AVIS DE RÉUNION ☒ **PROCÈS-VERBAL** ☐

Titre de la réunion :	Comité des finances et de vérification	**Date et heure :** **Endroit :**	Le 16 novembre 2021 à 09:30 Zoom
But de la réunion :	Réunion régulière		
Président : **Secrétaire de direction :**	Gilles Lanteigne Lucie Francoeur		

Participants					
Membres votants					
Gilles Lanteigne (président)		Krista Toner		Monica L. Barley	
Chef Terry Richardson					
Membres d'office					
Dre France Desrosiers		David Savoie (ayant droit de vote)			
Membres invités					
Alain Lavallée		Gisèle Beaulieu			

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujets	Pages	Action
9 h 30	**1. Tableaux de bord stratégique et équilibré – T2**	2 - 93	Information
10 h 00	**2. Ouverture de la réunion**		Décision
10 h 02	**3. Constatation de la régularité de la réunion**		
10 h 03	**4. Adoption de l'ordre du jour**	1	Décision
10 h 04	**5. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels**		
10 h 05	**6. Résolutions en bloc** 6.1 Adoption des résolutions en bloc 6.2 Adoption du procès-verbal du 14 septembre 2021 6.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 14 septembre 2021 6.3.1 Entente-cadre de services entre Service Nouveau-Brunswick et le Réseau de santé Vitalité 6.4 Plan de travail 2021-2022	 94 - 97 98 99 - 126 127-128	Décision
10 h 15	**7. Situation financière** 7.1 Budgets capitaux 2022-2023/plan quinquennal (Invité : Stéphane Legacy, VP Services de consultation externe et Services professionnels)	129 - 145	Décision
10 h 30	7.2 États financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2021	146 - 156	Décision
11 h 00	7.3 Fonds non partageables	157 - 158	Information
11 h 10	7.4 Plan d'atténuation des risques – secteur financier	159 - 161	Information
11 h 25	7.5 Révision Politique et procédure CA-275 « Investissements »	162 - 166	Décision
11 h 30	**8. Date de la prochaine réunion :** le 15 février 2022 à 9:15		Information
11 h 31	**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 : 16 novembre 2021

Objet : Tableaux de bord stratégique et équilibré 2021-2022 – Deuxième trimestre (T2)

Décision recherchée

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

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 pour cerner les possibilités d'amélioration de la qualité et celles-ci représentent un point de départ d'un processus d'amélioration.
- La majorité des indicateurs sont produits pour le deuxième trimestre de 2021-2022, mais certains indicateurs sont seulement disponibles pour le premier trimestre de 2021-2022 (indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de 3M). Ces données seront seulement disponibles à la fin du mois de décembre 2021.
- Les données de 2020-2021 et de 2021-2022 doivent être interprétées avec prudence puisque la pandémie de la COVID-19 peut avoir un impact sur les statistiques présentées.
- L'ensemble des indicateurs et la cible de chacun de ceux-ci sont en processus de révision dans le cadre de la mise à jour du plan stratégique.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Tableau de bord stratégique

- L'indicateur « Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale » a été ajouté en 2020-2021. Pour ce rapport trimestriel, la cible n'a pas été atteinte comparativement au trimestre précédent. Bien que nous affichions une légère baisse, les zones 4, 5 et 6 restent encore élevées.

  Des explications possibles pourraient être attribuées :

  - À la pratique médicale et à la gestion des clients en santé mentale dans les régions rurales (les clients peuvent avoir des difficultés à obtenir des soins par les services de santé mentale et de traitement des dépendances, un soutien inadéquat dans la communauté par nos partenaires (ex : Développement social) pour assurer un encadrement clinique de logement, l'accès à obtenir des consultations psychiatriques aux Services d'urgence résultant à des hospitalisations évitables).
  - Au niveau de ressources humaines (absences du personnel : toutes absences confondues - 9 à 33 % du personnel dans les Centres de santé mentale communautaires) et la réduction des lits d'hôpitaux.
  - À l'augmentation du nombre total de visites aux Services d'urgence du Réseau dont la raison de visite correspond à un diagnostic de santé mentale et de troubles liés à une substance : septembre 2019 à 2020 (9,417), septembre 2020 à 2021 (9.643) et il y a eu une augmentation de la demande pour des services en santé mentale et de traitement des dépendances en général.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Afin de continuer à soutenir nos efforts pour atteindre les cibles :

- Les coordonnateurs de l'utilisation des ressources (GPS) et les Services de santé mentale et de traitement des dépendances dans le continuum de soins se rencontrent tous les mois, et ce, afin d'identifier les grands consommateurs et de présenter des pistes de solutions pour assurer une meilleure prise en charge.
- Il y'a eu une proposition de mettre en œuvre des critères d'admission, afin de justifier la pertinence des hospitalisations et de réduire les hospitalisations de courte durée (moins de 24 à 48 heures) pour but de dégager les Services d'urgence (un algorithme et des critères d'admission).

- Pour l'indicateur « le nombre de patients niveau de soins alternatif (NSA) » la raison majeure pour laquelle on ne rencontre pas la cible est que les foyers de soins n'arrivent pas à satisfaire à la demande (lits fermés par manque de personnel ou manque de foyers dans la région). Il y a aussi le facteur que les familles ne gardent pas leurs proches à la maison aussi longtemps que dans les autres provinces. Afin de continuer à soutenir nos efforts pour atteindre les cibles, des rencontres régulières ont lieu avec le ministère du Développement social afin:
    - De maintenir les patients dans les foyers de soins au lieu de les diriger vers les services d'urgence en augmentant le nombre d'heures soins;
    - De prioriser les cas de transferts et réduire les délais;
    - Gérer les cas complexes de niveaux de soins alternatifs avec la collaboration du Réseau de santé Horizon pour la Zone 1 spécifiquement.
- Pour l'indicateur « pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence », voici les facteurs contributifs qui ont rendu difficile le maintien ou l'atteinte de la cible au sein du Réseau au cours du dernier trimestre:
    - Difficulté à obtenir des rendez-vous dans la communauté
    - Cliniques sans rendez-vous non accessibles
    - Résistance des médecins à voir les patients symptomatiques à leurs cliniques en raison de la pandémie.
    - Surcharge des médecins de famille et difficulté de soutenir les rendez-vous cédulés par l'urgence.
    - Diminution du nombre de médecins de famille au niveau de la province, spécifiquement à la Zone 4.

  Trois initiatives clés sont en place pour soutenir l'atteinte de la cible :
  1. Une politique qui établit les lignes directrices et les procédures à suivre afin de réorienter un patient en communauté, et ce, dans le but d'harmoniser la pratique au sein du Réseau.
  2. La prise en charge des patients de niveaux 4 et 5 par les infirmières praticiennes et l'attribution d'un fournisseur de soins primaires à chaque patient lorsque cela est possible.
  3. L'utilisation de l'application « InterRAI EDS » par les infirmières du triage dans le but de dépister les ainés vulnérables en communauté pour favoriser un retour à domicile propice et rapide.
- 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 au premier ni au deuxième trimestre de 2021-2022 dû principalement au ralentissement des activités liées à la pandémie.
- L'indicateur « Nombres d'initiatives approuvées du plan stratégique des TI mises en œuvre » ne présente aucune donnée puisque le plan n'est pas encore officiellement approuvé. Les initiatives débuteront une fois que le plan sera approuvé.
- La cible n'a pas été atteinte pour l'indicateur « Nombre de patients partenaires » en raison de la pandémie et puisque les bénévoles ne pouvaient pas entrer dans les établissements du Réseau en phases orange et rouge.

Tableau de bord équilibré

- Quadrant qualité/satisfaction à la clientèle :
  - Pour l'année fiscale 2020-2021, le Réseau de santé Vitalité présentait un taux de réadmission 30 jours moins élevé en comparaison avec le Réseau de santé Horizon et le Canada. Au premier trimestre, le taux de réadmission 30 jours était le plus élevé dans la Zone 5 (7.5) et le taux était le plus faible était dans la Zone 1B (5.4).
  - La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (81 %) au deuxième trimestre de 2021-2022 pour l'indicateur Centre de Santé mentale- % de patients traités dans les 40 jours-Priorité modérée, tandis que la Zone 4 présentait le pourcentage le plus faible (25 %). Le Réseau de santé Vitalité présentait, en 2020-2021, un pourcentage plus élevé de patients à priorité modérée traités dans les 40 jours que le Réseau de santé Horizon (45 % comparativement à 40 %).
    - Le Réseau est en processus de mettre en place des services sans rendez-vous au Centre de santé mentale de Campbellton. De plus, le Réseau est en processus d'offrir et de mettre en place dans tous les Centres de santé mentale communautaires et de traitement des dépendances, la thérapie à séance unique (efficace pour les clients ayant des besoins de santé mentale légers à modérés) pour le mois d'octobre 2021. Une formation sur le modèle de soins par paliers et la thérapie à séance unique a été donnée à 300 participants au cours de l'été 2021. Deux séances de formation ont été données le 19 août et le 7 septembre, sur la gestion du changement et la thérapie à séance unique à 52 cliniciens dans l'ensemble du Réseau. Deux séances additionnelles de formation seront offertes le 28 octobre et le 4 novembre à 60 employés.

- Quadrant financier : Après le 2e trimestre 2021-2022, le Réseau de santé Vitalité affiche un déficit de 16.4 M$ comparativement à un surplus de 1.6 M$ l'année dernière. Ce déficit inclus principalement une baisse du revenu patient de 4.1 M$ due aux restrictions aux frontières du Québec et des États-Unis et des dépenses totales engagées en lien à la COVID-19 de 11.1 M$ après 6 mois d'opération.

- Quadrant opérationnel :
  - L'objectif de 90 % pour l'indicateur « Taux de conformité à l'hygiène des mains » n'a pas pu être atteint depuis 3 ans. Dans ce rapport du deuxième trimestre, seule la Zone 5 a atteint la cible. Au cours des années avec l'amélioration dans les taux d'hygiène des mains, la cible a été augmentée graduellement à 90 %. Au Réseau de santé Horizon, la cible est fixée à 85 %. Dans d'autres organisations de santé au Canada la cible varie (80 -100 %). Divers suivis sont effectués pour améliorer la conformité à l'hygiène des mains :
    - La sensibilisation est faite auprès du personnel lors les tournées des infirmières en Prévention et contrôle des infections (PCI) sur les unités.
    - Lors des tournées des discussions ont également lieu sur les barrières pour une hygiène des mains efficace (ex. emplacement des éviers et distributeurs de produit d'hygiène des mains, type de produit - mousseux, manque de produits d'hygiène des mains, etc.) et des suivis sont faits.
    - Les résultats des audits sont partagés avec les gestionnaires, directeurs et vice-présidents pour suivi.
    - Les résultats des audits sont affichés sur les tableaux blancs de chaque unité.
  - Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 1B présentait le ratio de mortalité hospitalière le plus élevé (148) et la Zone 5 présentait le ratio le moins élevé (88). Cet indicateur est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau et de la province. Une évaluation détaillée de cet indicateur est en cours et nécessite des examens des dossiers afin de déterminer la cause de l'augmentation.

- Pour le « % chirurgies urgentes effectuées dans les délais » et « % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) », atteindre la cible fixée reste un défi pour le deuxième trimestre. Pour les prothèses, le facteur principal qui contribue à réduire la capacité à atteindre les cibles est la pandémie COVID qui a nécessité la réduction des activités des blocs opératoires et la réduction de la capacité des lits dans les hôpitaux. Certains processus ont été mis en place pour améliorer les temps d'attente en chirurgie pour les patients :
    - Les cas de cancer et autres « vraies » catégories 1 et 2 sont surveillés individuellement par les gestionnaires d'accès pour s`assurer que leurs chirurgies soient effectuées le plus rapidement possible.
    - Les cas de prothèses sont priorisés et le temps opératoire est accordé en tenant compte du temps d'attente
    - Ajout d'instruments et de cabarets orthopédiques selon le besoin.
- Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 68.7 % en 2018-2019 à 49.8 % en 2020-2021. Pour le deuxième trimestre 2021-2022, les zones 1B, 4 et 5 démontrent une amélioration significative comparativement au trimestre précédent. Les résultats pour l'ensemble du Réseau (82.7 %) se rapprochent de la cible (85 %).

- Quadrant ressources humaines : Plusieurs indicateurs n'ont pas atteint la cible souhaitée au deuxième trimestre, notamment le pourcentage de postes permanents vacants, le taux de conformité dans les appréciations de rendement, le pourcentage d'heures de maladie et le pourcentage d'heures de surtemps. Il est à noter que 4 indicateurs ont été ajoutés dans le tableau de bord équilibré pour l'année 2021-2022. Il s'agit du nombre d'accidents de travail, le nombre d'arrêts de travail et perte de temps associée, le nombre de blessures par catégorie associées aux accidents de travail et le taux d'accidents de violence. Ces 4 indicateurs continuent d'atteindre leurs cibles pour le deuxième trimestre de 2021-2022.

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Aucun.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 29 octobre 2021 par Michelina Mancuso, directrice Planification et Amélioration de la performance.

vitalité

Tableaux de bord stratégique et équilibré

Rapport au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients & Finances et de vérification

Le 16 novembre 2021

Objectifs de la présentation

- Familiariser les dirigeants sur le but et l'utilisation des tableaux de bord de Réseau de santé Vitalité
- Présenter le processus pour le développement et le suivi d’indicateurs

Cadre de performance et de surveillance du Conseil

- Le Tableau de bord est l'outil de surveillance le plus important pour un Conseil d'administration
- Tableaux de bord stratégique et opérationnel sont en place depuis 2013
- Tableau de bord stratégique est rattaché au Plan stratégique

"Le succès d'une organisation est lié à l'identification d'objectifs précis, clairs et mesurables…. et à la mise en place d'initiative/projets permettant l'atteindre de ces objectifs."

Règlements administratifs

Conformément à l'article B.8.4 des règlements administratifs

« le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est responsable de surveiller et de rendre compte au Conseil sur les enjeux de sécurité et de qualité et sur la qualité générale des services offerts au sein du Réseau, en se fondant sur les données utiles dont :

- *les indicateurs de rendement et d'amélioration de la performance utilisés pour mesurer la qualité des soins et des services et la sécurité des patients;*
- *les indicateurs sur la sécurité des patients, la prévention et contrôle des infections qui sont du domaine public. »*

Politique du Conseil CA-330

- Le comité des finances et de vérification: « *Analyse la performance financière du Réseau et présente un rapport à ce sujet à chaque réunion du Conseil et veille à ce que l'organisation mène ses activités en fonction du financement obtenu;* »

- Pour assurer une surveillance globale, les deux comités qualité et finances surveillent conjointement les enjeux du système à travers le tableau de bord et rendent compte au CA.

Agrément Canada*

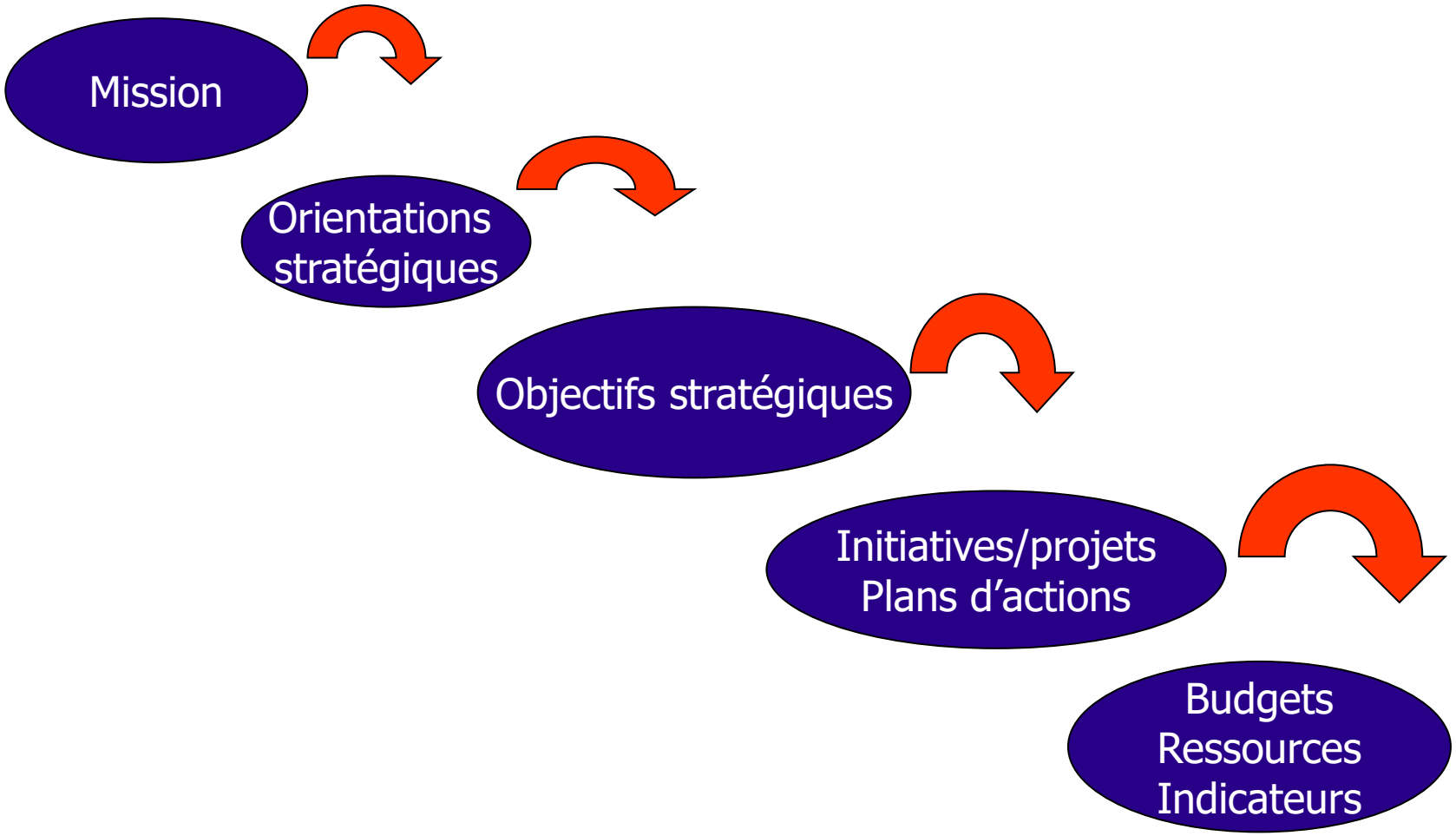
- *Réfère à l'utilisation d'une fiche de pointage équilibrée (tableau de bord)*

- *L'information stratégique servant à appuyer la prise de décisions peut comprendre…. les mesures de rendement de l'organisme…*

- *Les mesures de rendement sont des outils fondés sur des données probantes et des indicateurs que l'organisme utilise pour mesurer et évaluer dans quelle mesure il a atteint ses buts et ses objectifs, de même que dans quelle mesure il mène à bien les activités liées à ses programmes.*

*Cahier de norme de la gouvernance

Processus - Modèle de gestion stratégique



Alignement des tableaux de bord avec les plans stratégique et opérationnel

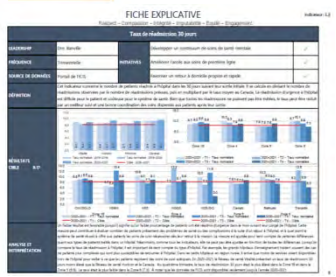


Tableau de bord stratégique

Tableau de bord équilibré

FICHE EXPLICATIVE

Priorités provinciales

Stratégique

- Plan stratégique

Tactique

- Initiatives
- Indicateurs

Opérationnel

- 142 Actions/Projets
- Mesures

Tableau de bord stratégique

Contenu: 18 indicateurs en lien avec **<u>les priorités stratégiques et les priorités du conseil</u>**

Public cible: le conseil d'administration et la haute direction

Fréquence: Trimestrielle

Responsables du suivi: membres de la haute direction

Tableau de bord stratégique (T2)

	OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	ÉTAT D'AVANCEMENT T1	T2	T3	T4
	Enjeu relié à la santé de la population										
1.1	Intégrer le mieux-être et la santé mentale(SM) dans l'ensemble de nos stratégies	Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	Jacques Duclos	2.15%	1.74%	2.57%	2.57%	✗			
1.2		Jours patients normalisés associés à une maladie mentale	Jacques Duclos	1,314	1,201	2,297	2,297	✗			
	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 Niveau de soins alternatif (NSA)	Sharon Smyth-Okana	434	556	621	621	✗			
2.2		Nombre de jours Niveau de soins alternatif (NSA)	Sharon Smyth-Okana	16,755	28,173	24,450	24,450	✓			
2.3	Améliorer le continuum de soins des patients	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'Insttitut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) pour les cas typiques	Sharon Smyth-Okana	5.42%	0%	1.84%	1.84%	●			
2.4		Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence	Sharon Smyth-Okana	60.3%	57.2%	59.0%	59.2%	●	●		
	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	126	69	191	119	✗	✗		
3.2		Taux de roulement	Johanne Roy	1.73	1.67	2.24	2.83	✓	✗		
3.3		Moyenne de jours de maladie payés par employé	Johanne Roy	11.16	12.00	12.43	12.43	●	●		

Tableau de bord équilibré

- **Format** : Comprend 4 quadrants (Qualité/ Satisfaction à la clientèle, Financiers, Opérationnel, Ressources Humaines)
- **Contenu** : Les indicateurs sont regroupés sous chaque quadrant et sont <u>en lien avec le plan opérationnel</u>
- **Public cible** : Dirigeants et le conseil d'administration
- **Fréquence** : Trimestrielle
- **Responsables du suivi** : Gestionnaires, coordonnateurs, chef d'équipe, comités, etc.

	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	ÉTAT D'AVANCEMENT T1	T2	T3	T4
	Quadrant: Qualité/ Satisfaction à la clientèle									
1.1	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	Dre.Banville	129	196	137	137	✔			
1.2	Centre de Santé Mentale- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	Jacques Duclos	43%	100%	44%	41%	✖	✖		
1.3	Taux de réadmission 30 jours	Dre. Banville	9.22	8.01	6.01	6.01	✔			
1.4	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy	5.41%	4.89%	5.72%	5.72%	✖			
	Quadrant: Financiers									
2.1	Variance du surplus (déficit) d'opération	Gisèle Beaulieu	$1,610,881	$0	-$16,458,849	-$8,011,779	✖			
2.2	Coût par jour repas	Stéphane Legacy	$42.23	$33.12	$39.54	$38.61	✖	✖		
2.3	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Stéphane Legacy	$5.27	$4.66	$5.15	$5.03	✖	!		
2.4	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Stéphane Legacy	$1.32	$1.22	$1.12	$1.15	✔	✔		
2.5	Variance en salaires et bénéfices	Gisèle Beaulieu	$2,004,871	$0	-$563,321	$200,332	✖			
2.6	Variance en dépenses médicaments	Gisèle Beaulieu	$527,531	$0	-$1,158,753	-$652,957	✖			

✔ Conforme à l'objectif de rendement
! Près de la cible
✖ Inférieur à l'objectif de rendement
🔎 Analyse plus approfondie

Page 3

Éléments d'un tableau de bord

- « Le **tableau de bord** est considéré comme l'instrument de mesure de la performance nécessaire dans la prise de décision pour tous les acteurs de l'entreprise. »

- Un **indicateur** de santé est une mesure permettant de diffuser des renseignements sommaires sur un aspect prioritaire sur une donnée de la santé de la population ou de la performance des systèmes de santé. *Exemple: Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale.*

- **Mesure:** Permet la mise en contexte, habituellement à l'aide d'un ratio (par X), et l'établissement de comparaisons (les résultats étant ajustés selon les risques ou normalisés). La donné de santé n'a pas nécessairement une orientation. *Exemples: Coût d'un séjour standard à l'hôpital, proportion de médecins en région rurale.*

Source : ICIS

Indicateurs : comparaison et processus d'amélioration

- L'indicateur sert à:
  - Cerner les **possibilités d'amélioration de la qualité** et **comparer la performance**
  - Illustrer des aspects cliniques, financiers, opérationnelles, ressources humaines, etc.

- Pas une évaluation définitive de la performance d'une régie régionale de la santé ou d'un hôpital, mais est le **point de départ d'un processus d'amélioration** puisqu'ils permettent de cibler des points à surveiller et à améliorer.

Source : ICIS

Sélection des indicateurs

Doivent être en lien avec:

- La mission, la vision et les valeurs de l’organisation
- Le plan stratégique
- Le plan régional de santé et d’affaires (opérationnel)
- Les normes de l’agrément, les recommandations de la dernière visite d’agrément et les meilleures pratiques
- Les stratégies ou priorités provinciales

Cibles

- Plusieurs façons d’élaborer des cibles
- L'approche peut varier en fonction de l'indicateur
- La cible vise à:
  - -correspondre à une référence établie
  - -correspondre à une moyenne provinciale, nationale, etc.
  - -rencontrer la norme de l'industrie
  - -améliorer notre performance par rapport à l'année précédente

Source: http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qip/appendix-a-target-setting-1611-en.pdf

vitalité

L'objectif que nous voulons atteindre

Indicateurs sélectionnés pour mesurer si nous atteignons l'objectif

Par rapport à cette période, résultat avec l'année précédente

	OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	ETAT D'AVANCEMENT T1	T2	T3	T4
Enjeu relié à la santé de la population											
1.1	**Intégrer le mieux-être et la santé mentale(SM) dans l'ensemble de nos stratégies**	Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	Jacques Duclos	2.15%	1.74%	2.57%	2.57%	✗			
1.2		Jours patients normalisés associés à une maladie mentale	Jacques Duclos	1,314	1,201	2,297	2,297	✗			

Numéro de la fiche descriptive

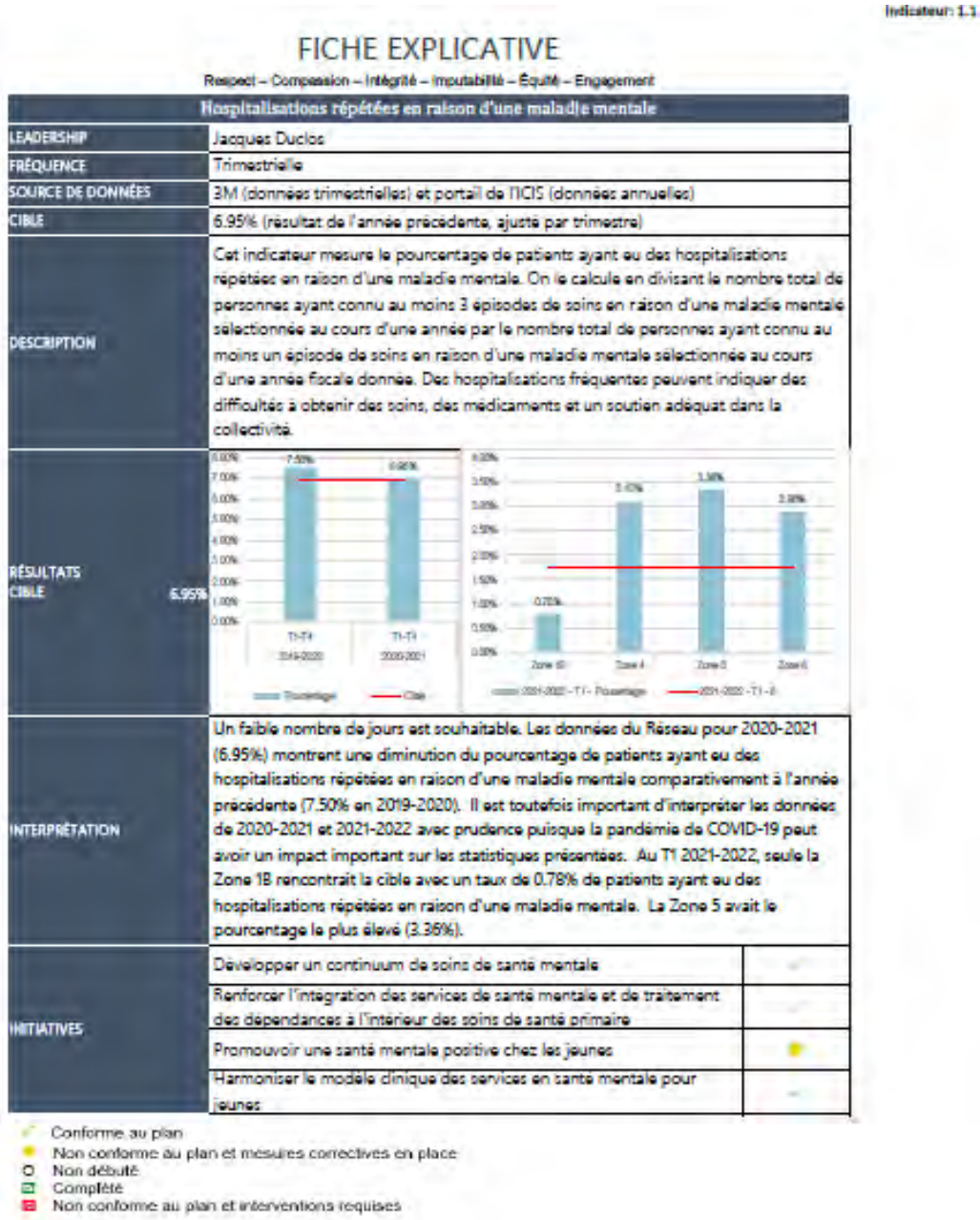
Personne responsable

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

vitalité

La fiche explicative contient des informations détaillées concernant

- l'indicateur
- la source des données
- la cible
- des informations détaillées au niveau de la zone ou de l'hôpital
- l'analyse/interprétation et
- liens vers des initiatives spécifiques



Indicateur: 1.1

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	
LEADERSHIP	Jacques Duclos
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	3M (données trimestrielles) et portail de l'ICIS (données annuelles)
CIBLE	6.95% (résultat de l'année précédente, ajusté par trimestre)
DESCRIPTION	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale. On le calcule en divisant le nombre total de personnes ayant connu au moins 3 épisodes de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée au cours d'une année par le nombre total de personnes ayant connu au moins un épisode de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée au cours d'une année focale donnée. Des hospitalisations fréquentes peuvent indiquer des difficultés à obtenir des soins, des médicaments et un soutien adéquat dans la collectivité.
RÉSULTATS CIBLE 6.95%	
INTERPRÉTATION	Un faible nombre de jours est souhaitable. Les données du Réseau pour 2020-2021 (6.95%) montrent une diminution du pourcentage de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale comparativement à l'année précédente (7.50% en 2019-2020). Il est toutefois important d'interpréter les données de 2020-2021 et 2021-2022 avec prudence puisque la pandémie de COVID-19 peut avoir un impact important sur les statistiques présentées. Au T1 2021-2022, seule la Zone 1B rencontrait la cible avec un taux de 0.78% de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale. La Zone 5 avait le pourcentage le plus élevé (3.36%).
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
	Harmoniser le modèle clinique des services en santé mentale pour jeunes

Conforme au plan
Non conforme au plan et mesures correctives en place
Non débuté
Complété
Non conforme au plan et interventions requises

Questions

Réseau de santé Vitalité

Tableaux de bord du Réseau

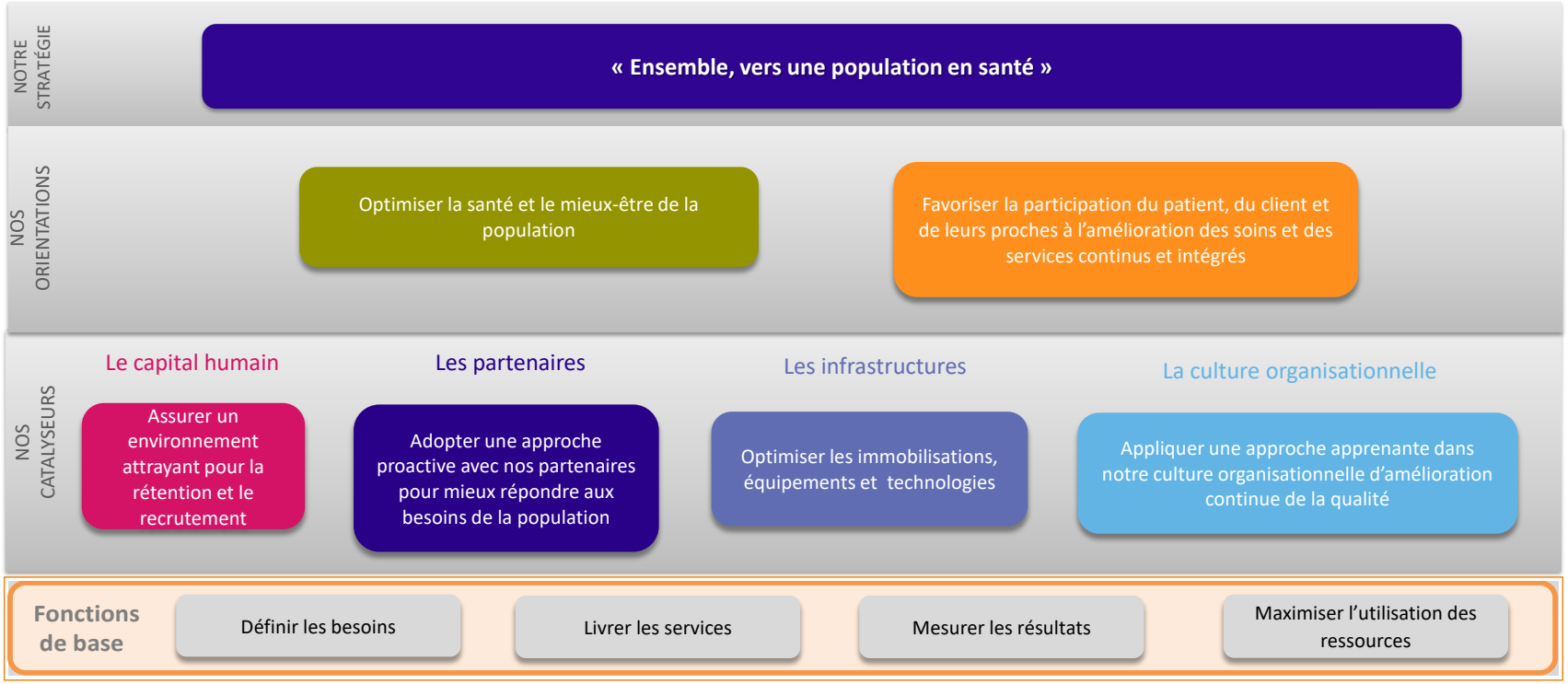
Rapport trimestriel (T2)

Tableau de bord stratégique (T2)

Table des matières	Pages
Schéma	4
Sommaire	5
Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	8
Jours patients normalisés associés à une maladie mentale	9
Nombre de patients Niveau de soins alternatif (NSA)	10
Nombre de jours Niveau de soins alternatif (NSA)	11
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	12
Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence	13
Nombre de départs volontaires des employés	14
Taux de roulement	15
Moyenne de jours de maladie payés par employé	16
Nombre 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 technologies de l'information (TI)	20
Nombres d'initiatives approuvées du plan stratégique des TI mises en œuvre	21
Nombre de consultations cliniques effectuées avec des technologies virtuelles	22
Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements	23
Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)	24
Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les Unités Cliniques Apprenantes (UCA)	25

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Schéma stratégique 2021-2024 du Réseau de santé Vitalité



VISION COMMUNE DE LA SANTÉ : UN NOUVEAU-BRUNSWICK EN SANTÉ

VALEURS DU RÉSEAU : Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité - Engagement

	OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	ÉTAT D'AVANCEMENT T1	T2	T3	T4
Enjeu relié à la santé de la population											
1.1	Intégrer le mieux-être et la santé mentale(SM) dans l'ensemble de nos stratégies	Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	Jacques Duclos	2.15%	1.74%	2.57%	2.57%	✗			
1.2		Jours patients normalisés associés à une maladie mentale	Jacques Duclos	1,314	1,201	2,297	2,297	✗			
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 Niveau de soins alternatif (NSA)	Sharon Smyth-Okana	434	556	621	621	✗			
2.2		Nombre de jours Niveau de soins alternatif (NSA)	Sharon Smyth-Okana	16,755	28,173	24,450	24,450	✓			
2.3	Améliorer le continuum de soins des patients	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'Insttitut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) pour les cas typiques	Sharon Smyth-Okana	5.42%	0%	1.84%	1.84%	!			
2.4		Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence	Sharon Smyth-Okana	60.3%	57.2%	59.0%	59.2%	!	✗		
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	126	69	191	119	✗	✗		
3.2		Taux de roulement	Johanne Roy	1.73	1.67	2.24	2.83	✓	✗		
3.3		Moyenne de jours de maladie payés par employé	Johanne Roy	11.16	12.00	12.43	12.43	!	!		

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

	OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	ÉTAT D'AVANCEMENT 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	S.O.	22	16	16	✗			
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 technologies de l'information (TI)	Gisèle Beaulieu	0%	100%	98%	98%	✓			
5.2		Nombres d'initiatives approuvées du plan stratégique des TI mises en œuvre	Gisèle Beaulieu	S.O.	ND	ND	ND	Non débuté			
5.3	**Augmenter les soins virtuels**	Nombre de consultations cliniques effectuées avec des technologies virtuelles	Gisèle Beaulieu	N.A.	3,204	4,461	1,548	✗	✗		
5.4	**Poursuivre l'amélioration des infrastructures**	Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements	Stéphane Legacy	100%	25%	50%	20%	✓	✗		

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

	OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	ÉTAT D'AVANCEMENT T1	T2	T3	T4
Catalyseur 4 : La culture organisationnelle											
6.1	**Élaborer et mettre en place des stratégies pour développer une culture apprenante.**	Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)	Brigitte Sonier Ferguson	3	5	3	3	✔			
6.2		Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les Unités Cliniques Apprenantes (UCA)	Brigitte Sonier Ferguson	2	9	2	2	!			

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

FICHE EXPLICATIVE

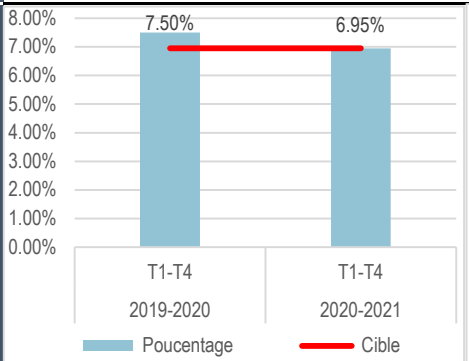
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

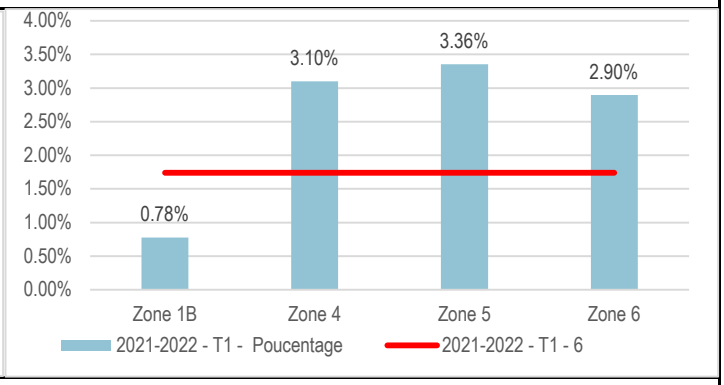
Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale

LEADERSHIP	Jacques Duclos
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	3M (données trimestrielles) et portail de l'ICIS (données annuelles)
CIBLE	6.95% (résultat de l'année précédente, ajusté par trimestre)
DESCRIPTION	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale. On le calcule en divisant le nombre total de personnes ayant connu au moins 3 épisodes de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée au cours d'une année par le nombre total de personnes ayant connu au moins un épisode de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée au cours d'une année fiscale donnée. Des hospitalisations fréquentes peuvent indiquer des difficultés à obtenir des soins, des médicaments et un soutien adéquat dans la collectivité. Le Centre Hospitalier Restigouche n'est pas inclut dans le calcul de cet indicateur. Il n'a donc pas d'influence sur les résultats de la Zone 5.

RÉSULTATS

CIBLE **6.95%**





INTERPRÉTATION

Un faible pourcentage est souhaitable. Les données du Réseau pour 2020-2021 (6.95%) montrent une diminution du pourcentage de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale comparativement à l'année précédente (7.50% en 2019-2020). Il est toutefois important d'interpréter les données de 2020-2021 et 2021-2022 avec prudence puisque la pandémie de COVID-19 peut avoir un impact important sur les statistiques présentées. Au T1 2021-2022, seule la Zone 1B rencontrait la cible avec un taux de 0.78% de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale. La Zone 5 avait le pourcentage le plus élevé (3.36%).

L'indicateur « Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale » a été ajouté en 2020-2021. Pour le premier trimestre de 2021-2022, la cible n'a pas été atteinte.

Des explications possibles pourraient être attribuées :

- À la pratique médicale et à la gestion des clients en santé mentale dans les régions rurales (les clients peuvent avoir des difficultés à obtenir des soins par les services de santé mentale et de traitement des dépendances, un soutien inadéquat dans la communauté par nos partenaires (ex : Développement social) pour assurer un encadrement clinique de logement, l'accès à obtenir des consultations psychiatriques aux Services d'urgence résultant à des hospitalisations évitables).
- Au niveau de ressources humaines (absences du personnel : toutes absences confondues - 9 à 33% du personnel dans les Centres de santé mentale communautaires) et la réduction des lits d'hôpitaux.
- À l'augmentation du nombre total de visites aux Services d'urgence du Réseau dont la raison de visite correspond à un diagnostic de santé mentale et de troubles liés à une substance : septembre 2019 à 2020 (9,417) septembre 2020 à 2021 (9.643) et il y a eu une augmentation de la demande pour des services en santé mentale et de dépendances en général.

Afin de continuer à soutenir nos efforts pour atteindre les cibles :

- Les coordonnateurs de l'utilisation des ressources (GPS) et les Services de santé mentale et de traitement des dépendances dans le continuum de soins se rencontrent à tous les mois, et ce, afin d'identifier les grands consommateurs et de présenter des pistes de solutions pour assurer une meilleure prise en charge.
- Il y a eu une proposition de la mise en œuvre des critères d'admission, afin de justifier la pertinence des hospitalisations et de réduire les hospitalisations de courte durée (moins de 24 à 48 heures) pour but de dégager les Services d'urgence (un algorithme et des critères d'admission).

INITIATIVES

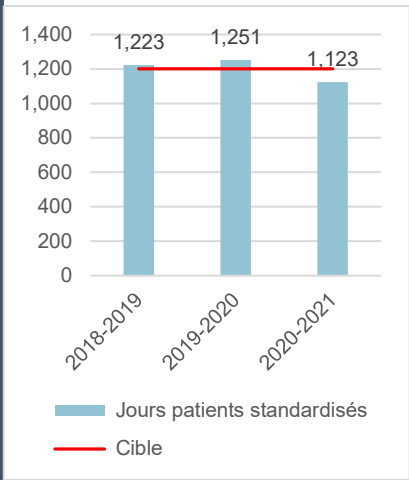
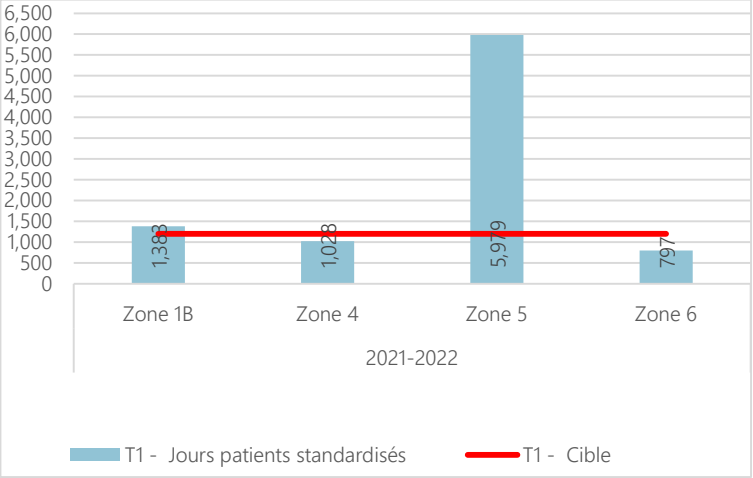
Développer un continuum de soins de santé mentale	✓
Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire	✓
Promouvoir une santé mentale positive chez les jeunes	●
Harmoniser le modèle clinique des services en santé mentale pour jeunes	✓

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Jours patients normalisés associés à une maladie mentale

LEADERSHIP	Jacques Duclos
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS
CIBLE	Diminution de 2% par année par rapport au résultat de 2019-2020
DESCRIPTION	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. Le Centre Hospitalier Restigouche n'est pas inclut dans le calcul de cet indicateur. Il n'a donc pas d'influence sur les résultats de la Zone 5.
RÉSULTAT CIBLE **1,201**	 
INTERPRÉTATION	Un faible nombre de jours est souhaitable. Les données du Réseau pour 2020-2021 (1,123) montrent une diminution du nombre de jours comparativement aux deux années précédentes. La Zone 5 présentait le plus haut nombre de jours patients normalisés associés à une maladie mentale au premier trimestre de 2021-2022 (5979).

