 5	Vitalité	60.9%	61.2%	60.6%	Horizon	57.3%	56.2%	54.5%	Province	58.7%	58.1%	56.9%	Zone	% 4 et 5	Zone 1B	56.2%	Zone 4	62.3%	Zone 5	44.5%	Zone 6	62.7%
Catégorie	2017-2018 - % 4 et 5	2018-2019 - % 4 et 5	2019-2020 - % 4 et 5																									
Vitalité	60.9%	61.2%	60.6%																									
Horizon	57.3%	56.2%	54.5%																									
Province	58.7%	58.1%	56.9%																									
Zone	% 4 et 5																											
Zone 1B	56.2%																											
Zone 4	62.3%																											
Zone 5	44.5%																											
Zone 6	62.7%																											
INTERPRÉTATION	<p>Un faible nombre de jours de visites 4 et 5 est souhaitable. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 6 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus élevé (62.7%) tandis que la Zone 5 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus faible (44.5%).</p>																											
INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale.	✓																										
	Améliorer l'accès aux soins de première ligne.	✓																										
	Favoriser un retour à domicile propice et rapide.	✓																										

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de départs volontaires des employés											
LEADERSHIP	Johanne Roy										
FRÉQUENCE	Trimestrielle										
SOURCE DE DONNÉES	Méditech										
CIBLE	235										
DESCRIPTION	Cet indicateur représente le nombre d'employés temps plein et temps partiel ayant quitté l'organisation de leur propre initiative en raison de déménagements, avancement professionnels, raisons personnelles etc. Il exclut les départs à la retraite et les congédiements.										
RÉSULTATS CIBLE 235	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the number of voluntary departures over three periods: 2017-2018 (173), 2018-2019 (199), and 2019-2020 (235). A red horizontal line indicates a target of 235. The right chart shows the number of voluntary departures by zone for the first trimester of 2020-2021: Zone 1B (17), Zone 4 (10), Zone 5 (9), and Zone 6 (11). A red horizontal line indicates a target of 15.</p>										
INTERPRÉTATION	Un nombre peu élevé est souhaitable. Le nombre de départs volontaires est à la hausse depuis les trois dernières années. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 1B présentait le nombre de départs volontaires le plus élevé (17) tandis que la Zone 5 présentait le nombre de départs volontaires le plus faible (9).										
INITIATIVES	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquiescer les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Favoriser une culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et de la santé et la sécurité psychologique au travail.</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.	✓	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquiescer les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.	✓	Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.	✓	Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.	✓	Favoriser une culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et de la santé et la sécurité psychologique au travail.	✓
Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.	✓										
Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquiescer les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.	✓										
Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.	✓										
Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.	✓										
Favoriser une culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et de la santé et la sécurité psychologique au travail.	✓										

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de roulement

LEADERSHIP	Johanne Roy																												
FRÉQUENCE	Trimestrielle																												
SOURCE DE DONNÉES	Meditech																												
CIBLE	1.67 selon les résultats de 2019-20																												
DESCRIPTION	<p>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.</p>																												
RÉSULTATS CIBLE	<table border="1"> <caption>Vitalité - Taux de roulement</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de roulement</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>2.64</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>1.75</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>1.67</td> <td>1.67</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2020-2021 - Taux de roulement par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux de roulement</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 Zone 1B</td> <td>1.40</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>T1 Zone 4</td> <td>2.18</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>T1 Zone 5</td> <td>1.83</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>T1 Zone 6</td> <td>1.39</td> <td>1.67</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux de roulement	Cible	2017-2018	2.64	1.67	2018-2019	1.75	1.67	2019-2020	1.67	1.67	Zone	Taux de roulement	Cible	T1 Zone 1B	1.40	1.67	T1 Zone 4	2.18	1.67	T1 Zone 5	1.83	1.67	T1 Zone 6	1.39	1.67
Période	Taux de roulement	Cible																											
2017-2018	2.64	1.67																											
2018-2019	1.75	1.67																											
2019-2020	1.67	1.67																											
Zone	Taux de roulement	Cible																											
T1 Zone 1B	1.40	1.67																											
T1 Zone 4	2.18	1.67																											
T1 Zone 5	1.83	1.67																											
T1 Zone 6	1.39	1.67																											
INTERPRÉTATION	<p>Un taux peu élevé est souhaitable. Le taux de roulement est à la baisse depuis les trois dernières années. Au premier trimestre de 2020-2021, le taux de roulement est le plus élevé dans la Zone 4 (2.18).</p>																												
INITIATIVES	<p>Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.</p>	✓																											
	<p>Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.</p>	✓																											
	<p>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.</p>	✓																											
	<p>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.</p>	✓																											
	<p>Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et de la santé et la sécurité psychologique au travail.</p>	✓																											

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Moyenne de jours de maladie payés par employé

LEADERSHIP	Johanne Roy																							
FRÉQUENCE	Trimestrielle																							
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech																							
CIBLE	11.45																							
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète la moyenne de jours de maladie payés par employé du Réseau de santé Vitalité. L'absentéisme peut être causé par des problèmes de santé physique, psychologiques, l'environnement de travail et des situations familiales.																							
RÉSULTATS CIBLE 11.45	<table border="1"> <caption>Vitalité - Moyenne de jours de maladie payés par employé</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Jours par employé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>12.24</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>12.62</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>12.54</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>11.45</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2020-2021 - Moyenne de jours de maladie payés par employé par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Jours par employé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>8.82</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>9.61</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>13.67</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>9.51</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>11.45</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Jours par employé	2017-2018	12.24	2018-2019	12.62	2019-2020	12.54	Cible	11.45	Zone	Jours par employé	Zone 1B	8.82	Zone 4	9.61	Zone 5	13.67	Zone 6	9.51	Cible	11.45
Période	Jours par employé																							
2017-2018	12.24																							
2018-2019	12.62																							
2019-2020	12.54																							
Cible	11.45																							
Zone	Jours par employé																							
Zone 1B	8.82																							
Zone 4	9.61																							
Zone 5	13.67																							
Zone 6	9.51																							
Cible	11.45																							
INTERPRÉTATION	Un nombre peu élevé est souhaitable. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 5 présentait la moyenne de jours de maladie payés par employé la plus élevée. Il s'agit de la seule zone ayant un résultat inférieur à la cible.																							
INITIATIVES	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.	✓																						
	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.	✓																						
	Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.	✓																						
	Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.	✓																						
	Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et de la santé et la sécurité psychologique au travail.	✓																						

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'activités de recrutement	
LEADERSHIP	Johanne Roy
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des ressources humaines (partenaires d'affaires)
CIBLE	Augmentation de 5% par rapport à 2019-2020
DESCRIPTION	Étant donné le vieillissement de la main-d'œuvre et les nombreux départs à la retraite prévus au cours des prochaines années, les activités de recrutement devront être nombreuses afin de remplacer cette main-d'œuvre. Les activités de recrutement incluent les salons carrière, les rencontres en salle de classe, les rencontres virtuelles et les présentations. Il s'agit de recrutement de diverses disciplines en santé (étudiants de niveau post-secondaire et professionnels d'expérience) ainsi que la promotion des différentes disciplines en santé (p.ex. à une clientèle du niveau secondaire ou gens du public qui souhaitent faire un retour aux études).
RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, on compte 2 activités de recrutement. Elles ont été effectuées de façon virtuelle.
INTERPRÉTATION	Un nombre élevé est souhaitable. Il est à noter que le résultat du premier trimestre de 2020-2021 est peu élevé en raison du ralentissement des activités dû à la pandémie de COVID-19. De plus, les médecins ne sont pas inclus dans les données de 2019-2020 mais ils le seront pour l'année 2020-2021.
INITIATIVE	Développer un processus de continuité pour améliorer l'expérience du candidat lors de toutes les étapes. ✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de patients-partenaires		
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Direction Qualité, Risques et Expérience patient	
CIBLE	22 patients partenaires	
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le nombre de patients-partenaires recrutés au sein du Réseau de santé Vitalité qui peuvent ou qui pourront participer à des équipes/comités. Le partenaire de l'expérience patient (PEP) est une personne qui a une expérience récente et significative avec le Réseau de santé Vitalité comme un patient, un membre de sa famille, un proche ou un aidant naturel. Il travaille en partenariat avec la direction et les équipes du Réseau et apporte son expertise et ses connaissances pour aider à améliorer l'expérience de soins et les services.	
RÉSULTATS	Le Réseau de santé compte présentement 10 patients partenaires et la cible est de 22 pour l'année 2020-2021. Les comités/équipes qui incluent des PEP sont les suivants: comité consultatif des patients et familles, comité médical consultatif, unité clinique apprenante sur la santé des aînés, groupe de travail sur la polymédication, unité clinique apprenante sur le service de chirurgie, comité de travail Récupération rapide après chirurgie, comité gouvernance régional (service de chirurgie), groupe de travail sur la transformation des soins de santé primaire, unité clinique apprenante sur la santé respiratoire, groupe de travail sur l'accès aux services/soins de santé respiratoires et groupe de travail sur la prévention et cessation du tabac.	
INTERPRÉTATION	L'atteinte de la cible est souhaitable (22 patients partenaires) puisque l'expertise et la compréhension du système de santé acquise lors d'expériences vécues au sein du Réseau des patients partenaires aide le Réseau à comprendre ce qui compte le plus pour les patients et les familles.	
INITIATIVES	Développer un guide pour les équipes afin d'intégrer les patients partenaires dans leurs activités.	✓
	Poursuivre le recrutement de partenaires de l'expérience patient (PEP).	✓
	Développer un sondage pour évaluer l'intégration du PEP dans l'équipe.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Direction Qualité, Risques et Expérience Patient	
CIBLE	80%	
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le pourcentage des répondants ayant répondu Bien ou Très bien à la question "Je sens que ma contribution comme partenaire de l'expérience patient (PEP) permet d'améliorer les soins et les services". Cette question est incluse dans le questionnaire d'évaluation de l'Intégration du partenaire de l'expérience patient.	
RÉSULTATS		
INTERPRÉTATION	Un pourcentage élevé est souhaitable. Cet indicateur ne présente aucun chiffre au premier trimestre de 2020-2021 puisqu'aucun sondage n'a été effectué pendant cette période.	
INITIATIVES	Développer un guide pour les équipes afin d'intégrer les patients partenaires dans leurs activités.	✓
	Poursuivre le recrutement de partenaires de l'expérience patient (PEP).	✓
	Développer un sondage pour évaluer l'intégration du PEP dans l'équipe.	✓

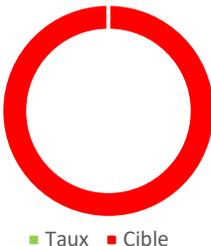
FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de nouveaux partenariats	
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Données internes du Réseau
CIBLE	3
DESCRIPTION	Cette mesure reflète le nombre de nouveaux partenariats avec le Réseau de santé Vitalité et ayant signé un contrat ou un engagement avec des objectifs clairs à atteindre. Les partenariats sont avec des organismes légalement constitués. Le partenariat peut avoir lieu à l'échelle de l'organisme ou d'une équipe spécifique de travail.
RÉSULTATS	
INTERPRÉTATION	Le Réseau de santé Vitalité vise de conclure une entente avec 3 nouveaux partenariats en 2020-2021 : Institut atlantique de recherche sur le cancer, l'Université de Sherbrooke et l'Université de Moncton.
INITIATIVES	Développer des ententes avec les universités et autres organismes affiliés. ✓
	Intégrer des partenaires dans les initiatives du Réseau. ✓

FICHE EXPLICATIVE

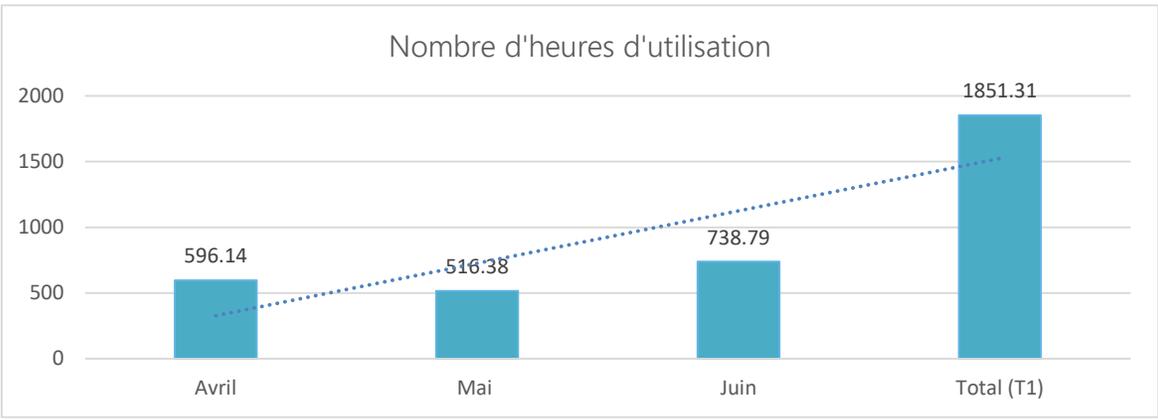
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'achèvement du plan stratégique des TI	
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications
CIBLE	100%
DESCRIPTION	Cette mesure reflète le pourcentage d'achèvement du plan stratégique spécifique au secteur des technologies de l'information et des télécommunications. Les étapes considérées dans le calcul sont toutes celles se déroulant entre l'approbation du développement d'un plan stratégique spécifique au secteur des TIs et la diffusion du plan.
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Taux d'achèvement</p>  <p style="text-align: center;">■ Taux ■ Cible</p>
INTERPRÉTATION	L'initiative n'a pas encore débutée.
INITIATIVE	Effectuer une planification stratégique des TI avec un consultant. ○

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuels

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu											
FRÉQUENCE	Trimestrielle											
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications											
CIBLE	Augmentation de 10 % par trimestre (Base : 1851 heures)											
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le nombre d'heures d'utilisation des technologies virtuelles utilisées par le Réseau de santé Vitalité (Zoom et vidéoconférence). Les statistiques présentées incluent les heures cliniques ainsi que les heures administratives.											
RÉSULTATS CIBLE	 <p>Nombre d'heures d'utilisation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mois</th> <th>Nombre d'heures</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avril</td> <td>596.14</td> </tr> <tr> <td>Mai</td> <td>516.38</td> </tr> <tr> <td>Juin</td> <td>738.79</td> </tr> <tr> <td>Total (T1)</td> <td>1851.31</td> </tr> </tbody> </table>		Mois	Nombre d'heures	Avril	596.14	Mai	516.38	Juin	738.79	Total (T1)	1851.31
Mois	Nombre d'heures											
Avril	596.14											
Mai	516.38											
Juin	738.79											
Total (T1)	1851.31											
INTERPRÉTATION	Cet indicateur ne distingue pas les heures utilisées pour la clinique seulement. Puisque la plateforme Zoom est utilisée au sein du Réseau depuis fin avril 2020, le premier trimestre de 2020-2021 est la base pour mesurer l'amélioration de cet indicateur.											
INITIATIVES	Développer les soins virtuels.	✓										

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements

LEADERSHIP	Stéphane Legacy	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des infrastructures	
CIBLE	25 % par trimestre	
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installations des équipements.	
RÉSULTATS	<p>Taux d'avancement</p> <p>■ Taux ■ Cible</p>	
INTERPRÉTATION	Cet indicateur inclut uniquement les équipements de plus de 100 000 \$.	
INITIATIVES	Compléter les travaux pour le nouveau bloc opératoire et les soins intensifs au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont.	✓
	Voir à la mise en œuvre du plan directeur du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont.	○
	Élaborer et mettre en application un cadre de gestion des projets de construction et de rénovation réalisés en régie interne.	○

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)		
LEADERSHIP	Dre. France Desrosiers	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Recherche, développement scientifique et formation	
CIBLE	5	
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le nombre d'unités cliniques apprenantes (UCAs) en place au sein du Réseau. Les UCAs sont des équipes multidisciplinaires régionales qui regroupent des patients, des médecins, des professionnels de la santé, des gestionnaires des activités cliniques, des décideurs, et des chercheurs. Chaque unité clinique apprenante porte sur une thématique en santé et se concentre sur des lacunes et des problèmes dans les soins cliniques en tenant compte des besoins des patients, des professionnels et des décideurs. Le cycle d'une unité clinique apprenante est de 3 ans.	
RÉSULTATS	Le Réseau de santé Vitalité a présentement 3 unités cliniques apprenantes (UCAs) en place. Les UCAs sont les suivantes: santé des aînés (décembre 2019), soins chirurgicaux (janvier 2020) et santé respiratoire (janvier 2020).	
INTERPRÉTATION	Le Réseau compte mettre en œuvre 2 unités cliniques apprenantes dans les prochains mois : santé mentale et soins de santé primaire.	
INITIATIVES	Mise en œuvre d'une philosophie d'organisation apprenante.	✓
	Développer un outil pour évaluer l'organisation apprenante.	✓
	Développer des stratégies pour implanter un système de gestion des connaissances.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les UCA

LEADERSHIP	Dre. France Desrosiers	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Recherche, développement scientifique et formation	
CIBLE	9	
DESCRIPTION	Il s'agit du nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre suite aux recommandations des UCAs.	
RÉSULTATS		
INTERPRÉTATION	Un nombre élevé est souhaitable. Cet indicateur ne présente aucun chiffre au premier trimestre de 2020-2021 en raison du ralentissement dû à la pandémie de COVID-19.	
INITIATIVES	Mise en oeuvre d'une philosophie d'organisation apprenante.	✓
	Développer un outil pour évaluer l'organisation apprenante.	✓
	Développer des stratégies pour implanter un système de gestion des connaissances.	✓

Réseau de santé Vitalité

Tableau de bord équilibré 2020-2021

Rapport trimestriel (T1)



Sommaire	3
Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	6
CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	7
Taux de réadmission 30 jours	8
% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	9
Variance du surplus (déficit) d'opération	10
Coût par jour repas	11
Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	12
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	13
Variance en salaires et bénéfiques	14
Variance en dépenses médicaments	15
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	16
Coût en énergie par pied carré	17
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	18
Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus	19
Taux de césarienne à faibles risques	20
Taux de chutes	21
Taux de chutes avec blessures graves	22
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	23
Taux d'erreurs des médicaments	24
Taux de conformité à l'hygiène des mains	25
Taux d'infection Clostridium difficile	26
Taux d'infection et de colonisation au SARM	27
Taux d'infection et de colonisation ERV	28
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	29
% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	30
Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	31
% chirurgies urgentes effectuées dans les délais	32
% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	33
% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	34
Taux global aux modules e-apprentissage	35
% de postes permanents vacants	36
Taux d'accidents du travail	37
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	38
Nombre de nouveaux griefs	39
% d'heures de maladie	40
% d'heures de surtemps	41
Heures travaillées PPU/jours-patients	42
Taux de roulement	43

