

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	<b>Date et heure :</b>	Le 16 novembre 2021 à 08:30
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	<b>Endroit :</b>	Zoom
<b>Présidente :</b>	Claire Savoie		
<b>Secrétaire de direction :</b>	Lucie Francoeur		

**Participants****Membres votants**

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

**Membres d'office**

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

**Membres invitées**

Gisèle Beaulieu		Diane Mignault			
-----------------	--	----------------	--	--	--

**ORDRE DU JOUR**

Heure	Sujets	Pages	Action
8 h 30	<b>1. Ouverture de la réunion</b>		Décision
8 h 31	<b>2. Constatation de la régularité de la réunion</b>		
8 h 32	<b>3. Adoption de l'ordre du jour</b>	1	Décision
8 h 33	<b>4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b>		
8 h 34	<b>5. Résolutions en bloc</b>		Décision
	5.1 Adoption des résolutions en bloc		
	5.2 Adoption du procès-verbal du 14 septembre 2021	2 - 7	
	5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 14 septembre 2021	8	
	5.3.1 Patients de niveaux 4 et 5 de l'urgence	9	
	5.3.2 Pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais	10 - 12	
	5.4 Plan de travail 2021-2022	13 - 14	
	5.5 Rapport de plaintes – T2	15 - 29	
	5.6 Rapport d'incidents – T2	30 - 53	
	5.7 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T2	54 - 56	
	5.8 Recommandations des Comités de revues	57 - 59	
	5.9 Rapport d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T2	60 - 66	
	5.10 Rapport sur les dossiers ouverts HIROC (litiges, réclamations et autres)	67 - 81	
	5.11 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles	82	
	5.12 Mise à jour de la démarche d'agrément	83 - 85	
	5.13 Mise à jour de la lettre de mandat reçue de la ministre	86 - 95	
	5.14 Logiciel de gestion des incidents	96 - 98	
9 h 00	<b>6. Affaires nouvelles</b>		
	6.1 Plan de qualité et de sécurité 2021-2022	99 - 101	Information
9 h 10	6.2 Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du Réseau	102 - 188	Décision
9 h 30	<b>7. Affaires permanentes</b>		
	7.1 Tableaux de bord stratégique et équilibré – T2	189 - 280	Information
10 h 00	<b>8. Date de la prochaine réunion : 15 février 2022 à 08:30</b>		Information

10 h 01	<b>9. Levée de la réunion</b>		Décision
---------	-------------------------------	--	----------

**AVIS DE RÉUNION** **PROCÈS-VERBAL** 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	<b>Date et heure :</b>	<b>Le 14 septembre 2021 à 08:30</b>
		<b>Endroit :</b>	<b>Zoom</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière		
<b>Présidente :</b>	Claire Savoie		
<b>Secrétaire :</b>	Lucie Francoeur		
<b>Participants</b>			
Claire Savoie	✓	Norma McGraw	✓
David Savoie	✓	Justin Morris	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	✓
Pandurang Ashrit	✓	Joanne Fortin	✓
		Chef Terry Richardson	A
		Diane Mignault	✓
		Dre France Desrosiers	✓
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

**1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Claire Savoie à 08:30. La présidente souhaite la bienvenue à tous les membres.

**2. Constatation de la régularité de la réunion**

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

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2021-09-14 / 01QSSP**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Joanne Fortin

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

**Adopté à l'unanimité.**

**4. Déclaration de conflit d'intérêt**

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

**5. Résolutions en bloc**

5.1 Adoption des résolutions en bloc

5.2 Adoption du procès-verbal du 1<sup>er</sup> juin 2021

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 1<sup>er</sup> juin 2021

5.3.1 Temps d'attente en chirurgie

5.3.2 Mise à jour du cadre de référence de la qualité et de la sécurité des patients

5.4 Mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

5.5 Plan de travail 2021-2022

5.6 Rapport de plaintes – T1

5.7 Rapport d'incidents – T1

5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1

5.9 Recommandations des Comités de revues

5.10 Rapport d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T1

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

5.12 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles

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

5.4 Mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

5.6 Rapport de plaintes – T1

5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1

Le procès-verbal de la dernière réunion est déposé pour fins d'archives, puisqu'il y avait seulement la présidente du comité présente lors de cette réunion.

### **MOTION 2021-09-14 / 02QSSP**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Joanne Fortin

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

5.4 Mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

5.6 Rapport de plaintes – T1

5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1

**Adopté à l'unanimité.**

#### **5.4 Mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients**

Une attestation par écrit est requise en lien avec la lecture et la compréhension du mandat. De là, chaque membre est invité à retourner le mandat daté et signé par courriel à la présidente du comité. Aussi, chacun est invité à faire part de ses besoins en formation, afin d'assumer pleinement son rôle et remplir le mandat du comité.

Les éléments d'attestation seront ajoutés lors de la prochaine révision annuelle de la politique et procédure CA-350 « Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients ». De plus, lors de la révision, nous ajouterons dans la composition et fonctionnement, le président du Conseil qui est membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du Conseil, de même que la présidente-directrice générale qui est membre d'office sans droit de vote.

En termes de composition et fonctionnement, c'est la première fois qu'un partenaire de l'expérience patient se joint au comité. En fait, Pandurang Ashrit, président du Comité consultatif des patients et familles siège au comité comme membre permanent sans droit de vote.

Un tour de table virtuel est effectué pour permettre à chacun de se présenter.

#### **5.6 Rapport de plaintes – T1**

Dans l'ensemble du Réseau, pour le premier trimestre, il y a une augmentation de 13 % dans le nombre total de plaintes comparativement au même trimestre l'an dernier. Un membre questionne si le Réseau a un défenseur des droits des patients pour protéger les intérêts d'un patient et la protection des personnes vulnérables ? Il est important que le patient et les membres de la famille puissent exprimer leurs préoccupations.

Au Nouveau-Brunswick, il n'y a pas de loi ni de défenseurs des droits des patients en lien avec le processus de gestion des plaintes. La responsabilité du Réseau est d'assurer une gestion impartiale des préoccupations des patients, de leur famille et d'assurer un traitement objectif et juste de toute plainte dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services offerts par le Réseau. Toute plainte formulée verbalement ou par écrit est documentée et traitée conformément aux processus établis et aux valeurs du Réseau. Chaque plainte reçue est examinée et portée à l'attention des gestionnaires concernés pour fin d'examen et d'amélioration et des suivis sont effectués auprès du plaignant. Selon la gravité de la plainte, une analyse des causes profondes peut être effectuée.

La section des préoccupations/plaintes sur le site Web du Réseau sera améliorée d'ici les prochaines semaines, afin que cette section soit facile d'accès, claire et précise.

#### **5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1**

Le taux régional de participation au sondage est de 13 % (535 répondants) pour le T1 comparativement à 12 % (431 répondants) pour le même trimestre l'an dernier.

Des sondages sporadiques sont effectués pour l'urgence, les services alimentaires, l'externe et le Centre hospitalier Restigouche, mais pour les patients hospitalisés c'est un processus continu. Toutefois, il n'y a pas eu de sondages réalisés durant la dernière année, en raison de la pandémie. Nous reprendrons la distribution de ces sondages prochainement, puis les résultats seront partagés aux membres en temps et lieu.

