

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

| | | | |
|---|--|------------------------|------------------------------|
| Titre de la réunion : | Comité des finances et de vérification | Date et heure : | Le 30 mars 2021 2020 à 09:15 |
| But de la réunion : | Réunion régulière | Endroit : | Zoom |
| Présidente : Secrétaire de direction : | Rita Godbout Lucie Francoeur | | |

Participants**Membres**

| | | |
|---------------------------|------------------|-----------------|
| Rita Godbout (présidente) | Michelyne Paulin | Brenda Martin |
| Dre France Desrosiers | Emeril Haché | Gisèle Beaulieu |
| Alain Lavallée | Wes Knight | |

Invités

| | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------|
| Paulette Sonier Rioux | Monica L. Barley | Liza A. Robichaud |
| Justin Morris | Dr Aurel Schofield | |

ORDRE DU JOUR

| Heure | Sujets | Pages | Action |
|---------|--|--|-------------|
| 9 h 15 | 1. Tableaux de bord stratégique et équilibré – T3 | 2 - 71 | Information |
| 9 h 45 | 2. Ouverture de la réunion | | Décision |
| 9 h 46 | 3. Constatation de la régularité de la réunion | | |
| 9 h 48 | 4. Adoption de l'ordre du jour | 1 | Décision |
| 9 h 49 | 5. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels | | |
| 9 h 50 | 6. Résolutions en bloc 6.1 Adoption des résolutions en bloc 6.2 Adoption du procès-verbal du 17 novembre 2020 6.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 17 novembre 2020 6.3.1 Budgets capitaux 2021-2022 6.4 Plan de travail 2020-2021 6.5 Budget 2021-2022 | 72 - 75 76 77 - 82 83 -84 85 | Décision |
| 9 h 52 | 7. Autres 7.1 Plan d'audit 2019-2020 (Invitée : Lise Robichaud McGrath) | 86 - 123 | Décision |
| 10 h 00 | 7.2 États financiers pour l'exercice se terminant le 28 février 2021 | 124 - 134 | Décision |
| 10 h 10 | 8. Date de la prochaine réunion : le 1^{er} juin 2021 à 09:15 | | Information |
| 10 h 11 | 9. Levée de la réunion | | Décision |

Note d'information

Point 1

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

Date : 30 mars 2021

Objet : Rapport trimestriel sur les tableaux de bord (T3)

Décision recherchée

Ce rapport est présenté à titre d'information seulement.

Contexte/problématique

Le rapport trimestriel inclut le tableau de bord stratégique ainsi que le tableau de bord équilibré.

- 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).
- Une fiche par indicateur est présentée.
- La majorité des indicateurs sont produits pour le troisième trimestre de 2020-2021, mais certains indicateurs ne sont disponibles que pour les deux premiers trimestres de 2020-2021 (indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de 3M).
- Certains indicateurs financiers présentent des données jusqu'au 28 février inclusivement.
- Les données 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 « % de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques » ne respecte pas la cible au troisième trimestre, mais présente toutefois une amélioration comparativement à l'année passée. De plus, certaines initiatives ont été mises en place afin d'adresser cette situation et de réduire la durée moyenne de séjour.
- Le nombre de départs volontaires des employés est à la hausse au sein du Réseau. Les départs volontaires au troisième trimestre incluent les raisons suivantes : transferts au PEM, autres emplois, changements de carrière, raisons familiales, raisons médicales, stabilité de l'horaire et problème de transport. Cet indicateur sera redéfini à partir du 1^{er} avril 2021 et présentera davantage d'informations.
- Le taux de roulement est particulièrement élevé dans la Zone 5 au troisième trimestre (3.07). Le taux de roulement représente le nombre de départs d'employés 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. Le taux de roulement dans la Zone 5 est particulièrement élevé au troisième trimestre pour les raisons suivantes :
 - Retraite : Environ 45 % des départs constituent des retraites, soit un premier départ à la retraite ou des retraités qui sont revenus et qui sont repartis (fin de contrat ou départ volontaire).
 - Fin de contrat : 1 étudiant.
 - Départs involontaires : périodes probatoires non réussies et manque de disponibilité.
 - Départs volontaires : transferts au PEM, autres emplois, changements de carrière, raisons familiales, raisons médicales, stabilité de l'horaire et problème de transport.

- La moyenne de jours de maladie payés par employé est plus élevée dans la Zone 5 en raison d'un niveau de stress plus élevé parmi les employés (pandémie de COVID-19, relocalisation sur les unités et manque de personnel).
- L'indicateur « Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé » ne présente aucune donnée puisqu'aucun sondage n'a été complété en 2020-2021.
- L'indicateur « Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuelles » sera bonifié à partir du 1^{er} avril 2021. Il permettra de distinguer les différents types de consultations.

Tableau de bord équilibré

- Quadrant qualité/satisfaction à la clientèle : Au deuxième trimestre de 2020-2021, le taux d'hospitalisations est plus élevé dans la Zone 5 et le taux de réadmission est plus élevé dans les zones 4 et 6. Le Réseau présente toutefois un résultat supérieur à la cible.
- Quadrant financier : Le Réseau de santé Vitalité présente une variance de (-5,943,064 \$) en 2020-2021 comparativement à une variance de 712,502 \$ en 2019-2020 après 11 mois d'opération. À partir du 3^e trimestre, le Réseau affiche un déficit d'opération qui sera couvert par le Ministère jusqu'à concurrence du montant annuel budgété de revenus patients et des dépenses de la pandémie reportées. Les dépenses liées à la COVID-19 pour le 3^e trimestre représentent 5,445,052 \$ totalisant 12,402,498 \$ pour l'exercice 2020-2021.
- Quadrant opérationnel : Plusieurs indicateurs sont affectés par la pandémie de COVID-19. Le pourcentage de chirurgies effectuées dans les délais présente un résultat de 50.3 % (total à date pour l'année 2020-2021), comparativement à 54.0 % (total à date pour l'année 2019-2020). Toutefois, les indicateurs en lien avec les chirurgies (incluant le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées dans les 26 semaines et le pourcentage de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées dans les 26 semaines) présentent une augmentation du pourcentage comparativement aux deux derniers trimestres. L'indicateur « taux de césarienne à faibles risques » présente un résultat supérieur à la cible aux deux premiers trimestres de 2020-2021. Il est à noter que cet indicateur présente des nombres bruts peu élevés par trimestre et par établissement. Le taux par établissement peut ainsi varier d'un trimestre à l'autre.
- Quadrant ressources humaines : Plusieurs indicateurs n'ont pas atteint la cible souhaitée au troisième trimestre, notamment le pourcentage de postes permanents vacants, le taux de conformité dans les appréciations de rendement, le pourcentage d'heures de maladie, le pourcentage d'heures de surtemps ainsi que le taux de roulement.

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Aucun

Note d'information

Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 23 mars 2021 par Vanessa Fillion, directrice Planification et Amélioration de la performance.

Réseau de santé Vitalité

Tableaux de bord du Réseau

Rapport trimestriel (T3)



Tableau de bord stratégique (T3)



| | |
|--|----|
| Schéma | 4 |
| Sommaire | 5 |
| État d'avancement | 7 |
| Jours patients normalisés associés à une maladie mentale | 8 |
| Nombre de patients NSA | 9 |
| Nombre de jours NSA | 10 |
| % de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques | 11 |
| Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence | 12 |
| Nombre de départs volontaires des employés | 13 |
| Taux de roulement | 14 |
| Moyenne de jours de maladie payés par employé | 15 |
| Nombre d'activités de recrutement | 16 |
| Nombre de patients-partenaires | 17 |
| Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé | 18 |
| Nombre de nouveaux partenariats | 19 |
| Taux d'achèvement du plan stratégique des TI | 20 |
| Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements | 21 |
| Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA) | 22 |
| Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les UCA | 23 |

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 : respect – compassion – intégrité – imputabilité – équité - engagement

| | | | | | | | ÉTAT D'AVANCEMENT | | | |
|--|---|--|----------------------|--------|---------------|------------------|-------------------|----|----|----|
| OBJECTIF | INDICATEUR | LEADERSHIP | TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE | CIBLE | TAD 2020-2021 | PÉRIODE EN COURS | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Enjeu relié à la santé de la population | | | | | | | | | | |
| 1.2 | Intégrer le mieux-être et la santé mentale(SM) dans l'ensemble de nos stratégies | Jacques Duclos | 1,187 | 1,226 | 1,224 | 1,135 | ✗ | ✓ | | |
| 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 | Sharon Smyth-Okana | 1,211 | 2,269 | 851 | 416 | ✓ | ✓ | |
| 2.2 | | Nombre de jours NSA | Sharon Smyth-Okana | 56,196 | 114,990 | 32,131 | 15,383 | ✓ | ✓ | |
| 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 | Sharon Smyth-Okana | 5.76% | 0% | 4.98% | 5.37% | ⓘ | ✗ | |
| 2.4 | | Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence | Sharon Smyth-Okana | 61.1% | 57.2% | 59.7% | 58.5% | ⓘ | ✗ | ⓘ |
| 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 | 177 | 59 | 199 | 72 | ✓ | ✗ | ✗ |
| 3.2 | | Taux de roulement | Johanne Roy | 1.65 | 1.67 | 1.91 | 2.23 | ✓ | ✗ | ✗ |
| 3.3 | | Moyenne de jours de maladie payés par employé | Johanne Roy | 12.42 | 11.45 | 11.66 | 12.66 | ✓ | ✗ | ✗ |
| 3.4 | Développer et mettre en œuvre une stratégie pour le recrutement des membres de nos équipes. | Nombre d'activités de recrutement | Johanne Roy | 6 | 65 | 24 | 21 | ✗ | ✗ | ✓ |

| | | | | | | | ÉTAT D'AVANCEMENT | | | | |
|--|---|--|------------------------|-------|---------------|------------------|-------------------|------------|----|----|--|
| OBJECTIF | INDICATEUR | LEADERSHIP | 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 | 7 | 22 | 11 | 11 | ✗ | ✗ | ✗ | |
| 4.2 | | Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé | Gisèle Beaulieu | S.O. | 80% | ND | ND | Non débuté | | | |
| 4.3 | Engager nos partenaires afin de développer une vision commune des besoins et services à offrir pour des populations cibles. | Nombre de nouveaux partenariats | Gisèle Beaulieu | 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 | 0% | 100% | 20% | 10% | ✗ | ! | ! | |
| 5.3 | | Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuelles | Gisèle Beaulieu | S.O. | 6,108 | 34,173 | 21,528 | ✗ | ✓ | ✓ | |
| 5.4 | Poursuivre l'amélioration des infrastructures | Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements | Stéphane Legacy | 75% | 100% | 75% | 75% | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 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 | 3 | 5 | 3 | 3 | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 6.2 | | Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les UCA | Dre. France Desrosiers | 0 | 9 | 1 | 1 | ✗ | ! | ! | |

État d'avancement des initiatives

| Orientations | Total initiatives | Non débuté | Conforme au plan | Non conforme au plan | Non conforme au plan et interventions requises | Complété |
|---|-------------------|------------|------------------|----------------------|--|----------|
| | | ○ | ✓ | ● | ✘ | ☑ |
| Nous contribuerons à optimiser la santé et le mieux-être de la population | 4 | 0 | 2 | 2 | 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 | 7 | 1 | 0 | 0 |
| Nous assurerons un environnement attrayant pour la rétention et le recrutement | 6 | 0 | 5 | 1 | 0 | 0 |
| Nous adopterons une approche proactive avec nos partenaires pour mieux répondre aux besoins de la population | 5 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| Nous optimiserons nos immobilisations, équipements et technologies | 11 | 3 | 6 | 2 | 0 | 0 |
| Nous appliquerons une approche apprenante dans notre culture organisationnelle d'amélioration continue de la qualité | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| Total | 39 | 5 | 23 | 9 | 2 | 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 2019-2020) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RÉSULTAT CIBLE | 1,226 | <table border="1"> <caption>Données des barres (Jours patients standardisés)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>2017-2018</th> <th>2018-2019</th> <th>2019-2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valeur</td> <td>1,655</td> <td>1,223</td> <td>1,251</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données des barres (2020-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 - Jours patients standardisés</th> <th>T2 - Jours patients standardisés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>840</td> <td>848</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,086</td> <td>1,486</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>2,775</td> <td>1,479</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>555</td> <td>726</td> </tr> </tbody> </table> | Année | 2017-2018 | 2018-2019 | 2019-2020 | Valeur | 1,655 | 1,223 | 1,251 | Zone | T1 - Jours patients standardisés | T2 - Jours patients standardisés | Zone 1B | 840 | 848 | Zone 4 | 1,086 | 1,486 | Zone 5 | 2,775 | 1,479 | Zone 6 | 555 | 726 |
| Année | 2017-2018 | 2018-2019 | 2019-2020 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Valeur | 1,655 | 1,223 | 1,251 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone | T1 - Jours patients standardisés | T2 - Jours patients standardisés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 1B | 840 | 848 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 4 | 1,086 | 1,486 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 5 | 2,775 | 1,479 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 6 | 555 | 726 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 4 présentait le plus haut nombre de jours patients normalisés associés à une maladie mentale au deuxième trimestre de 2020-2021 (2,471). La Zone 5 a connu une baisse importante au cours du deuxième trimestre.</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. | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

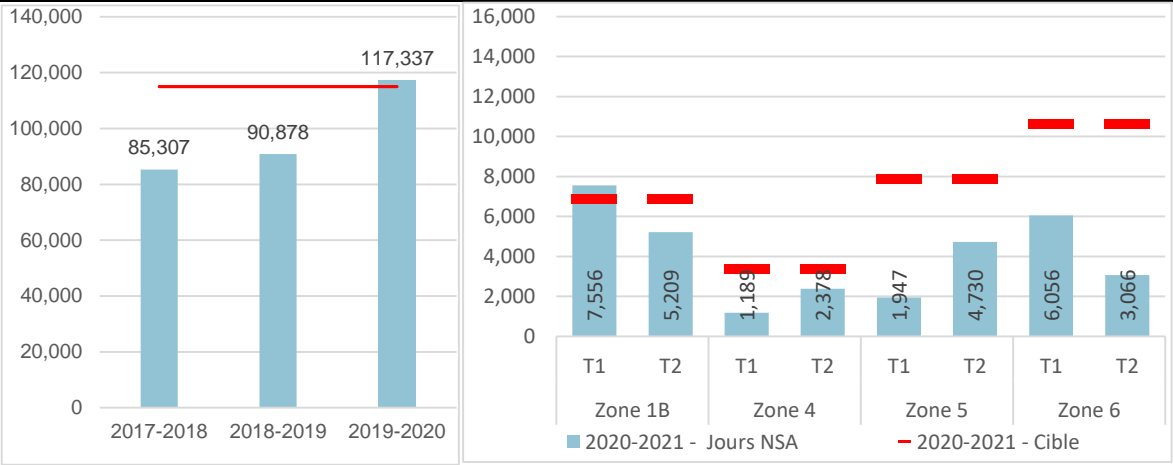
FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

| Nombre de patients NSA | |
|------------------------|--|
| LEADERSHIP | Sharon Smyth-Okana |
| FRÉQUENCE | Trimestrielle |
| SOURCE DE DONNÉES | 3M |
| CIBLE | Diminution du nombre de cas de 2 % (année de référence 2019-2020) |
| DESCRIPTION | 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. |
| RÉSULTAT CIBLE | <p>2,269</p> |
| INTERPRÉTATION | 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. Au deuxième trimestre de 2020-2021, la Zone 1B présentait le nombre de patients NSA le plus élevé (139). Toutefois, ce nombre a diminué depuis le premier trimestre de 2020-2021. |
| INITIATIVES | 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 | Sharon Smyth-Okana |
| FRÉQUENCE | Trimestrielle |
| SOURCE DE DONNÉES | 3M |
| CIBLE | Diminution du nombre de jours (2 % comparativement à 2019-2020) |
| 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 prolongées.</p> |
| RÉSULTAT CIBLE | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>114,990</p> </div>  </div> |
| INTERPRÉTATION | <p>Un nombre peu élevé est préférable. Les données de 2019-2020 montrent une augmentation du nombre de jours NSA comparativement aux deux dernières années. Au deuxième trimestre de 2020-2021, le nombre de jours NSA était plus élevé dans la Zone 1B (5,209).</p> |
| INITIATIVES | 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 | Sharon Smyth-Okana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|----------------|-------|-------------|-----------|-------|-----------|-------|----------------|-------|------|----------------|----------------|---------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|
| 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 surveiller 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 du Réseau de santé 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.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RÉSULTAT 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>7.92%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>7.48%</td> </tr> <tr> <td>2020-2021 - T1</td> <td>7.88%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Zones</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2020-2021 - T1</th> <th>2020-2021 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.57%</td> <td>5.57%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>-4.05%</td> <td>-4.05%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>18.65%</td> <td>5.58%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>5.58%</td> <td>-4.05%</td> </tr> </tbody> </table> | | Année | Pourcentage | 2017-2018 | 7.92% | 2018-2019 | 7.48% | 2020-2021 - T1 | 7.88% | Zone | 2020-2021 - T1 | 2020-2021 - T2 | Zone 1B | 5.57% | 5.57% | Zone 4 | -4.05% | -4.05% | Zone 5 | 18.65% | 5.58% | Zone 6 | 5.58% | -4.05% |
| Année | Pourcentage | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2017-2018 | 7.92% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2018-2019 | 7.48% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2020-2021 - T1 | 7.88% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone | 2020-2021 - T1 | 2020-2021 - T2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 1B | 5.57% | 5.57% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 4 | -4.05% | -4.05% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 5 | 18.65% | 5.58% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 6 | 5.58% | -4.05% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERPRÉTATION | <p>Un faible pourcentage est souhaitable. Les résultats des trois dernières années sont relativement stables. Aucune zone ne respectait la cible en 2019-2020. Au deuxième trimestre de 2020-2021, seule la Zone 6 présentait une performance supérieure à la cible.</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 | Sharon Smyth-Okana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 est 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 urgentes 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> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RÉSULTAT CIBLE | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>RÉSULTAT CIBLE</p> <p>57.2%</p> </div> </div> <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%; border-collapse: collapse;"> <caption>Données des graphiques</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> <th>T1 - 2020-2021 - % 4 et 5</th> <th>T2 - 2020-2021 - % 4 et 5</th> <th>T3 - 2020-2021 - % 4 et 5</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>60.9%</td> <td>61.2%</td> <td>60.6%</td> <td>56.2%</td> <td>59.0%</td> <td>53.6%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>57.3%</td> <td>56.2%</td> <td>54.5%</td> <td>62.3%</td> <td>65.5%</td> <td>62.8%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>58.7%</td> <td>58.1%</td> <td>56.9%</td> <td>44.5%</td> <td>46.6%</td> <td>43.4%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 1B</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>56.2%</td> <td>59.0%</td> <td>53.6%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>62.3%</td> <td>65.5%</td> <td>62.8%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>44.5%</td> <td>46.6%</td> <td>43.4%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>62.7%</td> <td>64.7%</td> <td>63.8%</td> <td>57.2%</td> </tr> </tbody> </table> | Catégorie | 2017-2018 - % 4 et 5 | 2018-2019 - % 4 et 5 | 2019-2020 - % 4 et 5 | T1 - 2020-2021 - % 4 et 5 | T2 - 2020-2021 - % 4 et 5 | T3 - 2020-2021 - % 4 et 5 | Cible | Vitalité | 60.9% | 61.2% | 60.6% | 56.2% | 59.0% | 53.6% | 57.2% | Horizon | 57.3% | 56.2% | 54.5% | 62.3% | 65.5% | 62.8% | 57.2% | Province | 58.7% | 58.1% | 56.9% | 44.5% | 46.6% | 43.4% | 57.2% | Zone 1B | | | | 56.2% | 59.0% | 53.6% | 57.2% | Zone 4 | | | | 62.3% | 65.5% | 62.8% | 57.2% | Zone 5 | | | | 44.5% | 46.6% | 43.4% | 57.2% | Zone 6 | | | | 62.7% | 64.7% | 63.8% | 57.2% |
| Catégorie | 2017-2018 - % 4 et 5 | 2018-2019 - % 4 et 5 | 2019-2020 - % 4 et 5 | T1 - 2020-2021 - % 4 et 5 | T2 - 2020-2021 - % 4 et 5 | T3 - 2020-2021 - % 4 et 5 | Cible | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vitalité | 60.9% | 61.2% | 60.6% | 56.2% | 59.0% | 53.6% | 57.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horizon | 57.3% | 56.2% | 54.5% | 62.3% | 65.5% | 62.8% | 57.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Province | 58.7% | 58.1% | 56.9% | 44.5% | 46.6% | 43.4% | 57.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 1B | | | | 56.2% | 59.0% | 53.6% | 57.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 4 | | | | 62.3% | 65.5% | 62.8% | 57.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 5 | | | | 44.5% | 46.6% | 43.4% | 57.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 6 | | | | 62.7% | 64.7% | 63.8% | 57.2% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERPRÉTATION | <p>Un faible nombre de jours de visites 4 et 5 est souhaitable. Au troisième trimestre de 2020-2021, la Zone 6 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus élevé (63.8%) tandis que la Zone 5 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus faible (43.4%).</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INITIATIVES | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Optimiser l'expérience chirurgicale.</td> <td style="text-align: center; color: green;">✓</td> </tr> <tr> <td>Améliorer l'accès aux soins de première ligne.</td> <td style="text-align: center; color: green;">✓</td> </tr> <tr> <td>Favoriser un retour à domicile propice et rapide.</td> <td style="text-align: center; color: green;">✓</td> </tr> </tbody> </table> | Optimiser l'expérience chirurgicale. | ✓ | Améliorer l'accès aux soins de première ligne. | ✓ | Favoriser un retour à domicile propice et rapide. | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | <p>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.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RÉSULTAT CIBLE 235 | <table border="1"> <caption>Vitalité - Départs volontaires</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Départ</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>173</td> <td>235</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>199</td> <td>235</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>235</td> <td>235</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Départs volontaires par zone (2020-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 - 2020-2021 - Départ</th> <th>T2 - 2020-2021 - Départ</th> <th>T3 - 2020-2021 - Départ</th> <th>T1 - 2020-2021 - Cible</th> <th>T2 - 2020-2021 - Cible</th> <th>T3 - 2020-2021 - Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Siège social</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>17</td> <td>26</td> <td>30</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>10</td> <td>19</td> <td>9</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>9</td> <td>12</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>11</td> <td>23</td> <td>17</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table> | | Période | Départ | Cible | 2017-2018 | 173 | 235 | 2018-2019 | 199 | 235 | 2019-2020 | 235 | 235 | Zone | T1 - 2020-2021 - Départ | T2 - 2020-2021 - Départ | T3 - 2020-2021 - Départ | T1 - 2020-2021 - Cible | T2 - 2020-2021 - Cible | T3 - 2020-2021 - Cible | Siège social | 1 | 1 | 1 | 15 | 15 | 15 | Zone 1B | 17 | 26 | 30 | 15 | 15 | 15 | Zone 4 | 10 | 19 | 9 | 15 | 15 | 15 | Zone 5 | 9 | 12 | 15 | 15 | 15 | 15 | Zone 6 | 11 | 23 | 17 | 15 | 15 | 15 |
| Période | Départ | Cible | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2017-2018 | 173 | 235 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2018-2019 | 199 | 235 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2019-2020 | 235 | 235 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone | T1 - 2020-2021 - Départ | T2 - 2020-2021 - Départ | T3 - 2020-2021 - Départ | T1 - 2020-2021 - Cible | T2 - 2020-2021 - Cible | T3 - 2020-2021 - Cible | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Siège social | 1 | 1 | 1 | 15 | 15 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 1B | 17 | 26 | 30 | 15 | 15 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 4 | 10 | 19 | 9 | 15 | 15 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 5 | 9 | 12 | 15 | 15 | 15 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 6 | 11 | 23 | 17 | 15 | 15 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERPRÉTATION | <p>Un nombre peu élevé est souhaitable. Le nombre de départs volontaires est à la hausse depuis les trois dernières années. Au troisième trimestre de 2020-2021, la Zone 1B présentait le nombre de départs volontaires le plus élevé (30) tandis que la Zone 5 présentait le nombre de départs volontaires le plus faible (15).</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 <u>développement de l'intelligence émotionnelle</u>.</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 une culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail.</p> | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 2019-2020 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RÉSULTAT CIBLE 1.67 | <table border="1"> <caption>Historical Turnover Rates (2017-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de roulement</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>1.41</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>1.66</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>1.58</td> <td>1.67</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2020-2021 Turnover Rates by Quarter</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Taux de roulement</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1</td> <td>1.58</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>1.91</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>2.23</td> <td>1.67</td> </tr> </tbody> </table> | | Période | Taux de roulement | Cible | 2017-2018 | 1.41 | 1.67 | 2018-2019 | 1.66 | 1.67 | 2019-2020 | 1.58 | 1.67 | Trimestre | Taux de roulement | Cible | T1 | 1.58 | 1.67 | T2 | 1.91 | 1.67 | T3 | 2.23 | 1.67 |
| Période | Taux de roulement | Cible | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2017-2018 | 1.41 | 1.67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2018-2019 | 1.66 | 1.67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2019-2020 | 1.58 | 1.67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trimestre | Taux de roulement | Cible | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T1 | 1.58 | 1.67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T2 | 1.91 | 1.67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T3 | 2.23 | 1.67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERPRÉTATION | <p>Un taux peu élevé est souhaitable. Le taux de roulement est à la baisse depuis les trois dernières années. Au troisième trimestre de 2020-2021, le taux de roulement était le plus élevé dans la Zone 5 (3.07).</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, 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, de santé psychologique, de l'environnement de travail et des situations familiales. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RÉSULTAT CIBLE | 11.45 | <table border="1"> <caption>Vitalité - Moyenne de jours de maladie payés par employé</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Moyenne</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> </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>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>8.82</td> <td>10.94</td> <td>11.12</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>9.61</td> <td>13.25</td> <td>13.12</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>13.67</td> <td>17.59</td> <td>16.03</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>9.51</td> <td>10.43</td> <td>12.27</td> </tr> </tbody> </table> | Période | Moyenne | 2017-2018 | 12.24 | 2018-2019 | 12.62 | 2019-2020 | 12.54 | Zone | T1 | T2 | T3 | Zone 1B | 8.82 | 10.94 | 11.12 | Zone 4 | 9.61 | 13.25 | 13.12 | Zone 5 | 13.67 | 17.59 | 16.03 | Zone 6 | 9.51 | 10.43 | 12.27 |
| Période | Moyenne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2017-2018 | 12.24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2018-2019 | 12.62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2019-2020 | 12.54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone | T1 | T2 | T3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 1B | 8.82 | 10.94 | 11.12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 4 | 9.61 | 13.25 | 13.12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 5 | 13.67 | 17.59 | 16.03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 6 | 9.51 | 10.43 | 12.27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERPRÉTATION | Un nombre peu élevé est souhaitable. Au troisième trimestre de 2020-2021, la Zone 5 présentait la moyenne de jours de maladie payés par employé la plus élevée. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INITIATIVES | <ul style="list-style-type: none"> 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, la santé et la sécurité psychologique au travail. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ● ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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). |
| RÉSULTAT | Au premier trimestre de 2020-2021, deux activités de recrutement ont été effectuées et au deuxième trimestre de 2020-2021, une activité de recrutement a été effectuée de façon virtuelle. Au troisième trimestre de 2020-2021, 21 activités de recrutement ont été réalisées. |
| INTERPRÉTATION | Un nombre élevé est souhaitable. Il est à noter que le résultat du premier et du deuxième trimestre de 2020-2021 sont peu élevés en raison du ralentissement des activités dû à la pandémie de COVID-19. Il est à noter que les médecins ne sont pas inclus dans les données de 2019-2020, mais ils le sont 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. | |
| RÉSULTAT | Le Réseau de santé compte présentement 11 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, comité des soins de santé primaires local (Zone 4), 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 respiratoire, groupe de travail sur la prévention et cessation du tabac et initiative amis des bébés (Zone 4). | |
| 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. | |
| RÉSULTAT | | |
| INTERPRÉTATION | Un pourcentage élevé est souhaitable. Cet indicateur ne présente aucun chiffre pour le moment puisqu'aucun sondage n'a été effectué. | |
| 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

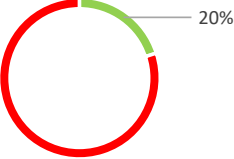
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

| 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. | |
| RÉSULTAT | Au troisième trimestre de 2020-2021, le Réseau compte 0 nouveau partenariat. | |
| 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 | <p>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.</p> | |
| RÉSULTAT | <p>Taux d'achèvement</p>  | |
| INTERPRÉTATION | L'ébauche de l'appel d'offres est complétée et sera affichée au public. | |
| INITIATIVE | Effectuer une planification stratégique des TI avec un consultant. | ✓ |

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

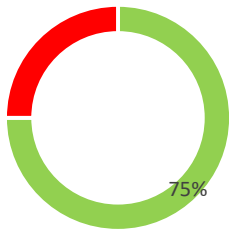
Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuelles

| LEADERSHIP | Gisèle Beaulieu | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|-----------|-------------------------------|----------------|----------|----------------|-----------|----------------|-----------|
| FRÉQUENCE | Trimestrielle | | | | | | | | | |
| SOURCE DE DONNÉES | Secteur des technologies de l'information et des télécommunications | | | | | | | | | |
| CIBLE | Augmentation de 10 % par trimestre (Base : 1,851 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. | | | | | | | | | |
| RÉSULTAT CIBLE 2036 | <p style="text-align: center;">Nombre d'heures d'utilisation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Nombre d'heures d'utilisation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 - 2020-2021</td> <td>1,851.31</td> </tr> <tr> <td>T2 - 2020-2021</td> <td>10,793.67</td> </tr> <tr> <td>T3 - 2020-2021</td> <td>21,528.25</td> </tr> </tbody> </table> | | Trimestre | Nombre d'heures d'utilisation | T1 - 2020-2021 | 1,851.31 | T2 - 2020-2021 | 10,793.67 | T3 - 2020-2021 | 21,528.25 |
| Trimestre | Nombre d'heures d'utilisation | | | | | | | | | |
| T1 - 2020-2021 | 1,851.31 | | | | | | | | | |
| T2 - 2020-2021 | 10,793.67 | | | | | | | | | |
| T3 - 2020-2021 | 21,528.25 | | | | | | | | | |
| 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'installation des équipements. | |
| RÉSULTAT | <p>Pourcentage d'avancement</p>  <p>75%</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 | <p>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.</p> | |
| RÉSULTAT | <p>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).</p> | |
| INTERPRÉTATION | <p>Le Réseau compte mettre en œuvre 2 unités cliniques apprenantes dans les prochains mois : santé mentale et soins de santé primaire.</p> | |
| 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 œuvre suite aux recommandations des UCAs. | |
| RÉSULTAT | Au troisième trimestre de 2020-2021, une meilleure pratique a été mise en œuvre via les unités cliniques apprenantes (ERAS). À noter que certaines initiatives découlant des UCAs débuteront cet hiver (par exemple, outil de dépistage pour les aînés vulnérables). Il est également à noter que le Plan d'affaires pour l'hôpital de jour gériatrique a été approuvé en janvier 2021. | |
| INTERPRÉTATION | Un nombre élevé est souhaitable. | |
| 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. | ✗ |

Réseau de santé Vitalité





Tableau de bord équilibré 2020-2021

Rapport trimestriel (T3)







| | |
|---|----|
| 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 bénéfices | 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 | 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 | 178 | 196 | 117 | 104 | ✓ | ✓ | | |
| 1.2 | CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée | Jacques Duclos | 46% | 100% | 43% | 43% | ✗ | ✗ | ✗ | |
| 1.3 | Taux de réadmission 30 jours | Dre Desrosiers | 8.99 | 8.17 | 7.65 | 9.14 | ✗ | ✓ | | |
| 1.4 | % de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires | Stéphane Legacy | 5.58% | 5.66% | 4.99% | 4.64% | ✓ | ✓ | | |
| Quadrant: Financiers | | | | | | | | | | |
| 2.1 | Variance du surplus (déficit) d'opération (jusqu'au 28 février 2021) | Gisèle Beaulieu | \$5,004,708 | S.O. | -\$5,943,064 | N.D. | | | | |
| 2.2 | Coût par jour repas | Stéphane Legacy | \$35.42 | \$33.12 | \$41.54 | \$40.19 | ✗ | ✗ | ✗ | |
| 2.3 | Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré | Stéphane Legacy | \$4.91 | \$4.66 | \$5.29 | \$5.32 | ✗ | ✗ | ✗ | |
| 2.4 | Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail | Stéphane Legacy | \$1.21 | \$1.25 | \$1.26 | \$1.18 | ✗ | ✓ | ✓ | |
| 2.5 | Variance en salaires et bénéfices (jusqu'au 28 février 2021) | Gisèle Beaulieu | \$11,165,943 | S.O. | \$3,375,656 | N.D. | | | | |
| 2.6 | Variance en dépenses médicaments (jusqu'au 28 février 2021) | Gisèle Beaulieu | -\$3,285,610 | S.O. | \$2,038,463 | N.D. | | | | |

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

| | | | | | | | ÉTAT D'AVANCEMENT | | | |
|-------------------------------|--|--------------------|----------------------|--------|---------------|------------------|-------------------|----|----|----|
| | INDICATEURS/MESURES | LEADERSHIP | TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE | CIBLE | TAD 2020-2021 | PÉRIODE EN COURS | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Quadrant: Financiers | | | | | | | | | | |
| 2.7 | Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses (jusqu'au 28 février 2021) | Gisèle Beaulieu | -\$6,370,260 | S.O. | \$700,819 | N.D. | | | | |
| 2.8 | Coût en énergie par pied carré | Stéphane Legacy | \$5.34 | \$5.54 | \$4.61 | \$4.77 | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Quadrant: Opérationnel | | | | | | | | | | |
| 3.1 | % de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques | Dre.Desrosiers | 5.8% | 0.0% | 5.0% | 5.4% | ! | ✗ | | |
| 3.2 | Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus | Sharon Smyth-Okana | 8.69 | 12.00 | 8.42 | 8.16 | ✓ | ✓ | | |
| 3.3 | Taux de césarienne à faibles risques | Dre.Desrosiers | 11.5% | 15.2% | 7.9% | 7.9% | ✓ | ✓ | | |
| 3.4 | Taux de chutes | Sharon Smyth-Okana | 4.68 | 5.00 | 4.91 | 4.86 | ! | ✓ | ✓ | |
| 3.5 | Taux de chutes avec blessures graves | Gisèle Beaulieu | 0.03 | 0.00 | 0.05 | 0.05 | ✗ | ! | ! | |
| 3.6 | Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes) | Gisèle Beaulieu | 0.014 | 0.000 | 0.004 | 0.000 | ✓ | ! | ✓ | |
| 3.7 | Taux d'erreurs des médicaments | Gisèle Beaulieu | 3.30 | 3.32 | 3.62 | 3.66 | ✗ | ✓ | ✓ | |
| 3.8 | Taux de conformité à l'hygiène des mains | Gisèle Beaulieu | 77.4% | 90.0% | 82.1% | 86.4% | ! | ✗ | ! | |