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	●
	Harmoniser le modèle clinique des services en santé mentale pour jeunes	✓

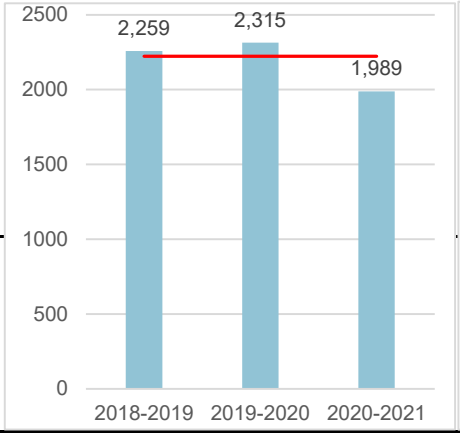
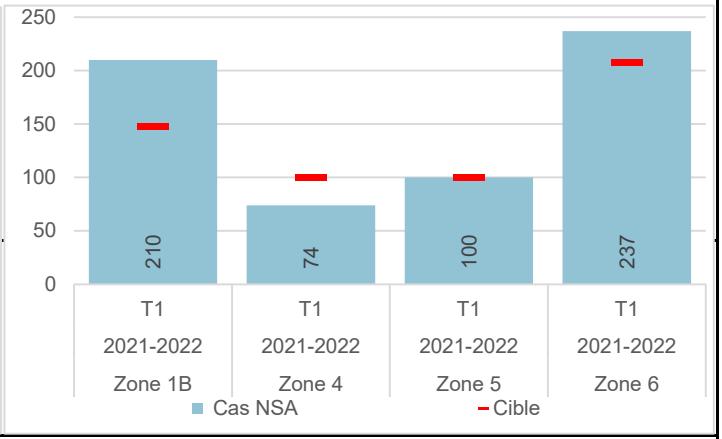
✓	Conforme au plan	O	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
☒	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de patients Niveau de soins alternatif (NSA)

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	3M
CIBLE	Diminution de 2% par année par rapport au résultat de 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 **2,223**	 
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 premier trimestre de 2021-2022, la Zone 6 présentait le nombre de patients NSA le plus élevé (237). La raison majeure pour laquelle on ne rencontre pas la cible est que les foyers de soins n`arrivent pas à satisfaire à la demande (lits fermés par manque de personnel ou manque de foyers dans la région). Il y aussi le facteur que les familles ne gardent pas leurs proches à la maison aussi longtemps que dans les autres provinces. Afin de continuer à soutenir nos efforts pour atteindre les cibles, nous: - Offrons des soins aux patients dans les foyers de soins au lieu de les diriger vers les services d'urgence et de les admettre dans nos établissements hospitaliers - Participons à des rencontres hebdomadaires avec des représentants du Développement social pour prioriser les cas de transferts et réduire les délais - Faisons partie d'un groupe pour la gestion des cas complexes de niveaux de soins alternatifs.

INITIATIVES	
Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓
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	✓

✓ **Conforme au plan**

Non conforme au plan et mesures correctives en place

Non conforme au plan et interventions requises

Non débuté

Complété

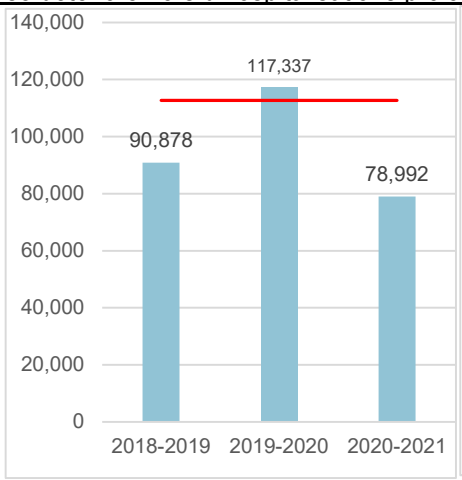
FICHE EXPLICATIVE

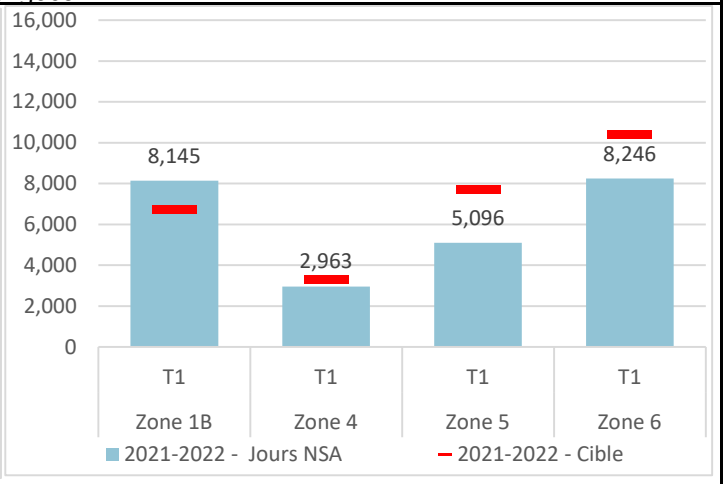
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de jours Niveau de soins alternatif (NSA)

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	3M
CIBLE	Diminution de 2% par année par rapport au résultat de 2019-2020
DESCRIPTION	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.

RÉSULTAT
CIBLE **112,690**





INTERPRÉTATION	Un nombre peu élevé est préférable. Les données de 2020-2021 montrent une diminution du nombre de jours NSA comparativement aux deux dernières années. Au premier trimestre de 2021-2022, le nombre de jours NSA était plus élevé dans la Zone 6 (8,246) et le plus bas dans la Zone 4 (2,963).

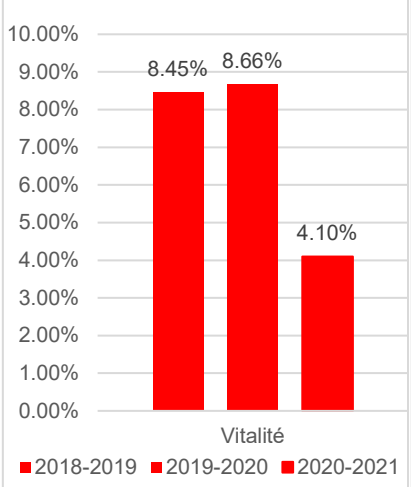
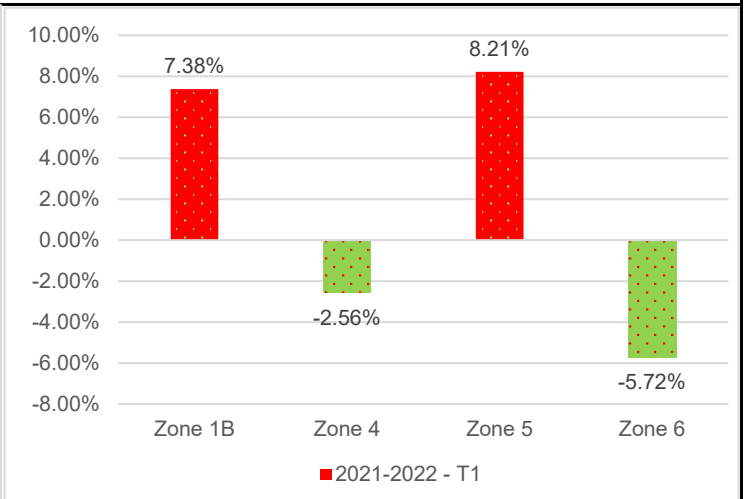
INITIATIVES		
	Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓
	Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète	✓
	Instaurer une approche gériatrique	✓
	Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓
	Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgence	✓
	Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

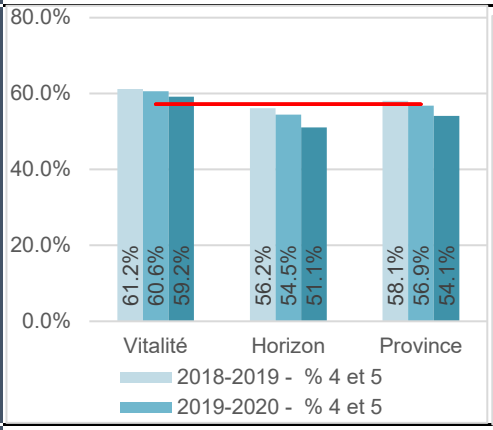
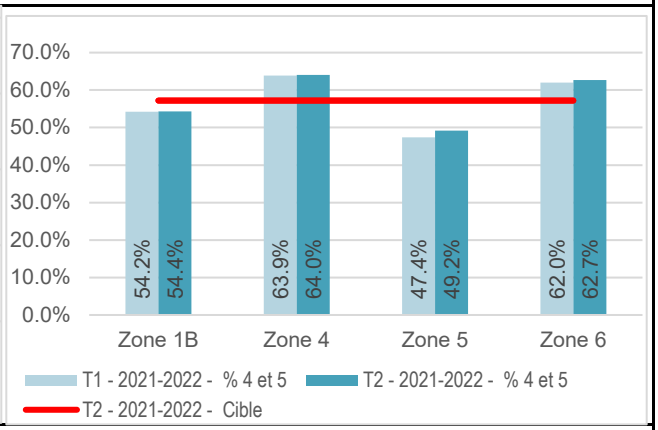
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	3M
CIBLE	0% (cible établie par l'Équipe de leadership)
DESCRIPTION	L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités 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.
RÉSULTAT CIBLE **0%**	 
INTERPRÉTATION	Un faible pourcentage est souhaitable. Il y a eu une diminution pour 2020-2021 par rapport aux deux années précédentes. La pandémie de COVID-19 a pu influencer les résultats. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 4 et la Zone 6 présentaient une performance satisfaisante par rapport à la cible. Certaines initiatives ont été mises en place afin de réduire la durée moyenne de séjour.
INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale ✓
	Améliorer l'accès aux soins de première ligne ✓
	Favoriser un retour à domicile propice et rapide ✓

✓	**Conforme au plan**	O	**Non débuté**
●	**Non conforme au plan et mesures correctives en place**	☑	**Complété**
☒	**Non conforme au plan et interventions requises**		

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	MIS
CIBLE	57.2% (cible établie par l'Équipe de leadership)
DESCRIPTION	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 bénéfieraient 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.
RÉSULTAT CIBLE **57.2%**	 
INTERPRÉTATION	Un faible nombre de jours de visites 4 et 5 est souhaitable. Au deuxième trimestre de 2021-2022, la Zone 4 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus élevé (64.0 %) tandis que la Zone 5 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus faible (49.2 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir eu un impact sur cet indicateur. Voici les facteurs contributifs qui ont rendu difficile le maintien ou l'atteinte de la cible au sein du Réseau au cours du dernier trimestre: -Difficulté à obtenir des rendez-vous dans la communauté -Cliniques sans rendez-vous non accessibles -Résistance des médecins à voir les patients symptomatiques à leurs cliniques en raison de la pandémie. -Surcharge des médecins de famille et difficulté de soutenir les rendez-vous cédulés par l'urgence. -Diminution du nombre de médecins de famille au niveau de la province, spécifiquement à la Zone 4. Trois initiatives clés sont en place pour soutenir l'atteinte de la cible : 1. Une politique qui établit les lignes directrices et les procédures à suivre afin de réorienter un patient en communauté, et ce, dans le but d'harmoniser la pratique au sein du Réseau. 2. La prise en charge des patients de niveaux 4 et 5 par les infirmières praticiennes et l'attribution d'un fournisseur de soins primaires à chaque patient lorsque cela est possible. 3. L'utilisation de l'application 'InterRAI EDS' par les infirmières du triage dans le but de dépister les ainés vulnérables en communauté pour favoriser un retour à domicile propice et rapide.
INITIATIVES	Améliorer l'accès aux soins de première ligne ✓
	Favoriser un retour à domicile propice et rapide ✓

✓ Conforme au plan

Non conforme au plan et mesures correctives en place

Non conforme au plan et interventions requises

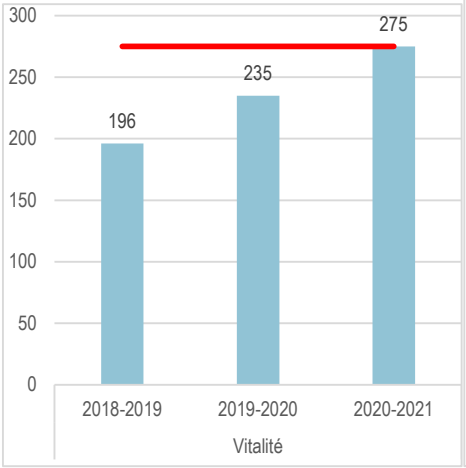
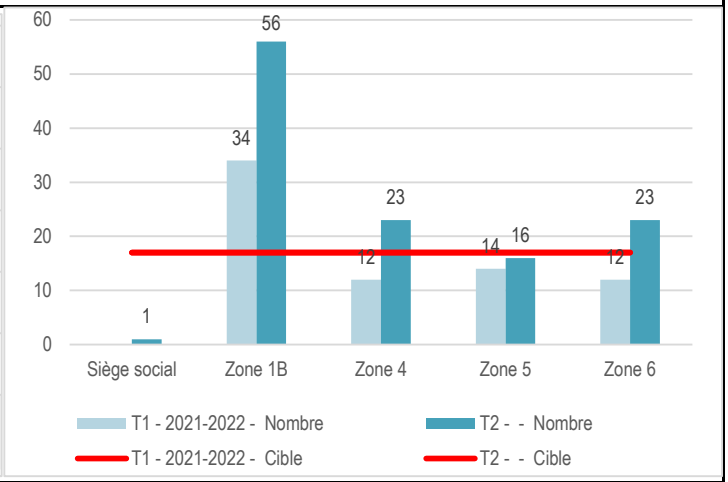
Non débuté

Complété

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de départs volontaires des employés

LEADERSHIP	Johanne Roy
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Méditech
CIBLE	275 (cible établie selon les résultats de l'année précédente)
DESCRIPTION	Cet indicateur représente le nombre des employés temps plein et temps partiel ayant quitté l'organisation de leur propre initiative en raison de déménagements, avancement professionnels, raisons personnelles etc. Il inclut les employés permanents temps partiel et permanent temps plein. Il exclut les départs à la retraite, les congédiements, les étudiants, temporaires, occasionnels et emplois saisonniers.
RÉSULTAT CIBLE **275**	 
INTERPRÉTATION	Un nombre peu élevé est souhaitable. Le nombre de départs volontaires est à la hausse depuis les trois dernières années. Au deuxième trimestre de 2021-2022, la Zone 1B présentait le nombre de départs volontaires le plus élevé (56). La Zone 5 présentaient le nombre le moins élevé (16).

INITIATIVES	
Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓
Réviser le programme de reconnaissance, développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle	✓
Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé	✓
Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail	✓
Favoriser une culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓
Former les gestionnaires pour comprendre et détecter les signes d'un trouble mental chez leurs employés et pour avoir des conversations soutenues appropriées avec ces derniers au suhet des ressources offertes et disponibles	✓

✓	**Conforme au plan**	O	**Non débuté**
●	**Non conforme au plan et mesures correctives en place**	☑	**Complété**
☒	**Non conforme au plan et interventions requises**		

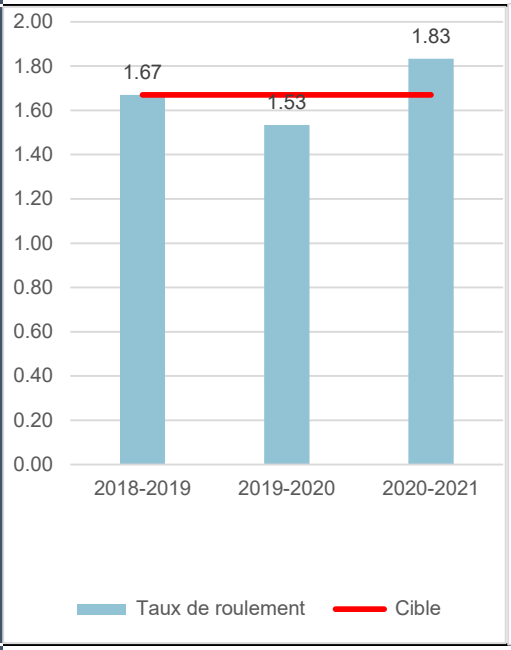
FICHE EXPLICATIVE

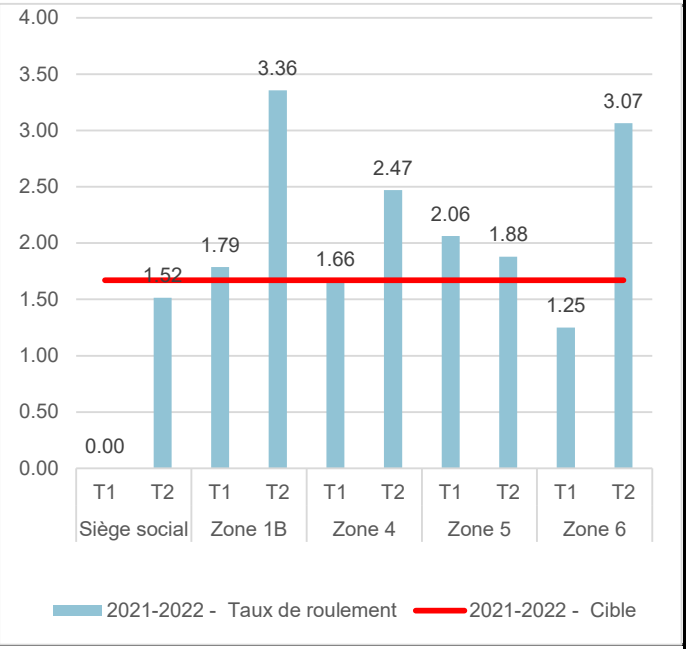
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de roulement

LEADERSHIP	Johanne Roy
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Meditech
CIBLE	1.67 (cible établie par l'Équipe de leadership)
DESCRIPTION	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.

RÉSULTAT
CIBLE **1.67**





INTERPRÉTATION	Un taux peu élevé est souhaitable. On observe une augmentation du taux de roulement en 2020-2021 par rapport aux deux années précédentes. Au deuxième trimestre de 2021-2022, le taux de roulement était le plus élevé dans la Zone 1B (3.36).

INITIATIVES

Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓
Réviser le programme de reconnaissance, développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle	✓
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	✓
Former les gestionnaires pour comprendre et détecter les signes d'un trouble mental chez leurs employés et pour avoir des conversations soutenues appropriées avec ces derniers au suhet des ressources offertes et disponibles	✓

✓	**Conforme au plan**	O	**Non débuté**
●	**Non conforme au plan et mesures correctives en place**	☑	**Complété**
☒	**Non conforme au plan et interventions requises**		

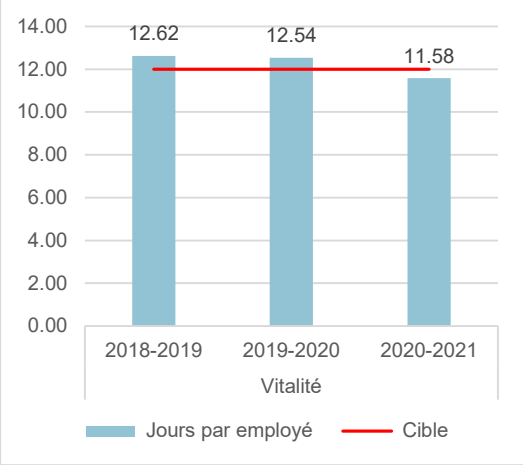
FICHE EXPLICATIVE

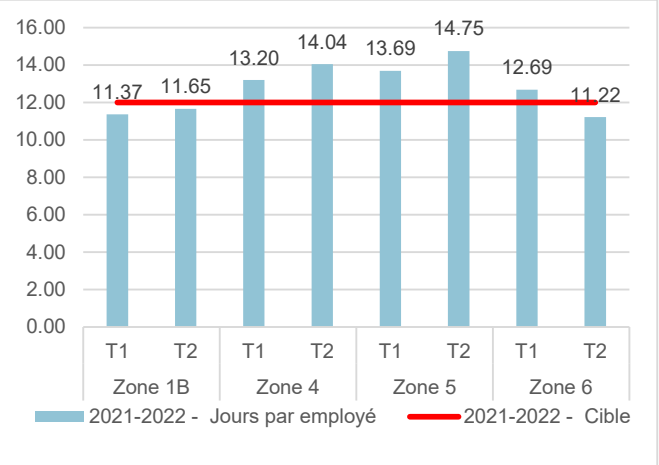
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Moyenne de jours de maladie payés par employé

LEADERSHIP	Johanne Roy
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech
CIBLE	12 (cible établie par l'équipe des Ressources Humaines en se basant sur des résultats antérieurs des secteurs de la santé au N.-B.)
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 **12.00**





INTERPRÉTATION	Un nombre peu élevé est souhaitable. Au deuxième trimestre de 2021-2022, la Zone 5 présentait la moyenne de jours de maladie payés par employé la plus élevée (14.75).

INITIATIVES		
	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓
	Réviser le programme de reconnaissance, développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle	✓
	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	✓
	Former les gestionnaires pour comprendre et détecter les signes d'un trouble mental chez leurs employés et pour avoir des conversations soutenues appropriées avec ces derniers au suhet des ressources offertes et disponibles	✓

✓	**Conforme au plan**	O	**Non débuté**
●	**Non conforme au plan et mesures correctives en place**	☑	**Complété**
☒	**Non conforme au plan et interventions requises**		

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de patients-partenaires		
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Direction Qualité, Risques et Expérience patient	
CIBLE	22 patients-partenaires (cible établie par le secteur de la Qualité)	
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 16 patients partenaires et la cible est de 22 pour l'année 2021-2022. Les comités/équipes qui inclus 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. La cible n'a pas été atteinte en raison de la pandémie et puisque les bénévoles ne pouvaient pas entrer dans les établissements du Réseau en phases oranges et rouges.	
INITIATIVES	Mettre en place des outils pour favoriser l'intégration des patients partenaires au sein des équipes	✓
	Poursuivre le recrutement de partenaire de l'expérience patient (PEP)	✓

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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% (cible établie par le secteur de la Qualité)	
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	Mettre en place des outils pour favoriser l'intégration des patients partenaires au sein des équipes	✓
	Poursuivre le recrutement de partenaire de l'expérience patient (PEP)	✓

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

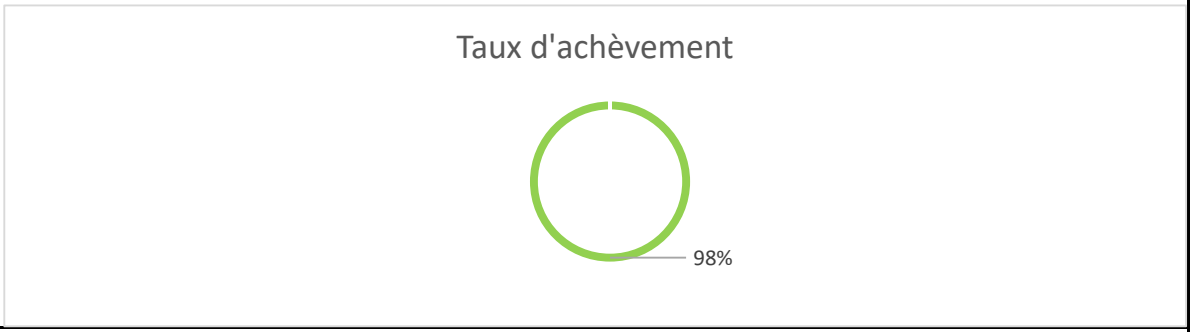
Nombre de nouveaux partenariats		
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Données internes du Réseau	
CIBLE	3 (cible établie par V.-P. Performance et Qualité)	
DESCRIPTION	Cette mesure reflète le nombre de nouveaux partenariats avec le Réseau de santé Vitalité et ayant 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 premier trimestre de 2021-2022, le Réseau compte 2 nouveaux partenariats. Un nouveau partenariat avec l'IARC (Institut Atlantique de recherche sur le cancer) dont l'entente d'affiliation a été conclue en 2020 et finalisée avec l'entente de financement approuvée par le ministère de la santé en 2021. Il y a également un nouveau partenariat avec le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick en lien avec la localisation des espaces incubateurs avec la compagnie Bioscript/Coverdale et le Ministère de la santé.	
INTERPRÉTATION	Le Réseau de santé Vitalité vise de conclure une entente avec 3 nouveaux partenariats en 2021-2022.	
INITIATIVES	Développer des ententes avec les universités et autres organismes affiliés	✓
	Intégrer des partenaires dans les initiatives du Réseau	✓

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'achèvement du plan stratégique des technologies de l'information (TI)

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications
CIBLE	100% (cible établie dans le but de terminer le plan des TI)
DESCRIPTION	Cette mesure reflète le pourcentage d'achèvement du plan stratégique spécifique au secteur des technologies de l'information et des télécommunications. Les étapes considérées dans le calcul sont toutes celles se déroulant entre l'élaboration de planification stratégique des TI et son approbation.
RÉSULTAT	
INTERPRÉTATION	La firme de consultants a terminé son mandat qui était de compléter le plan des TI.
INITIATIVE	Élaborer et mettre en œuvre un plan de développement et de gestion de technologies de l'information ✓

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombres d'initiatives approuvées du plan stratégique des TI mises en œuvre		
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications	
CIBLE	À déterminer	
DESCRIPTION	Il s'agit du nombre d'initiatives approuvé du plan stratégique spécifique au secteur des technologies de l'information et des télécommunications mis en œuvre.	
RÉSULTATS	Cet indicateur sera mesuré à partir du troisième trimestre de 2021-2022. Il ne présente aucune donnée puisque le plan n'est pas encore officiellement approuvé. Les initiatives débuteront une fois que le plan sera approuvé.	
INTERPRÉTATION	Un nombre élevé est souhaitable.	
INITIATIVES	Élaborer et mettre en œuvre un plan de développement et de gestion de technologies de l'information	✓

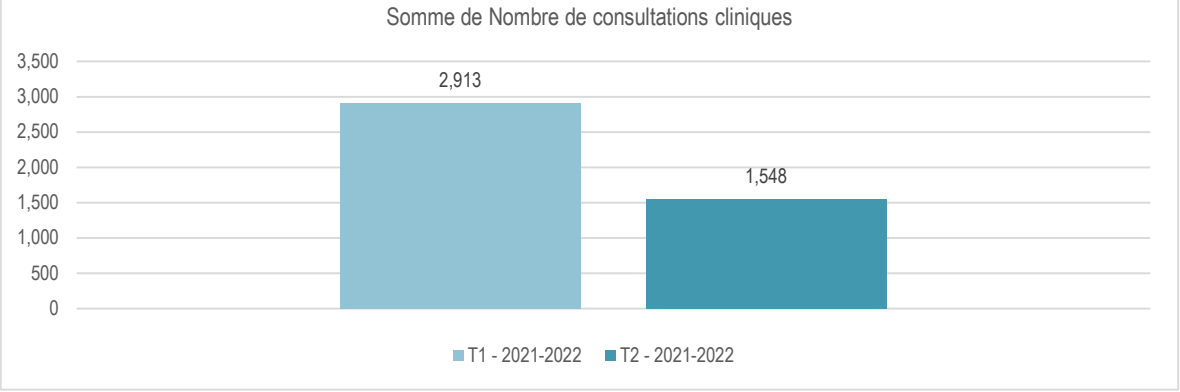
✓	**Conforme au plan**	O	**Non débuté**
●	**Non conforme au plan et mesures correctives en place**	☑	**Complété**
☒	**Non conforme au plan et interventions requises**		

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 5.3

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de consultations cliniques effectuées avec des technologies virtuelles

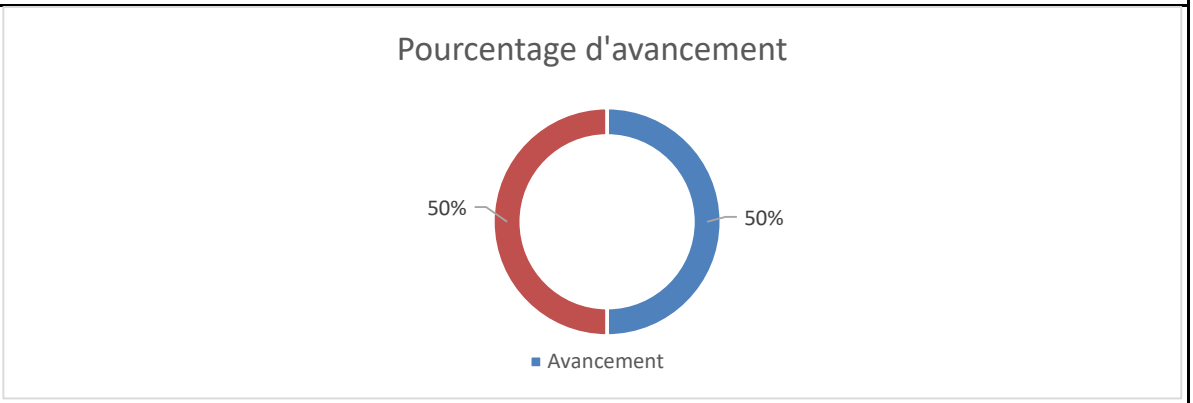
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications
CIBLE	Augmentation de 10 % par trimestre
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le nombre de fois où les technologies virtuelles sont utilisées pour utilisation clinique par le Réseau de santé Vitalité (Zoom et vidéoconférence).
RÉSULTAT CIBLE	
INTERPRÉTATION	À partir du deuxième trimestre de 2021-2022, il a été possible de distinguer les heures d'utilisation cliniques des heures d'utilisation administratives. Pour obtenir des données comparables, les heures du premier trimestre 2021-2022 ont été ajustées pour démontrer l'utilisation clinique uniquement. Cet indicateur est en évolution puisque c'est un nouvel indicateur.
INITIATIVES	Développer les soins virtuels ✓

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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 (cible établie dans le but d'obtenir 100% d'avancement à la fin de l'année)
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements.
RÉSULTAT	
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 ✓

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)		
LEADERSHIP	Brigitte Sonier Ferguson	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Recherche, développement scientifique et formation	
CIBLE	2 (cible établie par V.-P. - Mission universitaire)	
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le nombre d'unités cliniques apprenantes (UCAs) en place au sein du Réseau. Les UCAs sont des équipes multidisciplinaires régionales qui regroupent des patients, des médecins, des professionnels de la santé, des gestionnaires des activités cliniques, des décideurs, et des chercheurs. Chaque unité clinique apprenante porte sur une thématique en santé et se concentre sur des lacunes et des problèmes dans les soins cliniques en tenant compte des besoins des patients, des professionnels et des décideurs. Le cycle d'une unité clinique apprenante est de 3 ans.	
RÉSULTAT	Le Réseau de santé Vitalité a présentement 3 unités cliniques apprenantes (UCAs) en place. Les UCAs sont les suivantes: santé des aînés (décembre 2019), soins chirurgicaux (janvier 2020) et santé respiratoire (janvier 2020).	
INTERPRÉTATION	Le Réseau a pour objectif la mise en œuvre de 2 UCA par année. Cette cadence, ainsi que les activités des 3 UCA en cours ont été ralenti par la pandémie. Une nouvelle UCA sera lancé à l'hiver 2022: Santé mentale. Les priorités pour les prochains UCA seront évaluées.	
INITIATIVES	Mise en œuvre d'une philosophie d'organisation apprenante	✓
	Poursuivre le développement des trois piliers de la mission universitaire afin de soutenir l'approche apprenante: Soins spécialisés et surspécialisés, formation et recherche	✓

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les Unités Cliniques Apprenantes (UCA)		
LEADERSHIP	Brigitte Sonier Ferguson	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Recherche, développement scientifique et formation	
CIBLE	9 (cible établie par V.-P. - Mission universitaire)	
DESCRIPTION	Il s'agit du nombre de meilleures pratiques mises en œuvre suite aux recommendations des UCAs.	
RÉSULTAT	Depuis le début de l'année 2020-2021, deux meilleures pratiques a été mises en œuvre via les unités cliniques apprenantes (ERAS et 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. Aucune nouvelle meilleure pratique n'a été mise en oeuvre au premier trimestre de 2021-2022. Ceci est en lien avec un ralentissement des activités des UCA à cause de la pandémie.	
INTERPRÉTATION	Un nombre élevé est souhaitable.	
INITIATIVES	Mise en œuvre d'une philosophie d'organisation apprenante	✓
	Poursuivre le développement des trois piliers de la mission universitaire afin de soutenir l'approche apprenante: Soins spécialisés et surspécialisés, formation et recherche	✓

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

Réseau de santé Vitalité

Tableau de bord équilibré 2021-2022

Rapport trimestriel (T2)

Table des matières	Pages
Sommaire	3
Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	7
CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	8
Taux de réadmission 30 jours	9
% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	10
Variance entre le budget et les dépenses actuelles	11
Coût par jour repas	12
Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	13
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	14
Variance en salaires et bénéfices	15
Variance en dépenses médicaments	16
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	17
Coût en énergie par pied carré	18
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	19
Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus	20
Taux de césarienne à faibles risques	21
Taux de chutes	22
Taux de chutes avec blessures graves	23
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	24
Taux d'incidents médicamenteux	25
Taux de conformité à l'hygiène des mains	26
Taux d'infection Clostridium difficile	27
Taux d'infection et de colonisation au SARM	28
Taux d'infection et de colonisation ERV	29
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	30
% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	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
Nombre d'accidents de travail	43
Nombre d'arrêts de travail et perte de temps associée	44
Nombre de blessures par catégorie associés aux accidents de travail	45
Taux d'accident de violence	46

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	ÉTAT D'AVANCEMENT T1	T2	T3	T4
	Quadrant: Qualité/ Satisfaction à la clientèle									
1.1	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	Dre.Banville	129	196	137	137	✓			
1.2	Centre de Santé Mentale- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	Jacques Duclos	43%	100%	44%	41%	✗	✗		
1.3	Taux de réadmission 30 jours	Dre. Banville	9.22	8.01	6.01	6.01	✓			
1.4	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy	5.41%	4.89%	5.72%	5.72%	✗			
	Quadrant: Financiers									
2.1	Variance du surplus (déficit) d'opération	Gisèle Beaulieu	$1,610,881	$0	-$16,458,849	-$8,011,779	✗			
2.2	Coût par jour repas	Stéphane Legacy	$42.23	$33.12	$39.54	$38.61	✗	✗		
2.3	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Stéphane Legacy	$5.27	$4.66	$5.15	$5.03	✗	!		
2.4	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Stéphane Legacy	$1.32	$1.22	$1.12	$1.15	✓	✓		
2.5	Variance en salaires et bénéfices	Gisèle Beaulieu	$2,004,871	$0	-$563,321	$200,332	✗			
2.6	Variance en dépenses médicaments	Gisèle Beaulieu	$527,531	$0	-$1,158,753	-$652,957	✗			

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

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Quadrant: Financiers										
2.7	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Gisèle Beaulieu	$3,763,808	$0	-$10,616,020	-$6,545,249	✗			
2.8	Coût en énergie par pied carré	Stéphane Legacy	$4.53	$5.54	$5.00	$4.71	✓	✓		
Quadrant: Opérationnel										
3.1	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) pour les cas typiques	Dre.Banville	5.4%	0.0%	1.8%	1.8%	!			
3.2	Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus	Sharon Smyth-Okana	8.73	12.00	8.87	8.87	✓			
3.3	Taux de césarienne à faibles risques	Dre.Banville	13.9%	15.2%	7.7%	7.7%	✓			
3.4	Taux de chutes	Sharon Smyth-Okana	4.95	5.00	4.92	5.17	✓	!		
3.5	Taux de chutes avec blessures graves	Gisèle Beaulieu	0.05	0.00	0.05	0.03	✗	!		
3.6	Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Gisèle Beaulieu	0.006	0.000	0.017	0.022	!	!		
3.7	Taux d'incidents médicamenteux	Gisèle Beaulieu	3.35	3.32	3.03	2.93	✓	✓		
3.8	Taux de conformité à l'hygiène des mains	Gisèle Beaulieu	80.8%	90.0%	78.4%	75.6%	!	✗		

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

Quadrant: Opérationnel										
3.9	Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu	1.44	3.57	1.80	1.40	✓	✓		
3.10	Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu	0.20	1.29	0.00	0.00	✓	✓		
3.11	Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu	0.07	0.05	0.00	0.00	✓	✓		
3.12	Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Gisèle Beaulieu	114	100	124	124	✗			
3.13	% de patients Niveau Soins Alternatif (NSA) avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Sharon Smyth-Okana	9.8%	11.5%	7.4%	7.4%	✓			
3.14	% chirurgies urgentes effectuées dans les délais	Sharon Smyth-Okana	48.0%	90.0%	49.7%	46.1%	✗	✗		
3.15	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	41.5%	75.0%	58.1%	57.9%	✗	✗		
3.16	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	43.6%	85.0%	76.0%	82.7%	✗	!		
Quadrant: Ressources Humaines										
4.1	Taux global aux modules e-apprentissage	Johanne Roy	67.8%	70.0%	56.6%	57.1%	✗	✗		

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

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Quadrant: Ressources Humaines										
4.2	% de postes permanents vacants	Johanne Roy	6.3%	7.1%	8.7%	9.0%	✗	✗		
4.3	Taux d'accidents du travail	Johanne Roy	2.61	4.11	3.68	3.68	✓			
4.4	Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Johanne Roy	44.4%	65.0%	43.3%	43.0%	✗	✗		
4.5	Nombre de nouveaux griefs	Johanne Roy	31	47	14	6	✓	✓		
4.6	% d'heures de maladie	Johanne Roy	5.5%	5.5%	6.1%	6.3%	✗	✗		
4.7	% d'heures de surtemps	Johanne Roy	3.1%	2.5%	3.7%	4.7%	✗	✗		
4.8	Heures travaillées Personnel Producteur Unité (PPU)/jours-patients	Sharon Smyth-Okana	7.12	6.09	6.07	5.99	!	✓		
4.9	Nombre d'accidents de travail	Johanne Roy	N/D	278	497	223	✓	✓		
4.10	Nombre d'arrêts de travail et perte de temps associée	Johanne Roy	N/D	67	90	49	✓	✓		
4.11	Nombre de blessures par catégorie associés aux accidents de travail	Johanne Roy	N/D	278	497.00	223.00	✓	✓		
4.12	Taux d'accidents de violence	Johanne Roy	N/D	0.98	0.45	0.34	✓	✓		

✓ 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)

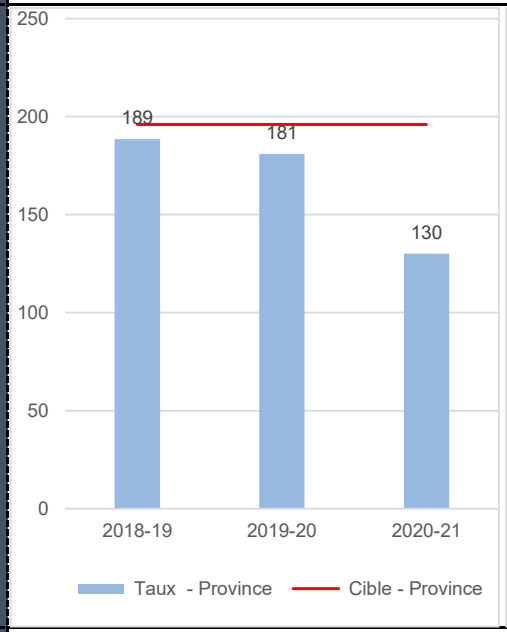
LEADERSHIP	Dre.Banville	INITIATIVES	Etablir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Améliorer le continuum de soins des patients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

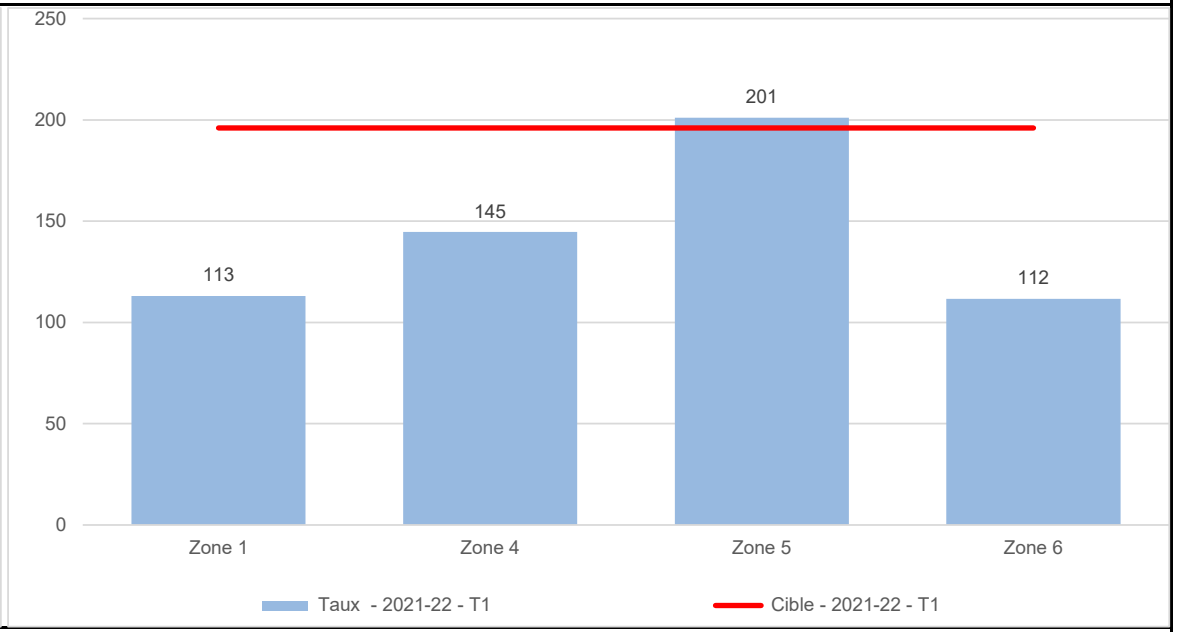
DÉFINITION

Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation pour trois maladies chroniques (par 100 000 de population) : la MPOC, l'insuffisance cardiaque et le diabète. Une bonne prise en charge de ces patients dans la communauté permettrait de prévenir ou à tout le moins de réduire les hospitalisations tout en libérant des ressources hospitalières pour le traitement des maladies aigües.

RÉSULTATS

CIBLE 196 (établie par le ministère de la santé)





ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées. Le taux provincial d'hospitalisation était de 130 et était sous la cible pour l'année fiscale 2020-2021. La tendance du taux d'hospitalisation pour ces maladies chroniques est généralement à la baisse au sein de la province. Au premier trimestre de 2021-2022, le taux d'hospitalisation était le plus élevé dans la Zone 5 (201) et le plus bas dans la Zone 6 (112).

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

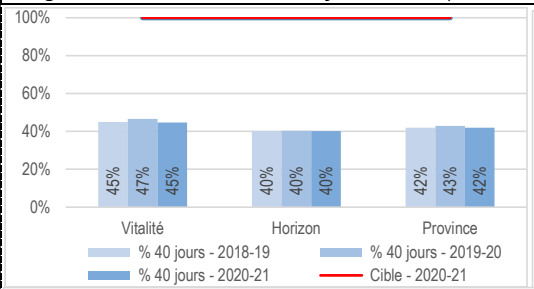
Centre de Santé Mentale- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée

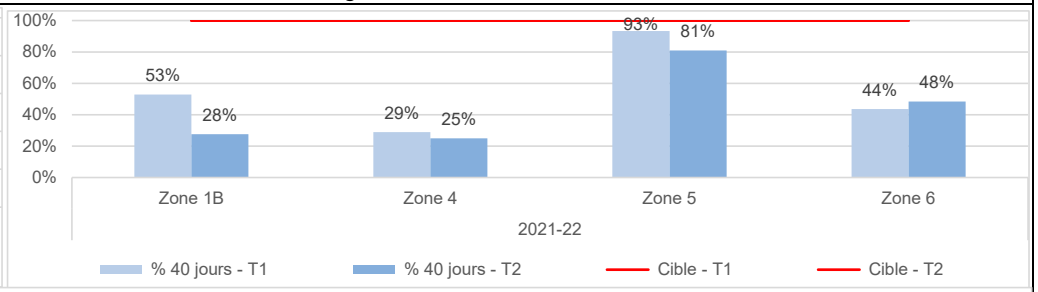
LEADERSHIP	Jacques Duclos	INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Renformer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire	✓
SOURCE DE DONNÉES	CSDC-SPSC			

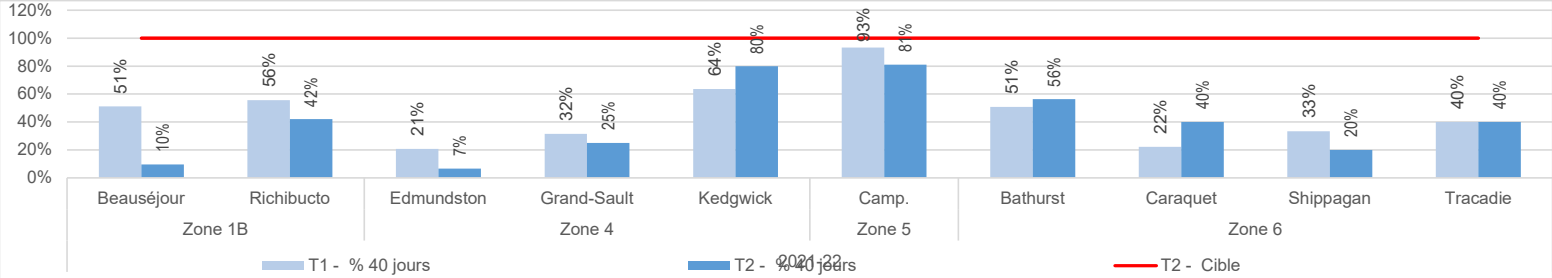
DÉFINITION

Cet indicateur permet aux services de santé mentale aux adultes et de traitement des dépendances de déterminer si les clients reçoivent des services dans les délais souhaités. Une prise en charge rapide des patients peut éviter des hospitalisations ou des réadmissions. Cet indicateur se calcule en divisant le nombre de clients de catégorie modérée vu dans les 40 jours divisés par le nombre total de clients dans cette catégorie.

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







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage élevé est souhaitable. Les résultats sont présentés par zone et par établissement. La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (81 %) au deuxième trimestre de 2021-2022 tandis que la Zone 4 présentait le pourcentage le plus faible (25 %). Le Réseau de santé Vitalité présentait, en 2020-2021, un pourcentage plus élevé de patients à priorité modérée traités dans les 40 jours que le Réseau de santé Horizon (45 % comparativement à 40 %).