**MOTION 2021-09-14 / 03QSSP**

Proposé par Joanne Fortin

Appuyé par Norma McGraw

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

5.4 Mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

5.6 Rapport de plaintes - T1

5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés - T1

**Adopté à l'unanimité.**

**6. Affaires nouvelles**

**6.1 Présentation : Aide médicale à mourir (AMM)**

Une présentation sur les récents changements législatifs de l'aide médicale à mourir (AMM) est effectuée par Diane Mignault, directrice principale Performance, Qualité et Vie privée.

Les changements apportés à la Loi canadienne sur l'AMM depuis le 17 mars 2021 sont :

- les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible ou non sont admissibles.
- la possibilité de renoncer au consentement final dans certaines circonstances.
- la période de réflexion de 10 jours francs est abolie.
- un témoin indépendant (définition plus large).

Certaines statistiques/données sont passées en revue, entre autres :

- les demandes d'AMM complétées ; on voit une augmentation constante depuis l'arrivée de la loi en 2016.
- les décès par l'AMM selon le lieu (domicile, hôpital et foyer) ;
- l'AMM par affection principale et par catégorie d'âge.

La discussion sur l'aide médicale à mourir doit être entamée par le patient et non par un professionnel de la santé.

Le Réseau a commencé un processus de mise à jour de sa politique, de ses formulaires et de tous ses documents, afin de se conformer à la Loi. D'ailleurs, la nouvelle politique et les formulaires seront mis en vigueur bientôt. Les membres du Comité consultatif des patients et familles ont été consultés et ont donné leur rétroaction sur le dépliant d'information destiné aux patients, en lien avec l'aide médicale à mourir.

Les membres remercient Diane Mignault pour cette présentation.

**6.2 Mise à jour de la démarche d'agrément**

La prochaine visite d'agrément est prévue en juin 2022 et les préparatifs pour cette visite sont en cours. Les équipes poursuivent l'implantation de leur plan d'action pour adresser les non-conformités. Les membres du Conseil ont complété en janvier 2020 un exercice de révision des normes du cahier de gouvernance. Ils ont ressorti les grands éléments de preuves en lien avec chaque norme et certaines actions. Le plan d'action, découlant de cet exercice, a été mis à jour et présenté au Comité de gouvernance et de mise en candidature qui est responsable de voir à sa mise en œuvre.

Un plan de communication a été élaboré, afin d'engager le personnel et les médecins dans la démarche d'agrément.

Les prochaines étapes consistent à :

- soutenir les équipes et poursuivre la mise en œuvre de tous les plans d'action découlant des auto-évaluations et la cueillette des preuves en lien avec les normes.
- poursuivre les initiatives du plan de communication.
- relancer le sondage sur le fonctionnement de la gouvernance et le sondage sur la culture de sécurité des patients en septembre, analyser les résultats des sondages et élaborer des plans d'action pour adresser les écarts.
- Soumettre les plans d'action découlant des sondages (gouvernance, qualité de vie au travail et culture de sécurité) à Agrément Canada.
- compléter la mise à jour des fiches pour chaque norme du cahier de gouvernance.
- poursuivre les discussions avec Agrément Canada sur les préparatifs pour la visite.

Une séance de formation Agrément 101 sera organisée à la prochaine réunion du Conseil pour passer en revue chaque critère, afin de permettre une meilleure compréhension de la norme et des obligations au niveau de la gouvernance et du fonctionnement du Conseil.

Aussi, un exercice de simulation d'une visite d'agrément sera organisé au printemps prochain avec les membres du Conseil, pour avoir un aperçu de quelle façon la rencontre se fait avec les visiteurs.

Les membres souhaitent avoir plus de temps et d'expérience avant de remplir le sondage. Nous vérifierons auprès d'Agrément Canada si nous pouvons cesser le sondage et le reporter après la réunion du 5 octobre.

Le sondage sur la culture de sécurité des patients a été lancé la semaine dernière à tout le personnel et les médecins du Réseau. Le sondage est mené en ligne, de façon anonyme. La compilation des résultats est effectuée par Agrément Canada, ensuite les résultats sont analysés et communiqués à tous les niveaux de l'organisation et servent de source d'information pour améliorer la culture de sécurité.

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

### **7. Affaires permanentes**

#### **7.1 Tableaux de bord stratégique et équilibré – 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 1<sup>er</sup> 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.

**8. Date de la prochaine réunion :** 16 novembre 2021 à 08:30

**9. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Claire Savoie à 10:35.

---

Claire Savoie  
Présidente du comité

---

Gisèle Beaulieu  
V.-p. – Performance et Qualité

**Note couverture**

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

Date : le 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 le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais, ainsi que l'indicateur relié aux patients de niveaux 4 et 5 de l'urgence.

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

## Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 16 novembre 2021

### Objet : **Patients de niveaux 4 et 5 de l'urgence**

À la dernière réunion des deux comités conjoints (qualité et finances), des précisions ont été demandées pour les niveaux 4 et 5 qui se présentent à l'urgence de nos hôpitaux, lors de la révision du rapport trimestriel (T1) des Tableaux de bord stratégique et équilibré.

Vous trouverez ci-après, de l'information explicative ainsi qu'une analyse de la situation pour votre information et avis.

Les données des 3 dernières années fiscales 2018-2021 démontrent une diminution des visites de niveau 4 et 5 de 5 % chacune pour les zones 1 et 5 et de 2 % pour la zone 6. À la zone 4, nous observons plutôt une augmentation graduelle et fluctuante d'environ 2 %. Ensemble, toutes les zones du Réseau de santé Vitalité ont contribué à une baisse globale de 2 %.

#### Initiatives en cours

##### **Amélioration l'accès aux soins de première ligne :**

Les services d'urgence ont établi une politique interne intitulée « Réorientation en pratique communautaire (URG.3.10.05) ». Cette politique établit les lignes directrices et les procédures à suivre afin de réorienter un patient en communauté, dans le but de standardiser la pratique au sein du Réseau. Malgré l'intégration de cette politique, certaines zones vivent des défis opérationnels qui vont à l'encontre des objectifs visés par le Réseau. Voici les facteurs contributifs qui rendent difficile le maintien ou l'atteinte de nos cibles pour le pourcentage des visites de niveau 4 et 5 au sein du Réseau au cours du dernier trimestre:

- Difficulté à établir des rendez-vous dans la communauté.
- Clinique sans rendez-vous non accessible.
- Résistance des médecins à voir les patients symptomatiques à leur clinique, en raison de la pandémie.
- Surcharge des médecins de famille et difficulté de prendre les rendez-vous cédulés par l'urgence.
- Diminution du nombre de médecins de famille au niveau de la province, spécifiquement à la zone 4.

Sous une note positive, considérant les 3 dernières années, nous pouvons constater que les services primaires en communauté ont grandement eu un impact positif dans certaines zones. Grâce à la prise en charge des patients de niveaux 4 et 5 par les infirmières praticiennes, nous pouvons constater un désengorgement des urgences en ce qui concerne cette catégorie de patient. Malgré l'amélioration des dernières années, le rapport des « Patients orphelins du registre provincial du N.-B. » démontre actuellement une demande importante pour les patients orphelins dans les zones du Réseau.