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Qualité/ Satisfaction à la clientèle													
1.1	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	Dre.Desrosiers	T	T4 2019-20	189	189	196	181	192	!	✓	✓	✓
1.2	CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	Jacques Duclos	T	T1 2020-21	47%	48%	100%	42%	42%	✗			
1.3	Taux de réadmission 30 jours	Dre Desrosiers	T	T4 2019-20	9.01	9.01	8.17	8.48	6.97	✗	!	!	✓
1.4	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy	T	T4 2019-20	6.59%	6.59%	6.46%	5.78%	5.83%	✓	✓	✓	✓
Quadrant: Financiers													
2.1	Variance du surplus (déficit) d'opération	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	\$2,608,846	\$1,614,760	\$0	\$6,633,672	\$6,633,672	✓			
2.2	Coût par jour repas	Stéphane Legacy	T	T1 2020-21	\$36.39	\$34.75	\$33.12	\$45.07	\$45.07	✗			
2.3	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Stéphane Legacy	T	T1 2020-21	\$4.95	\$4.83	\$4.66	\$5.28	\$5.28	✗			
2.4	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Stéphane Legacy	T	T1 2020-21	\$1.25	\$1.18	\$1.25	\$1.39	\$1.39	✗			
2.5	Variance en salaires et bénéfices	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	\$11,778,698	\$1,539,371	na	\$516,831	\$516,831	✓			
2.6	Variance en dépenses médicaments	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	-\$4,217,657	\$1,628,997	na	\$898,039	\$898,039	✓			
2.7	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	-\$7,546,932	-\$2,420,698	na	\$4,788,910	\$4,788,910	✓			
2.8	Coût en énergie par pied carré	Stéphane Legacy	T	T1 2020-21	\$5.77	\$5.10	\$5.54	\$4.37	\$4.37	✓			
Quadrant: Opérationnel													
3.1	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Dre.Desrosiers	T	T4 2019-20	6.5%	6.5%	0.0%	6.9%	9.0%	!	✗	✗	✗
3.2	Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus	Johanne Roy	T	T4 2020-21	8.66	8.66	12.00	8.91	9.34	✓	✓	✓	✓

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

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Opérationnel													
3.3	Taux de césarienne à faibles risques	Dre.Desrosiers	T	T4 2019-20	10.9%	10.9%	15.2%	9.9%	7.2%	✓	✓	✓	✓
3.4	Taux de chutes	Johanne Roy	T	T1 2020-21	4.98	4.38	5.00	5.41	5.41	!			
3.5	Taux de chutes avec blessures graves	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	0.04	0.05	0.00	0.06	0.06	✗			
3.6	Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	0.008	0.000	0.000	0.014	0.014	!			
3.7	Taux d'erreurs des médicaments	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	3.49	3.66	3.32	3.79	3.79	✗			
3.8	Taux de conformité à l'hygiène des mains	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	78.2%	75.9%	90.0%	85.1%	85.1%	!			
3.9	Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	1.52	1.98	3.57	1.37	1.37	✓			
3.10	Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	0.19	0.63	1.29	0.41	0.63	✓			
3.11	Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	0.06	0.10	0.05	0.00	0.00	✓			
3.12	Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Gisèle Beaulieu	T	T4 2019-20	111	111	100	115	111	✗	✗	✗	✗
3.13	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Johanne Roy	T	T4 2019-20	7.8%	7.8%	11.7%	11.9%	18.4%	✓	✓	!	✗
3.14	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	3,079	753	3,079	382	382	✗			
3.15	% chirurgies urgentes effectuées dans les délais	Johanne Roy	T	T1 2020-21	53.1%	55.2%	53.1%	48.3%	48.3%	✗			
3.16	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Johanne Roy	T	T1 2020-21	65.7%	67.7%	75.0%	50.0%	50.0%	✗			
3.17	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Johanne Roy	T	T1 2020-21	68.0%	75.7%	85.0%	38.9%	38.9%	✗			

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

										ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQUENCE (M,T,S,A)	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Ressources Humaines													
4.1	Taux global aux modules e-apprentissage	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	64.8%	65.0%	70.0%	68.7%	68.7%	!			
4.2	% de postes permanents vacants	Johanne Roy	T	T1 2020-21	5.8%	4.7%	5.8%	6.1%	6.1%	!			
4.3	Taux d'accidents du travail	Johanne Roy	T	T1 2020-21	3.26	3.50	4.11	2.84	2.84	✓			
4.4	Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Johanne Roy	T	T1 2020-21	45.7%	43.6%	65.0%	38.9%	38.9%	✗			
4.5	Nombre de nouveaux griefs	Johanne Roy	T	T1 2020-21	84	24	80	15	15	✓			
4.6	% d'heures de maladie	Johanne Roy	T	T1 2020-21	6.2%	6.1%	5.5%	4.8%	4.8%	✓			
4.7	% d'heures de surtemps	Johanne Roy	T	T1 2020-21	3.5%	3.2%	2.5%	2.6%	2.6%	!			
4.8	Heures travaillées PPU/jours-patients	Johanne Roy	T	T1 2020-21	6.34	6.04	6.09	7.74	7.74	✗			
4.9	Taux de roulement	Gisèle Beaulieu	T	T1 2020-21	1.67	1.83	1.67	1.63	1.63	!			

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

FICHE EXPLICATIVE

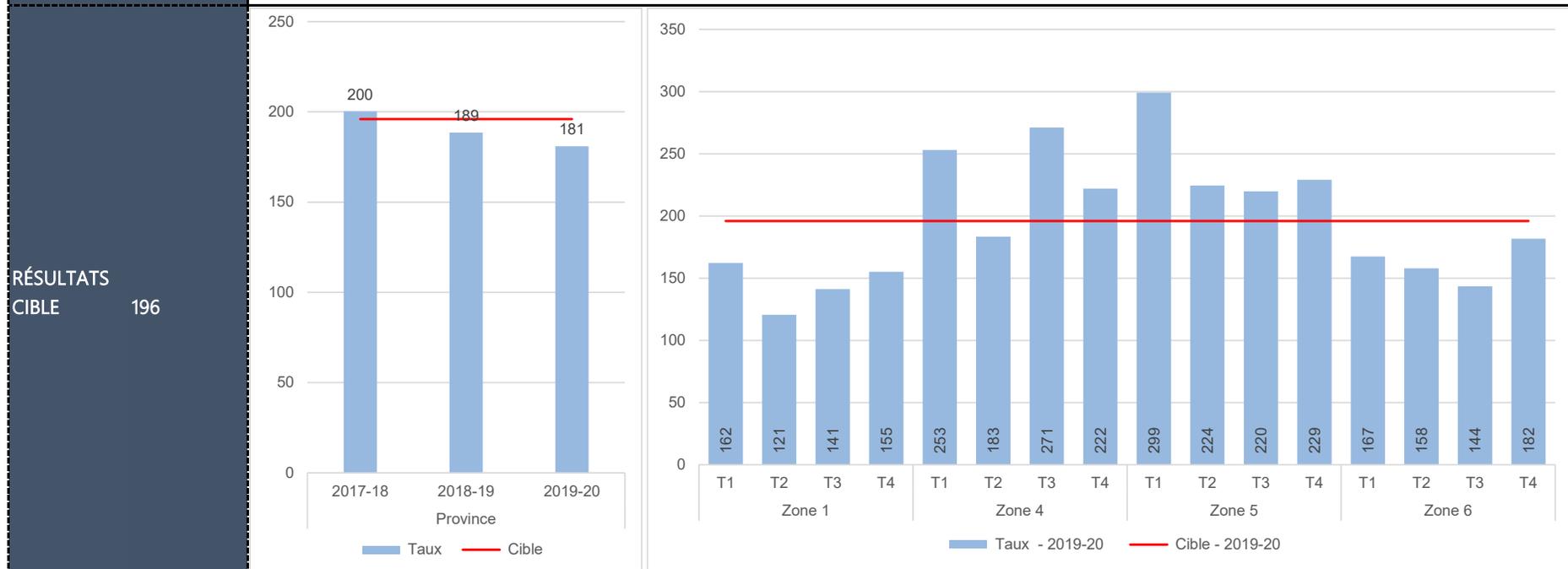
Indicateur: 1.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Dre.Desrosiers	INITIATIVES	Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique	○
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	○
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Améliorer le continuum de soins des patients	✓

DÉFINITION
Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation pour trois maladies chroniques : la MPOC, l'insuffisance cardiaque et le diabète. Une bonne prise en charge de ces patients dans la communauté permettrait de prévenir ou à tout le moins de réduire les hospitalisations tout en libérant des ressources hospitalières pour le traitement des maladies aiguës. La cible est établie à 196.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Le taux provincial d'hospitalisation était de 181 et était sous la cible pour l'année fiscale 2019-2020. La tendance du taux d'hospitalisation pour ces maladies chroniques est généralement à la baisse au sein de la province. Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 1.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Jacques Duclos	INITIATIVES	Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire	✓																																														
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer un continuum de soins de santé mentale	✓																																														
SOURCE DE DONNÉES	CSDC-SPSC																																																	
DÉFINITION	Cet indicateur permet aux services de santé mentale aux adultes et de traitement des dépendances de déterminer si les clients reçoivent des services dans les délais souhaités. Une prise en charge rapide des patients peut éviter des hospitalisations ou des réadmissions. Cet indicateur se calcule en divisant le nombre de clients de catégorie modérée vu dans les 40 jours divisés par le nombre total de clients dans cette catégorie.																																																	
RÉSULTATS CIBLE	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="394 662 919 979"> <table border="1"> <caption>% 40 jours par région (2017-18 à 2019-20)</caption> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>2017-18</th> <th>2018-19</th> <th>2019-20</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>57%</td> <td>45%</td> <td>47%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>46%</td> <td>40%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>51%</td> <td>42%</td> <td>43%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="930 662 1927 979"> <table border="1"> <caption>% 40 jours par zone (T1 2020-21)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>% 40 jours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>32%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>43%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>32%</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table border="1"> <caption>% 40 jours par établissement (T1 2020-21)</caption> <thead> <tr> <th>Établissement</th> <th>% 40 jours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beauséjour (Zone 1B)</td> <td>32%</td> </tr> <tr> <td>Richibucto (Zone 1B)</td> <td>32%</td> </tr> <tr> <td>Edmundston (Zone 4)</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>Grand-Sault (Zone 4)</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Kedgwick (Zone 5)</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>Camp. (Zone 5)</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>Bathurst (Zone 6)</td> <td>39%</td> </tr> <tr> <td>Caraquet (Zone 6)</td> <td>24%</td> </tr> <tr> <td>Shippagan (Zone 6)</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Tracadie (Zone 6)</td> <td>14%</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Région	2017-18	2018-19	2019-20	Vitalité	57%	45%	47%	Horizon	46%	40%	40%	Province	51%	42%	43%	Zone	% 40 jours	Zone 1B	32%	Zone 4	43%	Zone 5	86%	Zone 6	32%	Établissement	% 40 jours	Beauséjour (Zone 1B)	32%	Richibucto (Zone 1B)	32%	Edmundston (Zone 4)	33%	Grand-Sault (Zone 4)	25%	Kedgwick (Zone 5)	75%	Camp. (Zone 5)	86%	Bathurst (Zone 6)	39%	Caraquet (Zone 6)	24%	Shippagan (Zone 6)	0%	Tracadie (Zone 6)	14%	100%
Région	2017-18	2018-19	2019-20																																															
Vitalité	57%	45%	47%																																															
Horizon	46%	40%	40%																																															
Province	51%	42%	43%																																															
Zone	% 40 jours																																																	
Zone 1B	32%																																																	
Zone 4	43%																																																	
Zone 5	86%																																																	
Zone 6	32%																																																	
Établissement	% 40 jours																																																	
Beauséjour (Zone 1B)	32%																																																	
Richibucto (Zone 1B)	32%																																																	
Edmundston (Zone 4)	33%																																																	
Grand-Sault (Zone 4)	25%																																																	
Kedgwick (Zone 5)	75%																																																	
Camp. (Zone 5)	86%																																																	
Bathurst (Zone 6)	39%																																																	
Caraquet (Zone 6)	24%																																																	
Shippagan (Zone 6)	0%																																																	
Tracadie (Zone 6)	14%																																																	
ANALYSE ET INTERPRÉTATION	Un pourcentage élevé est souhaitable. Les résultats du premier trimestre de l'année 2020-2021 sont présentés par zone et par établissement. La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (86 %) au premier trimestre de 2020-2021 tandis que les zones 1B et 6 présentaient le pourcentage le plus faible (32 %). Le Réseau de santé Vitalité présentait, en 2019-2020, un pourcentage plus élevé de patients à priorité modérée traités dans les 40 jours que le Réseau de santé Horizon (47 % versus 40 %).																																																	

FICHE EXPLICATIVE

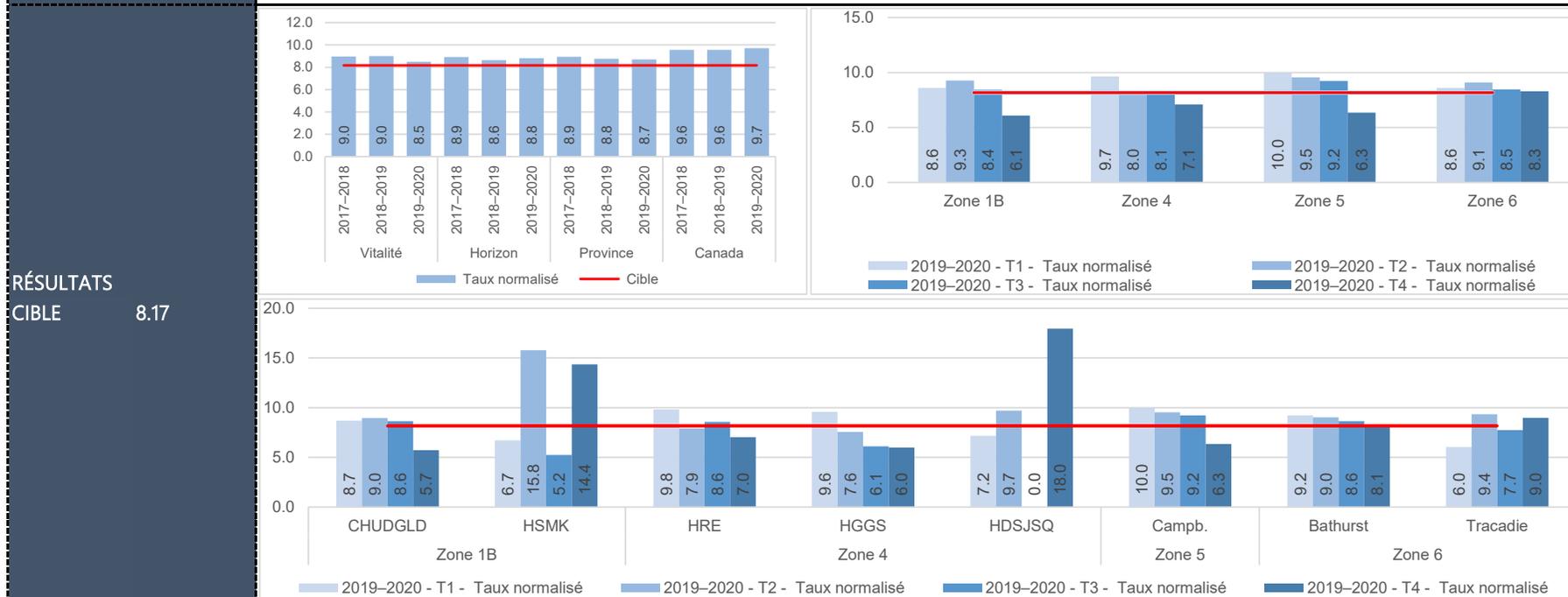
Indicateur: 1.3

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de réadmission 30 jours

LEADERSHIP	Dre Desrosiers	INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Favoriser un retour à domicile propice et rapide	✓

DÉFINITION
Cet indicateur concerne le nombre de patients réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie initiale. Il se calcule en divisant le nombre de réadmissions observées par le nombre de réadmissions prévues, puis en multipliant par le taux moyen au Canada. La réadmission d'urgence à l'hôpital est pénible pour le patient et coûteuse pour le système de santé. Bien que toutes les réadmissions ne puissent pas être évitées, le taux peut être réduit par un meilleur suivi et une bonne coordination des soins dispensés aux patients après leur sortie.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un faible résultat est favorable puisqu'il signifie qu'un faible pourcentage de patients ont été réadmis d'urgence dans le mois suivant leur congé de l'hôpital. Cette mesure peut contribuer à évaluer combien de patients présentent des problèmes de santé ou des complications à la suite d'un séjour à l'hôpital, et à quel point le système de santé réussit à offrir aux patients les soins de suivi nécessaires dès leur retour à la maison. La mesure est ajustée pour tenir compte de certaines différences quant aux types de patients traités dans un hôpital. Néanmoins, comme tous les indicateurs, elle ne peut pas être ajustée en fonction de toutes les différences. Lorsqu'on compare le taux de réadmission à l'hôpital, il est important de tenir compte du type d'hôpital. Par exemple, les grands hôpitaux d'enseignement traitent souvent des cas de patients plus complexes qui sont plus susceptibles de retourner à l'hôpital. Dans les petits hôpitaux en région rurale, il arrive que moins de services soient disponibles hors de l'hôpital pour veiller à ce que les patients reçoivent des soins de suivi adéquats. En 2019-2020, le Réseau de santé Vitalité présentait un taux de réadmission 30 jours moins élevé que le Réseau de santé Horizon et le Canada.

FICHE EXPLICATIVE

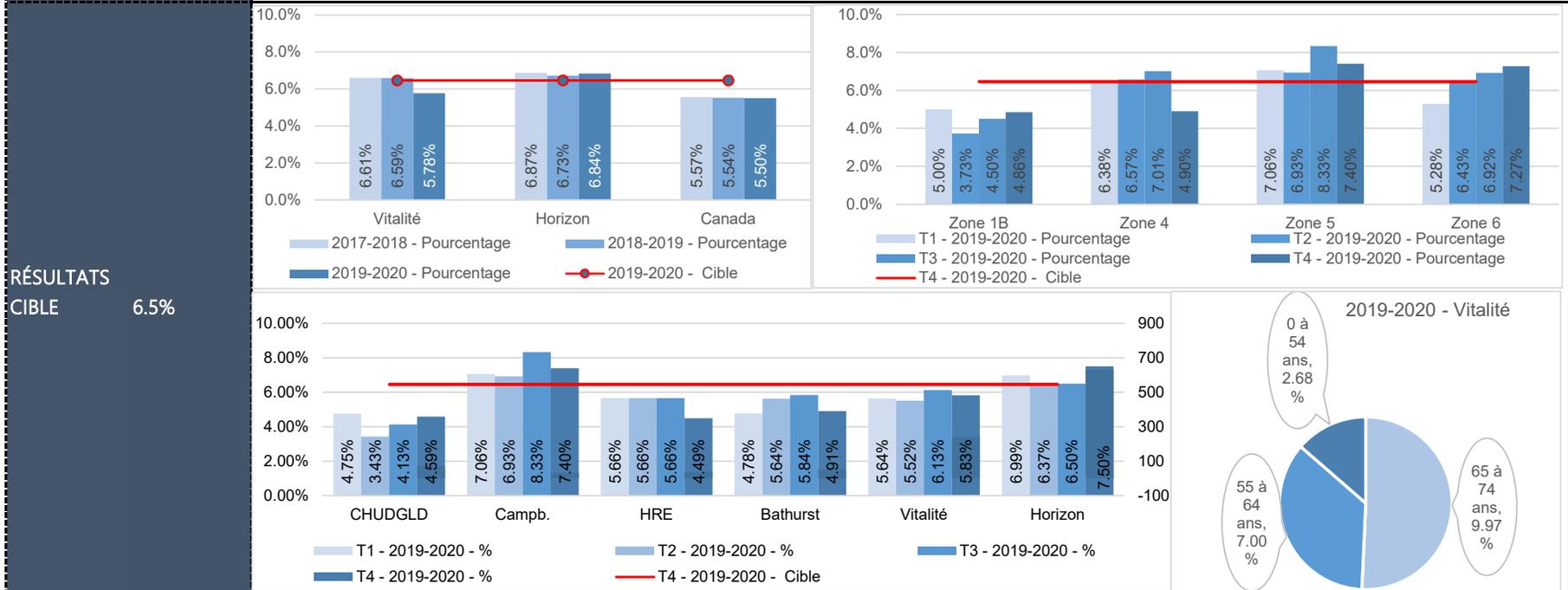
Indicateur: 1.4

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires

LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique	○
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	○

DÉFINITION
L'hospitalisation pour une condition propice aux soins ambulatoires est considérée comme une mesure d'accès à des soins primaires appropriés. Bien que les admissions pour ces conditions ne soient pas toutes évitables, on présume que des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir le début de ce type de maladie ou de condition, aider à maîtriser une maladie ou une condition épisodique de soins de courte durée, ou contribuer à gérer une condition ou une maladie chronique.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un faible taux est souhaitable. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins de santé primaire appropriés. Le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires a diminué au sein du Réseau de santé Vitalité depuis les trois dernières années. En 2019-2020, le pourcentage de conditions propices aux soins ambulatoires était particulièrement élevé chez les 65 à 74 ans (9.97%). À titre de comparaison, ce pourcentage était de 2.68 % chez les 0 à 54 ans.