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

| | | | | | | | ÉTAT D'AVANCEMENT | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------|----------------------|-------|---------------|------------------|-------------------|----|----|----|
| | INDICATEURS/MESURES | LEADERSHIP | TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE | CIBLE | TAD 2020-2021 | PÉRIODE EN COURS | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Quadrant: Opérationnel | | | | | | | | | | |
| 3.9 | Taux d'infection Clostridium difficile | Gisèle Beaulieu | 1.90 | 3.57 | 1.40 | 1.55 | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 3.10 | Taux d'infection et de colonisation au SARM | Gisèle Beaulieu | 0.25 | 1.29 | 0.25 | 0.36 | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 3.11 | Taux d'infection et de colonisation ERV | Gisèle Beaulieu | 0.07 | 0.05 | 0.04 | 0.00 | ✓ | ✗ | ✓ | |
| 3.12 | Ratio normalisé de mortalité hospitalière | Gisèle Beaulieu | 118 | 100 | 113 | 113 | ✗ | ✗ | | |
| 3.13 | % de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus | Sharon Smyth-Okana | 9.3% | 11.7% | 8.8% | 8.0% | ✓ | ✓ | | |
| 3.14 | Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté | Gisèle Beaulieu | 2,185 | 3,079 | 1,096 | 419 | ✗ | ✗ | ✗ | |
| 3.15 | % chirurgies urgentes effectuées dans les délais | Sharon Smyth-Okana | 54.0% | 53.1% | 50.3% | 54.2% | ✗ | ✗ | ✗ | |
| 3.16 | % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) | Sharon Smyth-Okana | 66.7% | 75.0% | 43.1% | 45.1% | ✗ | ✗ | ✗ | |
| 3.17 | % de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines) | Sharon Smyth-Okana | 69.5% | 85.0% | 48.7% | 56.0% | ✗ | ✗ | ✗ | |
| Quadrant: Ressources Humaines | | | | | | | | | | |
| 4.1 | Taux global aux modules e-apprentissage | Johanne Roy | 64.6% | 70.0% | 65.3% | 60.6% | ! | ! | ✗ | |

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

| | | | | | | | ÉTAT D'AVANCEMENT | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------|----------------------|-------|---------------|------------------|-------------------|----|----|----|
| | INDICATEURS/MESURES | LEADERSHIP | TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE | CIBLE | TAD 2020-2021 | PÉRIODE EN COURS | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Quadrant: Ressources Humaines | | | | | | | | | | |
| 4.2 | % de postes permanents vacants | Johanne Roy | 5.6% | 5.8% | 6.7% | 7.1% | ⚠ | ✗ | ✗ | |
| 4.3 | Taux d'accidents du travail | Johanne Roy | 3.45 | 4.11 | 3.32 | 3.89 | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 4.4 | Taux de conformité dans les appréciations de rendement | Johanne Roy | 45.3% | 65.0% | 40.2% | 41.1% | ✗ | ✗ | ✗ | |
| 4.5 | Nombre de nouveaux griefs | Johanne Roy | 60 | 80 | 38 | 7 | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 4.6 | % d'heures de maladie | Johanne Roy | 6.1% | 5.5% | 5.6% | 5.9% | ✓ | ✗ | ✗ | |
| 4.7 | % d'heures de surtemps | Johanne Roy | 3.3% | 2.5% | 3.2% | 3.7% | ⚠ | ✗ | ✗ | |
| 4.8 | Heures travaillées PPU/jours-patients | Sharon Smyth-Okana | 6.18 | 6.09 | 6.91 | 6.54 | ✗ | ⚠ | ⚠ | |

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

| LEADERSHIP | Dre.Desrosiers | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RÉSULTATS CIBLE | <p>196</p> <table border="1"> <caption>Taux d'hospitalisation par période</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux - Province</th> <th>Cible - Province</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-18</td> <td>200</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>2018-19</td> <td>189</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>2019-20</td> <td>181</td> <td>196</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Taux d'hospitalisation par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux - 2020-21 - T1</th> <th>Taux - 2020-21 - T2</th> <th>Cible - 2020-21 - T1</th> <th>Cible - 2020-21 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1</td> <td>112</td> <td>103</td> <td>196</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>194</td> <td>142</td> <td>196</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>136</td> <td>168</td> <td>196</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>89</td> <td>96</td> <td>196</td> <td>196</td> </tr> </tbody> </table> | | | | Période | Taux - Province | Cible - Province | 2017-18 | 200 | 196 | 2018-19 | 189 | 196 | 2019-20 | 181 | 196 | Zone | Taux - 2020-21 - T1 | Taux - 2020-21 - T2 | Cible - 2020-21 - T1 | Cible - 2020-21 - T2 | Zone 1 | 112 | 103 | 196 | 196 | Zone 4 | 194 | 142 | 196 | 196 | Zone 5 | 136 | 168 | 196 | 196 | Zone 6 | 89 | 96 | 196 | 196 |
| Période | Taux - Province | Cible - Province | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2017-18 | 200 | 196 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2018-19 | 189 | 196 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2019-20 | 181 | 196 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone | Taux - 2020-21 - T1 | Taux - 2020-21 - T2 | Cible - 2020-21 - T1 | Cible - 2020-21 - T2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 1 | 112 | 103 | 196 | 196 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 4 | 194 | 142 | 196 | 196 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 5 | 136 | 168 | 196 | 196 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zone 6 | 89 | 96 | 196 | 196 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANALYSE ET INTERPRÉTATION | Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées. Le taux provincial d'hospitalisation était de 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. Au deuxième trimestre de 2020-2021, le taux d'hospitalisation était le plus élevé dans la Zone 5 (168) et le plus bas dans la Zone 6 (96). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FICHE EXPLICATIVE

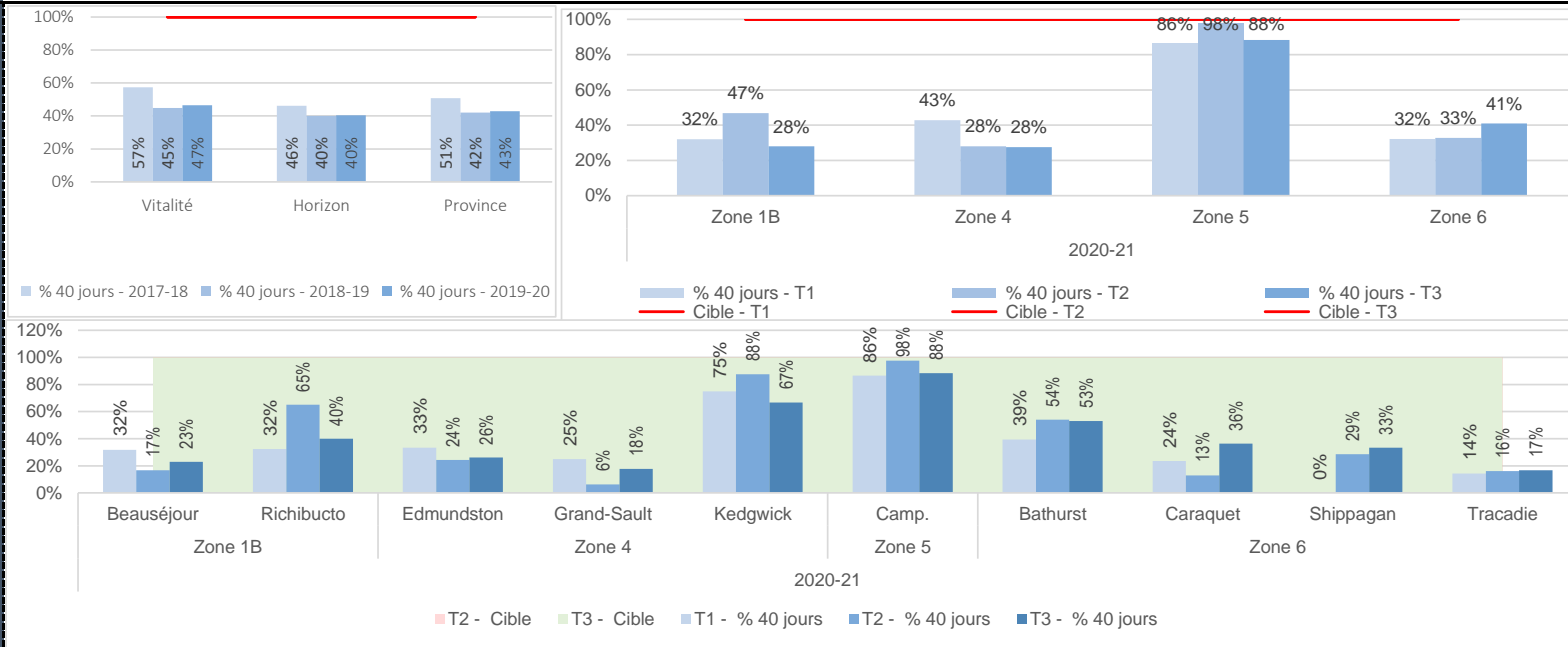
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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 100%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage élevé est souhaitable. Les résultats du troisième trimestre de l'année 2020-2021 sont présentés par zone et par établissement. La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (88 %) au troisième trimestre de 2020-2021 tandis que la Zone 1B et la Zone 4 présentaient les pourcentages les plus faibles (28 %). 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

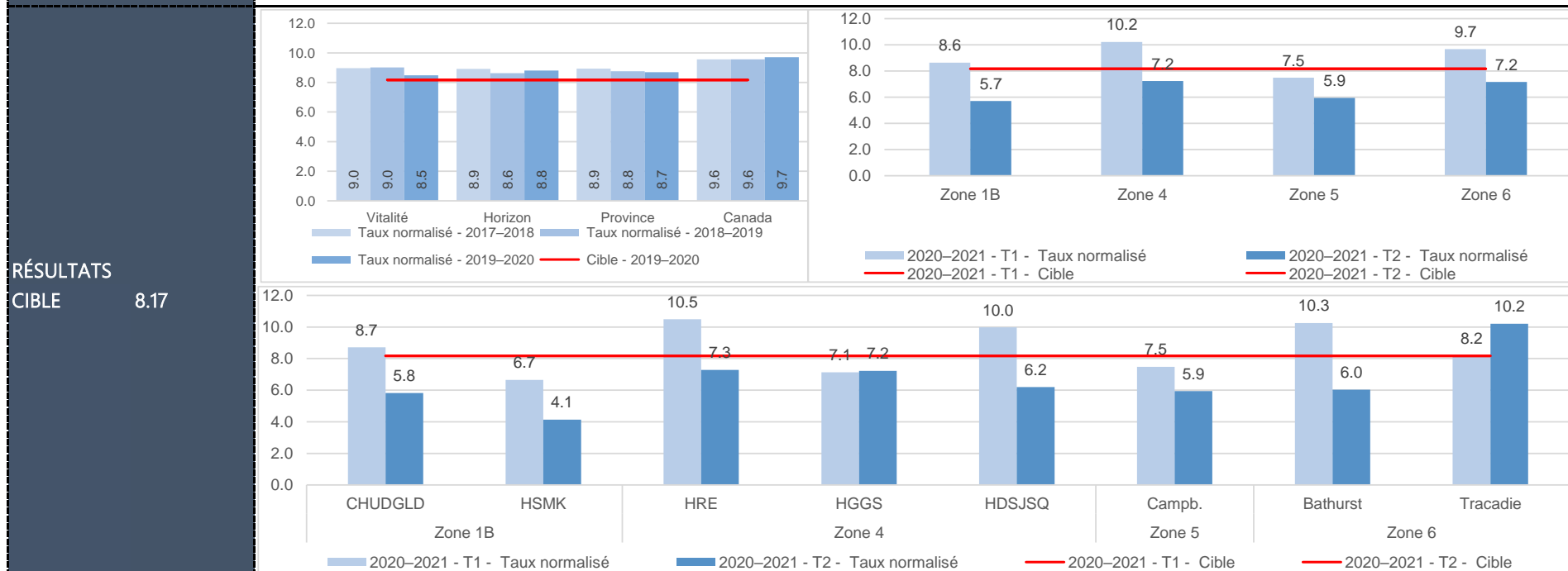
Indicateur: 1.3

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 difficile pour le patient et coûteuse pour le système de santé. Bien que toutes les réadmissions ne puissent pas être évitées, le taux peut être réduit par un meilleur suivi et une bonne coordination des soins dispensés aux patients après leur sortie.



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

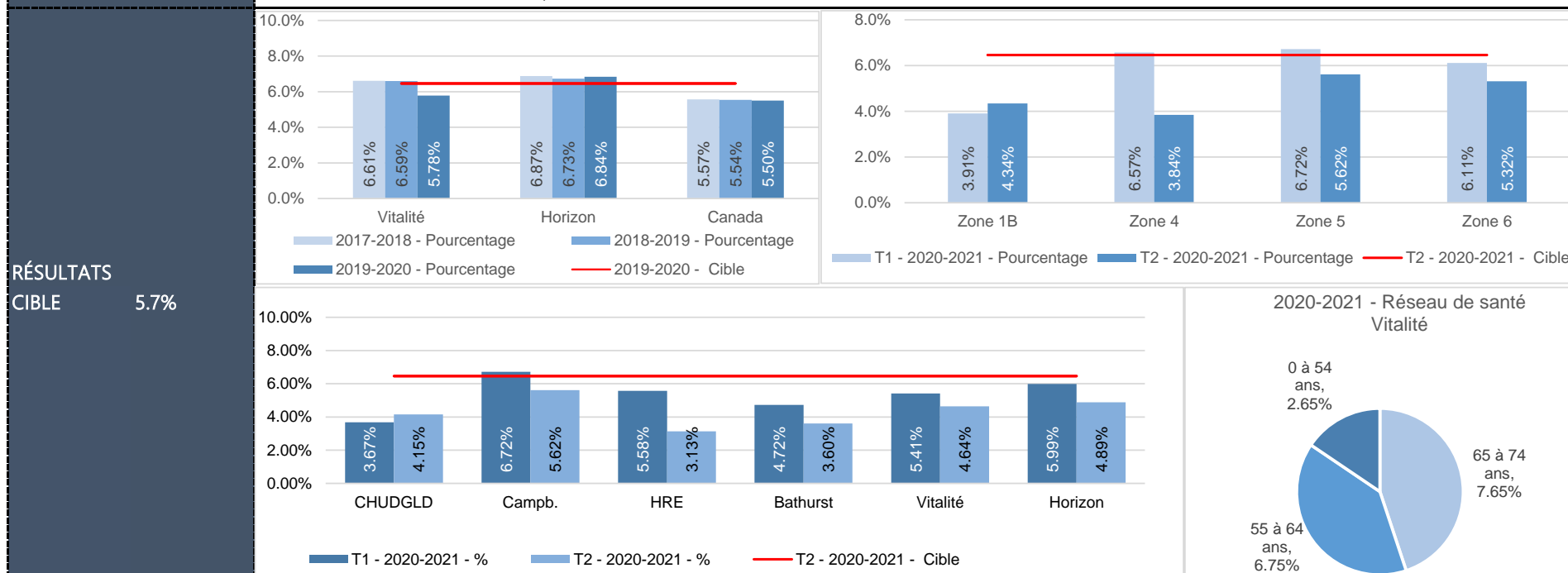
Indicateur: 1.4

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. Au deuxième trimestre de 2020-2021, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires était le plus élevé dans la Zone 5 (5.62 %) et le plus bas dans la Zone 4 (3.84 %).

FICHE EXPLICATIVE

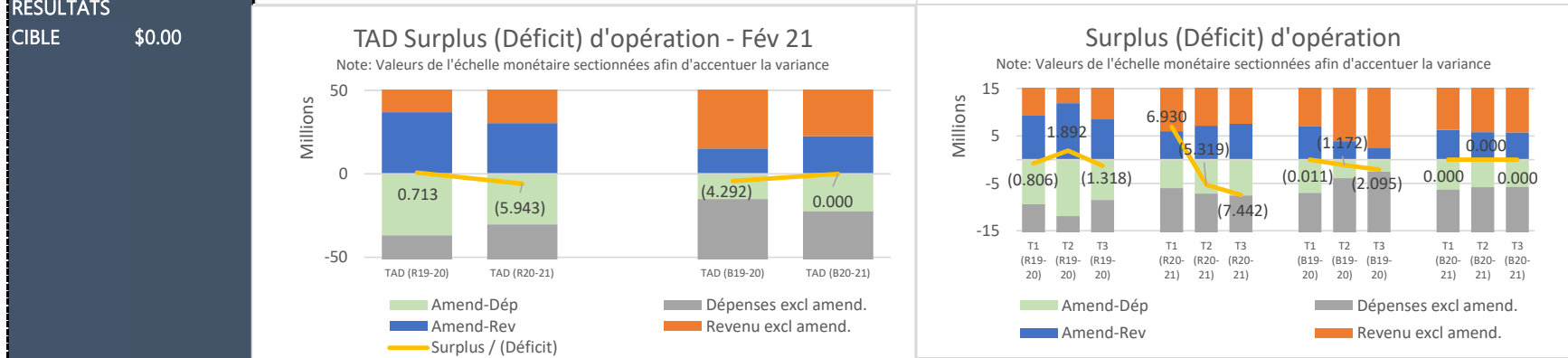
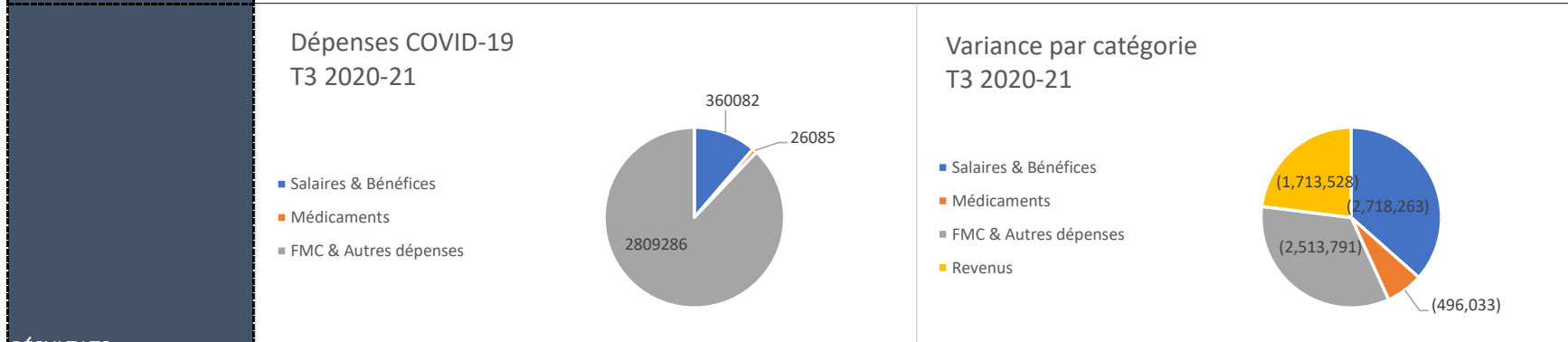
Indicateur: 2.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance entre le budget et les dépenses actuelles

| | | | | |
|-------------------|---------------------------------|-------------|--|---|
| 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.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Le Réseau de santé Vitalité présente une variance de (-5,943,064 \$) en 2020-2021 comparativement à une variance de 712,502 \$ en 2019-2020 après 11 mois d'opération. À partir du 3e trimestre, le Réseau de santé Vitalité affiche un déficit d'opération qui sera couvert par le Ministère jusqu'à concurrence du montant annuel budgété de revenus patients et des dépenses de la pandémie reportées. Les dépenses liées à la COVID-19 pour le 3e trimestre représente 5,445,052 \$ totalisant 12,402,498 \$ pour l'exercice 2020-2021.

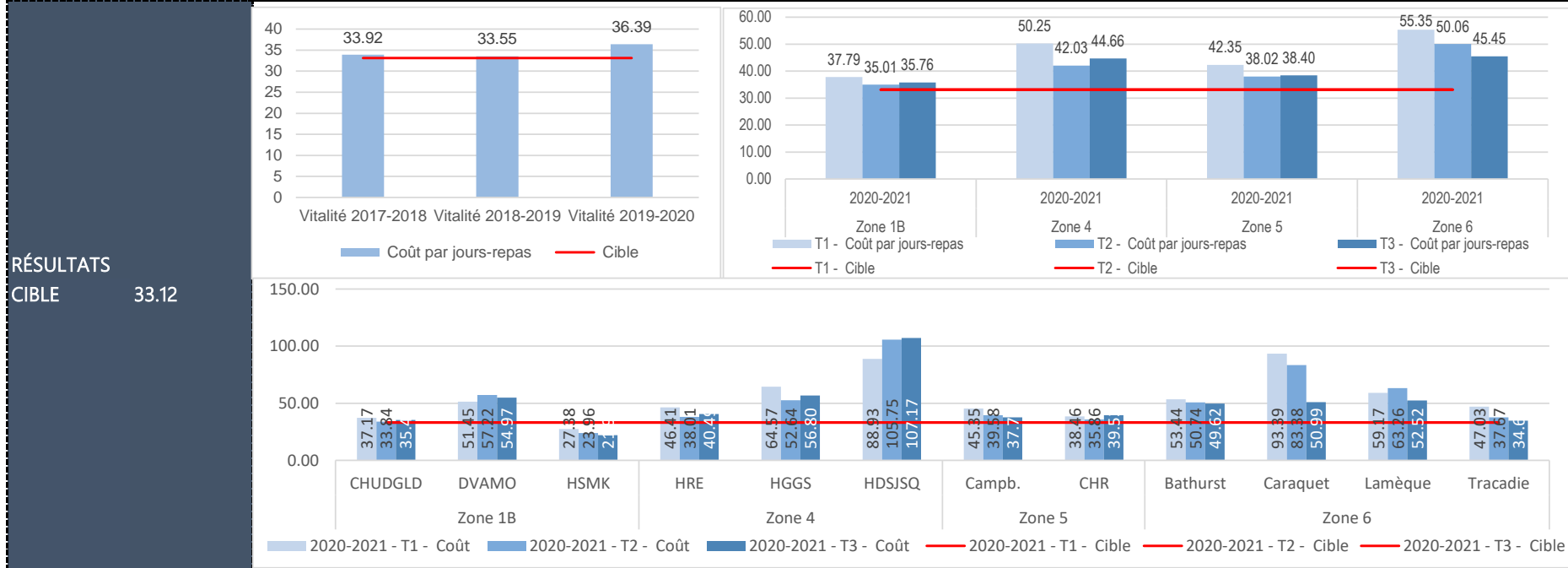
FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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).



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Les résultats comparatifs à date pour les trois dernières années 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 troisième trimestre dans la Zone 6 (45.45\$).

FICHE EXPLICATIVE

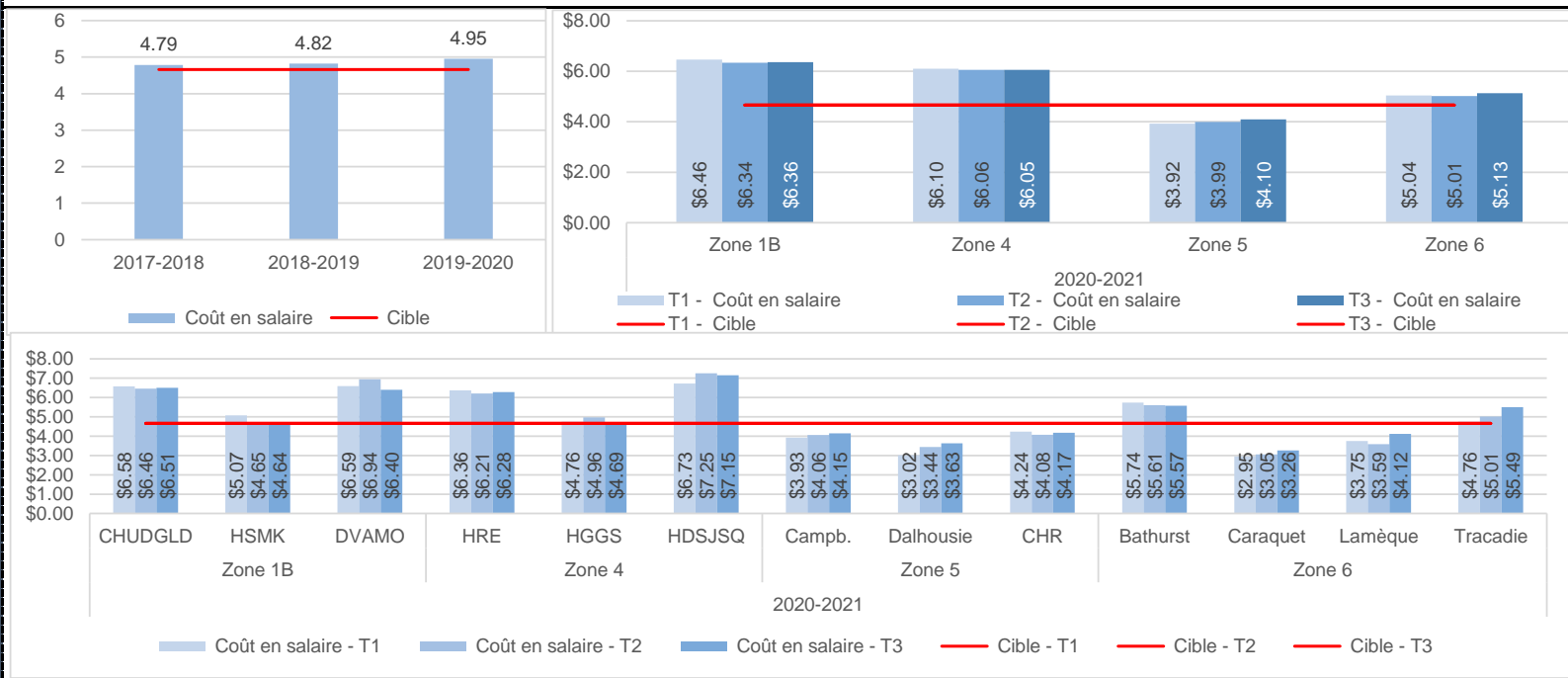
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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 (6.36) au troisième trimestre de 2020-2021.

FICHE EXPLICATIVE

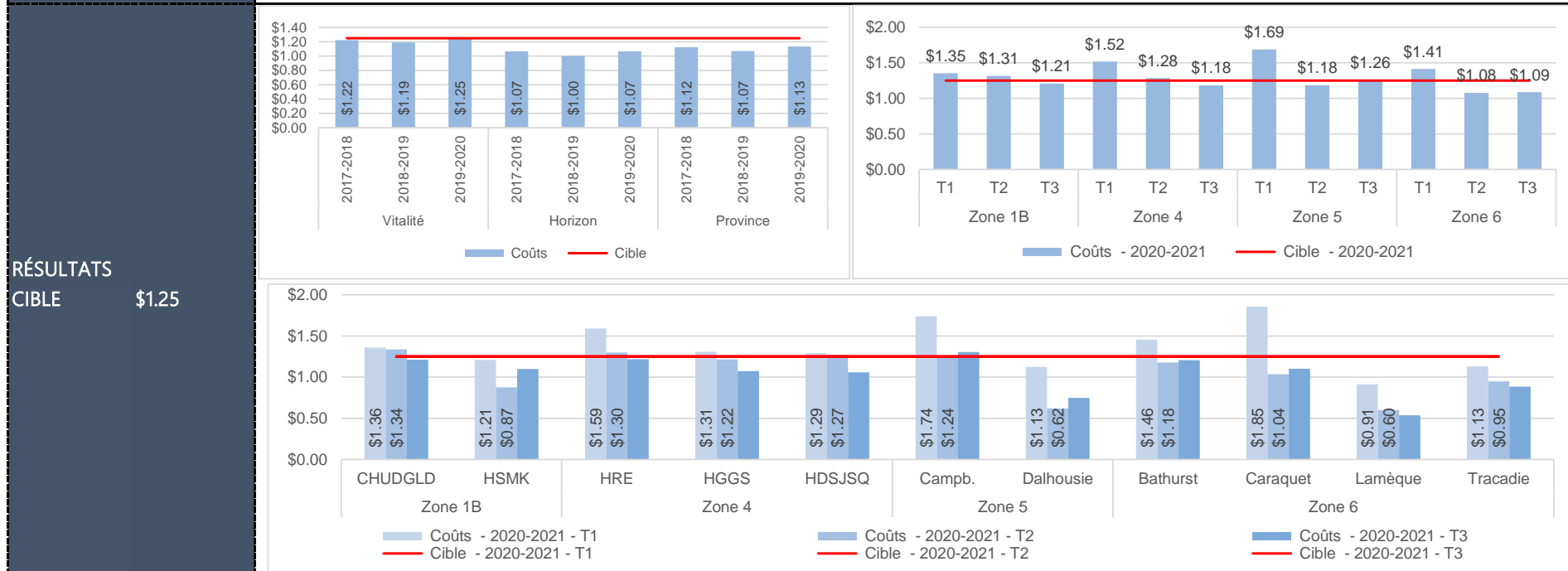
Indicateur: 2.4

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 troisième trimestre de 2020-2021 par zone et par établissement sont présentés. La Zone 5 présentait le coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail le plus élevé (1.26 \$) tandis que la Zone 6 présente le coût le plus faible (1.09 \$). Le Réseau de santé Vitalité présentait un coût plus élevé que le Réseau de santé Horizon pour l'année 2019-2020 (1.25 \$ comparativement à 1.07 \$).

FICHE EXPLICATIVE

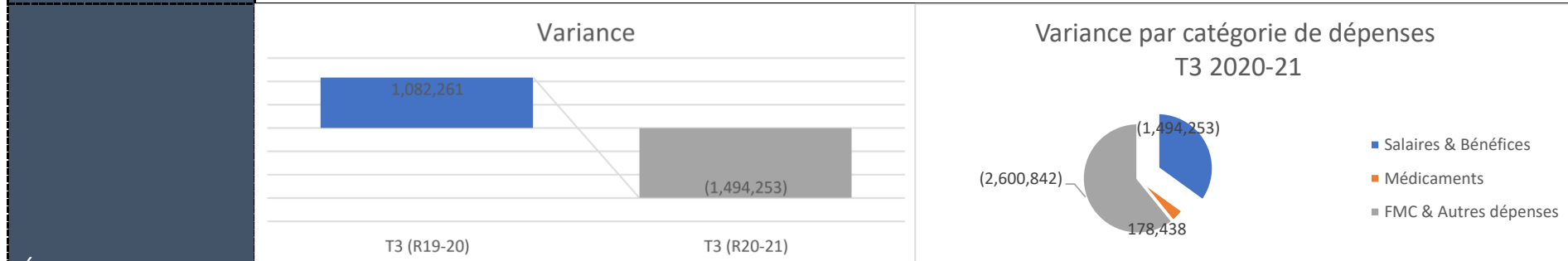
Indicateur: 2.5

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

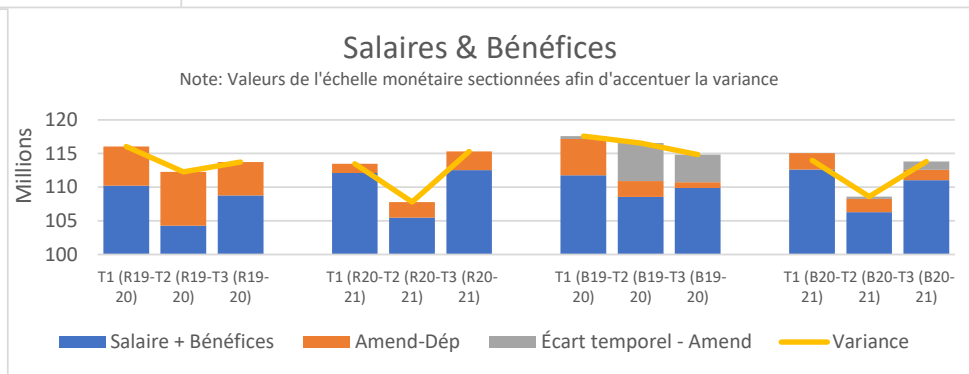
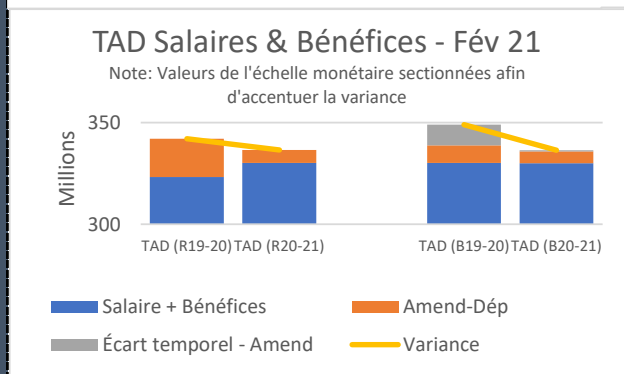
Variance en salaires et bénéfices

| | | | | |
|-------------------|--------------------------------|-------------|--|---|
| 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 budgétaires qui influencent aussi les variances de revenus. Au T3, les ajustements nets des dépenses de salaires ont été de 4,104,090 \$ pour 2019-20 et de 1,224,010 pour 2020-21.



RÉSULTATS CIBLE
 \$0.00



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Après 11 mois d'opération, on remarque un écart défavorable (excluant l'effet des amendements budgétaires à recevoir) au niveau des salaires et des bénéfices principalement dans les services liés à la gestion de la pandémie dont les secteurs ambulatoires, les départements de triage et de vaccination. Les coûts rattachés aux accidents de travail démontrent des économies de 1.1 M\$ au 28 février 2021.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.6

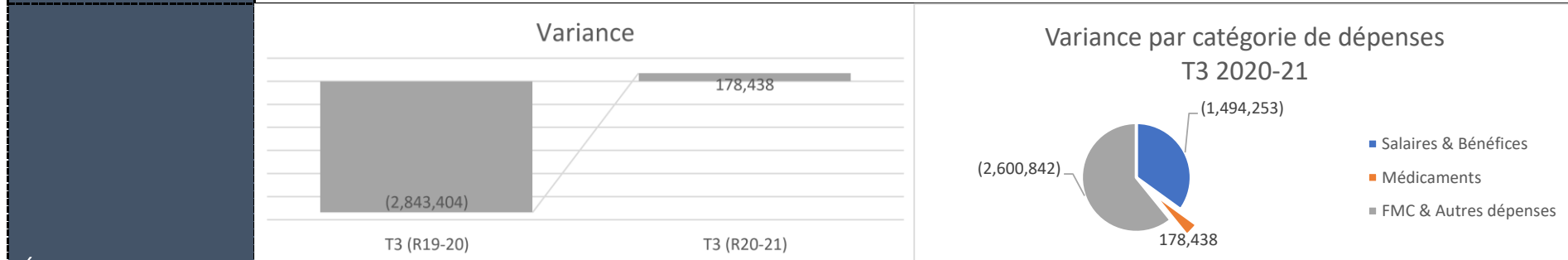
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance en dépenses médicaments

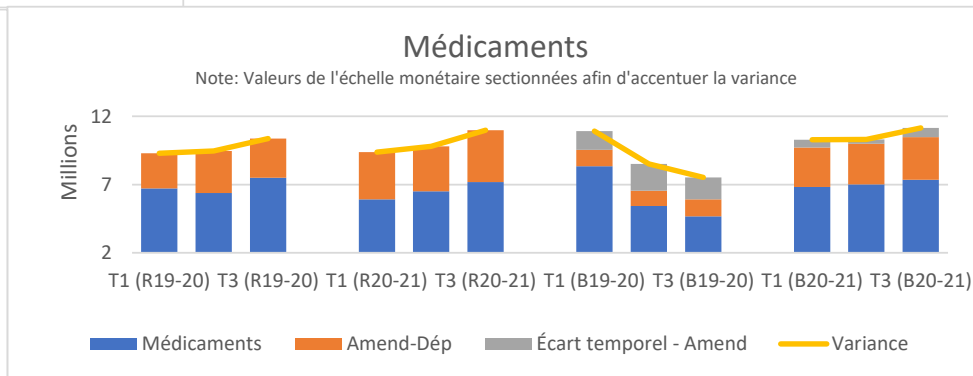
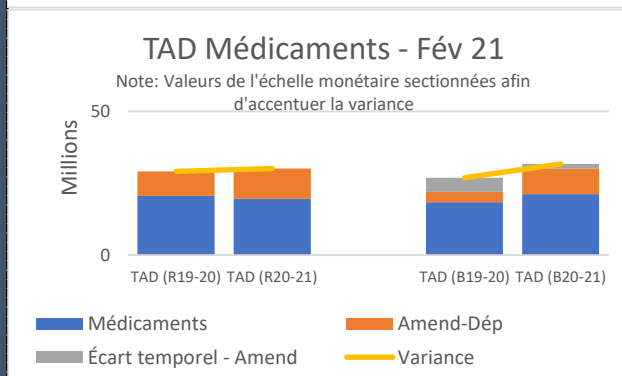
| | | | | |
|-------------------|--------------------------------|-------------|--|---|
| LEADERSHIP | Gisèle Beaulieu | INITIATIVES | Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière | ✓ |
| FRÉQUENCE | Trimestrielle | | | |
| SOURCE DE DONNÉES | Fichier 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 budgétaires qui influencent aussi les écarts des revenus. Au T3, les ajustements nets des dépenses des médicaments ont été de 1,617,648 \$ pour 2019-20 et de 674,461 \$ pour 2020-21.