##### **Favoriser un retour à domicile propice et rapide**

Au départ du premier trimestre (T1), les infirmières du triage utilisaient l'application « InterRAI EDS3 », dans le but de dépister les aînés vulnérables en communauté. Dû aux circonstances sociales (pandémie) et de la pénurie de personnel dans les urgences au sein du Réseau, cette initiative a été suspendue temporairement. Elle est prévue redébuter pour l'ensemble du Réseau avant la fin de l'année 2021.

Soumis le 3 novembre 2021 par Maxime Saulnier, directeur des Services d'urgences (par intérim)

## Note couverture

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

Date : le 16 novembre 2021

### Objet : Pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais

Le Nouveau-Brunswick a élaboré un modèle de gravité clinique qui uniformise la définition et le temps d'attente lié à la priorisation des patients. Chaque demande d'intervention chirurgicale est classée en ordre de priorité par le chirurgien qui effectuera l'intervention, en complétant l'outil de classement. Le processus de priorisation est conforme au modèle de gravité clinique provincial; il est déterminé dans le registre d'accès aux soins chirurgicaux. Le modèle de gravité clinique est composé de quatre catégories (voir le tableau ci-dessous).

Modèle de gravité clinique du Nouveau-Brunswick		
Catégorie	Temps d'attente visé	Cible de 2018
I	Dans les 3 semaines	90 %
II	Dans les 6 semaines	90 %
III	Dans les 3 mois	90 %
IV	Dans les 12 mois	100 %
Toutes les interventions effectuées dans un délai de 12 mois		100 %

Le modèle de gravité clinique du Nouveau-Brunswick repose sur les délais cliniques minimums et maximums attribués à chaque procédure provinciale dans le registre. Ces délais minimum et maximum ont été élaborés avec une contribution significative des chirurgiens. Ces délais sont revus annuellement pour maintenir l'exactitude clinique du Registre de l'accès aux chirurgies.

Comme mentionné, la gravité clinique du Nouveau-Brunswick repose sur les délais cliniques minimums et maximums attribués à chaque procédure provinciale dans le registre et sont revus annuellement. Une revue complète a été terminée par le groupe consultatif provincial sur l'accès chirurgical durant l'été.

De nos cancers qui ont été faits dans l'année fiscale 2020-2021, **87 %** : cancer de moins de 6 semaines ont été fait dans les délais, et **84 %** pour ceux de moins de trois mois.

Sur la liste présentement, de nos 73 cas de P1 – **50 %** sont des : résection de prostate, arthroscopie et hernie inguinale.

De nos 517 cas de P2- **60 %** sont des : cataractes (55 %), cholécystectomie, arthroscopie, décompression de tunnel carpien, circoncision.

Plusieurs facteurs contribuent à ce que les délais ne soient pas respectés :

- **Outil mal utilisé par le chirurgien, donc patient surclassé**
- Requête chirurgicale reçue avec déjà 1-2 semaines entamées sur le délai
- Plusieurs Cancers P1-P2 ont besoin d'être admis
- Manque de lits admis et de lits de soins intensifs
- Manque de personnel- débordement constant
- Manque d'anesthésistes dans certaines zones
- Patients non disponibles soit qu'ils ne sont pas médicalement prêts ou volontairement ex. : patient travail périodique ou au loin ou encore décide d'aller dans le sud l'hiver
- Bris d'équipement- chirurgie reportée jusqu'à ce qu'on répare ou remplace
- Ralentissement planifié estival, Noël et congé de mars-
- Faiblesse de l'outil (s'il est indiqué que la condition nuit à la qualité de vie du patient, il est surclassé)
- Projet provincial diminution des long waiters - prothèse
- Priorisation faite selon les priorités, mais changement apporté à la dernière minute par le chirurgien qui ne respecte pas la priorisation.
- Lorsqu'une chirurgie nécessite la collaboration de 2 chirurgiens, certains cas peuvent être repoussés de quelques semaines
- Le nombre de chirurgies du sein par jour nécessitant une intervention en radiologie est limité.
- Certains chirurgiens ne collaborent pas de façon optimale pour faire les cas P1- P2 avant les P3-P4.
- Doit faire une combinaison de toutes les priorités ainsi que des long waiters pour arriver à atteindre les délais identifiés pour chaque chirurgie
- P1- 3 semaines est difficile à accomplir, car l'horaire chirurgical est souvent déjà planifié même si de l'espace est gardé pour les cas de cancer.
- COVID
- Annulation de dernière minute des patients reliés au stress COVID

Chaque zone à ces particularités et ces défis. On ne peut pas trouver des solutions qui seront uniformes à tous.

Donc on remarque que si la condition nuit à la qualité de vie du patient, l'outil classe le patient plus prioritaire et certains chirurgiens interprètent différemment l'effet de la condition sur la qualité de vie. Nous avons remarqué le nombre élevé de P2 dans la zone 6 depuis 2018.

### Cataracte

Date	Zone 1	Zone 4	Zone 5	Zone 6
Sep-19	0	0	0	35
Sep-21	0	6	NA	220

Les solutions proposées sont :

- Plus de flexibilité sur le nombre de lits pour patient admis et lits de soins intensifs
- Outils de priorisation devrait être améliorés et mieux utilisés par les chirurgiens
- Recevoir requête chirurgicale aussitôt que chirurgie décidée entre patient et médecin
- Meilleure collaboration des chirurgiens avec les gestionnaires d'accès
- L'accès au temps opératoire devrait être maximisé dans chaque zone.
- Améliorer la collaboration entre le commis de réservation et la gestionnaire d'accès chirurgical.
- Améliorer la collaboration entre les bureaux de chirurgien qui font leur booking et la gestionnaire d'accès.

En résumé, nous remarquons qu'une cible de 90 % n'est pas réaliste. Nous sommes conformes à 84-87 % des délais pour les cancers de moins de 3 mois. Il est difficile d'accomplir tous les P1 en temps opportun si nous recevons les requêtes chirurgicales 2-12 jours après que la décision de chirurgie est prise. Nous espérons qu'avec la revue des priorités faites dans les derniers mois que les chiffres changeront pour identifier les P1-P2 réels. Une cible de 55 % pour les P1-P2 serait probablement réaliste pour les prochains 6-12 mois pour ensuite possiblement monter graduellement à 60% dans les années subséquentes. Il ne faut pas oublier que nous devons prendre en considération les patients en P3-P4. Les chirurgies électives ont souvent été la cible de coupures pour pallier au problème de débordement et de pénurie de personnel depuis deux ans. Ces coupures contribuent directement à notre incapacité d'atteindre la cible identifiée.

Soumis le 29 octobre 2021 par Chantal Pelletier, directrice des Services de chirurgie

**Note couverture**

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

## PLAN DE TRAVAIL 2021-2022

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

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

**Note couverture**

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 16 novembre 2021

**Objet : Rapport trimestriel sur les plaintes (T2 2021-22)**

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

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

Chaque plainte reçue est portée à l'attention des gestionnaires ou des chefs de service/département intéressés pour fin d'examen et d'amélioration. Des suivis sont effectués auprès des plaignants.

Enfin, vous trouverez les pistes d'amélioration présentées durant le deuxième trimestre de 2021-2022.