Le Réseau est en processus de mettre en place des services sans rendez-vous au Centre de santé mentale de Campbellton. De plus, le Réseau est en processus d'offrir et de mettre en place dans tous les Centres de santé mentale communautaires et de traitement des dépendances, la thérapie à séance unique (efficace pour les clients ayant des besoins de santé mentale légers à modérés) pour le mois d'octobre 2021. Une formation sur le modèle de soins par paliers et la thérapie à séance unique a été donnée à 300 participants au cours de l'été 2021. Deux séances de formation ont été données le 19 août et le 7 septembre, sur la gestion du changement et la thérapie à séance unique à 52 cliniciens dans l'ensemble du Réseau.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de réadmission 30 jours

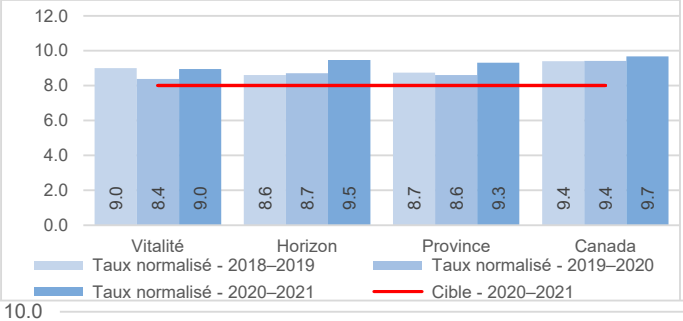
LEADERSHIP	Dre. Banville	INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Favoriser un retour à domicile propice et rapide	✓

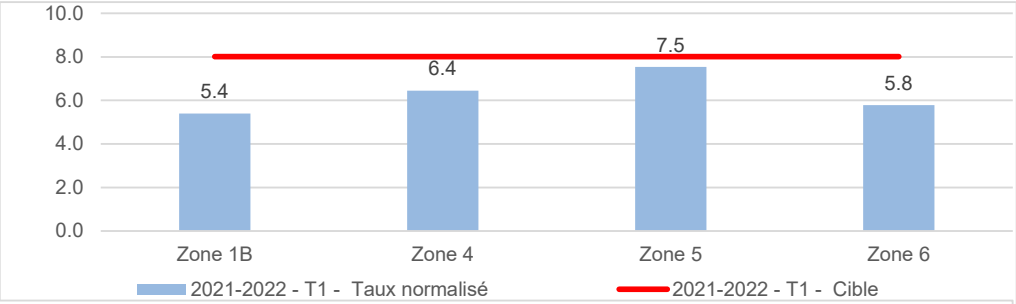
DÉFINITION

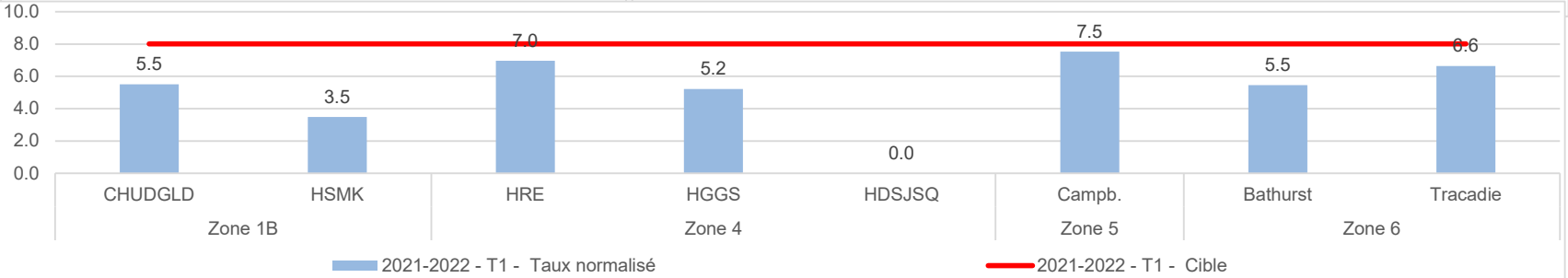
Cet indicateur concerne le nombre de patients réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie initiale. Il se calcule en divisant le nombre de réadmissions observées par le nombre de réadmissions prévues, puis en multipliant par le taux moyen au Canada. La réadmission d'urgence à l'hôpital 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.

RÉSULTATS

CIBLE 8.01 (diminution de 2% par année par rapport au résultat de 2019-2020







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un faible résultat est favorable puisqu'il signifie qu'un faible pourcentage de patients ont été réadmis d'urgence dans le mois suivant leur congé de l'hôpital. Cette mesure peut contribuer à évaluer combien de patients présentent des problèmes de santé ou des complications à la suite d'un séjour à l'hôpital, et à quel point le système de santé réussit à offrir aux patients les soins de suivi nécessaires dès leur retour à la maison. La mesure est ajustée pour tenir compte de certaines différences quant aux types de patients traités dans un hôpital. Néanmoins, comme tous les indicateurs, elle ne peut pas être ajustée en fonction de toutes les différences. Lorsqu'on compare le taux de réadmission à l'hôpital, il est important de tenir compte du type d'hôpital. Par exemple, les grands hôpitaux d'enseignement traitent souvent des cas de patients plus complexes qui sont plus susceptibles de retourner à l'hôpital. Dans les petits hôpitaux en région rurale, il arrive que moins de services soient disponibles hors de l'hôpital pour veiller à ce que les patients reçoivent des soins de suivi adéquats. En 2020-2021, le Réseau de santé Vitalité présentait un taux de réadmission 30 jours moins élevé que le Réseau de santé Horizon et le Canada. Au premier trimestre, le taux de réadmission 30 jours était le plus élevé dans la Zone 5 (7.5). Le taux était le plus faible dans la Zone 1B (5.4).

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires

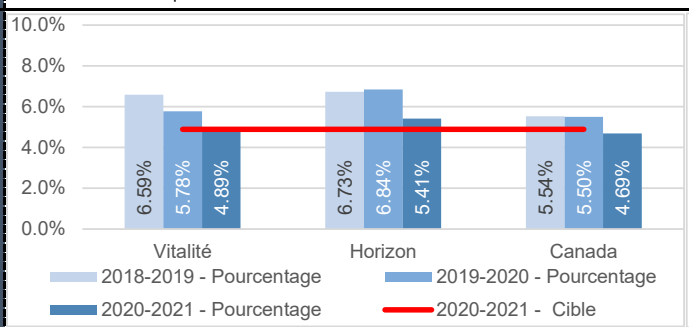
LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la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

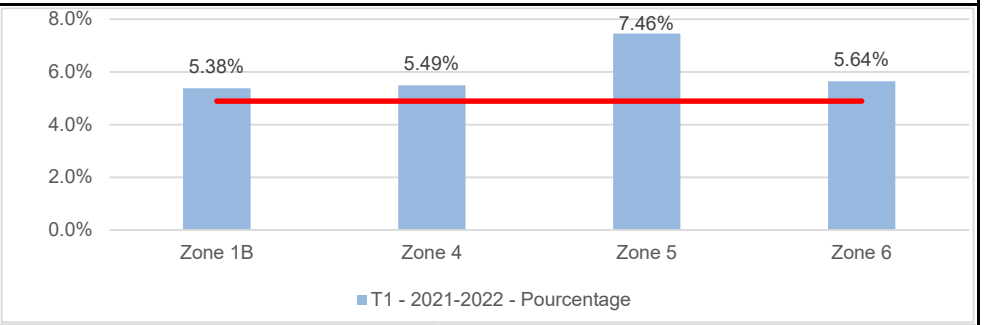
DÉFINITION

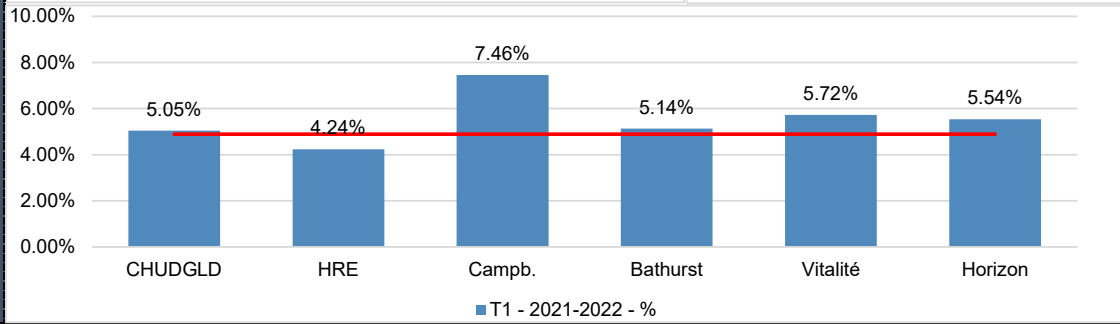
L'hospitalisation pour une condition propice aux soins ambulatoires est considérée comme une mesure d'accès à des soins primaires appropriés. Bien que les admissions pour ces conditions ne soient pas toutes évitables, on présume que des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir le début de ce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

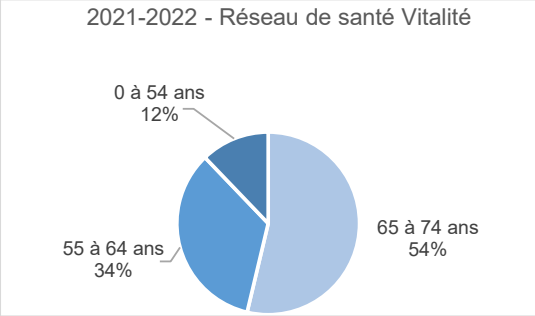
RÉSULTATS

CIBLE (résultat de l'année précédente) 4.9%









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 amulatoires a diminué au sein du Réseau de santé Vitalité depuis les trois dernières années. De plus, le taux était plus bas que le Réseau de santé Horizon. Au premier trimestre de 2021-2022, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires était le plus élevé dans la Zone 5 (7.46 %) et le plus bas dans la Zone 1B (5.38 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur. Les patients peuvent avoir hésité de consulter dans les soins de santé primaires initialement, ce qui a pu mener à des hospitalisations par la suite.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

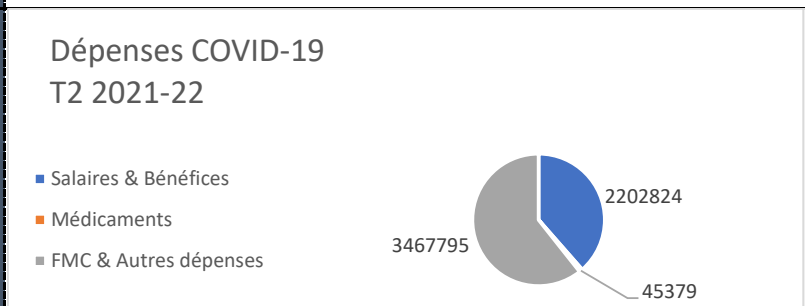
Variance entre le budget et les dépenses actuelles

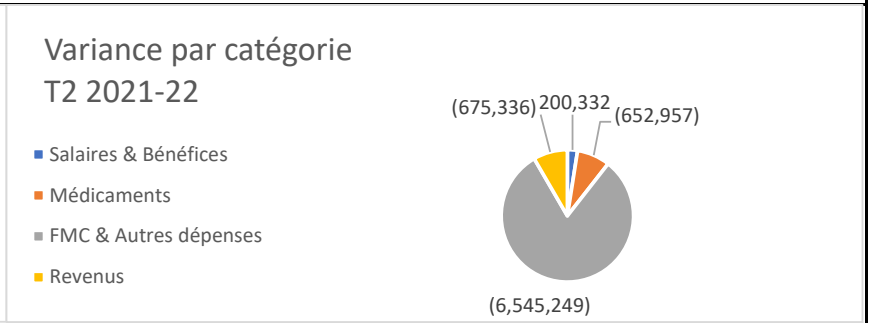
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances - Meditech			

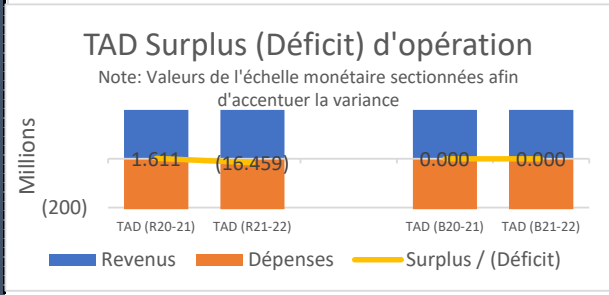
DÉFINITION

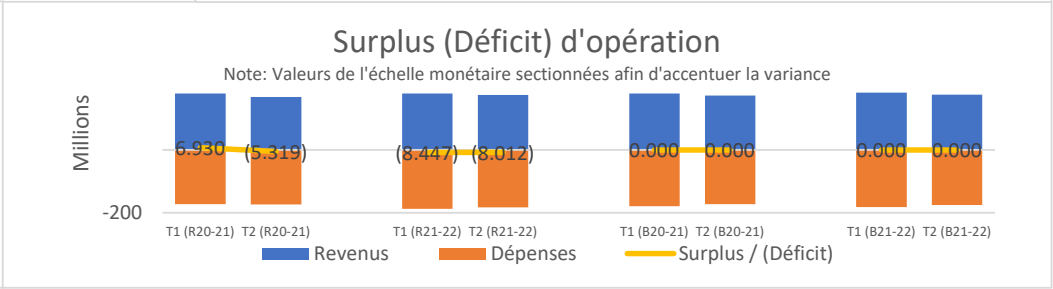
Cet indicateur reflète la différence entre le budget et les dépenses totales pour la période. Si la différence est supérieure à 0, il s'agit d'un surplus tandis que si la différence est inférieure à 0, il s'agit d'un déficit.

RÉSULTATS
CIBLE









ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Après le 2e trimestre 2021-2022, le Réseau de santé Vitalité affiche un déficit de 16.4 M$ comparativement à un surplus de 1.6 M$ l'année dernière. Ce déficit inclus principalement une baisse du revenu patient de 4.1 M$ dû aux restrictions aux frontières du Québec et des États-Unis et des dépenses totales engagées en lien à la COVID-19 de 11.1 M$ après 6 mois d'opération.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

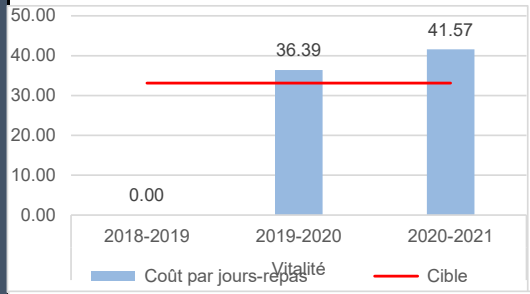
Coût par jour repas

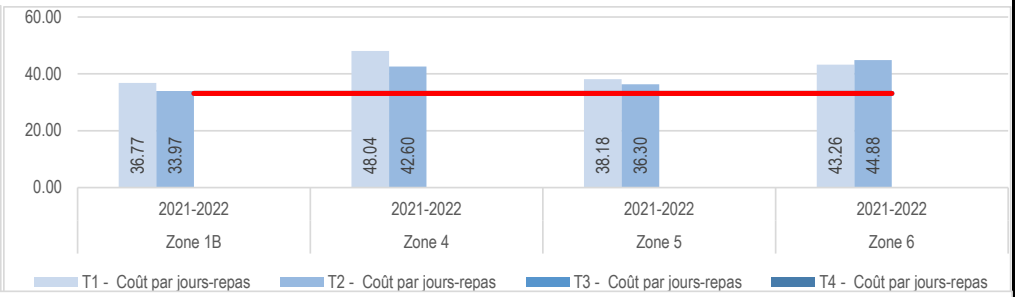
LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech			

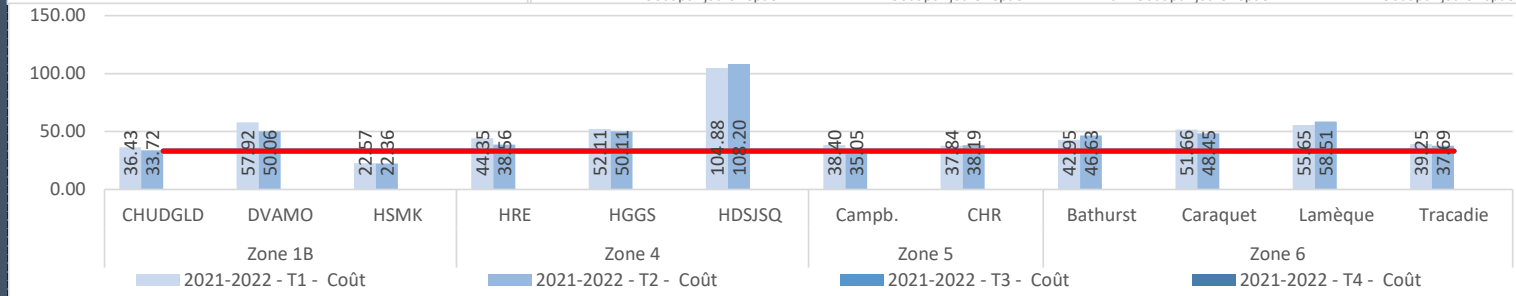
DÉFINITION

Cet indicateur se calcule en divisant les coûts des services alimentaires (salaires, bénéfices et fournitures d'opération) excluant les cafétérias, par le nombre de jour repas (1 jour-repas = 3 repas).

RÉSULTATS
CIBLE (basée sur 33.12 des données historiques)







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Les résultats comparatifs à date pour les trois dernières années sont présentés. Le coût par jour repas est à la hausse depuis les trois dernières années. 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 deuxième trimestre dans la Zone 6 (44.88 $).

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

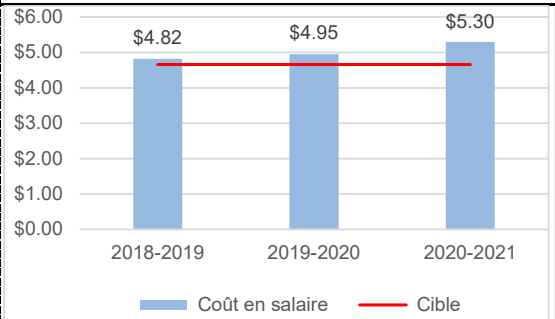
Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré

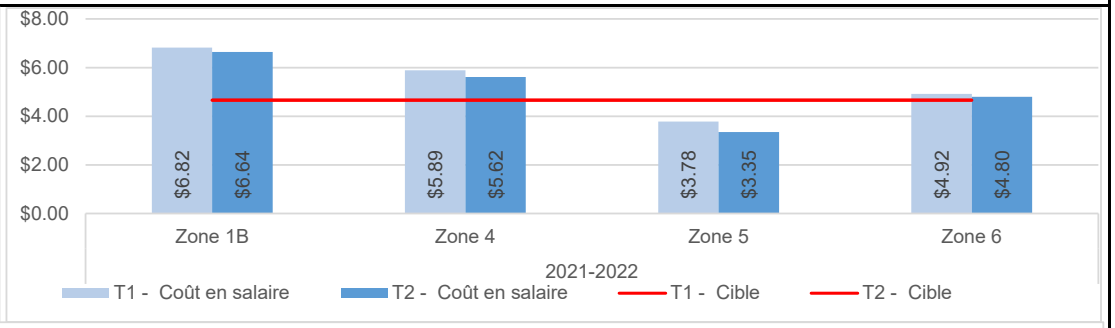
LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Mettre en place une équipe multidisciplinaire pour l'aide à la décision pour des choix environnementaux	○
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des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

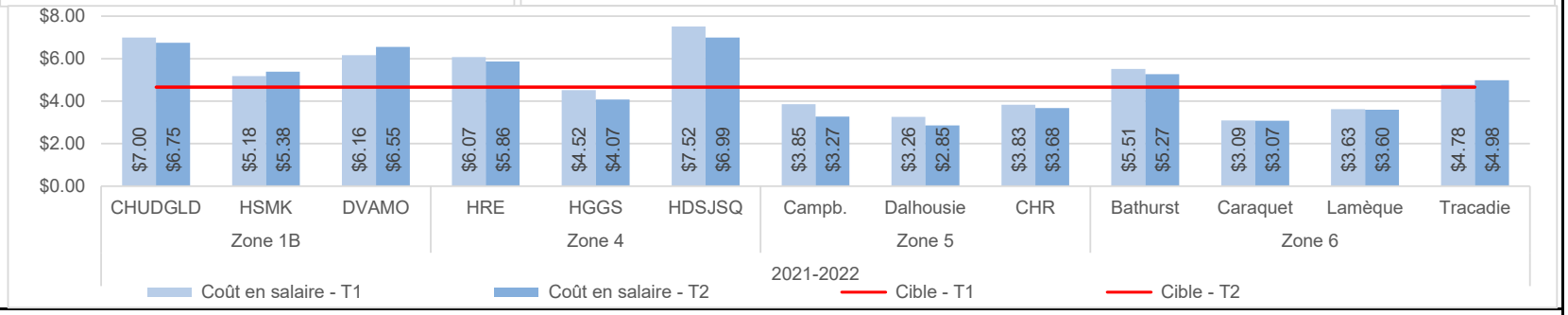
DÉFINITION

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

RÉSULTATS
CIBLE (basée sur $4.66 des données historiques)







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 (6.64) au deuxième trimestre de 2021-2022.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

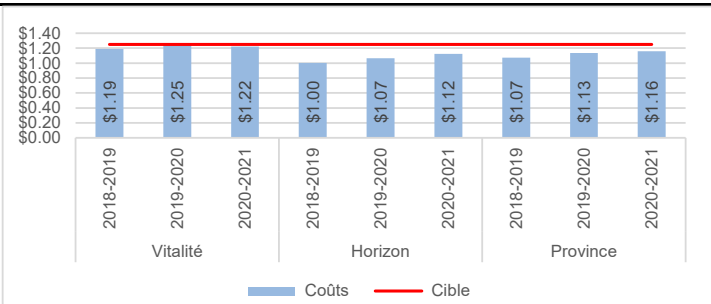
LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	MIS			

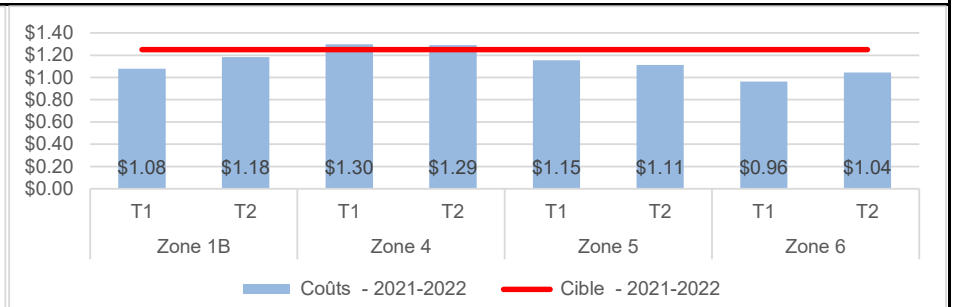
DÉFINITION

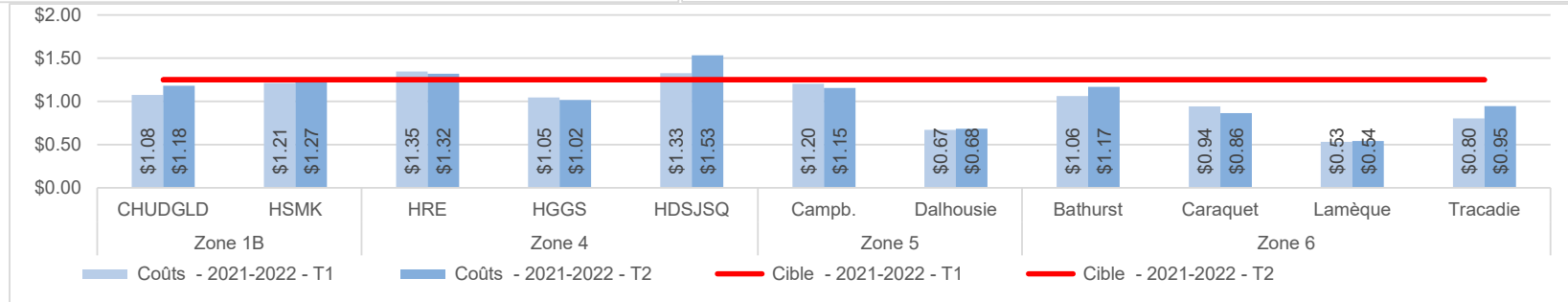
Cet indicateur reflète le coût direct moyen par unité de charge de travail dans les services de laboratoire. Les coûts d'opération des laboratoires représentent une proportion importante des coûts d'opération pour des services diagnostiques et ceux-ci sont affectés par la productivité des équipements et du personnel. Un coût par charge de travail permet de comparer la performance des divers services de laboratoire et d'évaluer leur efficience.

RÉSULTATS

CIBLE (résultat de l'année précédente) $1.22







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Les résultats du premier trimestre de 2021-2022 par zone et par établissement sont présentés. La Zone 4 présentait le coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail le plus élevé (1.29 $) au deuxième trimestre tandis que la Zone 6 présente le coût le plus faible (1.04 $). Le Réseau de santé Vitalité présentait un coût plus élevé que le Réseau de santé Horizon pour l'année 2020-2021 (1.22 $ comparativement à 1.12 $).

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance en salaires et bénéfices

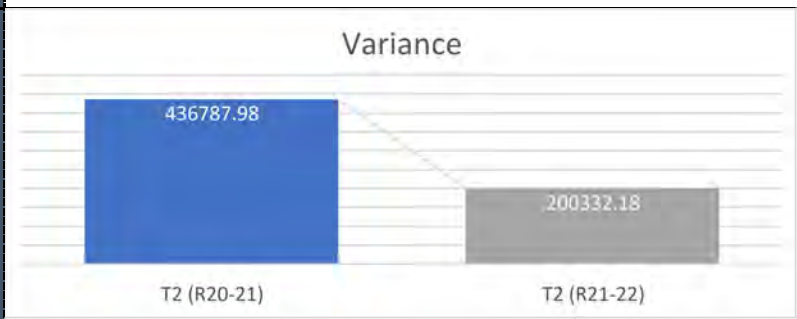
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech			

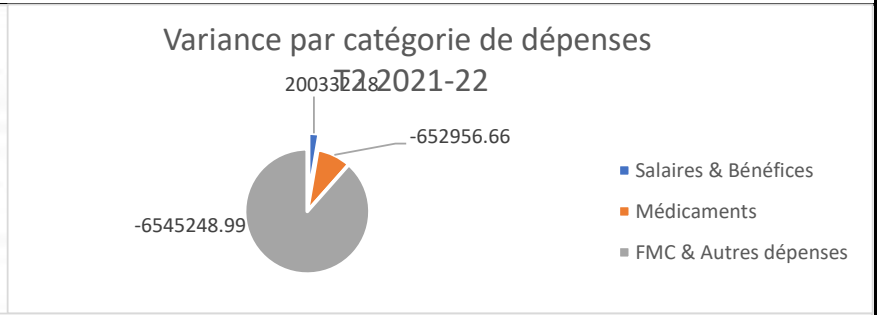
DÉFINITION

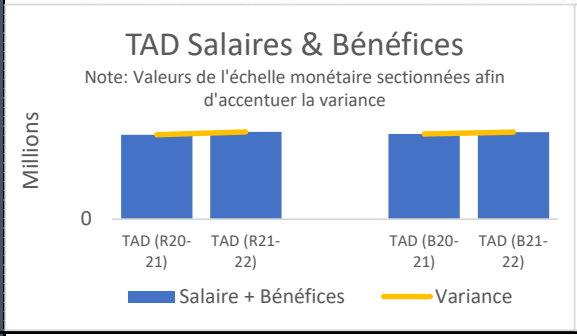
Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les salaires et les bénéfices (avantages sociaux) comparativement au budget.

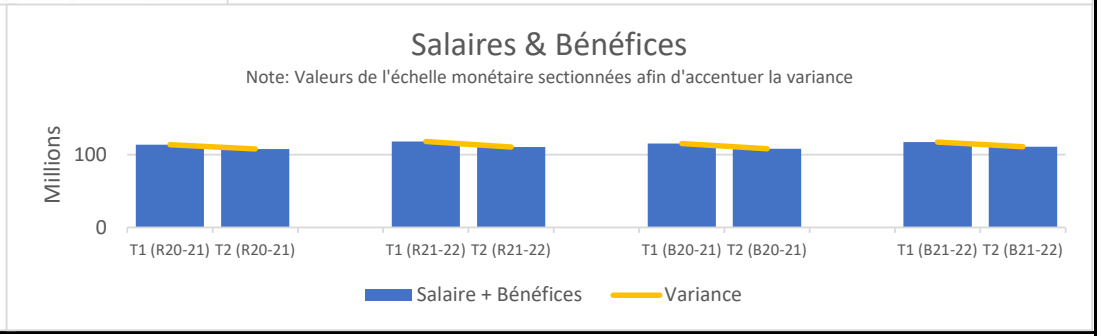
RÉSULTATS

CIBLE $0.00









ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Comparativement à l'année dernière, la variation au niveau des salaires et bénéfices est passé de 2 M$ favorable dû au ralentissement des activités à une variance de 563 K$ défavorable. Notons que les dépenses de salaires et bénéfices en lien à la COVID-19 est de 2 M$ pour le 2e trimestre, si ces dépenses supplémentaires occasionnent un déficit d'opération au 31 mars 2022, ce déficit sera couvert par le Ministère.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance en dépenses médicaments

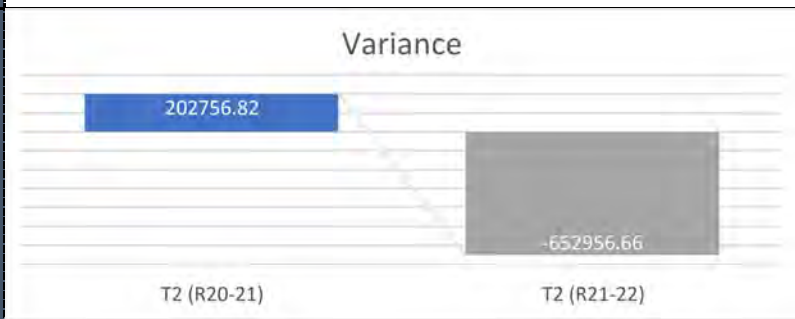
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech			

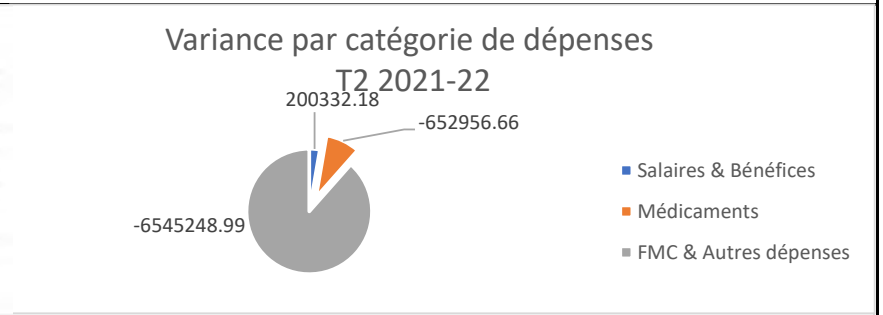
DÉFINITION

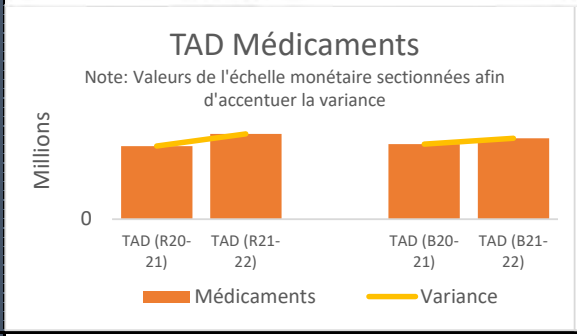
Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les médicaments comparativement au budget.

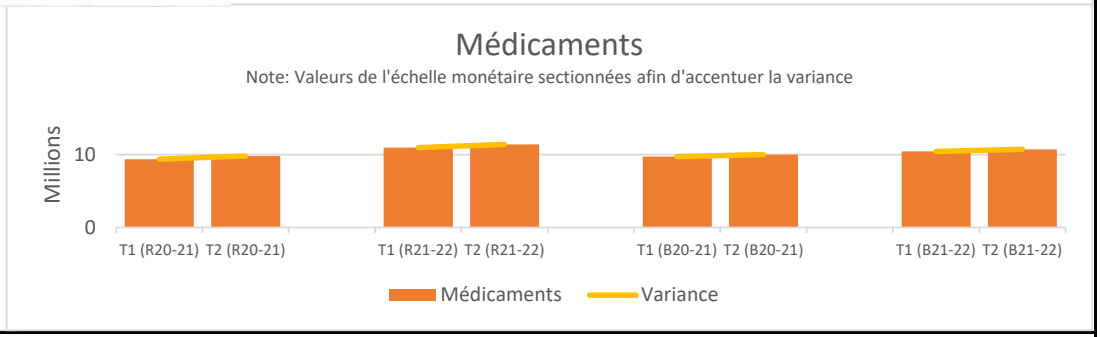
RÉSULTATS

CIBLE $0.00









ANALYSE ET INTERPRÉTATION

L'écart défavorable de 1.2 M$ au niveau des médicaments est principalement relié à la reprise des activités au niveau des services de l'oncologie (+16.1% des visites comparativement à l'année dernière). La portion des dépenses en médicaments d'oncologie récupérables par amendements budgétaires sont supérieures aux projections de 1.4 M$ après le 2e trimestre.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses

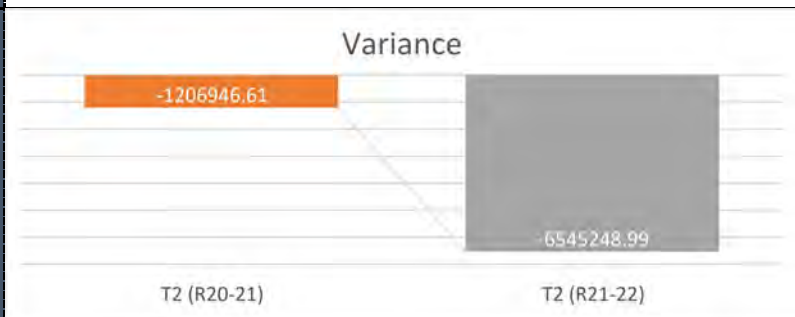
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Voir à la mise en œuvre du plan directeur du CHUDGLD	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Compléter les travaux pour le nouveau bloc opératoire et les soins intensifs au CHUDGLD et compléter les travaux pour l'agradissement à l'hôpital régional Chaleur	✓
SOURCE DE DONNÉES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

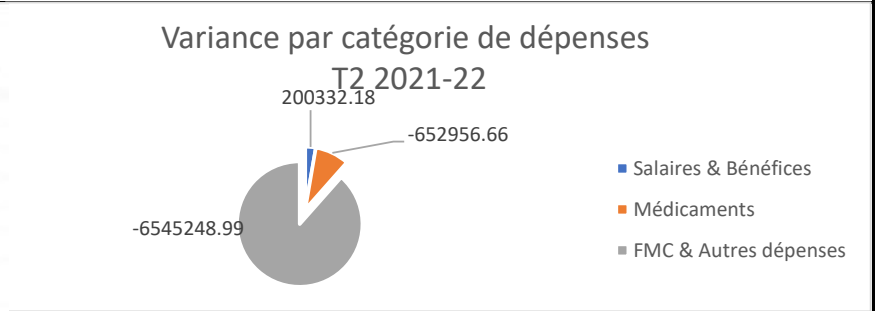
DÉFINITION

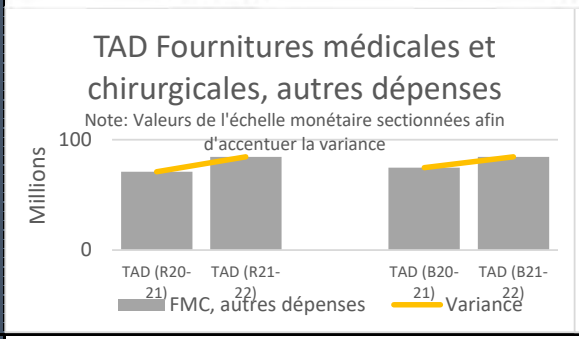
Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les fournitures médicales et chirurgicales et autres dépenses comparativement au budget.

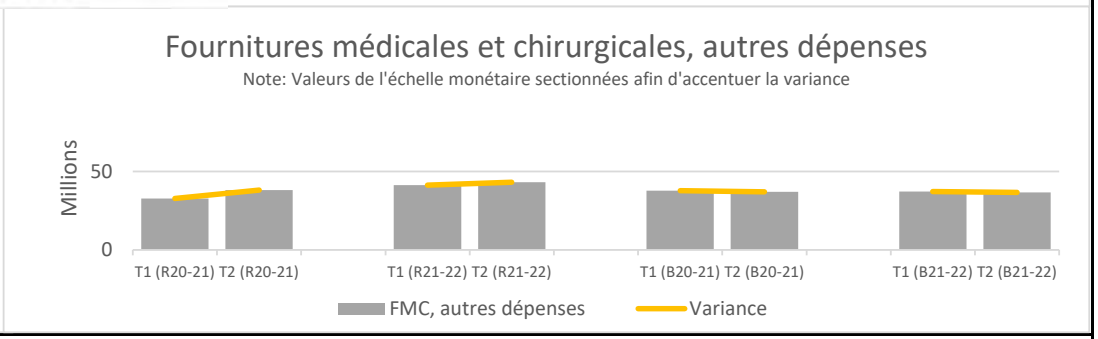
RÉSULTATS

CIBLE $0.00









ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Comparativement à l'année dernière, la variation au niveau des fournitures médicales et chirurgicales et des autres dépenses est passé de 3.8 M$ favorable dû au ralentissement des activités à une variance de 10.6 M$ défavorable après 6 mois d'activité. La variance défavorable 6.5 M$ du 2e trimestre est principalement justifié par les dépenses COVID-19 de 3.3 M$ et l'écart temporel sur les projets de rénovation fonctionnelle de 3.3 M$. Notons que si les dépenses supplémentaires en lien avec la COVID-19 occasionnent un déficit d'opération au 31 mars 2022, ce déficit sera couvert par le Ministère.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Coût en énergie par pied carré

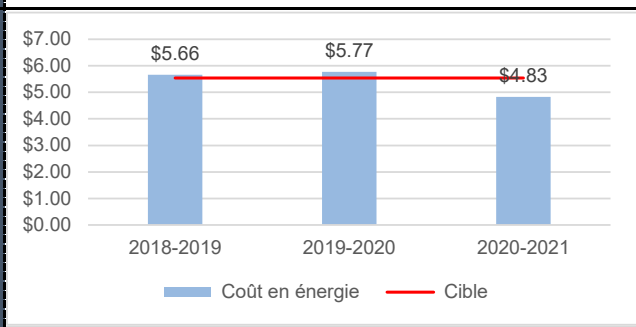
LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière.	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Diminuer la consommation d'énergie fossile	✓
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech			

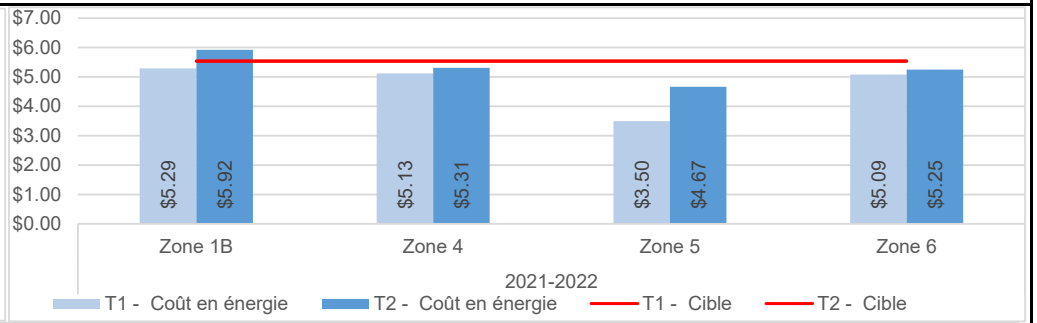
DÉFINITION

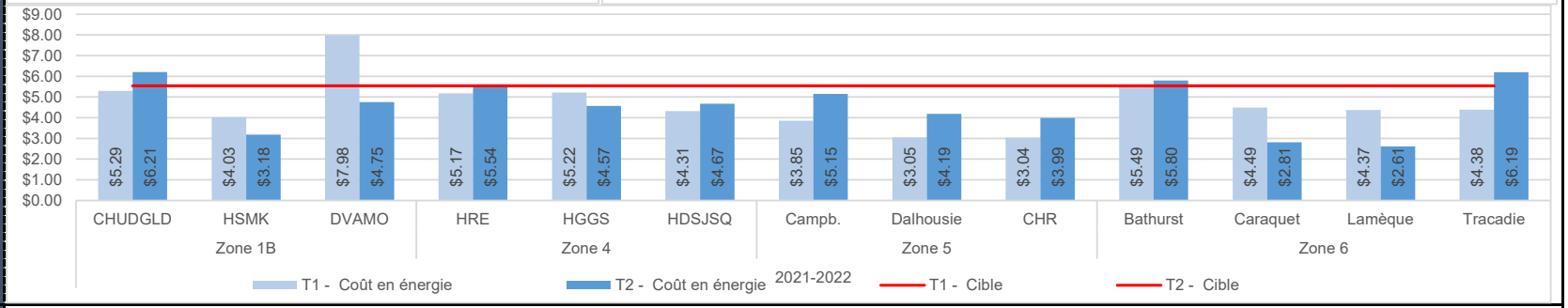
Cet indicateur reflète les coûts de l'électricité, de l'huile et du gaz naturel dans les hôpitaux par pied carré.

RÉSULTATS

CIBLE (cible basée sur des données historiques) $5.54







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Le coût en énergie par pied carré était plus bas en 2020-2021 (4.83) comparativement au deux années précédentes. Au deuxième trimestre de 2021-2022, le coût était le plus élevé dans la Zone 1B (5.92) et le plus faible dans la Zone 5 (4.67).

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Indicateur: 3.1

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

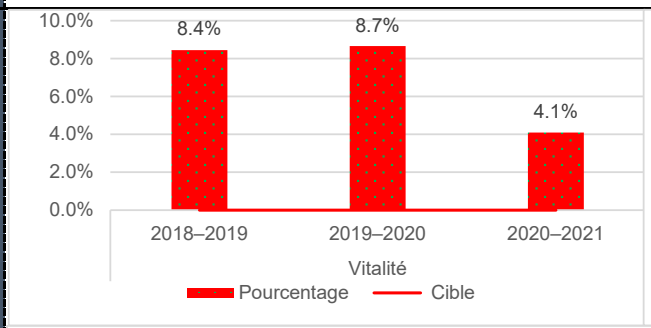
LEADERSHIP	Dre.Banville	INITIATIVES	Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	3M		Favoriser un retour à domicile propice et rapide	✓

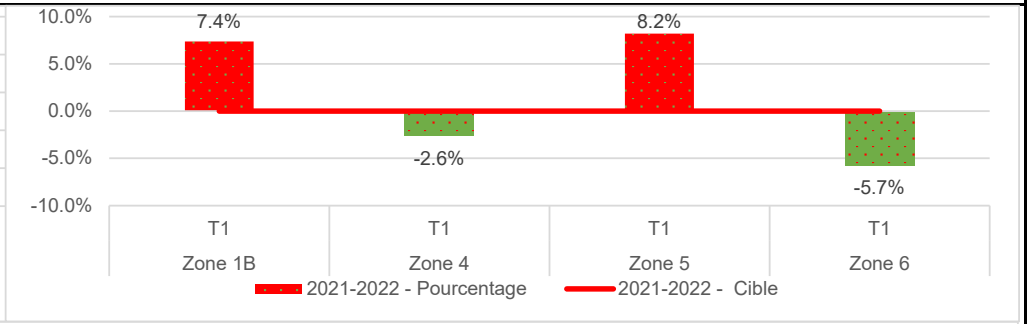
DÉFINITION

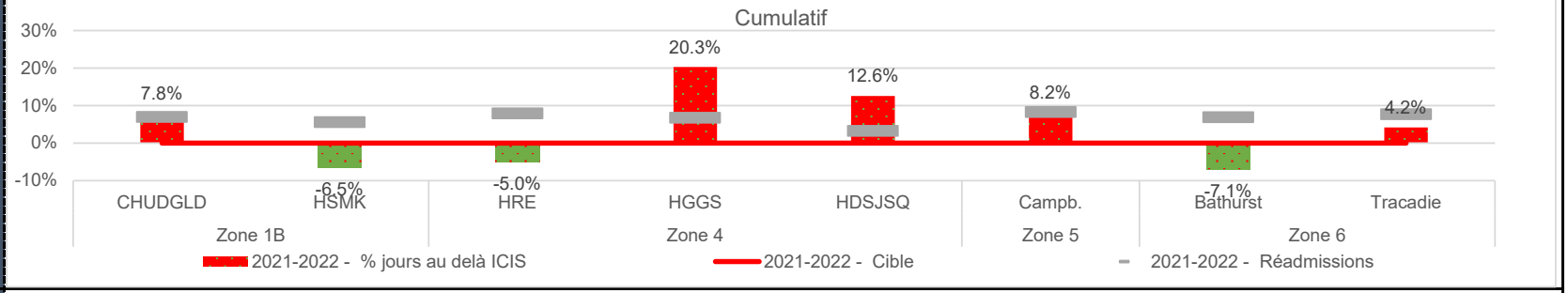
L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du Réseau. Il est important de monitorer les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon 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.