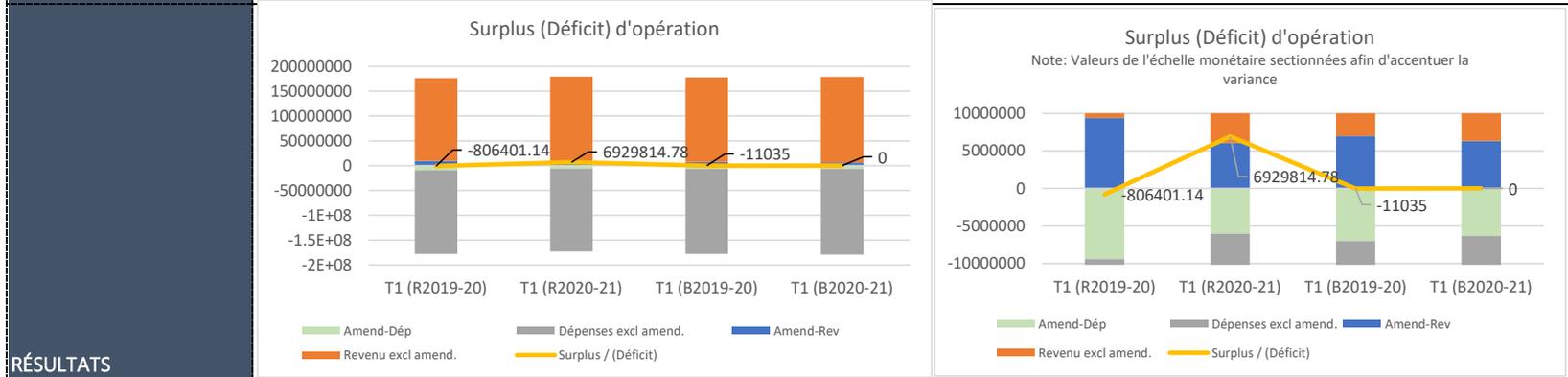
FICHE EXPLICATIVE

Intégrité – Équité – Compassion – Respect – Engagement - Imputabilité

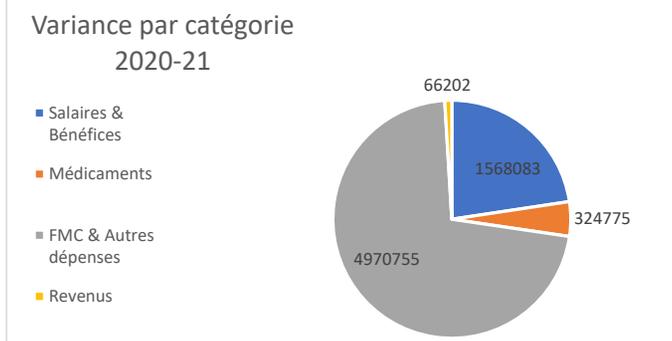
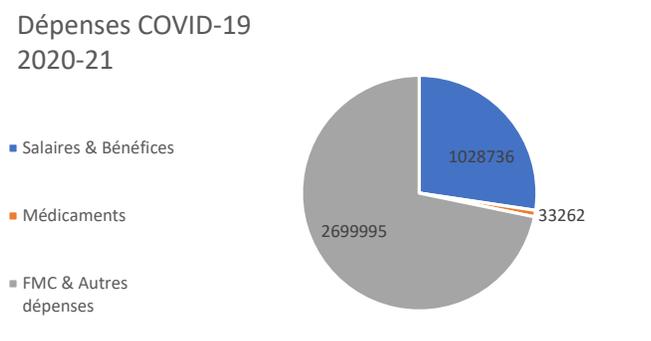
Variance du surplus (déficit) d'opération

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
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.
 * À noter: Les variances sont ajustées par les effets des écarts temporaires des amendements budgets qui influencent les résultats. Au T1, le net des revenus et des dépenses ont été de 2 410 126\$ pour 2019-20 et de (29 6143\$) pour 2020-21.



RÉSULTATS CIBLE \$0.00



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Le Réseau de santé Vitalité présente une variance de 6,633,672 \$* en 2020-2021 comparativement à une variance de 1,614,760\$* en 2019-2020 après 3 mois d'opération. Le ralentissement des activités dû à la COVID-19 a principalement affecté le nombre de chirurgies réduisant l'utilisation de fournitures médicales et chirurgicales, les dépenses de médicaments en relation à la diminution du taux d'occupation dans nos établissements, les frais de déplacement du personnel (incluant les frais de réunion) et les autres dépenses telles que les services achetés. Les dépenses liées à la COVID-19 pour le premier trimestre représente 3,761,994 \$. Nous notons également une réduction de 400,000 \$ des dépenses d'énergie en raison de la baisse des prix des combustibles sur le marché et une amélioration dans les écarts budgétaires en relation aux accidents de travail de l'ordre de 400,000 \$. (* ajusté écarts temporels causés par les amendements budgétaires.)

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.2

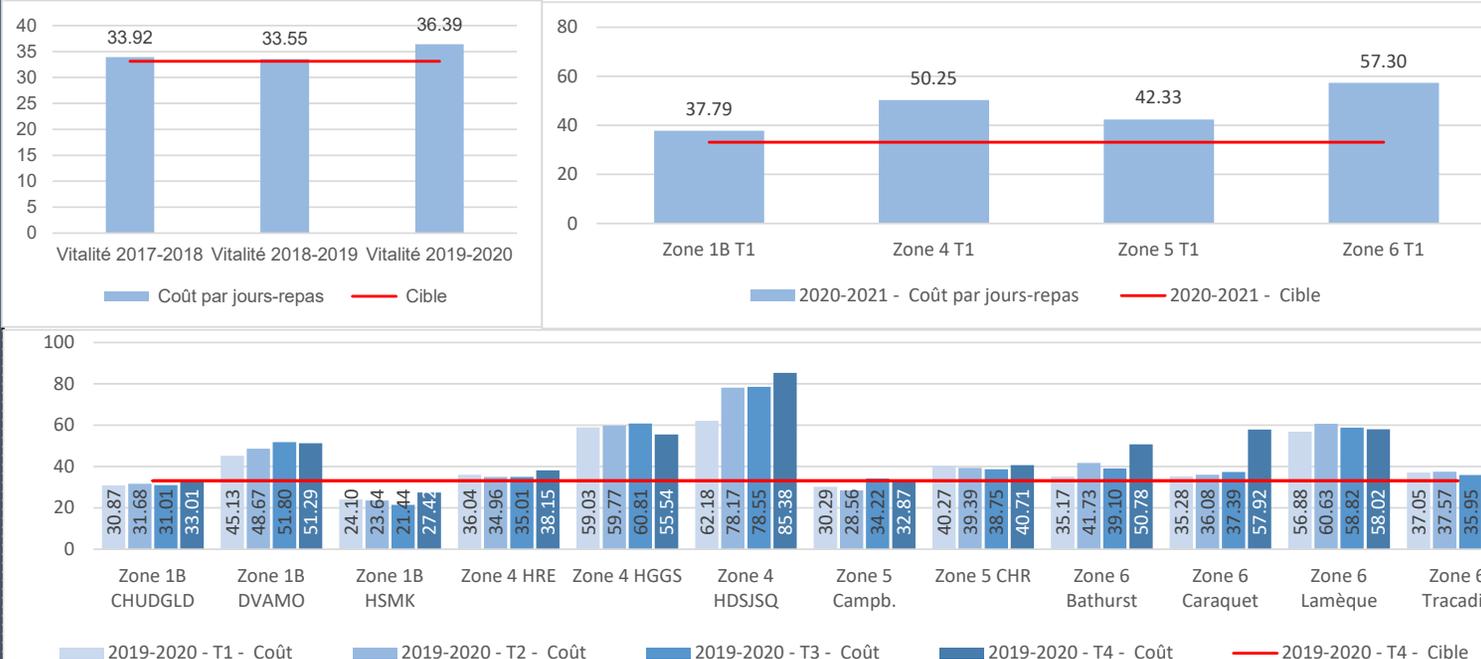
Intégrité – Équité – Compassion – Respect – Engagement – Imputabilité

Coût par jour repas

LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
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 CIBLE 33.12



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Les résultats comparatifs à date pour les années 2018-2019 et 2019-2020 sont présentés. Le Réseau de santé Vitalité présentait un coût par jour repas de 36.39 \$ en 2019-2020 alors que ce coût s'élevait à 33.55 \$ en 2018-2019. Le coût par jour repas est toujours au-dessus de la cible de 33.12 \$. L'analyse par zone montre que les coûts sont les plus élevés au premier trimestre dans la Zone 6 (57.30 \$) et dans la Zone 4 (50.25 \$) et au-dessus de la cible organisationnelle.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.3

Intégrité – Équité – Compassion – Respect – Engagement – Imputabilité

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

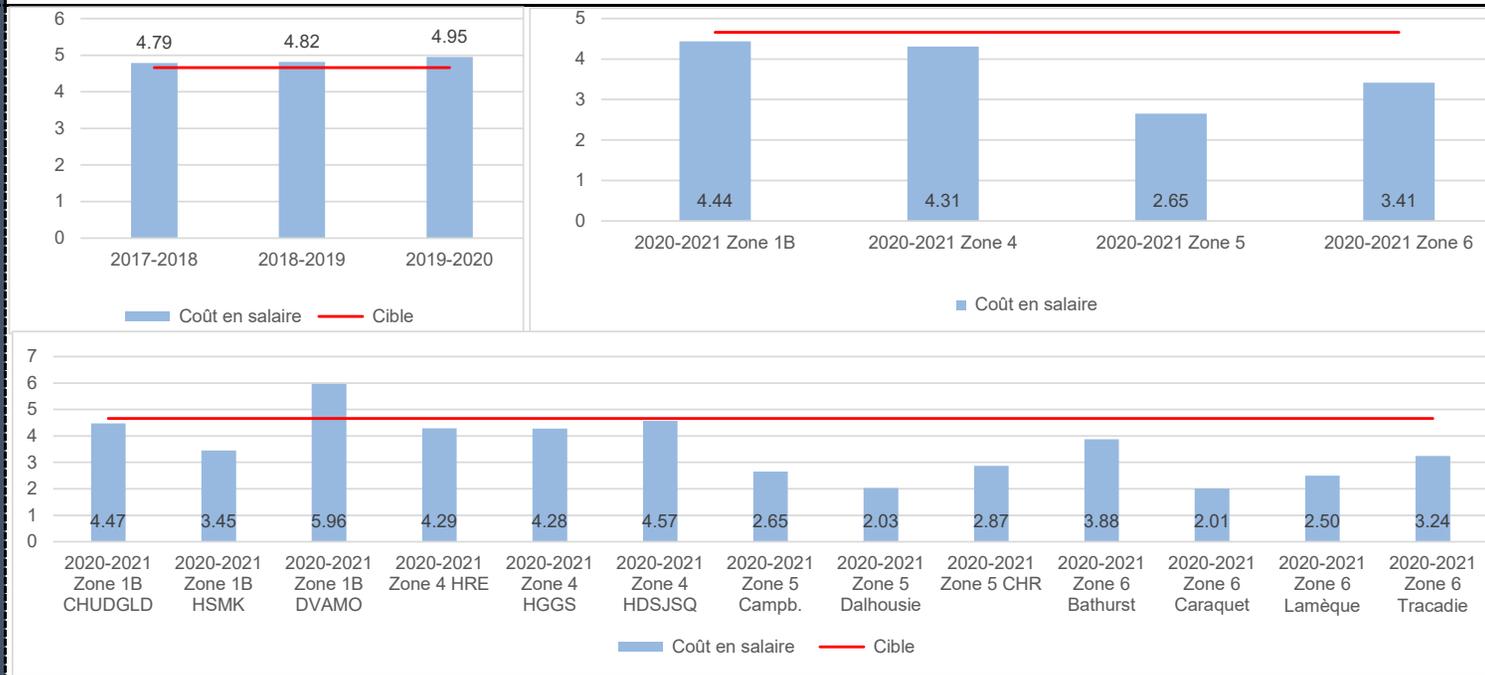
LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Mettre en place une équipe multidisciplinaire pour l'aide à la décision pour des choix environnementaux	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech			

DÉFINITION

Cet indicateur reflète les dépenses en salaires du service de l'environnement pour les hôpitaux par pied carré.

RÉSULTATS

CIBLE \$4.66



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Les coûts en salaires du service d'environnement sont à la hausse depuis les dernières années. L'analyse par zone montre que les coûts étaient les plus élevés dans la Zone 1B (4.44) et la Zone 4 (4.31) au premier trimestre de 2020-2021.

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
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 efficacité.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Les résultats du premier trimestre de 2020-2021 par zone et par établissement sont présentés. La Zone 5 présente le coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail le plus élevé (1.79 \$) tandis que la Zone 4 présente le coût le plus faible (1.28 \$). Le Réseau de santé Vitalité présente un coût plus élevé que le Réseau de santé Horizon pour l'année 2019-2020 (1.25 \$ vs 1.07 \$).

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.5

Intégrité – Équité – Compassion – Respect – Engagement – Imputabilité

Variance en salaires et bénéfices

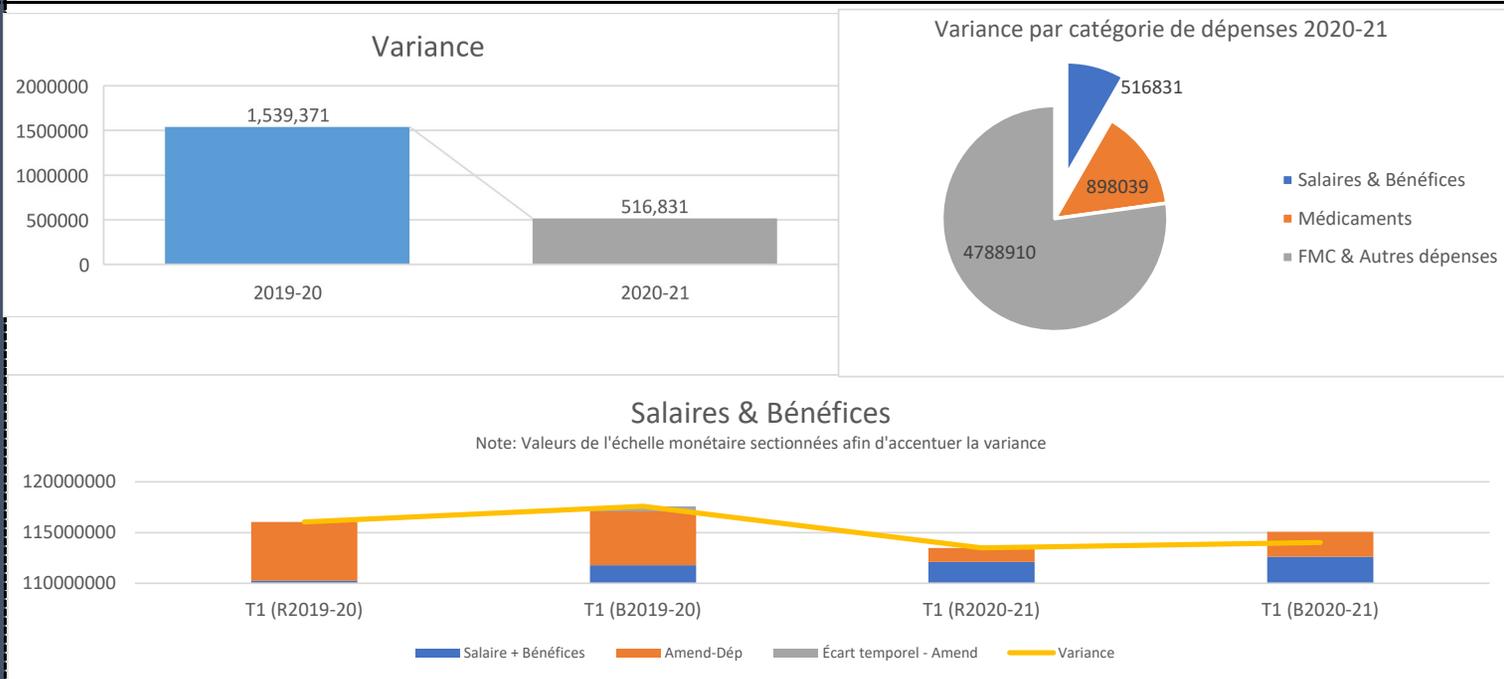
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech			

DÉFINITION

Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les salaires et les bénéfices (avantages sociaux) comparativement au budget.
 À noter: Les variances de dépenses sont ajustées par les effets des écarts des amendements budgets qui influencent aussi les variances de revenus. Au T1, les ajustements nets des dépenses de salaires ont été de 440 599\$ pour 2019-20 et de (1 052 252\$) pour 2020-21.

RÉSULTATS

CIBLE \$0.00



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Au 1er trimestre de 2020-2021, la variance favorable de 516 831\$* est principalement en relation à la réduction des dépenses liés aux accidents de travail de 400 000\$.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.6

Intégrité – Équité – Compassion – Respect – Engagement – Imputabilité

Variance en dépenses médicaments

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech			

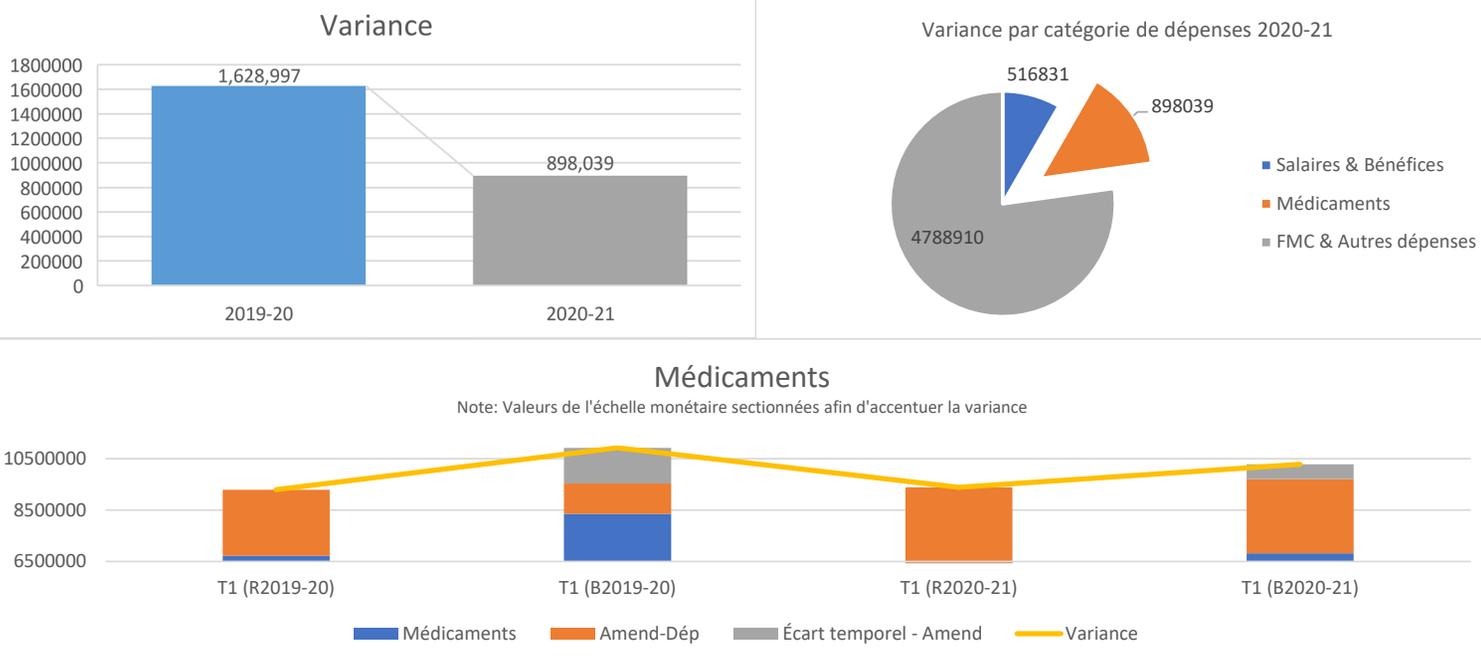
DÉFINITION

Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les médicaments comparativement au budget.