Soumis le 29 octobre 2021, Lynne Lévesque, gestionnaire régionale, Service qualité et sécurité des patients



# Rapport sur les plaintes T2 (2021-2022)

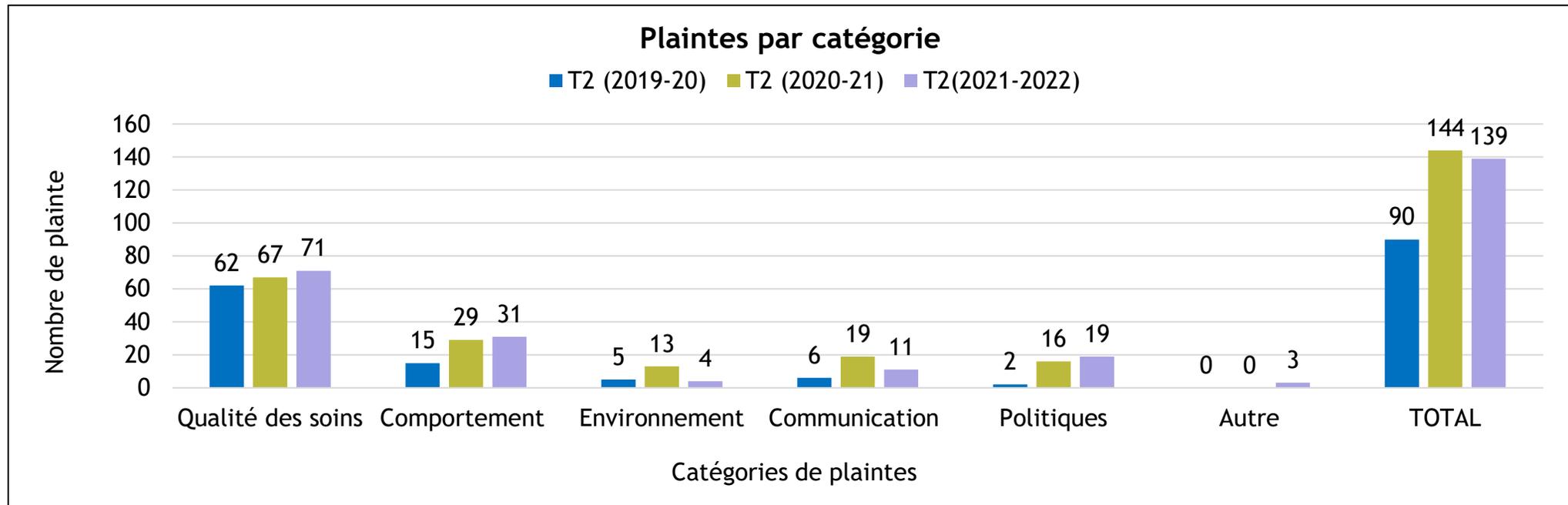


# Plan de la présentation

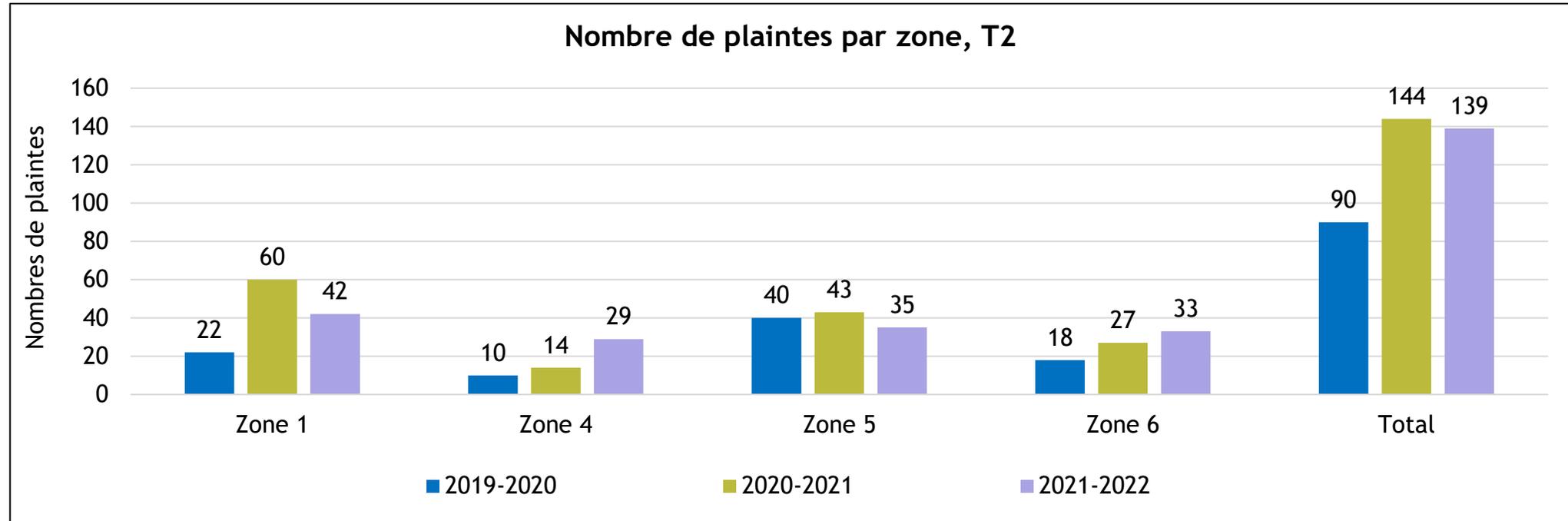
- Définitions
- Plaintes par catégories
- Plaintes liées à la pandémie COVID-19
- Plaintes liées à la qualité
- Plaintes liées au comportement
- Plaintes liées à la communication
- Plaintes liées à l'environnement
- Délais de résolution des plaintes
- Exemples d'amélioration découlant des plaintes