RÉSULTATS

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







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

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

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

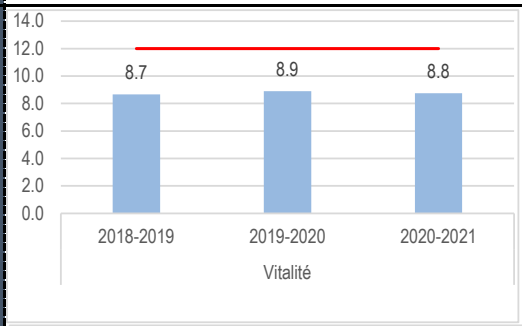
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓
SOURCE DE DONNÉES	3M		Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète	✓

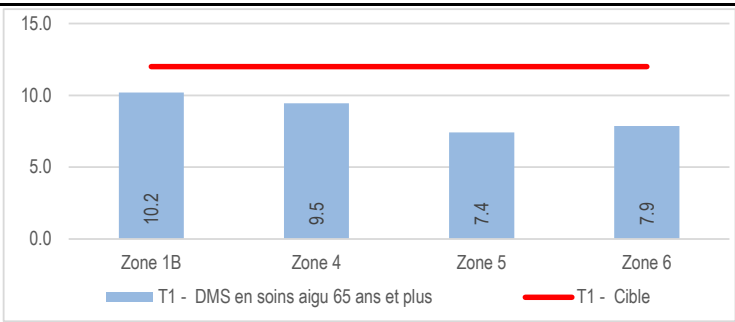
DÉFINITION

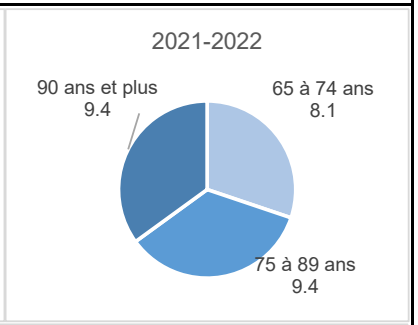
La durée moyenne de séjour fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital (en soins aigus). Elle est obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une même période par le nombre d'admissions ou de sorties. Les admissions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

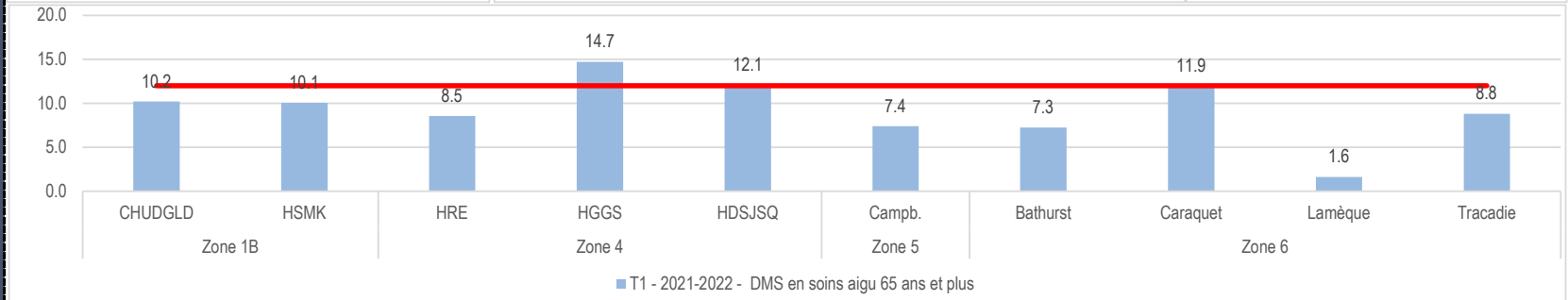
RÉSULTATS

CIBLE (fixe, établie à l'avance) 12.00









ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un séjour plus court est souhaitable. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. Au premier trimestre de 2021-2022, la moyenne était plus élevée chez les 90 ans et plus (9.4) et les 75 à 89 ans (9.4). Le vieillissement de la population peut avoir un effet sur cet indicateur.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de césarienne à faibles risques

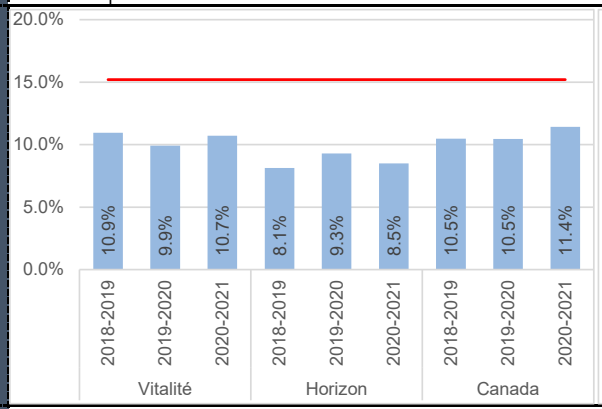
LEADERSHIP	Dre.Banville	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité de soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	3M			

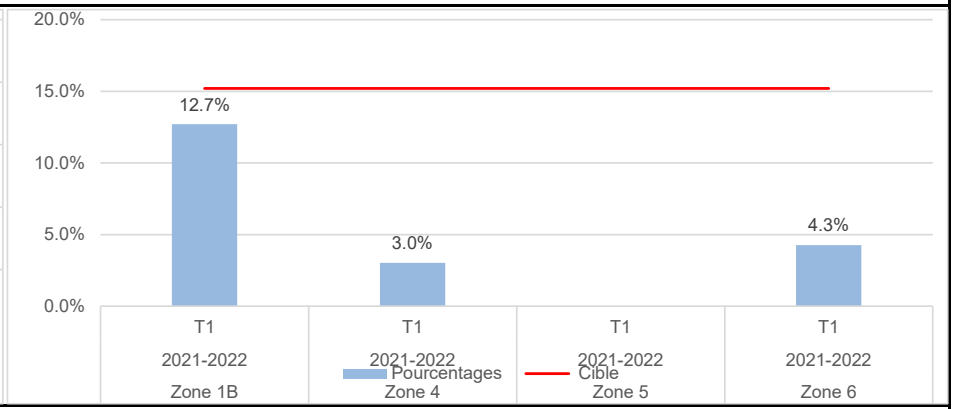
DÉFINITION

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

RÉSULTATS

CIBLE (cible établie selon des recommandations) 15.2%





ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un faible taux est souhaitable. Les variations des résultats de cet indicateur pourraient faire état de différences dans la pratique clinique. Cet indicateur permet de signaler les éléments à améliorer et de réduire les taux de césariennes. Bien qu'il soit limité à une population à très faible risque, les efforts de réduction des taux de césariennes dans cette population pourraient entraîner une réduction globale des taux. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 1B a le taux de césariennes à faible risque le plus haut (12.7%). Cela représente 8 accouchements par césarienne sur 63 accouchements de grossesses à faible risque. Cet indicateur présente des nombres bruts peu élevés par trimestre et par établissement. Le taux par établissement peut ainsi varier d'un trimestre à l'autre.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de chutes

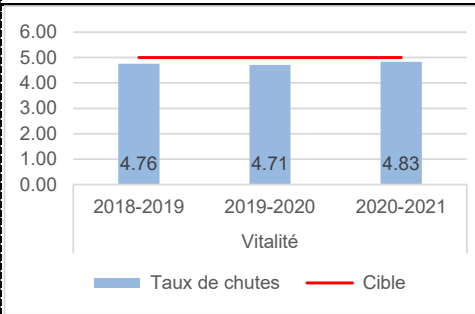
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

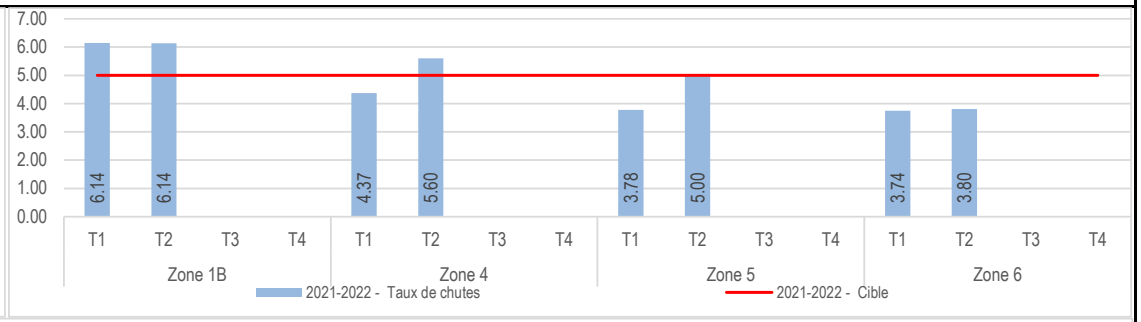
DÉFINITION

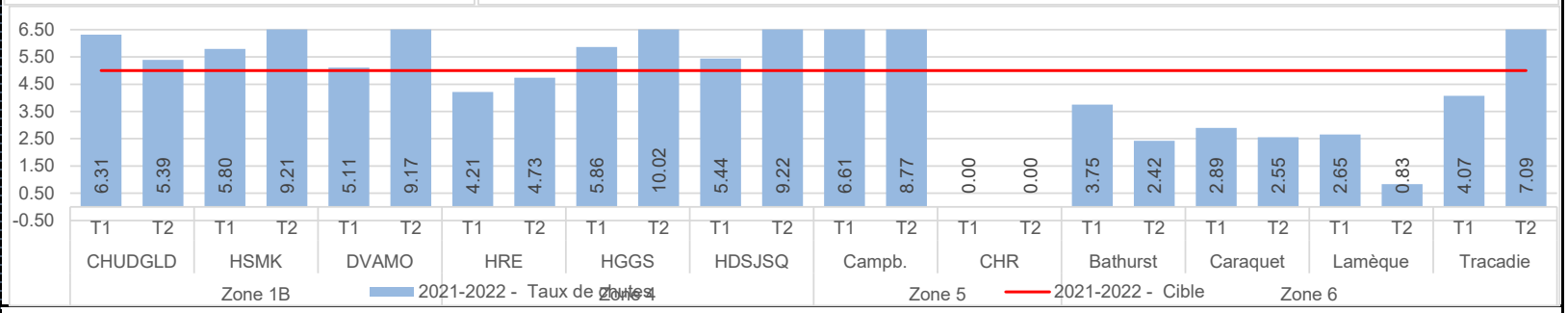
Cet indicateur reflète le nombre de chute à l'hôpital par 1 000 jours patients. Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les chutes sont classées selon la gravité. La cible est de 5% selon le benchmark national.

RÉSULTATS

CIBLE (norme canadienne) 5.00







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 deuxième trimestre de 2021-2022, le taux de chutes était le plus élevé dans la Zone 1B (6.14).

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de chutes avec blessures graves

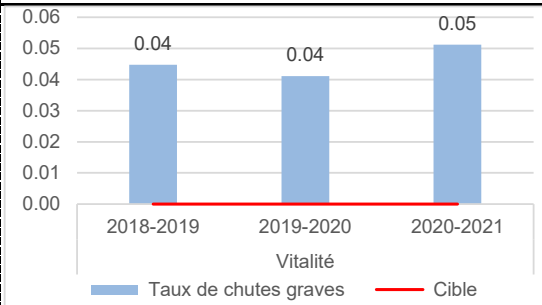
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

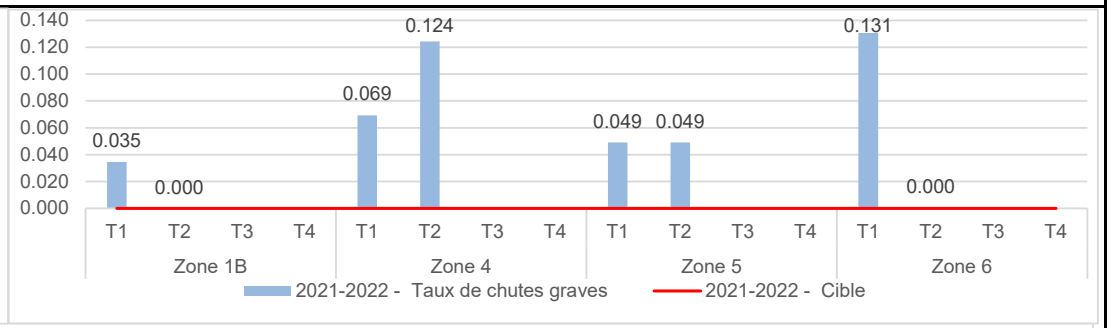
DÉFINITION

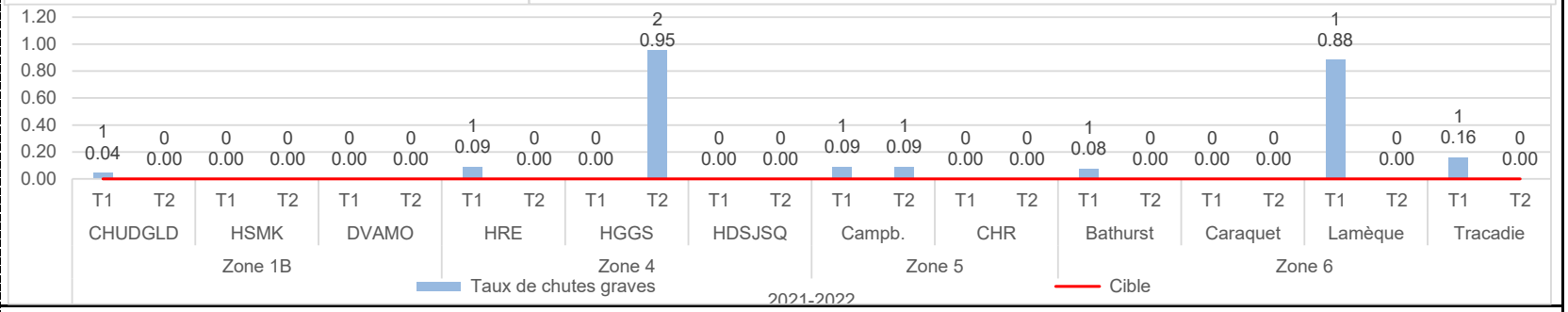
Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les chutes sont classées selon la gravité. Le Réseau de santé Vitalité a mis en place un programme de prévention des chutes dans l'ensemble de ses établissements et services.

RÉSULTATS

CIBLE (vise aucune chute avec blessures graves) 0.00







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 deuxième trimestre de 2021-2022, 3 chutes avec blessures graves ont été comptabilisées au sein du Réseau. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

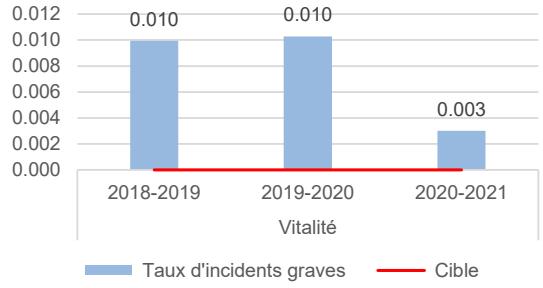
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

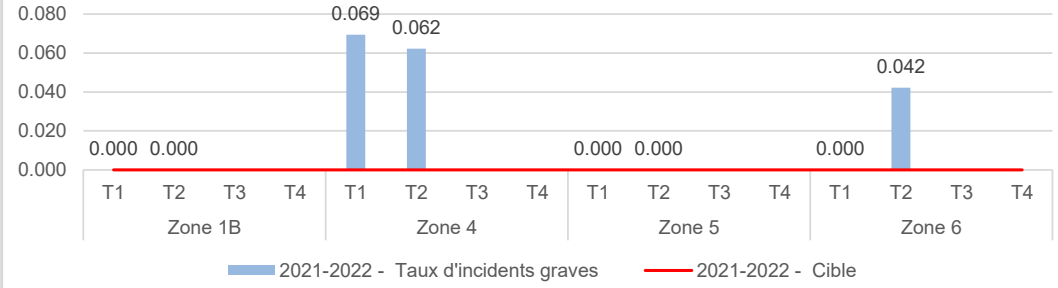
DÉFINITION

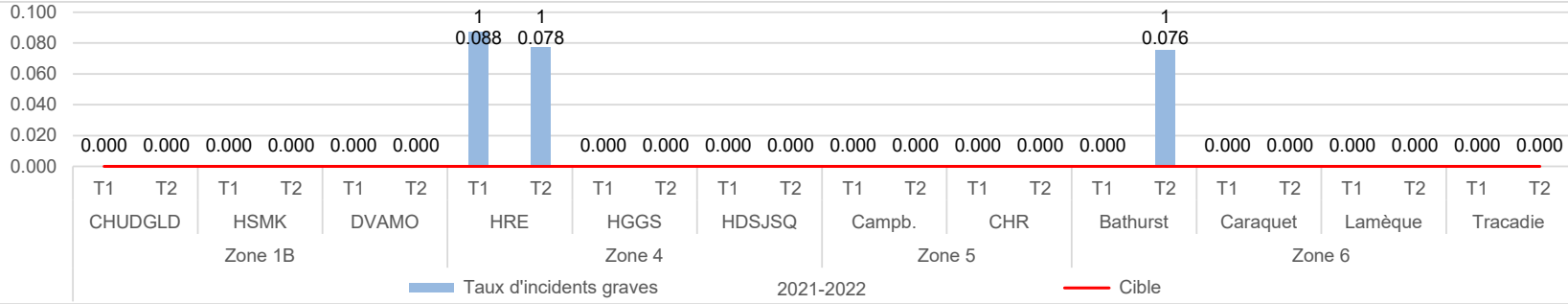
Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'incidents avec blessures graves à l'hôpital par 10 000 jours patients. Un incident est un événement qui résulte ou peut résulter en une blessure ou perte pour: patient, employés, médecins, visiteurs, étudiants, ou dommage aux biens. Chaque incident est assigné à une catégorie de gravité.

RÉSULTATS

CIBLE (vise aucun incident avec blessures graves) 0.00







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 deuxième trimestre de 2021-2022, 2 incidents avec blessures graves ont été comptabilisés au Réseau de santé Vitalité. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'incidents médicamenteux

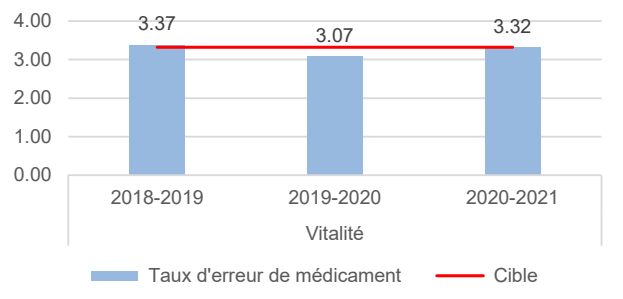
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

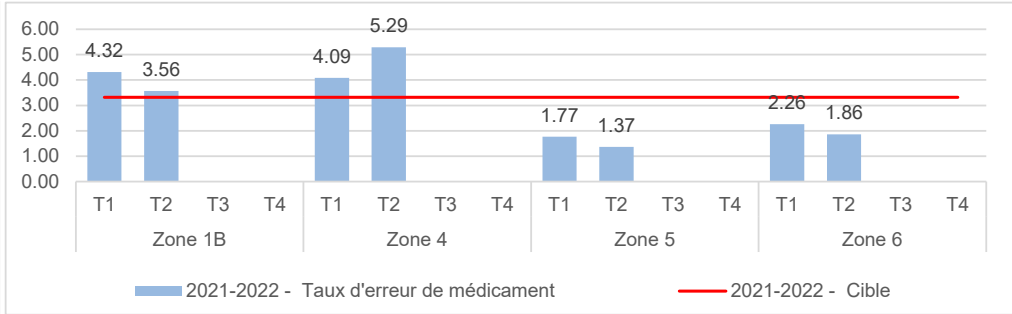
DÉFINITION

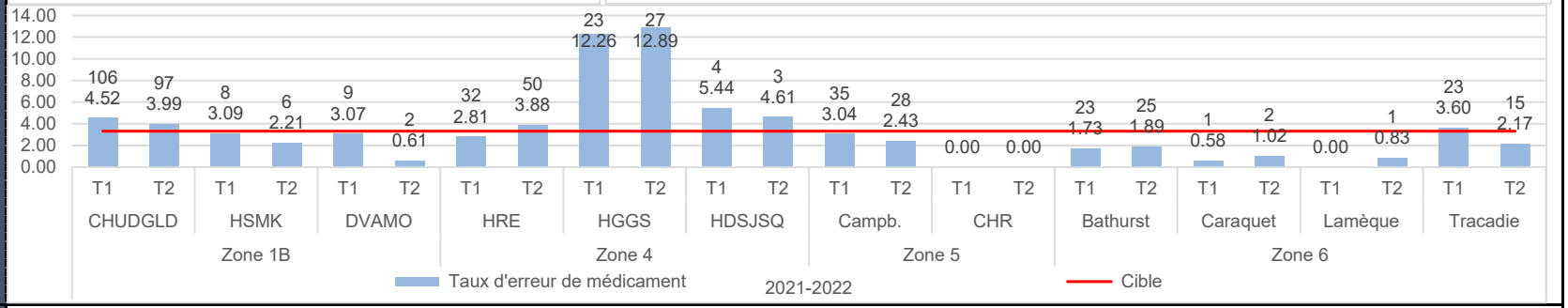
Cet indicateur refète le taux d'erreurs des médicaments. Les incidents reliés aux médicaments sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les incidents sont classés selon la gravité. Tous les incidents méritent une attention afin d'en analyser la(les) cause(s) et d'en chercher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

RÉSULTATS

CIBLE (cible établie selon des recommandations) 3.32







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est souhaitable. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins de santé. Au deuxième trimestre de 2021-2022, la Zone 4 présentait le taux le plus élevé (5.29).

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

FICHE EXPLICATIVE

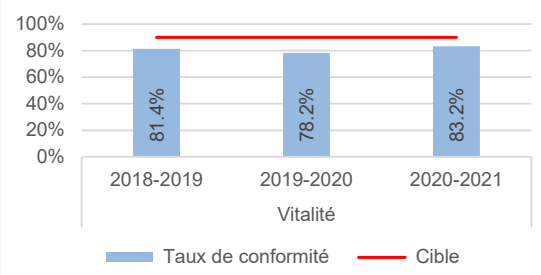
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

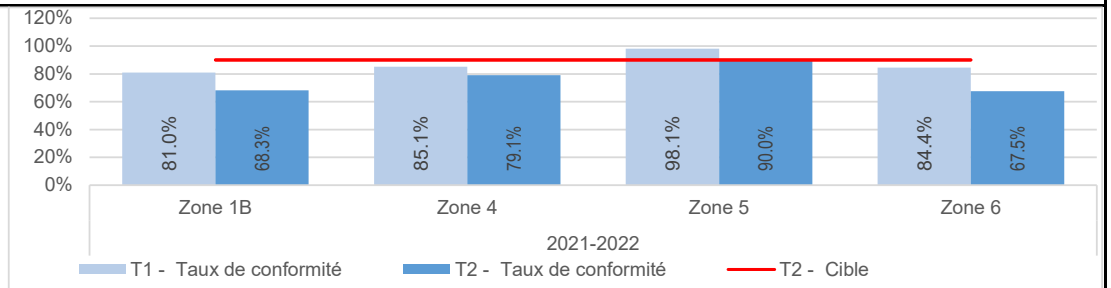
Taux de conformité à l'hygiène des mains

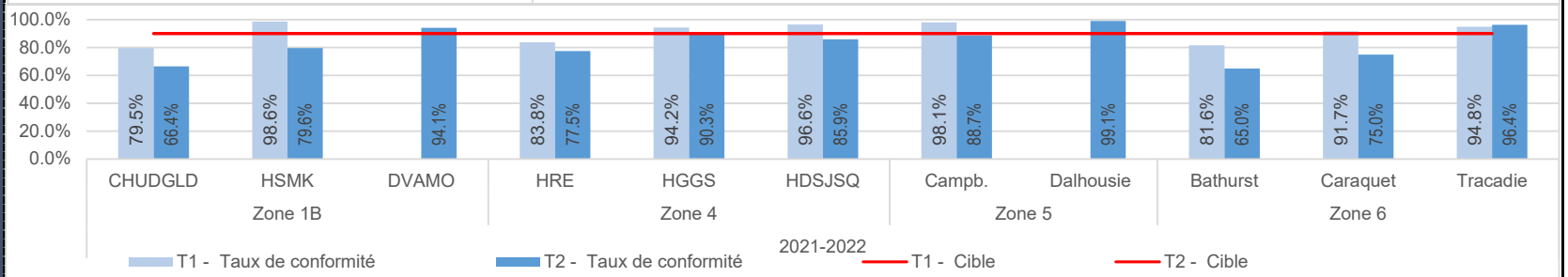
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité de soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Diminuer la propagation de la COVID-19	✓
SOURCE DE DONNÉES	Système CREDE			
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein du Réseau de santé Vitalité.			

RÉSULTATS

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







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux élevé est souhaitable. Le taux de conformité à l'hygiène des mains est relativement stable et démontre de bonnes pratiques sanitaires au sein du Réseau de santé Vitalité. Au deuxième trimestre de 2021-2022, le taux de conformité à l'hygiène des mains était le plus élevé dans la Zone 5 (90.0%). La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur étant donné l'importance l'hygiène des mains qui a été renforcée. L'objectif de 90% pour l'indicateur « Taux de conformité à l'hygiène des mains » n'a pas pu être atteint depuis 3 ans. Dans ce rapport du deuxième trimestre, seule la Zone 5 a atteint la cible. Au cours des années avec l'amélioration dans les taux d'hygiène des mains, la cible a été augmentée graduellement à 90%. Au Réseau de santé Horizon, la cible est fixée à 85%. Dans d'autres organisations de santé au Canada la cible varie (80 -100%). Divers suivis sont effectués pour améliorer la conformité à l'hygiène des mains :

-La sensibilisation est faite auprès du personnel lors les tournées des infirmières en Prévention et contrôle des infections (PCI) sur les unités.

-Lors des tournées, des discussions ont également lieu sur les barrières pour une hygiène des mains efficace (ex. emplacement des éviers et distributeurs de produit d'hygiène des mains, type de produit - mousseux, manque de produits d'hygiène des mains, etc.) et des suivis sont faits.

-Les résultats des audits sont partagés avec les gestionnaires, directeurs et vice-présidents pour suivi.

-Les résultats des audits sont affichés sur les tableaux blancs de chaque unité

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'infection Clostridium difficile

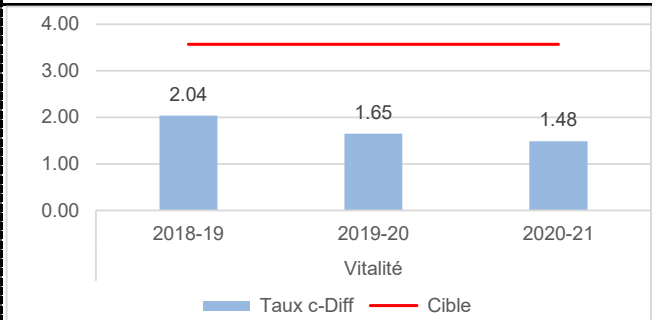
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			

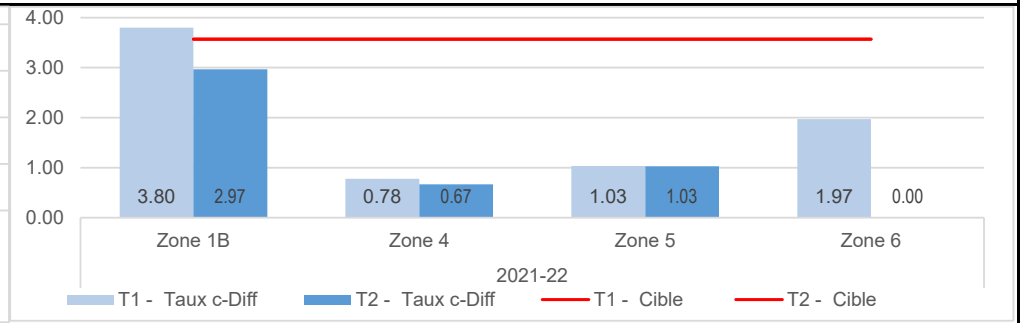
DÉFINITION

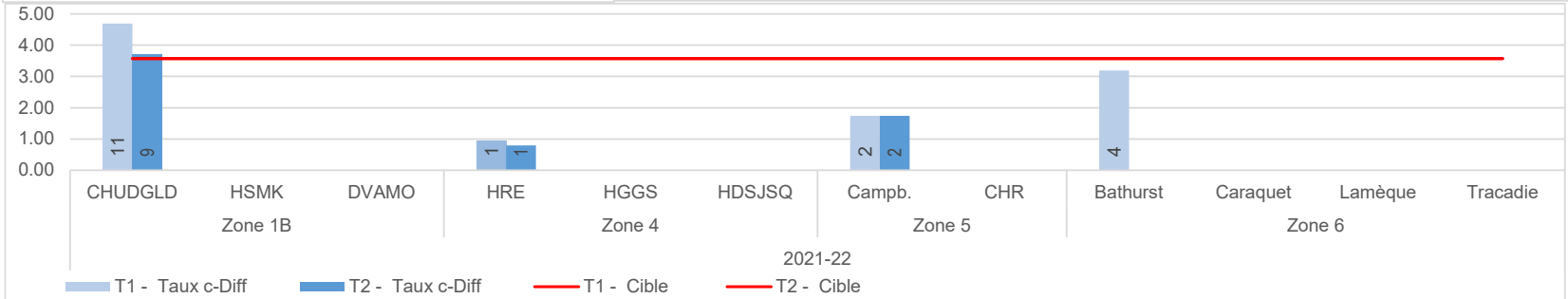
Le Clostridium difficile, également appelé C. difficile, est une bactérie connue depuis longtemps. Un faible pourcentage de la population (environ 5 %) peut être porteur de cette bactérie dans l'intestin sans avoir de problème de santé. La prise d'antibiotiques est, dans la majorité des cas, le facteur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

RÉSULTATS

CIBLE (norme, prévention des infections) 3.57







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

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

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'infection et de colonisation au SARM

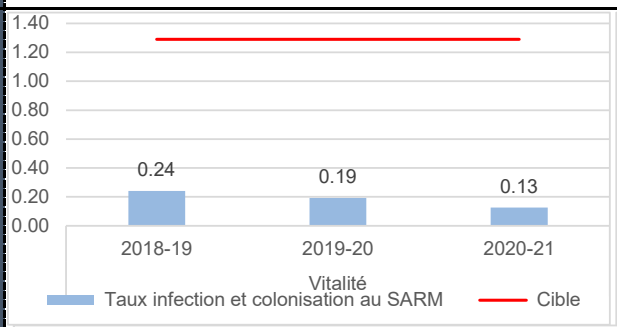
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			

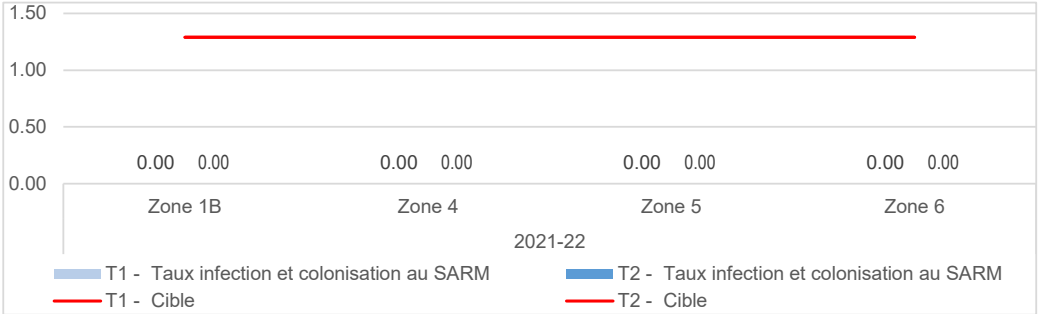
DÉFINITION

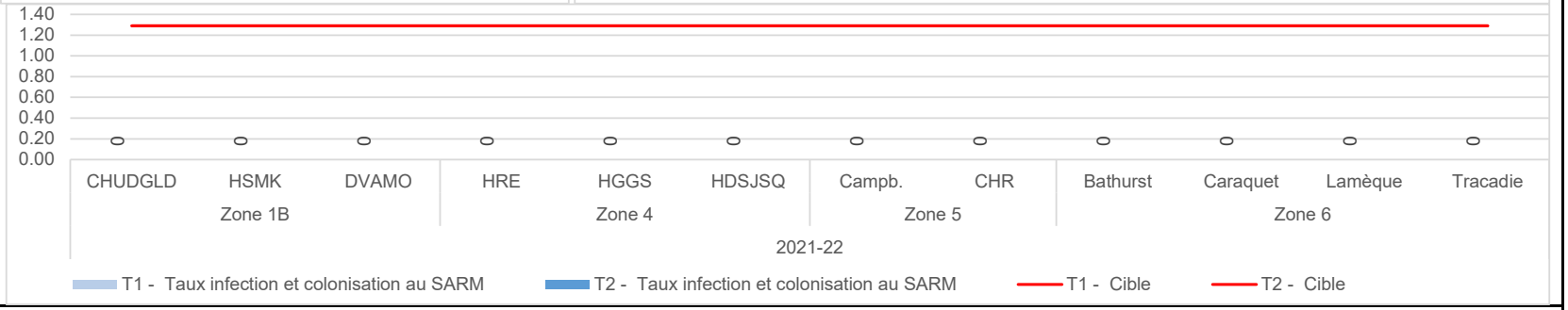
Le SARM est un staphylocoque qui a développé une résistance à plusieurs antibiotiques. Le SARM ne cause pas plus d'infections que les autres staphylocoques, mais il limite le choix d'antibiothérapie. En général, les staphylocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils 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.

RÉSULTATS

CIBLE (norme, prévention des infections) 1.29







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

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

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'infection et de colonisation ERV

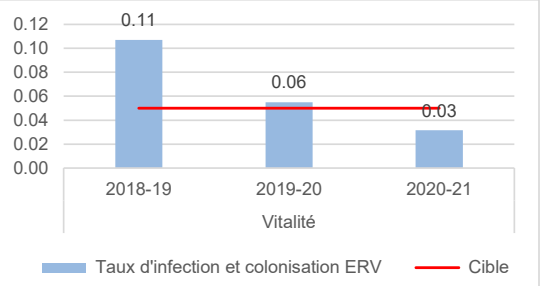
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			

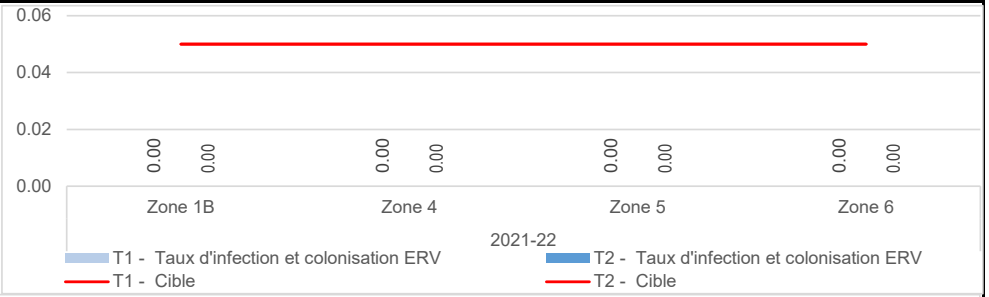
DÉFINITION

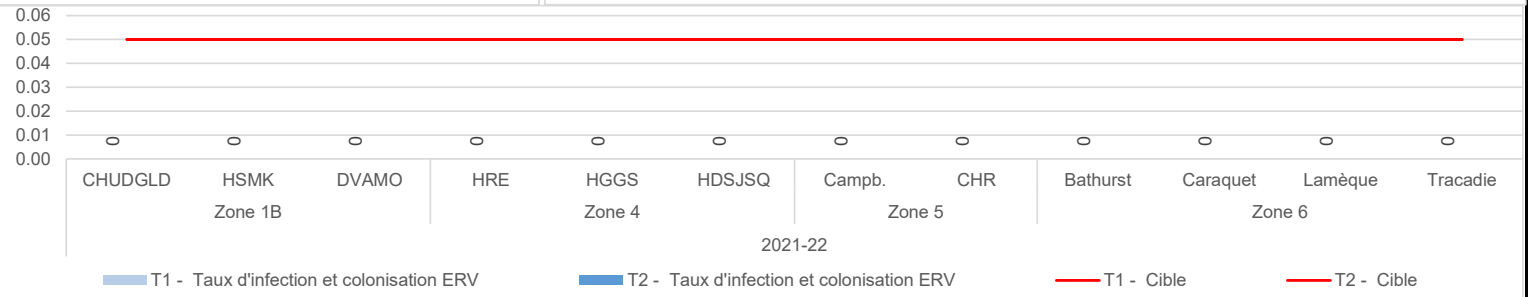
Les bactéries entérocoques résistantes à la vancomycine (ERV) sont des bactéries qu'on trouve habituellement dans l'intestin et les selles ou sur les parties génitales des personnes. En général, les entérocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections urinaires, des infections de plaies et, plus rarement, des infections du sang. Ces infections sont acquises lors d'un séjour dans un établissement de soins et sont difficilement traitables par les antibiotiques. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.

RÉSULTATS

CIBLE (norme, prévention des infections) 0.05







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. Aucun cas d'infection n'a été rapporté au premier trimestre de 2021-2022. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur les résultats de cet indicateur étant donné les mesures de désinfection accrues mises en place. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Ratio normalisé de mortalité hospitalière

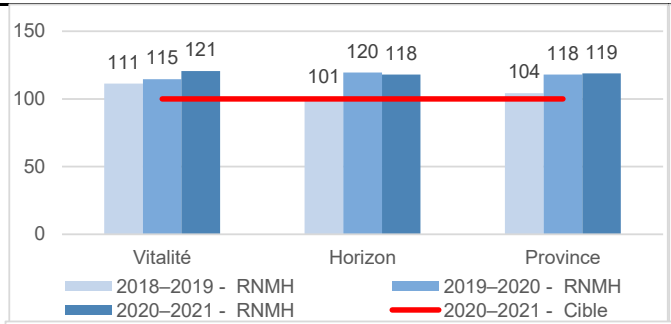
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS			

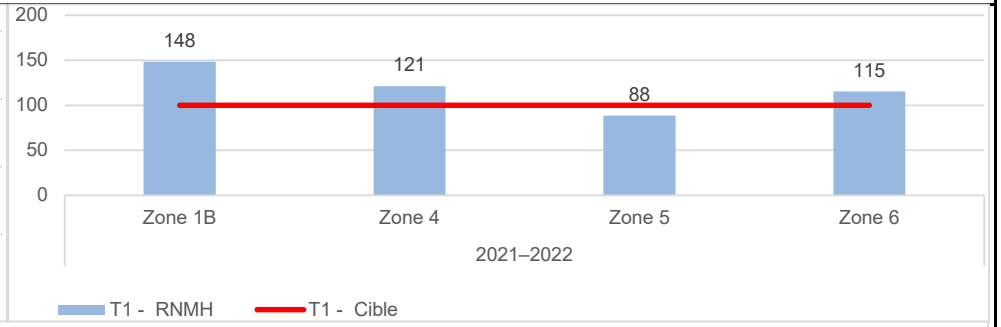
DÉFINITION

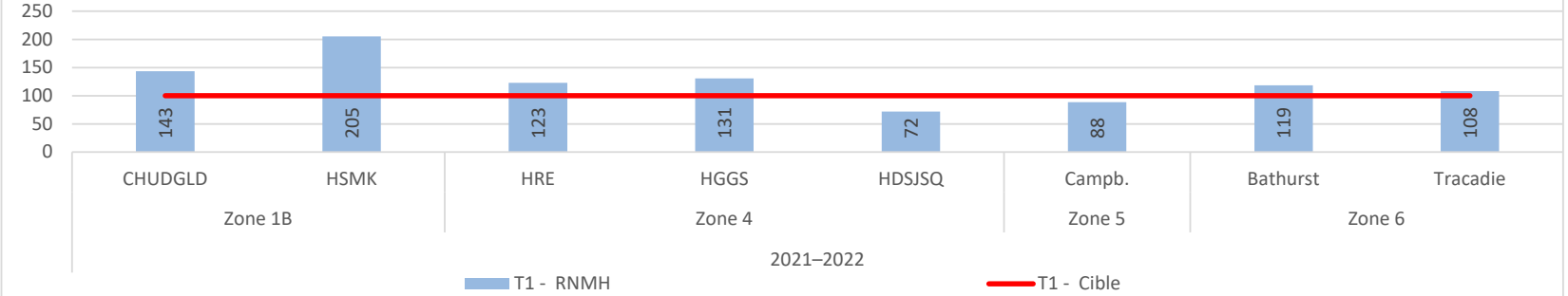
Il s'agit du ratio entre le nombre réel de décès en soins de courte durée et le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections responsables de 80 % de la mortalité hospitalière. Un ratio de 100 signifie qu'il n'y a pas de différence entre le taux de mortalité de l'établissement et le taux de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

RÉSULTATS

CIBLE (établie par l'ICIS) 100







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est favorable. Cette mesure est ajustée en fonction de certaines différences observées quant au type de patients traités dans un hôpital. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est surtout utile pour suivre la performance d'un même hôpital au fil du temps. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité et de la province. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 1B présentait le ratio de mortalité hospitalière le plus élevé (148) et la Zone 5 présentait le ration le moins élévé (88). Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est rajusté en fonction de divers facteurs et doit être considéré comme point de départ pour guider des analyses plus poussées qui pourront potentiellement aider à cerner des zones d'amélioration. Une évaluation détaillée de cet indicateur est en cours et nécessite des examens des dossiers afin de déterminer la cause de l'augmentation.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

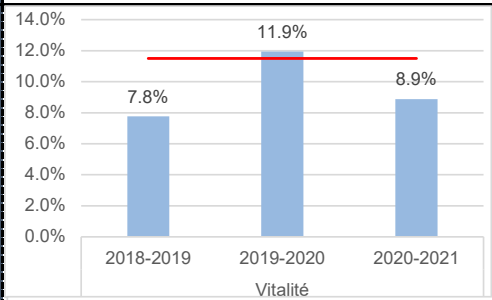
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓
SOURCE DE DONNÉES	3M			

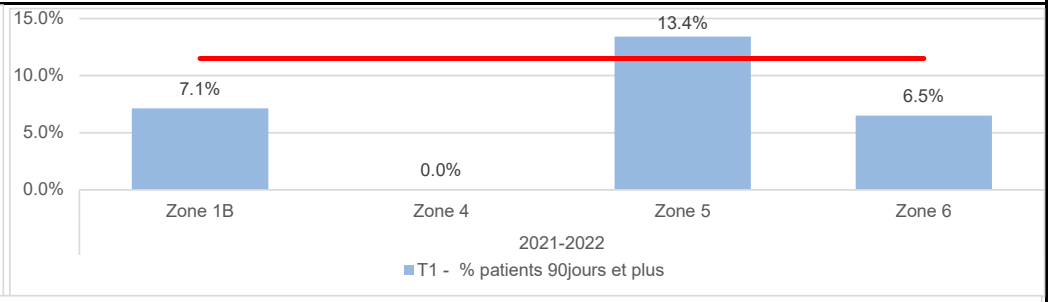
DÉFINITION

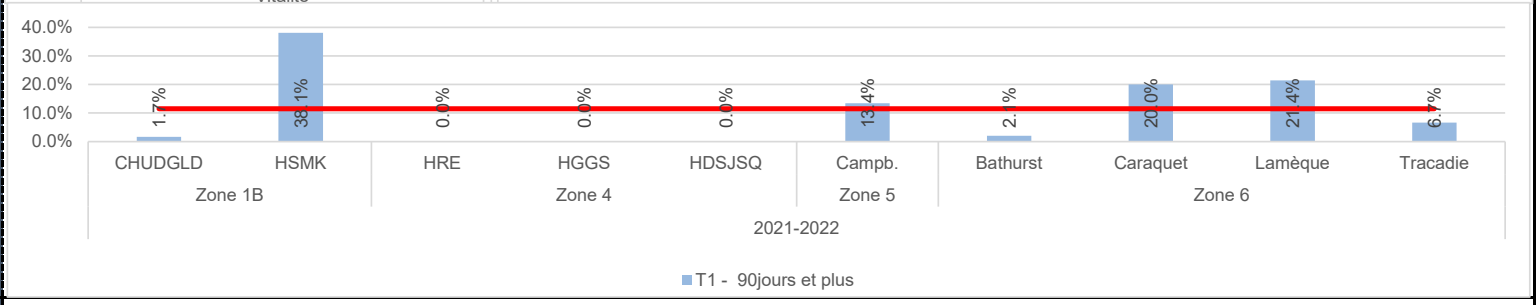
Cet indicateur reflète le pourcentage de patients en niveaux de soins alternatifs avec plus de 90 jours dans des lits de soins aigus. La grande majorité des jours NSA sont associés aux personnes âgées.

RÉSULTATS

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







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est favorable. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (13.4 %). Cependant, au niveau des établissements, c'est HSMK qui a le pourcentage le plus élévé (38.1 %) au premier trimestre.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% chirurgies urgentes effectuées dans les délais

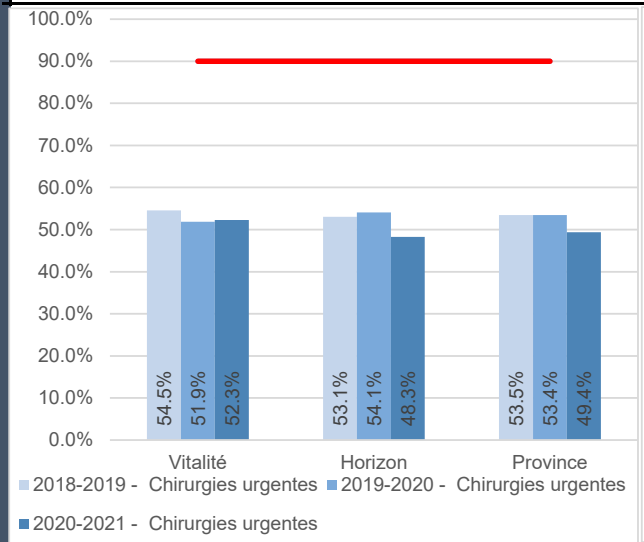
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

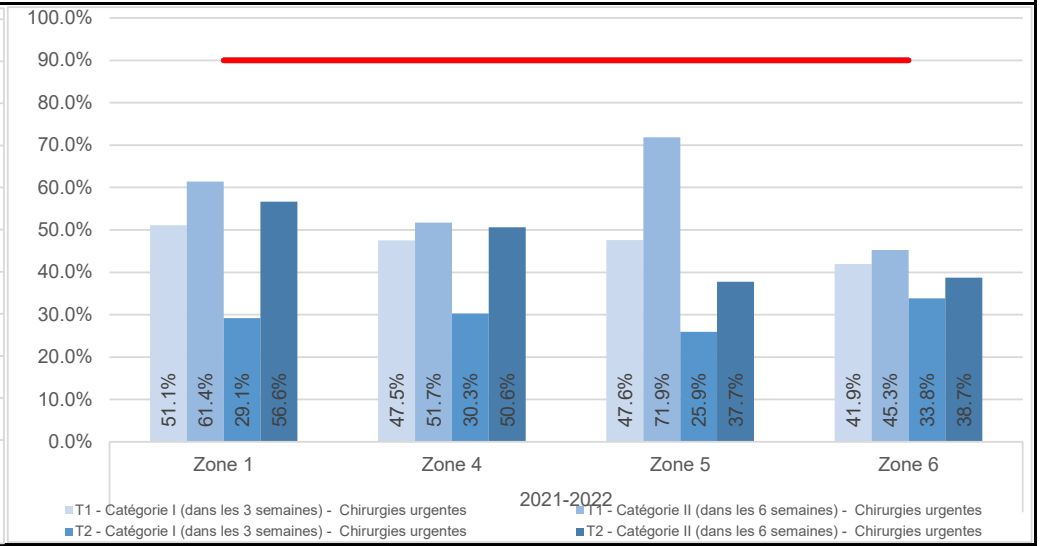
DÉFINITION

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.