* À noter: Les variances sont ajustées par les effets des écarts des amendements budgets qui influencent aussi les écarts des revenus. Au T1, les ajustements nets des dépenses des médicaments ont été de 1 386 430\$ pour 2019-20 et de 573 264 \$ pour 2020-21.

RÉSULTATS

CIBLE \$0.00



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Les effets de la COVID-19 ont impacté financièrement l'organisation par un écart favorable au niveau des médicaments causé par la diminution importante des jours patients de 22 598 jours patient dans les soins infirmiers, soit 24.6% de moins après 3 mois d'opération en comparaison à 2019-2020.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.7

Intégrité – Équité – Compassion – Respect – Engagement – Imputabilité

Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses

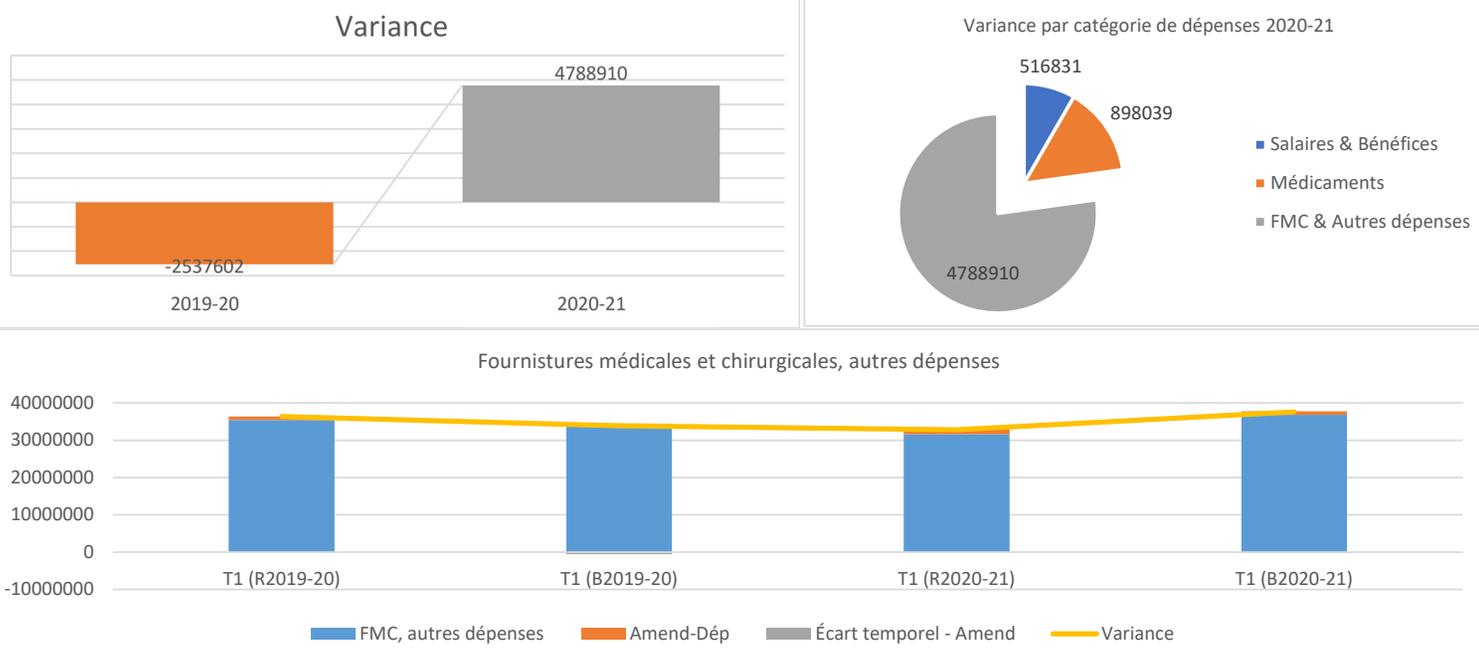
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Voir à la mise en œuvre du plan directeur du CHUDGLD	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Compléter les travaux pour le nouveau bloc opératoire et les soins intensifs au CHUDGLD et compléter les travaux pour l'agrandissement à l'hôpital régional Chaleur	✓
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech		Élaborer et mettre en application un cadre de gestion des projets de construction et de rénovation réalisés en régie interne	✓

DÉFINITION

Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les fournitures médicales et chirurgicales et autres dépenses comparativement au budget.
 * À noter: Les variances sont ajustées par les effets des écarts des amendements budgets qui influencent aussi les écarts des revenus. Au T1, les ajustements nets des dépenses des FMC et autres dépenses ont été de (583 097\$) pour 2019-20 et de (181 8457 \$) pour 2020-21.

RÉSULTATS

CIBLE \$0.00



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Le résultat du premier trimestre de l'année 2020-2021 présente une variance favorable de 4,788,910 \$ comparativement à une variance défavorable de (2,532,188) \$ en 2019-2020. Le ralentissement des activités dû à la COVID-19 a principalement affecté le nombre de chirurgies réduisant les dépenses de 6.0M\$ en fournitures médicales et chirurgicales alors que la pandémie a coûté 2.8M\$ en ÉPI et autres. La diminution des déplacements du personnel, la réduction des services achetés ou contractuels à l'extérieur de l'organisation et l'économie des dépenses d'énergie explique aussi l'écart de la variance budgétaire.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.8

Intégrité – Équité – Compassion – Respect – Engagement – Imputabilité

Coût en énergie par pied carré

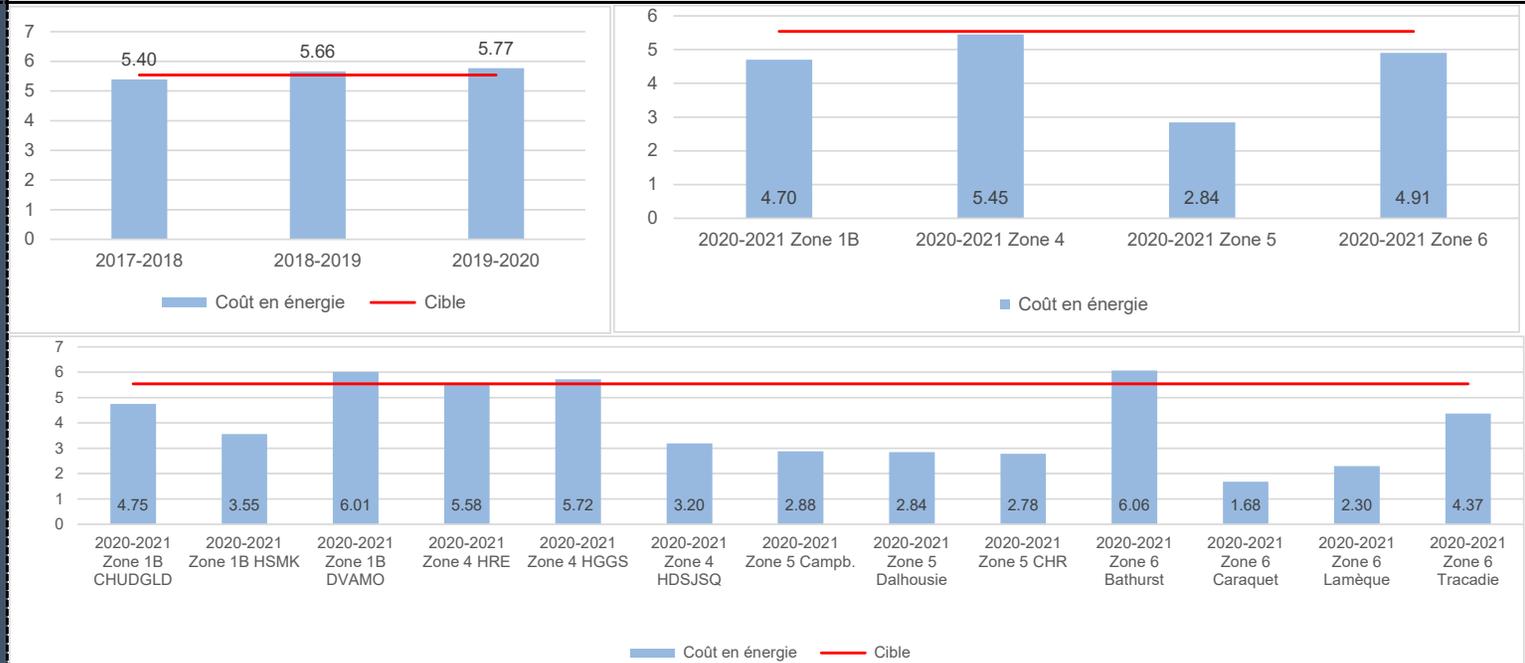
LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière.	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Diminuer la consommation d'énergie fossile	✓
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech		Produire un guide pour des choix durables	✓

DÉFINITION

Cet indicateur reflète les coûts de l'électricité, de l'huile et du gaz naturel dans les hôpitaux par pied carré.

RÉSULTATS

CIBLE \$5.54



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Le coût en énergie par pied carré est à la hausse depuis les trois dernières années, passant de 5.40 en 2017-2018 à 5.77 en 2019-2020. Au premier trimestre de 2020-2021, le coût était le plus élevé dans la Zone 4 (5.45) et le plus faible dans la Zone 5 (2.84).

FICHE EXPLICATIVE

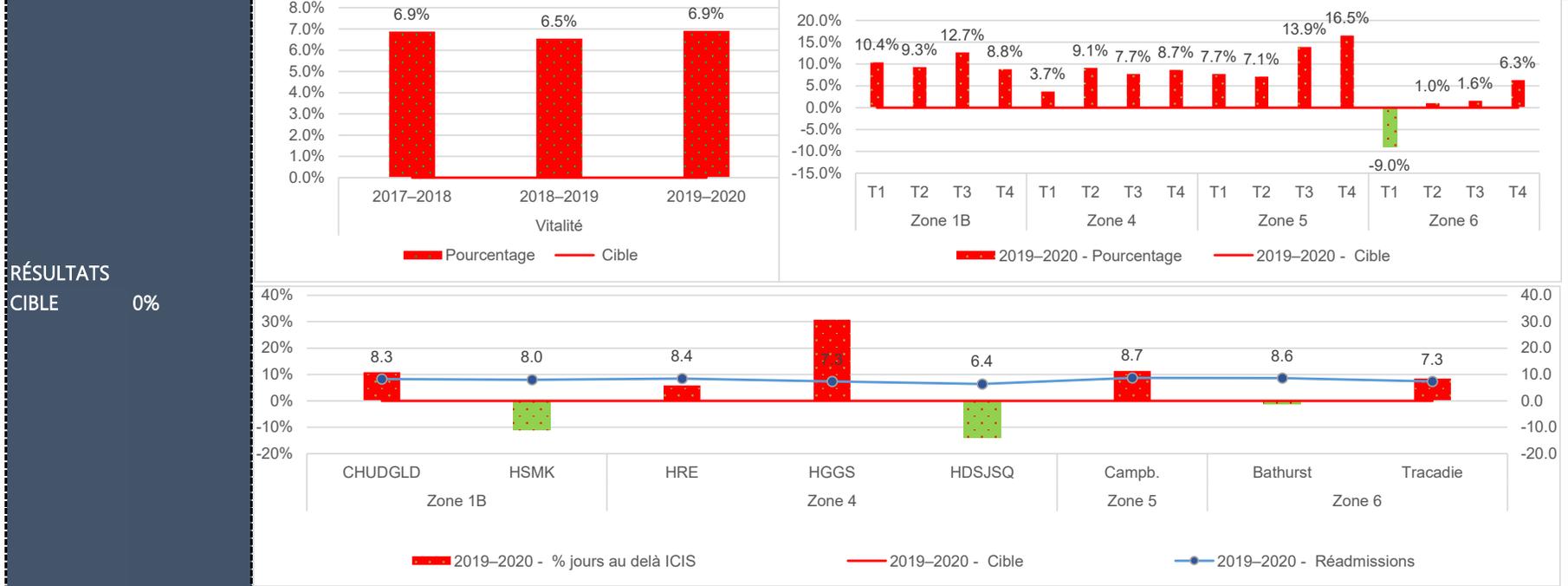
Indicateur: 3.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Dre.Desrosiers	INITIATIVES	Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique	○
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	3M		Favoriser un retour à domicile propice et rapide	✓

DÉFINITION
L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du Réseau. Il est important de monitorer les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon efficiente. Cet indicateur représente l'efficacité de la durée de séjour dans nos hôpitaux pour les cas typiques. Il représente en pourcentage la différence entre la durée de séjour en soins de courte durée pour l'ensemble des hôpitaux de Vitalité et la durée prévue de séjour de l'ICIS. Les cas typiques excluent les décès, les transferts entre établissements de soins de courte durée, les sorties contre l'avis du médecin et les séjours prolongés (au-delà du point de démarcation). Les jours NSA sont aussi exclus du calcul pour cet indicateur.



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

FICHE EXPLICATIVE

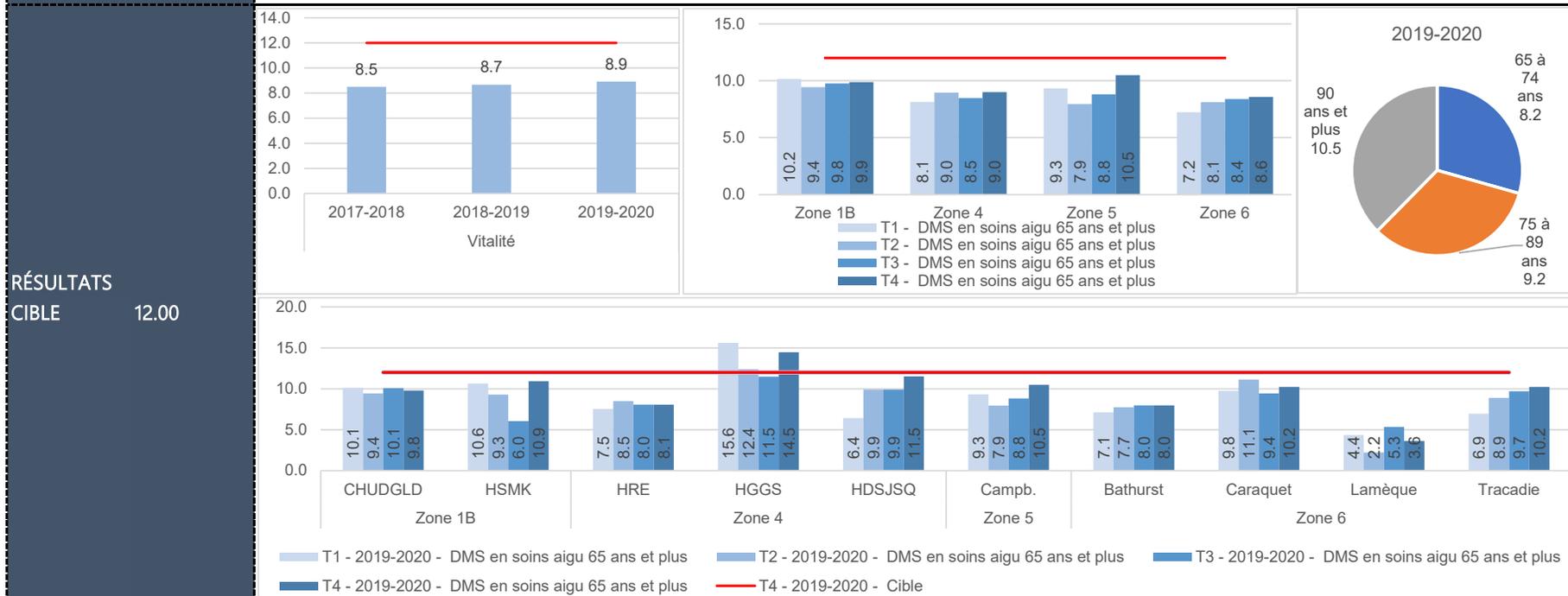
Indicateur: 3.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	○
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique	○
SOURCE DE DONNÉES	3M		Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète	✓

DÉFINITION
 La durée moyenne de séjour fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital (en soins aigus). Elle est obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une même période par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. La durée moyenne de séjour est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité. La cible s'établit à 12 pour les 65 ans et plus.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un séjour plus court est souhaitable. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. Le nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus est à la hausse depuis les trois dernières années. En 2019-2020, la moyenne était particulièrement plus élevée chez les 90 ans et plus (10.5).