RÉSULTATS CIBLE \$0.00



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Le résultat du troisième trimestre de l'année 2020-2021 présente une stabilité de la variance favorable du deuxième trimestre passant de 1,403K \$ à 1,582K \$ comparativement à une variance défavorable de (2,170K \$) en 2019-2020. Les effets de la COVID-19 ont impacté financièrement l'organisation par un écart favorable totalisant 1.6M \$ (excluant l'effet des amendements budgétaire à recevoir) affectant les médicaments d'oncologie pour un montant de 677K \$ et les autres médicaments pour un montant de 900K \$ pour l'exercice 2020-2021. Cette variance est causée par la diminution importante des jours patients de 43,518 jours patients dans les soins infirmiers (réduction de -15.8%).

FICHE EXPLICATIVE

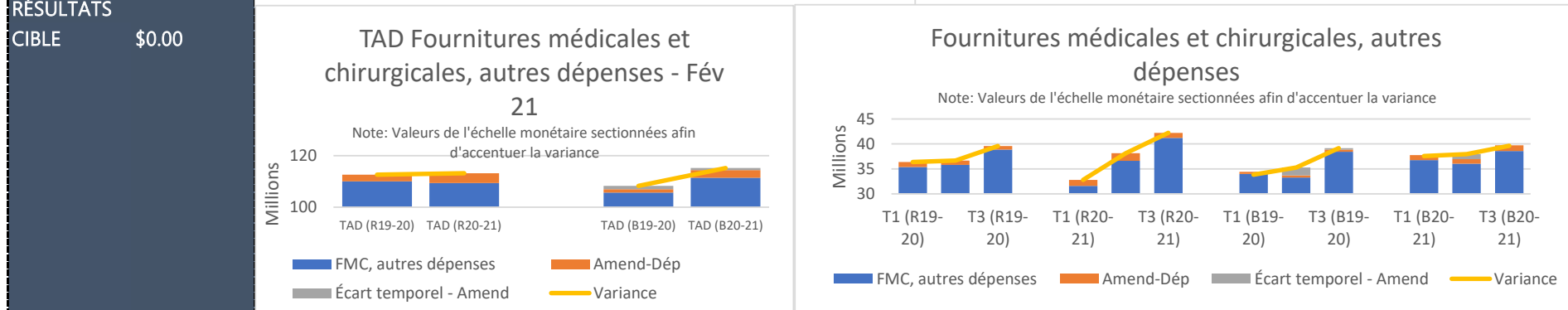
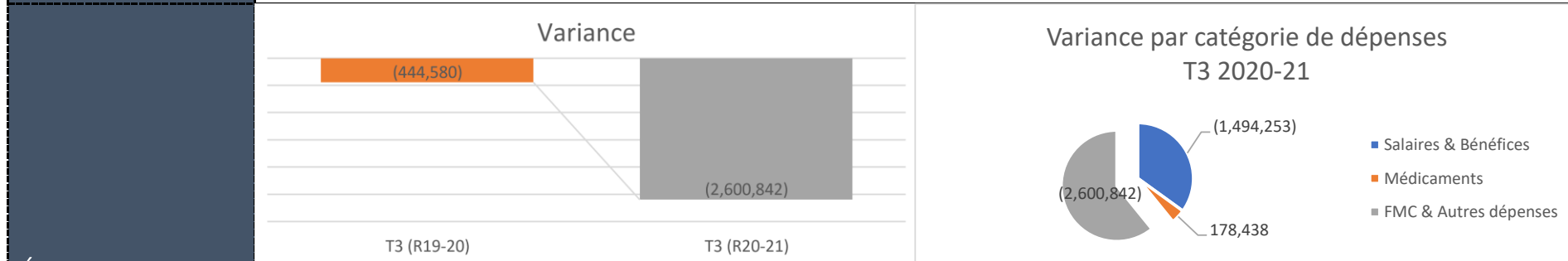
Indicateur: 2.7

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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 budgétaires qui influencent aussi les écarts des revenus. Au T3, les ajustements nets des dépenses des FMC et autres dépenses ont été de 277,092 \$ pour 2019-20 et de (-87,051 \$) pour 2020-21.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Le ralentissement des activités dû à la COVID-19 a réduit considérablement les dépenses d'opération en lien avec le budget de base (-12.2M \$) qui inclus l'effet de l'écart favorable des fournitures médicales et chirurgicales des secteurs de la chirurgie se chiffrant à 2.6M\$, le nombre de chirurgies a diminué de 21.8% comparativement à la même période l'année dernière. Le total des dépenses liées à la COVID-19 en lien aux fournitures médicales et chirurgicales ainsi que les autres dépenses représente 10,2M \$ pour le 3e trimestre.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.8

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Coût en énergie par pied carré

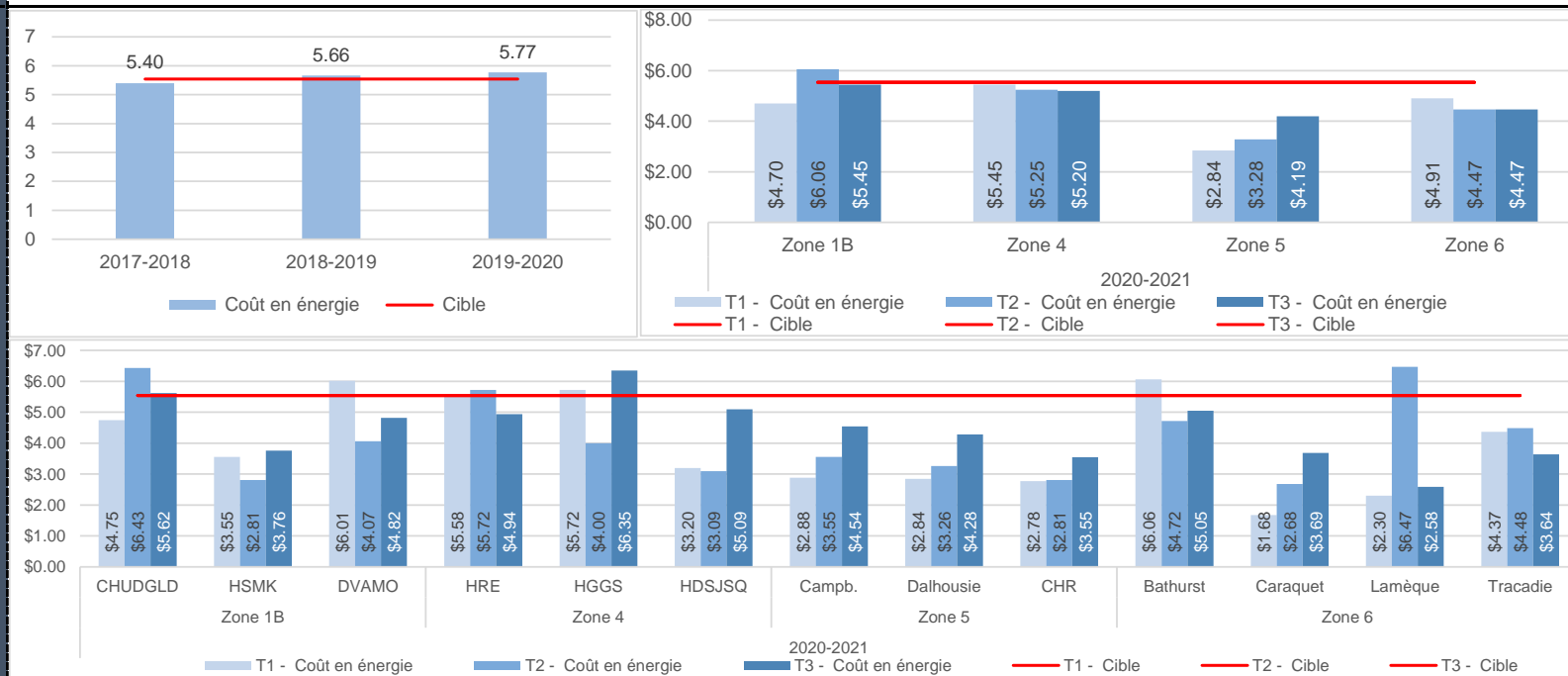
| | | | | |
|-------------------|--------------------------------|-------------|---|---|
| LEADERSHIP | Stéphane Legacy | INITIATIVES | Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière. | ✓ |
| FRÉQUENCE | Trimestrielle | | Diminuer la consommation d'énergie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

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 troisième trimestre de 2020-2021, le coût était le plus élevé dans la Zone 1B (5.45) et le plus faible dans la Zone 5 (4.19).

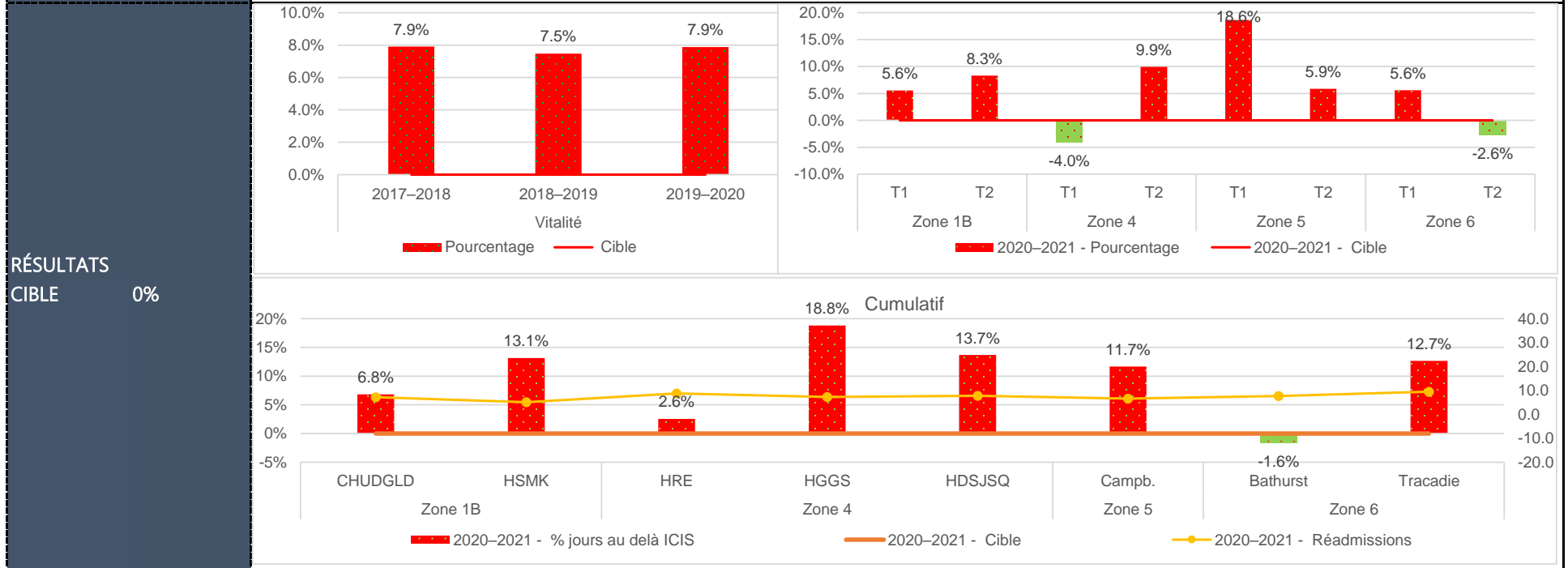
FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

| | | | | |
|-------------------|----------------|-------------|--|---|
| LEADERSHIP | Dre.Desrosiers | 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 du Réseau 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.



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

FICHE EXPLICATIVE

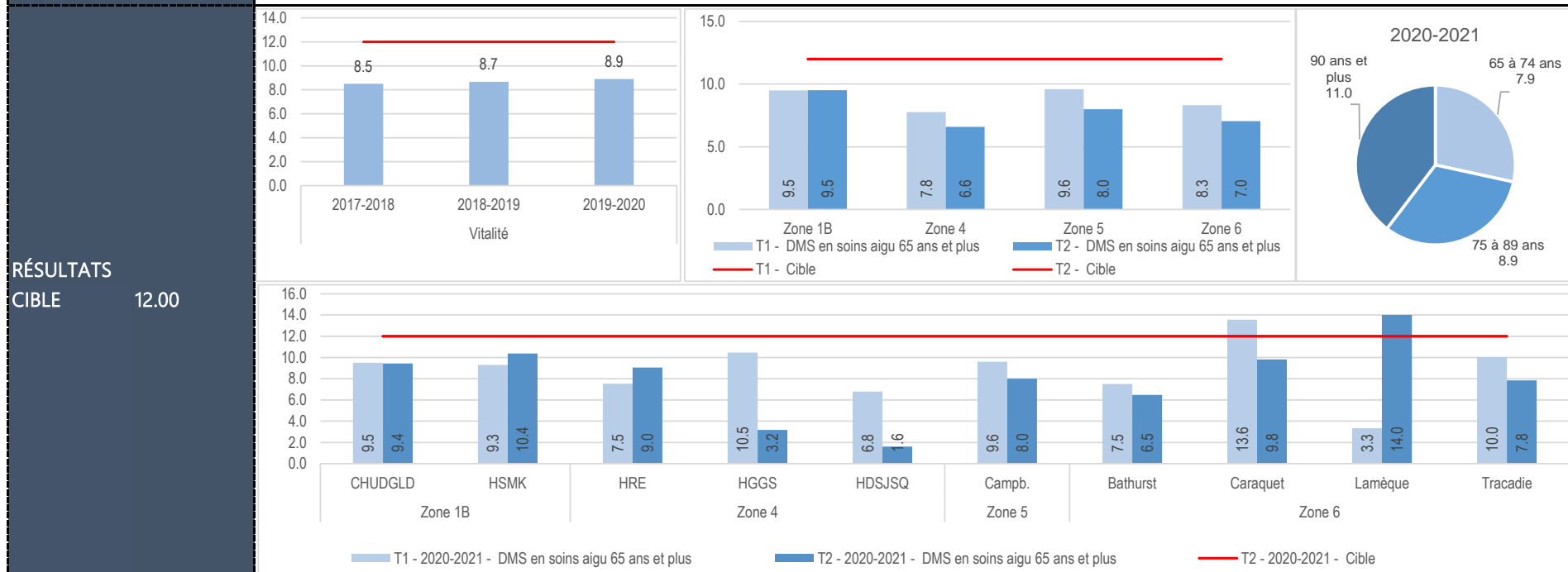
Indicateur: 3.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un séjour plus court est souhaitable. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. 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. Au deuxième trimestre de 2020-2021, la moyenne était particulièrement plus élevée chez les 90 ans et plus (11.0).

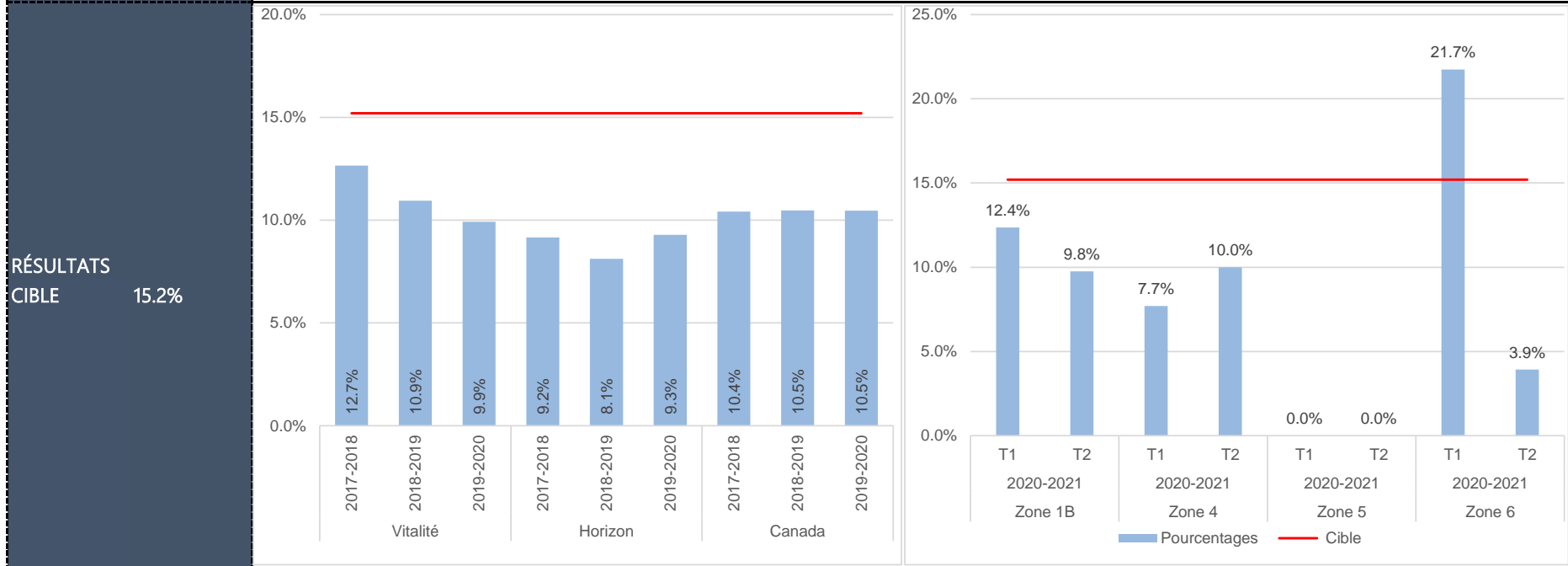
FICHE EXPLICATIVE

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, naissance unique) chez des femmes ne souffrant pas de placenta prævia et sans antécédents de césarienne. Puisque les accouchements par césarienne non nécessaires entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et sont associés à des coûts plus élevés, le taux de césariennes sert souvent à surveiller les pratiques cliniques. Les variations dans les taux peuvent signaler la nécessité d'examiner la pertinence des soins et les résultats pour la mère et le nouveau-né.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un faible taux est souhaitable. Les variations des résultats de cet indicateur pourraient faire état de différences dans la pratique clinique. Cet indicateur permet de signaler les éléments à améliorer et de réduire les taux de césariennes. Bien qu'il soit limité à une population à très faible risque, les efforts de réduction des taux de césariennes dans cette population pourraient entraîner une réduction globale des taux. 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. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 6 présentait un résultat particulièrement élevé (21.7 %). Le taux de la Zone 6 a toutefois grandement diminué au deuxième trimestre (3.9 %).

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de chutes

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Un taux de chutes élevé présente également un potentiel de litige important pour le Réseau de santé Vitalité. Au troisième trimestre de 2020-2021, le taux de chutes était le plus élevé dans la Zone 5 (5.64). Par établissement, ce taux était plus élevé à l'Hôpital régional de Grand-Sault (8.68) au troisième trimestre.

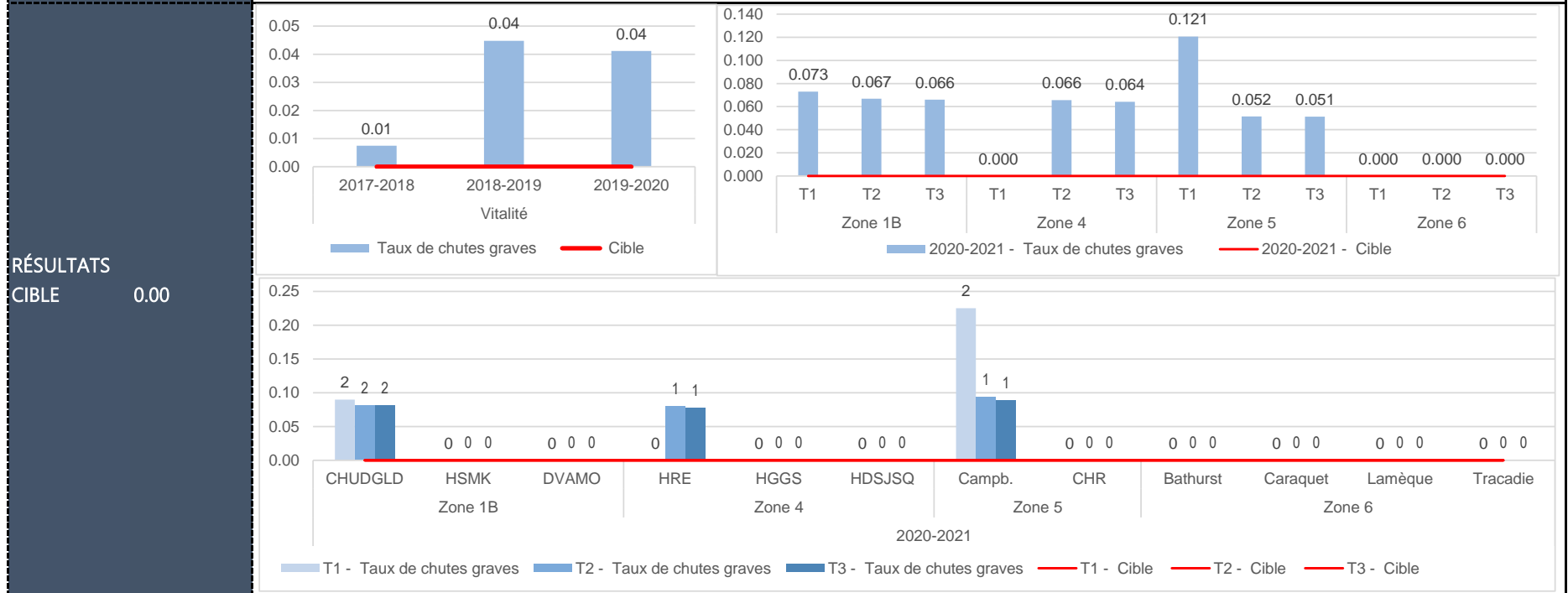
FICHE EXPLICATIVE

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
 Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les chutes sont classées selon la gravité. Le Réseau de santé Vitalité a mis en place un programme de prévention des chutes dans l'ensemble de ses établissements et services.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car chez les personnes âgées, les chutes peuvent mener à une perte d'autonomie, de mobilité et augmentent le risque de décès précoce. La réduction des chutes et des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les patients et réduire les coûts. Au troisième trimestre de 2020-2021, 4 chutes avec blessures graves ont été comptabilisées au sein du Réseau.

FICHE EXPLICATIVE

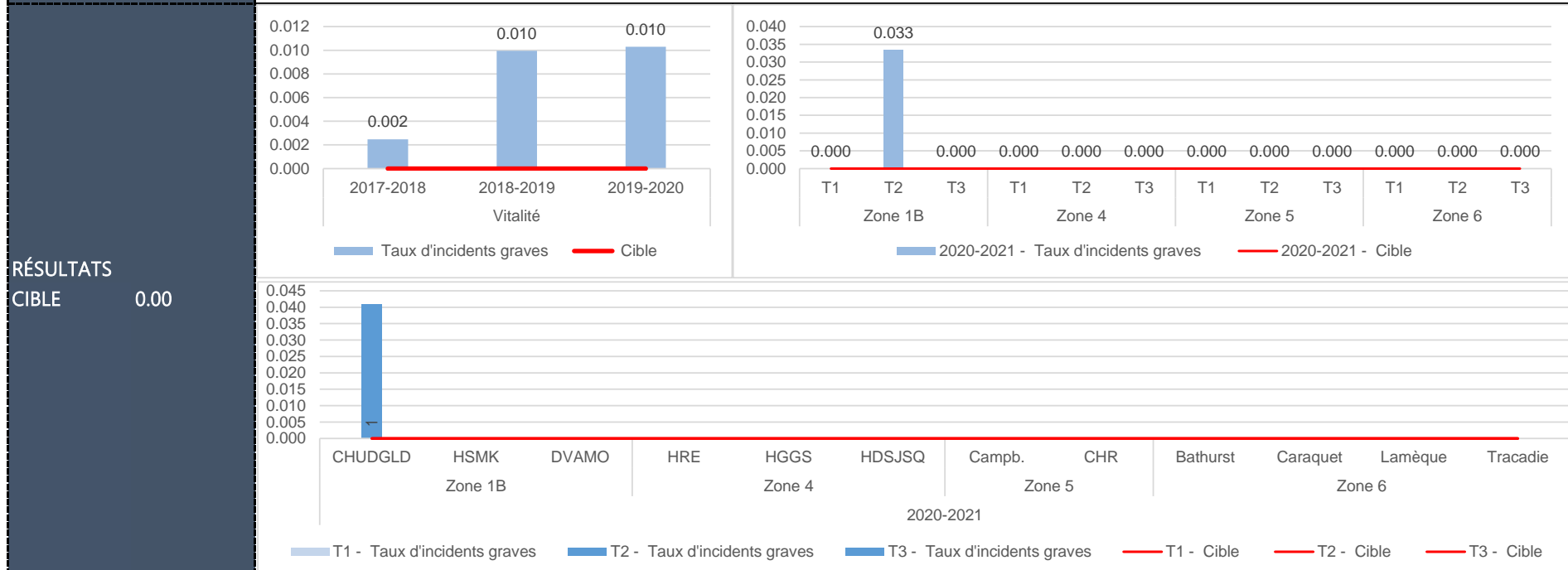
Indicateur: 3.6

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 à une catégorie de gravité.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat nul est souhaitable. Parmi les risques hospitaliers, les incidents graves sont les plus importants et les études démontrent qu'ils seraient évitables dans 50 % des cas. Au troisième trimestre de 2020-2021, aucun incident avec blessures graves n'a été comptabilisé au Réseau de santé Vitalité.

FICHE EXPLICATIVE

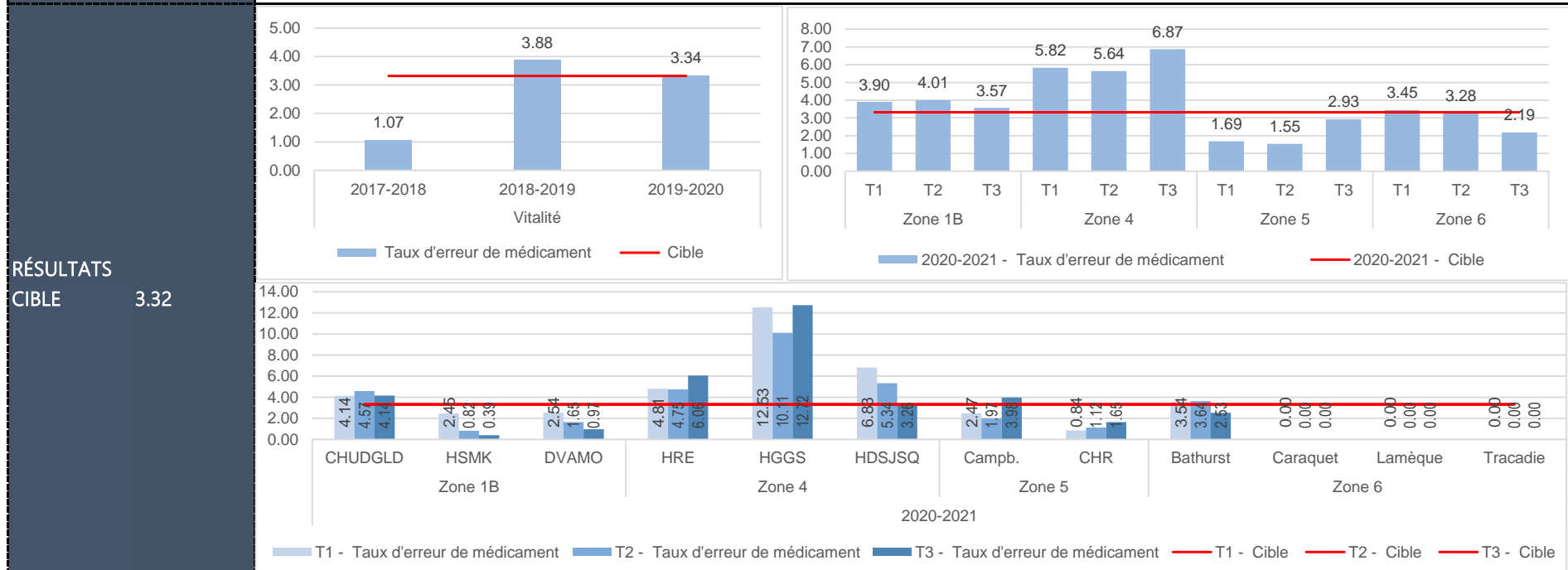
Indicateur: 3.7

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins de santé. En 2019-2020, le taux d'erreurs des médicaments était de 3.33 au sein du Réseau de santé Vitalité. Au troisième trimestre de 2020-2021, la Zone 4 présentait le taux le plus élevé (6.73) puisque l'Hôpital général de Grand-Sault présentait un taux de 12.72 et l'Hôpital régional d'Edmundston présentait un taux de 6.06.

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 démontre 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 troisième trimestre de 2020-2021 montraient une belle amélioration étant donné que toutes les zones se situent à 81.3% et plus.

FICHE EXPLICATIVE

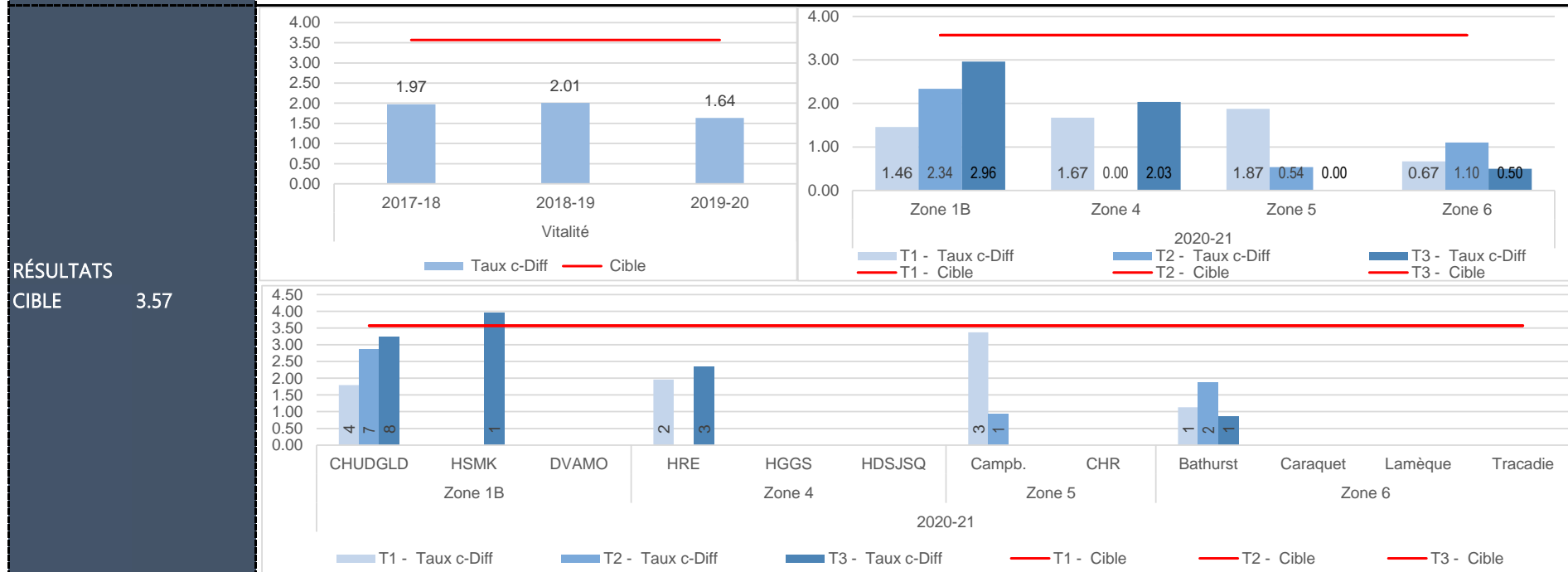
Indicateur: 3.9

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. Au troisième trimestre de 2020-2021, le seul établissement ayant dépassé la cible est l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent.

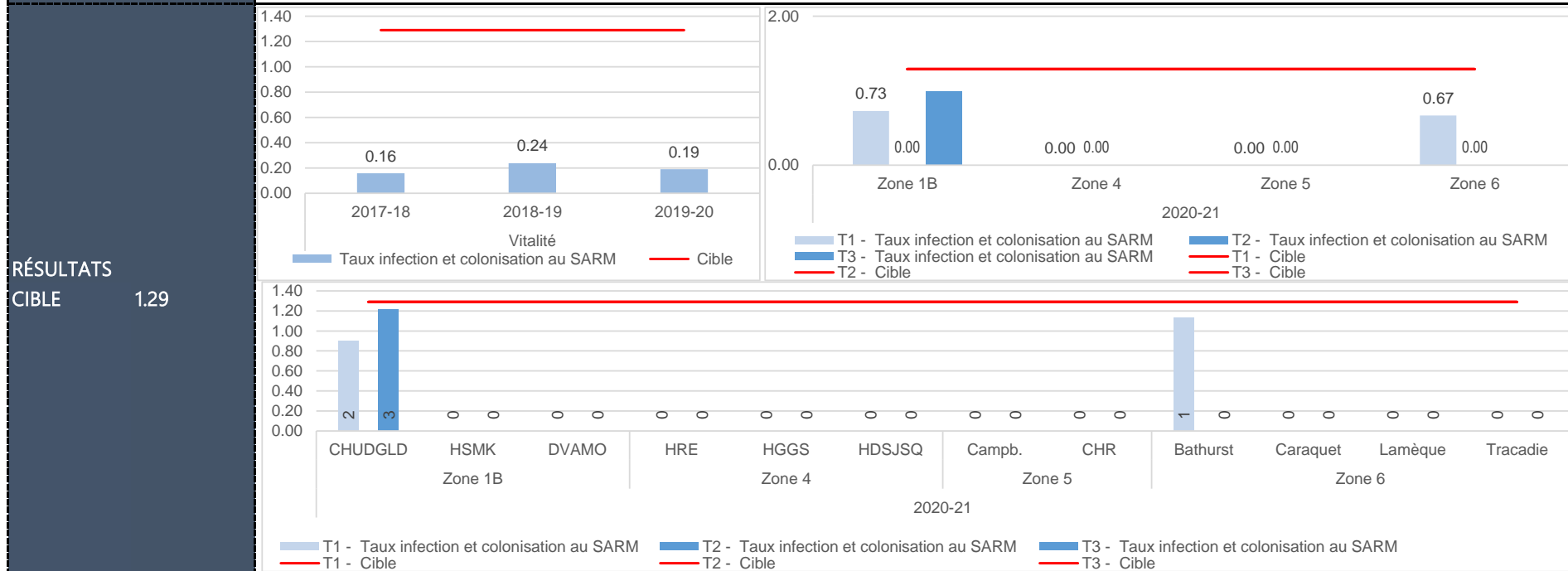
FICHE EXPLICATIVE

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. Le CHUDGLD est le seul établissement ayant présenté des cas d'infection (3) au troisième trimestre de 2020-2021.