RÉSULTATS

CIBLE (établie par l'équipe de leadership) 90.0%





ANALYSE ET INTERPRÉTATION

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

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

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

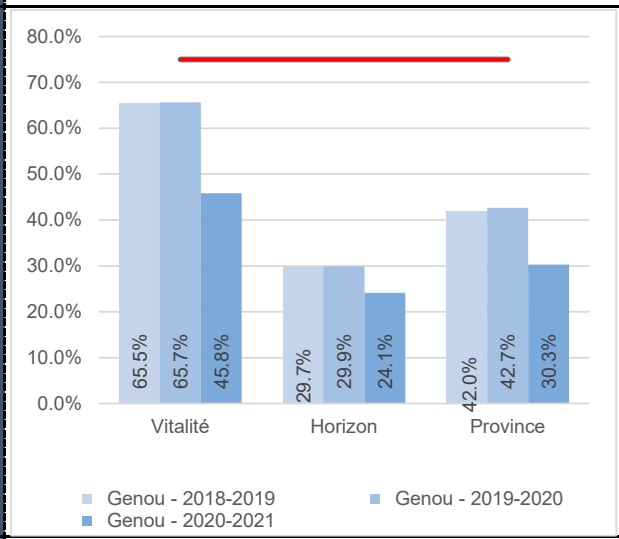
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

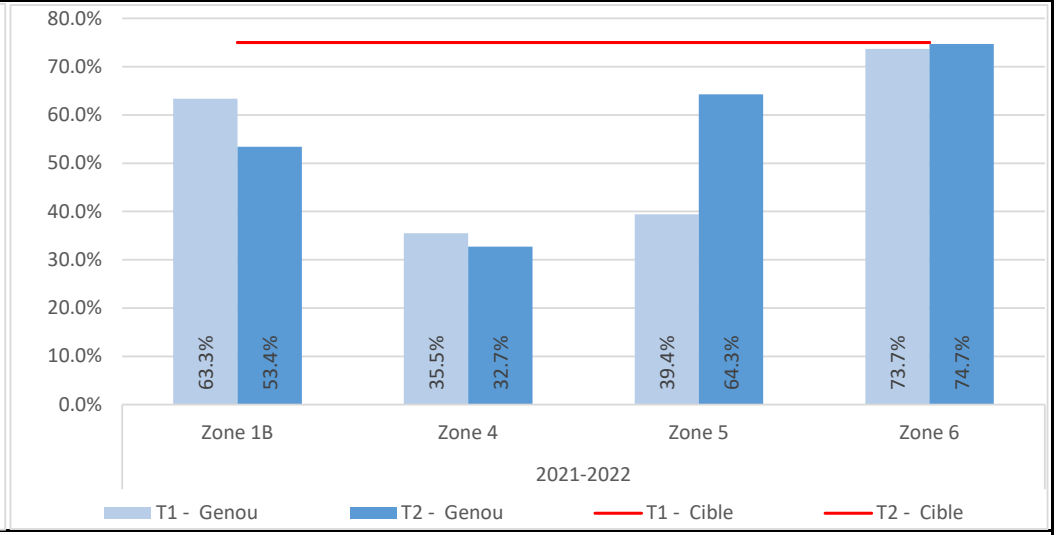
DÉFINITION

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 (norme provinciale) 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 baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité, passant de 65.5 % à 45.8 %. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.

Atteindre la cible fixée reste un défi pour le deuxième trimestre. Pour les prothèses, le facteur principal qui contribue à réduire la capacité à atteindre les cibles est la pandémie Covid qui a nécessité la réduction des activités des blocs opératoires et la réduction de la capacité des lits dans les hôpitaux. Certains processus ont été mis en place pour améliorer les temps d'attente en chirurgie pour les patients :

-Les cas de prothèses sont priorisés et le temps opératoire est accordé en tenant compte du temps d`attente.

-Ajout d'instruments et de cabarets orthopédiques selon le besoin.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

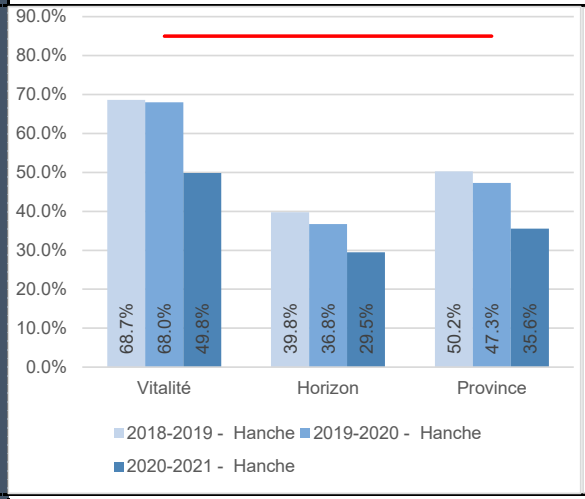
% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)

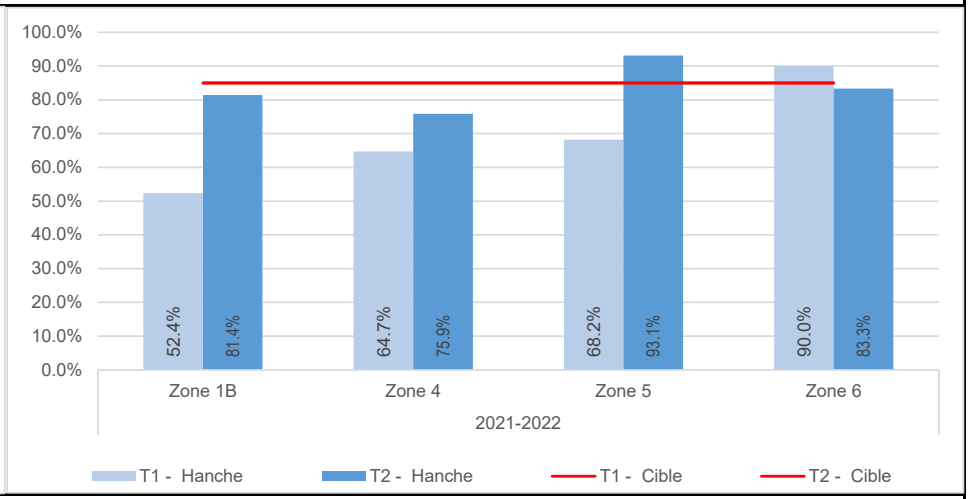
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

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.

RÉSULTATS
CIBLE (norme provinciale) 85%





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'arhtroplastie totale de la hanche effectuées est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 68.7 % en 2018-2019 à 49.8 % en 2020-2021. Pour le deuxième trimestre 2021-2022, les zones 1B, 4 et 5 démontrent une amélioration comparativement au trimestre précédent. Les résultats pour l'ensemble du Réseau pour le deuxième trimestre (82.7%) se rapprochent de la cible (85%). Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux global aux modules e-apprentissage

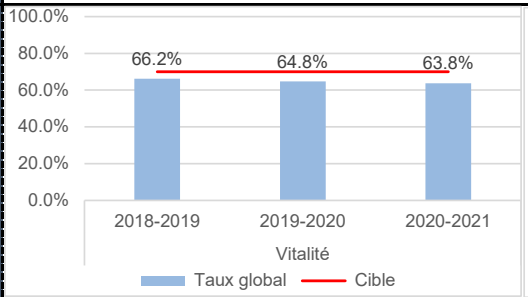
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Favoriser la culture d'entreprise axées sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Itacit			

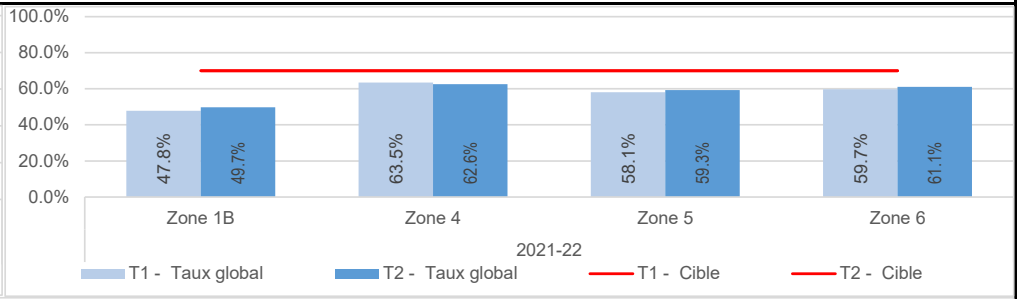
DÉFINITION

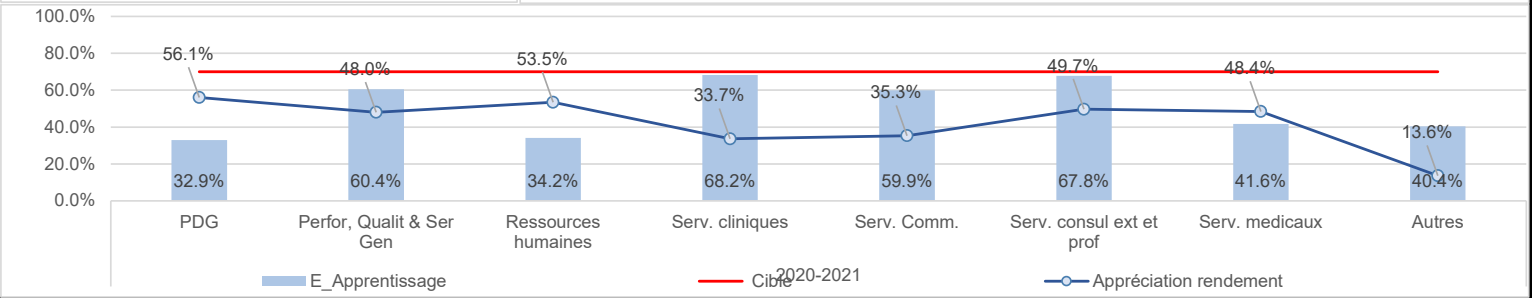
Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'employés ayant suivi les formations en ligne dans les temps requis du renouvellement divisé par le nombre d'employés concernés.

RÉSULTATS

CIBLE (établie selon des recommandations) 70%







ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux global aux modules e-apprentissage élevé est souhaitable puisqu'il favorise une culture d'entreprise axées sur l'apprentissage des employés. Le taux est à la baisse depuis les trois dernières années, passant de 66.2 % en 2018-2019 à 63.8 % en 2020-2021. Il est à noter que plusieurs autres formations ont été en demande qui ne sont pas inclus dans cet indicateur. De plus, les donnés peuvent être influencées par la pandémie de COVID-19 pendant laquelle les employés ont eu beaucoup de travail et d'autres priorités à prendre en considération.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% de postes permanents vacants

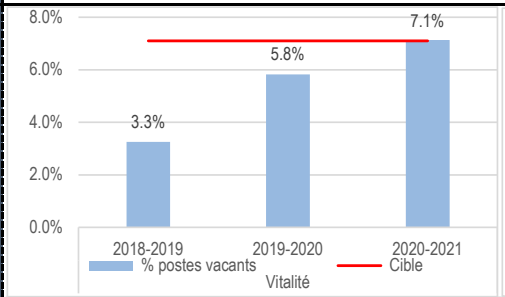
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer un processus de continuité pour améliorer l'expérience du candidat lors de toutes les étapes (rencontre, stage, emploi d'été, offre d'emploi, premier jour de travail)	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer 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	✓

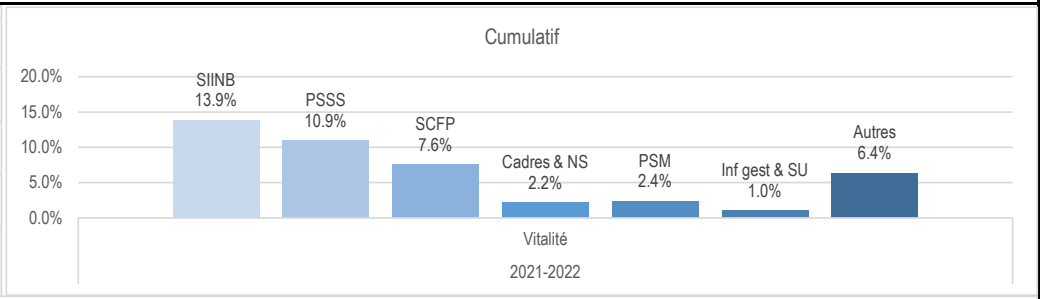
DÉFINITION

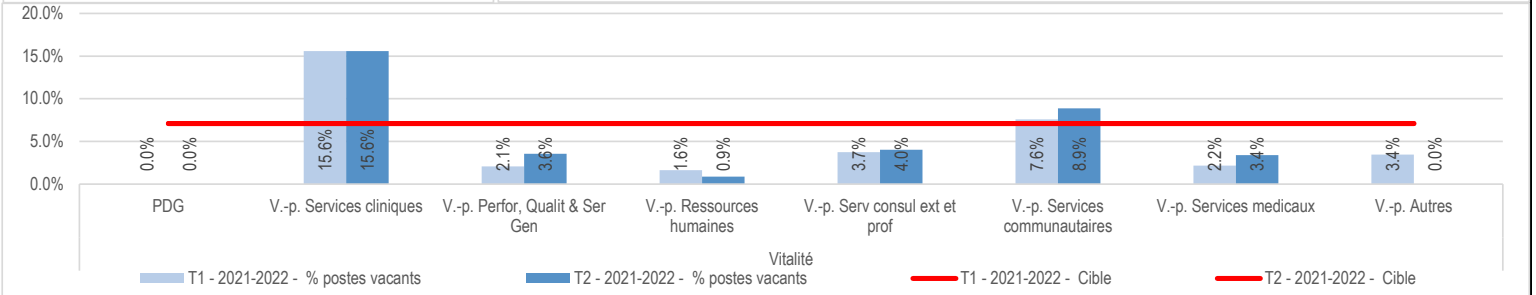
Cet indicateur reflète le pourcentage de postes permanents vacants.

RÉSULTATS

CIBLE (résultat de l'année précédente) 7.1%







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 2020-2021, il y avait 7.1 % des postes permanents qui étaient vacants. Avec la moyenne d'âge des employés qui augmente, de plus en plus d'employés partent à la retraite.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'accidents du travail

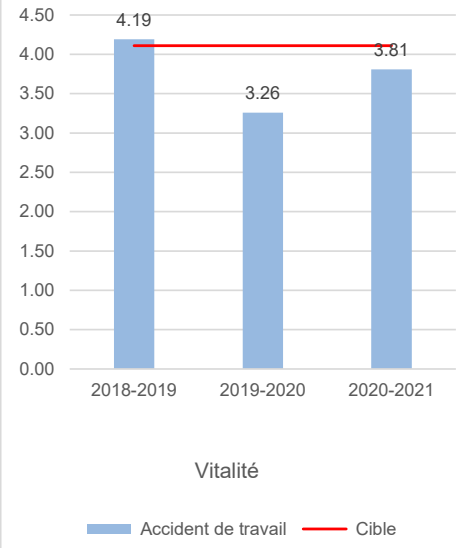
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Favoriser la culture d'entreprise axées sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et la santé et la sécurité psychologique au travail	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	MIS et cueillette de données ressources humaines			

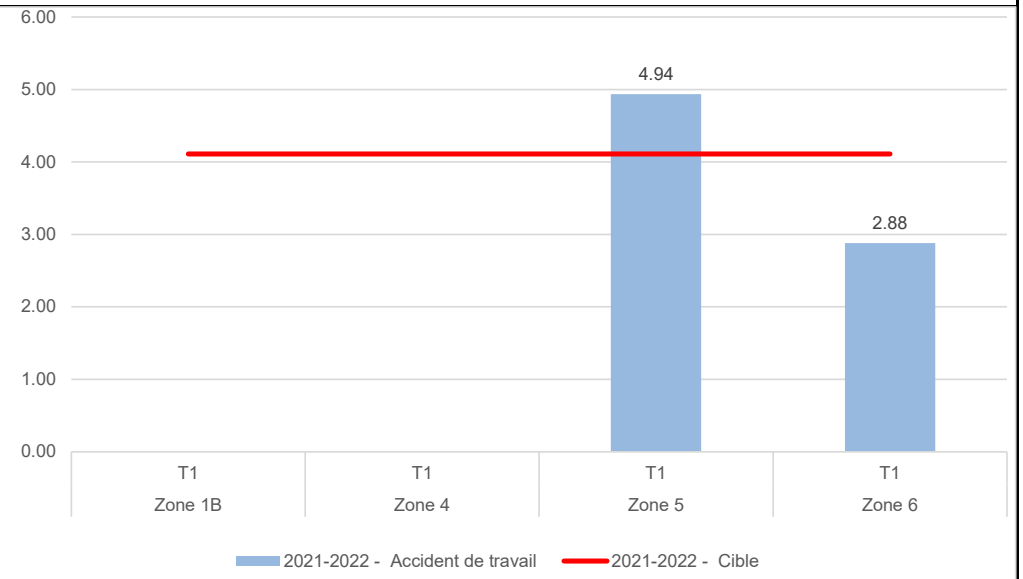
DÉFINITION

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

RÉSULTATS

CIBLE (établie par l'équipe de leadership) 4.11





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 4.19 en 2018-2019 à 3.81 en 2020-2021. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 5 avait le taux d'accidents de travail le plus élevé (4.94).

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de conformité dans les appréciations de rendement

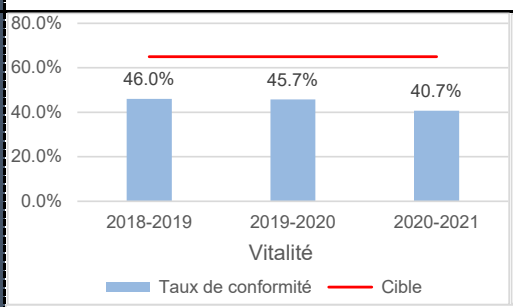
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Réviser le programme de reconnaissance et développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Itacit			

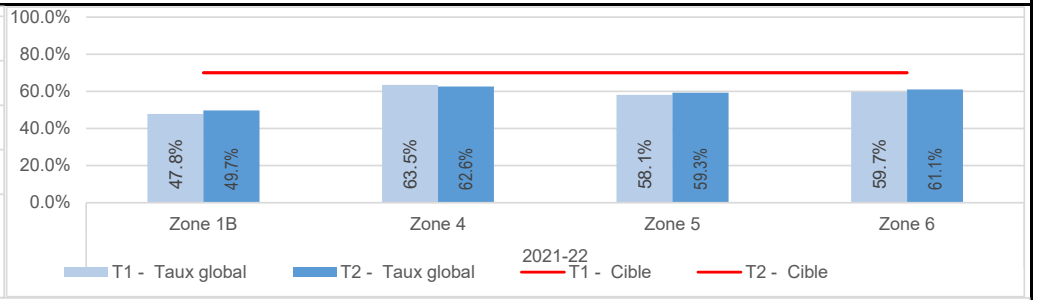
DÉFINITION

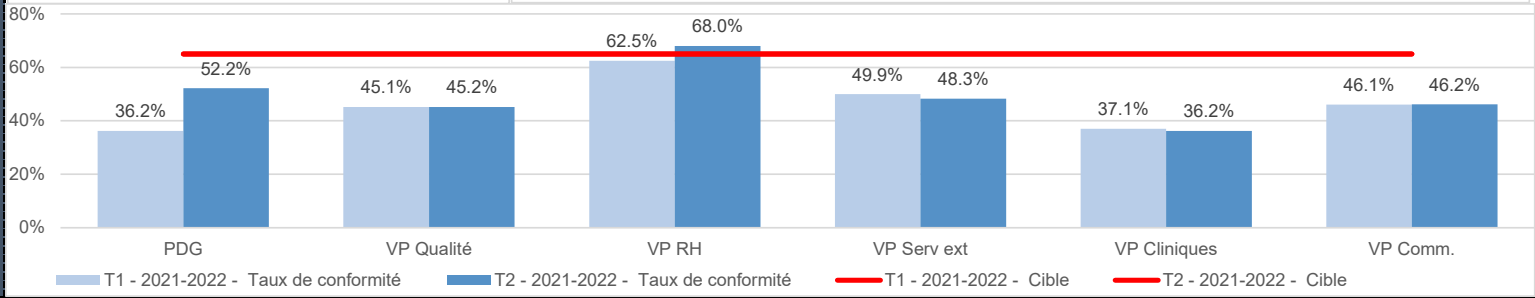
Cet indicateur reflète le pourcentage d'employé ayant reçu une appréciation du rendement.

RÉSULTATS

CIBLE (cible établie par les Ressources Humaines) 65%







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. La pandémie de COVID-19 peut avoir un impact sur cet indicateur (surcharge de travail des gestionnaires).

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de nouveaux griefs

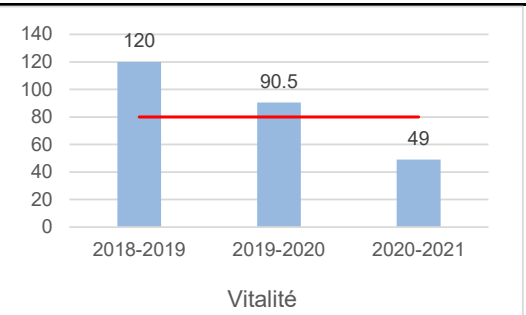
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Cueillette de données ressources humaines			

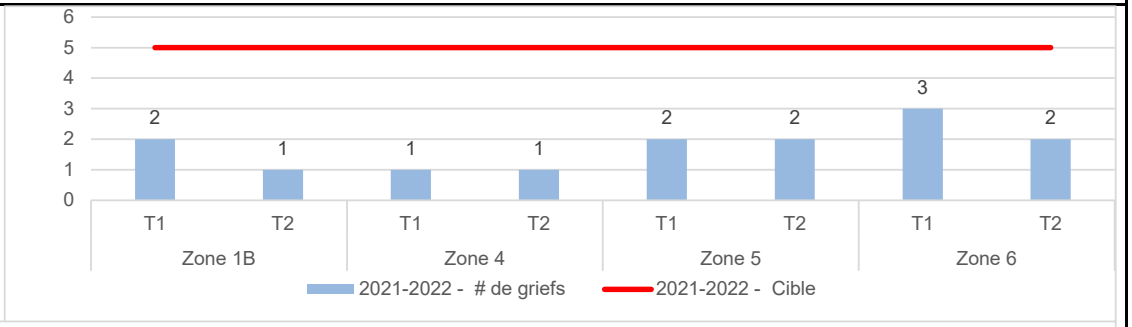
DÉFINITION

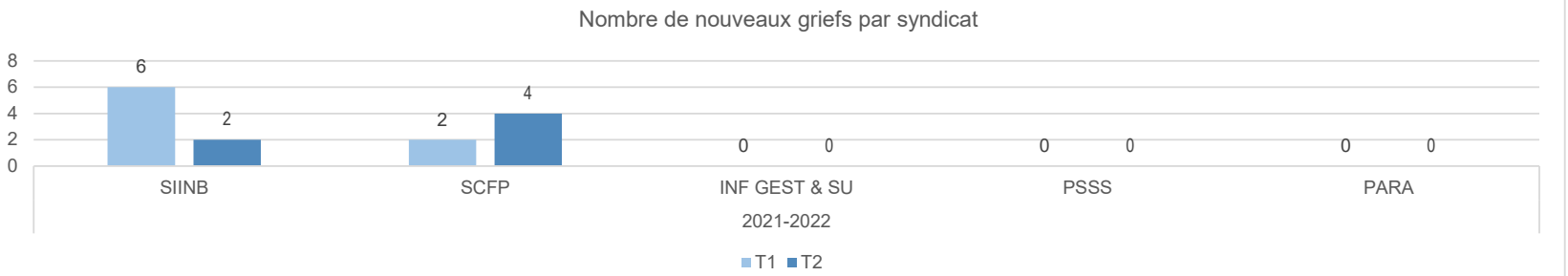
Cette mesure indique le nombre de nouveaux griefs reçus au cours de la période.

RÉSULTATS

CIBLE (résultat de l'année précédente moins 5%) 47







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.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Indicateur: 4.6

% d'heures de maladie

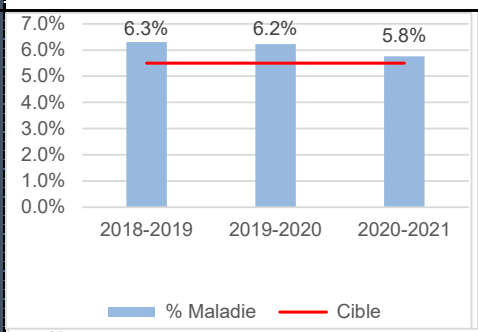
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir 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	✓

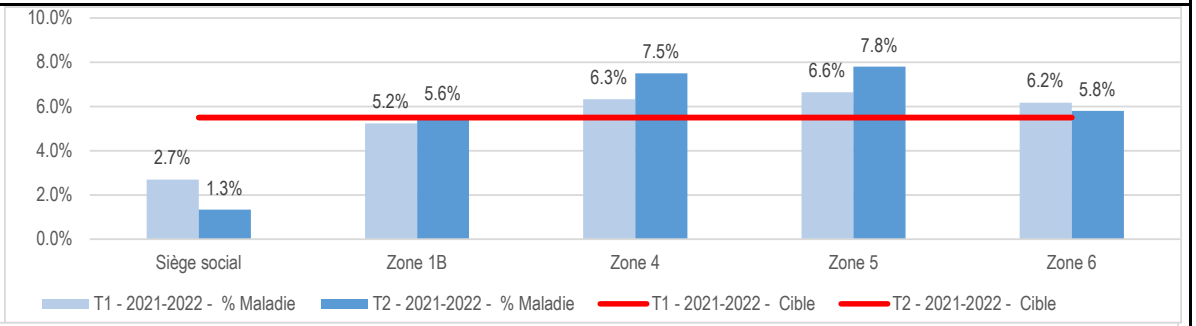
DÉFINITION

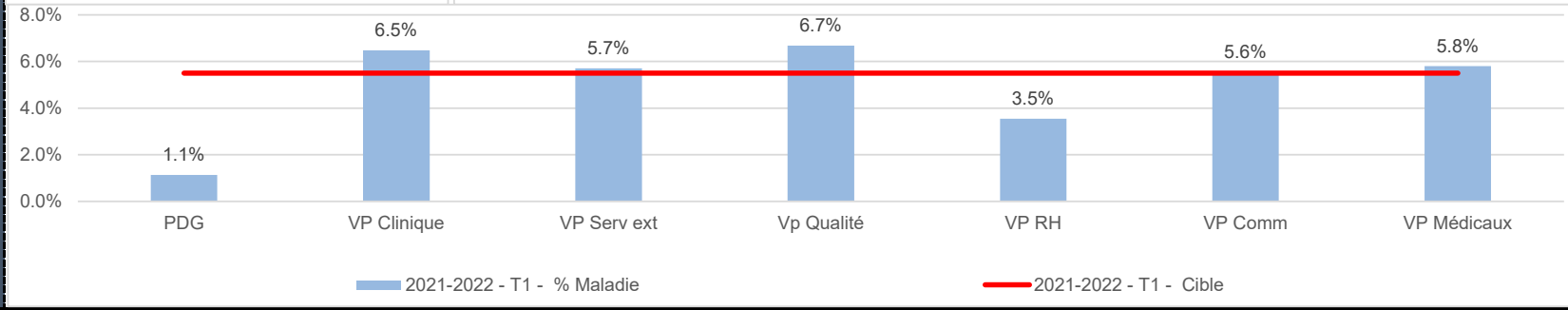
Cet indicateur reflète les heures de maladies payées qui sont déduites directement de la banque de maladies de l'employé.

RÉSULTATS

CIBLE (établie par l'équipe de leadership) 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 deuxième trimestre de 2021-2022, la Zone 5 affichait le pourcentage d'heures de maladies le plus élevé (7.8 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir un impact sur cet indicateur (surcharge de travail, stress, etc.).

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% d'heures de surtemps

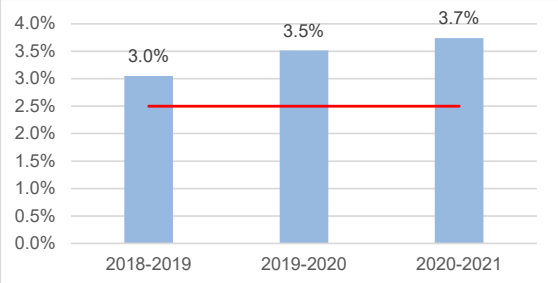
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir 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	✓

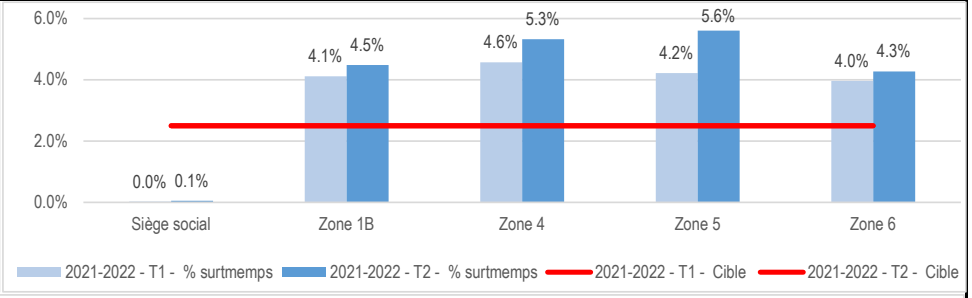
DÉFINITION

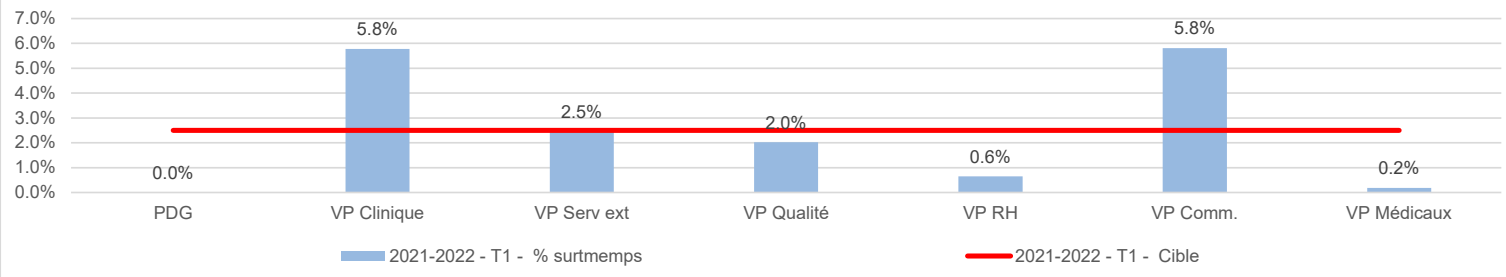
Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'heures de surtemps par le nombre d'heures travaillées.

RÉSULTATS

CIBLE (établie par l'équipe de leadership) 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 3.0 % en 2018-2019 à 3.7 % en 2020-2021. Au deuxième trimestre de 2021-2022, toutes les zones dépassaient la cible. La pandémie de COVID-19 peut avoir eu un effet sur cet indicateur en 2020-2021 (surcharge de travail, maladie, etc.).

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Heures travaillées Personnel Producteur Unité (PPU)/jours-patients

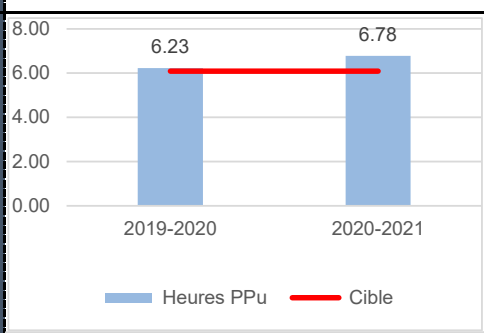
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de santé sur le plan de la santé mentale	✓
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)			

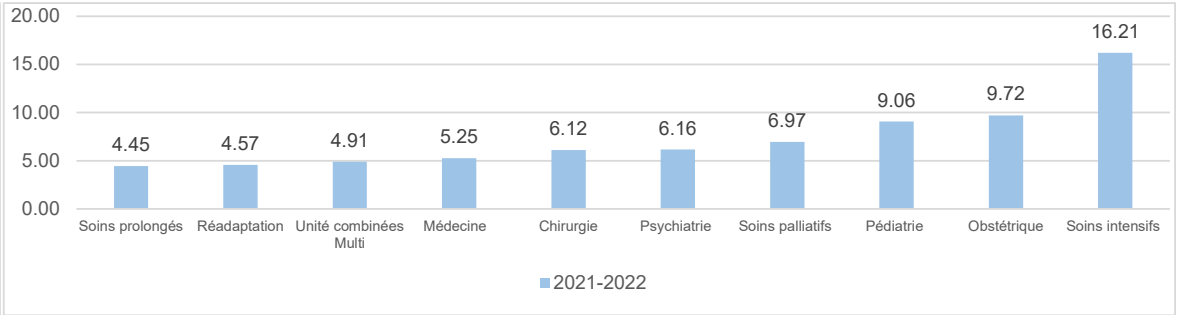
DÉFINITION

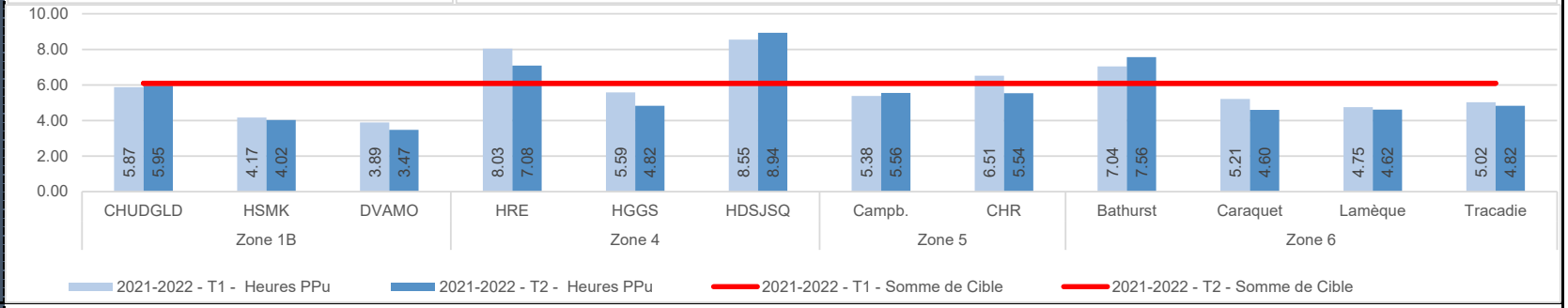
Cet indicateur inclut les heures travaillées par le personnel dont le rôle principal est d'exécuter les activités qui contribuent directement à la réalisation du mandat du service.

RÉSULTATS

CIBLE (établie par la firme Raymond Chabot Grant-Thornton) 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. Cet indicateur présente un résultat particulièrement élevé aux soins intensifs. Ceci peut s'expliquer en raison de la pandémie de COVID-19.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'accidents de travail

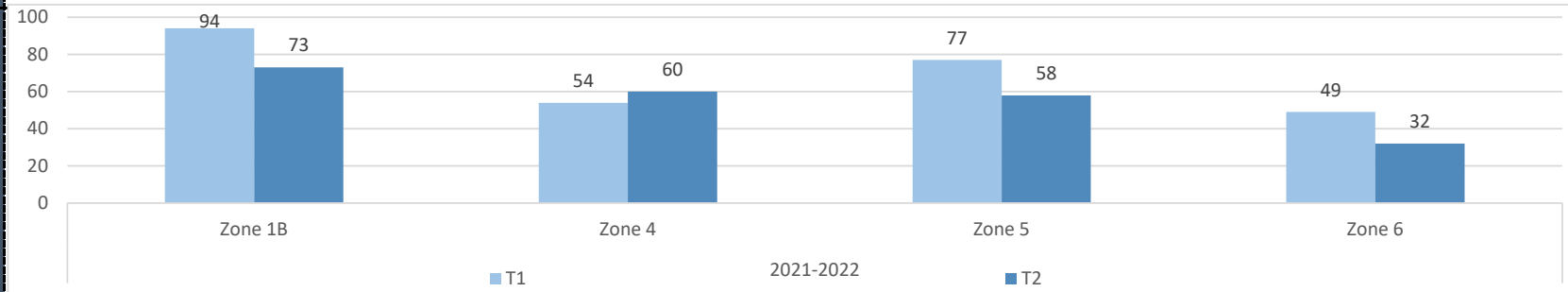
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, de la santé et la sécurité pshychologique au travail.	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Parklane			

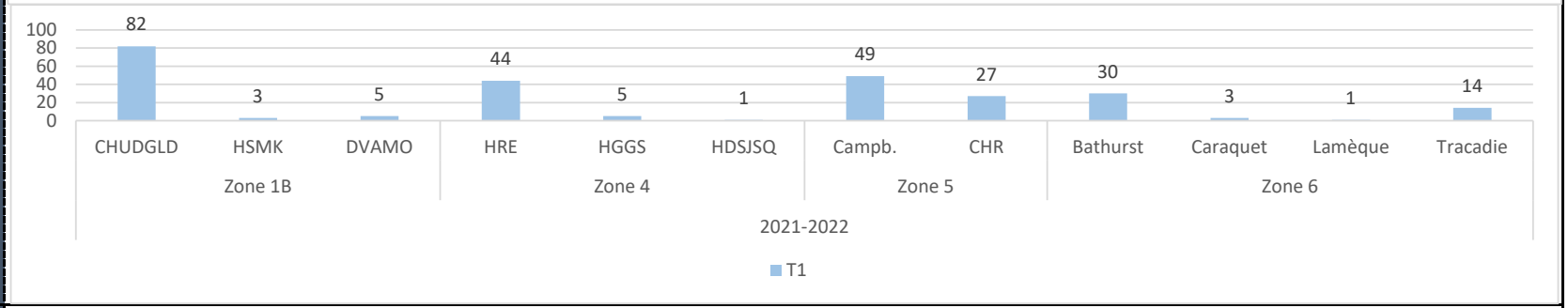
DÉFINITION

Cet indicateur reflète le nombre d'accidents de travail.

RÉSULTATS

CIBLE 278 (diminution de 10% par rapport au T4 année précédente)





ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est souhaitable. Un pourcentage élevé peut denoter un manque de prévention, lacune au niveau des formations offertes, adhérence aux politiques et procédures établies et un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale. La pandémie de COVID-19 peut avoir un impact sur les données.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'arrêts de travail et perte de temps associée

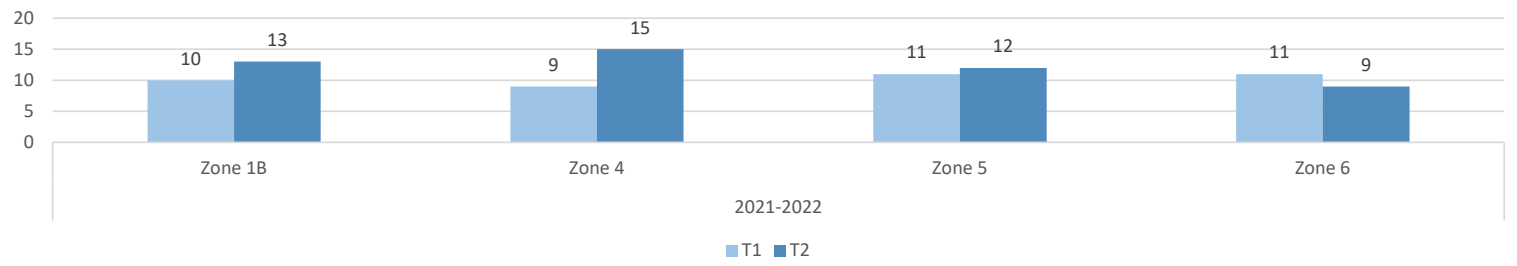
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Parklane			

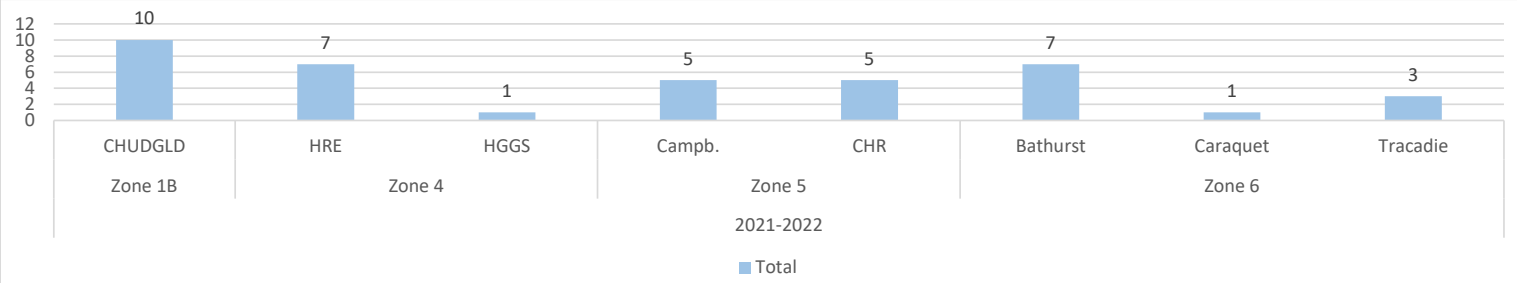
DÉFINITION

Cet indicateur reflète le nombre d'arrêts de travail reliés aux accidents de travail avec perte de temps associée.

RÉSULTATS

CIBLE (diminution de 10% par rapport à l'année précédente) Diminution de 10 %





ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est souhaitable. Un pourcentage élevé peut denoter un manque de prévention, lacune au niveau des formations offertes, adhérence aux politiques et procédures établies et un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale. La pandémie de COVID-19 peut avoir un impact sur les données.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de blessures par catégorie associés aux accidents de travail

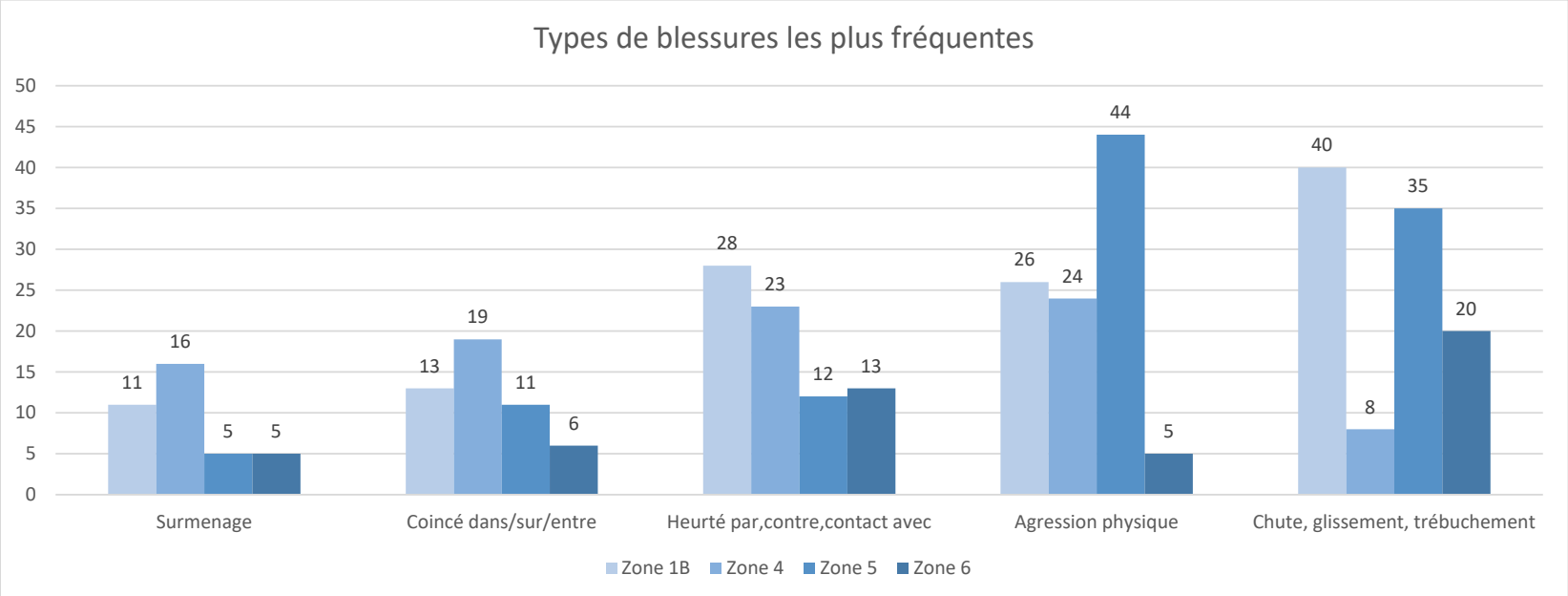
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Parklane			

DÉFINITION

Cet indicateur reflète le nombre de blessures par catégorie associés aux accidents de travail.

RÉSULTATS

CIBLE À venir (pas de données disponibles de résultats antérieurs)



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est souhaitable. Un pourcentage élevé peut denoter un manque de prévention, lacune au niveau des formations offertes, adhérence aux politiques et procédures établies et un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale. La pandémie de COVID-19 peut avoir un impact sur les données.