FICHE EXPLICATIVE

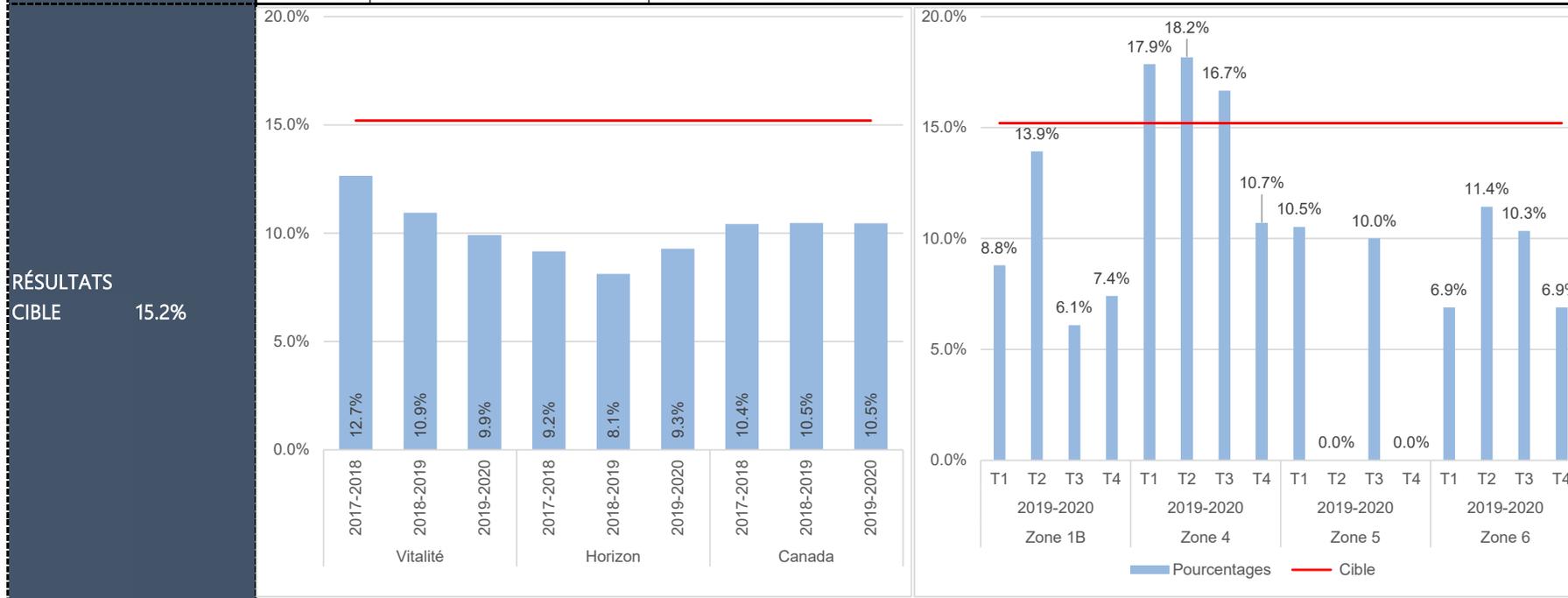
Indicateur: 3.3

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de césarienne à faibles risques

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

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



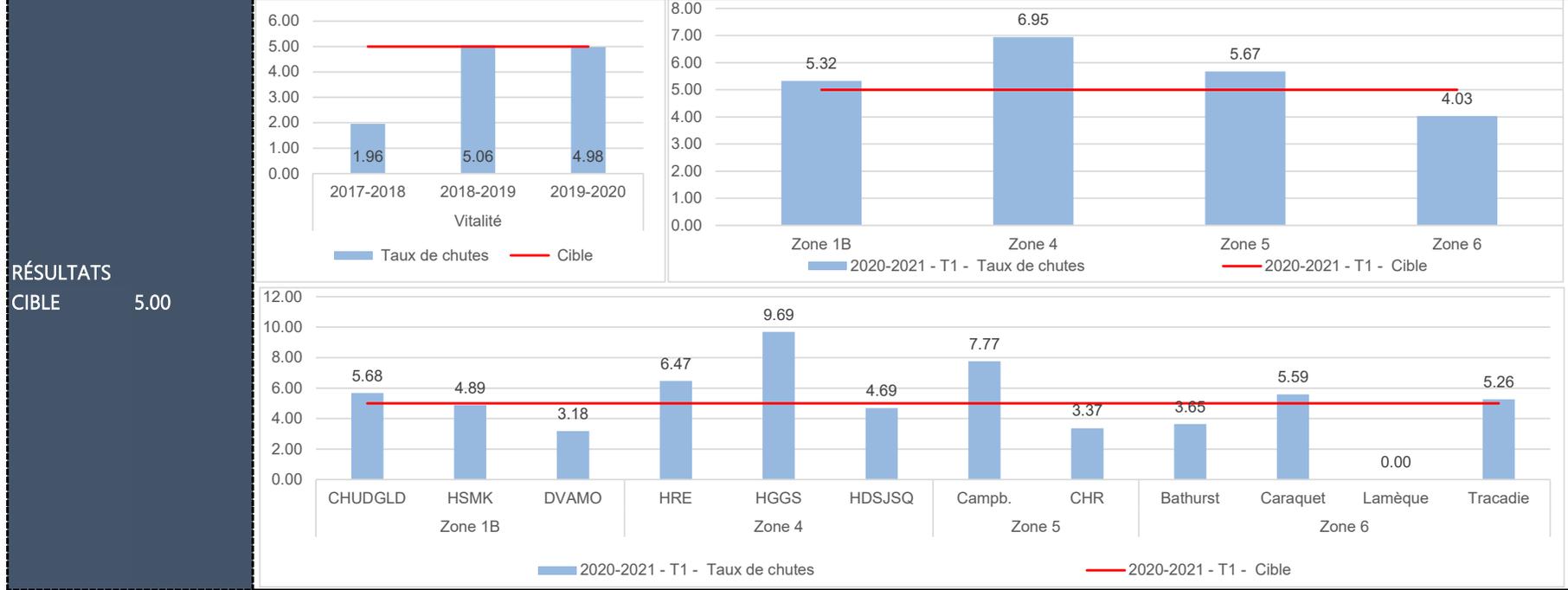
ANALYSE ET INTERPRÉTATION Un faible taux est souhaitable. Les variations des résultats de cet indicateur pourraient faire état de différences dans la pratique clinique. Cet indicateur permet de signaler les éléments à améliorer et de réduire les taux de césariennes. Bien qu'il soit limité à une population à très faible risque, les efforts de réduction des taux de césariennes dans cette population pourraient entraîner une réduction globale des taux. Il est à noter que le taux de césarienne à faibles risques est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité.

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de chutes

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

DÉFINITION
 Cet indicateur reflète le nombre de chute à l'hôpital par 1 000 jours patients. Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les chutes sont classées selon la gravité. La cible est de 5 % selon le benchmark national.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Un taux de chutes élevé présente également un potentiel de litige important pour le Réseau de santé Vitalité. Au premier trimestre de 2020-2021, le taux de chutes était le plus élevé dans la Zone 4 (6.95). Plus précisément, ce taux était plus élevé à l'Hôpital général de Grand-Sault (9.69).

FICHE EXPLICATIVE

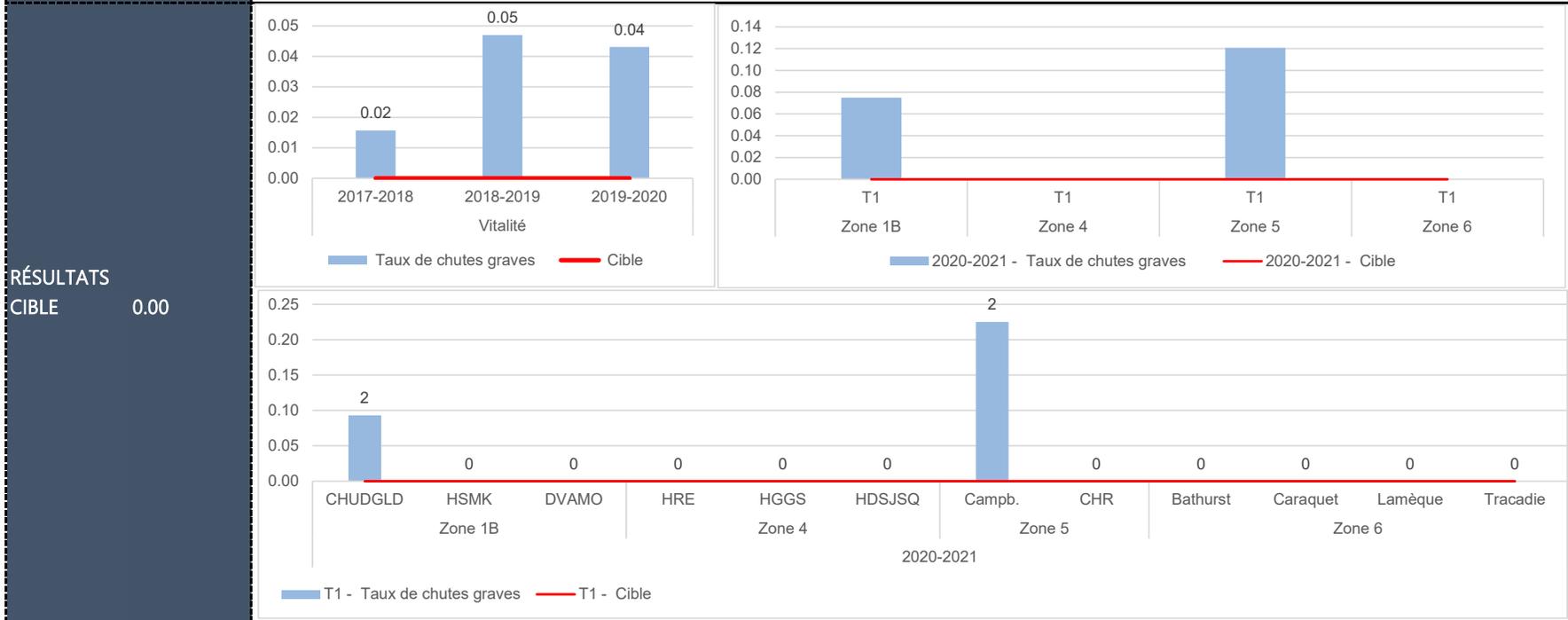
Indicateur: 3.5

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de chutes avec blessures graves

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique	○
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

DÉFINITION
 Contexte clinique: Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les chutes sont classées selon la gravité. Le Réseau de santé Vitalité a mis en place un programme de prévention des chutes dans l'ensemble de ses établissements et services. Malgré ce programme, 1955 chutes ont été rapportées en 2018-2019 ce qui représente 23.5 % de tous les incidents rapportés au sein du Réseau. Au cours de la même période, 19 de ces incidents ont été catégorisés graves ou critiques, ce qui représente 49 % de tous les incidents de ces catégories. Il est à noter que ce nombre a augmenté au cours des trois dernières années.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car chez les personnes âgées, les chutes peuvent mener à une perte d'autonomie, de mobilité et augmentent le risque de décès précoce. La réduction des chutes et des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les patients et réduire les coûts. Au premier trimestre de 2020-2021, 4 chutes avec blessures graves ont été comptabilisées au sein du Réseau (2 chutes au CHUDGLD et 2 chutes à Campbellton). Malgré que plusieurs établissements ont atteint la cible de 0, il est possible que ce résultat soit dû au ralentissement des activités liées à la pandémie de COVID-19.

FICHE EXPLICATIVE

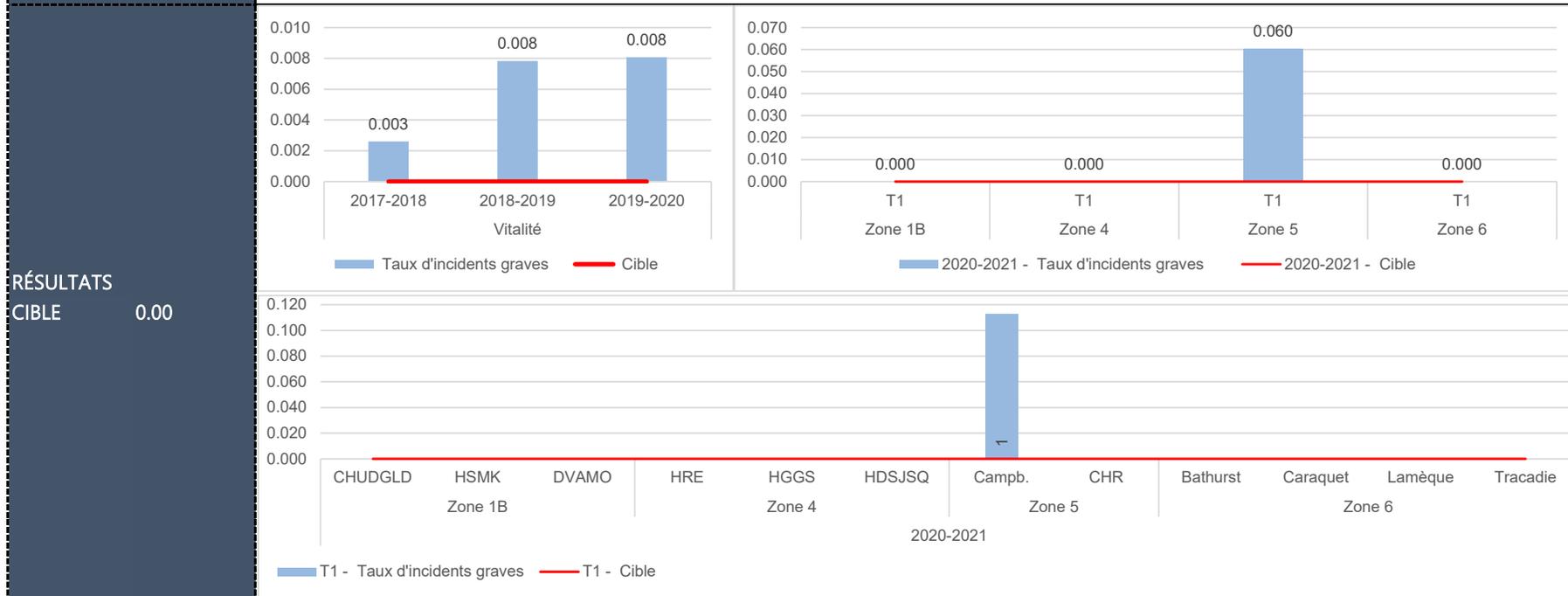
Indicateur: 3.6

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique	○
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.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat nul est souhaitable. Parmi les risques hospitaliers, les incidents graves sont les plus importants et les études démontrent qu'ils seraient évitables dans 50 % des cas. Au premier trimestre de 2020-2021, un incident avec blessures graves a été comptabilisé à Hôpital régional de Campbellton. Malgré que plusieurs établissements ont atteint la cible de 0, il est possible que ce résultat soit dû au ralentissement des activités liées à la pandémie de COVID-19.

FICHE EXPLICATIVE

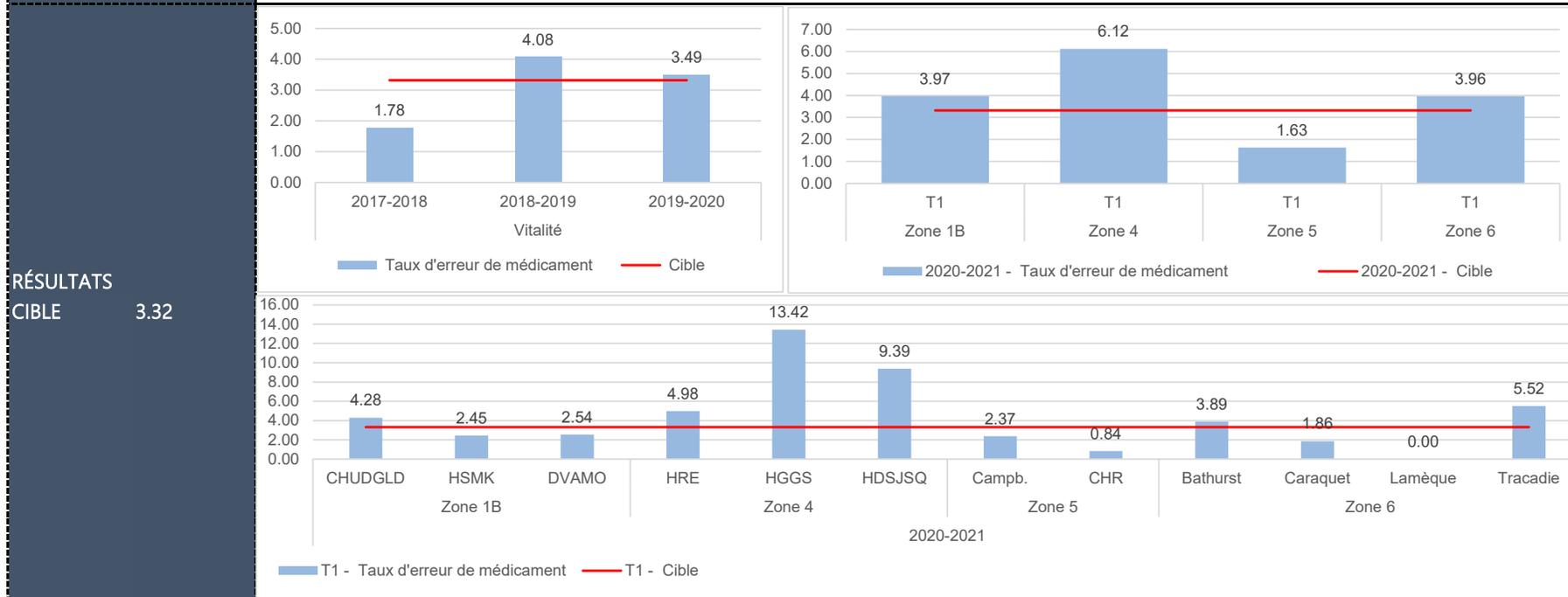
Indicateur: 3.7

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'erreurs des médicaments

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

DÉFINITION
 Les incidents reliés aux médicaments sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les incidents sont classés selon la gravité. Tous les incidents méritent une attention afin d'en analyser la(les) cause(s) et d'en chercher les solutions pour réduire la récurrence.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins des santé. En 2019-2020, le taux d'erreurs des médicaments était de 3.49 au sein du Réseau de santé Vitalité. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 4 présentait le taux le plus élevé (6.12) puisque l'Hôpital général de Grand-Sault présentait un taux de 13.42 et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin présentait un taux de 9.39.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.8

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de conformité à l'hygiène des mains

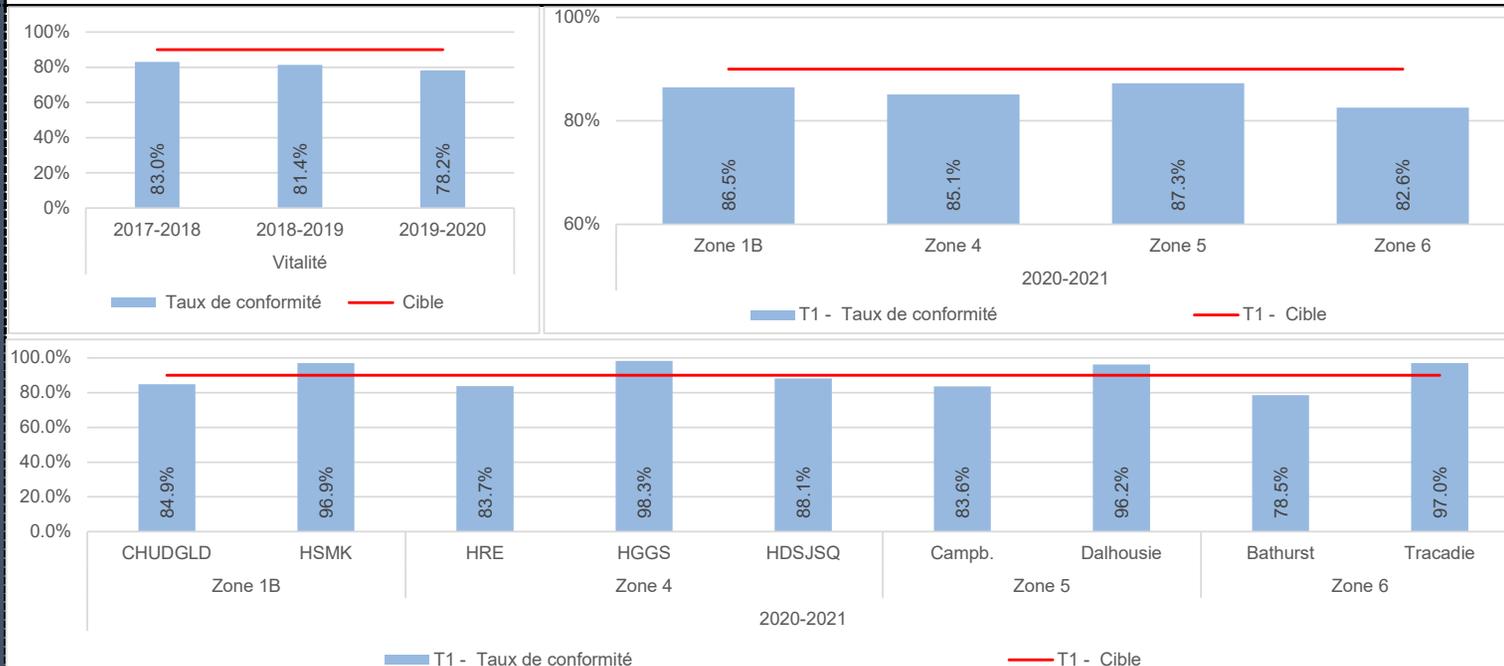
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité de soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Diminuer la propagation de la COVID-19	✓
SOURCE DE DONNÉES	Système CREDE			

DÉFINITION

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

RÉSULTATS

CIBLE 90%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux élevé est souhaitable. Le taux de conformité à l'hygiène des mains est relativement stable et denote de bonnes pratiques sanitaires au sein du Réseau de santé Vitalité. Le taux de conformité à l'hygiène des mains a diminué au sein du Réseau depuis les trois dernières années. Toutefois, les données du premier trimestre de 2020-2021 montraient une belle amélioration dans l'ensemble des zones.