# Définitions

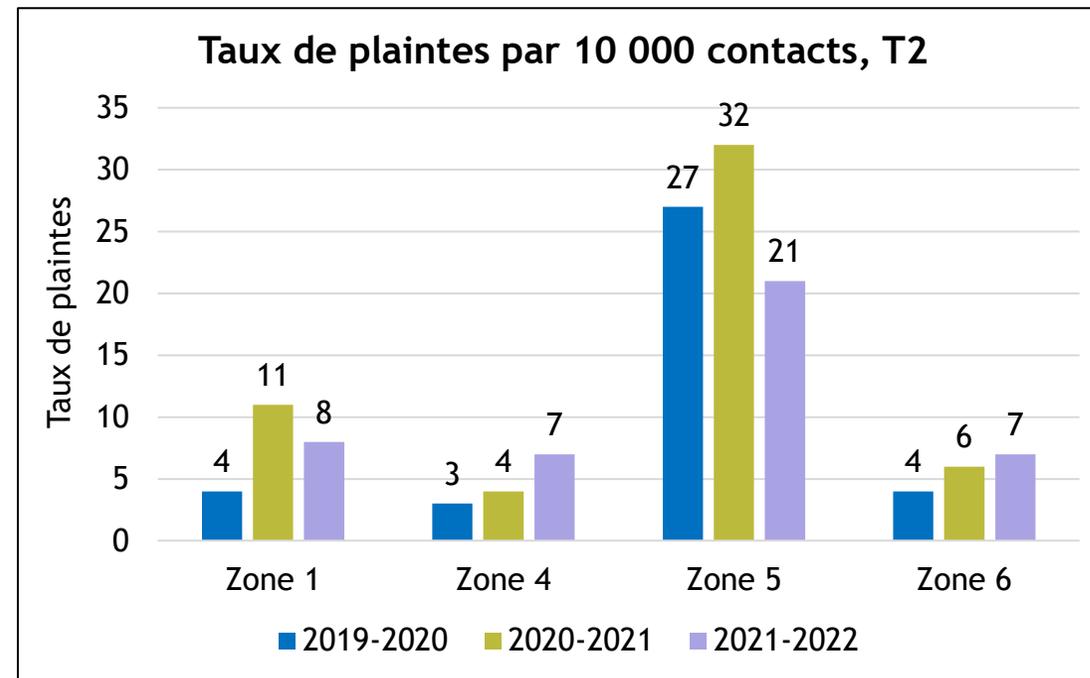
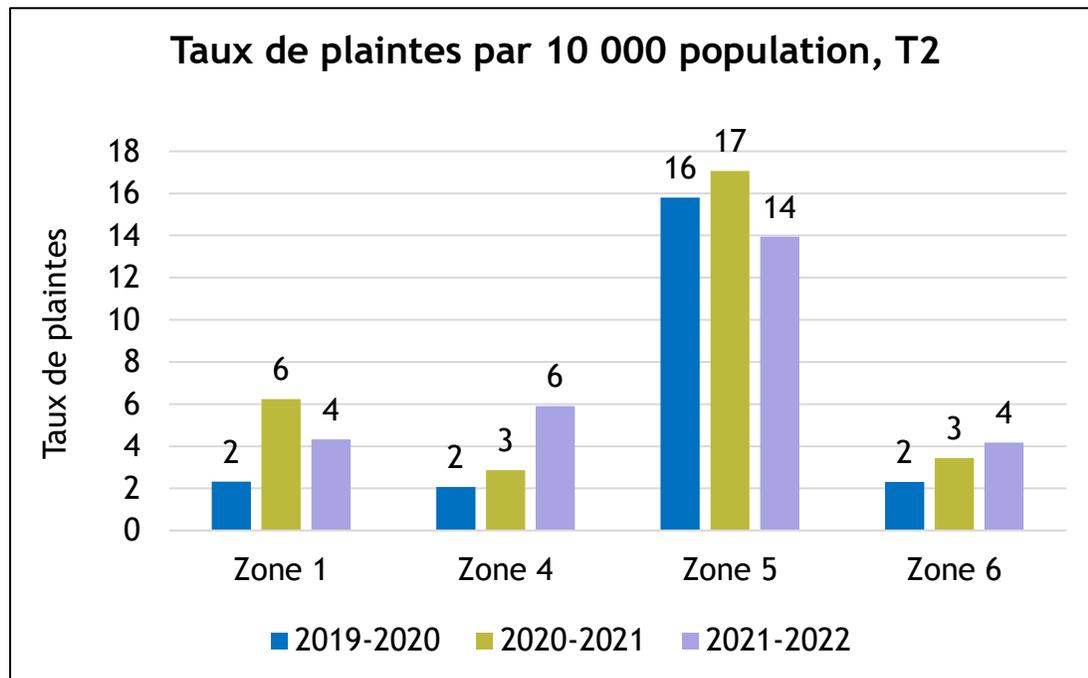
- Plainte - manifestation verbale (en personne ou par téléphone) ou écrite d'insatisfaction de la part d'un patient, d'un membre de la famille ou du public au sujet des soins ou services reçus, qui exige une étude ou un suivi.
- Les plaintes sont classées selon les catégories et sous-catégories provinciales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



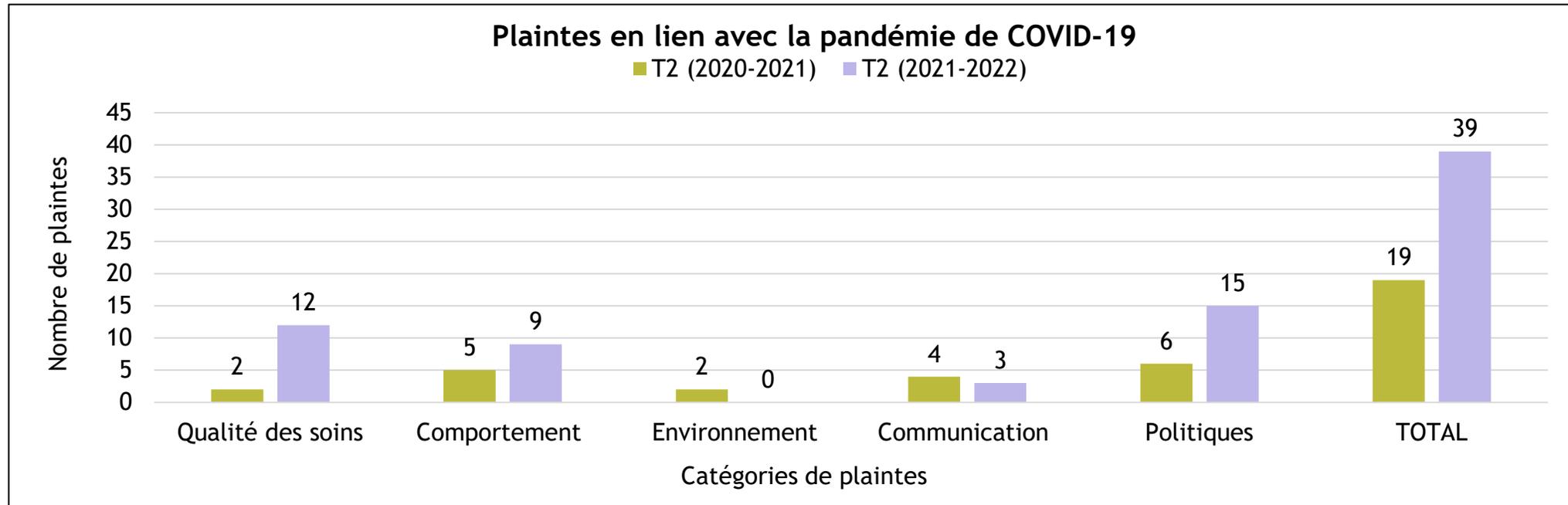
- Dans l'ensemble du Réseau, on note une diminution de 3 % dans le nombre total de plaintes comparativement au même trimestre l'an dernier (T2 de 2020-2021). Cette diminution est surtout attribuable à une réduction dans le nombre de plaintes dans les catégories : environnement et communication. Les plaintes dans la catégorie qualité augmentent graduellement depuis les trois dernières années.
- On note une légère augmentation dans le nombre de plaintes dans la catégorie comportement passant de 29 à 31. Ces plaintes proviennent en grande partie des soins ambulatoires/cliniques (52 %) et des services de l'urgence (29 %).
- Au niveau des plaintes en lien avec les politiques, celles-ci sont majoritairement concernant les restrictions des visites et les directives en lien avec la COVID (port de masque, isolation, etc.).
- Dans la catégorie autre, nous retrouvons les plaintes en lien avec les pertes de biens (soulier, vêtements, etc.).



- Lorsqu'on compare le nombre de plaintes par zones pour le T2 de 2021-2022, on remarque que le nombre de plaintes a doublé dans la Zone 4 et les plaintes de la Zone 6 ont augmenté de 22 %, tandis que le nombre de plaintes de la Zone 1B et de la Zone 5 ont diminué respectivement de 41 % et 19 % en comparant aux plaintes du T2 de 2020-2021.