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'accident de violence

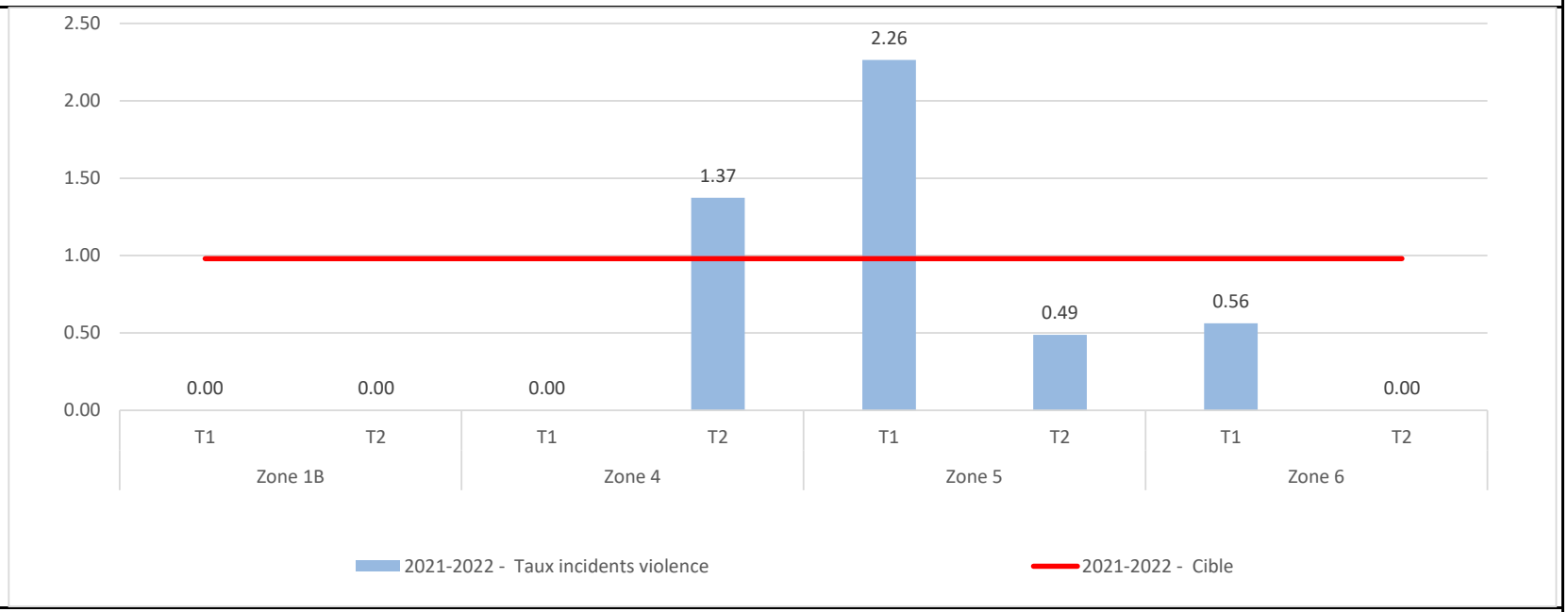
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, de la santé et la sécurité pshychologique au travail.	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Parklane			

DÉFINITION

Cet indicateur reflète le taux d'accident relié à la violence au travail par tranche de 200 000 heures de travail.

RÉSULTATS

CIBLE (basé sur le résultat de T4 2020-2021, sera éventuellement basé sur le résultat de l'année précédente) 0.98



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est souhaitable. Un taux élevé peut denoter un manque au niveau des processus de prévention, lacune au niveau des formations offertes, adhérence aux politiques et procédures établies et un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale.

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

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL ☒**

Titre de la réunion :	Comité des finances et de vérification	**Date et heure :** **Endroit :**	**Le 14 septembre 2021 à 09:45** **Zoom**
But de la réunion :	Réunion régulière		
Président : **Secrétaire :**	Gilles Lanteigne Lucie Francoeur		

Participants

Gilles Lanteigne	✓	David Savoie	✓	Monica L. Barley	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Krista Toner-Brennan	✓	Denis M. Pelletier	A
Alain Lavallée	✓	Dre France Desrosiers	✓		

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 – T1

Les tableaux de bord du Réseau du premier trimestre 2021-2022 sont présentés aux membres. Le rapport inclut un tableau de bord stratégique ainsi qu'un tableau de bord équilibré. Certains indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé ne sont disponibles que pour le quatrième trimestre de 2020-2021, donc se terminant le 31 mars 2021. Les données du premier trimestre 2021-2022 seront seulement disponibles à la fin de mois de septembre 2021.

La mise en œuvre de certaines initiatives n'a pas avancé comme prévu, en raison de la pandémie et du manque de ressource, mais dans l'ensemble ça va bien.

Il est suggéré de porter attention d'abord à la note d'information et aux fiches pour faciliter la compréhension, ensuite revenir au tableau de bord comme tel. Certains membres ont de la difficulté à comprendre les données et demandent de l'information additionnelle. Il est suggéré d'offrir une formation spécifiquement sur les indicateurs et les tableaux de bord. Aussi, les membres sont invités à soumettre leurs questions au sujet des indicateurs à la présidente-directrice générale, puis un suivi sera assuré dans les meilleurs délais.

Suite à la retraite du Conseil prévue en décembre, les tableaux de bord stratégique et équilibré feront l'objet d'une révision annuelle, afin de les arriver avec les priorités stratégiques de 2022-2023. Quelques membres seront invités à siéger à un groupe de travail pour cette révision.

En ce qui concerne le pourcentage de patients des autres niveaux de soins avec plus de 90 jours dans des lits de soins aigus, la Zone Restigouche présente le pourcentage le plus élevé à 19.2 %, puis la Zone Nord-Ouest présente le pourcentage le plus faible avec 2.4 %. Des réunions ont eu lieu avec le ministère du Développement social en collaboration avec les autres partenaires de soins, afin de trouver des stratégies pour améliorer la prise en charge des autres niveaux de soins dans la province et leur offrir un meilleur support dans la communauté.

À ce jour, le Réseau a deux gériatres situés dans la Zone Beauséjour qui offrent un service régional, accompagnés de médecins de famille avec spécialité en gériatrie, ainsi que deux internistes généraux à la Zone Restigouche avec spécialité en gériatrie. Nous tentons actuellement d'avoir des équipes de médecin de famille qui se consacrent à la gériatrie.

La cible pour l'indicateur du pourcentage de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques est 0 %. Cette cible a été établie par l'Équipe de leadership. Un résultat de 0 % signifie qu'il n'y a pas de différence entre la durée de séjour en soins de courte durée pour les hôpitaux du Réseau et la durée prévue de séjour de l'ICIS. Donc, un résultat de 0 % est souhaitable, puisque ça signifie que le Réseau ne dépasse pas la durée prévue de séjour établie par l'ICIS.

Les membres questionnent si les initiatives mises en place pour rediriger les patients de niveaux 4 et 5 de l'urgence ont été évaluées? Il est suggéré d'apporter une analyse approfondie de l'indicateur sur le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence à une prochaine réunion, afin de clarifier davantage les données et les initiatives en cours. En fait, nous voulons voir moins de visites à l'urgence de niveaux 4 et 5, puisqu'elles sont considérées moins urgentes. Des actions concrètes sont déjà mises en place, afin d'améliorer le rendement de cet indicateur. Des résultats de ces initiatives pourront être présentés.

Un membre commente l'indicateur relié au pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais. Il semble que la cible à atteindre de 53.1 % n'est pas élevée. La direction commente qu'il n'y a pas de cible ou d'objectif national ou même provincial. Cette cible a été établie par l'Équipe de leadership. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone Restigouche avait le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais le plus élevés, soit 65.9 %. Le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais (catégorie 1 et 2) est à la baisse depuis les 3 dernières années, passant de 54.5 % en 2018-2019 à 52.3 % en 2020.2021. La fiche de cet indicateur sera révisée, afin de s'assurer que l'information pertinente est bien captée.

Certains membres souhaitent voir dans les prochains tableaux de bord, les défis rencontrés pour chaque indicateur lorsque la cible n'est pas atteinte, puis les actions prises pour l'atteindre. Par ailleurs, ces détails sont discutés lors de la révision annuelle du plan stratégique et du plan régional de santé et d'affaires (PRSA).

En ce qui a trait aux indicateurs reliés aux ressources humaines, le Comité ad hoc des Ressources humaines prendra connaissance de l'exercice de planification stratégique RH 2021-2024 et s'assurera de sa mise en œuvre.

En terminant, nous retenons des commentaires pertinents quant à la prochaine révision des tableaux de bord. De plus, il est proposé d'offrir une session de formation aux membres, en décembre prochain, sur comment exploiter les informations des tableaux de bord pour faciliter la compréhension.

**Dre Nicole LeBlanc et Pandurang Ashrit quittent la rencontre à 10:33, en raison d'un autre engagement.*

Diane Mignault tient à préciser que nous avons une équipe de mesure de résultats qui s'assure de la validité des données présentées dans les tableaux de bord.

La présidente du comité remercie tous les membres pour leur contribution et participation.

2. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Gilles Lanteigne à 10:35.

Denis M. Pelletier se retire du Comité des finances et de vérification, en raison d'un conflit d'horaire important avec son employeur. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature acheminera une proposition au Conseil d'administration pour son remplacement.

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 2021-09-14 / 01FV
Proposé par Monica L. Barley
Appuyé par Krista Toner-Brennan
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 1er juin 2021
6.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 1 juin 2021
6.4 Mandat du Comité des finances et de vérification
6.5 Plan de travail 2021-2022
6.6 Plan régional de santé et d'affaires 2021-2024

Le président 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 2021-09-14 / 02FV
Proposé par Monica L. Barley
Appuyé par Krista Toner-Brennan
Et résolu que les résolutions en bloc soient adoptées telles que présentées.
Adopté à l'unanimité.

Une formation 101 en finances sera offerte aux membres du Comité des finances et de vérification avant la prochaine réunion du comité, prévue le 16 novembre, afin de mieux comprendre les bases de la finance.

Le Réseau de santé Vitalité reçoit des services de Service Nouveau-Brunswick pour les secteurs suivants:

- Services d'ingénierie clinique ;
- Technologie de l'information ;
- Services de buanderie ;
- Services d'approvisionnement ;
  - Services de la chaîne d'approvisionnement (Logistique et Achats)
- Services organisationnels, le cas échéant.

L'entente-cadre de services entre Service Nouveau-Brunswick et le Réseau de santé Vitalité sera partagée à la prochaine réunion à titre d'information.

Les membres passent en revue certains éléments du mandat du Comité des finances et de vérification, entre autres les responsabilités du comité. Une attestation par écrit est requise en lien avec la lecture et la compréhension du mandat. Chacun est invité à retourner le mandat daté et signé par courriel au président du comité.

Aussi, le 4 octobre prochain, une séance de travail est prévue avec les membres du Conseil d'administration sur les principaux risques organisationnels que l'organisation fait face. Le Comité des finances et de vérification se penchera sur un tableau de risques financiers spécifiquement pour ce comité.

7. Situation financière

7.1 États financiers pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2021

Pour les quatre premiers mois d'opération, du 1er avril au 31 juillet 2021, le Réseau termine avec un déficit de 10.8 M$. Ce déficit est causé en majeure partie par la COVID-19, ce qui comprend une portion de la réduction des revenus prévus des patients de 3.5 M$, dont 1.8 M$ provient des patients hors province et des coûts additionnels en équipements de protection individuelle (ÉPI), cliniques de vaccination/triage et autres de l'ordre de 7.4 M$ non budgétés. Le ministère de la Santé compensera les pertes de revenus patients et les dépenses reliées à la COVID-19 jusqu'à concurrence d'un équilibre budgétaire.

Les membres passent en revue les explications des variances budgétaires au niveau du financement, par catégories de dépenses et par programmes.

La majeure partie de l'écart sur les revenus de patients de 3.5 M$ est habituellement remboursable en fin d'année par le ministère de la Santé. D'abord, le Réseau met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour protéger et recouvrer le plus rapidement possible ses créances. Le Réseau détient une politique et procédure sur le recouvrement et radiation des mauvaises créances.

Les coûts additionnels engendrés par la pandémie ne font pas partie du budget approuvé. Le ministère de la Santé reconnait que les initiatives relatives à la gestion de la pandémie peuvent provoquer un déséquilibre

budgétaire se résultant sur un financement afférent au cours de l'année. Les dépenses de la pandémie pour les mois d'avril à juillet s'élèvent à 7,357,266 $.

En ce qui concerne l'assurance-maladie, les revenus s'équilibrent en majeure partie avec les dépenses salariales des médecins remboursables par l'assurance-maladie.

Les membres questionnent la possibilité de faire une demande auprès du ministère, afin de pouvoir garder les surplus budgétaires pour la mise en place de projets qui appuieront nos buts stratégiques et opérationnels. Une demande auprès du ministère a déjà été faite dans le passé pour conserver les surplus budgétaires, mais ceci n'a pas été approuvé.

**Dre France Desrosiers et David Savoie quittent la rencontre à 11:40, en raison d'un autre engagement.*

MOTION 2021-09-14 / 03FV
Proposé par Monica L. Barley
Appuyé par Krista Toner-Brennan
Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2021 soient adoptés tels que présentés.
Adopté à l'unanimité.

7.2 Processus budgétaire du ministère de la Santé (cycle de planification)
À titre d'information, un cycle de planification et de surveillance intégrée entre le ministre de la Santé et les Régies est présenté aux membres indiquant les étapes les plus importantes en lien avec le processus budgétaire.

Ce cycle est également inséré dans l'entente de responsabilité provinciale entre les régies régionales de la santé et la ministre de la Santé. Cette entente est en ébauche, puisqu'elle n'a pas encore été signée. Celle-ci précise les responsabilités de chaque partie prenante à l'égard des autres dans le système provincial de santé.

Certaines activités ont déjà été amorcées à l'interne en lien avec le processus budgétaire 2022-2023, afin de respecter les échéanciers. Par exemple, le Réseau tient à jour annuellement un plan quinquennal de ses besoins capitaux prioritaires prévisibles. Lors de la prochaine rencontre, le budget d'équipements majeurs et le budget d'améliorations immobilières seront présentés pour approbation avant l'envoi au ministère de la Santé.

Le Plan régional de santé et d'affaires 2021-2024 a été approuvé par le Conseil d'administration le 22 juin 2021, acheminé à la ministre de la Santé le 23 juin 2021 et approuvé par celle-ci le 30 juillet 2021.

En terminant, il est proposé de revoir le processus budgétaire lors de la formation 101 en finances.

8. Date de la prochaine réunion : le 16 novembre 2021 à 09:15.

9. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Gilles Lanteigne à 11:52.

Gilles Lanteigne Président du comité	Gisèle Beaulieu V.-p. – Performance et Qualité

Point 6.3

Note couverture

Comité des finances et de vérification
Date : le 16 novembre 2021

Objet : **Suivis du procès-verbal du 14 septembre 2021**

Les suivis au procès-verbal de la dernière rencontre du 14 septembre 2021 sont indiqués à l'ordre du jour de la rencontre, entre autres l'entente-cadre de services entre Service Nouveau-Brunswick et le Réseau de santé Vitalité.

Soumis le 29 octobre 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Point 6.3.1

Note couverture

Réunion du Comité des finances et de vérification
Date : le 16 novembre 2021

Objet : **Entente-Cadre de services entre Service Nouveau-Brunswick et le Réseau de santé Vitalité**

Service Nouveau-Brunswick (SNB) est une corporation de la Couronne relevant de la partie I qui a été créée le 1er octobre 2015. Conformément à la Loi sur Services Nouveau-Brunswick, il peut conclure des accords ou des ententes avec des organismes publics afin de leur fournir des services. Le Réseau de santé Vitalité reçoit des services de SNB pour les secteurs suivants:

- Services d'ingénierie clinique
- Technologie de l'information
- Services de buanderie
- Services d'approvisionnement
    - Services de la chaîne d'approvisionnement (Logistique et Achats)
- Services organisationnels, le cas échéant

SNB gère un mécanisme d'entente à deux niveaux avec la Régie régionale de la santé A :

- L'**Entente-cadre de services** qui est un document de base définissant un mécanisme pour gérer les relations entre SNB et le Réseau pour l'ensemble des services fournis par SNB. Elle représente et définit une entente mutuelle conclue entre SNB et le client et est rédigée de façon à définir clairement les modalités, conditions et principes qui régissent la prestation de tous les services au client par SNB.

- L'**Accord sur les niveaux de service (ANS)** est un document qui établit les paramètres d'exploitation et les attentes en matière de rendement, tant pour SNB que le Réseau. Un ANS est créé pour chaque secteur de services et comprend des renseignements propres à ce secteur de services comme les principes de fonctionnement ou les modalités, la gouvernance et la description des services.

À titre d'information, vous trouverez ci-joint, l'entente-cadre de services approuvée par SNB et le Réseau de santé Vitalité et qui est en vigueur depuis le 1er avril 2019.

La révision des six Accords sur les niveaux de services a été temporairement suspendue en raison de la pandémie. Toutefois le développement de ceux-ci demeure une priorité. Les travaux reprendront aussitôt que les équipes peuvent se mobiliser. Les Accords seront apportés au Comité des finances et de vérification pour approbation au fur et à mesure qu'ils sont complétés. L'échéancier provisoire pour avoir complété les six Accords est le 31 mars 2022.

Soumis le 29 octobre 2021 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

ENTENTE-CADRE DE SERVICES

ENTRE

Service Nouveau-Brunswick

ET

Régie Régionale de la Santé A

EN VIGUEUR À COMPTER DU le 1 avril, 2019

Version 2.4

Cette page est laissée vierge intentionnellement

Table des matières

1 INTRODUCTION 5

1.1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX 5
1.2 OBJECTIF 5
1.3 AUTORITÉ 5
1.4 PRÉCISION SUR LES ACCORDS SUR LES NIVEAUX DE SERVICE 6

2 DÉFINITIONS 6

3 DURÉE 7

3.1 DURÉE INDÉFINIE 7
3.2 EXAMEN ANNUEL DE LA RELATION 7
3.3 EXAMEN QUINQUENNAL 7
3.4 PROCESSUS DE CHANGEMENT 8

4 PORTÉE 8

4.1 SERVICES DÉTERMINÉS 8
4.2 AUTRES OPPORTUNITÉS DE SERVICES. 8

5 PRINCIPES 9

5.1 COLLABORATION 9
5.2 PLANIFICATION ET ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS CONCERTÉS 9
5.3 MISE EN COMMUN DES RESSOURCES 9
5.4 EMPLOYÉS SUR PLACE ET ESPACE DE TRAVAIL CONVENABLE 9
5.5 OBSERVATION DES RÈGLES DU MILIEU DE TRAVAIL 10
5.6 CONFIDENTIALITÉ 10
5.7 PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE 10
5.8 PRINCIPE RELATIONNEL ENTRE SNB ET SON CLIENT 11
SNB AURA POUR OBJECTIF LA SATISFACTION DE SON CLIENT EN SE CONFORMANT À L'APPROCHE SUIVANTE : 11
5.9 ORIENTATION CLIENT 11
5.10 AMÉLIORATION CONTINUE 11
5.11 MESURES DE LA PERFORMANCE ET PRODUCTION DE RAPPORTS 11
5.12 FINANCEMENT 11

6 GOUVERNANCE 12

7 RÔLES ET RESPONSABILITÉS 14

7.1 RÔLES ET RESPONSABILITÉS COMMUNS 14
7.2 ENGAGEMENTS DE SNB 14
7.3 ENGAGEMENTS DU CLIENT 15

8 RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS 15

9 ASSURANCES, INDEMNISATIONS ET LIMITATIONS DE RESPONSABILITÉ 16

9.1 INDEMNISATION 16

9.2 AUCUNE DISPOSITION REQUISE 16
9.3 LORSQUE DES DISPOSITIONS DOIVENT ÊTRE INCLUSES 16
10 AFFAIRES GÉNÉRALES 16
10.1 AVIS – MODE DE LIVRAISON 16
11 SIGNATAIRES 17
ANNEXE A – PORTEFEUILLE DE SERVICES, SERVICES AUX EMPLOYÉS 19
ANNEXE B – MODÈLES DE FINANCEMENT 22
ANNEXE C – STRUCTURE DE GOUVERNANCE 24

1 Introduction

1.1 Renseignements généraux

Service Nouveau-Brunswick (ci-après «SNB») est une corporation de la Couronne relevant de la partie I créée le 1er octobre 2015. Elle fournit des programmes et des services aux organismes publics, aux organismes d'administration locale, aux autres gouvernements, aux régies régionales de la santé, aux foyers de soins et à d'autres entités, ou en leur nom. SNB a la capacité de conclure des ententes avec ses clients pour fournir un éventail de programmes et de services. Elle a pour objectif de rationaliser et de moderniser la façon dont le gouvernement exerce ses activités et d'offrir un niveau de service uniforme et homogène dans l'ensemble de la province, de façon économique.

La Régie Régionale de la Santé A (ci-après «RRS-A»), opérant sous le nom commercial de Réseau de Santé Vitalité, est une corporation de la Couronne relevant de la partie III et créée par la Loi sur les Régies régionales de la Santé. Elle gère des établissements de soins et des programmes de soins et de services francophones et bilingues. Elle a pour mission d'exceller dans l'amélioration de la santé de la population. La RRS-A a la capacité de conclure des ententes avec tous ses tiers dans la perspective d'amélioration de l'efficacité ou de l'efficience des moyens engagés au but de sa mission de santé.

1.2 Objectif

SNB gère un mécanisme d'entente à deux niveaux avec la Régie régionale de la santé A :

i. **L'Entente-cadre de services** (ci-après l'« Entente ») est un document de base qui définit un mécanisme pour gérer les relations entre SNB et la RRS-A (ci-après le « Client »), et elle définit le cadre de chaque accord sur les niveaux de service (ci-après « ANS ») couvert par l'Entente. Elle représente et définit une entente mutuelle conclue entre SNB et le client et est rédigée de façon à définir clairement les modalités, conditions et principes qui régissent la prestation de tous les services au client par SNB.

ii. **L'accord sur les niveaux de service** (ou « ANS ») est un document qui établit les paramètres d'exploitation et les attentes en matière de rendement, tant pour SNB que le Régie régionale de la santé A. Un ANS est créé pour chaque secteur de services et comprend des renseignements propres à ce secteur de services comme les principes de fonctionnement ou les modalités, la gouvernance et la description des services.

1.3 Autorité

Conformément à la *Loi sur Services Nouveau-Brunswick*, SNB peut conclure une entente avec une entité gouvernementale (pour toutes les Parties) lorsqu'il lui offre des services. SNB sera le seul fournisseur de services aux régies régionales de la santé pour ce qui est des services déterminés réglementés dans la *Loi sur Services Nouveau-Brunswick,* à l'exception des groupes d'achats.

Comme le mentionne la *Loi sur Services Nouveau-Brunswick*, SNB peut engager des tiers pour fournir des services aux clients pour son compte. Cela peut comprendre des options de diversification des modes de prestation des services (ci-après « DMPS ») comme l'externalisation de services et l'établissement de

contrats de services de soutien. Dans ce cas, SNB s'efforcera de conclure des ententes qui seront économiques, en assurant ou en améliorant la qualité pour toutes les Parties et qui respectent les engagements énoncés dans la présente Entente.

1.4 Précision sur les Accords sur les niveaux de service

Les Parties négocieront et appliqueront les accords sur les niveaux de service (ANS) à la présente Entente afin d'établir des modalités précises pour la prestation dans les secteurs de services de SNB suivants :

i. Services d'ingénierie clinique
ii. Technologie de l'information
iii. Services de buanderie
iv. Services d'approvisionnement
v. Services de la chaîne d'approvisionnement
    a. Logistique
    b. Achats
vi. Services organisationnels, le cas échéant

Les ANS signés par les Parties sont réputés faire partie intégrante de la présente Entente. En cas de divergence entre la présente Entente et un ANS, la présente Entente a préséance.

2 Définitions

Entente désigne la présente entente-cadre de services et inclut toute annexe jointe à la présente entente, les accords sur les niveaux de service et toute pièce jointe.

Client désigne la Régie régionale de la santé A.

Renseignements confidentiels désigne tout renseignement non public de quelque forme que ce soit, dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- qui est désigné comme étant « confidentiel »;
- pour lequel le Client a pris des précautions raisonnables pour en protéger le caractère secret;
- qu'une personne raisonnable sait ou devrait raisonnablement comprendre qu'il est confidentiel.

Service facultatif désigne un service, autre qu'un service déterminé, offert par SNB à ses clients.

Parties désigne les entités assujetties à la présente Entente à savoir SNB et RRS-A

Renseignements personnels désigne tout renseignement personnel défini dans la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP).

Renseignements personnels sur la santé désigne tout renseignement personnel sur la santé tel que défini dans la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (LAPRPS).

Service déterminé désigne un service prévu par la *Loi sur Services Nouveau-Brunswick* et les règlements connexes qui doivent être offerts au Client par SNB. Les services déterminés peuvent uniquement être

assurés par SNB ou par des tiers pour fournir le service pour son compte selon des paramètres mutuellement convenus. Si une entité a besoin d'un service déterminé, elle doit l'obtenir de SNB.

Accord sur les niveaux de service ou *ANS* désignent un accord qui définit les modalités précises de la prestation des services de SNB déterminés à la section 1.4.

3 Durée

3.1 Durée indéfinie

La présente Entente entre en vigueur lorsque les deux Parties auront signé l'Entente et se poursuivra indéfiniment si les ANS sont conclus au cours des 12 mois suivant la signature de l'Entente. Si cela ne se produit pas, l'Entente prendra fin, à moins que les Parties n'en conviennent autrement.

Les deux Parties, comprennent qu'étant des corporations de la Couronne, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a toute latitude pour mettre fin à la présente Entente.

3.2 Examen annuel de la relation

Les Parties acceptent de mener annuellement un examen conjoint du rendement des services régis par la présente Eentente. L'examen sera une occasion pour les Parties de cerner des domaines précis dans lesquels l'Eentente ou son administration globale pourraient être améliorées. En certaines circonstances, des changements à la présente Entente pourraient devoir être envisagés dans des délais plus courts. Le cas échéant, une Partie ayant informé l'autre Partie des circonstances en question, les Parties conviennent de se rencontrer aussitôt que possible, comme le prévoit l'annexe C sur la structure de gouvernance. Cet examen annuel de la relation pourrait donner lieu à des recommandations de modifications à examiner pour la présente Entente.

3.3 Examen quinquennal

Les Parties commenceront un examen des modalités de la présente Entente tous les 5 ans afin de cerner tout problème à l'égard de ses modalités et de négocier des modifications appropriées visant à les régler. En cas de désaccord portant sur les modalités devant être négociées, il sera résolu en appliquant le processus de règlement des différends présenté à la section 8. Jusqu'à la conclusion d'un accord quant à toute modalité révisée, les modalités existantes de la présente entente continueront de s'appliquer.

3.4 Processus de changement

Lorsqu'une modification ou qu'un addenda à la présente Entente est demandé par l'une ou l'autre des Parties, les Parties effectueront ce qui suit :

i. Décider d'une date et d'une heure qui leur conviendraient à toutes les deux pour l'examen du changement demandé;
ii. Établir un processus pour la négociation de la modification ou de l'addenda et pour l'approbation officielle par les Parties.

Si les Parties ne parviennent pas à s'entendre sur le changement, le processus de règlement des différends à la section 8 sera activé.

4 Portée

4.1 Services déterminés

La présente Entente couvre les services déterminés qui suivent [1]:

- services d'applications des technologies de l'information
- services d'approvisionnement
- services d'architecture des technologies de l'information
- services d'imprimerie
- services d'optimisation de l'impression
- services de buanderie
- services de génie clinique
- services de gestion de la sécurité des technologies de l'information et de l'identité
- services de gestion des contrats de technologies de l'information
- services de gestion des réseaux voix et données
- services de gestion du centre des données relatives aux technologies de l'information et de l'infrastructure
- services de logistique et de chaîne d'approvisionnement
- services de mise en œuvre des technologies de l'information
- services des technologies de l'information destinées aux utilisateurs finaux

4.2 Autres opportunités de services.

Les Parties s'engagent à rechercher d'autres occasions ou à identifier d'autres opportunités de réduction des coûts pour l'une ou l'autre des Parties; attendu que la somme des coûts des Parties ne soit pas augmentée et que les niveaux de service ou tout autre paramètre préalablement approuvés, soient améliorés ou non impactés.

---

[1] *Loi sur Service Nouveau-Brunswick, Règlement 2015-64 Annexe A*

5 Principes

La réussite du modèle de services communs dépend de la participation active des Parties et de leur engagement à l'égard de ce qui suit :

5.1 Collaboration

La prestation de services et les relations de service fructueuses nécessitent un esprit de partenariat soutenu, une communication, une collaboration et un échange d'information ouverts et transparents. SNB s'engage à comprendre la prestation des services de santé et l'obligation d'assurer le maintien des compétences centrées sur les soins de santé.

5.2 Planification et établissement des priorités concertés

Les Parties se consulteront de façon constructive et collaboreront pour se tenir au courant de la planification et de l'établissement de leurs priorités respectives. La planification et l'établissement des priorités en matière de projets seront ajustés afin de s'harmoniser aux priorités, aux engagements et aux changements de politiques du gouvernement. En vue d'assurer une consultation et une collaboration constructives, les parties conviennent de se rencontrer comme il est prévu et établi plus en profondeur à la section 6 et à l'annexe C.

5.3 Mise en commun des ressources

Les Parties s'entendent que dans le cadre d'un environnement dynamique et contraignant, elles pourront être amenées à mettre en commun des ressources afin de réduire les coûts, d'éviter des coûts supplémentaires tout en assurant ou améliorant les niveaux de service ou tout autre paramètre préalablement et mutuellement approuvé.

5.4 Employés sur place et espace de travail convenable

Les employés de SNB qui travaillent dans les installations du Client auront accès aux services ci-dessous. Les détails sont dans l'annexe A.

Le département des ressources humaines du Client fournira les services aux employés ci-dessous pour les employés de SNB qui travaillent dans ses installations :

1. Santé et sécurité au travail
    a. Déclaration d'accident (collaboration SNB/Client)
    b. Formation et orientation obligatoires sur la sécurité du site
    a. Comité mixte d'hygiène et de sécurité au travail (participation de SNB aux divers inspections, audits de leur secteur respectif etc.)
    c. Politiques et procédures
2. Mesures d'urgence

   a. Orientation et formation des politiques
3. Orientation et accès au site
   a. Accès aux installations (carte de sécurité, casiers (si disponible), tableaux d'affichage, installations relatives au mieux-être, stationnement (si disponible)
4. Espace de travail convenable
5. Accès aux activités sociales des employés

Le département des ressources humaines de SNB fournira à la Régie régionale de la santé A ce qui suit:

2. Santé et sécurité au travail
   a. Déclaration d'accident (collaboration SNB/Client)
   b. Formation et orientation obligatoires sur la sécurité du site
   c. Comité mixte d'hygiène et de sécurité au travail (participation de SNB aux divers inspections, audits de leur secteur respectif etc.)

5.5 Observation des règles du milieu de travail

Les employés ou les sous-traitants de SNB qui travaillent sur place aux emplacements du Client seront tenus aux conditions de travail et à l'application des règles de conduite et des politiques établies par le Client pour cette installation, notamment toute règle de conduite ou politique, par écrit ou non, portant sur la langue de travail d'une installation particulière. En outre, les employés ou les sous-traitants de SNB doivent se conformer aux obligations et aux responsabilités des employés semblables du client, y compris aux pratiques locales en matière de sécurité, au comportement éthique, aux responsabilités en lien avec les politiques et les codes de santé et sécurité au travail, et à la participation et à la représentation aux comités locaux, dans la mesure raisonnablement requise.

5.6 Confidentialité

Les Parties respecteront le caractère confidentiel des renseignements confidentiels de l'autre Partie. Chaque Partie protégera tous ces renseignements confidentiels de la même manière et dans la même mesure qu'elle protège les renseignements confidentiels concernant ses propres activités. Chaque Partie n'utilisera, ne divulguera ni ne rendra accessible à quiconque tout renseignement confidentiel de l'autre partie, sauf dans la mesure nécessaire à l'exécution de ses obligations en vertu de la présente entente ou comme l'exige la loi.

5.7 Protection de la vie privée

Les Parties respecteront toutes les lois relatives à la protection des renseignements personnels qui s'appliquent lors de la collecte, de l'utilisation, de la divulgation et de l'élimination de renseignements – notamment les renseignements confidentiels, les renseignements personnels et les renseignements personnels sur la santé – qui se rapportent directement et sont nécessaires à la prestation des services

par SNB. Les Parties établiront et appliqueront des politiques en matière de protection de la vie privée et de sécurité des données conformément à ces lois relatives à la protection des renseignements personnels applicables.

5.8 Principe relationnel entre SNB et son Client

SNB aura pour objectif la satisfaction de son Client en se conformant à l'approche suivante :

i. Écoute/Communication, aux fins de bonne compréhension des besoins opérationnels du client;
ii. Proposition de prestation cohérente et économique d'un service de qualité, en temps opportun;
iii. Collaboration avec le Client afin de bâtir la relation et la confiance nécessaires pour veiller à ce que SNB demeure centré sur le client.
iv. Collaboration sur l'acquisition de services ayant une incidence sur les opérations du client.

5.9 Orientation client

De par son orientation client, SNB se concentrera sur les changements qui sécuriseront le plan stratégique de son Client; s'assurera que les besoins et les intérêts de celui-ci soient, dans la mesure du possible, considérés en premier lieu dans le cadre de prise de décision des employés de SNB.
Pour maintenir cette approche, SNB:

i. Collectera les commentaires et la rétroaction du client à l'égard de ses services.
ii. Travaillera à mettre en place les meilleures pratiques, à développer l'innovation et communiquera sur ces avancées (par. ex.: à travers la mesure du rendement et communication des résultats aux clients).

5.10 Amélioration continue

Les Parties s'engagent à établir une culture d'amélioration continue des processus. À travers celle-ci, les Parties chercheront à améliorer leur efficacité coût-qualité, pouvant amener à des prestations de même qualité pour un coût moindre, une amélioration de la qualité de la prestation à coût stable ou à tout autre combinaison. Ainsi, une baisse de la qualité d'une prestation pourrait être envisagée si une baisse de coût plus subséquente l'accompagne (notion d'efficience).

5.11 Mesures de la performance et production de rapports

Pour réaliser l'exécution de son mandat, notamment assurer une prestation de service de qualité et économique, SNB recueillera des mesures du -performance utiles tant pour la gestion interne que pour la communication de résultats clés au client. Les renseignements sur ces mesures et ces rapports seront intégrés dans les ANS.

5.12 Financement

Les services de base, tels qu'ils sont définis dans les ANS, sont financés au moyen du budget de fonctionnement de SNB. Toute exception où des frais pourraient s'appliquer sera précisée dans les ANS. Toute économie nette réalisée par le Client sur les services fournis par SNB revient au Client.

5.13 Principes de financement

Les principes de financement suivants guideront la relation entre SNB et le client :

i. Les modèles de financement sélectionnés et / ou le calcul des frais fourniront un financement stable pour la prestation des services prescrits et assureront la transparence des coûts et une responsabilisation claire.
ii. Les modifications apportées aux politiques et aux programmes du Client, l'augmentation de la demande, les nouvelles exigences législatives, etc. seront examinées conjointement afin de déterminer s'il y a un impact ponctuel ou permanent.
iii. Les arrangements spéciaux (par exemple, un service fourni exclusivement à un client, un service différent de la norme, etc.) seront traités individuellement et le modèle de financement et les estimations de coûts seront fournis au Client préalablement pour approbation.
iv. Les investissements significatifs (par exemple pour de nouvelles technologies ou des mises à niveau) nécessiteront des discussions de financement et des stratégies spécifiques devront peut-être être développées.
v. Le financement associé à l'acquisition, à la mise en œuvre et à l'exploitation de nouveaux systèmes interservices ou à l'échelle du gouvernement peut être assuré par le gouvernement ou par le Client. Le Client sera impliqué dans les décisions concernant le financement associé par le biais de la gouvernance établie.
vi. Dans la mesure du possible, pour les services où un modèle de rétro facturation s'applique, un rapport des rétro facturations de l'exercice précédent sera fourni au Client pour appuyer la planification budgétaire. La justification et les explications seront fournies au Client pour tout changement de prix significatif. Le Client sera consulté sur d'autres stratégies ou options avant la mise en œuvre de toute modification de la structure de coûts.
vii. À mesure que les modèles de prestation de services prennent de la maturité et pour s'adapter à des conditions changeantes, SNB collaborera avec le Client pour adapter de façon appropriée les arrangements financiers (modèles et / ou tarification).

Voir l'annexe B pour les modèles de financement actuellement utilisés dans l'ensemble des services fournis par SNB. Le modèle de financement spécifique utilisé pour chaque service sera détaillé dans chaque ANS.

6 Gouvernance

En vue d'assurer une consultation et une collaboration constructives, les Parties conviennent de la structure de gouvernance qui suit. A des fins de synergie et pour œuvrer à la complémentarité des approches entre les deux Régies Régionales de Santé, certains éléments de gouvernance seront communs partiellement ou totalement avec l'autre Régie Régionale de Santé.

Les ANS présenteront des renseignements supplémentaires sur le calendrier de gouvernance pour chaque secteur de services énuméré à la section 1.4.

Premier échelon – Établir la stratégie générale et approfondir la compréhension des cadres supérieurs et la relation entre SNB et les Régies Régionales de Santé (A et B).

Deuxième échelon – Assurer l'harmonisation fonctionnelle et stratégique entre SNB et le Client.
Cet échelon pourra être partagé avec l'autre Régie Régionale de Santé

Troisième échelon – Assurer le suivi opérationnel de chaque ANS, le respect des objectifs de performance.
Cet échelon intègre les exigences spécifiques en matière de gouvernance décrites en détail dans les ANS.

La gouvernance s'adaptera au besoin. Toute amélioration ou modification nécessaire au modèle ou à la structure de gouvernance suivra le processus décrit à la section 3.4.

L'annexe C présente la structure de gouvernance en détail.

7 Rôles et responsabilités

7.1 Rôles et responsabilités communs

Les Parties reconnaissent leur interdépendance et la nécessité pour elles de travailler ensemble afin de satisfaire, voire de dépasser, les attentes en matière de services et les niveaux de performance. Chacune des Parties s'engage à collaborer avec l'autre pour :

i. affiner les processus, afin de réaliser des gains d'efficience et de coûts dans la prestation des services couverts par la présente entente, toujours en vue de maintenir ou améliorer la qualité des soins dispensés aux patients et de réduire le risque, dans toute la mesure du possible;

ii. respecter les lois applicables;

iii. établir des mécanismes analyse continu des exigences relatives aux services, ainsi que les processus nécessaires pour répondre aux besoins changeants du client en matière de prestation de services;

iv. s'assurer que la présente entente demeure adaptée aux besoins du Client et conforme aux politiques et à la direction générales du gouvernement;

v. élaborer et mettre à jour les plans de continuité des activités couvertes par ANS;

vi. collaborer en vue d'élaborer des ANS relativement à la gestion de la prestation des services, de surveiller ces services et de produire des rapports les concernant;

vii. fournir les ressources pour remplir ses obligations et responsabilités, telles qu'elles sont exposées dans la présente Entente et en détail dans chacun des accords sur les niveaux de service.

7.2 Engagements de SNB

SNB :

i. communiquera avec le Client et ses installations et leur fournira les services dans la langue officielle du choix du client;

ii. dispensera des services conformément aux exigences relatives aux services exposées dans les ANS;

iii. lorsque demandé, conseillera le client quant aux orientations stratégiques qu'il devrait envisager par rapport aux tendances dans l'industrie;

iv. aidera le client à déterminer ses priorités en matière d'initiatives stratégiques et l'appuiera dans la mesure du possible dans l'analyse des répercussions de ces initiatives;

v. veillera à ce que les principes de l'approche-client énoncés à la section 5 de la présente Entente constituent un aspect clé de sa prestation de services;

vi. informera le Client avant d'apporter un changement quelconque aux pratiques ou aux processus opérationnels qui pourraient avoir un impact sur son organisation, ses employés ou ses patients;

vii. fournira sans tarder au Client les données nécessaires aux fins d'analyse ou d'établissement de pratiques plus performantes;

viii. travaillera avec le Client de façon à appuyer tout processus d'agrément des hôpitaux nécessaire ou toute autre priorité jugée essentielle et exigeant une intervention rapide de la part du Client, dans la mesure du possible.

7.3 Engagements du Client

Le Client :

i. établira et communiquera ses priorités en ce qui concerne les exigences relatives aux services;

ii. travaillera avec SNB à rendre accessibles les données requises aux fins d'analyse ou d'établissement de pratiques plus performantes;

iii. informera SNB dès que possible lorsque des changements pouvant avoir une incidence sur les prestations de services prévues au titres des ANS;

iv. travaillera en collaboration avec SNB pour prévoir et gérer la demande, la répartition des ressources et les niveaux de service dans le contexte des accords sur les niveaux de service.

8 Règlement des différends

Les Parties conviennent de déployer tous les efforts raisonnables, de bonne foi, pour régler tout différend découlant de la mise en œuvre de la présente Entente en tenant des discussions à l'amiables et en définissant des options satisfaisantes pour les deux Parties.

Les différends qui ne peuvent être résolus par le personnel de premier et deuxième niveaux (gestionnaires et directeurs) de la hiérarchie des deux Parties, seront transmis aux Vice-présidents du Client et de SNB responsables des services au cœur du différend.

Dans les cas où SNB et le Client ne parviennent pas à régler la question à leur satisfaction mutuelle, ils conviennent d'acheminer la question à leur président-directeur général.

9 Assurances, indemnisations et limitations de responsabilité

9.1 Indemnisation

Chaque Partie reconnaît :

i. qu'elle est un organisme du gouvernement du Nouveau-Brunswick;

ii. qu'elle et ses employés, ses dirigeants et ses administrateurs sont, ou seront, indemnisés en vertu du Plan de protection de la responsabilité civile et professionnelle des services de santé du Nouveau-Brunswick (ou de tout régime lui succédant) ou conformément aux dispositions de leur loi habilitante respective pour toute obligation ou les responsabilités qu'ils pourraient encourir dans l'exécution de leurs obligations respectives dans le cours normal de leur emploi ou de leurs responsabilités.

9.2 Aucune disposition requise

Les Parties conviennent que les dispositions relatives à l'assurance, à l'indemnisation et à la limitation de responsabilité, qui figureraient normalement dans la présente Entente ou dans les ANS, ne sont pas nécessaires.

9.3 Lorsque des dispositions doivent être incluses

Chaque Partie convient en outre que, si elle devait ne plus être indemnisée par le Plan de protection de la responsabilité – services de santé du Nouveau-Brunswick ou par tout régime lui succédant ou conformément aux dispositions de leur loi habilitante respective, elle en informerait immédiatement l'autre Partie et elle négocierait l'assurance, l'indemnité et la limitation de responsabilité appropriées pour la présente Entente, y compris les ANS, qu'elle demanderait la modification de l'Entente et des ANS afin d'en incorporer les dispositions à celles-ci et qu'enfin, elle souscrirait à l'assurance-responsabilité appropriée afin de s'offrir une protection satisfaisante, ainsi qu'à ses dirigeants et ses administrateurs, et afin de protéger l'autre Partie.

10 Affaires générales

10.1 Avis – mode de livraison

Sauf disposition contraire dans un ANS, tout avis devant être donné par écrit sera remis en personne ou transmis à l'autre partie par courrier recommandé ou certifié de première classe affranchi, par service de messagerie (prépayé) ou par télécopieur, courriel ou autre mode de communication immédiat similaire, à l'adresse fournie ci-après ou dans un ANS. Chaque Partie peut procéder de la même façon pour modifier l'adresse fournie ci-après aux fins de service. L'avis est réputé reçu :

i. s'il est remis personnellement, à la date de réception;

ii. s'il est envoyé par la poste ou par service de messagerie, le troisième jour ouvrable suivant l'envoi;

iii. s'il est envoyé par télécopieur, par courriel ou par un autre moyen immédiat, à la réception par l'expéditeur d'une confirmation, à moins que cette dernière ne soit reçue après 15 h un jour ouvrable, auquel cas l'avis sera réputé avoir été reçu le jour suivant.

Dest. : Régie Régionale de la santé A

À l'attention de : Président et chef de la direction

275, rue Main
Bureau 600
Bathurst NB E2A 1A9

ou tel qu'il est désigné dans l'ANS

Dest. : Service Nouveau-Brunswick

À l'attention de : Directeur général

Place-Westmorland
C.P. 1998
Fredericton (N.-B.) E3B 5G4
ou tel qu'il est désigné dans un ANS

11 Langues

La présente Entente est disponible dans les deux langues officielles du Nouveau-Brunswick.
En cas de conflit entre les versions de l'Entente, la version de l'Entente en langue française prévaut.

12 Signataires

SNB et le Régie Régionale de la santé A acceptent la totalité du contenu, des modalités et des conditions de la présente entente.

Service Nouveau-Brunswick

Date : 2019 04 17

Alan Roy, chef de la direction

Régie Régionale de la Santé A

Date : 2019 04 12

Gilles Lanteigne – Président et chef de la direction

ANNEXE A – PORTEFEUILLE DE SERVICES, SERVICES AUX EMPLOYÉS

La présente section donne des détails sur les services aux employés fournis par le client au personnel de SNB situé dans les installations du Client.

Étendue des fonctions des ressources humaines du Client

1. Santé et sécurité au travail

a. Déclaration d'accidents (collaboration SNB/Client)

En cas d'accident, les gestionnaires de SNB se conformeront aux procédures établies par le Client pour le signalement des accidents au travail.

b. Formation et orientation obligatoires sur la sécurité du site

Le Client invitera les employés de SNB à participer à des sessions de formation et d'orientation sur les établissements, politiques et procédures de la régie. Ceci ne transfert pas l'obligation de SNB au Client de se conformer à la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail.* Le Client n'est pas responsable de s'assurer de la participation des employés de SNB aux sessions d'orientation. SNB maintient la responsabilité de s'assurer que ses employés sont formés adéquatement selon la loi.

c. Comité de sécurité (représentation de SNB)

SNB assurera une représentation au sein des comités de sécurité du Client. Les deux groupes collaboreront pour déterminer la source des accidents touchant des employés de SNB et pour trouver des solutions à cet égard.