FICHE EXPLICATIVE

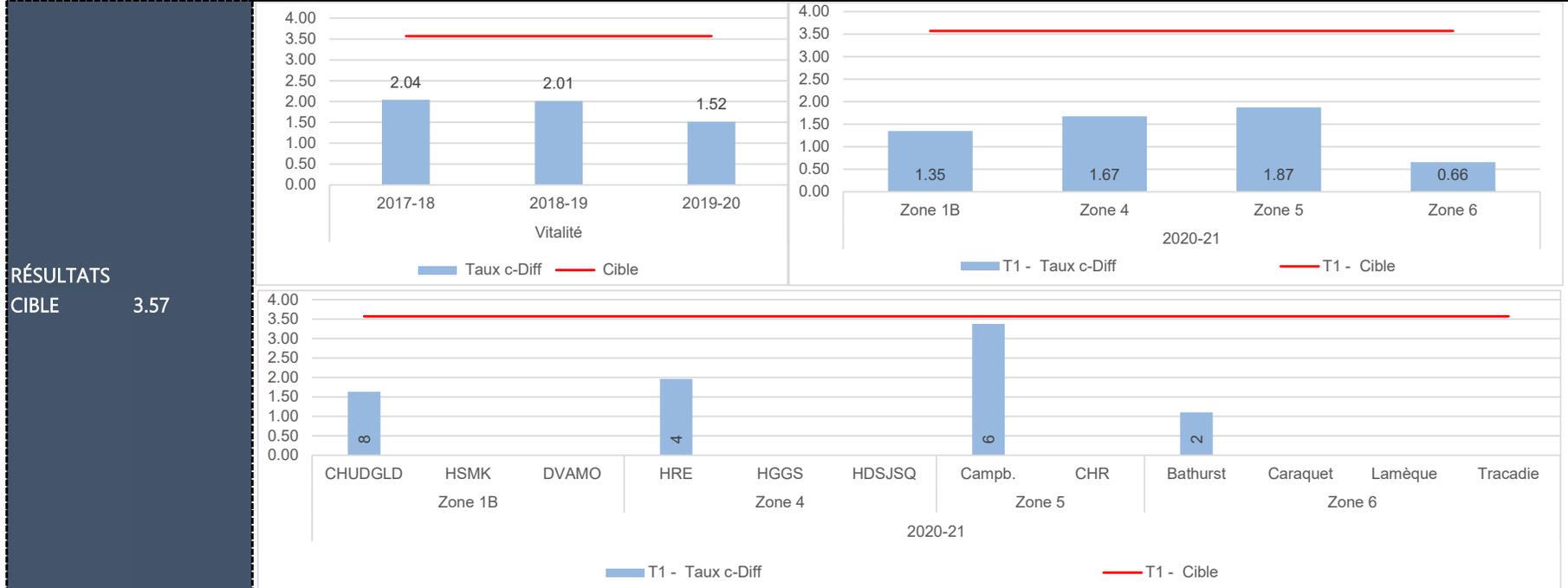
Indicateur: 3.9

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'infection Clostridium difficile

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

DÉFINITION
Le Clostridium difficile, également appelé C. difficile, est une bactérie connue depuis longtemps. Un faible pourcentage de la population (environ 5 %) peut être porteur de cette bactérie dans l'intestin sans avoir de problème de santé. La prise d'antibiotiques est, dans la majorité des cas, le facteur précipitant.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un résultat faible est préférable. Afin de procurer un environnement sécuritaire, notamment pour les personnes âgées ou immunosupprimées hospitalisées ayant des problèmes de santé et qui sont plus à risque d'être infectées, on doit monitorer le taux de cette infection et agir pour en prévenir la transmission dans le Réseau. Le taux d'infection Clostridium difficile a diminué depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité. Malgré que tous les établissements ont présenté des résultats inférieurs à la cible au premier trimestre de 2020-2021, il est possible que ce soit dû au ralentissement des activités liées à la pandémie de COVID-19.

FICHE EXPLICATIVE

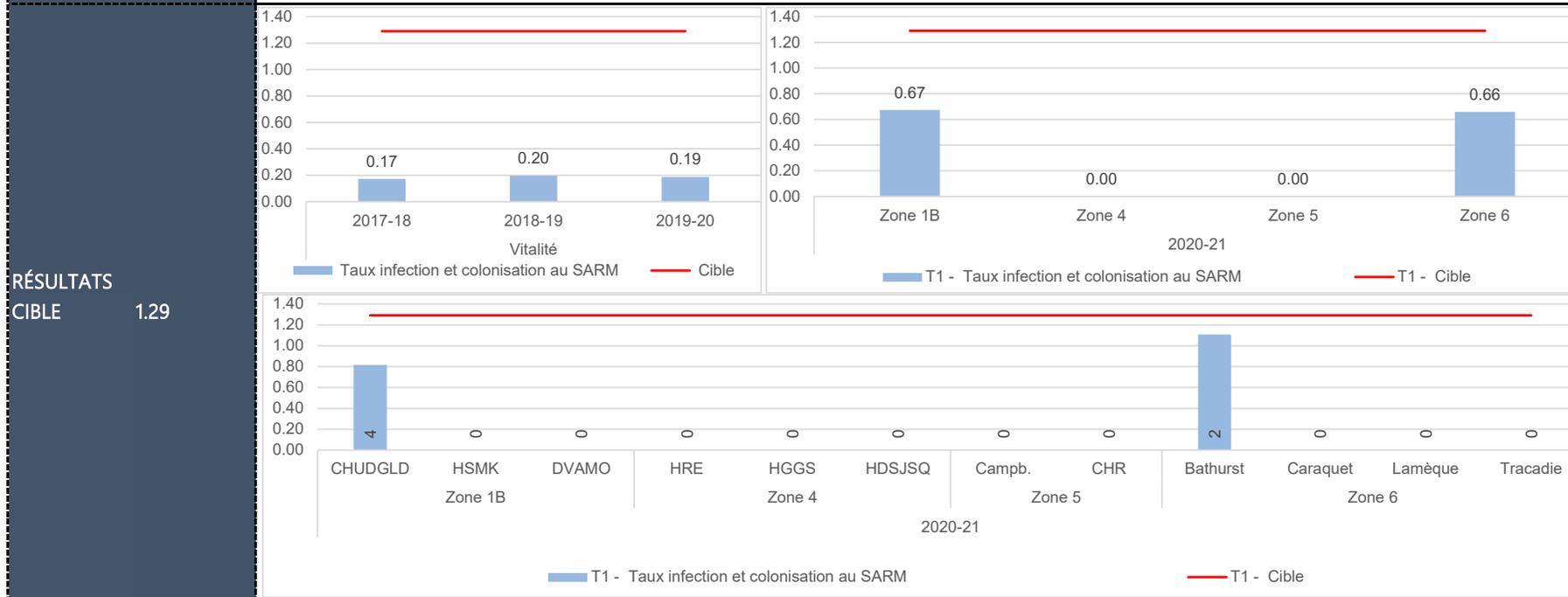
Indicateur: 3.10

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'infection et de colonisation au SARM

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

DÉFINITION
Le SARM est un staphylocoque qui a développé une résistance à plusieurs antibiotiques. Le SARM ne cause pas plus d'infections que les autres staphylocoques, mais il limite le choix d'antibiothérapie. En général, les staphylocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections de la peau ou des infections de plaies et, plus rarement, des pneumonies ou des infections du sang. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un résultat faible est favorable. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission. Malgré que tous les établissements ont présenté des résultats inférieurs à la cible au premier trimestre de 2020-2021, il est possible que ce soit dû au ralentissement des activités liées à la pandémie de COVID-19.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.11

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'infection et de colonisation ERV

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			
DÉFINITION	<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 CIBLE 0.05	<p>The figure consists of three charts. The first chart, titled 'Vitalité', is a bar chart showing the rate of ERV infection and colonization for three periods: 2017-18 (0.00), 2018-19 (0.10), and 2019-20 (0.06). A red horizontal line indicates a target rate of 0.05. The second chart, titled '2020-21', is a bar chart showing the T1 rate for four zones: Zone 1B, Zone 4, Zone 5, and Zone 6. All zones have a rate of 0.00. A red horizontal line indicates a target rate of 0.05. The third chart, also titled '2020-21', is a bar chart showing the T1 rate for various units: CHUDGLD, HSMK, DVAMO, HRE, HGGS, HDSJSQ, Campb., CHR, Bathurst, Caraquet, Lamèque, and Tracadie. All units have a rate of 0.00. A red horizontal line indicates a target rate of 0.05.</p>			
ANALYSE ET INTERPRÉTATION	<p>Un résultat faible est favorable. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission. Malgré qu'aucun établissement a présenté un cas d'infection et de colonisation ERV au premier trimestre de 2020-2021, il est possible que ce soit dû au ralentissement des activités liées à la pandémie de COVID-19.</p>			

FICHE EXPLICATIVE

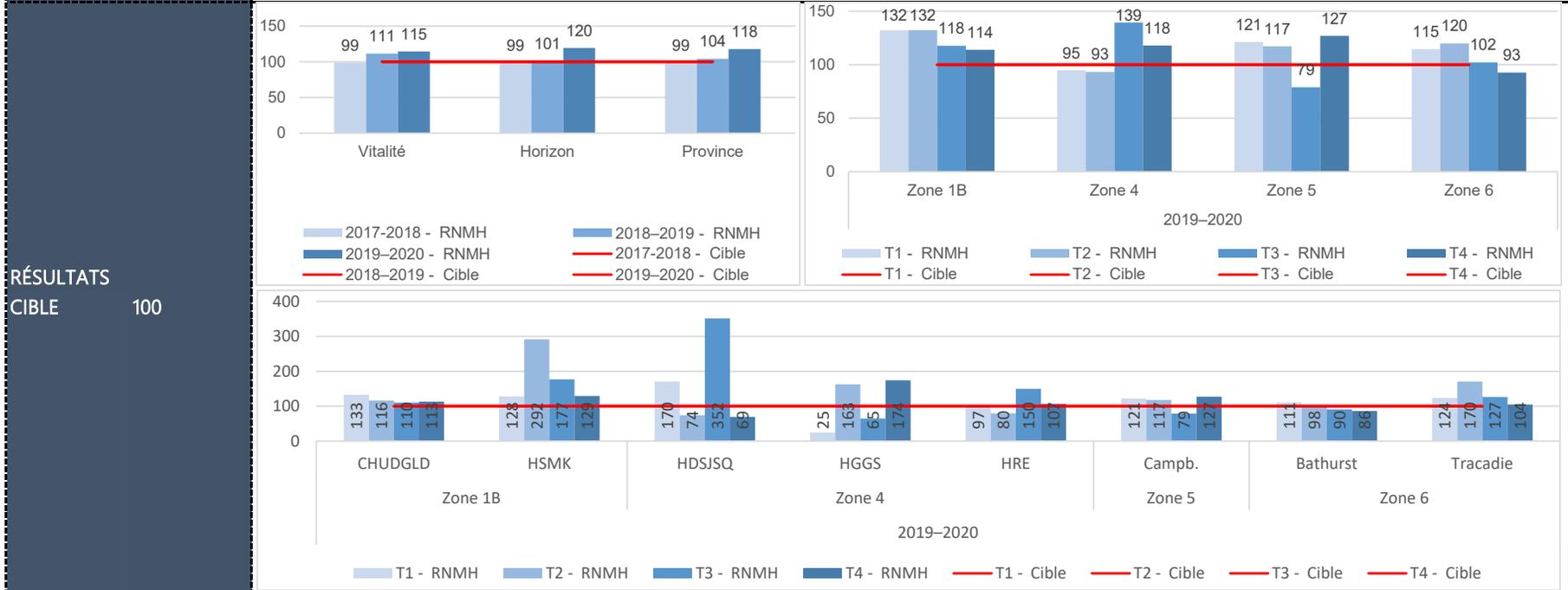
Indicateur: 3.12

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Ratio normalisé de mortalité hospitalière

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

DÉFINITION
 Il s'agit du ratio entre le nombre réel de décès en soins de courte durée et le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections responsables de 80 % de la mortalité hospitalière. Un ratio de 100 signifie qu'il n'y a pas de différence entre le taux de mortalité de l'établissement et le taux de mortalité moyen. La cible est de 89.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est favorable. Cette mesure est ajustée en fonction de certaines différences observées quant au type de patients traités dans un hôpital. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est surtout utile pour suivre la performance d'un même hôpital au fil du temps. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité et de la province.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.13

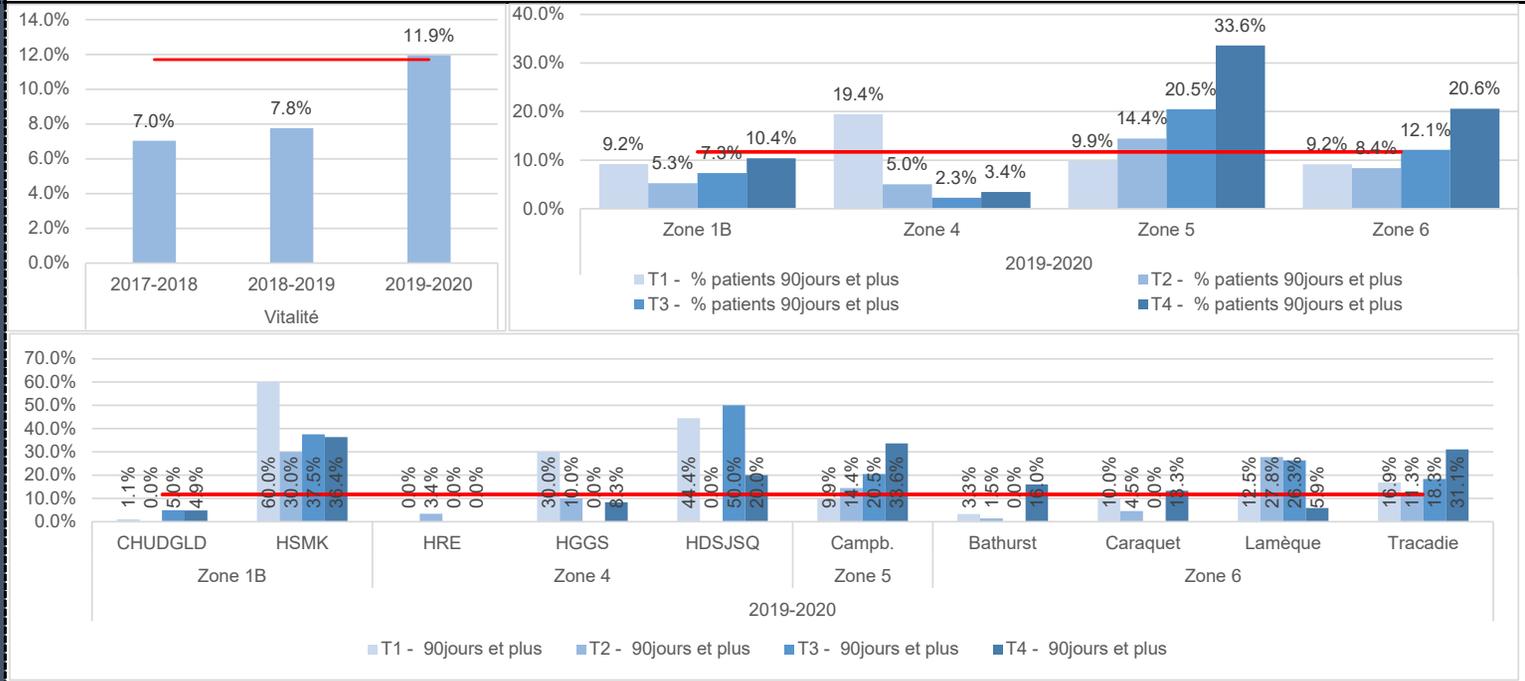
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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

RÉSULTATS CIBLE 11.7%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un résultat faible est favorable. Le pourcentage de patients en niveaux de soins alternatifs avec plus de 90 jours dans des lits de soins aigus est à la hausse depuis les trois dernières années, passant de 7.0 % en 2017-2018 à 11.9 % en 2019-2020.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.14

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Développer les soins virtuels	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Télésanté			

DÉFINITION
La télésanté clinique est la prestation de soins de santé à distance par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle permet notamment des consultations, la surveillance et le suivi clinique à distance. Elle est bien plus qu'un ensemble de technologies : elle soutient la mise sur pied de réseaux intégrés de services, en facilitant la communication entre les multiples intervenants. Cet indicateur reflète le nombre de consultations effectuées pour un patient par vidéoconférence. La cible est établie à 1164 pour le premier trimestre.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un nombre élevé de consultations effectuées en télésanté est souhaitable. Le fonctionnement du Réseau, appuyé par la télésanté, 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. Le premier trimestre de 2020-2021 présente des résultats plus faibles que normalement. Ceci s'explique en autres puisque la plateforme Zoom est utilisée au sein du Réseau depuis la fin avril 2020 et ces statistiques ne sont pas incluses dans cet indicateur.