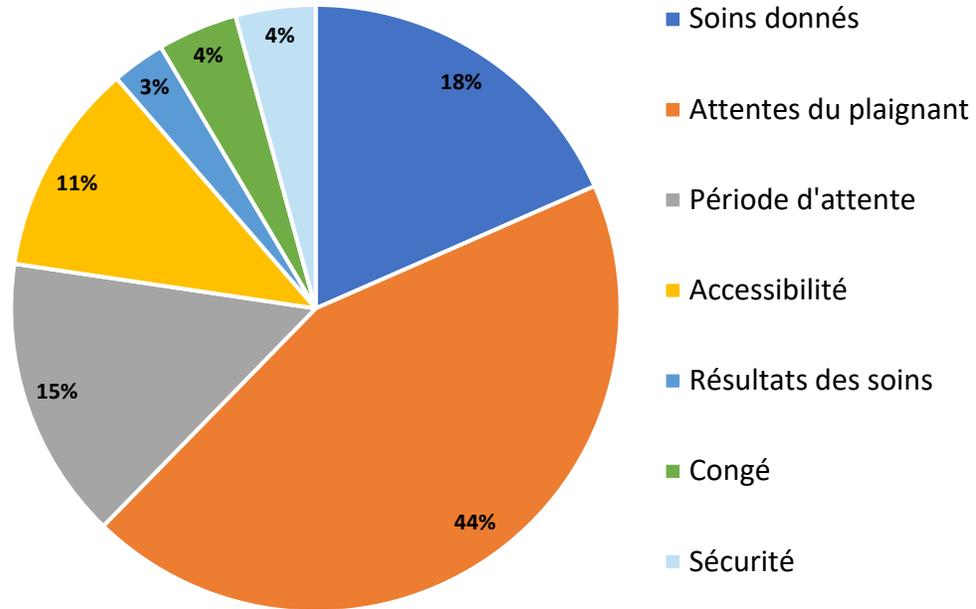


- Lorsqu'on analyse les plaintes par 10 000 de population desservie, on note que la Zone 5 compte plus de plaintes par 10 000 de population. Dans les autres zones le taux de plaintes est assez semblable.
- Lorsqu'on analyse les plaintes par 10 000 contacts (la somme du # total d'admission, # total de consultations à l'urgence et # total de visites ambulatoires), la Zone 5 compte plus de plaintes par 10 000 contacts.
- Le nombre de plainte dans la Zone 5 est élevé pour le volume d'activités. Le nombre de plaintes à l'Ombuds au Centre Hospitalier Restigouche compte pour 43 % des plaintes dans la zone.



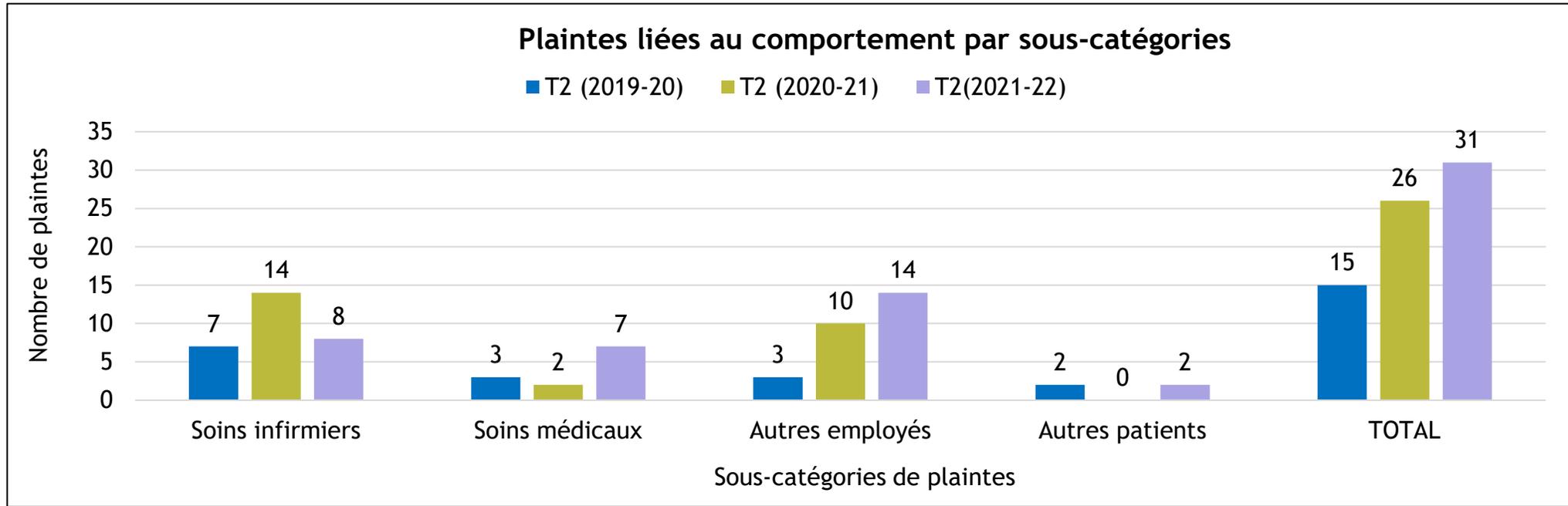
- Depuis le début de la pandémie de la COVID-19, le Service de qualité et sécurité des patients comptabilise les insatisfactions face à cette réalité. Parmi toutes les catégories de plaintes confondues, on compte 212 plaintes liées à la pandémie depuis mars 2020.
- Au T2 de 2021-2022, le nombre total des plaintes en lien avec la pandémie a doublé comparativement au même trimestre de l'an dernier. La zone 4 est passée de 1 à 15 plaintes et la zone 6 de 2 à 14.
- Cette augmentation est attribuable à l'augmentation des plaintes des catégories qualité, politique et comportement.
- Dans la catégorie qualité, on retrouve majoritairement des insatisfactions face à l'accessibilité aux services tels que rendez-vous en orthopédie, clinique de douleur, chambre mixte ou des patients placés dans les corridors suite à la fermeture de certaines unités.
- Les plaintes dans la catégorie comportement sont majoritairement en lien avec les préposés et agents de sécurité au contrôle des établissements embauchés pour la période de la pandémie.