FICHE EXPLICATIVE

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 | <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>2017-18: 0.00 2018-19: 0.11 2019-20: 0.05</p> <p>Taux d'infection et colonisation ERV</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Zone 1B: 0.00 Zone 4: 0.00 Zone 5: 0.00 Zone 6: 0.00</p> <p>T1 - Taux d'infection et colonisation ERV T2 - Taux d'infection et colonisation ERV T3 - Taux d'infection et colonisation ERV T1 - Cible</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>CIBLE: 0.05</p> <p>CHUDGLD: 0.40 HSMK: 0.00 DVAMO: 0.00 HRE: 0.00 HGGS: 0.00 HDSJSQ: 0.00 Campb.: 0.00 CHR: 0.00 Bathurst: 0.00 Caraquet: 0.00 Lamèque: 0.00 Tracadie: 0.00</p> <p>T1 - Taux d'infection et colonisation ERV T2 - Taux d'infection et colonisation ERV T3 - Taux d'infection et colonisation ERV T1 - Cible T2 - Cible T3 - Cible</p> </div> </div> | | | |
| 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. Aucun cas d'infection n'a été rapporté au troisième trimestre de 2020-2021.</p> | | | |

FICHE EXPLICATIVE

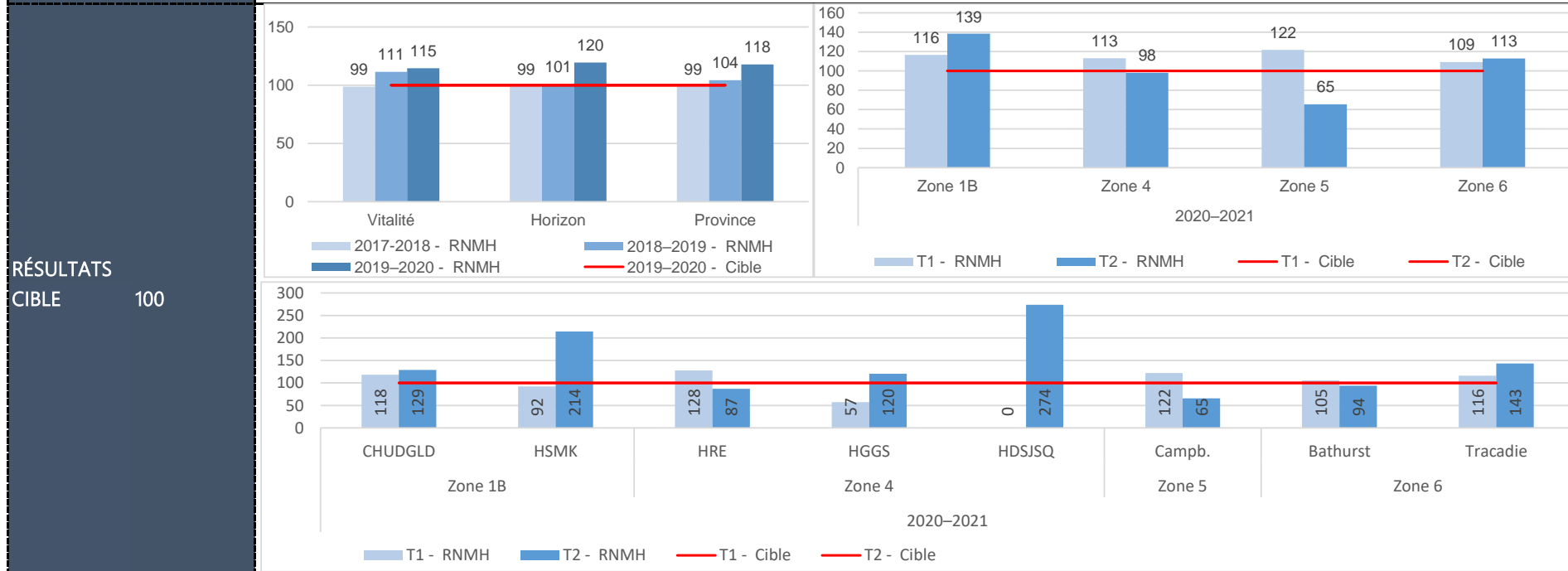
Indicateur: 3.12

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.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un résultat faible est favorable. Cette mesure est ajustée en fonction de certaines différences observées quant au type de patients traités dans un hôpital. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est surtout utile pour suivre la performance d'un même hôpital au fil du temps. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité et de la province. Au deuxième trimestre de 2020-2021, la Zone 1B présentait le ratio de mortalité hospitalière le plus élevé (139). C'est toutefois dans la Zone 4 qu'on retrouve l'établissement ayant le plus haut ratio de mortalité hospitalière au deuxième trimestre : HDSJSQ (274).

FICHE EXPLICATIVE

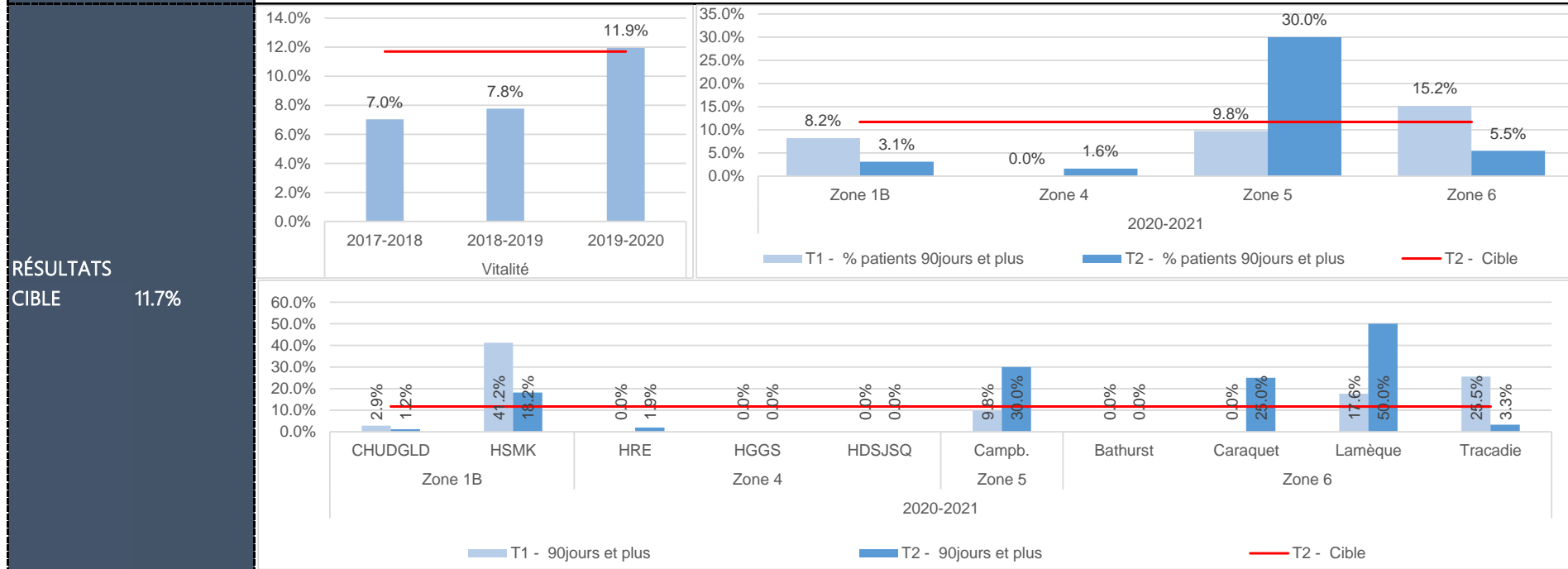
Indicateur: 3.13

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



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. Au deuxième trimestre de 2020-2021, la Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (30.0 %).

FICHE EXPLICATIVE

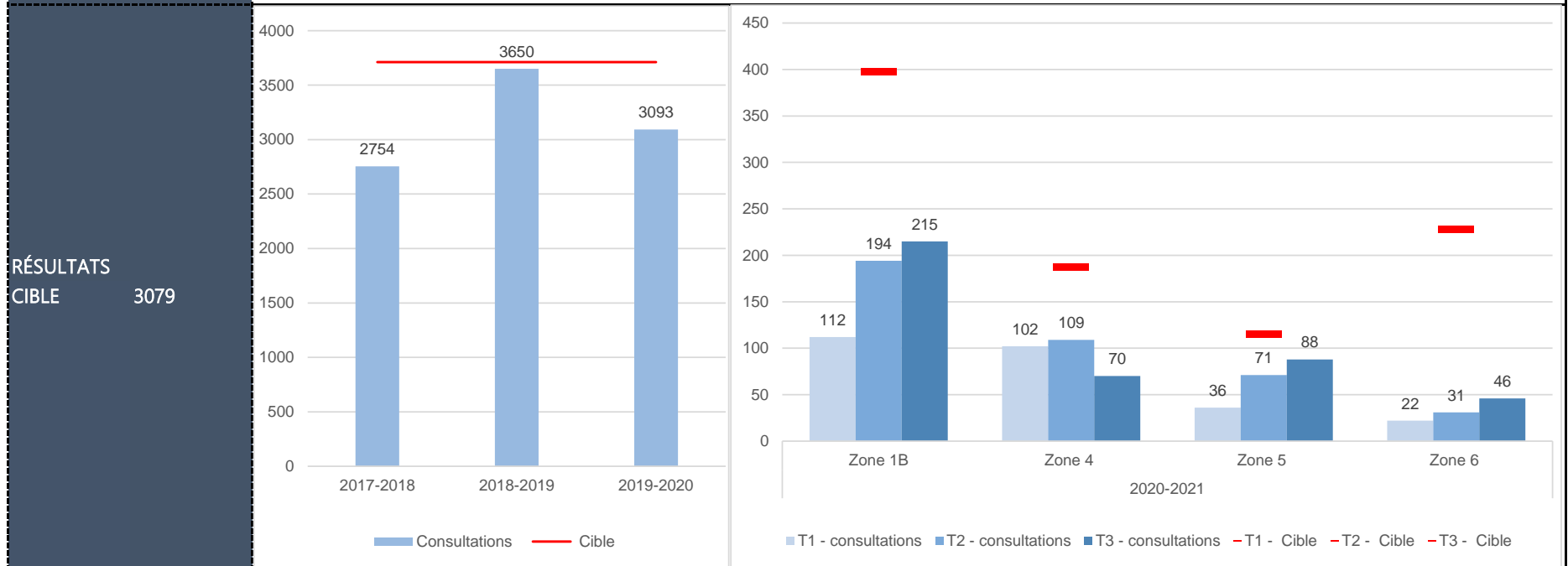
Indicateur: 3.14

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.



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 trois premiers trimestres de 2020-2021 présentent 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.

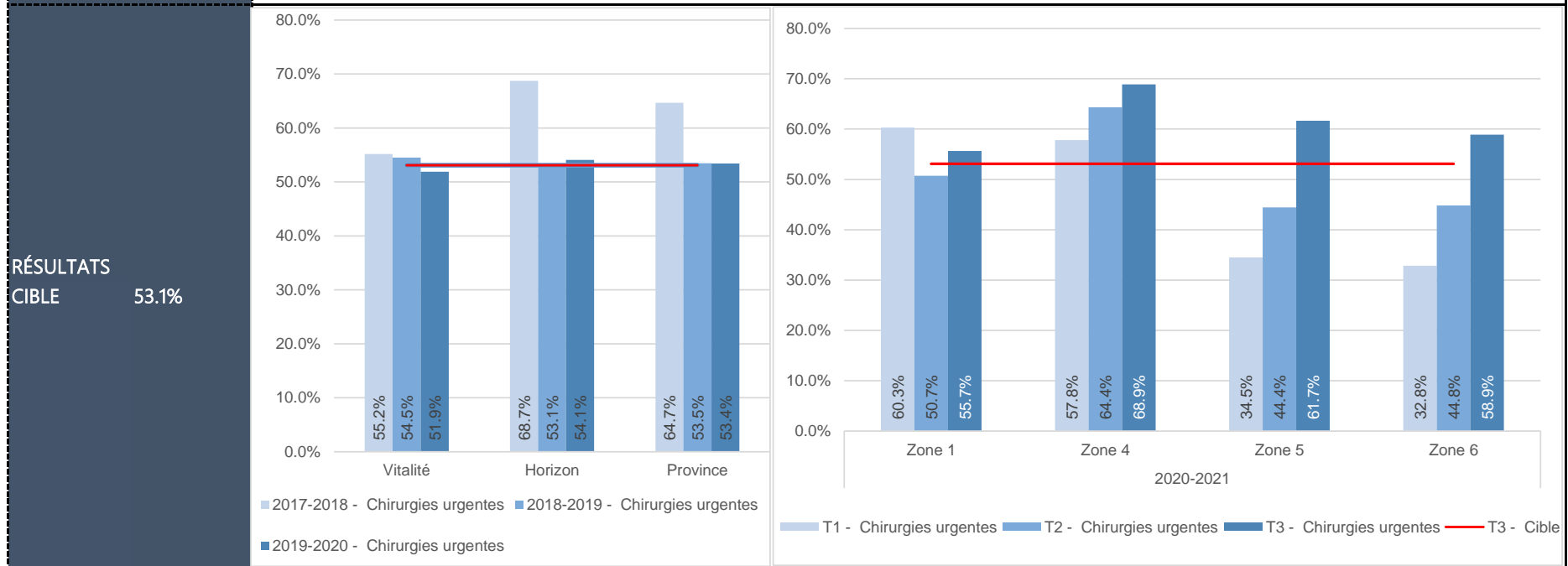
FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% chirurgies urgentes effectuées dans les délais

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un pourcentage élevé de chirurgies urgentes effectuées dans les délais est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais (catégories 1 et 2) est à la baisse depuis les 3 dernières années, passant de 55.2 % en 2017-2018 à 51.9 % en 2019-2020. Au deuxième trimestre de 2020-2021, seule la Zone 4 présentait un résultat supérieur à la cible souhaitée tandis qu'au troisième trimestre, toutes les zones présentaient un résultat supérieur à la cible.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.16

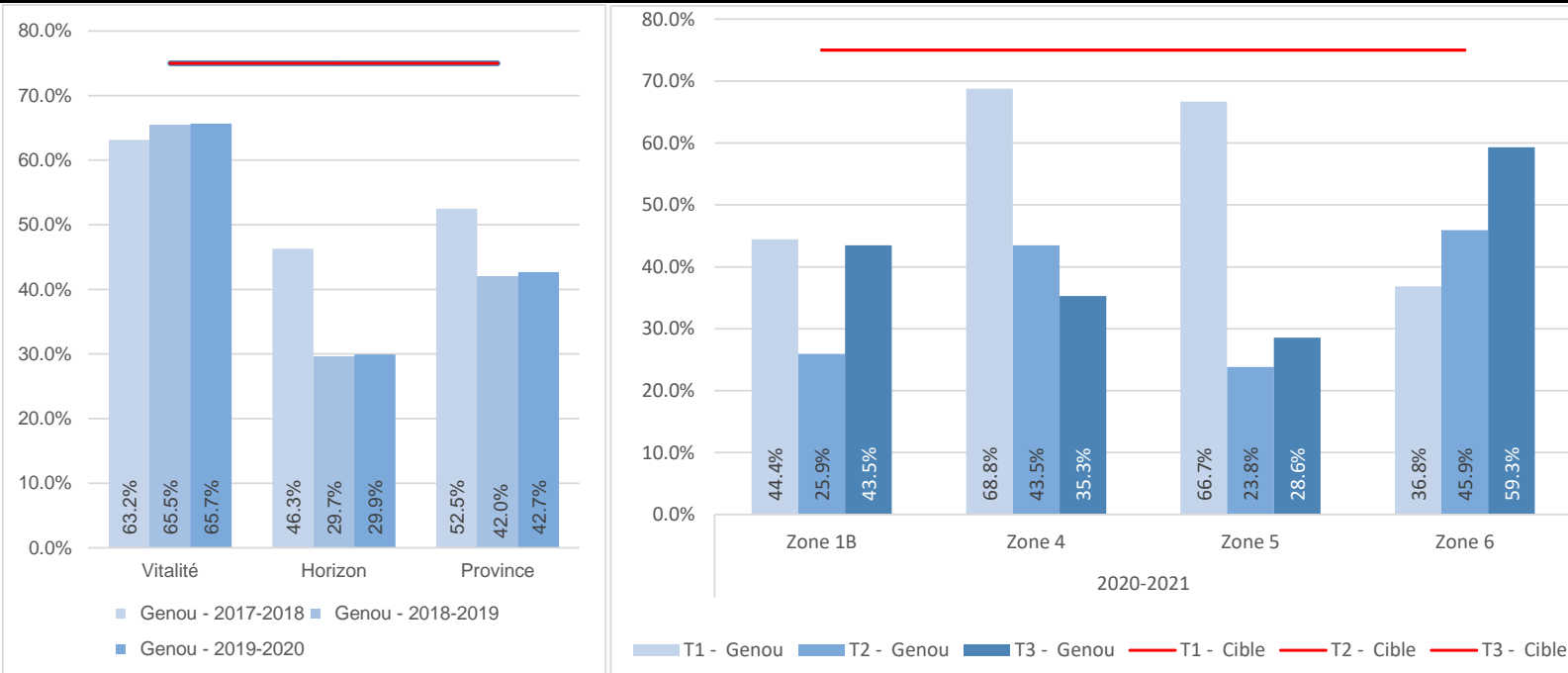
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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

RÉSULTATS CIBLE 75%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage élevé de chirurgie d'arthroplasite 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 %. Au troisième trimestre de 2020-2021, aucune zone ne présentait un résultat supérieur à la cible souhaitée.

FICHE EXPLICATIVE

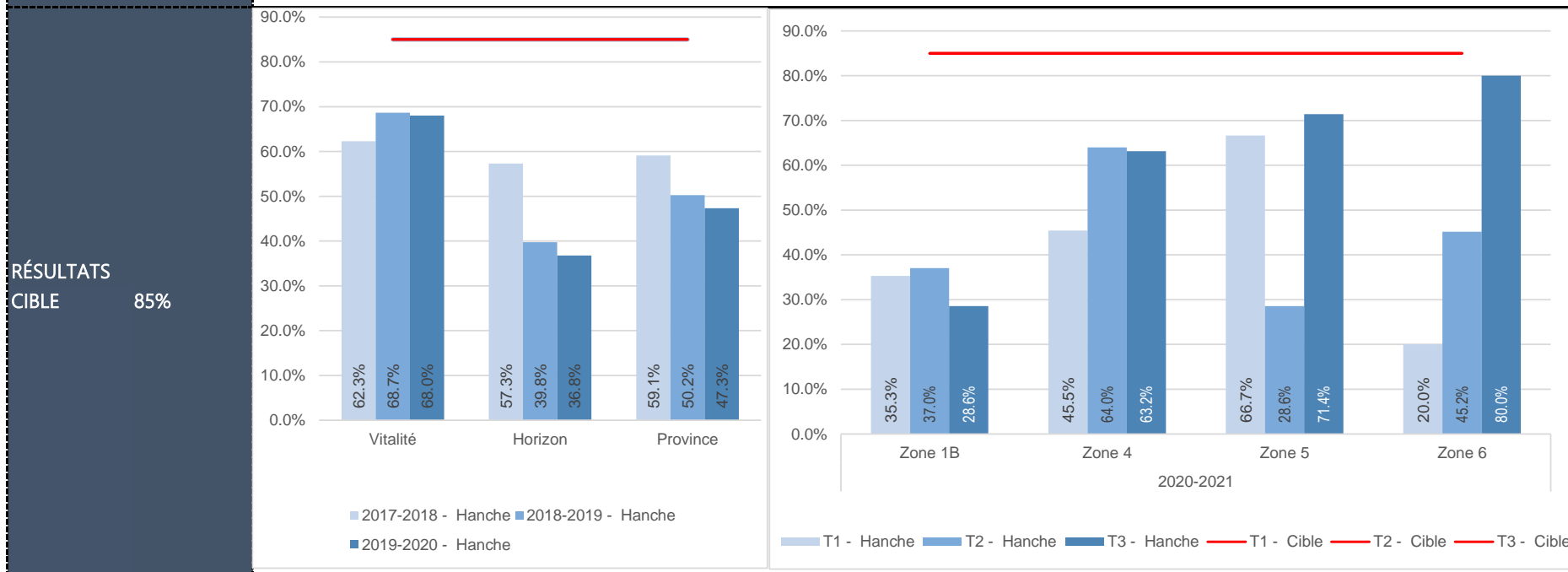
Indicateur: 3.17

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un pourcentage élevé de chirurgies arthroplastie de la hanche effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 62.3 % en 2017-2018 à 68.0 % en 2019-2020. Au troisième trimestre de 2020-2021, aucune zone ne présentait un résultat supérieur à la cible souhaitée.

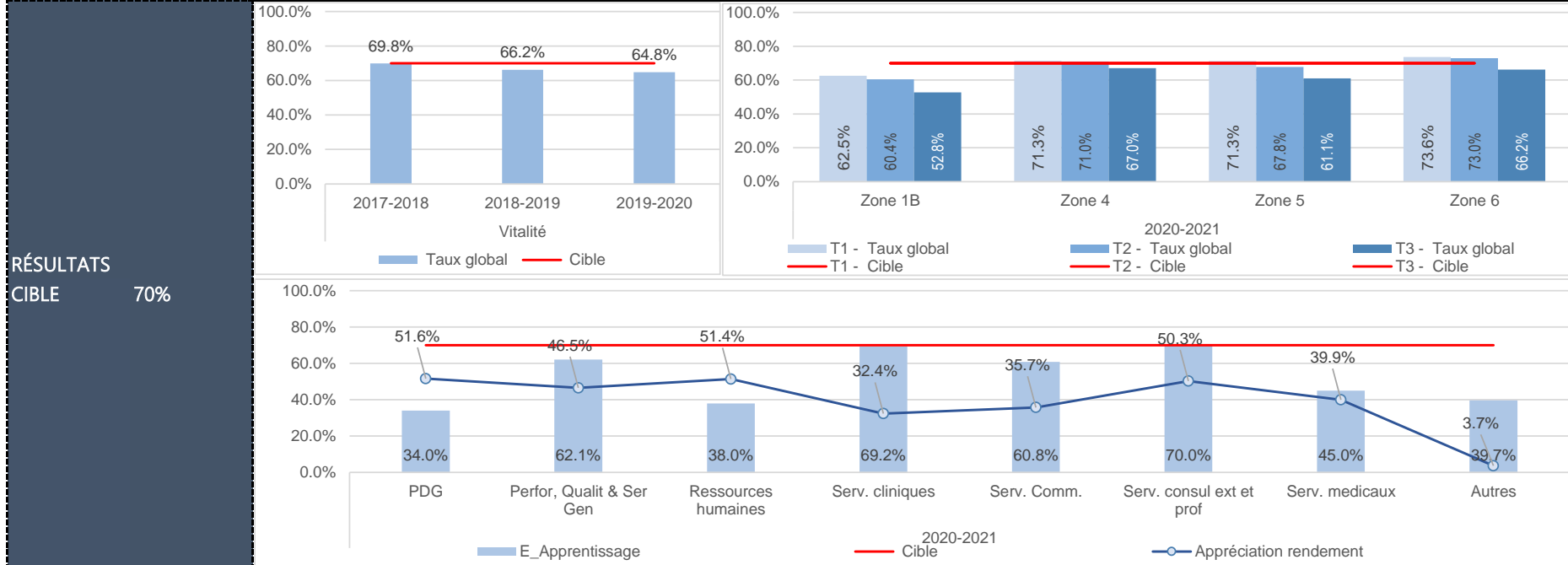
FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux global aux modules e-apprentissage

| | | | | |
|-------------------|---------------|-------------|--|---|
| LEADERSHIP | Johanne Roy | INITIATIVES | Favoriser la culture d'entreprise axées sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, 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.



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

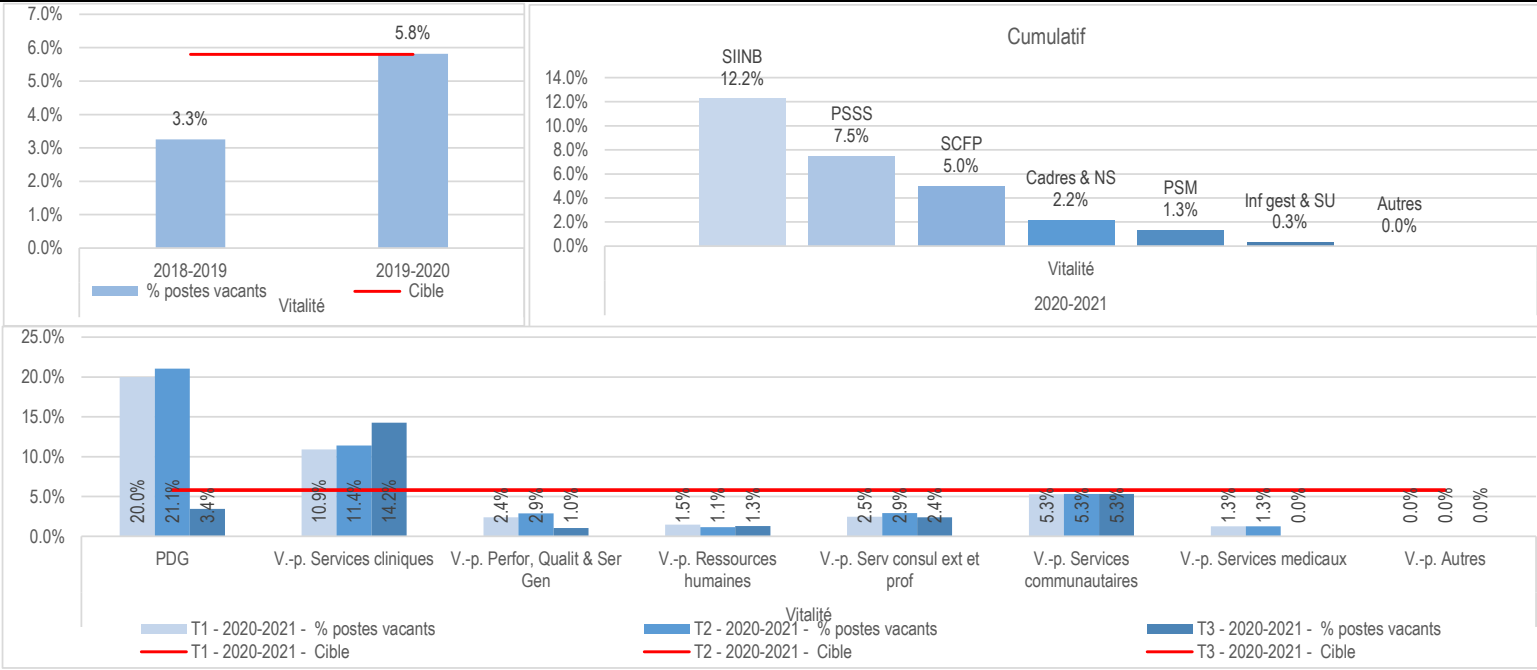
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% 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.

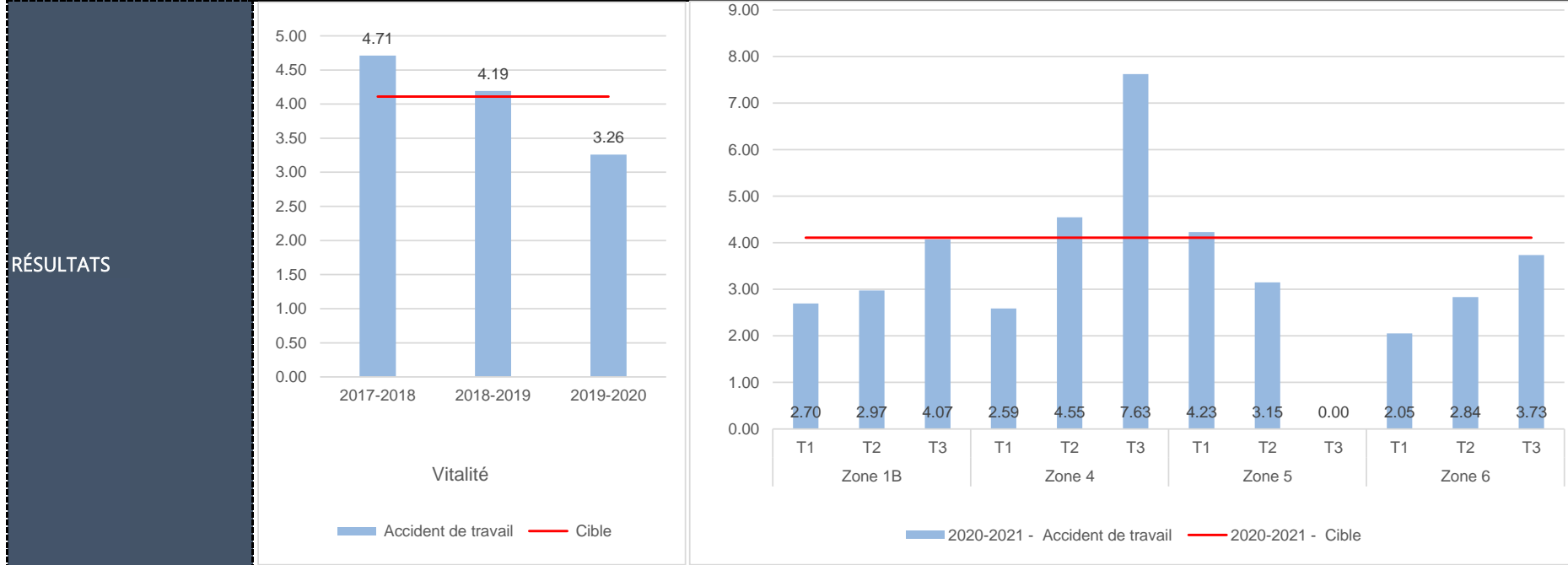
FICHE EXPLICATIVE

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.



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 troisième trimestre de 2020-2021, la Zone 4 avait le taux d'accidents de travail le plus élevé (7.63).

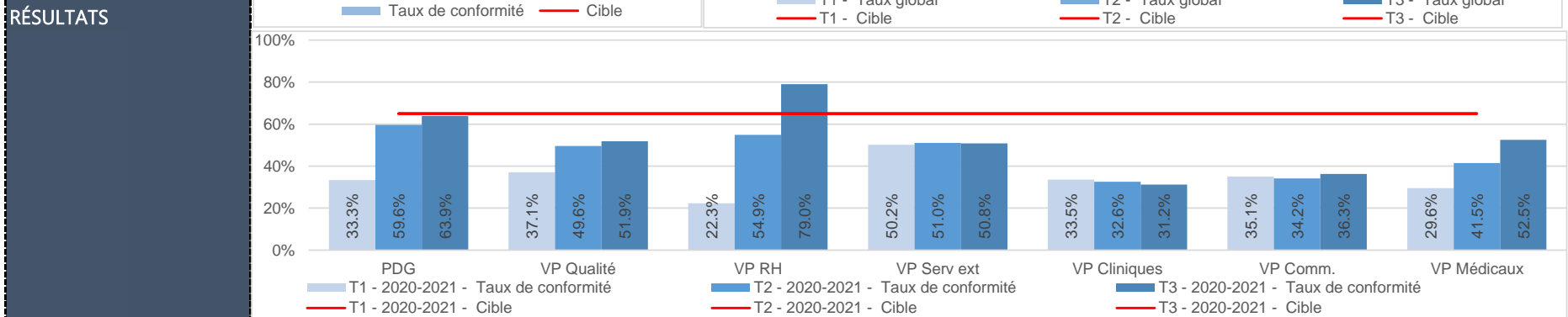
FICHE EXPLICATIVE

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.



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

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de nouveaux griefs

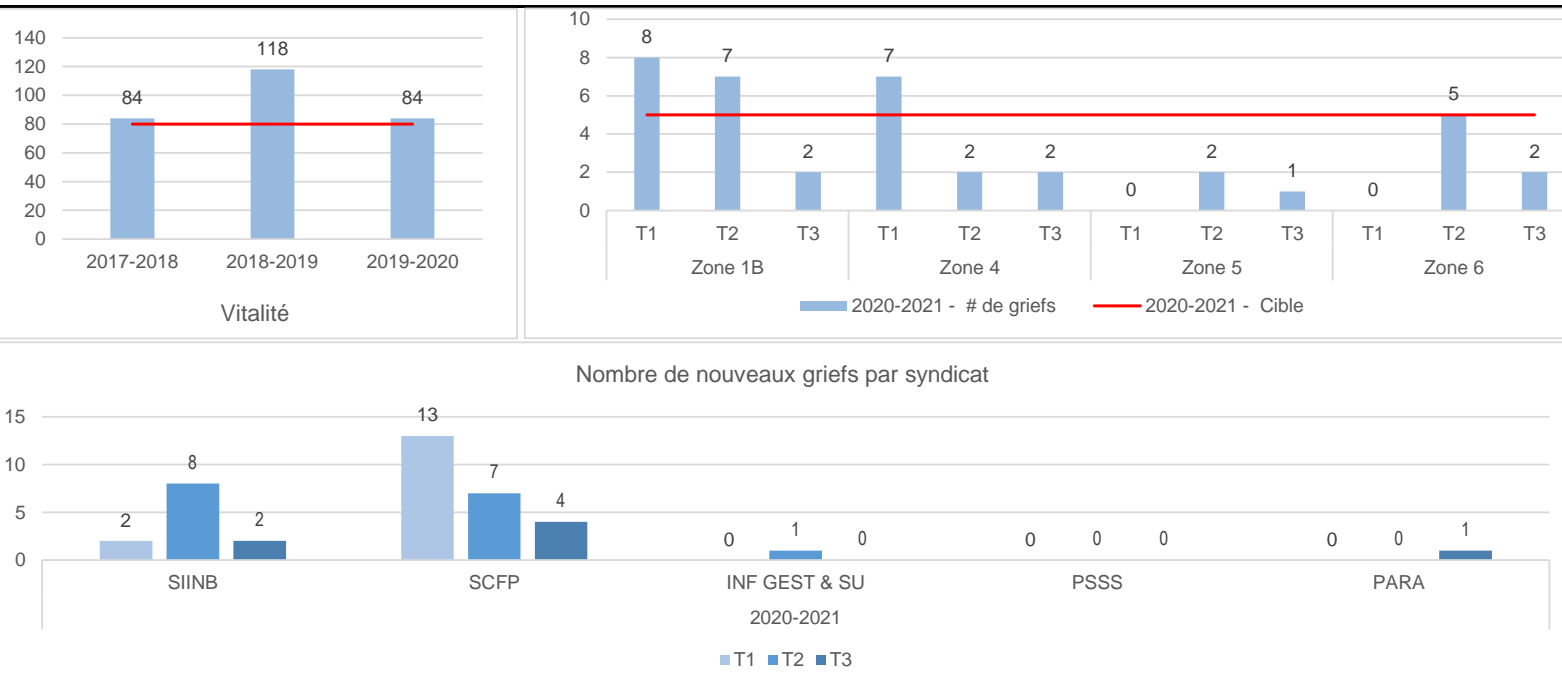
| | | | | |
|-------------------|---|-------------|--|---|
| LEADERSHIP | Johanne Roy | INITIATIVES | Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail | ● |
| FRÉQUENCE | Trimestrielle | | | |
| SOURCE DE DONNÉES | Cueillette de données ressources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

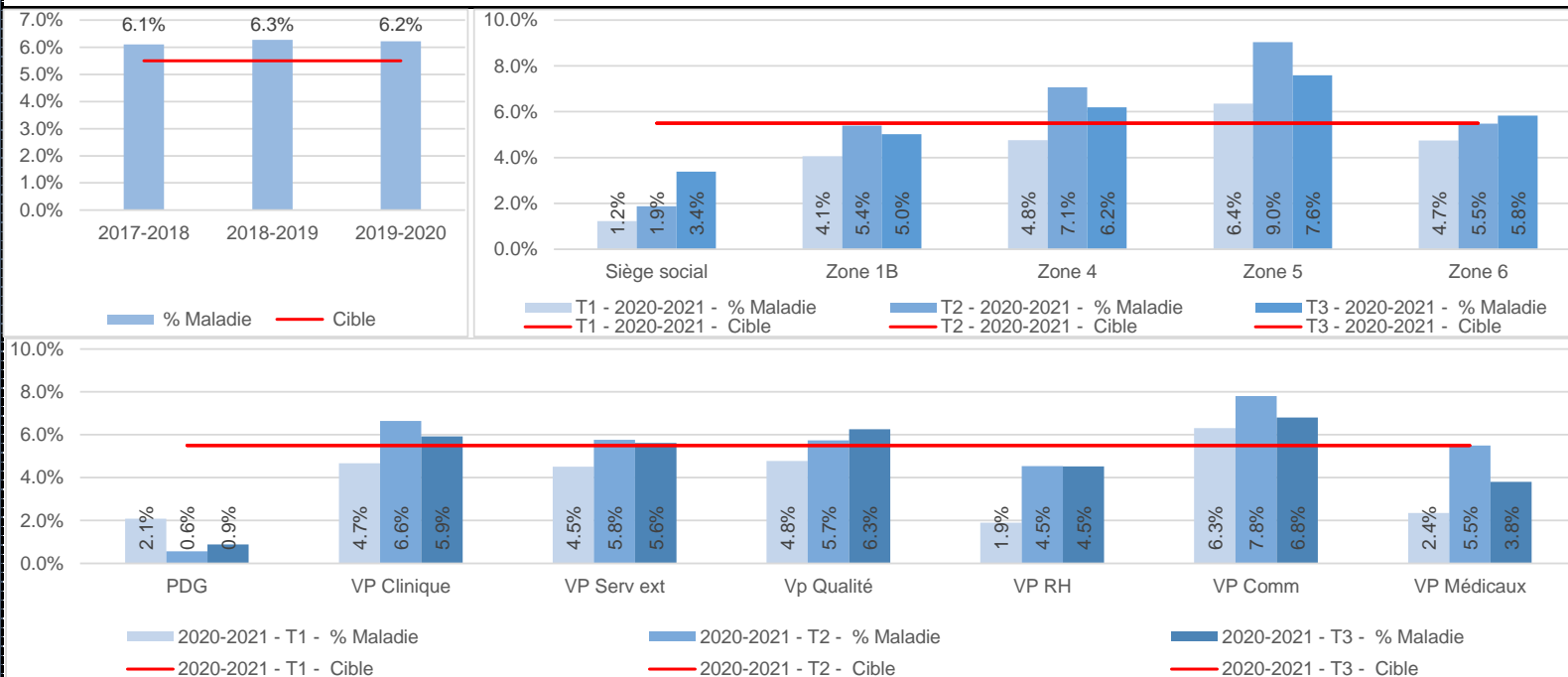
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% 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 troisième trimestre de 2020-2021, la Zone 5 affichait le pourcentage d'heures de maladies le plus élevé (7.6 %).