Le cas échéant, SNB aura de plus l'obligation de mettre en place son propre comité de sécurité en conformité avec le paragraphe 14(1) de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, qui indique que tout employeur occupant vingt salariés et plus de façon habituelle à un lieu de travail doit veiller à l'établissement d'un comité mixte d'hygiène et de sécurité.

d. Politiques et procédures

Les gestionnaires de SNB coordonneront les communications ainsi que l'examen des politiques et procédures de sécurité du Client tel que l'aura établi l'installation. Les employés de SNB doivent respecter les politiques et procédures de sécurité établies par les installations.

2. Mesures d'urgence

a. Orientation et formation des politiques

Toutes les politiques en cas d'urgence et de catastrophe établies par le Client s'appliquent aux employés de SNB qui travaillent dans ces installations. Le Cient doivent mettre ces politiques à la disposition des employés de SNB par l'entremise de leur gestionnaire, du courrier électronique, de l'intranet ou d'orientations des employés.

3. Orientation et accès du site

a. Accès aux installations

Le Client offrira aux nouveaux employés de SNB une séance d'orientation sur les lieux. Cela comprend la facilitation et la coordination des cartes d'accès de sécurité et l'accès au stationnement. L'accès aux casiers et à l'espace de conditionnement physique sera disponible dans la mesure du possible.

SNB est responsable de fournir les renseignements nécessaires sur les nouveaux employés au bureau des ressources humaines du Client pertinents aux fins de traitement.

Le stationnement du personnel sera fourni aux mêmes coûts que pour les employés du Client lorsqu'il y a lieu. Il n'y a aucun engagement sur le stationnement à utiliser (la priorité est donnée au personnel de la RRS / médecins).

4. Espaces de travail convenables

Le Client accordera aux employés ou aux sous-traitants de SNB qui travaillent dans ses installations l'accès aux installations selon les même politiques et procédures pour la gestion des espaces que celles des employés du Client. SNB et le Client conviennent d'assigner des responsables des espaces afin de procéder à une évaluation des espaces occupés au moment de la signature de cette Entente.

Le Client veillera à ce que les employés ou les agents de SNB ayant une fonction au sein de ses établissement puissent disposer d'un espace de travail approprié. Un examen conjoint des besoins de SNB en matière d'espaces de travail appropriés dans les installations du Client aura lieu chaque année. Cet examen annuel comprendra l'évaluation de toutes les possibilités / options raisonnables de déplacer hors site les fonctions actuellement situées dans les locaux du client lorsqu'il est logique d'envisager de le faire, selon des paramètres mutuellement convenus.

5. **Activités sociales des employés**

Le Client offrira un accès aux comités et aux événements sociaux aux employés de SNB. Ces événements incluent les barbecues estivaux, les repas de Noël, les activités récréatives, etc.

Étendue des fonctions des ressources humaines de SNB

1. **Santé et sécurité au travail**

a. Déclaration d'accidents (collaboration SNB/Client)

En cas d'accident, les gestionnaires de SNB se conformeront aux procédures établies par le Client pour le signalement des accidents au travail.

b. Formation et orientation obligatoires sur la sécurité site

Lorsque le Client tient une formation obligatoire sur la sécurité des lieux, ils acceptent de donner cette formation à tous les employés de SNB.

c. Comité de sécurité (représentation du SNB)
SNB assurera une représentation au sein des comités de sécurité du Client. Les deux groupes collaboreront pour déterminer la source des accidents touchant des employés de SNB et pour trouver des solutions à cet égard.

ANNEXE B – MODÈLES DE FINANCEMENT

Divers modèles de financement sont actuellement utilisés dans l'ensemble des services assurés par SNB. Avec le temps, chaque service fera l'objet d'un examen et des changements pourraient être apportés au financement du service ou à la composition de la formule de calcul des frais. Ces changements seront déterminés par la gouvernance établie.

. Voici les différents modèles de financement que SNB peut utiliser :

Modèle de financement par budget de base	**Budget de base :** Il s'agit d'un transfert budgétaire unique du client à SNB qui a ainsi la responsabilité et la prise en charge des dépenses reliées au service ou aux employés. C'est seulement dans des cas particuliers, comme lorsque l'ajout ou la prolongation d'un service est demandé, ou lorsqu'il manquait quelque chose dans le transfert original, que SNB demanderait des fonds supplémentaires au client. Exemple: les services de comptes créditeurs.
Modèle de la rétrofacturation	**Rétrofacturation :** Le client conserve le budget du service, tandis que SNB est chargé de gérer le service. SNB exige des frais du client pour la gestion des services, basés sur les coûts qui sont directement attribuables au service (par exemple : l'achat de matériel/logiciels, les coûts d'entretien, l'amortissement, le personnel affecté au service, etc.) et pour les frais généraux (par exemple : les salaires de la direction, le loyer, etc.). Le montant de la rétrofacturation peut augmenter ou diminuer au fil du temps, tout dépendant des coûts estimés pour SNB. Exemple : les services de traduction.
Modèle hybride	**Combinaison des modèles de financement :** Ce modèle s'applique lorsque SNB compte plus d'un modèle de financement pour un groupe de services. Par exemple, une partie du service pourrait être financée par l'intermédiaire d'un transfert budgétaire, alors que les services additionnels demandés seraient rétrofacturés. Exemple : les services aux utilisateurs finaux des TI.
Modèle de frais	**Frais versés en retour d'un service :** Les frais fixés sont facturés pour les services offerts. Exemple : frais exigés de clients externes (le public) pour les services du registre foncier et des statistiques de l'état civil.
Modèle accréditif	**Action accréditive :** Le client conserve le budget, tandis que SNB agit comme intermédiaire pour l'achat ou le service. SNB achète un service selon la demande ou les besoins du client, paie l'achat et facture au client les coûts qu'il a engagés. SNB peut facturer au client des frais d'administration liés au service, ainsi que le coût du service ou des biens reçus, alors que dans d'autres, il absorberait les frais d'administration. Exemple : SNB embauche un tiers entrepreneur au nom du client et facture les coûts à ce dernier à mesure qu'il les engage.
Financement de projets	**Ce modèle sera appliqué lorsqu'il y a une demande de service de réalisation de projets qui ressortent de la prestation habituelle des services opérationnels.** SNB travaillera avec le client pour élaborer des devis concernant les projets. Le client doit autoriser le financement avant que tout travail ait lieu. En général, un modèle hybride sera appliqué selon lequel SNB cherchera à tirer parti des ressources internes si

	possible et énumérera tout nouveau coût net ou opérationnel supplémentaire devant être rétrofacturé au client. Il faudrait notamment prévoir le financement opérationnel et le financement amorti nécessaires à l'acquisition, à la mise en œuvre et au maintien du service. Selon la taille et la nature de la demande, une analyse de rentabilité peut être nécessaire au cours du processus de réception.

ANNEXE C – STRUCTURE DE GOUVERNANCE

Les lignes directrices proposées au sujet de chaque niveau du modèle de gouvernance, comme les membres, la fréquence des réunions, le but, les fonctions et responsabilités, etc., sont présentées dans les tableaux suivants. Lorsqu'il y a lieu, un mandat précis sera élaboré et maintenu pour n'importe lequel des comités, ce qui fournira plus de précisions sur le format et le calendrier des réunions, la composition du comité, etc.

Il est à noter que SNB entend signer des Ententes cadre de Services entente similaires avec chacune des Régies Régionales de la Santé, ses Clients. De fait, la gouvernance sera partagée entre les trois membres. (voir 6. Gouvernance)

	Premier niveau **Gouvernance supérieure**	**Deuxième niveau** **Gouvernance centrale**	**Troisième niveau** **Gouvernance de la prestation de services**
But	Assurer un leadership et une surveillance à l'égard des questions relatives aux ententes cadre de services. Il établit la stratégie de haut niveau et approfondit la compréhension des cadres supérieurs et la relation entre SNB et ses clients. Il s'assure de l'intégrité du processus et constitue l'autorité chargée de la gestion des risques, de l'amélioration continue et de la vérification de l'efficience générée par les ententes-cadres sur les services, et du portefeuille des services.	Assurer un leadership et une surveillance à l'égard des questions relatives auxentente-cadre de services et aux ANS. Il fait en sorte que la stratégie établie à l'échelon de la gouvernance supérieure soit respectée et approfondit la compréhension des cadres supérieurs et la relation entre SNB et ses clients. Il met l'accent sur la détermination et la compréhension d'objectifs et de priorités spécifiques aux ANS.	Organiser les opérations communes et les relations entre SNB et le Client au quotidien, ainsi que coordonner les activités partagées avec l'ensemble des Clients (selon les services). Inclut également **une gouvernance conjointe pour les applications d'entreprise ou les solutions technologiques partagées, c'est à dire Kronos, iTacit, Sharepoint**
Fréquence	2 fois par année	Une fois par trimestre,pour chacun des RRS Deux fois par année, les deux RRS ensemble	Au besoin, au minimum une fois par trimestre
Président(e)	SNB	SNB	SNB

	Premier niveau Gouvernance supérieure	Deuxième niveau Gouvernance centrale	Troisième niveau Gouvernance de la prestation de services
Composition du comité	• Chef de la direction de SNB • PDG des RRS • Sous Ministre du ministère de la Santé • VP services corporatifs pour Vitalité • Chef des opérations de SNB • Sous Ministre Adjoint (SMA), Services ministériels du ministère de la Santé	• V.-p./directeurs généraux des RRS • V.-p., Services de santé, SNB • V.-p., Services de technologie, SNB • V.-p., Approvisionnement stratégique, SNB • SMA, Services ministériels du ministère de la Santé	Pour chaque service ou groupe de services, les participants seront définis selon les spécificités de la prestation de service. Ils pourront comprendre: • Directeurs régionaux, RRS • Spécialistes représentant le client • Directeurs exécutifs, directeurs ou gestionnaires de la prestation des services, SNB Certains comités seront communs aux 2 RRS, d'autres seront distincts.
Rôles et responsabilités	• Assurer un leadership et une surveillance à l'égard des questions relatives aux Ententes cadre de services	• Assurer une collaboration entre les membres afin de partager la planification et les priorités de chacun. La planification et la priorisation des projets seront harmonisés en fonction des priorités, des engagements et des politiques du gouvernement.	
	• Établir une stratégie, des plans et des priorités de haut niveau.	• Discuter des stratégies et plans opérationnels afin de déterminer toute répercussion sur les services souscrits par le client et les réviser.	• Établir des plans et stratégies spécifiques aux services.
	• Surveiller les mesures de de	• Surveiller les mesures de performance	• Surveiller les mesures de

	Premier niveau Gouvernance supérieure	Deuxième niveau Gouvernance centrale	Troisième niveau Gouvernance de la prestation de services
	performance de la qualité des services et évaluer la performance globale en fonction des cibles.	de la qualité des services et évaluer le résultat en fonction des cibles.	performance de la qualité des services et évaluer le résultat en fonction des cibles.
	• Créer et mettre en place une forte culture de ~~de~~ partenariat entre les membres.	• Créer et mettre en place une forte culture de de partenariat entre les membres.	• Créer et soutenir une solide culture de partenariat entre les membres.
	• Participer à l'examen annuel des ententes-cadre de services et du portefeuille des services.	• Identifier et recommander des changements aux ANS et au portefeuille des services.	• Identifier et proposer des changements à l'entente sur les niveaux de service et au portefeuille des services.
	• Approuver les changements aux services et niveaux de service existants.	• Approuver les changements aux services souscrits par le client.	• Identifier les changements aux services souscrits par le client.
		• Communiquer, consigner et tenir à jour une stratégie et des plans opérationnels liés aux services souscrits par le client.	
	• Tenir un rôle de surveillance conformément aux plans d'atténuation des risques adoptés.	• Adopter le plan d'atténuation du ou des risques stratégiques.	• Identifier le ou les risques opérationnels et établir des plans d'atténuation.
	• Explorer d'autres options de prestation de services		
	• Collaborer afin de s'assurer que les fonds appropriés sont alloués à des projets prioritaires ou aux changements aux services requis.	• Travailler en collaboration pour résoudre les problèmes liés aux ANS.	• Travailler en collaboration pour résoudre des problèmes. Déclencher le processus de résolution des problèmes au besoin.
	• Examiner les modèles de financement de SNB pour les services offerts aux	• Financement – Examiner la tarification et les structures de coûts des ANS, les	

	Premier niveau Gouvernance supérieure	Deuxième niveau Gouvernance centrale	Troisième niveau Gouvernance de la prestation de services
	clients et fournir des suggestions à cet égard.	incidences sur les contrats, etc.	
		• Approuver le plan de gestion des changements de haut niveau pour les initiatives stratégiques.	
			• Lancer le processus de sélection du travail au besoin.
Résolution de différends	Lorsque SNB et un Client ne parviennent pas à résoudre un différend à tout autre niveau, ce comité s'en occupera.	Les différends qui ne peuvent être résolus au troisième niveau ou entre vice-présidents seront soumis à ce comité. S'ils ne sont toujours pas résolus, ils seront soumis au chef de la direction et aux PDG.	Les différends doivent être résolus au niveau opérationnel. Si un différend ne peut être résolu alors le comité défini dans la gouvernance de la prestation de services concernée travaillera à le résoudre. Si un différend n'est pas résolu, alors il sera soumis au vice-président responsable du ou des services.

Point 6.4

Note couverture

Comité des finances et de vérification
Date : le 16 novembre 2021

Objet : Plan de travail 2021-2022

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

Soumis le 29 octobre 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

PLAN DE TRAVAIL

2021-2022

Comité des finances et de vérification

Date de la réunion	Activités
Septembre 2021	• 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 2021	• Formation finances 101 • 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 (*Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification internes, rapports)*
Mars 2022	• 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 22-23 • Gestion des investissements • Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs (*Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification internes, rapports)*
Juin 2022	• 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 (*Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification internes, rapports)*

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Note d'information

Point 7.1

Nom du comité : Comité des finances et de vérification

Date : 16 novembre 2021

Objet : Budgets capitaux 2022-23

Décision recherchée

- Approbation du budget d'équipements majeurs 2022-2023 au montant de 14 095 795 $.
- Approbation du budget d'améliorations immobilières 2022-2023 au montant de 12 175 000 $.

Contexte/problématique

- Le Réseau de santé Vitalité (RSV) 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 d'améliorations immobilières à réaliser, est soumis au ministère de la Santé (MS) chaque année pour approbation et financement.
- Les listes qui sont présentées nécessitent l'approbation officielle du Comité des finances et de vérification. Vous trouverez ces listes dans les deux lettres ci-annexées. La première lettre, adressée à M. Charles Chouinard (annexe A) du MS, datée du 30 septembre 2021, vise à informer le MS de nos besoins en rénovation pour les cinq prochaines années. La seconde lettre, adressée à M. François Varin (annexe B) du MS, datée du 3 octobre 2021, vise quant à elle à informer le MS de nos besoins en équipements majeurs de 100 000 $ et plus, aussi pour les cinq prochaines années.
- Les besoins présentés 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'équipements 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 à l'Équipe de leadership.
- Les prévisions budgétaires pour les équipements et les projets en demande de financement sont des opinions de coûts qui se précisent lors de la réalisation des plans et devis et d'appels d'offres.
- Les besoins budgétaires annuels pour les projets majeurs de rénovation et de construction sont aussi illustrés dans la lettre adressée à M. Charles Chouinard. Noter que ces projets majeurs s'exécutent sur plusieurs années sous la gouverne du ministère des Transports et de l'Infrastructure qui est responsable du suivi des budgets et des coûts.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Les projets inscrits prennent en considération les objectifs stratégiques et opérationnels du RSV.
- L'année 2022-2023 de chacun des plans quinquennaux déposés au MS est l'année sur laquelle le MS se base pour octroyer le budget annuel 2022-2023. Évidemment, les projets jugés les plus urgents à réaliser, tant au niveau des rénovations que des achats d'équipements, sont illustrés dans cette première année du plan.
- Pour les équipements de 100 000 $ et plus, il est important de noter que la liste pour l'année 2022-2023 ne compte que des équipements dont la fin de vie utile a déjà été confirmée et qui ne peuvent plus être réparés, leur bris entrainera automatiquement une fin d'opération avec un potentiel très élevé de bris de services et/ou la mise en place de mesures d'atténuation visant à limiter les impacts au niveau du service, lorsque c'est possible.
- Dans chacun des cas (rénovations et remplacement des équipements), nous faisons face à un déficit d'entretien et de remplacement dû à l'écart qui se creuse d'année en année entre les besoins qui ne

cessent de croître entre autres à cause du vieillissement de nos actifs et des budgets octroyés chaque année qui sont nettement insuffisants. Les hôpitaux les plus récents du RSV, tels Edmundston et Campbellton, datent déjà du début des années 1990 et exigent à présent des investissements considérables pour leur maintien dans un bon ordre de fonctionner (chaufferie, ventilation et climatisation, enveloppe extérieure, etc.).

- Du côté des équipements majeurs, on estime en moyenne les besoins entre ± 15 M$ à 20 M$ par année pour arriver à remplacer les équipements de 100 000 $ et plus, qui seront en fin de vie. Avec les budgets octroyés, on arrive à investir approximativement 4 M$ par année. Cela exclut tous les autres besoins pour les équipements dont la valeur se trouve entre 5 000 $ et 100 000 $. Le déficit est majeur et le MS a été sensibilisé et le sera davantage.

Considérations importantes

- Le ministère de la Santé accorde au Réseau de santé Vitalité des budgets capitaux distincts pour les équipements et pour les infrastructures.
- La liste d'équipements majeurs (100 000 $ et plus) doit être approuvée par le MS avant de procéder à l'achat de ceux-ci.
- 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.

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	☒	☐	☐	…
Qualité et sécurité	☐	☐	☒	Ne pas remplacer un équipement peut signifier un arrêt de service
Partenariats	☒	☐	☐	…
Gestion des risques (analyse légale)	☒	☐	☐	…
Allocation des ressources (analyse financière)	☐	☐	☒	Plusieurs équipements qui valaient moins de 5 000 $ dont le remplacement était pris en charge au niveau des coûts d'opération, valent maintenant plus de 5 000 $ et viennent s'ajouter aux équipements capitaux. La pression s'accentue.
Impacts politiques	☒	☐	☐	…
Réputation et communication	☐	☒	☐	Risque de rupture de services si certains remplacements ne sont pas faits au bon moment.

Suivi à la décision

- Le MS sera informé de l'approbation des plans quinquennaux par le Comité des finances et de vérification et il pourra par la suite prendre sa décision sur les budgets qu'il va nous octroyer.
- Le RSV va renforcer le message au MS quant au déficit d'entretien et aux défis de rattrapages déjà présents et à venir.

Proposition et résolution

Proposé par
Appuyé par
Et résolu que le Comité des finances et de vérification approuve les budgets capitaux 2022-2023 tels que présentés.
Adopté

Soumis le 29 octobre 2021 par Stéphane Legacy, vice-président aux Services de consultation externe et aux Services professionnels, et par intérim, aux Services de soutien.

Services de consultation externe et Services professionnels
Outpatient and Professional Services

1750, promenade Sunset Drive
Bathurst NB E2A 4L7
506-544-3000
www.vitalitenb.ca

Le 30 septembre 2021

Monsieur Charles Chouinard
Directeur à la planification des installations
Ministère de la Santé
C.P. 5100
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8

Objet : Budgets capitaux 2021-2022 - Volet rénovations pour maintien des actifs et volet rénovations fonctionnelles

Monsieur,

Veuillez trouver en pièces jointes la version préliminaire de notre plan quinquennal en vue du financement en projets capitaux, volet rénovations pour maintien des actifs et volet rénovations fonctionnelles.

Il s'agit d'une version préliminaire, car elle n'est pas encore approuvée par le Comité de finance du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité. Elle représente la liste la plus fidèle des priorités que nous pouvons anticiper en ce moment.

Comme vous pourrez le constater, le montant requis pour traiter les projets que nous jugeons nécessaires d'amorcer en 2022-2023 dépasse largement ce qui nous est octroyé habituellement. Nous sommes bien conscients des limites budgétaires gouvernementales, mais nous tenons tout de même à vous informer que le déficit d'entretien va continuer de grandir, tout comme la probabilité que des conséquences fâcheuses surviennent si les projets de rénovations pour le maintien des actifs ne sont pas complètement assurés en temps opportun.

Dans les faits, nos installations vieillissent, même les plus récentes sont entrées dans un âge qui exige maintenant des investissements significatifs qui s'ajoutent aux autres besoins.

Espérant que le tout est conforme, veuillez accepter, Monsieur, l'expression de mes sentiments dévoués.

Le vice-président,

Stéphane Legacy
Services de consultation externe et Services professionnels
Services de soutien (par intérim)

SL/jr

c. c. Frances Desrosiers, présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité
Charles Chouinard, directeur de la Planification des établissements de santé et des Services ministériels
Martin Pelletier, directeur principal des Services de soutien
Comité régional des équipements

PLAN QUINQUENNAL DES PROJETS D'AMÉLIORATIONS IMMOBILIÈRES 2022-2027

Projets de rénovation pour maintien des actifs 2022 - 2023			
Ordre	**Projets 2022 - 2023**	**Zone**	**Budget**
1	Balance de financement requise pour projet amorcé en 21-22 - Ajout d'un système de ventilation / air climatisée - Hôpital de Lamèque	6	500 000 $
2	Balance de financement requise pour projet amorcé en 21-22 - Remplacement système d'appel infirmier - CHU Dumont	1B	3 000 000 $
3	Remplacement de la génératrice - Hôtel-Dieu de St-Quentin	4	650 000 $
4	Remplacement de la génératrice - Hôpital de Tracadie	6	650 000 $
5	Remplacement du système d'alarme incendie - Hôpital de Tracadie	6	500 000 $
6	Réparation de la cheminée - Hôpital régional d'Edmundston	4	500 000 $
7	Réparation de la cheminée - Hôpital de Caraquet	6	150 000 $
8	Réparation de deux cheminées - Hôpital régional Chaleur	6	500 000 $
9	Réparation de la cheminée - Hôpital de Grand-Sault	6	300 000 $
10	Réparation des joints de maçonnerie et des contours de fenêtres - Hôpital d'Edmundston	4	250 000 $
11	Réparation de mise à niveau de la génératrice - Hôpital de Caraquet	6	300 000 $
12	Remplacement des panneaux d'alarme incendie - Hôpital d'Edmundston	4	500 000 $
13	Mise à niveau ascenseur - Hôtel Dieu - CHU Dumont	1B	900 000 $
14	Remplacement des fenêtres - Hôpital de Caraquet	6	250 000 $
15	Remplacement unité de ventilation - Hôpital régional Chaleur	6	750 000 $
16	Remplacement des 2 unités de ventilation (sur 2 ans) – Hôpital Stella-Maris de Kent	1B	1 000 000 $
17	Remplacement des toitures 16 et 19 - Hôpital régional Chaleur	6	375 000 $
18	Remplacement des toitures nos. 65, 66 et 68 - Centre oncologie - CHU Dumont	1B	150 000 $
19	Remplacement des chambres de congélation	5	950 000 $
		Total projeté 22-23	**12 175 000 $**

Projets de rénovation pour maintien des actifs 2023 - 2024			
Ordre	**Projets 2023 - 2024**	**Zone**	**Budget**
1	Balance de financement requise pour projet dont le design a été amorcé en 21-22 - Remplacement des systèmes de ventilation de la cuisine et de l'ancienne buanderie – Hôpital Stella-Maris de Kent	1B	700 000 $
2	Remplacement de la toiture no.7 - Hôpital de Campbellton	5	700 000 $
3	Remplacement du système de garde infirmier - Hôpital de Grand-Sault	4	100 000 $
4	Remplacer le système de contrôle pneumatique existant par un système DDC (Phase #3) - Hôpital Régional de Campbellton	5	3 000 000 $
5	Remplacement de la toiture no.3 - Hôpital d'Edmundston	4	450 000 $
6	Mise à niveau de l'intégrité des séparations coupe-feu - CHU Dumont	1B	1 000 000 $
7	Remplacement d'une boucle de refroidissement - CHU Dumont	1B	250 000 $
		Total projeté 23 - 24	**6 200 000 $**

Projets de rénovation pour maintien des actifs 2024 - 2025			
Ordre	**Projets 2024 - 2025**	**Zone**	**Budget**
1	Remplacer 2 unités et les tours de refroidissements- Hôpital Régional de Campbellton	5	2 500 000 $
2	Remplacer le réservoir d'huile souterrain par 2 réservoirs hors terre – Hôpital régional d'Edmundston.	4	350 000 $
3	Mettre à jour la source d'énergie d'urgence sur l'ascenseur – Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard	1B	200 000 $
4	Remplacer les 4 commutateurs de l'interrupteur de transfert – Hôpital régional d'Edmundston	4	450 000 $
5	Remplacer 1 commutateur de l'interrupteur de transfert – Hôpital général de Grand-Sault	4	125 000 $
6	Remplacer 1 commutateur de l'interrupteur de transfert – Hôpital Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	4	125 000 $
7	Réparer le réseau de distribution de chaleur - CHUDGLD	1B	100 000 $
8	Rehaussement des 2 sous-stations électriques – Hôpital régional d'Edmundston	4	500 000 $
9	Réparer cheminées – Hôpital de Lamèque	6	100 000 $
10	Remplacer toutes les chambres réfrigérées – Hôpital régional d'Edmundston	4	950 000 $
11	Remplacer le système de contrôle de la bouilloire – Hôpital général de Grand-Sault	4	100 000 $
12	Remplacer la toiture no. 7 – Hôpital régional d'Edmundston	4	300 000 $
		Total projeté 24 - 25	**5 800 000 $**

Améliorations immobilières projetées 2025 - 2026			
Ordre	**Projets 2025 - 2026**	**Zone**	**Budget**
1	Remplacer le système de contrôle de température dans tous les locaux (phase 3) – Hôpital régional d'Edmundston	4	3 000 000 $
2	Réparer le système de ventilation/climatisation (CVAC) – Hôpital Enfant-Jésus de Caraquet	6	550 000 $
3	Réparer le système de ventilation/climatisation (CVAC) – Hôpital de Tracadie	6	550 000 $
4	Rehausser l'ascenseur no. 2 – Hôpital général de Grand-Sault	4	350 000 $
5	Mettre à niveau les chambres d'isolement – Hôpital Régional de Campbellton	5	950 000 $
6	Mettre à niveau les chambres d'isolement – Hôpital régional d'Edmundston	4	950 000 $
		Total projeté 25 - 26	**6 350 000 $**

Améliorations immobilières projetées 2026 - 2027			
Ordre	**Projet 2026 - 2027**	**Zone**	**Budget**
1	Ajouter une chambre d'isolement pour contagion (pression négative) à l'urgence – Hôpital régional d'Edmundston	6	300 000 $
2	Rénovation pour optimiser l'utilisation des espaces existants – Hôpital Régional de Campbellton (urgence, vestiaires médecins, archives, etc.)	5	300 000 $
3	Rénovation pour optimiser l'utilisation des espaces localisés au sous-sol – Hôpital régional d'Edmundston	4	975 000 $
4	Agrandir l'URDM – Hôpital régional d'Edmundston	4	450 000 $
5	Remplacer le réservoir de condensat et le DA de la chaudière – Hôpital Régional de Campbellton	5	800 000 $
6	Remplacer le système « scavenging » – Hôpital régional d'Edmundston	4	500 000 $
7	Réparer les chaudières – Hôpital de Tracadie	6	850 000 $
8	Ajouter une génératrice d'urgence - Hôpital de Tracadie	6	550 000 $
		Total projeté 26 - 27	**4 725 000 $**

PROJETS MAJEURS EN COURS DE CONSTRUCTION			
	Description du projet	**Coût total estimé des projets**	**Budget requis estimé 2022-2023**
1	Construction (120 000 pi.ca.) d'un agrandissement pour services chirurgicaux au CHUDGLD – Moncton	101 000 000 $	Information à venir du MTI (projet devrait être terminé)
2	Construction (210 000 pi. ca.) d'un agrandissement pour l'Hôpital régional Chaleur – Bathurst	217 000 000 $	Information à venir du MTI
3	Centre de réadaptation en toxicomanie - Campbellton	12 100 000 $	Information à venir du MTI
4	Centre de santé mentale pour jeunes -- Moncton	17 000 000 $	Information à venir du MTI
	Grand total :	**347 100 000 $**	À venir par MTI

Réseau de santé Vitalité

	Description du projet	Coût total estimé des projets	Budgets requis 22-23 (Plan directeur, plans et devis ou réalisation)
	Projets majeurs en demandes 2022-2023		
1	Réalisation plans et devis – Agrandissement de l'urgence et des cliniques externes et ambulatoires au CHUDGLD – *PFT en cours de réalisation*	148 000 000 $	5 000 000 $
2	Aménagement d'une unité ambulatoire endoscopique dans les espaces laissés vacants par le bloc opératoire CHU Dumont	6 500 000 $	3 000 000 $
3	Rénovation gynéco-obstétrique afin de créer un unité mère-enfants	4 000 000 $	1 500 000 $
4	Réalisation du Plan directeur immobilier (PDI) pour l'Hôpital régional d'Edmundston	50 000 000 $	500 000 $
5	Réaménagement pour mise à la norme des pharmacies stériles et de chimiothérapie, toutes les zones - *Analyse interne réalisée, nécessite l'embauche de professionnels pour réalisations de plans et devis.*	12 000 000 $	500 000 $
6	Construction pour le remplacement de l'IRM mobile par un IRM fixe à l'Hôpital de Campbellton – *Nécessite l'embauche de professionnels pour réalisation de plans et devis.*	3 200 000 $	250 000 $
7	Réaménagement d'un stationnement et accès au CHR Campbellton – *Plans et devis réalisés.*	3 500 000 $	3 000 000 $
8	Construction d'un stationnements étagé CHU Dumont	25 000 000 $	5 000 000 $
9	Réaménagement d'un stationnement et accès à l'Hôpital d'Edmundston – *Plans et devis réalisés.*	2 000 000 $	2 000 000 $
	Grand total :	**254 200 000 $**	**20 750 000 $**

Services de consultation externe et Services professionnels
Outpatient and Professional Services

1750, promenade Sunset Drive
Bathurst NB E2A 4L7
506-544-3000
www.vitalitenb.ca

Le 3 octobre 2021

Monsieur François Varin
Conseiller en soins de santé
Ministère de la Santé
C.P. 5100
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8

Objet : Budgets capitaux 2021-2022 – Plan quinquennal des équipements médicaux de plus de 100 000 $

Monsieur,

Veuillez trouver en pièces jointes la version préliminaire de notre plan quinquennal en vue du financement en projets capitaux pour le remplacement des équipements de plus de 100 000 $.

Il s'agit d'une version préliminaire, car elle n'est pas encore approuvée par le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité (Comité de finances et de vérification qui se tient le 16 novembre 2021), elle représente la liste la plus fidèle des priorités que nous pouvons anticiper en ce moment. À titre indicatif, notre parc actuel d'équipements de plus de 100 000 $ est estimé à 350 millions de dollars et il y a 71 équipements majeurs, pour une valeur de remplacement de plus de 32 M$ qui sont en fin de vie active ou le seront dans une période de 12 mois. De ce lot, les plus urgents ont évidemment été priorisés en 2022-2023.

Ainsi, pour l'année 2022-2023, chaque équipement a été évalué et coté le plus objectivement possible à l'aide d'un outil de priorisation interne, sur la base des critères suivants : la preuve de fin de vie de l'équipement, le niveau d'utilisation de l'équipement, les impacts sur la sécurité du patient, l'accessibilité aux soins et sur l'état de santé des patients, et finalement, sur l'amélioration de l'efficience du service.

Comme vous le savez déjà, nos besoins dépassent largement ce qui nous est octroyé habituellement. Nous sommes bien conscients des limites budgétaires gouvernementales, mais nous tenons tout de même à vous aviser que le déficit de remplacement va continuer de grandir tout comme la probabilité que des conséquences non négligeables surviennent si les remplacements ne sont pas réalisés en temps opportun.

Dans les faits, le mode « urgence » de remplacement est donc de plus en plus utilisé pour justifier un remplacement. Ce mode est invoqué lorsque l'appareil ne fonctionne plus ou lorsque l'on anticipe une fin d'opération à l'intérieur de quelques semaines avec une conséquence sur l'accessibilité aux soins.

Finalement, vous demandiez à recevoir les formulaires de demandes de chacun des équipements priorisés pour l'année 2022-2023; nous vous ferons parvenir ces documents dans un envoi séparé d'ici le 8 octobre prochain.

Espérant que le tout est conforme, veuillez accepter, Monsieur, l'expression de mes sentiments dévoués.

Le vice-président,

Stéphane Legacy
Services de consultation externe et Services professionnels
Services de soutien (par intérim)

SL/jr

c. c. Frances Desrosiers, présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité
Gisèle Beaulieu, vice-présidente – Performance et Qualité
Charles Chouinard, directeur de la Planification des établissements de santé et des Services ministériels
Martin Pelletier, directeur principal des Services de soutien
Comité régional des équipements

PLAN QUINQUENNAL 2022-2027
REMPLACEMENT DES ÉQUIPEMENTS DE PLUS DE 100 000 $

Ordre	Équipements priorisés 2022 – 2023 Tous des appareils dont la fin de vie est confirmée et qui ne sont plus supporté ou dont le support est limité – Haut risque de rupture de services	Zone	Secteur	Budget
1	Système de planification des traitements d'oncologie – Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard Moncton – Phase 2 de 3	1B	Onco	400 000 $
2	Radiographie mobile (C-Arm) - CHUDGLD Campbellton	5	Bloc Op	200 000 $
3	Lave-vaisselle – Hôpital régional d'Edmundston	4	Cuis	750 000 $
4	Appareil Pac Med	1B	Phar	250 000 $
5	Analyseur hématologie Caraquet	6	Labo	120 000 $
6	Analyseur hématologie Tracadie	6	Labo	120 000 $
7	Appareil d'échographie – Hôpital régional d'Edmundston	4	Im Med	750 000 $
8	Moniteurs cardiaques phase 1 de 3 – Edmundston	4	U soins	1 000 000 $
9	CT SIM (50% Fondation)	1B	Onco	350 000 $
10	Table de fluoroscopie (urologie)	1B	Clin Ext	445 795 $
11	ANGIO Wide field fundus camera CARL ZEISS CAN	6	Clin Ext	150 000 $
12	Radiographie multifonction Bathurst	6	Im Med	1 000 000 $
13	Remplacement des moniteurs salle de réveil	6	Bloc Op	300 000 $
14	Laser Holmium Vag Urologie	6	Bloc Op	130 000 $
15	Storz System - orthopédie	5	Bloc Op	100 000 $
16	IRM fixe Campbellton	5	Im Med	1 800 000 $
17	Caméra Gamma Bathurst	6	Im Med	1 200 000 $
18	Radioscopie Multi Fonction Edmundston	4	Im Med	1 000 000 $
19	Radioscopie Multi Fonction Moncton	1B	Im Med	1 000 000 $
20	Salle d'angiothérapie CHU Dumont	1B	Im Med	1 200 000 $
21	Salle de DR Stella Maris de Kent	1B	Im Med	500 000 $
22	Moniteurs Campbellton phase 1 de 3	5	U Soins	1 000 0000 $
23	MALTI-DOF système d'dentification bactérienne (spectrométrie de masse)	6	Labo	220 000 $
24	Shurpath - Slide Prep	4	Labo	110 000 $
			Total priorisé 2022 - 2023	**14 095 795 $**

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

N0.	Équipements projetés 2023 – 2024	Zone	Secteur	Budget
1	Radiographie portative Edmundston	4	Im Med	180 000 $
2	Radiographie portative numérique Moncton	1B	Im Med	850 000 $
3	Appareil de mammographie Moncton	1B	Im Med	650 000 $
4	Appareil de mammographie Bathurst	6	Im Med	650 000 $
5	Appareil de mammographie Campbellton	5	Im Med	650 000 $
6	Appareil de mammographie Edmundston	4	Im Med	650 000 $
7	Salle de DR Campbellton	4	Im Med	500 000 $
8	Appareil d'échographie Bathurst	6	Im Med	250 000 $
9	Colorateur/monteur de lame	4	Labo	120 000 $
10	Analyseur ELISA X2	1B	Labo	240 000 $
11	« UroNav Fusion » Système de biopsies	1B	Clin Ext	176 000 $
12	Table d'orthopédie fractures	4	Bloc Op	200 000 $
13	« King Fisher » Micro	1B	Labo	100 000 $
14	Scanner de lames Hamamatsu S360 Histo	1B	Labo	250 000 $
15	Appareil radiographie de spécimens Histo	1B	Labo	250 000 $
16	Colorateur/monteur de lame Histo	1B	Im Med	120 000 $
17	Salle de DR Moncton	1B	Im Med	500 000 $
18	WASP (Ensemencement) Micro	1B	Labo	265 000 $
19	Liaison XL	1B	Labo	125 000 $
20	Moniteurs cardiaques Phase 2 de 3 Edmundston	4	U Soins	1 000 000 $
21	Moniteurs cardiaques Phase 2 de 3 Campbellton	5	U soins	1 000 000 $
22	Lave-vaisselle Moncton	1B	Serv Alim	750 000 $
23	Système de planification des traitements d'oncologie – Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard Moncton – Phase 3 de 3	1B	Onco	400 000 $
24	Système de réchauffement des plateaux Bathurst	6	Serv Alim	603 000 $
25	Unités de chambres froides	6	Serv Alim	100 000 $
26	Projecteur de source HDR (+ applicateurs)	1B	Onco	1 000 000 $
			Sous-total projeté (1) 2023 - 2024	**11 579 000 $**

No.	Équipements projetés 2023 – 2024 (suite)	Zone	Secteur	Budget
27	OCT- Angiographe ophtalmoliogie	6	CI Ext	150 000 $
28	OCT- Angiographe-Ophtalmologie	4	CI Ext	150 000 $
29	Laser CO2 (gynéco)	1B	CI Ext	225 000 $
30	OCT- Angiographe-Ophtalmologie	1B	CI Ext	150 000 $
31	Appareil d'hydro-chirurgie	1B	Bloc Op	120 000 $
32	Ultrason Ebus	1B	CI Ext	220 000 $
33	PacMed + PacVision +double shutter	6	Phar	390 000 $
34	PacMed	5	Phar	250 000 $
35	PacVision	5	Phar	175 000 $
36	PacMed	4	Phar	250 000 $
37	Computer de cellules	4	Labo	210 000 $
38	Automates de sérologie BEP 2000	1B	Labo	150 000 $
39	Liquid Based Cytology equipment	6	Labo	110 000 $
40	Circulateur tissue processor	1B	Labo	125 000 $
41	KIESTRA appareil	1B	Labo	1 000 000 $
42	Identification bactérienne	6	Labo	200 000 $
43	Analyseur d'hématologie (2)	6	Labo	240 000 $
44	Analyseur de chimie (2)	6	Labo	300 000 $
45	Analyseur Vision (ABO-RH_ab)	6	Labo	110 000 $
46	Plateforme cytogenomic	1B	Labo	400 000 $
47	Bactec	1B	Labo	120 000 $
48	Omnis (immuno)	1B	Labo	110 000 $
49	Appareil hématologie automatisé (Sysmex)	1B	Labo	425 000 $
50	Appareil hématologie automatisé (Sysmex)	1B	Labo	125 000 $
51	Mise à jour plateforme NGS	1B	Labo	900 000 $
52	Appareil d'echo cardiaque	6	Im Med	250 000 $
			Sous-total projeté (2) 2023 - 2024	**6 855 000 $**

No.	Équipements projetés 2023 – 2024 (suite)	Zone	Secteur	Budget
53	C-Arm	4	Im med	225 000 $
54	C-Arm	1B	Im med	225 000 $
55	C-Arm	5	Im med	225 000 $
56	Echographie Edmundston (2)	4	Im Med	440 000 $
57	Salle de DR -Caraquet	6	Im med	500 000 $
58	Portable ultrasound (2)	1B	Im med	120 000 $
59	C-Arm	1B	Im med	240 000 $
60	Salle de DR (HBA)	6	Im Med	500 000 $
61	Ultrason mammaire 3D ABUS ((Automated Breast Ultrasound System)	4	Im med	250 000 $
62	Ultrason mammaire 3D ABUS ((Automated Breast Ultrasound System)	1B	Im med	250 000 $
63	Ultrason mammaire 3D ABUS ((Automated Breast Ultrasound System)	5	Im med	250 000 $
64	Table 6D pour SBRT/SRS	1B	Onco	350 000 $
65	Ordinateur de contrôle TP2(Orthovoltage XSTRAHL)-Arbre de l'Espoir	1B	Onco	115 000 $
66	Module RT pour MRI	1B	Onco	300 000 $
67	Surface Guided Radiotherapy pour Gating	1B	Onco	500 000 $
68	System Response pour Gating	1B	Onco	150 000 $
69	Detecteur spécialisé pour la radiochirurgie	1B	Bloc Op	100 000 $
70	Salle d'OP intégré # 2 et 3	4	Bloc Op	500 000 $
71	Table chirurgie osi(jackson) chirurgie dos et urologie-Fracture	1B	Bloc Op	270 000 $
72	Appareil de stérilisation	4	Bloc Op	120 000 $
73	Appareil de stérilisation Sterrad	5	Bloc Op	120 000 $
74	Laser chirurgical CO2 <<acupulse>>	1B	Bloc Op	100 000 $
75	Salle <<MIS>> pour chirurgie par laparoscopie-Développement	5	Bloc Op	250 000 $
76	Laser Holmium	4	Bloc OP	130 000 $
77	Appareil de mammographie (GS)	4	Im Med	650 000 $
			Sous-Total projeté (3) 2023 - 2024	**6 880 000 $**
			Total 2023 - 2024	**25 341 000 $**

No.	Équipements projetés 2024 – 2025	Zone	Secteur	Budget
1	Moniteurs cardiaques Phase 3 de 3 Edmundston	4	U Soins	1 000 000 $
2	Moniteurs cardiaques Phase 3 de 3 Campbellton	5	U Soins	1 000 000 $
3	Autoembedding system Bathurst	6	Labo	240 000 $
4	Barcoding system- Pathologie Bathurst	6	Labo	450 000 $
5	Salle de radioscopie multi fonction Edmundston	4	Im Med	1 000 000 $
6	Mobile DR Bathurst	6	Im Med	180 000 $
7	C-Arm Bathurst	6	Im Med	225 000 $
8	C-Arm Moncton	1B	Im Med	225 000 $
9	Gamma Camera Edmundston	4	Onco	1 200 000 $
10	CT Scan - Tracadie	6	Im med	1 600 000 $
11	MRI upgrade Moncton	1B	Im Med	675 000 $
12	MRI upgrade Edmundston	4	Im Med	675 000 $
13	MRI upgrade Bathurst	6	Im Med	675 000 $
14	CT Scan Moncton	1B	Im Med	1 600 000 $
15	Système de réchauffement plateau Moncton	1B	Serv Alim	850 000 $
16	Accélérateur Radio-onco (1 de 3) Moncton	1B	Onco	2 800 000 $
17	Plestimographe Moncton	1B	Cl Ex	108 000 $
18	Robot – Davinci -Urologie	1B	Bloc Op	5,000,000 $
19	Salle d'opération intégré	1B	Bloc Op	1 000 000S
20	Stérilisateur à basse temperature Campbellton	5	Bloc Op	100 000 $
21	Cabinet de distribution de médicament (phase 1 de 3)	Reg.	Pharm	1 500 000 $
			Total projeté 2024 - 2025	**22 103 000 $**

No.	Équipements projetés 2025 – 2026	Zone	Secteur	Budget
1	Appareil mobile DR Campbellton	5	Im Med	180 000 $
2	Appareil de densitométrie Bathurst	6	Im Med	100 000 $
3	Appareil de densitométrie Moncton	1B	Im Med	100 000 $
5	CT Scan Bathurst	6	Im Med	1 600 000 $
6	Cabinet de distribution de médicament (2 de 3)	Reg	Phar	1,500,000 $
7	PET – CT Moncton	1B	Onco	2 600 000 $
8	Accélérateur Radio- Onco 2 de 3	1B	Onco	2 800 000 $
			Total projeté 2025 - 2026	**8 880 000 $**

No.	Équipements projetés 2026 – 2027	Zone	Secteur	Budget
1	Ct Scan Edmundston	4	Im Med	1 600 000 $
2	Accélérateur Radio- Onco 3 de 3	1B	Onco	2 800 000 $
3	Ct Scan Campbellton	5	Im med	1 600 000 $
4	Cabinet de distribution de médicament (3 de 3)	reg	Pharm	1 500 000$
			Total projeté 2026 - 2027	**7 500 000 $**

Note d'information

Point 7.2

Nome du comité : Comité des finances et de vérification

Date : 16 novembre 2021

Objet : États financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2021

Décision recherchée

Approbation des états financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2021.

Contexte/problématique

- Le rapport des 6 premiers mois de l'exercice financier 2021-2022 ci-joint a été préparé par la direction des Services financiers en conformité aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- La crise pandémique continue d'avoir des impacts sur le fonctionnement normal du Réseau, les résultats financiers réels sont influencés par ces bouleversements inhabituels. Les budgets d'opération ont été préparés en considération d'un environnement historique avant la crise, tout en tenant compte des aspects financiers récurrents.
- 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. Tout écart budgétaire découlant de la crise sera suivi et reporté.
- 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 de ces 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 2021-2024, en date du 30 juillet 2021.
- 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 restreints 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 2021-2022 en mai dernier, qui occasionne un impact au présent budget.
- Les coûts additionnels engendrés par la pandémie ne font pas partie du budget approuvé. Le ministère de la Santé reconnait que les initiatives relatives à la gestion de la pandémie peuvent provoquer un déséquilibre budgétaire se résultant à une position de déficit d'opération, toutefois le ministère s'engage à communiquer avec le réseau sur un financement afférent au cours de l'année.
- 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	☒	☐	☐	…
Qualité et sécurité	☒	☐	☐	…
Partenariats	☒	☐	☐	…
Gestion des risques (analyse légale)	☐	☒	☐	…
Allocation des ressources (analyse financière)	☐	☒	☐	…
Impacts politiques	☐	☒	☐	…
Réputation et communication	☐	☒	☐	…

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 30 septembre 2021.
Adopté

Soumis le 27 octobre 2021 par Alain Lavallée, chef des Services financiers

Sommaire exécutif

Le sommaire exécutif couvre les résultats financiers du 1er avril 2021 au 30 septembre 2021.