**Plaintes liées à la qualité des soins par type  
T2 2021-2022**

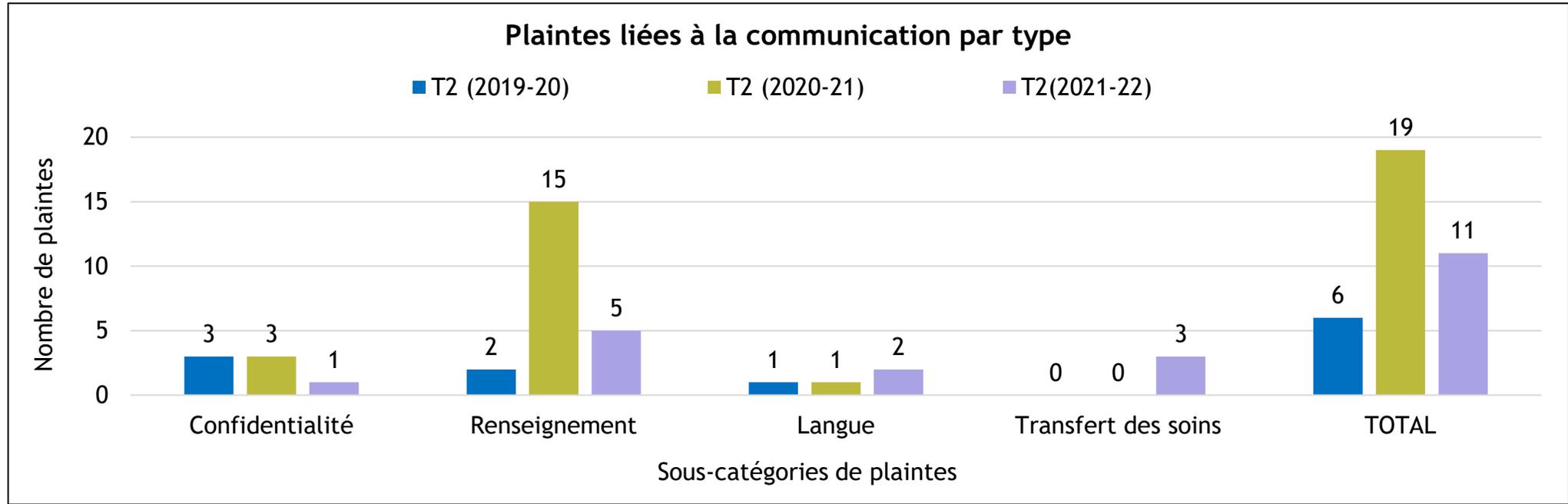


Ce tableau démontre la répartition des plaintes par sous-catégories dans la catégorie liée à la qualité des soins. 77 % des plaintes liées à la qualité des soins sont réparties dans trois catégories, soit :

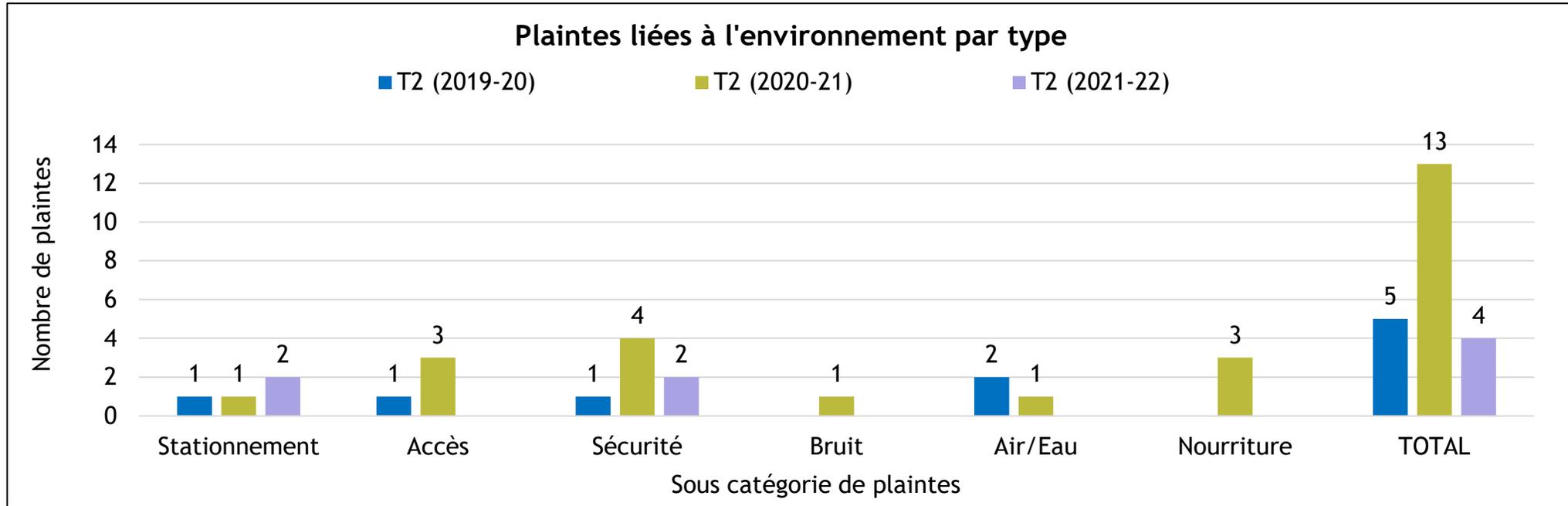
1. Les attentes du patient qui n'ont pas été satisfaites pour 44 % (ex. attentes au niveau du type de traitement, examen diagnostique, des soins offerts, etc.).
2. Les soins donnés en général pour 18 % (ex. aux unités de soins et aux cliniques ambulatoires).
3. La période d'attente pour un service pour 15 % (ex. à l'urgence et aux cliniques ambulatoires)



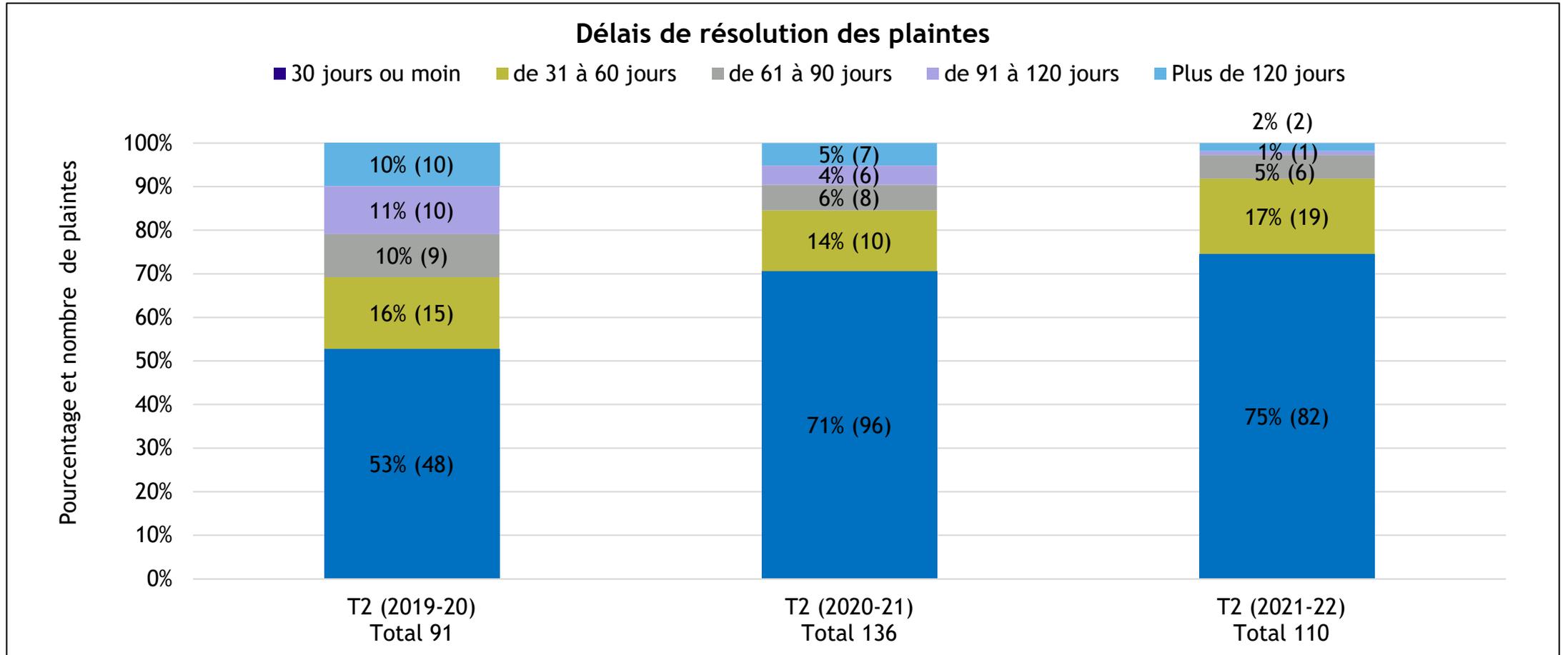
- Les plaintes liées au comportement représentent 22 % de l'ensemble des plaintes pour le T2 de 2021-2022. On note une légère augmentation comparativement au T2 de 2020-2021.
- On observe une augmentation des plaintes dans la catégorie autres employés passant de 10 à 14 depuis la dernière année. Dans la catégorie autres employés, on retrouve les plaintes concernant les employés du triage à l'entrée et les commis à l'admission. La majorité des plaintes sont en lien avec l'attitude et le manque de respect selon les patients. Des suivis étroits et de la sensibilisation sont faits avec le membre du personnel visé par la plainte. La formation sur le service à la clientèle/accueil est à refaire pour ces secteurs et des démarches seront faites pour identifier une formation sur comment traiter avec des clients difficiles.
- Dans la sous-catégorie des soins médicaux, il y a une augmentation du nombre de plaintes en lien avec le comportement médical comparativement à la même période l'an dernier. Les exemples qui ressortent le plus dans cette catégorie selon la perspective du patient sont des comportements brusques et non professionnels de la part du médecin.
- On note une diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement dans la sous-catégorie soins infirmiers.