FICHE EXPLICATIVE

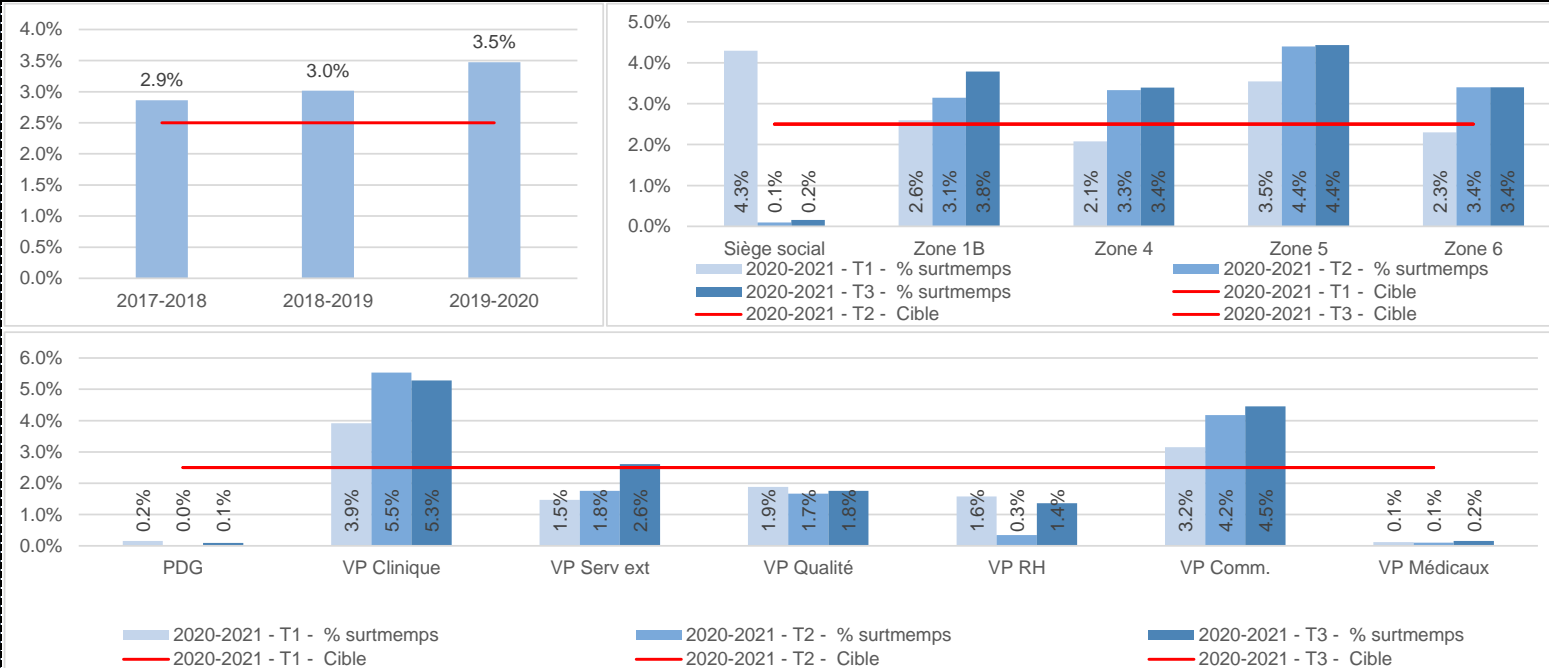
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% 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

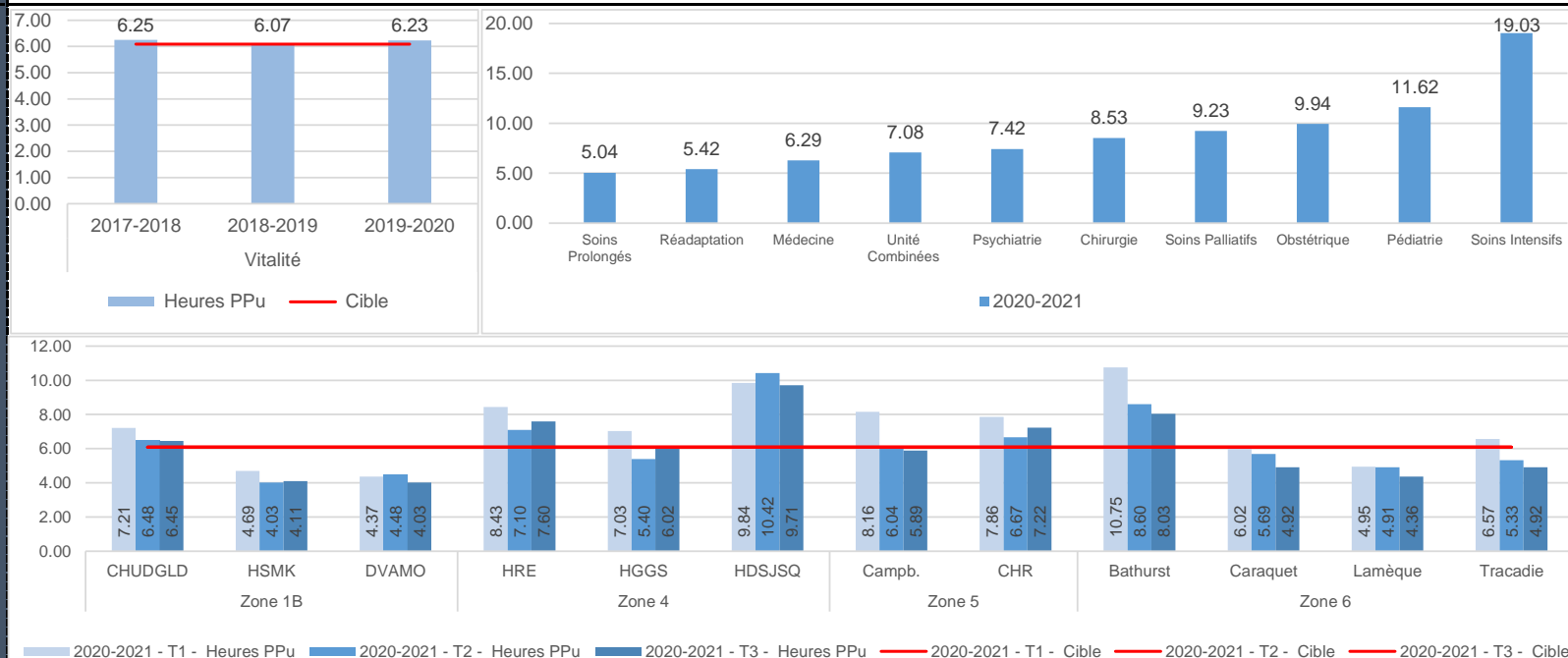
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Heures travaillées PPU/jours-patients

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|-------------|---|---|
| LEADERSHIP | Sharon Smyth-Okana | INITIATIVES | Developper une strategie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de departement acquerir les meilleures pratiques en resolution de conflits et en developpement de l'intelligence emotionnelle | ✓ |
| FRÉQUENCE | Trimestrielle | | Developper une strategie 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 vu 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.

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

| | | | |
|------------------------------|--|------------------------|------------------------------------|
| Titre de la réunion : | Comité des finances et de vérification | Date et heure : | Le 17 novembre 2020 à 09:15 |
| | | Endroit : | Zoom |
| But de la réunion : | Réunion régulière | | |
| Présidente : | Rita Godbout | | |
| Secrétaire : | Lucie Francoeur | | |
| Participants | | | |
| Rita Godbout ✓ | Michelyne Paulin ✓ | Wes Knight ✓ | |
| Gisèle Beaulieu ✓ | Brenda Martin ✓ | Emeril Haché ✓ | |
| Alain Lavallée ✓ | | | |
| PROCÈS-VERBAL | | | |

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

1. Tableaux de bord stratégique et équilibré – T2

Les tableaux de bord du Réseau du deuxième trimestre sont présentés aux membres. Une erreur s'est glissée dans la note d'information à la page 2 : Quadrant opérationnel : Le pourcentage de chirurgies effectuées dans les délais présente un résultat de 48 % au lieu de 78.8 % (total à date pour l'année 2020-2021), comparativement à 53.7 % (total à date pour l'année 2019-2020).

Le taux de roulement est à la baisse depuis les trois dernières années. Au deuxième trimestre 2020-2021, le taux de roulement le plus élevé se situe dans la Zone Nord-Ouest à 2.69. 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 : départ volontaire, retraite, congédiement, fin de contrat et manque de travail. Un rapport détaillé sera établi dans la Zone Nord-Ouest, afin de connaître les raisons de départs pour chacune des professions. Un suivi sera effectué à la prochaine réunion.

En ce qui concerne le pourcentage de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques, les résultats des trois dernières années sont relativement stables. Cet indicateur représente l'efficacité de la durée de séjour dans nos hôpitaux pour les cas typiques. La comparaison est effectuée par type d'hôpital. Aucune zone ne respectait la cible en 2019-2020. Au premier trimestre de 2020-2021, seule la Zone Nord-Ouest présente une performance supérieure à la cible.

Le taux de césarienne à faible risque est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau. Cet indicateur mesure le taux d'accouchement par césarienne pour les grossesses qui ne sont pas à risque (à terme, naissance unique) chez des femmes ne souffrant pas de placenta praevia et sans antécédents de césarienne. Cet indicateur est suivi par l'équipe de direction médicale de façon systématique.

Le nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté présente des résultats plus faibles que normalement au premier et deuxième trimestre 2020-2021, par conséquent les statistiques reliées à la plateforme Zoom ne sont pas incluses dans cet indicateur. L'équipe de la Planification et de l'Amélioration de la performance tente de trouver une façon de capter cette information. Cet indicateur reflète le nombre de consultations effectuées pour un patient par vidéoconférence. En ce qui a trait aux gens qui n'ont pas accès à un ordinateur, les rendez-vous se font comme à l'habitude en personne.

Au deuxième trimestre 2020-2021, le taux de chutes est plus élevé dans la Zone Nord-Ouest à 6.06, plus précisément à l'Hôpital général de Grand-Sault où le taux s'élève à 14.72. Il y a plusieurs éléments qui peuvent en être la cause, entre autres le profil de la clientèle hospitalisée où la majorité est âgée. Par ailleurs, le taux de chutes avec blessures graves est relativement bas dans la Zone Nord-Ouest. Plusieurs initiatives sont mises en place, afin de réduire le risque de chutes.

2. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Rita Godbout à 9:57.

3. Constatation de la régularité de la réunion

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

4. Adoption de l'ordre du jour

MOTION 2020-11-17 / 01FV

Proposé par Wes Knight

Appuyé par Emeril Haché

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

Adopté à l'unanimité.

5. Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

6. Résolutions en bloc

6.1 Adoption des résolutions en bloc

6.2 Adoption du procès-verbal du 22 septembre 2020

6.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 22 septembre 2020

6.4 Plan de travail 2020-2021

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. Aucun point n'étant retiré, les résolutions en bloc sont adoptées telles que présentées.

MOTION 2020-11-17 / 02FV

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Wes Knight

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

Adopté à l'unanimité.

7. Autres

7.1 États financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2020

Les états financiers au 30 septembre 2020 sont présentés. Pour les 6 premiers mois d'opération, du 1^{er} avril au 30 septembre 2020, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 1.6 M \$. Ce surplus est le résultat en grande partie des orientations prises pour gérer la pandémie COVID-19. Globalement, le surplus inclut une perte de revenus des patients de 6.2 M \$ et des coûts additionnels liés à la pandémie de l'ordre de 7 M \$ qui n'a pas été budgété.

Les revenus et les dépenses d'opérations dégagent un surplus de 14.8 M \$, soit 2.4 M \$ au niveau des revenus et de 12.4 M \$ au niveau des dépenses. Ceci est dû au ralentissement des activités cliniques durant les phases de confinement et la reprise graduelle des activités.

Une liste des amendements budgétaires qui ont été enregistrés aux états des résultats pour la période se terminant le 30 septembre 2020 est présentée aux membres. Les deux principaux amendements budgétaires présents sur une base annuelle sont les allocations de retraite et les coûts des médicaments oncologiques.

MOTION 2020-11-17 / 03FV

Proposé par Wes Knight

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2020 soient adoptés tels que présentés.

Adopté à l'unanimité.

7.2 **Budgets capitaux 2021-2022**

Invité : Stéphane Legacy, VP Services de consultation externe et Services professionnels

Le Réseau tient à jour annuellement un plan quinquennal de ses besoins capitaux prioritaires prévisibles. Ce plan, sous forme de liste d'équipements à remplacer et de listes de projets à réaliser, est soumis au ministère de la Santé chaque année pour approbation et financement. Les priorités d'équipements majeurs pour l'année 2021-2022 se chiffrent à 15,564,000 \$. Un premier exercice a été réalisé pour prioriser les équipements majeurs dont la priorité est urgente au montant de 4,678,000 \$. Comme chaque année, un montant sera alloué pour les équipements de 5,000 \$ à 100,000 \$ et pour traiter les urgences de bris d'équipements.

Le budget approuvé par le ministère de la Santé pour le remplacement des équipements en 2020-2021 était de 6,841,144 \$, dont 4,680,000 \$ ont été dédiés à l'achat d'équipements majeurs ou de plus de 100,000 \$.

En ce qui concerne les demandes de projets d'améliorations immobilières, celles-ci se chiffrent à 6,925,000 \$ pour l'année 2021-2022. L'an dernier, le budget alloué était de 4,450,000 \$.

La liste des besoins dépasse largement les fonds habituellement accordés et le déficit de maintien du parc d'équipements et des actifs s'accroît chaque année et est de plus en plus difficile à maintenir.

Les frais d'installation/rénovation sont inclus au prix d'achat des équipements, par exemple l'installation d'un lave-vaisselle se chiffre à environ 400,000 \$, par conséquent l'équipement est budgété à 700,000\$.

Un montant d'environ 5 M \$ a été dépensé à ce jour en pièces d'équipements de tout genre, en raison de la COVID. Ces montants qui sont gardés à part seront soumis au ministère pour approbation.

Monsieur Stéphane Legacy explique brièvement les étapes de planification avant d'amorcer un projet d'immobilisation d'envergure. C'est très complexe comme processus. D'ailleurs, plusieurs projets ont été entamés cette année, alors que la préparation de ces projets a commencé un an passé pour se terminer cette année.

Le ministère confirmera sa décision d'ici janvier 2021 à la suite du dépôt des budgets en capitaux.

Une question est posée reliée aux équipements d'informatique. Comment s'assure-t-on que tous ces équipements sont mis à jour par Service NB ? Il n'y a aucun processus formel d'établi avec Service NB. Ceci fait partie des discussions et sera intégré dans l'entente de service spécifique des technologies de l'information avec Service NB. Cette année, le Réseau établit une liste de projets en technologie de l'information pour rehausser ou remplacer certains systèmes désuets, entre autres Meditech. Service NB est consulté concernant les rehaussements, les mises à jour requis et les remplacements.

Aussi, le Réseau entamera une planification stratégique en technologie de l'information d'ici les prochains mois pour avoir d'une part de meilleurs outils de travail.

L'office du Bureau provincial du chef de l'information est dans le processus d'évaluer la prestation des services des technologies de l'information de la province en vue de profiter de l'élan suscité par la réponse à la COVID-19 et d'apporter des améliorations possibles.

MOTION 2020-11-17 / 04FV

Proposé par Emeril Haché

Appuyé par Wes Knight

Et résolu que les budgets capitaux 2021-2022 soient approuvés tels que présentés.

Adopté à l'unanimité.

7.3 Fonds non partageables

Des fonds non partageables ont été créés plusieurs années passées dans la zone Beauséjour et Restigouche. Ces fonds provenaient principalement des revenus des stationnements (zone Beauséjour) et du transfert de fonds fédéraux des Anciens combattants pour le Centre hospitalier Restigouche (zone Restigouche). Les surplus étaient utilisés pour des achats d'équipements ou autres projets spéciaux.

À la suite d'un avis du ministère de la Santé, cette pratique a été cessée en avril 2012. Pour cette raison, le ministère a demandé d'écouler les investissements des surplus accumulés des fonds non partageables. Aussi, il doit approuver toutes demandes d'utilisation de ces fonds. Un rapport est présenté aux membres des dépenses effectuées à date et du montant total en réserve dans la zone Beauséjour et Restigouche.

8. Date de la prochaine réunion : le 30 mars 2021 à 09:15

9. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Brenda Martin à 11:18.

Rita Godbout
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance et Qualité

Note couverture

Comité des finances et de vérification
Date : le 30 mars 2021

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 17 novembre 2020

Les suivis au procès-verbal de la dernière rencontre du 17 novembre 2020 sont indiqués à l'ordre du jour de la rencontre, entre autres les budgets capitaux 2021-2022.

Soumis le 22 février 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note d'information

Point 6.3.1

Nom du comité : Comité des finances et de vérification

Date : Le 30 mars 2021

Objet : **Budgets capitaux 2020-2021**

Décision recherchée

La note est présentée à titre d'information.

Contexte/problématique

- Le budget annuel d'équipement alloué en 2020-2021 était de 6 841 144 \$ et une liste d'équipement majeur (de plus de 100 000 \$) avait été soumise au comité de finances et de vérification le 17 novembre 2020. Cette liste a dû être modifiée compte tenu des facteurs suivants (détails dans les tableaux en annexe) :
 - Équipement ne pouvant être livré à l'intérieur de l'exercice financier 2020-2021;
 - Remplacements d'urgence qui ont dû être effectués durant l'exercice financier;
 - Acquisitions d'équipement pour la COVID-19.
- Durant l'exercice financier 2020-2021, le RSV a procédé à l'acquisition de plusieurs pièces d'équipement afin de satisfaire les besoins de la gestion des patients COVID-19. Des budgets supplémentaires ont été octroyés au RSV pour rencontrer les défis, particulièrement en ce qui touche les laboratoires, les soins intensifs ainsi que les unités de soins. De plus, cela a permis de devancer l'achat (le remplacement) de certains équipements majeurs, entre autres, pour le laboratoire ainsi que les soins intensifs. D'autres équipements se sont ajoutés au parc d'équipement existant pour permettre, par exemple : l'implantation d'un laboratoire de virologie de résilience au CHU Dumont. Au total, le RSV a reçu 7 388 013 \$ supplémentaires au budget annuel d'équipement 2020-2021.
- Les achats réalisés sont alignés avec les priorités organisationnelles et sont issus de processus internes mis en place pour les identifier, les évaluer et les valider.
- Le Comité régional d'équipement et l'équipe multidisciplinaire des projets de construction utilisent différents critères (orientation stratégique, volume d'activités, analyses de risques, sécurité, durée de vie, opportunités, etc.), afin d'établir les priorités et de faire des recommandations.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le budget alloué pour le remplacement des équipements 2020-2021 était de 6 841 144 \$.
- Un budget supplémentaire de 7 388 013 \$ a été octroyé dans le cadre de la COVID -19.

Considérations importantes

- La liste mise à jour des achats exécutés en 2020-2021 sera fournie pour information au ministère de la Santé.

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

Pour information seulement, ce document sera également envoyé au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Proposition et Résolution

Aucune

Soumis le 9 mars 2021 par Stéphane Legacy, vice-président aux Services de consultation externe et Services professionnels, et aux Services de soutien (par intérim)

TABLEAU I
Sommaire des budgets alloués -bilan des achats
Équipement 2020-2021

| | Proposé 2020-2021 | | Bilan réel 2020-2021 | |
|---|------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|
| Budget approuvé par le ministère de la Santé | 6 841 144 \$ | | 6 841 144 \$ | |
| Équipement majeur (100 000 \$ +) (tableau I) | 61 % | 4 180 000 \$ | 47 % | 3 248 000 \$ |
| Équipement régulier (5 000 \$ à 99 999 \$) | 32 % | 2 200 000 \$ | 35 % | 2 384 600 \$ |
| Équipement contingente (urgences) | 7 % | 461 144 \$ | 18 % | 1 208 544 \$ |
| Budget ajouté par le ministère de la Santé | | | 7 388 237 \$ | |
| Équipement pandémie – Lot 1 (Tableau V) | | | 4 491 595 \$ | |
| Équipement pandémie – Lot 2 (Tableau VI) | | | 282 047 \$ | |
| Équipement pandémie – Lot 3 (Tableau VII) | | | 2 614 595 \$ | |
| Total acheté en 2020-2022 | | | 14 229 381 \$ | |

TABLEAU II
Équipements majeurs 100 000 \$ et plus achetés en 2020-2021
(47 % du budget régulier alloué en 2020-2021, soit 3 248 000 \$)

| | Reportés de 2019-2020, achetés en 2020-2021 | Achat | Secteur | Budget |
|----|--|-------|---------|---------------------|
| 1 | Caméra Gamma CHUDGLD | 1B | Onco | 900 000 \$ |
| | Priorisés en 2020-2021 et achetés en 2020-2021 | | | |
| 2 | Ultrason clinique vasculaire CHUDGLD | 1B | CE | 180 000 \$ |
| 3 | Moniteurs cardiaques (Phase 2 de 3) CHUDGLD | 1B | SI | 400 000 \$ |
| 4 | Systèmes de planification des traitements (serveurs) phase 1 de 3 CHUDGLD | 1B | Onco | 130 000 \$ |
| 5 | Lave-vaisselle Campbellton (300 000 \$ imputés aux budgets de construction) | 5 | SA | 400 000 \$ |
| 6 | Cytométrie de flux CHUDGLD | 1B | BO | 200 000 \$ |
| 7 | Analyseur de chimie Edmundston (300 K\$ imputés à la COVID vague d'achat 3) | 4 | Labo | 200 000 \$ |
| | Équipements planifiés en 2021-2022 mais achetés (devancés) en 2020-2021 | | | |
| 8 | Radiographie portative numérique Grand-Sault | 4 | Rad | 180 000 \$ |
| 9 | Pléthysmographe (HGS) | 4 | Inhalo | 108 000 \$ |
| 10 | Système endoscope cystoscopie Edmundston | 4 | BO | 350 000 \$ |
| 11 | Radiologie mobile « C-Arm » Bathurst | 6 | BO | 200 000 \$ |
| | Total acheté en 2020-2021 : | | | 3 248 000 \$ |
| | Priorisés en 2020-2021, mais reportés en 2021-2022 | Achat | Secteur | Budget |
| 1 | Stérilisateurs (2) | 5 | URDM | 340 000 \$ |
| 2 | Appareils d'anesthésie (8) | 4 | BO | 800 000 \$ |
| 3 | Moniteurs d'anesthésie (8) | 4 | BO | 400,000 \$ |
| | Total reporté 2021-2022 : | | | 1 540 000 \$ |

TABLEAU III
Équipements majeurs 100 000 \$ et plus priorisés en 2020-2021 et achetés en
2020-2021 avec le budget ajouté (COVID-19)

| | Priorisés en 2020-2021 et imputés au budget COVID-19 | Achat | Secteur | Budget |
|---|---|-------|---------|-------------------|
| 1 | Automate de sensibilité - Bactériologie Chlamydia CHUDGLD (2019-20) | 1B | Labo | 200 000 \$ |
| 2 | Automate de sensibilité - Architect CHUDGLD (2019-20) | 1B | Labo | 250 000 \$ |
| 3 | Metaphase finder CHUDGLD | 1B | Labo | 160,000 \$ |
| 4 | Analyseur de chimie Edmundston (balance de financement partagé) | 4 | Labo | 300,000 \$ |
| | Total : | | | 910 000 \$ |

TABLEAU IV
Équipements majeurs 100 000 \$ et plus planifiés en 2021-2022 et achats
devancés en 2020-2021 avec le budget ajouté (COVID-19)

| | Priorisés en 2020-2021 et imputés au budget COVID-19 | Achat | Secteur | Budget |
|---|--|--------|----------------|---------------------|
| 1 | Appareil de chimie de routine Edmundston | 4 | Labo | 200 000 \$ |
| 2 | Cellvision CHUDGLD | 1B | Labo | 200 000 \$ |
| 3 | Système de traçabilité régional | Toutes | Labo | 600 000 \$ |
| 4 | Pathologie numérisée Bathurst | 6 | Labo | 250 000 \$ |
| 5 | Pathologie numérisée CHUDGLD | 1B | Labo | 250 000 \$ |
| | | | Total : | 1 500 000 \$ |

TABLEAU V
Équipements de 100 000 \$ et plus achetés en 2020-2021
Lot 1 d'achats COVID-19

| | Priorisés en 2020-2021 et imputés au budget COVID-19 | Achat | Secteur | Budget |
|----|--|-------|----------------|---------------------|
| 1 | Ventilateur | 1B | SI | 117 647 \$ |
| 2 | Appareil de radiologie mobile CHUDGLD | 1B | Rad | 194 330 \$ |
| 3 | Genexpert système | 1B | Labo | 102 000 \$ |
| 4 | Appareil COBAS CHUDGLD | 1B | Labo | 505 000 \$ |
| 5 | Mag NA Pure 96 | 1B | Labo | 190 000 \$ |
| 6 | IRM Mise à jour de logiciel | 1B | Rad | 176 000 \$ |
| 7 | Ventilateur | 4 | SI | 174 014 \$ |
| 8 | CARESCAPE 860 ventilateur Edmundston | 4 | SI | 208 523 \$ |
| 9 | Appareil de radiologie mobile Edmundston | 4 | Rad | 194 330 \$ |
| 10 | Ventilateur | 5 | SI | 174 014 \$ |
| 11 | Appareil de radiographie mobile Campbellton | 5 | Rad | 194 330 \$ |
| 12 | CARESCAPE 860 ventilateur Campbellton | 5 | SI | 208 523 \$ |
| 13 | Ventilateur | 6 | SI | 115 735 \$ |
| 14 | Ventilateur | 6 | SI | 174 014 \$ |
| 15 | CARESCAPE 860 ventilateur Bathurst | 6 | SI | 208 523 \$ |
| 16 | Genexpert système | 6 | Labo | 102 000 \$ |
| 17 | Appareil de radiographie mobile Bathurst | 6 | Rad | 194 330 \$ |
| | | | Total : | 3 233 313 \$ |

TABLEAU VI
Équipements pour la création d'un laboratoire de virologie de résilience
Lot 2 d'achats COVID-19

| | Priorisé en 2020-2021 et imputé au budget COVID-19 | Achat | Secteur | Budget |
|---------------|--|-------|---------|-------------------|
| 1 | Laboratoire virologie de résilience (back up) | 1B | Labo | 282 047 \$ |
| Total: | | | | 282 047 \$ |

TABLEAU VII
Équipements de 100 000 \$ et plus achetés en 2020-2021
Lot 3 d'achats COVID-19

| | Priorisés en 2020-2021 et imputés au budget COVID-19 | Achat | Secteur | Budget |
|----------------|--|-------|---------|---------------------|
| 1 | Automate de sensibilité bactériologique (tiré des priorités 20-21) | 1B | Labo | 150 084 \$ |
| 2 | Automate de sensibilité Achiteck (tiré des priorités 20-21) | 1B | Labo | 300 000 \$ |
| 3 | Metaphase finder (tiré des priorités 20-21) | 1B | Labo | 160 000 \$ |
| 4 | Pathologie digitale | 1B | Labo | 250 000 \$ |
| 5 | Pathologie digitale | 1B | Labo | 250 000 \$ |
| 6 | Système de traçabilité | 1B | Labo | 123 000 \$ |
| 7 | Colorateur de lames | 1B | Labo | 109 999 \$ |
| 8 | Appareil IP Motion | 1B | Labo | 169 375 \$ |
| 9 | Cellavision | 1B | Labo | 100 000 \$ |
| 10 | Analyseur d'hématologie | 1B | Labo | 263 500 \$ |
| 11 | Analyseur de chimie (200 000 \$ provenant des priorités 20-21) | 4 | Labo | 300 000 \$ |
| 12 | Capillary 3OCTA | 1B | Labo | 150 000 \$ |
| Total : | | | | 2 325 958 \$ |

Note couverture

Réunion du Comité des finances et de vérification
Date : le 30 mars 2021

Objet : Plan de travail 2020-2021

À titre d'information, le plan de travail 2020-2021 est présenté chaque réunion, afin de suivre l'évolution des activités.

Soumis le 18 janvier 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

PLAN DE TRAVAIL
2020-2021
Comité des finances et de vérification

| Date de la réunion | Activités |
|--------------------|---|
| Septembre 2020 | <ul style="list-style-type: none"> • Révision du mandat du Comité • Révision du plan de travail annuel • Identification des besoins en formation spécifique • Superviser la performance et la viabilité financière (tableaux de bord et états financiers) |
| Novembre 2020 | <ul style="list-style-type: none"> • Superviser la performance et la viabilité financière (tableaux de bord et états financiers) • Révision des amendements budgétaires • Révision du plan quinquennal et annuel en immobilisations • Rapport sur les fonds non partageables • Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs (<i>Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification internes, rapports</i>) |
| Mars 2021 | <ul style="list-style-type: none"> • Superviser la performance et la viabilité financière (tableaux de bord et états financiers) • Révision des amendements budgétaires • Revoir le plan d'audit et de vérification externe annuel • Approbation du budget d'exploitation 21-22 • Gestion des investissements • Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs (<i>Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification internes, rapports</i>) |
| Juin 2021 | <ul style="list-style-type: none"> • Superviser la performance et la viabilité financière (tableaux de bord et états financiers) • Révision des amendements budgétaires • Audit de fin d'année : approbation des états financiers audités • Évaluer les auditeurs et recommander la nomination annuelle • Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs (<i>Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification internes, rapports</i>) |

Note couverture

Réunion du Comité des finances et de vérification
Date : le 30 mars 2021

Objet : **Budget 2021-2022**

Annuellement, le Réseau de santé Vitalité doit préparer son budget d'exploitation pour la nouvelle année financière et le faire approuver par le Conseil d'administration.

L'annonce du budget provincial a eu lieu le 16 mars dernier. Le Réseau attend la confirmation des montants alloués pour l'année 2021-2022. Un budget sera soumis au Comité des finances et de vérification pour approbation dès que nous recevrons la lettre de budget provisoire.

Soumis le 22 mars 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note couverture

Réunion du Comité des finances et de vérification
Date : le 30 mars 2021

Objet : **Plan d'audit 2020-2021**

Une présentation du plan d'audit 2020-2021 sera effectuée par la firme Raymond Chabot Grant Thornton.

Cette présentation est pour approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que le plan d'audit 2020-2021 soit accepté tel que présenté par la directrice principale de la firme Raymond Chabot Grant Thornton.

Adoption

Soumis le 8 mars 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité



**Rapport au comité de finance et vérification –
Communication de la planification de l'audit**
Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2021

Réseau de santé Vitalité



**Raymond Chabot
Grant Thornton**

L'instinct de la croissance^{MC}

Confidentiel

Le 30 mars 2021

**Raymond Chabot
Grant Thornton S.E.N.C.R.L.**
507, rue Victoria
Edmundston (Nouveau-Brunswick)
E3V 2K9

T 506 739-1144

Membres du comité de finance et vérification
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst (Nouveau-Brunswick) E2A 1A9

Mesdames, Messieurs,

L'objectif de ce document, et de la réunion où nous discuterons de son contenu, est d'amorcer un dialogue avec vous sur notre mission d'audit concernant Réseau de santé Vitalité (ci-après l'« établissement » ou l'« entité ») pour l'exercice se terminant le 31 mars 2021. Notre mission d'audit porte sur les états financiers de l'entité:

Le présent rapport a été préparé conformément aux exigences de la Norme canadienne d'audit (NCA) 260, *Communication avec les responsables de la gouvernance*. Il est destiné uniquement à l'usage des Membres du comité de finance et vérification et ne devrait pas être diffusé à d'autres parties ou utilisé par d'autres parties.

Si vous avez des questions, des commentaires ou des demandes supplémentaires à propos du présent rapport, ou si vous avez des attentes particulières en ce qui concerne la forme, le calendrier et le contenu général de nos communications futures, n'hésitez pas à nous en faire part lors de notre prochaine réunion.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.
Eric Long, CPA,CA
Associé responsable de la mission

c. c. Alain Lavallée
Gisèle Beaulieu
Dre France Desrosiers

Table des matières

Page

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Assurer une gouvernance efficace | 1 |
| 1.1 | Rôles essentiels à une présentation fiable de l'information financière | 1 |
| 1.2 | Processus de communication efficace..... | 2 |
| 2. | Contrôle qualité et indépendance | 4 |
| 2.1 | Contrôle qualité | 4 |
| 2.2 | Indépendance..... | 4 |
| 3. | Notre stratégie d'audit..... | 5 |
| 3.1 | Audit des états financiers | 5 |
| 3.2 | Incidences de la COVID-19..... | 6 |
| 3.3 | Contrôle interne..... | 6 |
| 3.4 | Évaluation des risques | 6 |
| 3.5 | Caractère significatif..... | 7 |
| 3.6 | Prise en compte des facteurs de risque de fraude | 8 |
| 3.7 | Lois et règlements | 8 |
| 3.8 | Recours à des experts | 9 |
| 3.9 | Audit informatique | 9 |
| 3.10 | Revue du contrôle interne | 10 |
| 3.11 | Estimations de la direction | 11 |
| 4. | Déroulement des missions | 12 |
| 4.1 | Calendrier des missions..... | 12 |
| 4.2 | Collaboration et état de préparation..... | 12 |
| 4.3 | Livrables | 13 |
| 5. | Équipe d'audit | 14 |
| | Annexe 1 Lettre de mission d'audit..... | 1 |
| | Annexe 2 Lettre relative à l'indépendance..... | 1 |
| | Annexe 3 Normes comptables canadiennes pour le secteur public – Nouveautés en matière de comptabilité | 1 |
| | Annexe 4 Nouveautés en matière d'audit | 1 |

1. Assurer une gouvernance efficace

Plusieurs éléments essentiels entrent en ligne de compte en matière de gouvernance efficace. Les responsables de la gouvernance y jouent un rôle de premier plan, particulièrement en ce qui a trait à la présentation de l'information financière.