FICHE EXPLICATIVE

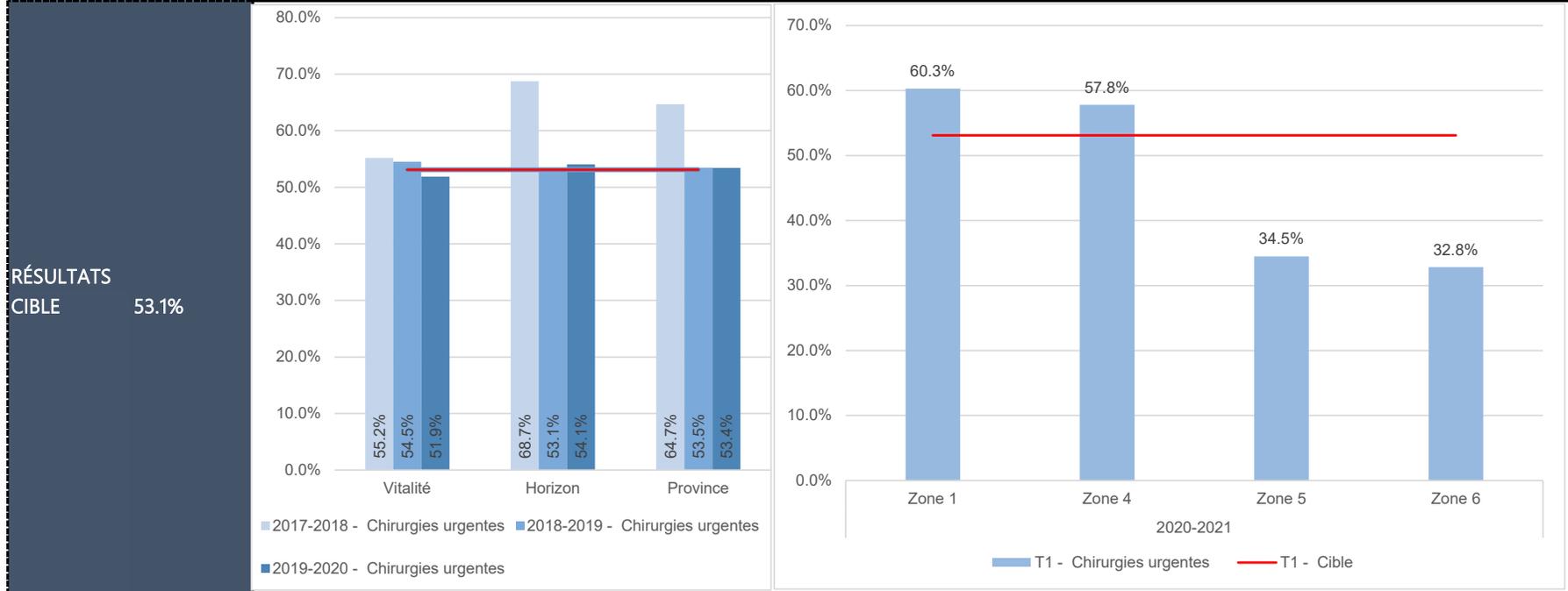
Indicateur: 3.15

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% chirurgies urgentes effectuées dans les délais

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un pourcentage élevé de chirurgies urgentes effectuées dans les délais est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais (catégories 1 et 2) est à la baisse depuis les 3 dernières années, passant de 55.2 % en 2017-2018 à 51.9 % en 2019-2020.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.16

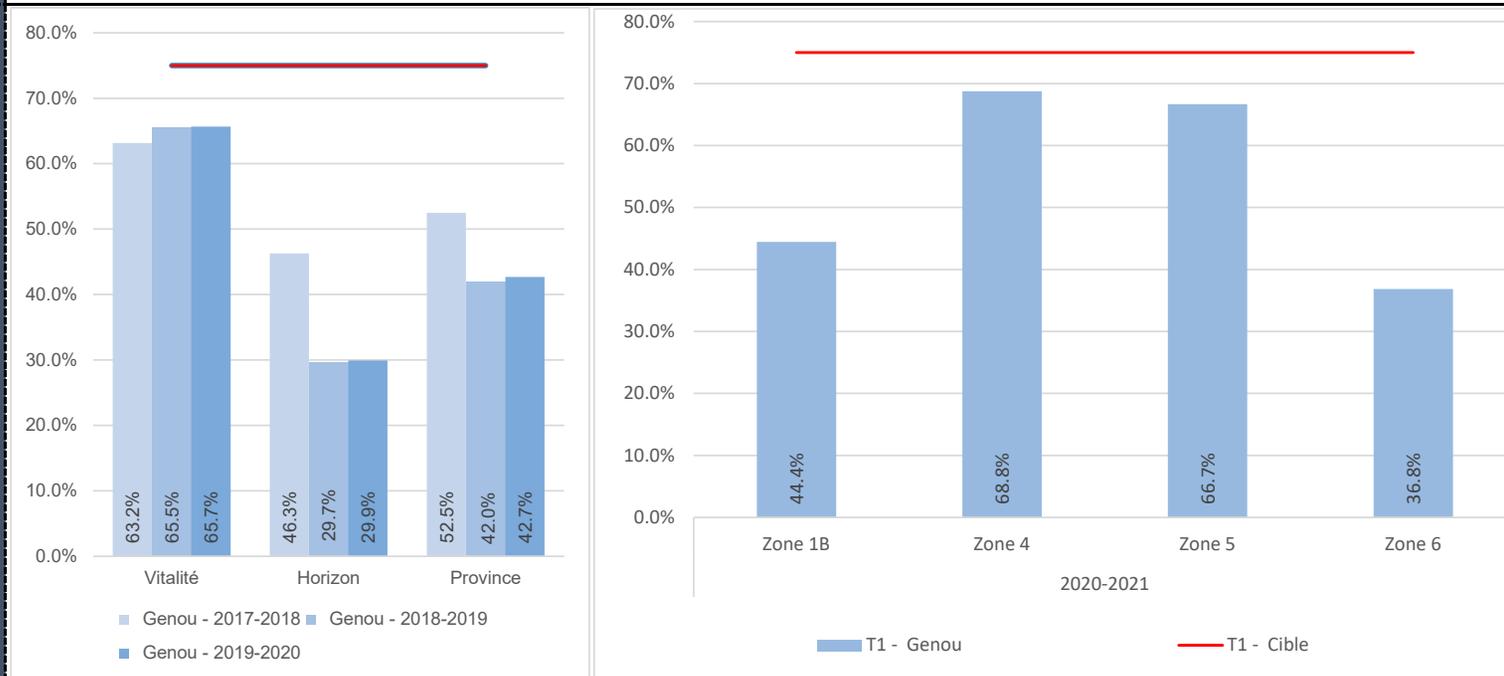
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

DÉFINITION Cet indicateur reflète le pourcentage des patients qui ont subi une arthroplastie du genou planifiée dans les 26 semaines (182 jours) suivant la date à laquelle ils étaient prêts à être traités.

RÉSULTATS CIBLE 75%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage élevé de chirurgie d'arthroplastie du genou effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgie arthroplastie du genou effectuées dans les délais est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité, passant de 63.2 % à 65.7 %.

FICHE EXPLICATIVE

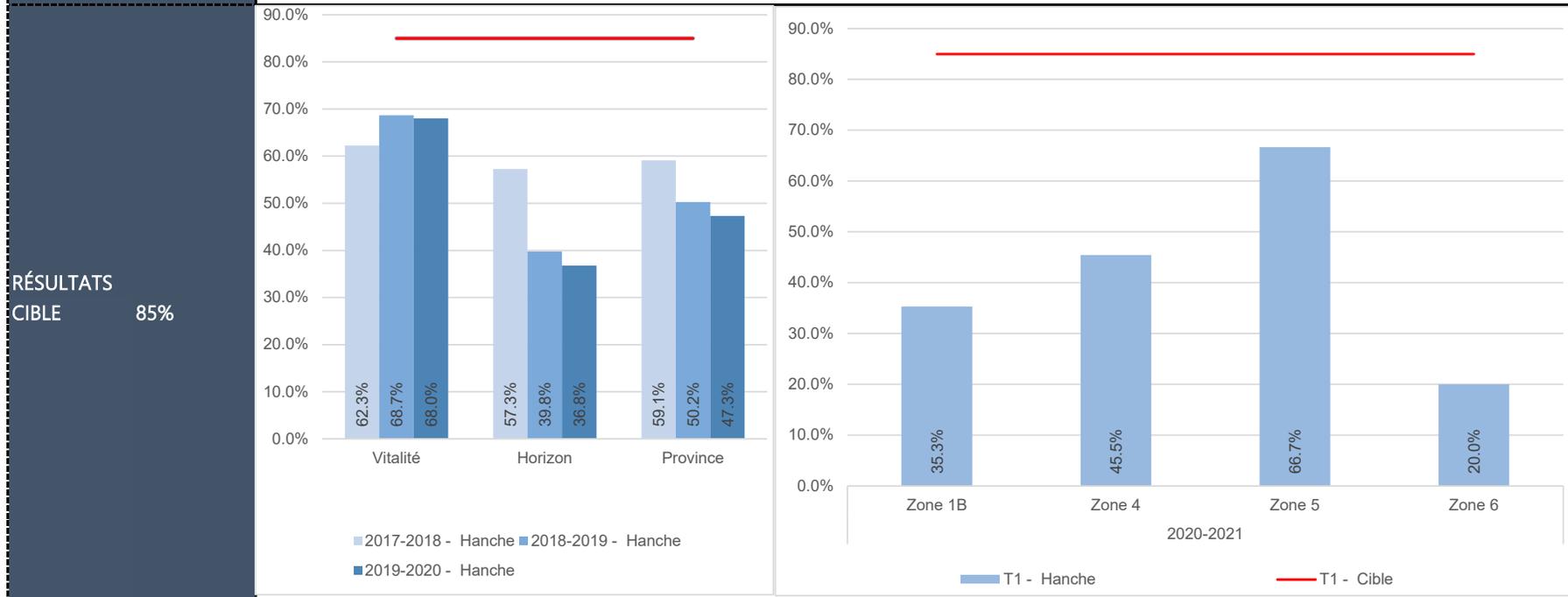
Indicateur: 3.17

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

DÉFINITION
Cet indicateur reflète le pourcentage des patients qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche planifiée dans les 26 semaines (182 jours) suivant la date à laquelle ils étaient prêts à être traités.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un pourcentage élevé de chirurgies arthroplastie de la hanche effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 62.3 % en 2017-2018 à 68.0 % en 2019-2020.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux global aux modules e-apprentissage

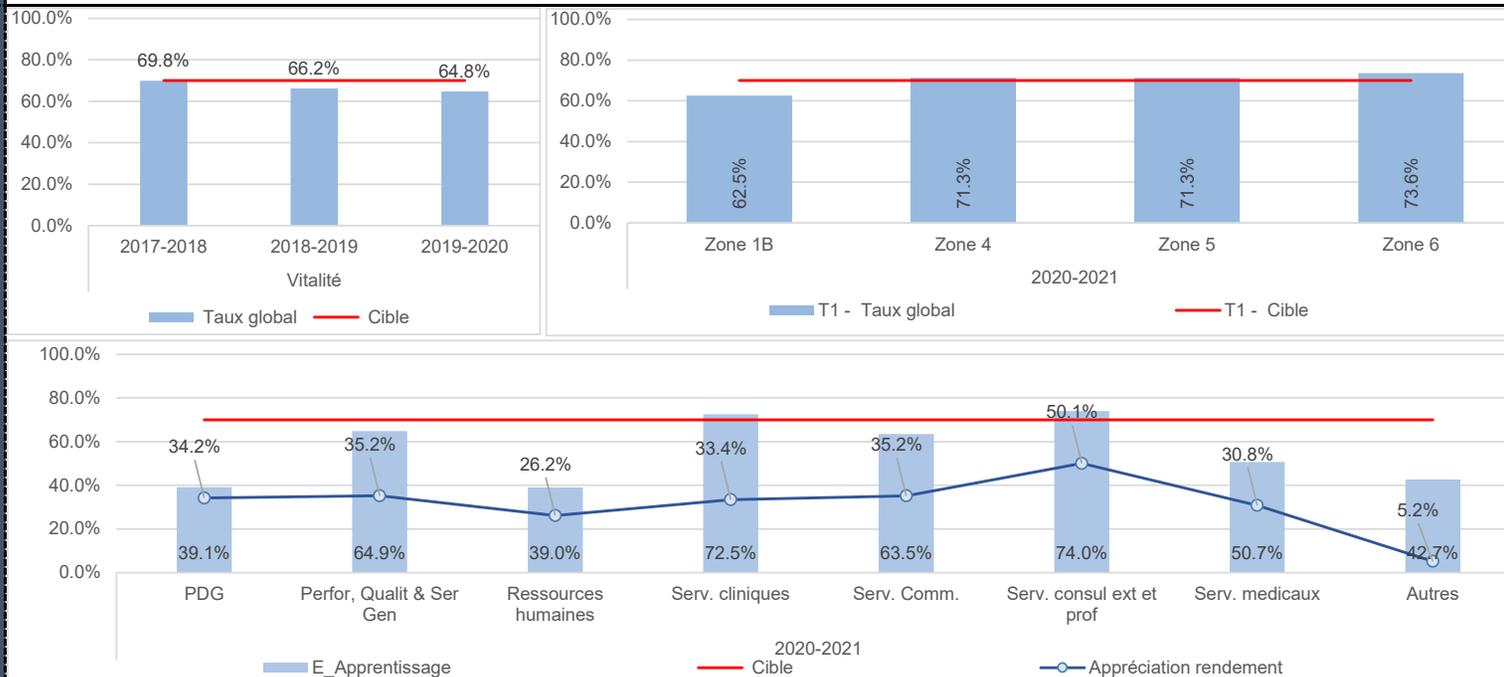
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Favoriser la culture d'entreprise axées sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et la santé et la sécurité psychologique au travail	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Itacit			

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.

RÉSULTATS

CIBLE 70%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux global aux modules e-apprentissage élevé est souhaitable puisqu'il favorise une culture d'entreprise axées sur l'apprentissage des employés. Le taux est à la baisse depuis les trois dernières années, passant de 69.8 % en 2017-2018 à 64.8 % en 2019-2020.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.2

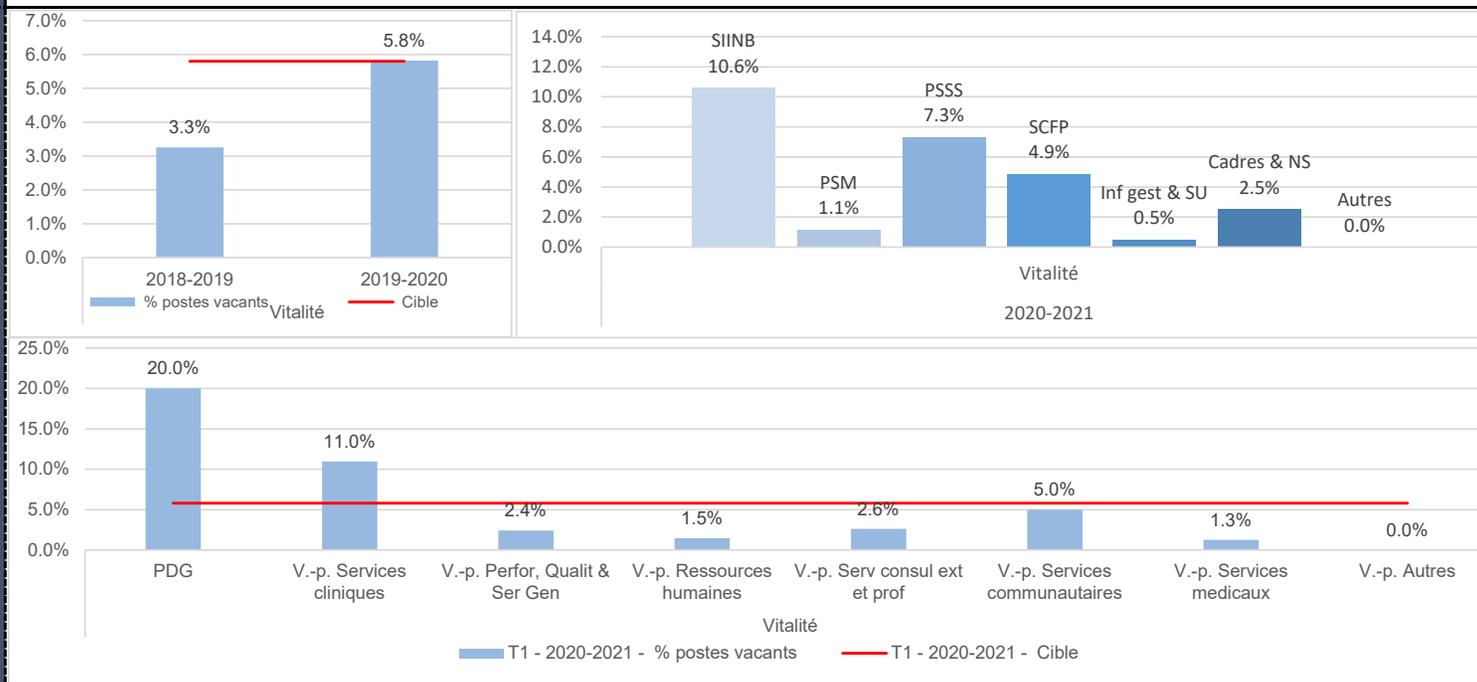
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% de postes permanents vacants

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer un processus de continuité pour améliorer l'expérience du candidat lors de toutes les étapes (rencontre, stage, emploi d'été, offre d'emploi, premier jour de travail)	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de santé sur le plan de la santé mentale	✓
SOURCE DE DONNÉES	Ressources humaines - Meditech		Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé	✓

DÉFINITION Cet indicateur reflète le pourcentage de postes permanents vacants.

RÉSULTATS
CIBLE 5.82%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage de poste permanents vacants peu élevé est souhaitable. Un taux élevé reflète une gestion des ressources humaines problématiques et/ou des conditions de travail déficientes. Depuis 2018-2019, le pourcentage de postes permanents vacants est à la hausse. En 2019-2020, près de 6 % des postes permanents étaient vacants.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.3

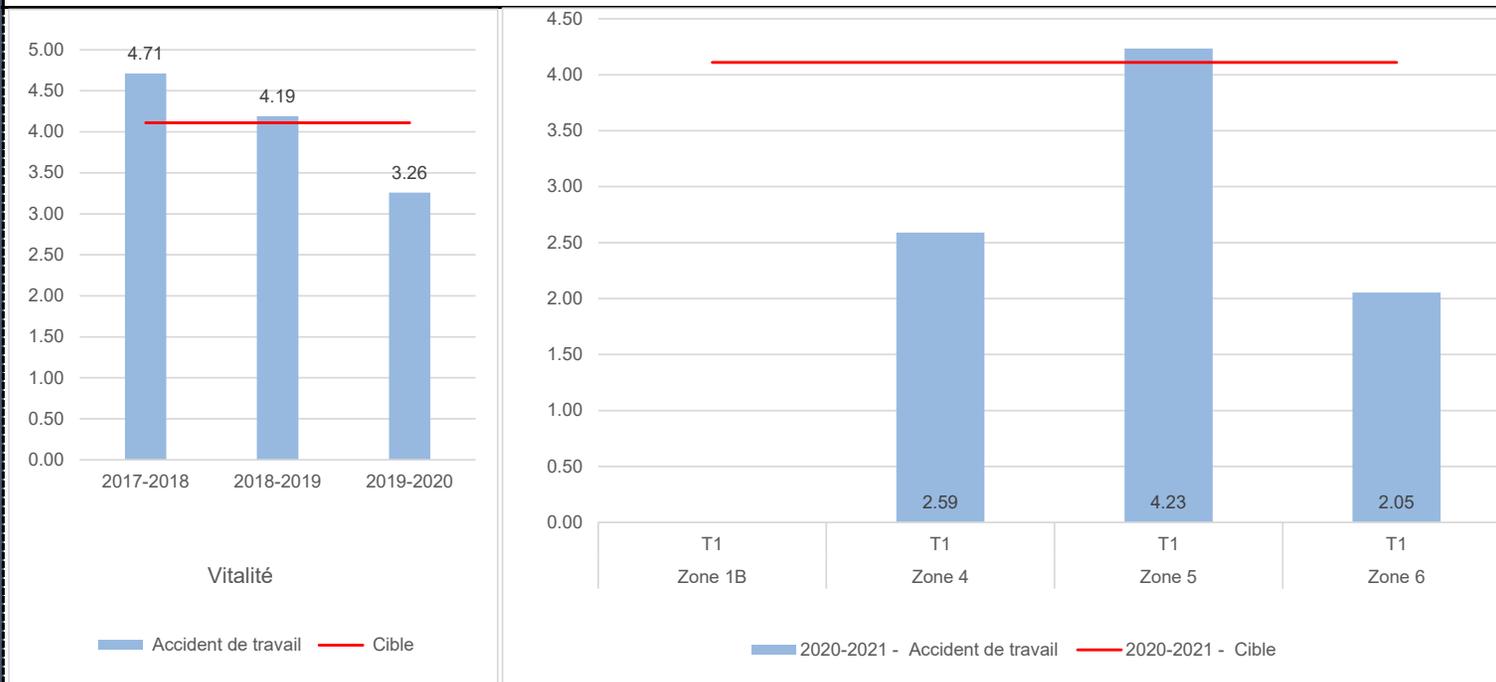
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'accidents du travail

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Favoriser la culture d'entreprise axées sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et la santé et la sécurité psychologique au travail	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	MIS et cueillette de données ressources humaines			

DÉFINITION Cet indicateur reflète la fréquence d'accidents avec perte de temps. Cet indicateur comprend tout accident à la suite duquel un employé s'absente lors du quart de travail suivant son accident.