Après 6 mois d'opération, le Réseau de santé Vitalité affiche un déficit de 16.5 M$ (voir **Tableaux A et B** pour les détails). Ce déficit est causé en majeur partie par la pandémie COVID-19, ce qui comprend une portion de la réduction des revenus prévus des patients de 4.1M$, dont 2.5M$ provient directement de la restriction des patients hors province, et des coûts additionnels en EPI, cliniques de vaccination et de triage et autres de l'ordre de 11.1M$ non budgétés (voir Tableau E). Les budgets nets d'opération affichent dans son ensemble un déficit temporaire au budget de 1.3M$, causé principalement par des projets de rénovations, dont le budget avait été attribué dans les mois subséquents.

Tableau A : États des résultats – sommaire par programme

Réseau de Santé Vitalité
États des résultats
Pour la période se terminant le 30 septembre 2021

FINANCEMENT	Total à date Actuel	Total à date Budget	Écarts Surplus / (déficitaire)	% d'écart budget	Budget annuel
Ministère de la Santé	284,861,414 $	284,916,717 $	(55,303) $	0.0%	594,338,311 $
Amendement budgétaire - opérations	15,992,710	15,991,068	1,642	0.0%	33,076,477
Revenus de patients *	11,055,556	15,199,832	(4,144,276)	-27.3%	31,065,476
Assurance maladie	34,504,678	33,930,316	574,362	1.7%	72,743,353
Fonds fédéraux	3,674,408	3,712,514	(38,106)	-1.0%	7,640,436
Autre recouvrement et ventes	3,571,317	3,441,063	130,254	3.8%	7,086,285
Total des financements	**353,660,083 $**	**357,191,510 $**	**(3,531,427) $**	**-1.0%**	**745,950,338 $**
DÉPENSES PAR PROGRAMMES					
Services aux patients hospitalisés	70,859,468	75,460,124	4,600,656	6.1%	155,923,970
Services ambulatoires **	36,363,092	35,595,102	(767,990)	-2.2%	73,584,658
Serv. de diagnostic / thérapeutique / professionnel	64,223,653	61,813,473	(2,410,180)	-3.9%	126,603,319
Services tertiaires	30,918,642	29,328,899	(1,589,743)	-5.4%	60,011,715
Santé mentale et services communautaires **	35,414,863	35,589,403	174,540	0.5%	74,127,292
Services de soutien	50,131,811	45,246,604	(4,885,207)	-10.8%	97,221,104
Affaires médicales et formation académique	7,623,436	8,298,913	675,477	8.1%	18,312,258
Services administration et autres **	26,962,429	27,757,628	795,199	2.9%	58,848,632
Pandémie	9,173,411	-	(9,173,411)		-
Dons / Fondations	227,379	436,869	209,490	48.0%	877,813
Anciens combattants	3,578,567	3,611,642	33,075	0.9%	7,421,224
Assurance maladie	34,642,181	34,052,853	(589,328)	-1.7%	73,018,353
Total des dépenses d'opérations & pandémie	**370,118,932 $**	**357,191,510 $**	**(12,927,422) $**	**-3.6%**	**745,950,338 $**
SURPLUS/(DÉFICIT) D'OPÉRATION	**(16,458,849) $**	**- $**	**(16,458,849) $**		**- $**
Revenus en capital	6,000,000	6,000,000	-	0.0%	12,000,000
Amortissement des immobilisations	(15,742,725)	(15,750,000)	(7,275)	0.0%	(31,500,000)
Prestations constituées pour congés de maladie	(250,000)	(250,000)	-	0.0%	(500,000)
TOTAL SURPLUS / (DÉFICIT)	**(26,451,574) $**	**(10,000,000) $**	**(16,451,574) $**		**(20,000,000) $**

* 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. Toutefois, les coûts incrémentaux répartis dans les divers secteurs ne pouvant pas être dissociés systématiquement sont reportés dans leurs secteurs respectifs.

Tableau B – Tableau des écarts des résultats opérationnels au 31 juillet 2021.

Financement / revenus	**(3 531)$**	
Ministère de la santé	(55K)	Représente un écart entre les fonds confirmés et à recevoir par le ministère.
Amendements budgétaires (Exclus l'allocation pour les revenus patient)	2K	Les principaux écarts sont liés aux dépenses opérationnelles supplémentaires recouvrables par le biais d'amendements budgétaires : (543K)$ pour les allocations de retraites payées, 1,4M$ pour les médicaments oncologiques (679K)$ pour le bloc opératoire Dumont (463K)$ pour les Services de sécurité, 281K$ pour les autres initiatives financées. (Voir le Tableau D pour des informations additionnelles).
Revenus de patients	(4 144K)	La majeure partie de l'écart sur les revenus de patients de 4.1M$ est habituellement remboursable en fin d'année par le ministère. Selon la directive issue en 2020-2021, le montant compensé sera déterminé selon les résultats nets de fin d'année, en considérant la récupération des dépenses liées au COVID-19, et les réductions des dépenses d'opération causées par des ralentissements des services cliniques.
Fonds fédéraux Autres recouvrements et ventes	92K	Les autres recouvrements et ventes pour la première partie de l'année sont de 78K$ inférieur à l'année précédente.
Assurance maladie	574K	Les revenus s'équilibrent en majeur partie avec les dépenses salariales des médecins remboursables par l'Assurance-maladie.
Dépenses	**(12 929K)$**	
Pandémie – COVID-19	(11 133K)$	Les dépenses de la pandémie pour les périodes se terminant en septembre 2021 s'élèvent à 11 132 671$ répartis selon : - Salaires et bénéfices 5 458 595$ - Médicaments 70 461 - Fournitures médicales, chirurgicales (EPI) 2 047 737 - Fournitures de laboratoire (tests) 1 511 452 - Petits équipements, cliniques et autres dépenses 2 044 426 Ces dépenses, basés sur les coûts incrémentaux en rapport aux tendances de l'année précédant la crise sont, soit présentées dans les différents départements cliniques sous les catégories des FMC et autres pour 1 959 273$, soit comptabilisées séparément sous la catégorie Pandémie pour un montant de 9 173 398$. Le tableau E démontre le détail des dépenses estimées en lien à la pandémie.
Salaires et bénéfices Excluant : Pandémie (5 459K) Assur. maladie (599K)	4 895K	Plusieurs membres du personnel infirmier, entre autres, continuent d'être réaffectés aux responsabilités du COVID-19 alors que plusieurs activités de soins, ayant été réduites durant l'année précédente, se réorganisaient pour reprendre le cours régulier de leurs fonctions, ce jusqu'à l'arrivée brusque de la 4e vague. Au cours de cette période, les heures supplémentaires ont ralenti leur ascension dans les 2 derniers mois, atteignant 28.8% (+47 680 hrs) les heures de la même période de 2019-2020, et de 44.5% (+65 586) de l'année précédente (durant le début de la crise). Les heures maladie ont continué de grimper dépassant le niveau de 2019-2020 avec un taux de 4.2% (+11 893 hrs près). En comparaison à l'année dernière alors que les heures de maladie avaient diminué, le taux de maladie de cette année est plus élevé de 10.5% (+28 451 hrs). Le taux des heures travaillées démontre une faible réduction à -0.1% (-5 712 hrs) comparativement à l'année passée. Toutefois, en 2019-2020 (avant la crise), les heures travaillées étaient inférieures de 137 872 hrs, ce qui démontre que le nombre d'heures a augmenté de 2.9% comparativement avec l'année avant la crise.

Salaires et bénéfice (cont.)		Les écarts favorables dans les salaires et bénéfices excluant les dépenses COVID sont expliqués comme suit : - salaires et bénéfices – opération ordinaires 4 247 K - Travail sécuritaire (TSNB) et allocation de retraites 648 K
Médicaments Excluant : Pandémie (70K)	(1 088K)	Les écarts budgétaires dans les dépenses de médicaments sont principalement influencés par deux secteurs de services tertiaires et Unités satellites (837k) : Les frais en médicaments en oncologie et en néphrologie sont demeurés relativement stable, alors que les visites au total sont soit supérieures ou stables. Les médicaments d'oncologie sont supérieurs de 19.3% par rapport à l'année dernière, avec 22 867 visites qui représentent 3 179 visites (+16.1%) de plus. Toutefois, le nombre de visites n'a pas encore atteint les niveaux plus élevés de 2019-2020 (24,587 visites). Une réduction de 4.2% (140k$) est observée dans les dépenses en néphrologie, avec 33 956 visites de patients, soit un nombre de 948 visites en plus de la même période avec l'année dernière. Ces traitements avaient augmenté en 2020-2021 de 740 visites. À noter qu'un montant de 1.4 M$ en amendements budgétaires additionnels au budget couvre les coûts supplémentaires des médicaments. Autres services cliniques : Les frais de médicaments pour les autres services cliniques représentent un écart négatif de 244K sur un budget de 6,0M. Les cas en salles d'opération ont augmenté de 21.6% (1 629 cas) selon l'année précédente pour un total à jour de 9 181 cas (en 2019-2020 9 678 cas), les jours-patients de 16 427 jours +11.0 % et les visites aux urgences de 9 446 visites +11.9%.
Fournitures médicales, chirurgicales, et autres dépenses Excluant : Pandémie (5 604K) Assur Maladie 10K	(5 012K)	Cet écart défavorable est principalement expliqué par les coûts additionnels occasionnés par les rénovations majeures 2.8M$ et les dépenses en bâtiment et infrastructures de 1.1k$. Plusieurs de ces projets, ayant débuté l'année dernière, ont subi des retards causés par l'accroissement des restrictions pour les travailleurs hors province. Une allocation budgétaire mise de côté pour ces projets a été répartie sur plusieurs mois dont certains sont sur les mois à venir. De plus, un écart négatif de 1.1M$ est remarqué dans l'achat de petits équipements, qui est aussi représentatif aux retards dans les commandes de l'année passée. À noter que les dépenses de FMC et autres fournitures incrémentales associées aux ÉPI sont enregistrées dans les dépenses de pandémie
Assurance maladie	(589K)	Les dépenses s'équilibrent avec les revenus provenant de l'Assurance-maladie.
Écart de déficit au budget	**(10 772K)$**	**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 30 septembre 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 30 septembre 2021

	Total à date						Total année
Dépenses par programme	**Salaires & Bénéfices**	**Médicaments**	**Fournitures & Autres dépenses**	**Total Réel**	**Budget**	**% écart au budget**	**Budget**
						fav/(déf)	
Soins aux patients hospitalisés							
Administration soins infirmiers	5,284,065	121	160,821	5,445,007	5,725,010	4.9%	11,875,395
Unités médicales	14,558,538	1,086,857	1,261,151	16,906,546	18,479,059	8.5%	38,146,129
Unités chirurgicales	5,631,247	508,315	573,355	6,712,917	7,802,345	14.0%	15,858,793
Soins intensifs	5,587,451	571,176	952,174	7,110,801	6,990,443	(1.7%)	14,207,684
Unité Obstétrique	5,050,415	170,718	554,519	5,775,652	6,280,573	8.0%	12,769,619
Bloc opératoire	5,800,341	775,904	9,954,064	16,530,310	16,547,615	0.1%	33,726,434
Unité Pédiatrie	1,710,535	99,613	115,850	1,925,998	2,305,950	16.5%	4,681,562
Réadaptation et soins à long terme	7,105,269	302,132	490,470	7,897,871	8,472,038	6.8%	18,846,591
Unité d'Oncologie satellite	1,256,581	496,577	128,878	1,882,036	2,036,849	7.6%	4,146,844
Unité Soins palliatifs	602,338	27,040	42,954	672,332	820,242	18.0%	1,664,919
Total - Soins aux patients hospitalisés	**52,586,780**	**4,038,453**	**14,234,236**	**70,859,468**	**75,460,124**	**6.1%**	**155,923,970**
Budget	**56,968,189**	**4,288,778**	**14,203,157**	**75,460,124**			
Variance au budget	**4,381,409**	**250,325**	**(31,079)**	**4,600,656**		**6.1%**	
Services ambulatoires							
Unité Urgences	11,209,852	1,031,791	1,319,227	13,560,870	13,438,507	(0.9%)	27,312,914
Consultations / Cliniques (excl. Clinques dépistage)	17,351,534	693,764	4,756,923	22,802,222	22,156,595	(2.9%)	46,271,744
Total - Services ambulatoires	**28,561,386**	**1,725,556**	**6,076,150**	**36,363,092**	**35,595,102**	**(2.2%)**	**73,584,658**
Budget	**28,202,135**	**1,633,394**	**5,759,573**	**35,595,102**			
Variance au budget	**(359,251)**	**(92,162)**	**(316,577)**	**(767,990)**		**(2.2%)**	
Services de diagnostic / thérapeutique / professionnel							
Imagerie diagnostique	8,412,172	114,512	5,860,885	14,387,569	14,058,137	(2.3%)	28,353,346
Laboratoires	11,780,171	1,603	10,634,963	22,416,736	21,357,320	(5.0%)	43,884,588
Thérapies respiratoires	6,269,276	35,611	1,135,382	7,440,269	6,725,586	(10.6%)	13,681,413
Pharmacie	5,846,399	738,649	1,227,246	7,812,293	7,436,902	(5.0%)	15,752,412
Services de réadaptation	11,663,029	318	503,439	12,166,786	12,235,528	0.6%	24,931,560
Total - Serv. de diagnostic / thérapeutique / professior	**43,971,046**	**890,692**	**19,361,915**	**64,223,653**	**61,813,473**	**(3.9%)**	**126,603,319**
Budget	**43,717,786**	**578,109**	**17,517,578**	**61,813,473**			
Variance au budget	**(253,260)**	**(312,583)**	**(1,844,337)**	**(2,410,180)**		**(3.9%)**	

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Dépenses par programme	Salaires & Bénéfices	Médicaments	Fournitures & Autres dépenses	Total Réel	Budget	% écart au budget	Budget
	Total à date						Total année
						fav/(déf)	
Services tertiaires							
Oncologie	5,182,884	12,292,986	1,729,405	19,205,275	17,521,401	(9.6%)	35,925,494
Hémodialyse/Dialyse à domicile	5,475,248	3,234,592	3,003,527	11,713,367	11,807,498	0.8%	24,086,221
Total - Services tertiaires	**10,658,132**	**15,527,578**	**4,732,932**	**30,918,642**	**29,328,899**	**(5.4%)**	**60,011,715**
Budget	**10,637,273**	**14,564,729**	**4,126,897**	**29,328,899**			
Variance au budget	**(20,859)**	**(962,849)**	**(606,035)**	**(1,589,743)**		**(5.4%)**	
Santé mentale et services communautaires							
Santé Mentale - Restigouche	5,132,908	117,247	253,667	5,503,822	5,841,834	5.8%	12,381,747
Santé mentale - hôpitaux	5,278,446	176,503	281,477	5,736,426	5,688,365	(0.8%)	11,541,777
Santé Mentale - communautaire	11,503,758	167	1,753,735	13,257,661	13,884,571	4.5%	29,461,271
Traitement des dépendances	3,567,809	33,195	298,955	3,899,959	3,859,917	(1.0%)	7,878,786
Santé Publique (excl Cliniques vaccination et support COVID)	6,501,729	233	515,035	7,016,997	6,314,716	(11.1%)	12,863,711
Total - Santé mentale et services communautaires	**31,984,650**	**327,345**	**3,102,869**	**35,414,863**	**35,589,403**	**0.5%**	**74,127,292**
Budget	**32,123,127**	**362,209**	**3,104,067**	**35,589,403**			
Variance au budget	**138,477**	**34,864**	**1,198**	**174,540**		**0.5%**	
Services de soutien							
Services alimentaires	4,861,128	249	2,700,088	7,561,465	7,242,177	(4.4%)	14,930,358
Services d'environnement	7,443,527	47	1,544,526	8,988,100	8,134,870	(10.5%)	16,885,389
Installations et matérielles	7,407,803	3,705	23,228,326	30,639,835	26,984,930	(13.5%)	59,529,150
Contrat sécurité	1,783,642	10	35,139	1,818,790	1,909,643	4.8%	3,895,643
Bénévoles	293,805		21,635	315,440	324,528	2.8%	660,438
Autres support	799,335		9,652	808,987	650,456	(24.4%)	1,320,126
Total - Services de soutien	**22,589,240**	**4,011**	**27,539,365**	**50,132,616**	**45,246,604**	**(10.8%)**	**97,221,104**
Budget	**22,249,798**	**5,515**	**22,991,291**	**45,246,604**			
Variance au budget	**(339,442)**	**1,504**	**(4,548,074)**	**(4,886,012)**		**(10.8%)**	
Total - Dons/Fondations	**90,737**	**-**	**136,642**	**227,379**	**436,869**	**48.0%**	**877,813**
Budget	**120,592**	**-**	**316,277**	**436,869**			
Variance au budget	**29,855**	**-**	**179,635**	**209,490**		**48.0%**	
Total - Anciens combattants	**2,527,942**	**36,086**	**1,014,539**	**3,578,567**	**3,611,642**	**0.9%**	
Budget	**2,593,763**	**11,233**	**1,006,646**	**3,611,642**			**7,421,224**
Variance au budget	**65,821**	**(24,853)**	**(7,893)**	**33,075**		**0.9%**	

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Dépenses par programme	Salaires & Bénéfices	Médicaments	Fournitures & Autres dépenses	Total Réel	Budget	% écart au budget	Budget
	Total à date						Total année
						fav/(déf)	
Affaires médicales et formation académique							
Affaires médicales	1,444,030	-	1,390,054	2,834,084	3,319,436	14.6%	7,510,001
Recherche	453,635	-	478,607	932,241	1,115,687	16.4%	2,807,816
Enseignement médicale	2,557,642	2,836	682,448	3,242,926	3,134,763	(3.5%)	6,499,215
Santé Canada	518,244	6	95,935	614,185	729,027	15.8%	1,495,226
Total - Affaires médicales et formation académique	**4,973,550**	**2,842**	**2,647,044**	**7,623,436**	**8,298,913**	**8.1%**	**18,312,258**
Budget	**5,356,618**	**-**	**2,942,295**	**8,298,913**			
Variance au budget	**383,068**	**(2,842)**	**295,251**	**675,477**		**8.1%**	
Total - Assurance maladies	**34,442,181**		**200,000**	**34,642,181**	**34,052,853**	**(1.7%)**	**73,018,353**
Budget	**33,842,991**		**209,862**	**34,052,853**			
Variance au budget	**(599,190)**	**-**	**9,862**	**(589,328)**		**(1.7%)**	
Services administratifs et autres							
Administration générales	1,735,661	(298,620)	(105,139)	1,331,903	1,715,902	22.4%	3,561,667
Communications	705,401	-	228,004	933,405	895,907	(4.2%)	1,848,374
Ressources humaines	4,360,707	13,753	590,303	4,964,763	4,980,186	0.3%	10,232,218
Services financiers	1,907,123	-	90,635	1,997,758	2,089,269	4.4%	4,577,495
Service technologie de l'information	121,186	-	46,381	167,568	109,991	(52.3%)	2,487,437
Gestion de la qualité et des risques (excl EPI et autres)	2,095,664	-	40,457	2,136,121	2,096,239	(1.9%)	4,372,498
Planification support à la décision	870,315	-	458,108	1,328,423	978,980	(35.7%)	1,993,867
Gestion de l'information sur la santé	7,378,943	58	618,216	7,997,216	8,137,896	1.7%	16,526,076
Allocations de retraite et TSNB	6,104,718	-	554	6,105,272	6,753,258	9.6%	13,249,000
Total - Services administratifs et autres	**25,279,718**	**(284,809)**	**1,967,519**	**26,962,429**	**27,757,628**	**2.9%**	**58,848,632**
Budget	**26,114,373**	**(257,872)**	**1,901,127**	**27,757,628**			
Variance au budget	**834,655**	**26,937**	**(66,392)**	**795,199**		**2.9%**	
Pandémie - (Clin de dépistage, Vacc., EPI, petit équip. etc)	5,423,795	77,095	3,672,509	9,173,398	-		-
Variance au budget	**(5,423,795)**	**(77,095)**	**(3,672,509)**	**(9,173,398)**		**na**	
Total - dépenses d'opérations	**263,089,156**	**22,344,848**	**84,685,720**	**370,119,724**	**357,191,510**	**(3.6%)**	**745,950,338**
Budget	**261,926,645**	**21,186,095**	**74,078,770**	**357,191,510**			
Variance totale au budget	**(1,162,511)**	**(1,158,753)**	**(10,606,950)**	**(12,928,214)**		**(3.6%)**	

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

AMENDEMENTS BUDGÉTAIRES POUR LA PÉRIODE SE TERMINANT LE 30 SEPTEMBRE 2021

Vous retrouverez ci-dessous, une liste des amendements budgétaires qui ont été enregistrés aux états des résultats pour la période se terminant le 30 septembre 2021.

Le tableau présente un résumé des financements additionnels obtenus par amendements budgétaires qui ont été enregistrés au réel au cours de la période. Les principaux amendements budgétaires montrent les allocations de retraites et les coûts de médicaments oncologiques, affichant des écarts de (543) k$ et de 1 406k$ respectivement. Le financement additionnel relié pour le nouveau bloc opératoire du CHUDGLD est estimé à ce jour à 1,574k$. Les demandes de financement relatives aux augmentations des taux salariales des services de sécurité ainsi que du Centre de médecine de précision n'ont pas encore été évaluées et/ou enregistrées. De plus, des demandes d'amendements additionnels ayant des dépenses de l'ordre de 408k$ se sont ajoutées dans le total à date de l'année.

Tableau D: Sommaire des financements par amendements budgétaires
Pour la période se terminant le 30 septembre 2021

Nom de l'initiative	Année à date				Total année	
	Réels	Budget	Variance	% d'écart	Budget	% budget vs Réle TAD
Allocation de retraite	1,609,972	2,153,258	(543,286)	-25.2%	4,049,000	39.8%
Médicaments - Oncologie	8,145,953	6,739,920	1,406,033	20.9%	13,800,000	59.0%
Nouveau bloc opératoire à Dumont	1,573,966	2,252,629	(678,663)	-30.1%	4,550,310	34.6%
Infirmières praticiennes - Communautaires	700,814	769,340	(68,526)	-8.9%	1,567,317	44.7%
Laboratoire de microbiologie du CHU Dumont - COVID 19	447,205	543,178	(95,973)	-17.7%	1,098,794	40.7%
Centre d'Excellence provincial pour jeunes	656,715	467,355	189,360	40.5%	973,000	67.5%
Sécurité - Augmentation salariale	-	462,824	(462,824)	-100.0%	942,233	0.0%
Financement des ressources pour la santé publique	391,761	414,523	(22,762)	-5.5%	843,159	46.5%
Projet pilote sur les aînés en santé	268,057	288,757	(20,700)	-7.2%	620,000	43.2%
Services achetés - Pathologiste - Dynacare	292,795	264,840	27,955	10.6%	600,000	48.8%
Centre de médecine de précision	-	264,840	(264,840)	-100.0%	600,000	0.0%
Autres amendements inférieurs à 500k$ budgétisés	1,904,592	1,787,375	117,217	6.6%	3,766,364	50.6%
Autres amendements inférieurs à 500K$ non budgétisé	487,502	82,229	405,273		166,300	
Total des amendements budgétaires en cours	16,479,332	16,491,068	(11,736)	-0.1%	33,576,477	49.1%
Autres aspects qui affectent le financement venant du Ministère de la Santé						
Petits équipments informatiques - SNB	(486,622)	(500,000)	13,378	-2.7%	(500,000)	97.3%
Total des autres aspects	(486,622)	(500,000)	13,378	-2.7%	(500,000)	97.3%
Total des amendements budgétaires	15,992,710	15,991,068	1,642	0.0%	33,076,477	48.4%

PANDÉMIE COVID-19 – ESTIMATION DES COÛTS INCRÉMENTAUX POUR LA PÉRIODE DU 1ER AVRIL 2020 AU 30 SEPTEMBRE 2021

Le tableau E présente les coûts incrémentaux reliés à la Pandémie. Les dépenses comprennent les ajouts en mains-d'œuvre et les heures supplémentaires pour le personnel existant, les équipements médicaux de protection individuels (ÉPI), les fournitures médicales et chirurgicales, 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, ainsi que les cliniques de vaccination.

Les efforts de vaccination de la population ont accru au cours de l'été 2021. À noter que ces coûts ne comprennent pas le coût du vaccin. En fin août et en septembre, le début de 4e vague a fait augmenter les coûts en ÉPI et autres dépenses de près de 75 % comparativement aux dépenses cumulatives des 4 premiers mois de l'année. Alors que les ressources humaines ont dû se reployer rapidement avec l'accroissement des cas reportés. Les coûts des salaires reliés au COVID ont augmenté d'environ 34 % dans le mois de septembre.

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							
Cliniques de Triage	993,163	19,189	246	-	-	-	**1,012,599**
Santé Mentale - communautaire							
Cliniques de vaccination & santé public	4,097,834	159,394	517,053	74,307	64,501	32,304	**4,945,393**
Services administratifs et autres							
Pandémie (cliniques, EPI, laboratoire, petits équip., rénov.)	332,798	1,914,998	155,324	386,695	110,851	314,740	**3,215,406**
Coûts chargés à des dépts dédiés	**5,423,795**	**2,093,582**	**672,624**	**461,002**	**175,352**	**347,044**	**9,173,398**
Multiples programmes:							
Opérations cliniques Surtemps et EPI : Coûts chargé dans les divers depts	**34,801**	**1,536,067**	**388,405**				**1,959,273**
Coûts totaux de la Pandémie	**5,458,595**	**3,629,649**	**1,061,028**	**461,002**	**175,352**	**347,044**	**11,132,671**

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

BILAN FINANCIER COMPARATIF MENSUEL :

Sommaire :

Le tableau suivant présente le bilan financier pour les 6 premiers mois de l'année fiscale se terminant le 30 septembre 2021.

Tableau F : Bilan financier comparatif

Réseau de Santé Vitalité Situation financière									
	SEPTEMBER 2021		**SEPTEMBRE 2020**		**MARS 2021**		**31 MARS 2020**		
Actifs financiers									
Encaisse	**8,128,136**	$	13,205,361	$	19,299,303	$	13,369,206	$	
Encaisse - fonds en fiducie des patients	73,798		88,312		80,507		63,568		
Compte à recevoir	**47,289,860**		54,273,761		72,886,913		64,581,348		
Estimation du règlement de fin d'exercice de la province	**-**		-		-		4,000,556		
Investissements temporaires	**7,669,732**		7,572,113		7,602,979		7,121,833		
	63 161 524	$	75,139,547	$	99,869,702	$	89,136,511	$	
Passifs									
Fonds en fiducie des patients	**75,260**	$	81,385	$	80,507	$	63,568	$	
Comptes et charges à payer	**63,192,900**		68,087,427		72,773,919		64,981,480		
Revenus reportés	**3,509,905**		3,150,159		3,219,488		2,961,235		
Revenus reportés en capital	**136,772,697**		212,370,294		136,772,698		212,370,295		
Avantages sociaux courus	**83,517,072**		82,205,800		87,936,429		84,863,287		
Obligation découlant d'un contrat de location-acquisition	**78,272,029**		80,058,477		79,177,635		80,915,241		
	365 339 863	$	445,953,542	$	379,960,676	$	446,155,106	$	
Dette financière nette	**(302 178 339)**	$	(370,813,995)	$	(280,090,974)	$	(357,018,595)	$	
Actifs non-financiers									
Immobilisations	**580,750,748**	$	571,305,469	$	588,376,491	$	576,046,278	$	
Frais payés d'avance et fournitures	**15,529,504**		22,394,832		12,267,972		9,933,781		
	596,280,253	$	593,700,301	$	600,644,463	$	585,980,059	$	
Surplus accumulé	**294 101 915**	$	222,886,306	$	320,553,489	$	228,961,464	$	

Note d'information

Point 7.3

Nom du comité : Comité des finances et de vérification

Date : 16 novembre 2021

Objet : Fonds non partageables

Décision recherchée

À titre d'information et avis.

Contexte/problématique

Des fonds non partageables ont été créés provenant principalement des revenus des stationnements dans la zone 1 et du transfert des fonds fédéraux des Anciens combattants pour le Centre hospitalier Restigouche en zone 5. Historiquement, ces fonds étaient utilisés pour des équipements ou autres projets spéciaux dans chacune des zones respectives.

À la suite d'un avis du ministère de la Santé reçu en avril 2012, cette pratique a été cessée et le ministère a demandé d'écouler les investissements et à encaisser les surplus accumulés. Le rapport suivant présente une mise à jour des achats effectués à ce jour et du montant total en réserve.

D'autres projets sont à l'étude et seront présentés au Comité des finances et de vérification pour approbation dès qu'ils sont prêts.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Le ministère doit approuver les projets ou demandes d'utilisation des fonds non partageables.

Considérations importantes

Les montants doivent être utilisés pour améliorer les infrastructures ou la qualité des soins sans affecter les budgets capitaux et opérationnels réguliers tout en évitant de créer des frais récurrents.

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

Suivi à la décision

- Finaliser un plan de projets qui permettra d'écouler les fonds.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Proposition et résolution

Aucune proposition à ce moment ici.

Fonds non partageables Pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2021				
		Fonds - Zone 1	Fonds - Zone 5	Total Vitalité
Balance au 1er avril 2012		**$2,471,727**	**$4,849,272**	**$7,320,999**
Revenus d'intérêts et investissements		$1,490,524	$339,495	$1,830,019
Remboursement				
Terrace thérapeutique	2014/2015	$0	$1,113,394	$1,113,394
Amélioration de la salle d'urgence	2015/2016		$374,196	$374,196
		$0	$1,487,590	$1,487,590
Balance au 30 septembre 2021		$3,962,251	$3,701,177	$7,663,428
Demandes de fonds accordées par le comité de finances et vérifications (juin 2021)				
Équipement - projet de réno - secteur stérilisation		$550,000	$300,000	$850,000
Remboursement à être appliqué contre les placements				
Laboratoire Morgue	2018/2019	$1,037,500		$1,037,500
Analyseur de chimie et Hématologie	2018/2019	$485,000		$485,000
Analyseur de chimie et Hématologie	2018/2019		$580,000	$580,000
Remplacement d'un IRM	2018/2019	$1,300,000		$1,300,000
Remboursement total		$2,822,500	$580,000	$3,402,500
Solde de clôture des fonds disponibles		**$589,751**	**$2,821,177**	**$3,410,928**

Soumis le 27 octobre 2021 par Alain Lavallée, chef des Services financiers.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Note d'information

Point 7.4

Nom du comité : Comité des finances et de vérification

Date : 16 novembre 2021

Objet : Plan d'atténuation des risques

Décision recherchée

À titre d'information et avis

Contexte/problématique

La « *Loi sur les Régies régionales de la santé* » ainsi que les Règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité déterminent le rôle et les responsabilités du Conseil d'administration et de son comité permanent des finances et de vérification afin d'assurer :

- La surveillance de la performance financière et la viabilité;
- Que les ressources financières et les actifs sont disponibles et utilisés efficacement;
- La surveillance de la gestion des risques organisationnels (Enterprise Risk Management), afin de protéger les actifs et les ressources.

Un processus de vérification externe annuel est également prescrit par la Loi afin de vérifier les comptes, les dossiers et les opérations financières du Réseau. Afin de rencontrer les exigences des vérificateurs externes en lien avec les contrôles internes et d'améliorer la performance du secteur financier du Réseau, un plan d'atténuation des risques a été développé avec les personnes concernées en 2017 et est suivi sur une base continue.

Huit catégories de risques ont été identifiées soit :

• Achats	• Comptes payables
• Approvisionnement stratégique, contrats d'achats et de services	• Comptes recevables
• Assurance-maladie	• Inventaire, réception et distribution des produits
• Comptabilité générale	• Salaires/Paies/Kronos

Bien que le plan d'atténuation des risques compte 89 risques potentiels, aucun risque élevé n'est identifié.

Le plus grand nombre de risques identifiés sont dans les secteurs des comptes recevables, des comptes payables et de la comptabilité générale. Toutefois, la majorité de ces risques ont été évalués à un niveau faible.

Les secteurs qui contiennent le plus grand nombre de risques à un niveau moyen, proviennent :

- Des activités d'approvisionnement, qui sont gérées en collaboration avec SNB – Approvisionnement stratégique ;
- Des achats, qui sont gérés en collaboration avec SNB – Achat, et ;
- Des activités de la paie, qui contiennent le plus grand nombre de transactions (activités individuelles environ 172 000 paies d'émises par année) et qui représentent près de 62 % de la valeur du budget d'opération.

Vous trouverez en annexe, le tableau A qui présente le sommaire du Plan d'atténuation des risques et les actions en cours.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le niveau de risques de ne pas implanter ces recommandations.
- La plupart des recommandations informatiques relèvent de Service NB (SNB) et nécessitent une collaboration et priorisation. Il incombe au RSV de faire les représentations appropriées auprès de SNB afin d'obtenir l'appui nécessaire.

Considérations importantes

- Le secteur des finances du Réseau révise, met en œuvre et surveille le plan d'action.
- Plusieurs politiques et procédures sont déjà en place.
- Des contrôles internes sont également en place.

Répercussion	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	☒	☐	☐	…
Qualité et sécurité	☒	☐	☐	…
Partenariats	☒	☐	☐	…
Gestion des risques (analyse légale)	☐	☐	☒	…
Allocation des ressources (analyse financière)	☐	☒	☐	…
Impacts politiques	☒	☐	☐	…
Réputation et communication	☒	☐	☐	…

Suivi à la décision

- Suivi du plan d'action
- Un processus de contrôle interne a été développé, basé sur le plan d'atténuation de risque, pour assurer des suivis réguliers. La mise en place de ce processus a été retardée avec la pandémie.

Proposition et résolution

Aucune proposition n'est requise

Soumis le 29 octobre 2021 par Alain Lavallée, chef des Services financiers

Tableau A:

Plan d'atténuation des risques financiers - Sommaire

Catégorie	Description	Nombre de risques identifiés	Évaluation du risque résiduel	TB/Bas	Medium	Élevé/TÉ	Plan d'action en place
Achats	Niveau d'approbation d'engagement d'achat, Directives sur standardisation de produits, Achat hors procédures de SNB,	11	Probabilité	3	5	3	Poste de gestionnaire mis en place, Révision de la politique d'engagement d'achat et de signature, Sensibilisation auprès des gestionnaires
			Répercussions	7	3	1	
			Niveau de risque	6	5	0	
Inventaire, réception et distribution des produits	Gestion des inventaires (PEPS), Standartisation des produits FMC, Contrôle des dates d'expiration, Contrôle de la réception des produits.	10	Probabilité	9	1	0	Travailler étroitement avec SNB, Instaurer une équipe de coordinateurs de produit, Assurer des prise d'inventaire cyclique (méd. Dispendieux)
			Répercussions	8	2	0	
			Niveau de risque	10	0	0	
Approvisionnement stratégique / Gestion de contrats	Ententes contrats (groupe d'achat ou appel d'offre), Respect des lois, P&P, échéancier, étapes établis, Suivi des contrats en cours	10	Probabilité	4	6	0	Poste de gestionnaire stratégique en approvisionnement, Suivi et participation dans élaboration de contrats, Contact plus étroit avec SNB
			Répercussions	2	4	4	
			Niveau de risque	2	8	0	
Assurance-maladie	Facturation des médecins, selon régles établies, pour assurer l'éligibilité et la collection.	2	Probabilité	2	0	0	Compte recevables: Créer liste de contrôle pour le suivi des médecins et analyse mensuelle (facturation < 92 jrs)
			Répercussions	0	2	0	
			Niveau de risque	2	0	0	
Comptabilité générale	Conformité aux normes comptables, Gestion des amendements budg., Contrôle des petites caisses	15	Probabilité	12	3	0	Sensibiliser l'équipe à reconnaître et rectifier les non-conformités, Assurer la divulgation des infos et faire des suivis auprès des resp. de projets, Valider les demandes de renflouements des caisses, comptabilisé mensuellement les soldes
			Répercussions	9	4	2	
			Niveau de risque	12	3	0	
Comptes payables	Contrôles des niveaux d'autorisation de factures (sans BC), Gestion des âges de comptes.	14	Probabilité	11	3	0	Assurer que les P&P sont à jour et communiqué aux gestionnaires, Surveiller le traitement des factures et les termes de paiement.
			Répercussions	2	11	1	
			Niveau de risque	12	2	0	
Comptes recevables	Surveiller et limiter les risques de mauvaises créances (patients hors canada)	16	Probabilité	14	2	0	Instaurer une P&P permettant l'utilisation d'une agence de collection, Respecter les lois et directives gourvernementaux, Sensibiliser la direction médicale des risques de créances.
			Répercussions	13	3	0	
			Niveau de risque	15	1	0	
Salaires/ Paies et Kronos	Autorisation des fiches de présence, Données erronées - fiches de paie (hrs, $$) Gestion des banques de temps (vac, mal, level) Pratiques non standardiser traitement paie	11	Probabilité	6	4	1	Sensibilisation de P&P sur autorisation fiche de pais' Audit interne sur le nbre de corrections et nature,
			Répercussions	5	5	1	
			Niveau de risque	6	5	0	

		TB/Bas	Medium	Élevé/TÉ
Total des risques financiers potentiels	Niveau de risque (Probabilité vs Répercusion)	65	24	0

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Point 7.5

Note couverture

Comité des finances et de vérification Date : le 16 novembre 2021

Objet : **Révision Politique et procédure CA-275 « Investissements »**

Vous trouverez ci-joint la révision de la politique et procédure « Investissements » pour avis et approbation.

Proposé
Appuyé
Et résolu que la politique et procédure « Investissements » soit approuvée telle que présentée.
Adoption

Soumis le 29 octobre 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	INVESTISSEMENTS		**Nº : CA-275**
Section :	Orientation/lignes directrices	**Date d'entrée en vigueur :**	**2021-12-07**
Émise par :	Conseil d'administration	**Date de révision précédente :**	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	**Approuvée le :**	2021-12-07
Établissement(s)/programme(s) :			

BUT

Guider les décisions d'investissement de fonds qui ne sont pas nécessaires ~~immédiatement~~ aux activités quotidiennes à court terme.

POLITIQUE

1.0 Le Conseil d'administration :

- ~~A la responsabilité d'établir~~ Établit une politique pertinente sur les investissements en lien avec les lois et les règlements administratifs qui s'appliquent au Réseau ;
- ~~Passe en revue~~, Approuve ~~et modifie~~ la politique sur les investissements ~~au besoin et au moins une fois par année~~ sous recommandation du Comité des finances et de vérification ;
- ~~Analyse le rendement du portefeuille~~.

2.0 Le Comité des finances et de vérification :

- Examine la politique sur les investissements annuellement et recommande des ~~changements~~ modifications s'il y a lieu;
- Analyse ~~au moins trimestriellement~~ annuellement le rendement des fonds et la gestion du portefeuille des investissements ;
- ~~Est responsable de la délégation de toute responsabilité non énoncée expressément~~ Délègue toute responsabilité requise à la direction générale.

3.0 Cette politique doit assurer le respect des lois provinciales concernant les investissements, entre autres :

- La loi sur l'administration financière (Chap 160, act. 22)
  « 22. Malgré toute autre loi, un ministère ou un organisme de la province, une société de la Couronne provinciale, une administration, un conseil, une commission ou un fiduciaire de fonds d'amortissement nommé en vertu de la loi ne peut acheter des valeurs sans l'approbation du ministre. »

  Définition : « ministre » Le ministre des Finances, y compris son représentant.

- La loi sur les régies régionales de la santé (Chap. 217, art. 49)

- Art 32(1) j) (iii) « un plan financier global qui comprend : les précisions relatives à tous les investissements détenus par la régie ou en son nom; »
- Art 49 « Une régie régionale de la santé peut investir des sommes d'argent conformément à ses règlements administratifs. »

4.0 L'investissement de fonds excédentaires est limité à des titres à revenu fixe qui offrent un degré élevé de liquidité et de sécurité et qui produisent un rendement des investissements raisonnable tout en maintenant le capital de base.

5.0 Le Réseau de santé Vitalité n'investit pas dans le marché des actions. Il investit dans l'un ou plusieurs des instruments financiers ci-dessous :

- Bons du Trésor (du Canada et des provinces);
- Certificats de placement garanti (CPG);
- Acceptations bancaires (AB);
- Effets de commerce notés R-1 ou mieux;
- Obligations fédérales et provinciales (toutes les provinces) à notation minimale de A;
- Obligations garanties de services publics provinciaux (toutes les provinces) à notation minimale de A;
- Obligations municipales canadiennes à notation minimale de A;
- Obligations de société à court terme.

6.0 ~~Le Service des finances détermine le montant des fonds excédentaires qui ne sont pas nécessaires dans le cadre des activités quotidiennes en :~~

- ~~Examinant les niveaux historiques de fonds;~~
- ~~Mettant à jour les prévisions de trésorerie chaque mois;~~
- ~~Tenant compte de tout autre facteur approprié.~~

Les investissements issus des fonds non partageables qui précèdent le 1er avril 2012 sont considérés avoir obtenu un statut spécial et ce jusqu'à la liquidation de ces fonds.

PROCÉDURE

~~1.0 Sur une base mensuelle, le Service des finances prévoit les débours non récurrents (s'il y a lieu) y compris les :~~

- ~~Dépenses en capital ;~~
- ~~Prêts et remboursements de prêt;~~
- ~~Autres activités d'investissement;~~
- ~~Autres activités de financement.~~

1.0 ~~Certaines sommes excédentaires peuvent provenir de sources autres que celles normalement définies dans les opérations courantes (p. ex., revenus reportés)~~ Le Service des finances identifie et recommande le transfert de fonds excédentaires qui ne sont pas associés aux activités quotidiennes en tenant compte de la provenance des fonds et des directives issues des règlements administratifs. *À titre d'exemple, les sommes excédentaires peuvent provenir de sources externes comme entre autres, de dons monétaires et fonds destinés pour des fins spécifiques comme des équipements, formation* :

1.1 Le Réseau maintient un compte d'investissement auprès de son institution bancaire.

1.2 ~~Le contrôleur est autorisé à~~ Le chef des services financiers obtient les autorisations appropriées pour transférer des fonds excédentaires dans le

compte d'investissement ou à partir de celui-ci.

1.3 Le Réseau investit dans des titres à faible risque. Les fonds peuvent être investis dans les titres énumérés précédemment, à condition qu'ils présentent un faible niveau de risque de crédit, de risque de change, de risque de taux d'intérêt et de risque de liquidité.

2.0 Les fonds sont gérés en fonction des paramètres ci-dessous :

Encaisse et investissements à court terme (moins d'un an)

2.1 Les investissements permis incluent l'encaisse, les dépôts à vue, les bons du Trésor, les effets de commerce, les obligations à court terme, les billets et les acceptations bancaires, les dépôts à terme et les certificats de placement garanti dont l'échéance est d'un an ou moins.

2.2 L'achat de placements à court terme émis par des sociétés et des institutions financières est limité aux placements dont la notation est d'au moins R-1 ou BBB.

2.3 Il n'y a aucune limite au degré de concentration des investissements à revenu fixe à court terme.

Titres à revenu fixe (plus d'un an)

2.4 Les investissements permis incluent les obligations, les débentures et les titres adossés à des créances hypothécaires.

2.5 L'achat de titres à revenu fixe est limité aux titres qui ont une notation minimale de BBB.

2.6 Les titres à revenu fixe d'un émetteur ne représentent pas plus de 25 % de la valeur marchande totale de tous les titres détenus, y compris l'encaisse, à moins que l'émetteur ne soit garanti par le gouvernement du Canada ou l'une des provinces du Canada.

2.7 Tout investissement de plus de cinq ans exige l'approbation expresse du Conseil d'administration.

2.8 La durée de l'investissement est établie en fonction des facteurs suivants :
- Date à laquelle les fonds excédentaires sont requis;
- Taux d'intérêt offerts (périodes courtes vs périodes longues).

Définitions

Acceptation bancaire : Titre de créance à court terme dont le paiement du capital et des intérêts est garanti par la banque de l'émetteur.

Obligation : Instrument de créance à long terme par lequel l'émetteur promet de payer un montant d'intérêt déterminé et de rembourser le capital à la date d'échéance fixée.

Effet de commerce : Billet négociable émis par une société dont la durée peut varier de quelques jours à un an. Il n'est habituellement pas garanti par les biens de la société.

Certificat de placement garanti : Instrument de dépôt assorti d'un taux d'intérêt fixé à l'avance pour une durée donnée. Émis par les banques, les sociétés de fiducie et d'autres institutions financières.

Bon du Trésor : Titre d'emprunt à court terme émis par l'État. Les bons du Trésor ne génèrent aucun intérêt, mais sont vendus à une valeur inférieure à la valeur nominale. La différence entre le prix de vente et la valeur nominale constitue le revenu que touche l'investisseur.

Notation : Les agences de notation des obligations fondent leurs évaluations principalement sur la solidité financière de l'émetteur de l'obligation, sur la qualité de ses biens donnés en garantie, sur son expertise de gestion et sur les perspectives économiques. Les agences attribuent une note aux obligations. Par exemple, une obligation de rang supérieur peut avoir une notation de AAA (risque de défaillance le plus faible) et une obligation de très faible qualité peut avoir une notation de C- (statut d'obligation pourrie). Plus la note est élevée, plus il est facile et bon marché pour l'émetteur de vendre son obligation étant donné la perception qu'il est peu probable que la compagnie n'effectue pas le paiement des intérêts ou du principal à l'échéance. Il y a quatre agences de notation :

- **DBRS (Dominion Bond Rating Service) :** Une obligation peut être notée entre AAA et C (la notation minimale pour le Réseau étant de BBB); une dette à court terme a une notation minimale de R-1 (moyenne).

- **CBRS (Canadian Bond Rating Service) :** Une obligation peut être notée entre A++ et D (la notation minimale pour le Réseau étant de A+); pour le Réseau, une dette à court terme a une notation minimale de A-1+.

- **Standard & Poor's Corporate Bond Rating :** Une obligation peut être notée entre AAA et CC (la notation minimale pour le Réseau étant de BBB).

- **Moody's Investor Service Corporate Bond Rating :** Une obligation peut être notée entre AAA et C (la notation minimale pour le Réseau étant de A).

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