1.1 RÔLES ESSENTIELS À UNE PRÉSENTATION FIABLE DE L'INFORMATION FINANCIÈRE

| | |
|--|---|
| Rôle du conseil d'administration | <ul style="list-style-type: none">■ Surveiller le travail des auditeurs externes, notamment examiner le plan d'audit et en discuter;■ Examiner et approuver les états financiers et examiner le rapport de gestion avant leur diffusion publique. |
| Rôle du comité de finance et vérification | <ul style="list-style-type: none">■ Aider à donner le ton au sein de l'établissement en insistant sur l'honnêteté, le comportement éthique et la prévention de la fraude;■ Surveiller la direction, notamment s'assurer qu'elle établit et maintient un système de contrôle interne fournissant une assurance raisonnable de la fiabilité des informations financières;■ Recommander au conseil d'administration la nomination et la rémunération des auditeurs externes;■ Surveiller de façon directe le travail des auditeurs externes, notamment examiner le plan d'audit et en discuter;■ Examiner les états financiers annuels et en recommander l'approbation au conseil d'administration et examiner le rapport annuel de gestion avant leur diffusion publique. |
| Rôle de la direction | <ul style="list-style-type: none">■ Préparer les états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public (NCCSP);■ Établir, mettre en œuvre et maintenir un système de contrôle interne efficace en matière de présentation de l'information financière, y compris les contrôles pour prévenir et détecter les fraudes;■ Faire preuve d'un jugement solide dans la sélection et l'application des méthodes comptables;■ Prévenir, détecter et corriger les anomalies, y compris celles résultant de fraudes ou d'erreurs;■ Faire des déclarations aux auditeurs externes;■ Évaluer l'incidence quantitative et qualitative des anomalies détectées au cours de l'audit sur la présentation fidèle des états financiers. |
| Rôle de Raymond Chabot Grant Thornton | <ul style="list-style-type: none">■ Exprimer une opinion d'audit sur le fait que les états financiers sont préparés conformément aux NCCSP;■ Effectuer les travaux d'audit conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada;■ Maintenir indépendance et objectivité;■ Être disponible pour la direction et les responsables de la gouvernance;■ Communiquer les questions qui pourraient intéresser les responsables de la gouvernance;■ Établir un dialogue efficace avec les responsables de la gouvernance afin de leur communiquer les questions qui pourraient les intéresser et d'obtenir leurs commentaires sur des questions de risque d'audit. |

À titre informatif, nous présentons en annexe les nouveautés en matière de normes comptables et d'audit susceptibles de vous intéresser.

1.2 PROCESSUS DE COMMUNICATION EFFICACE

Une communication bilatérale rapide et efficace constitue la clé d'un service de qualité. Dans le cadre de notre mission d'audit, nous communiquerons fréquemment avec les responsables de la gouvernance afin que les préoccupations et les questions soient réglées efficacement. Nous avons énuméré ci-dessous les questions que nous devons vous communiquer conformément aux normes d'audit généralement reconnues et qui sont les plus susceptibles de vous intéresser. Nous avons également indiqué le moment habituel de ces communications, à titre informatif.

Dans le cadre du processus d'audit, nous encourageons une communication ouverte pour ce qui est de toute question ou de toute préoccupation.

1

QUESTIONS RELATIVES À L'INDÉPENDANCE

- Communication au sujet de la conformité aux règles de déontologie pertinentes concernant l'indépendance;
- Relations et autres liens existant entre notre firme et l'établissement et ses entités liées, qui peuvent raisonnablement être considérés comme susceptibles d'avoir des incidences sur notre indépendance;
- Sauvegardes mises en place liées aux menaces à notre indépendance ayant été relevées.

2

PLANIFICATION DES TRAVAUX

- Nom et rôle de l'associé responsable de la mission (Norme canadienne de contrôle qualité (NCCQ) 1);
- Responsabilités de l'auditeur par rapport à l'audit des états financiers (NCA 260);
- Grandes lignes de l'étendue et du calendrier prévus des travaux d'audit (NCA 260).

3

EN COURS DE MISSION

- Fraude détectée ou soupçonnée, et toute autre question ayant trait à la fraude qui, selon notre jugement, relève de votre compétence (NCA 240);
- Cas de non-conformité aux textes légaux et réglementaires, sauf s'il s'agit de cas manifestement sans conséquence (NCA 250);
- Omission d'informations à fournir dans les états financiers (NCA 705);
- Circonstances à l'origine de la modification prévue pour l'opinion et le libellé envisagé, lorsqu'une telle opinion modifiée est prévue (NCA 705);
- Libellé envisagé pour un paragraphe d'observations ou un paragraphe sur d'autres points, qu'il est prévu d'inclure dans le rapport d'audit (NCA 706);
- Situations où la direction refuse de réviser une incohérence significative ou une anomalie concernant des faits relevés dans un document contenant les états financiers audités et le rapport d'audit sur ces états (NCA 720).



À LA FIN DES TRAVAUX

- Anomalies non corrigées relevées au cours de l'audit (NCA 450);
- Déficiences importantes du contrôle interne relevées au cours de l'audit (NCA 265);
- Difficultés importantes rencontrées au cours de l'audit (NCA 260);
- Point de vue sur des aspects qualitatifs importants des pratiques comptables de l'établissement (NCA 260);
- Questions importantes apparues au cours de l'audit et ayant fait l'objet d'échanges ou d'une correspondance avec la direction (NCA 260);
- Autres questions apparues au cours de l'audit, qui sont importantes pour la surveillance du processus d'information financière (NCA 260);
- Déclarations écrites demandées à la direction (NCA 260);
- Questions importantes qui surgissent au cours de l'audit en rapport avec les parties liées à l'établissement (NCA 550);
- Événements ou situations relevés au cours de l'audit et qui sont susceptibles de jeter un doute important sur la capacité de l'établissement à poursuivre son exploitation (NCA 570).

2. Contrôle qualité et indépendance

2.1 CONTRÔLE QUALITÉ

Raymond Chabot Grant Thornton propose un programme rigoureux de contrôle qualité qui est au cœur de notre service aux clients. Nous combinons haute technologie, méthodologie d'audit de niveau international, procédures de revue exhaustives, exigences de perfectionnement professionnel et recours à des experts afin d'offrir des services d'audit de haute qualité à nos clients. Outre nos processus internes, nous faisons l'objet d'inspections de la part d'organismes de surveillance et de réglementation. Nous sommes fiers de notre approche en matière de contrôle qualité et nous serons heureux d'en discuter avec vous au moment qui vous conviendra.

Raymond Chabot Grant Thornton a un programme rigoureux de contrôle qualité.

2.2 INDÉPENDANCE

Nous avons un processus strict et continu de surveillance et de maintien de l'indépendance. Le processus de maintien de l'indépendance comprend, sans s'y limiter, les éléments suivants :

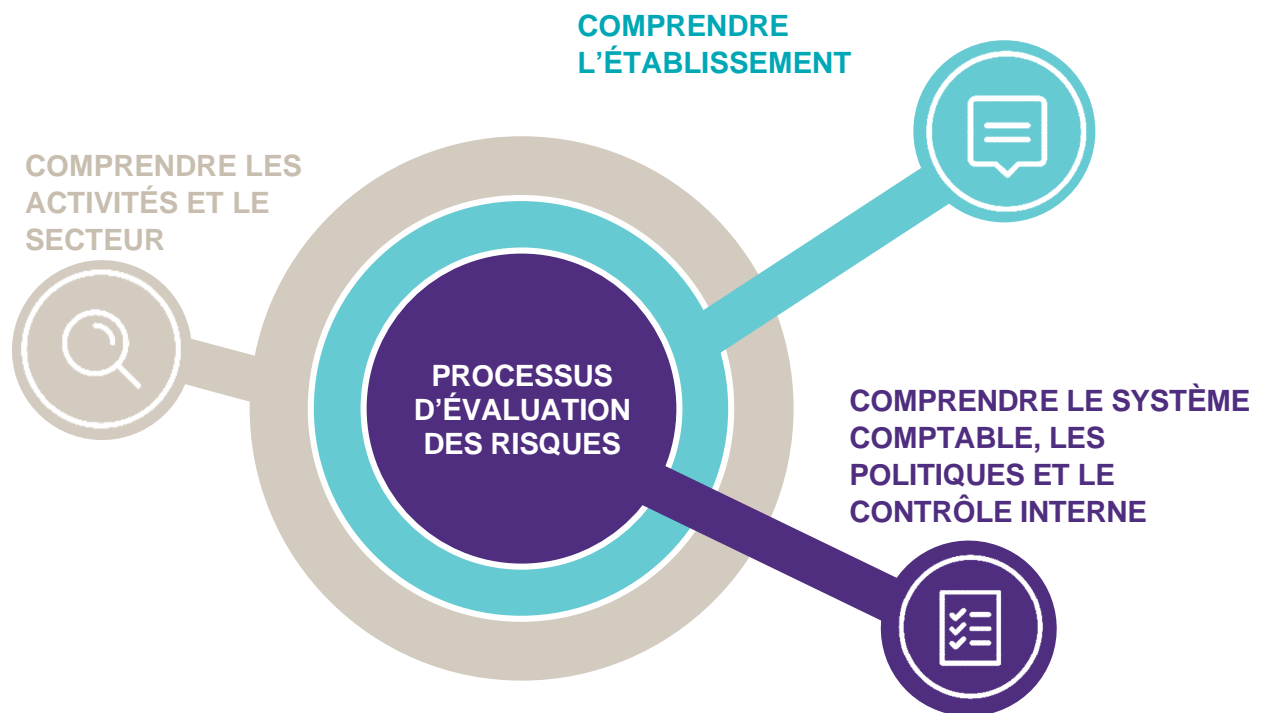
- Identification des menaces à notre indépendance et mise en place de sauvegardes afin d'éliminer ces menaces ou de les ramener à un niveau acceptable (p. ex. nous évaluons la menace à l'indépendance de tout service autre que d'audit fourni à l'établissement);
- Confirmation de l'indépendance des membres de l'équipe de mission.

Nous souhaitons communiquer certaines informations relatives à notre indépendance et avons joint notre lettre sur l'indépendance en annexe.

3. Notre stratégie d'audit

3.1 AUDIT DES ÉTATS FINANCIERS

La compréhension de l'établissement et de ses activités est au cœur de la stratégie d'audit de Raymond Chabot Grant Thornton. La stratégie d'audit est fondée sur les risques et elle est personnalisée à l'établissement, ainsi qu'il est illustré ci-dessous :



| PROCESSUS D'ÉVALUATION DES RISQUES | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------------|----------------------|
| Caractère significatif | Estimations comptables | Risques d'audit importants | Risques de fraude | Incertitude relative à la mesure | Opérations complexes |

Notre stratégie d'audit personnalisée se traduit par des procédures conçues pour répondre à un risque déterminé. Plus le risque d'anomalies significatives associé à un compte, à une opération ou à un solde est élevé, plus la concentration en matière d'audit et d'analyse sera grande.

Tout au long de l'exécution de la stratégie d'audit, nous conserverons notre esprit critique en reconnaissant la possibilité que des anomalies significatives résultant de fraudes existent, nonobstant nos expériences passées avec l'établissement ou nos croyances à l'égard de l'honnêteté et de l'intégrité de la direction.

3.2 INCIDENCES DE LA COVID-19

Les effets de la pandémie de COVID-19 sur les activités de l'entité ainsi que sur ses états financiers sont nombreux et ont une incidence importante sur l'audit. Les éléments énumérés ci-dessous sont des exemples de considérations particulières que nous traiterons lors de la réalisation de notre mission :

- La dépréciation possible de certains actifs;
- L'établissement des estimations comptables;
- L'obtention des documents nécessaires à notre audit à distance;
- La comptabilisation des subventions gouvernementales;
- Le classement approprié des dépenses liées à la COVID-19;

La section 3.4, « Évaluation des risques », traite plus en détail des secteurs de risque que nous avons relevés et des procédures d'audit prévues.

3.3 CONTRÔLE INTERNE

Notre mission d'audit comprend l'acquisition de la compréhension du contrôle interne à l'égard de l'information financière de l'établissement, d'une part, et à l'égard des unités de mesure, d'autre part. Notre compréhension est axée sur les processus associés aux secteurs de risque relevés (voir ci-après). Nous utiliserons cette compréhension pour déterminer la nature, le calendrier et l'étendue de nos procédures d'audit.

Prenez note que les objectifs de l'auditeur en ce qui a trait au contrôle interne diffèrent de ceux de la direction et de ceux des responsables de la gouvernance. Par exemple, nous ciblons en premier lieu les contrôles relatifs à l'information financière et non pas ceux liés à l'efficacité et à l'efficience de l'exploitation (autres que ceux liés à la compilation des unités de mesure), ou au respect des lois et des règlements par l'établissement, qui pourraient également être pertinents par rapport aux objectifs de celle-ci. Par conséquent, la direction et les responsables de la gouvernance ne peuvent s'appuyer uniquement sur nos constatations afin de s'acquitter de leurs responsabilités à ce sujet.

3.4 ÉVALUATION DES RISQUES

Notre processus d'évaluation des risques a ciblé les secteurs de risque suivants des états financiers, sur lesquels nous concentrerons notre attention :

| Secteur de risque | Risque | Principales procédures d'audit |
|-------------------|---|--|
| COVID-19 | États financiers dans leur ensemble | <ul style="list-style-type: none">■ Analyser les différents postes des états financiers pouvant être affectés par la pandémie;■ Analyser les estimations comptables de la direction;■ Effectuer des procédures analytiques et discuter avec la direction;■ Le cas échéant, mettre en œuvre des procédures spécifiées en réponse à la COVID-19. |
| Charges | Comptes fournisseurs sous-évalués ou comptabilisés dans la mauvaise période | <ul style="list-style-type: none">■ Rechercher des éléments de passif non comptabilisés en relevant les comptes fournisseurs qui présentent des caractéristiques inhabituelles et en obtenant des éléments à l'appui des comptes fournisseurs relevés;■ Mettre en place des procédures d'audit assistées par ordinateur pour relever les transactions subséquentes relatives à l'exercice audité; |

| Secteur de risque | Risque | Principales procédures d'audit |
|-------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ■ Procéder à une revue analytique des divers comptes fournisseurs et charges à payer; ■ Analyser statistiquement les comptes fournisseurs et charges à payer; ■ Repérer les derniers paiements de l'exercice considéré et les premiers paiements de l'exercice suivant, et valider leur classement; |
| Rémunération | Vol commis par des paiements versés à des employés fictifs | <ul style="list-style-type: none"> ■ Relever les inscriptions aux registres de la paie qui présentent des caractéristiques inhabituelles et obtenir des éléments à l'appui des inscriptions ou des employés relevés. |
| | Obligations liées aux absences rémunérées | <ul style="list-style-type: none"> ■ Examiner les hypothèses et les données à l'appui du calcul actuariel |

Y a-t-il d'autres éléments qui nécessiteraient une attention particulière de notre part?

3.5 CARACTÈRE SIGNIFICATIF

L'objectif de notre audit des états financiers est d'exprimer une opinion à savoir si les états financiers sont préparés, dans tous leurs aspects significatifs, conformément aux NCCSP. Par conséquent, puisque le caractère significatif représente un concept d'audit essentiel, nous l'appliquons à toutes les étapes de la mission.

Le concept de caractère significatif signifie qu'un auditeur ne peut vérifier tous les soldes, toutes les opérations ou tous les jugements effectués dans le cadre du processus d'information financière. Au cours de la planification de l'audit, nous effectuons une évaluation préliminaire du seuil de signification aux fins de l'élaboration de notre stratégie d'audit, notamment pour déterminer l'étendue de nos procédures d'audit. Au cours de l'étape de l'achèvement, nous considérons non seulement l'évaluation quantitative du caractère significatif, mais également les facteurs qualitatifs lors de l'évaluation de l'incidence sur les états financiers, sur notre opinion d'audit et sur les questions portées à votre attention.

Selon la taille et la nature de l'établissement, nous avons déterminé, aux fins de la planification de notre audit, que seront considérées comme significatives une anomalie ou l'ensemble des anomalies ayant un effet sur l'information financière de l'établissement d'un montant équivalant à 2 % des charges, soit un montant approximatif de 14 390 000 \$. Ce seuil de signification est préliminaire et pourrait être revu durant la mission d'audit en fonction de nouvelles informations obtenues. Le montant de l'erreur acceptable (c.-à.-d. le seuil de signification aux fins des travaux) sera alors établi à 8 634 000 \$, représentant 60 % du seuil de signification.

De plus, toute anomalie supérieure à 719 500 \$, représentant 5 % du seuil de signification, que nous relèverons fera l'objet d'un report au sommaire des anomalies non corrigées jusqu'à concurrence de l'erreur acceptable. Ces montants pourraient faire l'objet de régularisations à la suite de discussions avec la direction.

Le seuil de signification correspond-il à vos attentes?

3.6 PRISE EN COMPTE DES FACTEURS DE RISQUE DE FRAUDE

Nous sommes responsables de la planification et de la réalisation de l'audit des états financiers de manière à obtenir l'assurance raisonnable qu'ils sont exempts d'anomalies significatives résultant d'erreurs ou de fraudes. Notre responsabilité consiste notamment :

- à déterminer et à évaluer, au moyen de procédures comme des discussions au sein de l'équipe de mission et des demandes d'information précises à la direction, les risques d'anomalies significatives dans les états financiers résultant d'une fraude;
- à obtenir des éléments probants suffisants et appropriés pour répondre aux risques de fraude relevés;
- à répondre de façon appropriée à toute fraude avérée ou suspectée relevée au cours de l'audit.

Une fraude peut être commise dans n'importe quelle entité, en tout temps et par n'importe quelle personne.

À cet égard, nous sommes tenus de communiquer avec vous à propos des questions relatives à la fraude, notamment :

- en acquérant une compréhension de la façon dont vous exercez votre surveillance des procédures mises en place par la direction pour identifier les risques de fraude dans l'établissement et pour y répondre, ainsi que du contrôle interne établi par la direction pour réduire ces risques;
- en nous enquérant de votre connaissance de fraudes avérées, suspectées ou alléguées concernant l'établissement.

Nous aimerions avoir vos commentaires concernant ces questions.

Voici un sommaire de certaines procédures liées aux fraudes, que nous réalisons au cours de l'audit :

- Vérifier le caractère approprié des écritures de journal enregistrées dans le grand livre général et des autres ajustements effectués lors de l'établissement des états financiers;
- Examiner les estimations comptables pour déterminer si elles sont entachées de parti pris;
- Évaluer la justification économique (ou son absence) pour les opérations importantes qui ont été conclues ou qui semblent avoir été conclues hors du cours normal des activités.

3.7 LOIS ET RÈGLEMENTS

Lors de l'audit, nous réalisons des procédures visant à faciliter l'identification des cas de non-conformité aux textes légaux et réglementaires, qui pourraient avoir une incidence significative directe sur les états financiers. Nos procédures ne visent cependant pas les textes légaux et réglementaires qui pourraient avoir une incidence non significative sur les états financiers. L'audit des états financiers ne vise pas à détecter tous les cas de non-conformité aux textes légaux et réglementaires et ne constitue pas un audit de la conformité de l'établissement aux lois et aux règlements. À ce propos, nous aimerions savoir si vous avez connaissance de cas de non-conformité aux textes légaux et réglementaires au sein de l'établissement.

3.8 RECOURS À DES EXPERTS

Nous avons utilisé les travaux des experts ci-dessous aux fins suivantes :

- Les experts de Morneau Shepell ont été choisis par la direction pour l'assister dans l'évaluation de l'obligation des prestations constituées pour congés de maladie. Afin de pouvoir utiliser leurs travaux comme éléments probants, nous avons dû :
 - Évaluer la compétence, les capacités et l'objectivité des experts choisis par la direction;
 - Acquérir une compréhension des travaux de ces experts;
 - Évaluer le caractère approprié des travaux de ces experts, c'est-à-dire la pertinence et le caractère raisonnable des hypothèses, méthodes et données utilisées par ces experts de même que les conclusions auxquelles ils sont arrivés et la cohérence de ces conclusions avec les autres éléments probants.

3.9 AUDIT INFORMATIQUE

Nous prévoyons utiliser les travaux des experts en audit informatique de la firme pour nous assister dans notre revue de l'environnement informatique de l'établissement. À ce stade, nos experts cherchent à s'assurer que les applications informatiques traitent l'information dans un milieu adéquat où les possibilités de modifications non autorisées des données et programmes sont absentes.

Les NCA 315 et 330 du Manuel de l'ICCA réaffirment l'importance et la nécessité d'aborder l'aspect informatique et de considérer son impact sur la structure organisationnelle du Réseau lors de notre audit.

Les auditeurs doivent donc examiner l'incidence des contrôles sur les applications informatisées significatives pour sa mission. Les contrôles informatiques généraux qui se rapportent à certaines ou à l'ensemble des applications sont le plus souvent interdépendants, dans la mesure où leur mise en œuvre est souvent essentielle à l'efficacité des contrôles des applications informatisées. En conséquence, il peut être plus efficace d'examiner la conception des contrôles généraux avant d'examiner la conception des applications.

Les activités à effectuer sur les divers systèmes et sur l'environnement informatique sont les suivantes :

- Mise à jour de la connaissance générale de l'environnement informatique;
- Mise à jour de la description des contrôles généraux informatiques :
 - Stratégie et planification des ressources informatiques;
 - Activités des systèmes d'information;
 - Sécurité de l'information;
 - Implantation et maintien des systèmes d'application;

- Implantation et maintien des bases de données;
 - Soutien du réseau;
 - Soutien des logiciels de base;
 - Soutien du matériel;
- Tests des contrôles généraux informatiques pour les principaux domaines :
 - Sécurité de l'information (contrôles d'accès);
 - Soutien du réseau;
 - Rédaction d'un sommaire des déficiences;
 - Réévaluation de la stratégie d'audit.

Il est à noter que ces travaux sont prévus dans le but de nous donner une assurance raisonnable que les contrôles internes mis en place à l'intérieur ou autour des systèmes mentionnés sont suffisants aux fins de l'audit externe des états financiers du Réseau. Cependant, ce travail ne nous amènera pas à émettre une opinion spécifique sur la qualité ou la validité du contrôle interne d'un de ces systèmes ou d'une de ces activités.

3.10 REVUE DU CONTRÔLE INTERNE

Notre travail consistera à documenter les contrôles mis en place par le personnel du Réseau, à effectuer un test de cheminement pour chaque contrôle clé établi et à évaluer la conception et la mise en œuvre des contrôles internes relatifs au cycle suivant :

- Charges d'exploitation;
- Obligations liées aux absences;
- Rémunérations des employées-vol commis par paiements versés à des salariés fictifs.

De plus, nous évaluerons et ferons des tests de cheminements sur les composantes de l'environnement du contrôle interne tels que :

- Le processus mis en place pour repérer, analyser et gérer les risques auxquels est confrontée le Réseau;
- Le système d'information et les communications servant à recueillir et à échanger les informations nécessaires à la conduite, à la gestion et au contrôle de l'exploitation;
- Le processus d'évaluation du fonctionnement des contrôles dans le temps;
- Les lignes directrices et les procédures servant à assurer le respect des directives de la direction.

3.11 ESTIMATIONS DE LA DIRECTION

La préparation des états financiers annuels nécessite l'utilisation d'estimations comptables qui sont particulièrement sensibles étant donné leur importance dans les états financiers annuels et la possibilité que les résultats réels diffèrent de ces estimations, surtout dans le contexte économique actuel. Les principaux postes visés par ces estimations sont :

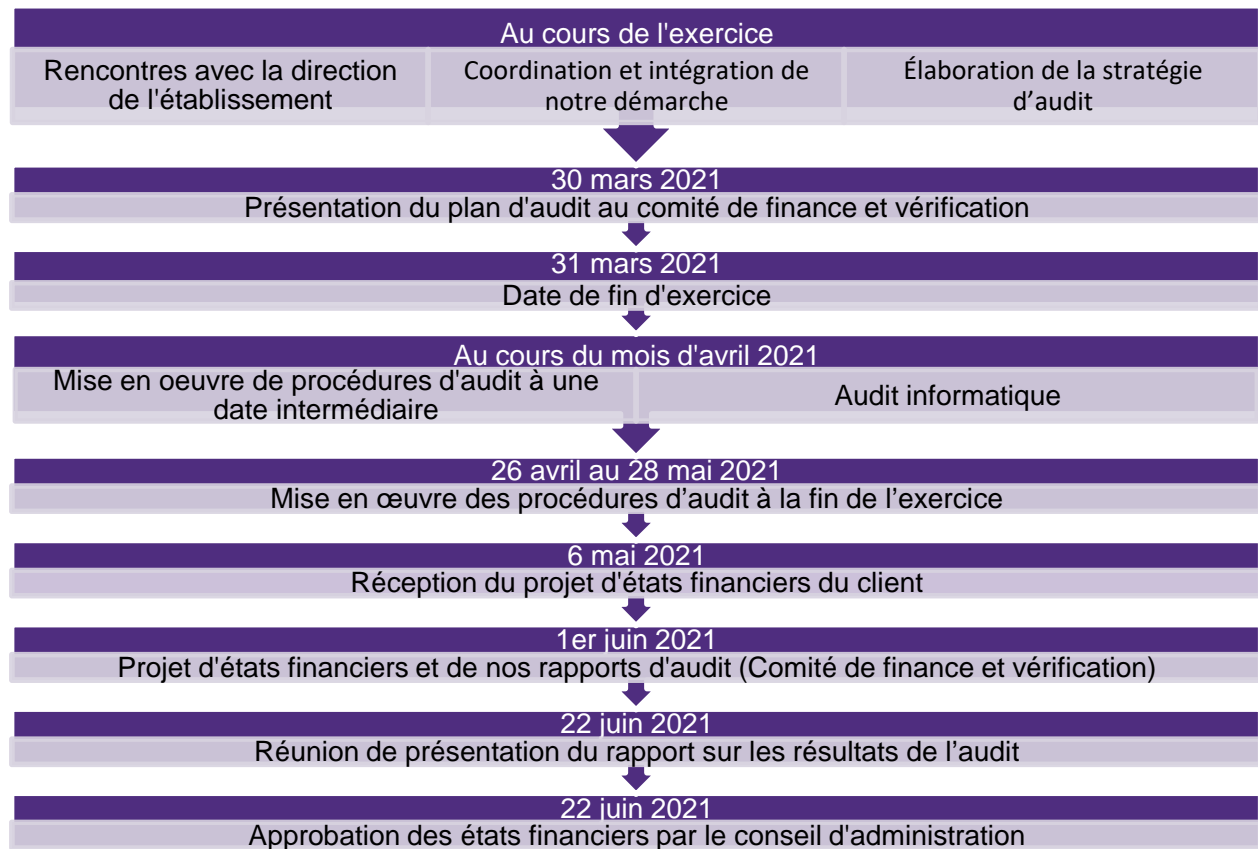
- La provision pour créances douteuses;
- La provision pour les congés de maladie;
- L'amortissement.

Dans le cadre de notre audit, nous examinerons le caractère raisonnable des estimations importantes dans le contexte des états financiers annuels pris dans leur ensemble. Nous porterons une attention particulière à la qualité des éléments probants obtenus de la direction appuyant les estimations relatives.

Avez-vous d'autres sujets de préoccupation?

4. Déroulement des missions

4.1 CALENDRIER DES MISSIONS



4.2 COLLABORATION ET ÉTAT DE PRÉPARATION

La collaboration et l'état de préparation du personnel de l'établissement sont des conditions essentielles au respect des échéances. Ces aspects sont aussi essentiels afin de respecter les honoraires convenus. Afin de faciliter la réalisation de nos missions d'audit, nous préparerons une lettre à l'intention de la direction détaillant les informations et les feuilles de travail demandées ainsi que les dates importantes auxquelles ces éléments devraient nous être remis.

Afin de respecter le calendrier d'audit précité et le temps budgétisé pour l'audit, nous comprenons :

- Qu'une collaboration soutenue et constante des différents intervenants et de la direction sera offerte à l'équipe de travail affectée au dossier;
- Que les dossiers d'analyse financière à la fin de l'exercice seront dûment remplis et exacts;

- Que l'ensemble des systèmes de contrôles internes sera documenté;
- Que les registres comptables seront rigoureusement conformes au référentiel d'information financière applicable. En conséquence, nous disposerons d'une documentation et de rapports exempts d'erreurs et de corrections; que les systèmes de contrôle interne et les mécanismes de compilation des données quantitatives non financières seront adéquats, fonctionnels et efficaces.

Nous sommes convaincus que les efforts des auditeurs externes et de la Direction des Finances et des Services généraux doivent être bien combinés afin de garantir un audit efficace.

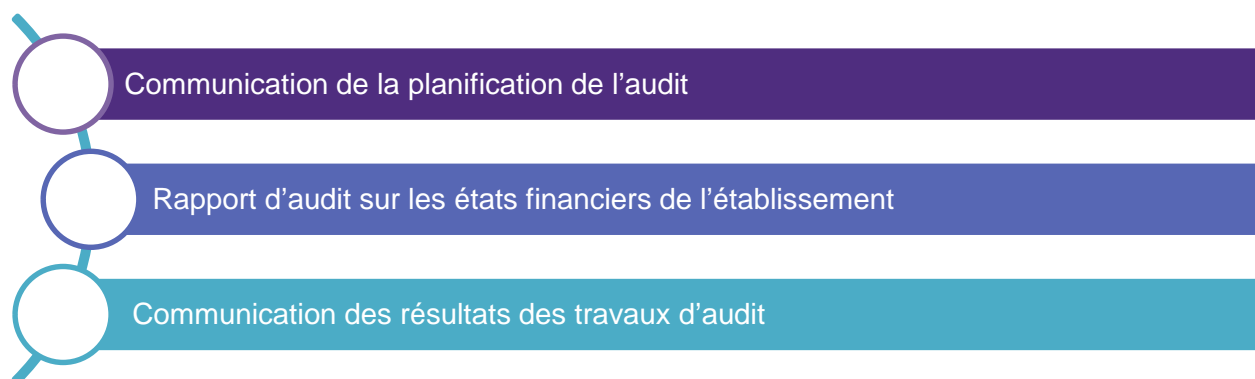
Au cours de notre audit, nous comptons :

- Accorder une confiance maximale aux contrôles internes;
- Rencontrer la direction à chaque étape du mandat;
- Transmettre une liste des travaux demandés à la Direction des Finances et des Services généraux;
- Rencontrer la direction afin d'examiner les résultats de l'audit à chaque étape du mandat;
- Travailler avec la Direction des Finances et des Services généraux afin de nous assurer que le Réseau tire le meilleur parti des efforts combinés d'audit et de contrôle

Nous avons à cœur de réaliser nos missions de la façon la plus efficace qui soit.

4.3 LIVRABLES

Nous fournirons les livrables suivants au comité de finance et vérification :



5. Équipe d'audit

L'équipe affectée à l'audit du Réseau pour l'exercice se terminant le 31 mars 2021 sera composée des personnes suivantes :

| Équipe | |
|---------------------------------|---|
| Éric Long, CPA, CA | Associé responsable, certification |
| Jean Marc Delaney, CPA, CA | Associé ressource, certification |
| Lise Robichaud McGrath, CPA, CA | Directrice principale |
| Vincent Dubé | Directeur, Responsable du dossier d'audit |
| Vincent Ouellette | Responsable de dossiers |

Enfin, si les circonstances l'exigent, nous ferons appel à des membres de notre personnel spécialisés dans d'autres domaines pour accomplir tous les aspects de notre mission



Annexe 1

Lettre de mission d'audit



CONFIDENTIEL

Le 1^{er} février 2021

**Raymond Chabot
Grant Thornton S.E.N.C.R.L.**
507, rue Victoria
Edmundston (Nouveau-Brunswick)
E3V 2K9

T 506 739-1144

Madame Michelyne Paulin, Présidente du conseil d'administration
Madame Rita Godbout, Présidente du comité de finances et vérification
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Mesdames,

Nous vous remercions d'avoir choisi Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. comme auditeur des états financiers de Réseau de santé Vitalité (ci-après l'« entité » ou le « client ») au 31 mars 2021, et ce, selon les dispositions de la section A de la présente.

Dans le cadre de cette mission, nous préparerons également les déclarations de revenus et de renseignements de l'entité selon les dispositions de la section B de la présente.

La présente lettre de mission a pour objet de confirmer notre compréhension mutuelle de la mission, laquelle sera maintenue d'année en année jusqu'à ce qu'elle soit modifiée d'un commun accord des parties. Les conditions générales indiquées à l'annexe A jointe à la présente pour en faire partie intégrante s'appliquent à toutes les modalités et conditions de la présente lettre de mission, et les parties s'engagent expressément à être liées par celles-ci.

A. Audit des états financiers

Les objectifs de notre audit sont d'obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers pris dans leur ensemble sont exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs, et de délivrer un rapport de l'auditeur contenant notre opinion. L'assurance raisonnable correspond à un niveau élevé d'assurance, qui ne garantit toutefois pas qu'un audit réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada permettra toujours de détecter toute anomalie significative qui pourrait exister. Les anomalies peuvent résulter de fraudes ou d'erreurs et elles sont considérées comme significatives lorsqu'il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elles, individuellement ou collectivement, puissent influencer sur les décisions économiques que les utilisateurs des états financiers prennent en se fondant sur ceux-ci.

Nos responsabilités

Nous effectuerons notre audit conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie. Dans le cadre d'un audit réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, nous exerçons notre jugement professionnel et faisons preuve d'esprit critique tout au long de l'audit. En outre :

- nous identifions et évaluons les risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs, concevons et mettons en œuvre des procédures d'audit en réponse à ces risques, et réunissons des éléments probants suffisants et appropriés pour fonder notre opinion. Le risque de non-détection d'une anomalie significative résultant d'une fraude est plus élevé que celui d'une anomalie significative résultant d'une erreur, car la fraude peut impliquer la collusion, la falsification, les omissions volontaires, les fausses déclarations ou le contournement du contrôle interne;
- nous acquérons une compréhension des éléments du contrôle interne pertinents pour l'audit afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Toutefois, nous vous communiquerons par écrit les déficiences importantes du contrôle interne portant sur la préparation des états financiers que nous aurons relevées au cours de l'audit;
- nous apprécions le caractère approprié des méthodes comptables retenues et le caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que des informations y afférentes fournies par celle-ci;
- nous tirons une conclusion quant au caractère approprié de l'utilisation par la direction du principe comptable de continuité d'exploitation et, selon les éléments probants obtenus, quant à l'existence ou non d'une incertitude significative liée à des événements ou situations susceptibles de jeter un doute important sur la capacité de l'entité à poursuivre son exploitation. Si nous concluons à l'existence d'une incertitude significative, nous sommes tenus d'attirer l'attention des lecteurs de notre rapport sur les informations fournies dans les états financiers au sujet de cette incertitude ou, si ces informations ne sont pas adéquates, d'exprimer une opinion modifiée. Nos conclusions s'appuient sur les éléments probants obtenus jusqu'à la date de notre rapport. Des événements ou situations futurs pourraient par ailleurs amener l'entité à cesser son exploitation;
- nous évaluons la présentation d'ensemble, la structure et le contenu des états financiers, y compris les informations fournies dans les notes, et apprécions si les états financiers représentent les opérations et événements sous-jacents d'une manière propre à donner une image fidèle.