RÉSULTATS



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux d'accidents du travail peu élevé est souhaitable. Un taux élevé peut dénoter des lacunes au niveau des meilleures pratiques hospitalières affectant la productivité du personnel au travail à long terme. Depuis les trois dernières années, le Réseau enregistre une baisse du taux d'accidents du travail, passant de 4.71 en 2017-2018 à 3.26 en 2019-2020. Au premier trimestre de 2020-2021, seule la Zone 5 ne respectait pas la cible de 4.11.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.4

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

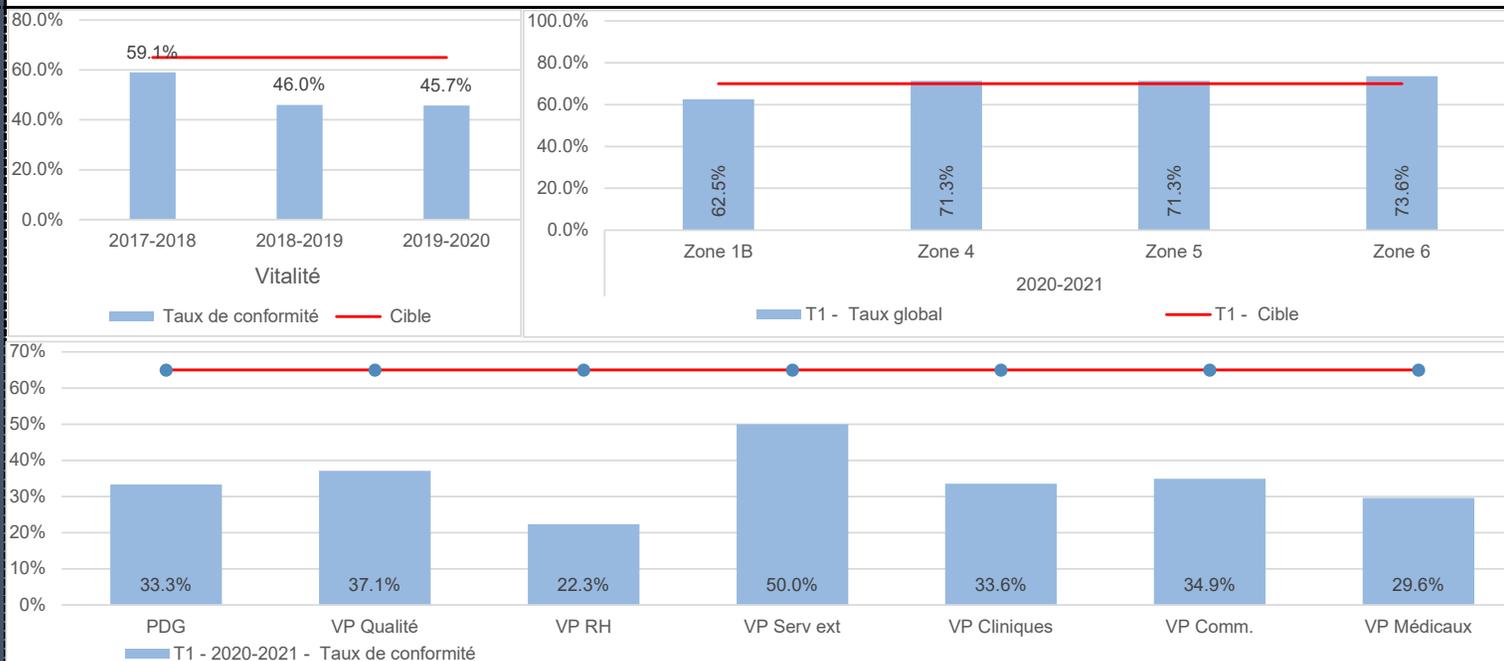
Taux de conformité dans les appréciations de rendement

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Réviser le programme de reconnaissance et développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Former les gestionnaires pour comprendre et détecter les signes d'un trouble mentale chez leurs employés et pour avoir des conversations soutien appropriées avec ces derniers au sujet des ressources offertes et disponibles	✓
SOURCE DE DONNÉES	Itacit			

DÉFINITION

Cet indicateur reflète le pourcentage d'employé ayant reçu une appréciation du rendement.

RÉSULTATS



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux élevé est souhaitable. Un bas taux de conformité dans les appréciations de rendement peut refléter un manque d'engagement envers les employés de la part de la gestion du Réseau, ce qui peut affecter le rendement et la productivité. Le taux de conformité dans les appréciations de rendement est à la baisse depuis les trois dernières années.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.5

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de nouveaux griefs

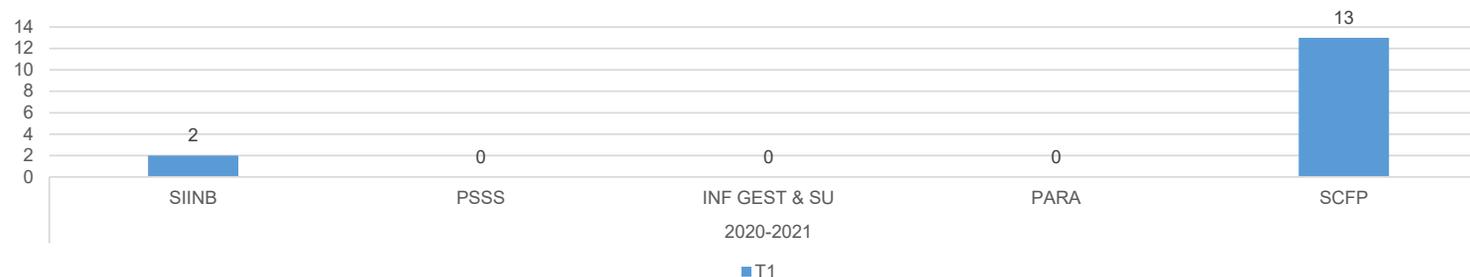
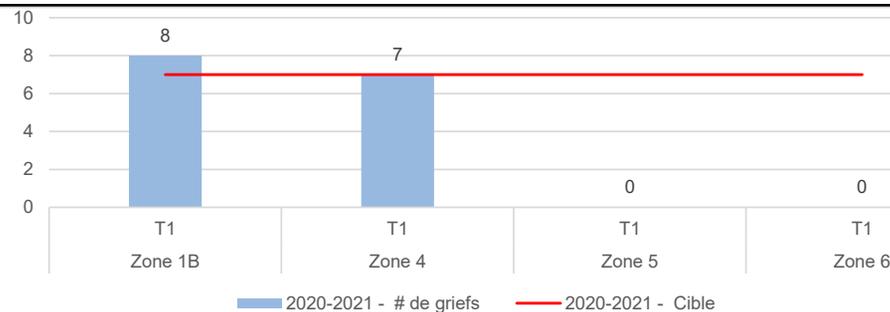
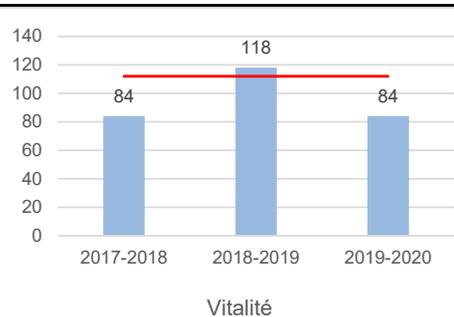
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Cueillette de données ressources humaines			

DÉFINITION

Cette mesure indique le nombre de nouveaux griefs reçus au cours de la période.

RÉSULTATS

CIBLE 80



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un faible nombre est souhaitable. Un nombre élevé de griefs peut refléter un manque de clarté au niveau des procédures, objectifs et attentes envers les employés du Réseau.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.6

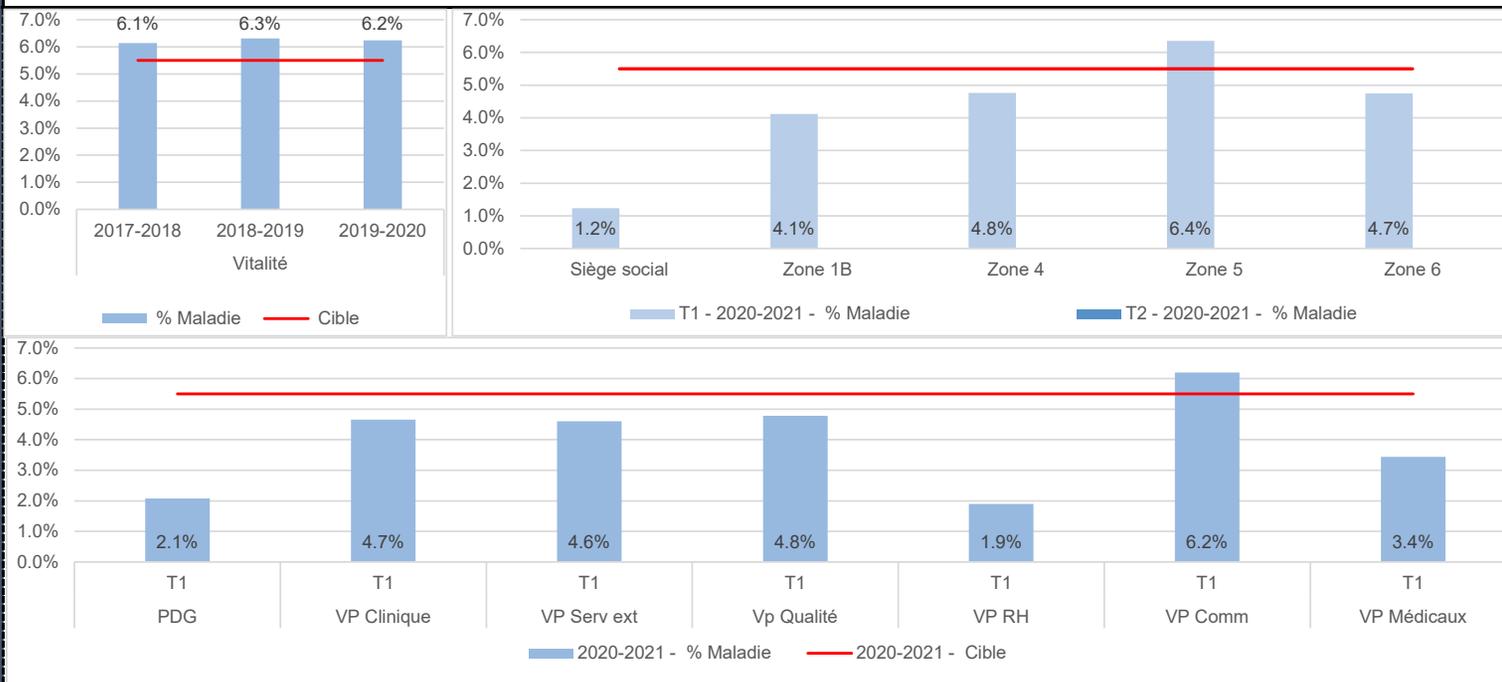
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% d'heures de maladie

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)		Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓

DÉFINITION Cet indicateur reflète les heures de maladies payées qui sont déduites directement de la banque de maladies de l'employé.

RÉSULTATS CIBLE 5.5%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est souhaitable. Un pourcentage élevé peut denoter des conditions de travail difficiles et/ou un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 5 affichait le pourcentage d'heures de maladies le plus élevé (6.4 %).

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.7

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% d'heures de surtemps

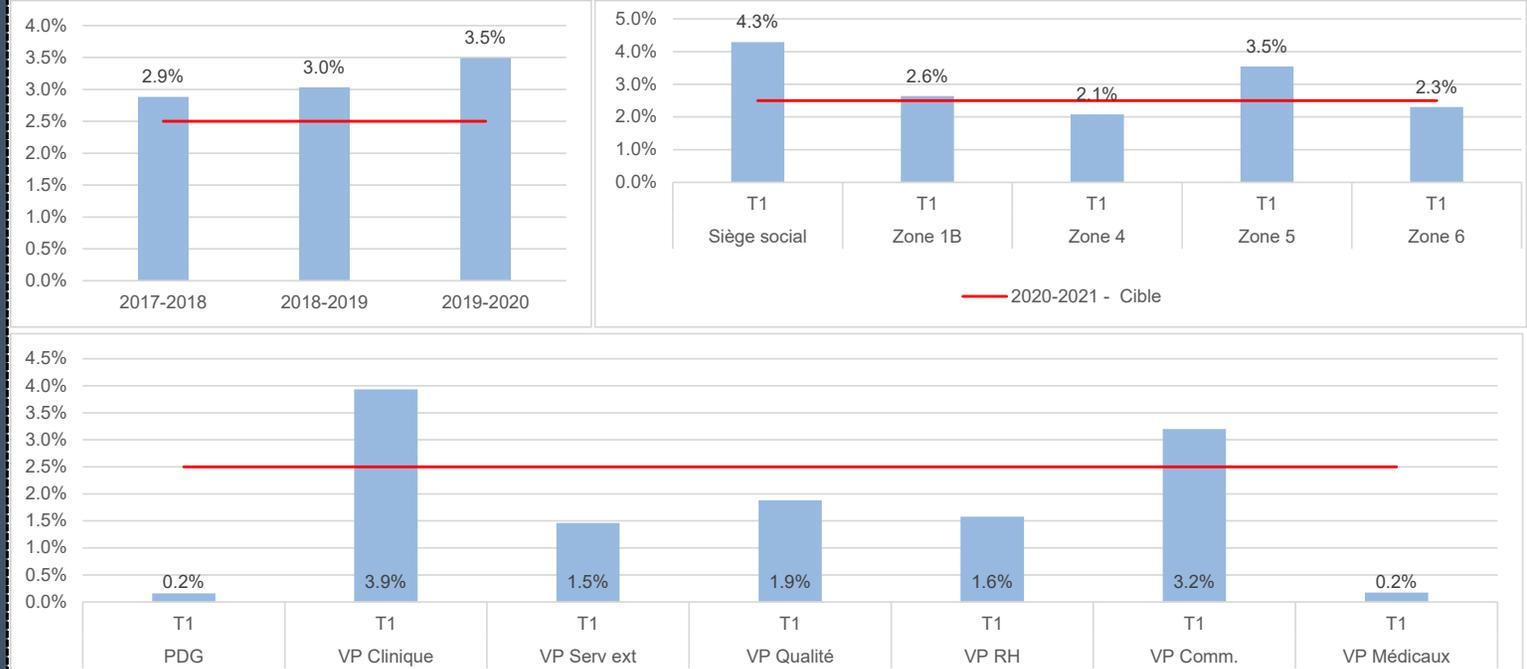
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)		Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓

DÉFINITION

Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'heures de surtemps par le nombre d'heures travaillées.

RÉSULTATS

CIBLE 2.5%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage d'heures de surtemps faible est souhaitable. Un taux élevé peut denoter un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale du Réseau. Depuis les trois dernières années, le pourcentage d'heures de surtemps est à la hausse au sein du Réseau, passant de 2.9 % en 2017-2018 à 3.5 % en 2019-2020.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.8

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Heures travaillées PPU/jours-patients

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de santé sur le plan de la santé mentale	✓
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)		Former les gestionnaires pour comprendre et détecter les signes d'un trouble mentale chez leurs employés et pour avoir des conversations soutien appropriées avec ces derniers au sujet des ressources offertes et disponibles.	✓

DÉFINITION Cet indicateur inclut les heures travaillées par le personnel dont le rôle principal est d'exécuter les activités qui contribuent directement à la réalisation du mandat du service.

RÉSULTATS CIBLE 6.09



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un nombre faible d'heures travaillées PPU/jours-patients est souhaitable. Un nombre élevé peut denoter dans certain cas un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail menant a des problemes d'absentéisme et de santé du personnel.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.9

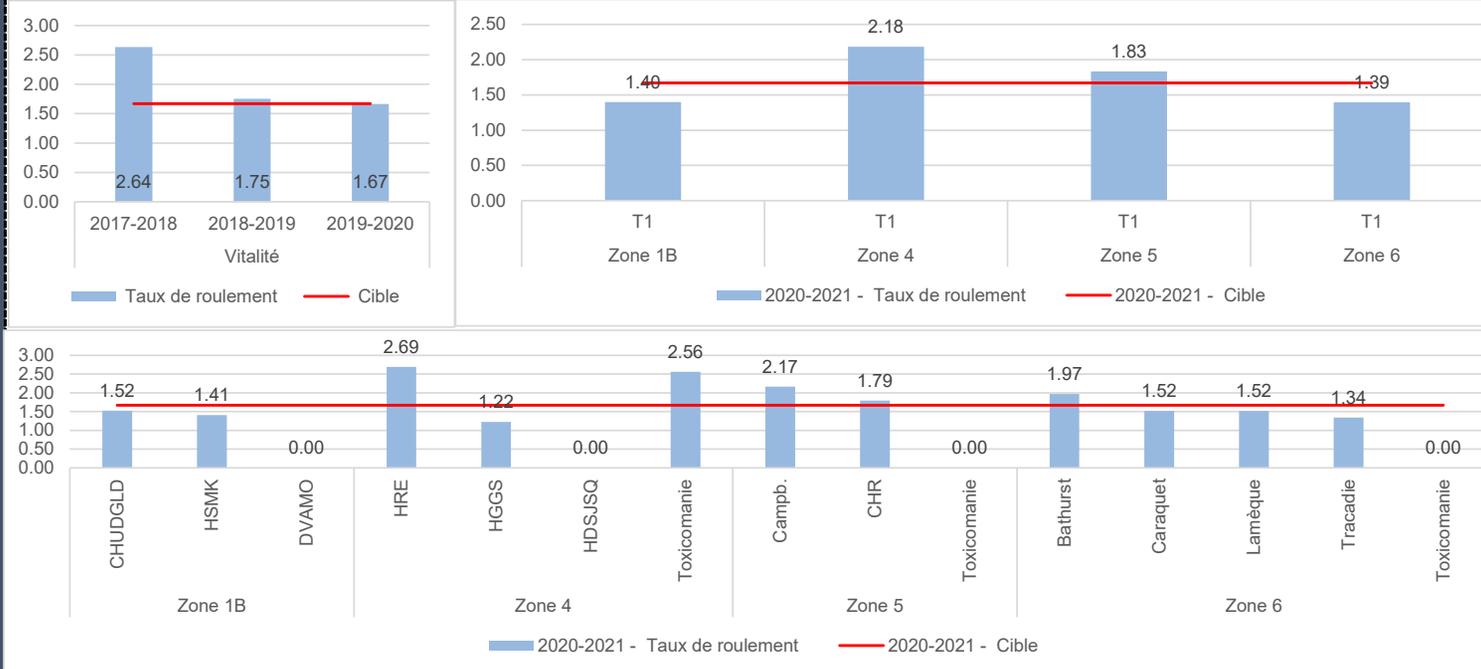
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de roulement

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓
SOURCE DE DONNÉES	Meditech		Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓

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.

RÉSULTATS
CIBLE 1.67



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux de roulement du personnel faible est souhaitable. Un taux élevé peut refléter dans certains cas des conditions de travail défavorables. Le taux de roulement est à la baisse depuis les trois dernières années. En 2019-2020, le taux de roulement était de 1.67.