En raison des limites inhérentes à un audit, conjuguées aux limites inhérentes au contrôle interne, il existe un risque inévitable que des anomalies significatives ne soient pas détectées, même si l'audit est bien planifié et réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada.

Responsabilités de la direction

Nous réaliserons notre audit en partant du principe que la direction et, le cas échéant, les responsables de la gouvernance (ci-après la « direction ») reconnaissent et comprennent les responsabilités qui leur incombent. L'audit des états financiers ne dégage pas la direction de ses responsabilités.

Ces responsabilités portent notamment et sans limitation sur les points suivants :

États financiers

- Préparer et présenter fidèlement des états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public (NCCSP), ce qui implique de déterminer que les NCCSP sont appropriées pour la préparation des états financiers dans les circonstances;

Exhaustivité de l'information

- Nous fournir l'accès à toutes les informations connues et qui sont pertinentes pour la préparation des états financiers, notamment les documents comptables, les pièces justificatives et d'autres éléments d'information, dont les procès-verbaux et les résolutions du conseil d'administration et de ses comités ainsi que ceux des assemblées des membres de l'entité (et nous informer des questions abordées lorsque les procès-verbaux ne sont pas encore disponibles);
- Nous fournir les informations additionnelles que nous pourrions demander aux fins de notre audit;
- Nous fournir l'accès sans restriction aux personnes, à l'intérieur de l'entité, auprès desquelles il faut, selon nous, obtenir des éléments probants;
- Nous informer de la connaissance de cas constatés ou probables de non-conformité aux textes légaux et réglementaires applicables à l'entité.

Fraudes et erreurs

- Le contrôle interne considéré comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs;
- Nous informer de l'évaluation faite par la direction du risque que les états financiers puissent comporter des anomalies significatives résultant de fraudes, et notamment de la nature, de l'étendue et de la fréquence de ces évaluations;
- Nous informer des procédures mises en place pour déterminer les risques de fraude dans l'entité et pour y répondre, et notamment des risques spécifiques de fraude définis par la direction ou qui ont été portés à son attention, ou des catégories d'opérations, des soldes de comptes ou des informations à fournir dans les états financiers qui sont susceptibles d'être exposés au risque de fraude;

- Nous indiquer les informations que la direction a communiquées, le cas échéant, aux responsables de la gouvernance sur les procédures mises en place pour déterminer les risques de fraude dans l'entité et pour y répondre;
- Nous indiquer les informations que la direction a communiquées, le cas échéant, au personnel concernant sa vision de la conduite des affaires et du comportement éthique;
- Nous informer de la connaissance de toute fraude avérée, suspectée ou alléguée concernant l'entité.

Constatation, évaluation et informations à fournir

- Évaluer la capacité de l'entité à poursuivre son exploitation, déterminer le caractère approprié de l'application du principe comptable de continuité d'exploitation et communiquer des informations sur les questions concernant la continuité de l'exploitation, le cas échéant;
- Nous informer de tous les procès (en demande ou en défense) devant tous les tribunaux, quelle que soit leur juridiction, ainsi que de tous les litiges, plaintes et réclamations, actuels et éventuels, auxquels l'entité est ou pourrait être partie, y compris ceux qui n'ont pas fait l'objet de discussions avec les conseillers juridiques externes et internes de l'entité;
- Nous informer de l'identité des parties liées à l'entité, y compris des changements par rapport à la période précédente, de la nature des relations entre l'entité et les parties liées et de toute opération conclue avec les parties liées au cours de la période et, le cas échéant, du type d'opération et de son objet;
- Nous informer des contrôles mis en place, le cas échéant, pour déterminer, comptabiliser et communiquer les relations et opérations avec les parties liées conformément aux NCCSP, et pour autoriser et approuver les opérations et les accords importants avec les parties liées et ceux qui sortent du cadre normal des activités de l'entité;
- Nous informer des faits susceptibles d'avoir une incidence sur les états financiers, qui pourraient survenir entre la date du rapport de l'auditeur et la date de publication des états financiers.

Autres informations

- Nous informer du ou des documents qui constituent le rapport annuel de l'entité, le cas échéant, ainsi que des modalités et du calendrier de publication prévus pour ce ou ces documents. Un rapport annuel est un document ou une combinaison de documents généralement préparés sur une base annuelle par la direction ou les responsables de la gouvernance du fait de textes légaux ou réglementaires ou de la coutume, dont l'objet consiste à fournir aux propriétaires (ou à des parties prenantes similaires) des informations sur les activités de l'entité ainsi que sur ses résultats financiers et sa situation financière, tels qu'ils sont présentés dans les états financiers;
- Mettre à notre disposition la version définitive du ou des documents qui constituent le rapport annuel, dans la mesure du possible avant la date de notre rapport d'audit;

- Dans le cas où une partie ou la totalité du ou des documents ne sera disponible qu'après la date de notre rapport d'audit, produire une déclaration écrite attestant que la version définitive du ou des documents nous sera fournie lorsqu'elle sera disponible, et avant sa publication par l'entité.

Autres points

Dans le cadre de notre audit, nous demanderons à la direction de nous confirmer par écrit certaines déclarations qui nous auront été faites. Ces déclarations comprennent notamment et sans limitation celles relatives aux responsabilités de la direction indiquées ci-dessus.

L'entité nous autorise à prendre les mesures nécessaires pour permettre au Vérificateur Général du Nouveau-Brunswick de revoir les éléments pertinents de notre documentation de l'audit, aux seules fins de son audit du groupe de la Province du Nouveau-Brunswick, et ce, sans que d'autres demandes soient faites ou que d'autres permissions soient demandées à l'entité.

Rapport d'audit sur les états financiers

À la conclusion de notre mission d'audit des états financiers de l'entité, nous prévoyons délivrer un rapport de l'auditeur indépendant dont la forme et le contenu seront conformes aux normes applicables aux audits d'états financiers à usage général. Nous pourrions devoir modifier la forme et le contenu de notre rapport en fonction des résultats de nos travaux d'audit.

B. Préparation des déclarations de revenus et de renseignements

Objectif, étendue et limites

Aux termes de la présente lettre de mission, nous préparerons les déclarations de revenus et de renseignements suivantes pour l'entité :

- T3010B – Déclaration de renseignements des organismes de bienfaisance enregistrés;

La présente lettre de mission n'inclut pas la production de toute déclaration de revenus ou de renseignements modifiée ni de tout formulaire fiscal autre que les déclarations de revenus et de renseignements, incluant notamment les déclarations relatives aux taxes de vente ainsi qu'aux diverses retenues d'employeurs.

Collecte et vérification de l'information

Nous nous fonderons sur les renseignements, documents ou hypothèses fournis par l'entité pour assurer un service précis et complet. Nous ne vérifierons pas de façon indépendante ni n'entreprendrons aucune procédure visant à relever des erreurs ou des irrégularités dans l'information reçue de l'entité. Nous pourrions toutefois demander à l'entité de clarifier ou de compléter une telle information.

L'entité demeure responsable de l'exactitude de l'information indiquée dans les déclarations de revenus et de renseignements ainsi que dans tous les formulaires produits à l'intention des administrations fiscales dans le cadre de la présente mission. Aux fins des lois fiscales, l'entité est responsable du respect des délais impartis. Elle doit donc réviser avec diligence les documents que nous aurons remplis pour son compte afin de s'assurer qu'ils contiennent des renseignements exacts et complets. L'entité demeure responsable de respecter les exigences en matière de documentation et de conservation des registres et des pièces justificatives.

Changements législatifs ou autres

Nos conclusions seront fondées sur notre interprétation des lois et règlements ainsi que sur les interprétations administratives et judiciaires, de même que sur tout autre document officiel pertinent, en vigueur au moment où les services seront fournis. Tous les règlements, lois, interprétations et documents officiels demeurent sujets à changement, sans préavis, par les autorités concernées. Ces changements peuvent même avoir un effet rétroactif. L'entité comprend et reconnaît que tout changement peut avoir pour effet de rendre nuls et non avenue nos conclusions et nos conseils soumis dans le cadre de la présente mission, entraînant la nécessité d'une nouvelle analyse fiscale de la situation dont la réalisation n'est pas comprise dans la présente mission.

Révision par les administrations fiscales

Toutes les déclarations peuvent faire l'objet d'un examen par les administrations fiscales concernées (provinciales, fédérales ou autres). À cet égard, l'entité comprend et reconnaît que le recours à nos services ne doit pas être perçu comme une garantie de l'acceptation par les administrations fiscales ou par les tribunaux de toute position adoptée dans les déclarations.

C. Honoraires

Nous avons convenu séparément des honoraires pour les services visés dans les sections A et B de la présente lettre de mission.

Facturation supplémentaire pour les services visés dans la présente lettre de mission

Il va de soi que certaines situations nous obligeront à consacrer davantage d'heures à votre dossier. Parmi celles-ci, notons entre autres l'application incorrecte des principes comptables ou des erreurs de cette nature dans les livres de l'entité, le défaut de nous fournir de l'information exacte et complète au moment opportun ainsi que les événements imprévus, y compris les changements réglementaires ou sur le plan des normes comptables. Le cas échéant, ces situations pourraient entraîner une facturation supplémentaire.

Autres services

Tous les services additionnels, non visés par la présente lettre de mission, que vous pourrez demander et que nous conviendrons de fournir devront faire l'objet d'ententes écrites distinctes.

Nous sommes fiers de vous fournir ces services et nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez. Si les services exposés dans la présente lettre de mission sont conformes à vos exigences et si les conditions stipulées ci-dessus vous conviennent, veuillez nous retourner un exemplaire dûment signé de la présente lettre de mission.

Veuillez agréer, Mesdames, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.

Éric Long, CPA, CA
Associé responsable de la mission

Lu et approuvé pour Réseau de santé Vitalité
Dénomination sociale

Michelyne Paulin
Nom du représentant autorisé en lettres moulées

1er février 2021

Date

Signature et titre du représentant autorisé

Lu et approuvé pour

Réseau de santé Vitalité
Dénomination sociale

Rita Godbout
Nom du représentant autorisé en lettres moulées

1er février 2021

Date

Signature et titre du représentant autorisé

Annexe A Conditions générales

1. Protection des renseignements personnels

Nous sommes soucieux de la protection des renseignements personnels en conformité avec les lois applicables et les présentes conditions générales. De plus, nous nous engageons à traiter les renseignements personnels en conformité avec les instructions du client. Durant la planification, l'exécution et la communication des résultats de notre mission, les associés et le personnel affectés à cette mission devront recueillir, utiliser, communiquer et conserver des renseignements personnels que le client possède ou qui relèvent de lui. Le client s'engage à obtenir et est responsable d'obtenir tous les consentements, fondements légaux, licences ou autres autorisations requis par les lois en matière de protection des renseignements personnels et par nous dans la conduite de la mission, y compris tout consentement préalable nécessaire à la communication de tout renseignement personnel.

2. Utilisation de moyens de communication électroniques

En cours de mission, nous pourrions devoir utiliser divers modes de transmission électroniques pour communiquer des renseignements confidentiels concernant le client, notamment : téléphone fixe ou cellulaire, télécopieur et courriel. Ces technologies sont des modes de transmission d'informations rapides et efficaces. Par contre, tout mode de communication présente certaines faiblesses en ce qui a trait à la fiabilité, à la sécurité et à la confidentialité et, bien que toutes les mesures disponibles soient prises pour éviter ce résultat, il demeure toujours un risque d'interception des données confidentielles transmises. Le client autorise nos représentants à utiliser de tels modes de communication pour transmettre et recevoir les données le concernant.

3. Feuilles de travail et rapports

Tous les documents (feuilles de travail, notes, rapports ou autres) établis et produits par nous dans le cadre de la mission demeurent notre propriété. Nous conserverons ces documents, de même que tout document fourni par le client (original ou copie) qui n'aura pas été récupéré par celui-ci au moment où la mission prendra fin, selon les modalités prévues dans notre politique interne de conservation de documents, laquelle peut être révisée de temps à autre.

4. Propriété intellectuelle

Nous conserverons tous les droits afférents à toutes les procédures utilisées ainsi qu'à toutes les méthodes et à tous les logiciels qui auront été développés avant ou pendant l'exécution de la mission.

5. Confidentialité

L'obligation de confidentialité concernant les affaires des clients constitue l'un des principes fondamentaux de la profession. Sans limiter la portée des normes professionnelles en matière de confidentialité (ou de secret professionnel), toute information non publique qui nous aura été transmise concernant le client sera utilisée exclusivement aux fins de la mission et sera traitée confidentiellement. Sauf si la loi ou un tribunal compétent nous y oblige, nous ne divulguons pas cette information à un tiers sans l'obtention préalable du consentement des parties concernées.

L'obligation de non-divulgaration qui précède ne s'applique pas à toute information déjà en notre possession ou en la possession des autres entités du groupe Raymond Chabot Grant Thornton avant sa divulgation dans le cadre de la présente lettre de mission, ni à toute information qui devient publique sans faute de notre part, ni à toute information qui nous aura été transmise par un tiers

qui n'est pas lié par une obligation de non-divulgaration envers les parties concernées.

6. Conflits d'intérêts

Nous et les entités du groupe Raymond Chabot Grant Thornton offrons un large éventail de services-conseils financiers qui pourraient être source de conflits d'intérêts ou de fonctions incompatibles. Nous respectons des politiques et appliquons des procédures dans le but de limiter le flux d'information et de contribuer ainsi à la gestion de tels conflits de manière appropriée. Rien dans cette mission ne devra être considéré comme un obstacle empêchant notre cabinet ou une entité du groupe Raymond Chabot Grant Thornton de s'engager dans une opération ni de représenter une tierce partie à quelque moment ni à quelque titre que ce soit, pourvu que nous ne fournissions pas sciemment des services à une tierce partie dans des circonstances qui pourraient nous placer en conflit d'intérêts direct en cours de mission sans le consentement préalable écrit du client. Dans l'éventualité où nous deviendrions la cible d'un conflit d'intérêts, nous serons autorisés à mettre fin à la mission, sans y être pour autant obligés, et serons dégagés de toute autre obligation envers le client, dans les 10 jours suivant un avis écrit préalable.

7. Procédures judiciaires, obligations réglementaires ou autres

Le client reconnaît que si nous ou l'un de nos employés, associés ou représentants sommes assignés pour témoigner ou produire des documents à l'intention d'une autorité compétente à laquelle nous ne sommes pas partie, et ce, en ce qui concerne l'exécution de la mission, il devra nous dédommager de toutes les heures consacrées à la préparation du témoignage ou d'une réponse de même qu'à la comparution, et devra rembourser les frais et débours raisonnables engagés à cet égard.

En cas de réclamation contre nous par un tiers, découlant de l'exécution de nos services fournis aux termes de la présente lettre de mission, ou s'y rattachant, le client nous tiendra indemnes, si notre responsabilité civile (y compris professionnelle) n'est pas engagée, à l'égard des frais et dépenses, y compris sans s'y limiter, les frais juridiques raisonnables.

En cas de poursuite, réclamation, perte ou dommages découlant de la mission, le client reconnaît que notre responsabilité sera individuelle et non solidaire. Le client ne peut nous réclamer que le paiement de notre part proportionnelle de l'obligation totale en fonction de l'importance relative de la faute de chacun.

8. Intérêts sur les comptes en souffrance

Nous ferons parvenir des factures au client de façon régulière en cours de mission. Ces factures seront payables à la réception. Les soldes en souffrance de plus de 30 jours porteront intérêt au taux d'emprunt de base que les banques accordent aux entreprises, majoré de 5 % par année. Ce taux est publié dans la *Revue de la Banque du Canada*.

9. Frais et dépenses

En plus des honoraires, nous facturerons tous les débours et frais raisonnables relatifs à la mission, de même que les frais réels engagés ainsi qu'une charge visant à couvrir les divers frais administratifs, notamment les déplacements, les repas, l'hébergement, les interurbains, les photocopies, les livraisons, les envois postaux, l'aide du personnel de soutien et la technologie relative à l'informatique.

10. Taxes

Tous les honoraires, débours et autres frais ne comprennent pas les taxes fédérales, provinciales et autres taxes de vente applicables, ni toute autre taxe ou tout autre droit, qu'ils soient actuellement en vigueur ou imposés dans le futur. Toutes ces taxes et tous ces droits seront indiqués séparément sur les factures qui seront présentées au client.

11. Respect des délais

Nous déploierons tous les efforts raisonnables pour achever dans les délais convenus la prestation des services décrits dans la présente lettre de mission. Toutefois, nous ne pourrions être tenus responsables des manquements ou des retards dans la prestation attribuables à des causes indépendantes de notre volonté, y compris les retards dans l'exécution ou la non-exécution par le client de ses obligations.

12. Successeurs, cessionnaires ou autres remplaçants

La lettre de mission et les présentes conditions générales lient les parties de même que leurs successeurs, cessionnaires ou autres remplaçants.

13. Résiliation de la lettre de mission

Nous pourrions résilier la présente entente pour un motif juste et raisonnable, moyennant un avis de cessation expédié au client dans un délai raisonnable, et notamment :

- si nos obligations professionnelles ou déontologiques le permettent ou l'exigent;
- si nous avons connaissance d'irrégularités sérieuses survenues, directement ou indirectement, lors des activités du client pendant ou avant la présente mission;
- si le client est en défaut d'acquitter nos honoraires avant le début de nos travaux pour l'exercice financier en cours, ou en cours de mission, alors que le défaut persiste sur une longue période ou vise une portion importante des honoraires que le client n'acquitte pas, malgré un préavis raisonnable de notre part;
- si le client est en défaut à l'égard d'une ou de plusieurs de ses obligations décrites dans la présente lettre de mission et qu'il ne remédie pas à ce défaut, malgré un préavis raisonnable de notre part.

Nous nous assurerons que la cessation de services ne sera pas faite à contretemps et nous ne serons pas responsables envers le client et, le cas échéant, les entités du même groupe, leurs actionnaires, administrateurs, dirigeants, employés et autres représentants, des pertes, coûts ou charges résultant de cette cessation. De plus, le client devra acquitter tous les honoraires pour les services fournis aux termes de la présente lettre de mission et devra nous rembourser toutes les dépenses engagées jusqu'à la date de résiliation.

14. Divisibilité

Dans l'éventualité où une disposition des présentes était invalidée ou déclarée nulle ou encore inapplicable, le reste des dispositions de la lettre de mission continuera néanmoins à s'appliquer et demeurera exécutoire.

15. Intégralité

Les termes de la lettre de mission et des présentes conditions constituent l'intégralité de l'entente entre les parties et remplacent toute autre entente antérieure verbale ou écrite visant les mêmes services professionnels.

16. Lois applicables

La présente lettre de mission sera régie par les lois en vigueur dans la province du Nouveau-Brunswick (Canada) ainsi que par les lois fédérales applicables. Nous convenons par les présentes de soumettre à la compétence exclusive des tribunaux de la

province du Nouveau-Brunswick, dans le district judiciaire dans lequel nos services ont été rendus, tout différend non réglé ou tout litige lié à la présente lettre de mission.

17. Distribution électronique

Il est entendu que pour toute distribution électronique de notre rapport et des informations sur lesquelles il porte, il incombe entièrement au client de reproduire ces informations et notre rapport de façon exacte et complète. Bien qu'il soit possible que nous transmettions électroniquement notre rapport, par souci d'efficacité, seul le rapport signé (électroniquement ou manuellement) constitue un exemplaire valide pour les dossiers du client. Si notre nom est utilisé relativement aux informations susmentionnées, le client s'engage à annexer le rapport lorsqu'il les distribue à des tiers.

18. Reproduction et traduction

Dans le cas où le client a l'intention de publier ou de reproduire notre rapport (ou de faire autrement mention de notre cabinet) dans un document contenant d'autres informations (par exemple dans un rapport annuel), il s'engage à nous soumettre un projet dudit document pour lecture et à obtenir notre approbation pour l'inclusion de notre rapport avant que le document ne soit terminé et distribué. Dans le cas où le client a l'intention de traduire dans une autre langue notre rapport et les informations sur lesquelles il porte (y compris dans un document comme un rapport annuel), il s'engage à nous soumettre un projet de cette traduction avant sa distribution afin que nous nous assurions qu'elle présente les mêmes informations et communique le même sens que la version originale.

19. Émission, achat ou échange de titres

Lorsque la mission porte sur des états financiers, si le client désire inclure les états financiers et notre rapport sur ces états dans un document de placement à une date ultérieure, nous déciderons à ce moment-là si nous consentons à ce que notre rapport soit inclus dans le document en question.

20. Accord à la communication des honoraires

Nous pouvons être tenus de communiquer, notamment à d'autres cabinets membres de Grant Thornton International Ltd ou à des organismes statutaires de surveillance et de contrôle provinciaux et nationaux, le total des honoraires que nous facturons au client pour les services d'audit et les autres services fournis. Le client consent à la divulgation de cette information lorsque cela est requis.

21. Réalisation de travaux par des tiers

À moins d'indications contraires aux présentes, nous pouvons exécuter notre mission en partie ou en totalité avec l'assistance de professionnels qui ne sont pas membres de notre cabinet ou avec d'autres cabinets comptables, notamment avec d'autres cabinets membres de Grant Thornton International Ltd (ci-après « membre(s) GTI »).

En conséquence, à moins qu'un membre GTI ne conclue directement avec le client une entente distincte pour effectuer une partie des services professionnels visés dans la présente lettre de mission, nous demeurons le seul cabinet responsable de rendre les services professionnels selon les modalités et conditions de la présente lettre de mission, et le client renonce à réclamer ou à poursuivre en justice les membres GTI qui pourraient, le cas échéant, rendre des services professionnels visés dans la présente lettre de mission à titre de sous-traitant de notre cabinet. Enfin, la présente clause est stipulée pour le seul bénéfice des membres GTI et pourrait être invoquée dans toute procédure, réclamation ou procédure en justice envers un membre GTI, le cas échéant.



Annexe 2

Lettre relative à l'indépendance

Le 30 mars 2021

**Raymond Chabot
Grant Thornton S.E.N.C.R.L.**
507, rue Victoria
Edmundston (Nouveau-Brunswick)
E3V 2K9

T 506 739-1144

Madame Michelyne Paulin
Présidente du Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Madame,

On nous a confié la mission d'audit des états financiers de Réseau de santé Vitalité pour l'exercice terminé le 31 mars 2021.

Les Normes canadiennes d'audit du *Manuel de CPA Canada* exigent que nous communiquions avec vous au sujet de la conformité aux règles de déontologie pertinentes concernant l'indépendance et de toutes les relations et des autres liens qui existent entre notre cabinet¹ et l'entité et ses entités liées (ci-après, sauf avis contraire, l'« entité ») qui, selon notre jugement professionnel, peuvent raisonnablement être considérés comme susceptibles d'avoir des incidences sur notre indépendance. Nous devons également vous faire part des sauvegardes pertinentes mises en place afin d'éliminer ou de ramener à un niveau acceptable les menaces à notre indépendance qui ont été identifiées.

Ces règles exigent que nous tenions compte, dans la détermination des liens à communiquer, des questions suivantes :

- Le fait de détenir, directement ou indirectement, des intérêts financiers dans l'entité;
- Le fait d'occuper, directement ou indirectement, un poste qui donne le droit ou confère la responsabilité d'exercer une influence notable sur les politiques financières ou les méthodes comptables de l'entité;
- L'existence de relations personnelles ou de relations d'affaires directes ou indirectes entre des membres de la famille immédiate, de la famille proche, des associés ou des associés retraités maintenant des liens étroits avec le cabinet et l'entité;
- Une dépendance économique par rapport à l'entité;
- La prestation de services en sus de la mission d'audit.

¹ Dans la présente lettre, les termes « cabinet » ou « nous » comprennent l'équipe de mission, le cabinet et les autres cabinets membres du réseau Grant Thornton.

Nous n'avons connaissance d'aucun lien entre notre cabinet et l'entité pour la période allant du 23 juin 2020 au 30 mars 2021 qui, selon notre jugement professionnel, pourrait être considéré comme susceptible d'avoir des incidences sur notre indépendance.


Les Normes canadiennes d'audit du *Manuel de CPA Canada* exigent que nous confirmions notre indépendance auprès du comité d'audit. En conséquence, nous confirmons par la présente que, le 30 mars 2021, nous sommes indépendants par rapport à l'entité au sens du Code de déontologie harmonisé pour les comptables professionnels agréés du Canada.

La présente est destinée uniquement à l'usage du comité de finances et vérification, du conseil d'administration, de la direction et d'autres personnes au sein de l'entité, et ne doit servir à aucune autre fin.

C'est avec grand plaisir que nous discuterons avec vous, au cours de notre prochaine rencontre qui se tiendra le 30 mars 2021, des éléments mentionnés dans la présente. Nous serons disposés à répondre à toutes les questions que vous pourrez poser au sujet de notre indépendance.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.
Comptables professionnels agréés



Annexe 3

Normes comptables canadiennes pour le secteur public – Nouveautés en matière de comptabilité

NORMES COMPTABLES CANADIENNES POUR LE SECTEUR PUBLIC – NOUVEAUTÉS EN MATIÈRE DE COMPTABILITÉ

NORME APPLICABLE AUX EXERCICES OUVERTS À COMPTER DU 1^{ER} AVRIL 2020

Améliorations annuelles 2018-2019

En juin 2018, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (CCSP) approuvait son processus annuel d'amélioration, qui consiste à apporter des corrections ou des éclaircissements au texte du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public* (ci-après le « Manuel ») et d'autres indications (tels les énoncés de pratiques recommandées).

Le premier cycle d'améliorations annuelles (2018-2019) vise à régler des questions relevées par le CCSP au fil des ans et servira de point de départ pour les projets de la sorte qui seront réalisés dorénavant.

Parmi les sujets pour lesquels de telles corrections ou de tels éclaircissements ont été publiés, on retrouve notamment ce qui suit :

- Retrait des références à la procédure officielle dans le Manuel, celles-ci étant énoncées dans la procédure officielle du CCSP et n'ayant pas leur place dans le Manuel;
- Correction des incohérences associées à l'ajout de la catégorie « composante d'un gouvernement » intégrée en 2014 lorsque la préface du Manuel a été modifiée. Diverses modifications terminologiques ont été apportées dans le Manuel en vue de tenir compte de cette nouvelle catégorie d'entités du secteur public;
- Diverses modifications terminologiques au chapitre SP 3060, « Partenariats »;
- D'autres modifications visant d'autres incohérences ou aspects devant être clarifiés.

Ces modifications sont en vigueur pour les exercices ouverts à compter du 1^{er} avril 2020, et leur adoption anticipée est permise.

NORMES APPLICABLES AUX EXERCICES OUVERTS À COMPTER DU 1^{ER} AVRIL 2022

Présentation des états financiers

En mars 2011, le CCSP a publié une nouvelle norme, le chapitre SP 1201, « Présentation des états financiers », en remplacement du chapitre SP 1200 du même nom. Les modifications apportées étaient nécessaires par souci de cohérence en raison de la publication du nouveau chapitre SP 3450, « Instruments financiers », décrit ci-après.

Pour l'entité, la principale modification liée à l'entrée en vigueur de ces nouvelles normes résulte de l'ajout d'un nouvel état financier : l'état des gains et pertes de réévaluation. L'excédent ou le déficit accumulé présenté à l'état de la situation financière correspond alors au total :

- de l'excédent ou du déficit accumulé lié aux activités, et
- du cumul des gains ou pertes de réévaluation.

À la suite du report de la date d'adoption obligatoire de cette nouvelle norme, annoncé par le CCSP en juin 2018, celle-ci doit être adoptée au plus tard pour les exercices ouverts à compter du 1^{er} avril 2022.

Instruments financiers

En mars 2011, le CCSP a publié une nouvelle norme, le chapitre SP 3450, « Instruments financiers », dans le *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. Au cours de la dernière année, la date d'entrée en vigueur de cette nouvelle norme, qui était initialement prévue pour le 1^{er} avril 2016, a été successivement reportée au 1^{er} avril 2019, au 1^{er} avril 2021, puis au 1^{er} avril 2022.

Ce chapitre établit les normes sur la façon de comptabiliser et de présenter les instruments financiers, y compris les dérivés. Les principales caractéristiques du nouveau chapitre comprennent ce qui suit :

- Les instruments financiers sont classés dans l'une ou l'autre des deux catégories d'évaluation suivantes :
 - Juste valeur;
 - Coût ou coût après amortissement;
- Les éléments évalués à la juste valeur comprennent :
 - presque tous les dérivés (y compris les dérivés incorporés qui ne sont pas étroitement liés au contrat hôte);
 - les placements de portefeuille dans des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif;
- Si l'entité définit et met en œuvre une stratégie de gestion des risques ou de placement à des fins de gestion et d'évaluation de la performance d'un groupe d'actifs financiers, de passifs financiers ou des deux en fonction de la juste valeur, elle peut inclure ces instruments financiers dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur;
- Les variations de la juste valeur d'un instrument financier sont présentées dans le nouvel état des gains et pertes de réévaluation jusqu'à ce que l'instrument financier soit décomptabilisé.

La nouvelle norme comporte également de nombreuses obligations d'informations, lesquelles sont très semblables aux exigences prévues dans les Normes internationales d'information financière.

Le nouveau chapitre doit être appliqué de manière prospective, de sorte que les méthodes suivies au cours des exercices antérieurs à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle norme ne sont pas modifiées rétroactivement et, par conséquent, les états financiers antérieurs ne sont pas retraités. La norme fournit davantage d'indications quant à l'application prospective des nouvelles recommandations.

Obligations liées à la mise hors service d'immobilisations

En août 2018, le nouveau chapitre SP 3280, « Obligations liées à la mise hors service d'immobilisations », a été intégré dans le *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. Ce nouveau chapitre établit des normes sur la façon de comptabiliser et de présenter un passif au titre d'une obligation liée à la

mise hors service d'une immobilisation. Cette nouvelle norme entre en vigueur pour les exercices ouverts à compter du 1^{er} avril 2022, et son adoption anticipée est permise.

Ses principaux éléments sont les suivants :

- Une obligation liée à la mise hors service d'une immobilisation s'entend d'une obligation juridique afférente à la mise hors service d'une immobilisation corporelle;
- Le coût de mise hors service d'une immobilisation corporelle contrôlée par l'entité s'ajoute à la valeur comptable de l'immobilisation corporelle (ou de la composante) en cause et est passé en charges de manière logique et systématique;
- Le coût de mise hors service d'une immobilisation ne faisant plus l'objet d'un usage productif est passé en charges;
- L'évaluation d'un passif au titre d'une obligation liée à la mise hors service doit déboucher sur la meilleure estimation du montant requis pour mettre hors service l'immobilisation corporelle (ou la composante) en cause à la date de clôture;
- Les évaluations ultérieures du passif au titre d'une obligation liée à la mise hors service peuvent entraîner soit une variation de la valeur comptable de l'immobilisation corporelle (ou de la composante) en cause, soit une charge, selon la nature de la réévaluation et selon que l'immobilisation fait encore ou non l'objet d'un usage productif;
- Le recours à une technique d'actualisation est souvent la meilleure façon d'estimer le passif au titre d'une obligation liée à la mise hors service.

À la suite de la publication de cette nouvelle norme, le chapitre SP 3270, « Passif au titre des activités de fermeture et d'après-fermeture des décharges contrôlées de déchets solides », a été retiré du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*.

Ce dernier chapitre demeurera en vigueur jusqu'à l'adoption du nouveau chapitre SP 3280, soit au plus tard jusqu'à l'exercice ouvert à compter du 1^{er} avril 2021, moment auquel la comptabilisation et l'évaluation du passif au titre des activités de fermeture et d'après-fermeture des décharges contrôlées de déchets solides devra être effectuée conformément aux recommandations du nouveau chapitre SP 3280.

NORME APPLICABLE AUX EXERCICES OUVERTS À COMPTER DU 1^{ER} AVRIL 2023

Revenus

En novembre 2018, le nouveau chapitre SP 3400, « Revenus », a été intégré dans le *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public* en vue d'établir des normes de comptabilisation et d'information relatives aux revenus. Cette nouvelle norme entre en vigueur pour les exercices ouverts à compter du 1^{er} avril 2023, et son adoption anticipée est permise.

Le nouveau chapitre ne s'applique pas, notamment, à la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*) ni des recettes fiscales (chapitre SP 3510 du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*).

La nouvelle norme différencie les revenus issus des opérations qui comportent des obligations de prestation de ceux issus des opérations sans obligation de prestation. Ses principaux éléments sont les suivants :

- Une obligation de prestation s'entend d'une promesse exécutoire de fournir des biens ou services précis à un payeur en particulier;
- L'entité doit constater les revenus tirés d'opérations avec obligations de prestation lorsqu'elle remplit (ou à mesure qu'elle remplit) l'obligation de prestation en fournissant les biens ou services promis au payeur;
- La constatation d'un revenu tiré d'une opération sans obligation de prestation doit se faire lorsque l'entité a le pouvoir de revendiquer ou de prélever une entrée de ressources économiques et qu'elle relève une opération passée ou un événement passé qui est à l'origine d'un actif.



Annexe 4

Nouveautés en matière d'audit

NOUVEAUTÉS EN MATIÈRE D'AUDIT

Audit des estimations comptables et des informations y afférentes

La nouvelle Norme canadienne d'audit (NCA) 540, *Audit des estimations comptables et des informations y afférentes*, entre en vigueur pour les périodes ouvertes à compter du 15 décembre 2019 (donc, les fins d'exercice en 2020). Cette nouvelle norme est une réponse à l'utilisation accrue des estimations comptables dans les états financiers et à leur importance grandissante pour les utilisateurs. La nouvelle norme fournit des indications plus détaillées sur la manière d'évaluer les risques relatifs aux estimations comptables et de réaliser les travaux pour y répondre.

Les incidences des changements sur la mission dépendent du degré d'incertitude des estimations comptables de l'entité. Nous pourrions donc devoir obtenir une compréhension plus détaillée de ce degré d'incertitude, notamment la complexité et la subjectivité des hypothèses, des méthodes et des données utilisées. La direction pourrait donc vouloir documenter ces questions plus formellement pour faciliter cette compréhension.

Pour les estimations ayant un plus grand degré d'incertitude, la nouvelle norme fournit des indications plus détaillées sur les réponses à mettre en œuvre, particulièrement lorsque l'approche consiste à tester le processus de la direction. Nous pourrions donc devoir obtenir de nouvelles informations (ou des informations plus détaillées que dans le passé).

Nous avons tenu compte de cette nouvelle norme dans notre évaluation des risques.

Note d'information

Point 7.2

Nome du comité : Comité des finances et de vérification

Date : 30 mars 2021

Objet : **États financiers pour l'exercice se terminant le 28 février 2021**

Décision recherchée

Approbation des états financiers pour l'exercice se terminant le 28 février 2021.

Contexte/problématique

- Le rapport des 11 premiers mois de l'exercice financier 2020-2021 ci-joint a été préparé par la direction des Services financiers en conformité aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- La crise pandémique perturbe le fonctionnement normal du Réseau, les résultats financiers réels sont influencés par les orientations prises par la direction pour gérer la crise, tandis que les budgets ne reflètent pas nécessairement cette nouvelle réalité.
- La présentation des résultats fait état d'une comptabilité axée sur les dépenses comparativement au budget alloué et approuvé.
- Une analyse des écarts est également effectuée en lien avec les activités opérationnelles du Réseau pour la période concernée.
- Aucune modification au budget n'est soumise. Toutefois, les résultats réels reflètent le financement additionnel attendu par amendement budgétaire pour les dépenses éligibles qui ont été effectuées. Le sommaire des amendements budgétaires (Tableau D) présente le compte rendu des initiatives.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le rapport financier est habituellement analysé en fonction du Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) du Réseau et des objectifs stratégiques de l'organisation. Le ministère de la Santé a approuvé le PRSA 2020-2021, le 14 août 2020.
- Les indicateurs de performance financière sont intégrés au tableau de bord équilibré du Réseau.
- Les résultats obtenus démontrent que la tendance normale des activités opérationnelles pour la période de l'année a été perturbée par la pandémie. Ce qui inclut aussi les revenus associés aux visites de patients externes ainsi que certaines dépenses de services cliniques qui doivent être restreint afin de se conformer aux directives de la province et de la direction de Vitalité.
- Des mécanismes de contrôles et de vérifications internes ont été mis en place et d'autres sont en révision pour mitiger les risques financiers.

Considérations importantes

- Il n'y a eu aucun changement ou directive reçue de la part du ministère de la Santé depuis la réception de la lettre budgétaire 2020-2021 en mai dernier, qui occasionne un impact au présent budget. Toutefois, les coûts additionnels engendrés par la pandémie ne font pas partie du budget approuvé.
- Le ministère de la Santé reconnaît que les initiatives relatives à la gestion de la pandémie peuvent provoquer un déséquilibre budgétaire se résultant à une position de déficit d'opération.
- Selon Agrément Canada, le Conseil d'administration doit disposer d'un système efficace de planification et de contrôle des finances qui contribue à l'atteinte des buts et des objectifs stratégiques.

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

Surveiller la performance et les risques financiers

Proposition et résolution

Proposé par

Appuyé par

Et résolu que le Comité des finances et de vérification approuve les états financiers tels que présentés pour la période se terminant le 28 février 2021.

Adopté

Soumis le 15 mars 2021 par Alain Lavallée, chef des Services financiers

Sommaire exécutif

Le sommaire exécutif couvre les résultats financiers du 1^{er} avril 2020 au 28 février 2021.

Après 10 mois d'opération, le Réseau de santé Vitalité affiche un déficit de 5.9 M\$ (voir **Tableaux A et B** pour les détails). Ce déficit est le résultat en grande partie des orientations prises pour gérer la pandémie COVID-19. Globalement, le déficit inclut une perte de revenus des patients de 11 M\$ et des coûts additionnels liés à la pandémie de l'ordre de 17.8M\$ non budgétés. Toutefois, les opérations démontrent un surplus estimé de 22.9 M\$, provenant principalement aux réductions de dépenses. Ce résultat est dû au ralentissement des activités cliniques durant les phases de confinement et la reprise graduelle des activités.

Tableau A : États des résultats – sommaire par programme

Réseau de Santé Vitalité

États des résultats

Pour la période se terminant le 28 février 2021

| FINANCEMENT | Total à date Actuel | Total à date Budget | Écarts Surplus / (déficiaire) | % d'écart budget | Budget annuel |
|---|------------------------|------------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------|
| Ministère de la Santé | 526,192,863 \$ | 527,007,444 \$ | (814,581) \$ | -0.2% | 578,825,969 \$ |
| Amendement budgétaire - opérations | 28,670,848 | 22,204,415 | 6,466,433 | 29.1% | 24,427,844 |
| Revenus de patients * | 20,551,710 | 31,559,885 | (11,008,175) | -34.9% | 34,065,074 |
| Assurance maladie | 66,162,602 | 63,949,410 | 2,213,192 | 3.5% | 72,174,877 |
| Fonds fédéraux | 7,011,539 | 7,011,952 | (413) | 0.0% | 7,702,492 |
| Autre recouvrement et ventes | 6,069,039 | 5,180,891 | 888,148 | 17.1% | 6,240,259 |
| Total des financements | 654,658,601 \$ | 656,913,997 \$ | (2,255,396) \$ | -0.3% | 723,436,515 \$ |
| DÉPENSES PAR PROGRAMMES | | | | | |
| Services aux patients hospitalisés | 131,022,032 | 139,353,556 | 8,331,524 | 6.0% | 152,194,970 |
| Services ambulatoires ** | 65,166,792 | 63,825,958 | (1,340,834) | -2.1% | 69,921,890 |
| Serv. de diagnostic / thérapeutique / professionnel | 112,599,650 | 111,810,088 | (789,562) | -0.7% | 122,738,807 |
| Services tertiaires | 53,550,838 | 51,440,579 | (2,110,259) | -4.1% | 56,196,247 |
| Santé mentale et services communautaires ** | 65,578,499 | 65,025,608 | (552,891) | -0.9% | 70,982,546 |
| Services de soutien | 85,949,900 | 80,192,308 | (5,757,592) | -7.2% | 89,618,184 |
| Affaires médicales et formation académique | 14,727,008 | 15,858,856 | 1,131,848 | 7.1% | 17,584,766 |
| Services administration et autres ** | 47,295,988 | 57,656,721 | 10,360,733 | 18.0% | 63,466,443 |
| Pandémie | 11,299,848 | - | (11,299,848) | | - |
| Dons / Fondations | 445,792 | 850,207 | 404,415 | 47.6% | 927,593 |
| Anciens combattants | 6,770,423 | 6,769,241 | (1,182) | 0.0% | 7,430,192 |
| Assurance maladie | 66,194,896 | 64,130,875 | (2,064,021) | -3.2% | 72,374,877 |
| Total des dépenses d'opérations & pandémie | 660,601,665 \$ | 656,913,997 \$ | (3,687,668) \$ | -0.6% | 723,436,515 \$ |
| SURPLUS/(DÉFICIT) D'OPÉRATION | (5,943,064) \$ | - \$ | (5,943,064) \$ | | - \$ |
| Revenus en capital | 11,000,000 | 11,000,000 | - | 0.0% | 12,100,000 |
| Amortissement des immobilisations | (24,787,666) | (24,750,000) | 37,666 | -0.2% | (25,487,719) |
| Prestations constituées pour congés de maladie | (458,333) | (458,333) | - | 0.0% | (600,000) |
| TOTAL SURPLUS / (DÉFICIT) | (20,189,063) \$ | (14,208,333) \$ | (5,980,730) \$ | | (13,987,719) \$ |

* note: L'écart négative des Revenus patients sont habituellement compensé par un amendement budgétaire.

** Note: Les coûts reliés à la pandémie (Centres de dépistage, clin de vaccination, ÉPI, petits équip.) ont été regroupé sous Pandémie

Tableau B – Tableau des écarts des résultats opérationnels au 28 février 2021.

| Financement / revenus | | (2 255K)\$ | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|--|--|-------------|---|---------|--|-----------|--------------------------------------|-----------|---|-----------|
| Ministère de la santé | | (815K) | Représente un écart temporel entre le résultat réel et budgétaire. Cet écart sera nul au 31 mars 2021. | | | | | | | | | | |
| Amendements budgétaires (Exclus l'allocation pour les revenus patient) | | 6 467K | Les principaux écarts sont liés aux dépenses opérationnelles supplémentaires recouvrables par le biais d'amendements budgétaires: -656K\$ pour les coûts d'allocations de retraites, 2M\$ pour les médicaments oncologiques, 1.1M\$ pour le programme des résidents délocalisés, 2.2M\$ pour le bloc opératoire Dumont, 1.7M\$ pour les Service de sécurité, 122 pour les autres initiatives financées. (Voir le Tableau D pour des informations additionnelles). | | | | | | | | | | |
| Revenus de patients | | (11 008K) | L'écart sur les revenus de patients de 11M\$ est habituellement remboursable en fin d'année par le ministère. En 2020-2021, le montant compensé sera déterminé selon les résultats net de fin d'année, en considérant la récupération des dépenses liées au COVID-19, et les réductions des dépenses d'opération suite aux ralentissements des services cliniques. | | | | | | | | | | |
| Fonds fédéraux Autres recouvrements et ventes | | 888K | Le total des ventes à date est comparable à l'année précédente, ces écarts au budget sont considérés temporels sur une base annuelle. | | | | | | | | | | |
| Assurance maladie | | 2 213K | Les revenus s'équilibrent avec les dépenses salariales des médecins qui sont remboursables par l'Assurance-maladie. | | | | | | | | | | |
| Dépenses | | (3 688K)\$ | | | | | | | | | | | |
| Pandémie – COVID-19 | | (17 802K\$) | <p>Les dépenses de la pandémie pour les mois d'avril à février s'élèvent à 17 801 684\$ répartis selon :</p> <table border="0"> <tr> <td>- Salaires et bénéfices</td> <td>3 908 658\$</td> </tr> <tr> <td>- Médicaments</td> <td>182 918</td> </tr> <tr> <td>- Fournitures médicales, chirurgicales (EPI)</td> <td>3 666 953</td> </tr> <tr> <td>- Fournitures de laboratoire (tests)</td> <td>5 809 158</td> </tr> <tr> <td>- Petits équip., cliniques et autres dépenses</td> <td>4 233 997</td> </tr> </table> <p>Ces dépenses, basés sur les coûts incrémentaux par rapport aux tendances de l'année précédant la crise sont, soit présentées dans les différents départements cliniques sous les catégories des salaires et FMC, (6 504 036\$), soit comptabilisées séparément sous Pandémie pour un montant de 11 299 848\$.</p> <p>Le tableau E démontre le détail des dépenses estimées en lien à la pandémie.</p> | - Salaires et bénéfices | 3 908 658\$ | - Médicaments | 182 918 | - Fournitures médicales, chirurgicales (EPI) | 3 666 953 | - Fournitures de laboratoire (tests) | 5 809 158 | - Petits équip., cliniques et autres dépenses | 4 233 997 |
| - Salaires et bénéfices | 3 908 658\$ | | | | | | | | | | | | |
| - Médicaments | 182 918 | | | | | | | | | | | | |
| - Fournitures médicales, chirurgicales (EPI) | 3 666 953 | | | | | | | | | | | | |
| - Fournitures de laboratoire (tests) | 5 809 158 | | | | | | | | | | | | |
| - Petits équip., cliniques et autres dépenses | 4 233 997 | | | | | | | | | | | | |
| Salaires et bénéfices Excluant : Pandémie (3 909K) | | 3 243K | <p>Au cours des premiers mois de la pandémie, plusieurs activités de soins ont été réorientées ou réduites pour répondre aux besoins de la crise. À la suite de ces initiatives, plusieurs membres du personnel infirmier ont été réaffectés aux responsabilités du COVID-19.</p> <p>Au cours de cette période, des réductions en heures supplémentaires ont été constatées, toutefois au fils des derniers mois, les heures ont commencé à grimper, dépassant de 5.8% (+ 17 746 hrs) les heures de la même période de l'année précédente. Les heures maladie sont restées inférieures à -7.1 % (-39 003 hrs). Le taux plus élevé des heures travaillées est stable à +2.5 % (+218 375 hrs) depuis quelques mois.</p> <p>Les écarts favorables dans les salaires et bénéfices excluant les dépenses COVID sont expliqués comme suit :</p> <table border="0"> <tr> <td>- salaires et bénéfices – opération ordinaires</td> <td>1 534 K</td> </tr> <tr> <td>- Travail sécuritaire (TSNB) et allocation de retraites</td> <td>1 709 K</td> </tr> </table> | - salaires et bénéfices – opération ordinaires | 1 534 K | - Travail sécuritaire (TSNB) et allocation de retraites | 1 709 K | | | | | | |
| - salaires et bénéfices – opération ordinaires | 1 534 K | | | | | | | | | | | | |
| - Travail sécuritaire (TSNB) et allocation de retraites | 1 709 K | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|-------------------|--|
| Médicaments Excluant : Pandémie (183K) | 219K | <p>Les écarts budgétaires dans les dépenses de médicaments sont principalement influencés par deux secteurs de services : Tertiaires et Unités satellite (1 302 914) :</p> <p>Les frais en médicaments en oncologie et en néphrologie sont en hausse, alors que les visites au total ont soit inférieures ou resté stable. Les médicaments d'oncologie ont augmenté de 10.5 % par rapport à l'année dernière, avec 36 850 visites qui représente 7 701 visites -17.3 % en moins. Une augmentation de 5.7% est observée dans les dépenses en néphrologie, avec 59 560 visites de patients, soit un nombre de seulement 17 visites, en plus pour la même période avec l'année dernière. À noter que qu'un montant de 2.0 M\$ en amendements budgétaires additionnels au budget couvrent les coûts supplémentaires des médicaments.</p> <p>Autres services cliniques : Les frais de médicaments pour les autres services cliniques sont à la baisse, principalement en raison de la réduction des services dans ces secteurs. Les cas en salles d'opération ont diminué de 4 327 cas -23.3 %, les jours-patients de 52 275 jours -15.6 % et les visites aux urgences de 57 357 visites -28.9 %.</p> |
| Fournitures médicales, chirurgicales, et autres dépenses Excluant : Pandémie (13 710K) | 12 716K | <p>Les fournitures médicales, chirurgicales, laboratoires etc. ont été fortement affectées par le ralentissement des visites dans plusieurs services cliniques, ce qui a entraîné un écart favorable de 7.7 M\$. À noter, que les dépenses de FMC et autres fournitures incrémentales associés aux ÉPI sont enregistrés dans les dépenses de pandémie.</p> <p>La restriction dans les déplacements interzones ont réduit les dépenses de 1.5 M\$. Les coûts d'énergie sont également positifs, en partie grâce à la réduction des coûts du pétrole de 2.2 M\$, et autres de dépenses 1.3 M\$, principalement expliqué par les autres dépenses moins les projets de rénovation et les petits équipements.</p> |
| Assurance maladie | (2 064K) | Les dépenses s'équilibrent avec les revenus provenant de l'Assurance-maladie. |
| Écart de déficit au budget | (5 943K)\$ | Des activités d'opérations |

ÉTAT DES RÉSULTATS OPÉRATIONNELS PAR PROGRAMMES ET SOUS-PROGRAMMES

À partir du **Tableau C**, l'état des résultats opérationnels par programmes et sous-programmes présente un sommaire des dépenses comparatif au budget en date du 28 février 2021. De plus, il détaille les coûts réels en 3 catégories de dépenses par sous-programme qui sont par la suite comparés au budget total du programme.

Tableau C – État des résultats opérationnels par programmes et sous-programmes

Réseau de santé Vitalité

Sommaire des dépenses d'opérations

Pour la période se terminant le 28 février 2021

| Dépenses par programme | Total à date | | | | | | Total année |
|---|----------------------|------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| | Salaires & Bénéfices | Médicaments | Fournitures & Autres dépenses | Total Réel | Budget | % écart au budget fav/(déf) | Budget |
| Soins aux patients hospitalisés | | | | | | | |
| Administration soins infirmiers | 9,979,389 | 617 | 216,945 | 10,196,951 | 9,004,727 | (13.2%) | 9,839,756 |
| Unités médicales | 28,162,149 | 1,856,348 | 2,328,935 | 32,347,432 | 34,866,351 | 7.2% | 38,092,465 |
| Unités chirurgicales | 10,367,996 | 756,342 | 995,170 | 12,119,509 | 14,727,230 | 17.7% | 16,093,401 |
| Soins intensifs | 10,647,882 | 906,575 | 1,565,911 | 13,120,369 | 12,820,723 | (2.3%) | 14,005,159 |
| Unité Obstétrique | 10,045,631 | 293,929 | 1,132,938 | 11,472,498 | 12,029,179 | 4.6% | 13,143,502 |
| Bloc opératoire | 10,542,019 | 1,273,390 | 16,155,840 | 27,971,248 | 30,754,003 | 9.0% | 33,541,155 |
| Unité Pédiatrie | 3,621,541 | 143,707 | 243,085 | 4,008,333 | 4,474,914 | 10.4% | 4,888,661 |
| Réadaptation et soins à long terme | 13,426,998 | 463,711 | 964,489 | 14,855,198 | 15,537,321 | 4.4% | 16,978,627 |
| Unité d'Oncologie satellite | 2,404,779 | 976,349 | 221,450 | 3,602,577 | 3,683,002 | 2.2% | 4,020,702 |
| Unité Soins palliatifs | 1,182,487 | 50,452 | 94,979 | 1,327,917 | 1,456,106 | 8.8% | 1,591,542 |
| Total - Soins aux patients hospitalisés | 100,380,871 | 6,721,420 | 23,919,742 | 131,022,032 | 139,353,556 | 6.0% | 152,194,970 |
| Budget | 105,848,889 | 8,035,978 | 25,468,689 | 139,353,556 | | | |
| Variance au budget | 5,468,018 | 1,314,558 | 1,548,947 | 8,331,524 | | 6.0% | |
| Services ambulatoires | | | | | | | |
| Unité Urgences | 20,798,395 | 1,694,891 | 2,261,793 | 24,755,079 | 24,887,432 | 0.5% | 27,186,328 |
| Consultations / Cliniques (excl. Cliniques dépistage) | 31,074,895 | 906,898 | 8,429,921 | 40,411,714 | 38,938,526 | (3.8%) | 42,735,562 |
| Total - Services ambulatoires | 51,873,289 | 2,601,789 | 10,691,714 | 65,166,792 | 63,825,958 | (2.1%) | 69,921,890 |
| Budget | 50,445,526 | 3,165,382 | 10,215,050 | 63,825,958 | | | |
| Variance au budget | (1,427,763) | 563,593 | (476,664) | (1,340,834) | | (2.1%) | |
| Services de diagnostic / thérapeutique / professionnel | | | | | | | |
| Imagerie diagnostique | 15,046,809 | 191,848 | 9,749,971 | 24,988,629 | 25,529,486 | 2.1% | 28,065,669 |
| Laboratoires | 21,502,572 | 1,971 | 16,627,683 | 38,132,227 | 38,805,094 | 1.7% | 42,776,035 |
| Thérapies respiratoires | 11,542,361 | 49,769 | 1,037,103 | 12,629,234 | 12,135,464 | (4.1%) | 13,271,844 |
| Pharmacie | 10,969,666 | 1,124,415 | 2,131,689 | 14,225,770 | 13,561,285 | (4.9%) | 14,840,805 |
| Services de réadaptation | 21,516,415 | 922 | 1,106,453 | 22,623,791 | 21,778,759 | (3.9%) | 23,784,454 |
| Total - Serv. de diagnostic / thérapeutique / profession | 80,577,824 | 1,368,926 | 30,652,899 | 112,599,650 | 111,810,088 | (0.7%) | 122,738,807 |
| Budget | 78,814,100 | 1,036,456 | 31,959,532 | 111,810,088 | | | |
| Variance au budget | (1,763,724) | (332,470) | 1,306,633 | (789,562) | | (0.7%) | |

| Dépenses par programme | Total à date | | | | | | Total année |
|--|----------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|
| | Salaires & Bénéfices | Médicaments | Fournitures & Autres dépenses | Total Réel | Budget | % écart au budget fav/(déf) | Budget |
| Services tertiaires | | | | | | | |
| Oncologie | 9,374,140 | 19,744,137 | 2,590,119 | 31,708,396 | 29,845,251 | (6.2%) | 32,613,319 |
| Hémodialyse/Dialyse à domicile | 10,435,432 | 6,209,826 | 5,197,184 | 21,842,442 | 21,595,328 | (1.1%) | 23,582,928 |
| Total - Services tertiaires | 19,809,572 | 25,953,963 | 7,787,303 | 53,550,838 | 51,440,579 | (4.1%) | 56,196,247 |
| Budget | 19,251,714 | 24,556,822 | 7,632,043 | 51,440,579 | | | |
| Variance au budget | (557,858) | (1,397,141) | (155,260) | (2,110,259) | | (4.1%) | |
| Santé mentale et services communautaires | | | | | | | |
| Santé Mentale - Restigouche | 9,954,239 | 231,721 | 436,497 | 10,622,457 | 11,649,199 | 8.8% | 12,732,744 |
| Santé mentale - hôpitaux | 9,963,860 | 339,978 | 488,312 | 10,792,150 | 10,315,488 | (4.6%) | 11,269,571 |
| Santé Mentale - communautaire | 21,382,048 | 812 | 3,300,769 | 24,683,629 | 25,313,879 | 2.5% | 27,570,362 |
| Traitement des dépendances | 6,390,344 | 26,446 | 585,881 | 7,002,671 | 6,805,698 | (2.9%) | 7,455,240 |
| Santé Publique (excl Cliniques vaccination et support COVID) | 11,694,951 | 366 | 782,274 | 12,477,591 | 10,941,344 | (14.0%) | 11,954,629 |
| Total - Santé mentale et services communautaires | 59,385,442 | 599,324 | 5,593,733 | 65,578,499 | 65,025,608 | (0.9%) | 70,982,546 |
| Budget | 58,537,784 | 675,850 | 5,811,974 | 65,025,608 | | | |
| Variance au budget | (847,658) | 76,526 | 218,241 | (552,891) | | (0.9%) | |
| Services de soutien | | | | | | | |
| Services alimentaires | 8,812,476 | 76 | 4,583,340 | 13,395,892 | 13,640,788 | 1.8% | 15,018,153 |
| Services d'environnement | 13,959,041 | 66 | 2,385,667 | 16,344,775 | 15,070,416 | (8.5%) | 16,703,178 |
| Installations et matérielles | 13,905,816 | 7,163 | 37,860,435 | 51,773,415 | 47,261,543 | (9.5%) | 53,275,299 |
| Contrat sécurité | 2,572,218 | 268 | 116,851 | 2,689,337 | 2,766,243 | 2.8% | 3,029,653 |
| Bénévoles | 527,865 | | 40,041 | 567,906 | 543,176 | (4.6%) | 593,974 |
| Autres support | 1,163,688 | | 14,887 | 1,178,575 | 910,142 | (29.5%) | 997,927 |
| Total - Services de soutien | 40,941,105 | 7,573 | 45,001,221 | 85,949,900 | 80,192,308 | (7.2%) | 89,618,184 |
| Budget | 39,660,867 | 10,206 | 40,521,235 | 80,192,308 | | | |
| Variance au budget | (1,280,238) | 2,633 | (4,479,986) | (5,757,592) | | (7.2%) | |
| Total - Dons/Fondations | 180,224 | - | 265,568 | 445,792 | 850,207 | 47.6% | 927,593 |
| Budget | 217,046 | - | 633,161 | 850,207 | | | |
| Variance au budget | 36,822 | - | 367,593 | 404,415 | | 47.6% | |
| Total - Anciens combattants | 4,883,406 | 87,844 | 1,799,173 | 6,770,423 | 6,769,241 | (0.0%) | |
| Budget | 4,858,361 | 21,107 | 1,889,773 | 6,769,241 | | | 7,430,192 |
| Variance au budget | (25,045) | (66,737) | 90,600 | (1,182) | | (0.0%) | |

| Dépenses par programme | Total à date | | | | | | Total année |
|---|----------------------|-------------------|-------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| | Salaires & Bénéfices | Médicaments | Fournitures & Autres dépenses | Total Réel | Budget | % écart au budget fav/(déf) | Budget |
| Affaires médicales et formation académique | | | | | | | |
| Affaires médicales | 2,723,434 | - | 2,426,073 | 5,149,506 | 6,356,915 | 19.0% | 7,059,160 |
| Recherche | 1,024,716 | 27 | 140,368 | 1,165,111 | 2,144,994 | 45.7% | 2,393,221 |
| Enseignement médicale | 4,356,708 | 3,563 | 2,938,374 | 7,298,645 | 6,208,425 | (17.6%) | 6,874,238 |
| Santé Canada | 905,442 | - | 208,303 | 1,113,746 | 1,148,522 | 3.0% | 1,258,147 |
| Total - Affaires médicales et formation académique | 9,010,300 | 3,590 | 5,713,118 | 14,727,008 | 15,858,856 | 7.1% | 17,584,766 |
| Budget | 9,850,517 | - | 6,008,339 | 15,858,856 | | | |
| Variance au budget | 840,217 | (3,590) | 295,221 | 1,131,848 | | 7.1% | |
| Total - Assurance maladies | 64,035,050 | | 2,159,846 | 66,194,896 | 64,130,875 | (3.2%) | 72,374,877 |
| Budget | 63,763,170 | | 367,705 | 64,130,875 | | | |
| Variance au budget | (271,880) | - | (1,792,141) | (2,064,021) | | (3.2%) | |
| Services administratifs et autres | | | | | | | |
| Administration générales | 2,842,073 | (547,361) | (303,287) | 1,991,425 | 11,315,704 | 82.4% | 12,382,604 |
| Communications | 1,228,541 | - | 292,074 | 1,520,615 | 1,647,827 | 7.7% | 1,808,699 |
| Ressources humaines | 7,332,954 | 31,925 | 1,111,468 | 8,476,347 | 8,152,154 | (4.0%) | 8,921,671 |
| Services financiers | 3,507,917 | - | 164,422 | 3,672,339 | 3,658,720 | (0.4%) | 4,316,329 |
| Service technologie de l'information | 189,401 | - | 37,128 | 226,529 | 197,336 | (14.8%) | 215,478 |
| Gestion de la qualité et des risques (excl EPI et autres) | 3,776,549 | - | 221,492 | 3,998,041 | 3,769,699 | (6.1%) | 4,115,663 |
| Planification support à la décision | 1,397,846 | - | 70,013 | 1,467,859 | 1,186,116 | (23.8%) | 1,296,731 |
| Gestion de l'information sur la santé | 13,605,087 | 31 | 1,080,174 | 14,685,292 | 14,762,537 | 0.5% | 16,134,270 |
| Allocations de retraite et TSNB | 11,257,542 | - | - | 11,257,542 | 12,966,628 | 13.2% | 14,274,998 |
| Total - Services administratifs et autres | 45,137,910 | (515,405) | 2,673,483 | 47,295,988 | 57,656,721 | 18.0% | 63,466,443 |
| Budget | 45,963,528 | (484,084) | 12,177,277 | 57,656,721 | | | |
| Variance au budget | 825,618 | 31,321 | 9,503,794 | 10,360,733 | | 18.0% | |
| Pandémie - (Clin de dépistage, Vacc., EPI, petit équip. etc) | 1,934,188 | 152,125 | 9,213,535 | 11,299,848 | - | - | - |
| Variance au budget | (1,934,188) | (152,125) | (9,213,535) | (11,299,848) | | na | |
| Total - dépenses d'opérations | 478,149,182 | 36,981,148 | 145,471,335 | 660,601,665 | 656,913,997 | (0.6%) | 723,436,515 |
| Budget | 477,211,502 | 37,017,717 | 142,684,778 | 656,913,997 | | | |
| Variance totale au budget | (937,680) | 36,569 | (2,786,557) | (3,687,668) | | (0.6%) | |

AMENDEMENTS BUDGÉTAIRES POUR LA PÉRIODE SE TERMINANT LE 28 février 2021

Vous retrouverez ci-dessous, une liste des amendements budgétaires qui ont été enregistrés aux états des résultats pour la période se terminant le 28 février 2021.

Le tableau présente un résumé des amendements qui ont été enregistrés au réel au cours de la période. Les principaux amendements budgétaires présentés sont les allocations de retraites et les coûts de médicaments oncologiques, affichant des écarts de (655) k\$ et de +2 014k\$ respectivement. Le programme francophone de résidence délocalisé en psychiatrie qui a nécessité des dépenses de rénovations débuté en 2019-2020 dépassent le budget prévu, en raison de retards en construction en mars dernier. Toutefois, le montant total alloué dans l'amendement budgétaire est suffisant pour couvrir cet écart de 1 132 k\$. En février, les amendements pour le nouveau bloc opératoire du CHUDGLD estimé à 2 169 k\$ et les augmentations des taux salariales des services de sécurité de 1 654 K\$, a été soumis pour recouvrement. De plus, des amendements additionnels ayant des dépenses de l'ordre de 1 427 k\$ se sont ajoutés au cours de l'année.

**Tableau D: Sommaire des amendements budgétaires
Pour la période se terminant le 28 février 2021**

| | Année à date | | | | Total année | |
|---|--------------------|--------------------|------------------|--------------|-------------------|----------------------|
| | Réels | Budget | Variance | % d'écart | Budget | % budget vs Réle TAD |
| Allocation Retraite | 3,996,506 | 4,652,082 | (655,576) | -14.1% | 5,074,999 | 78.7% |
| Oncologie (Antinéoplasique) | 13,014,294 | 11,000,000 | 2,014,294 | 18.3% | 12,000,000 | 108.5% |
| Centre d'Excellence des jeunes | 1,103,236 | 1,074,634 | 28,602 | 2.7% | 1,172,328 | 94.1% |
| Programme francophone de Résidence délocalisé en psychiatrie à Monc | 1,833,557 | 701,204 | 1,132,353 | 161.5% | 764,950 | 239.7% |
| Projet pilote sur les aînés en santé | 571,364 | 1,046,420 | (475,056) | -45.4% | 1,141,549 | 50.1% |
| Services achetés pathologistes dynacare | 525,871 | 770,000 | (244,129) | -31.7% | 840,000 | 62.6% |
| McKesson | 1,205,252 | 1,205,218 | 34 | 0.0% | 1,314,783 | 91.7% |
| Nouveau bloc opératoire du CHUDGLD | 2,169,050 | - | 2,169,050 | | - | |
| Services de sécurité - augmentation des taux horaires | 1,654,791 | - | 1,654,791 | | - | |
| Clinique infirmières praticiennes communautaires (zone 1) | 902,888 | 993,177 | (90,289) | | 443,156 | |
| Autres amendements inférieurs à 500k\$ budgétisés | 2,458,206 | 2,181,739 | 276,467 | 12.7% | 2,380,079 | 103.3% |
| Autres amendements inférieurs à 500K\$ non budgétisé | 1,426,985 | - | 1,426,985 | | - | |
| Total des amendements budgétaires en cours | 30,862,000 | 23,624,474 | 7,237,526 | 30.6% | 25,131,844 | 122.8% |
| Autres aspects qui affectent le budget du Ministère | | | | | | |
| Correction au budget Restigouche- psychiatrie | (204,000) | (187,000) | (17,000) | 9.1% | (204,000) | 100.0% |
| SNB - Technologies des informations et autres | (1,301,471) | (458,333) | (843,138) | 184.0% | (500,000) | 260.3% |
| Divers | (685,681) | (774,726) | 89,045 | -11.5% | - | |
| Total des autres aspects | (2,191,152) | (1,420,059) | (771,093) | 54.3% | (704,000) | 311.2% |
| Total des amendements budgétaires | 28,670,848 | 22,204,415 | 6,466,433 | 29.1% | 24,427,844 | 117.4% |

Pandémie COVID-19 – Estimation des coûts incrémentaux pour la période du 1^{er} avril 2020 au 28 février 2021

Le tableau E présente les coûts incrémentaux reliés à la Pandémie. Les dépenses comprennent les ajouts en main d'œuvres et les heures supplémentaires pour le personnel existant, les équipements médicaux de protection individuels (ÉPI), les fournitures médicaux et chirurgicaux, les coûts associés aux cliniques de dépistages, les tests et résultats de laboratoires, les aménagements pour protéger les patients et les travailleurs dans les unités cliniques autres espaces, les équipements de moins de 5 000\$ nécessaires, et depuis quelques mois, la préparation des cliniques de vaccination.

De plus, le ministère a approuvé des approvisionnements d'équipements capital (plus de 5000\$) qui est estimé, en date de fin février à 8 365 455\$ dont plusieurs ont été reçus et sont en opérations pour une valeur de 5 085 854\$, et d'autres ont été commandé valant 3 239 601\$. Ces équipements sont pour les besoins de laboratoires et de radiologie, l'inhalothérapie tel que les ventilateurs, et autres unités médicales.

Tableau E : Pandémie COVID-19 – Estimation des coûts incrémentaux

| Programme Initiative - Pandémie | Salaires & Bénéfices | FMC & autres fournitures | Autres dépenses | Petits Equip. et autres | Services achetés | Bâtiments & infrastructures | Total |
|--|-------------------------|--------------------------------|--------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------------|-------------------|
| Services ambulatoires | | | | | | | |
| Clinique de Triage | 1,350,337 | 22,227 | - | 956 | - | - | 1,373,520 |
| Santé Mentale - communautaire | | | | | | | |
| Clinique de vaccination | 152,856 | 726 | 4,882 | - | - | - | 158,464 |
| Santé publique - Pandémie | - | 3,628 | 20,860 | 55 | - | - | 24,543 |
| Services administratifs et autres | | | | | | | |
| Pandémie (cliniques, EPI, laboratoire, petits equip., rénov.) | 430,994 | 6,687,962 | 438,370 | 984,500 | 223,700 | 977,794 | 9,743,321 |
| Coûts chargés à des dépts dédiés | 1,934,188 | 6,714,543 | 464,113 | 985,510 | 223,700 | 977,794 | 11,299,848 |
| Multiplés programmes: | | | | | | | |
| Opérations cliniques Surtemps et EPI : | | | | | | | |
| Coûts chargé dans les divers depts | 1,974,470 | 4,527,366 | | | | | 6,501,836 |
| Coûts totaux de la Pandémie | 3,908,658 | 11,241,909 | 464,113 | 985,510 | 223,700 | 977,794 | 17,801,684 |

BILAN FINANCIER COMPARATIF TRIMESTRIEL :

Sommaire :

Le tableau suivant présente le bilan financier pour les 11 premiers mois de l'année fiscale se terminant le 28 février 2021

Tableau F : Bilan financier comparatif

| Réseau de Santé Vitalité | | | | |
|---|-------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Situation financière | | | | |
| | FEVRIER 2021 | FEVRIER 2020 | 31 MARS 2020 | 31 mars 2019 |
| Actifs financiers | | | | |
| Encaisse | 9,116,640 \$ | 4,294,283 \$ | 13,369,206 \$ | 4,570,073 \$ |
| Encaisse - fonds en fiducie des patients | 101,621 | 63,999 | 63,568 | 102,277 |
| Compte à recevoir | 36,949,455 | 61,229,676 | 64,581,348 | 76,618,132 |
| Estimation du règlement de fin d'exercice de la province | - | - | 4,000,556 | 2,831,435 |
| Investissements temporaires | 7,622,128 | 7,441,146 | 7,121,833 | 7,241,441 |
| | 53 789 844 \$ | 73,029,103 \$ | 89,136,511 \$ | 91,363,358 \$ |
| Passifs | | | | |
| Fonds en fiducie des patients | 102,556 \$ | 63,999 \$ | 63,568 \$ | 102,277 \$ |
| Comptes et charges à payer | 50,512,807 | 48,094,092 | 64,981,480 | 63,302,245 |
| Revenus reportés | 3,292,050 | 2,953,199 | 2,961,235 | 4,539,571 |
| Revenus reportés en capital | 212,370,294 | 168,804,354 | 212,370,295 | 168,804,354 |
| Avantages sociaux courus | 87,960,052 | 84,738,109 | 84,863,287 | 84,265,531 |
| Obligation découlant d'un contrat de location-acquisition | 79,326,142 | 81,055,740 | 80,915,241 | 82,559,158 |
| | 433 563 901 \$ | 385,709,493 \$ | 446,155,108 \$ | 403,573,136 \$ |
| Dette financière nette | (379 774 058) \$ | (312,680,389) \$ | (357,018,597) \$ | (312,209,778) \$ |
| Actifs non-financiers | | | | |
| Immobilisations | 571,962,478 \$ | 530,506,774 \$ | 576,046,278 \$ | 550,344,608 \$ |
| Frais payés d'avance et fournitures | 16,583,978 | 8,145,886 | 9,933,781 | 9,850,596 |
| | 588 546 456 \$ | 538,652,661 \$ | 585,980,059 \$ | 560,195,204 \$ |
| Surplus accumulé | 208 772 399 \$ | 225,972,271 \$ | 228,961,462 \$ | 247,985,426 \$ |