- Les plaintes liées à la communication représentent 8 % de l'ensemble des plaintes pour le T2 de 2021-2022. Le nombre a considérablement diminué passant de 19 en 2020 à 11 à la même période de l'année 2021-2022.
- Dans la sous-catégorie renseignements, les plaintes sont en lien avec le manque de communication et de renseignements par rapport aux directives durant la pandémie. Une plainte en lien avec la question sur la religion à l'enregistrement et une autre en lien avec le genre du patient.



- Comparativement au T2 2020-2021, il y a une diminution considérable dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement passant de 13 à 4 au T2 2021-2022.
- Les deux plaintes de stationnement sont en lien avec les conditions du stationnement en générale et l'environnement physique du stationnement temporaire pour les personnes à besoins spéciaux au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L. Dumont. Des améliorations ont été faites à l'aire de débarquement des patients et des rappels fait avec les gardiens d'être plus présents à l'entrée pour aider les patients et les visiteurs, au besoin.
- Dans les plaintes en lien avec la sécurité, on note des inquiétudes de patients en lien avec la propreté et la condition physique des lieux au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L. Dumont. Les trous dans le mur de la chambre en question ont été réparés suite à cette plainte.



- Ce graphique représente les délais de résolution pour les plaintes fermées au T2. Comparé au T2 2020-2021, on note une augmentation dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours et de 31 à 60 jours. Le processus de révision des lettres de suivi aux plaignants a été modifié afin d'assurer une rigueur et une uniformité dans les réponses.
- Des 139 plaintes reçues dans le T2 2021-2022, 78 ou 56 % ont été fermées dans un délai de 30 jours ou moins et 15 soit 11 % ont été fermées en dedans de 31 à 60 jours, donc 67 % de nos plaintes fermées en dedans de 60 jours. Le travail de collaboration entre les gestionnaires, les directeurs et les services médicaux contribuent grandement à l'atteinte de l'objectif fixé dans notre politique.

## Exemples d'amélioration découlant des suivis de plaintes

Chaque plainte reçue est portée à l'attention du chef de service pour fin d'examen et d'amélioration. Selon la gravité de la plainte, une analyse des causes profondes peut être effectuée. Voici quelques exemples d'amélioration qui découlent des plaintes pour le T2:

- Rappel à l'ensemble du personnel sur l'importance de communiquer avec les patients de manière professionnelle, ainsi que d'être empathique et d'expliquer les raisons des directives en cette période de pandémie.
- Réitérer l'importance d'assurer la communication avec le foyer et le partenaire de soins/famille lors du congé du patient, afin de coordonner le retour au domicile du patient.
- Un projet d'aménagement de l'entrée du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L. Dumont a été effectué dans le but de la rendre plus accessible aux patients avec mobilité réduite.
- Rappel fait auprès des employés de l'urgence de communiquer fréquemment les délais d'attente pour voir le médecin à la salle d'urgence.
- Processus amélioré afin d'avoir les équipements nécessaires à la clinique de dépistage pour effectuer les tests de COVID aux enfants.
- Les critères de suivi prénatal pour les grossesses à risque seront révisés, afin de mieux arrimer les pratiques.

## Le processus de gestion des plaintes:

- *Assure la gestion impartiale des préoccupations des patients, de leur famille ou du public.*
- *Assure un traitement objectif, rapide, clair et juste de toutes les plaintes dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services offerts par le Réseau de santé Vitalité.*
- *Respecte le droit des patients d'exprimer leur insatisfaction ou de porter plainte et de recevoir des réponses à leurs questions/préoccupations.*

## Note couverture

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : Le 16 novembre 2021

### Objet : Rapport trimestriel sur les incidents (T2 2021-2022)

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

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

Chaque incident et incident évité de justesse est analysé avec la collaboration des services concernés, afin de cerner les améliorations à apporter, et ce, dans un but de prévenir la récurrence de ce type d'incident et d'assurer la sécurité des patients. Les incidents graves et critiques sont transmis aux comités de revue pour une analyse des causes profondes et une mise en place de mesures pour prévenir que les incidents se reproduisent.

Les informations pertinentes reliées à tous les incidents rapportés sont transcrites dans une base de données centrale (fichier Excel) nous permettant de produire les graphiques en annexe et donner des explications sur les fluctuations des données d'un trimestre à l'autre. Cette base de données nous permet également de produire différents rapports. Les gestionnaires des unités qui rapportent un plus grand nombre d'incidents reçoivent de façon mensuelle un rapport de tendance leur permettant de cibler les occasions d'amélioration et ainsi permettre la réduction des incidents sur leur unité. Ceux qui rapportent le moins souvent des incidents reçoivent le même rapport, mais de façon trimestrielle. Les ressources humaines reçoivent chaque mois des données reliées aux incidents de violence de patients envers les employés. Un rapport sur les incidents reliés aux médicaments rapportés est préparé pour les rencontres du Comité de gestion des médicaments de chaque zone.

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

Soumis le 28 octobre 2021 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques



# Rapport sur les incidents T2 2021-2022



# Plan de la présentation

- Définitions (types d'incidents)
- Graphiques:
  - Incidents rapportés par trimestre
  - Incidents rapportés par zone et année financière
  - Incidents évités de justesse par trimestre
  - Comparaison des types d'incidents entre T2 (2020-2021) et T2 (2021-2022)
  - Incidents rapportés par trimestre:
    - Chutes
    - Taux de chutes
    - Taux de chutes avec blessure grave
    - Médicaments
    - Taux d'incidents médicamenteux

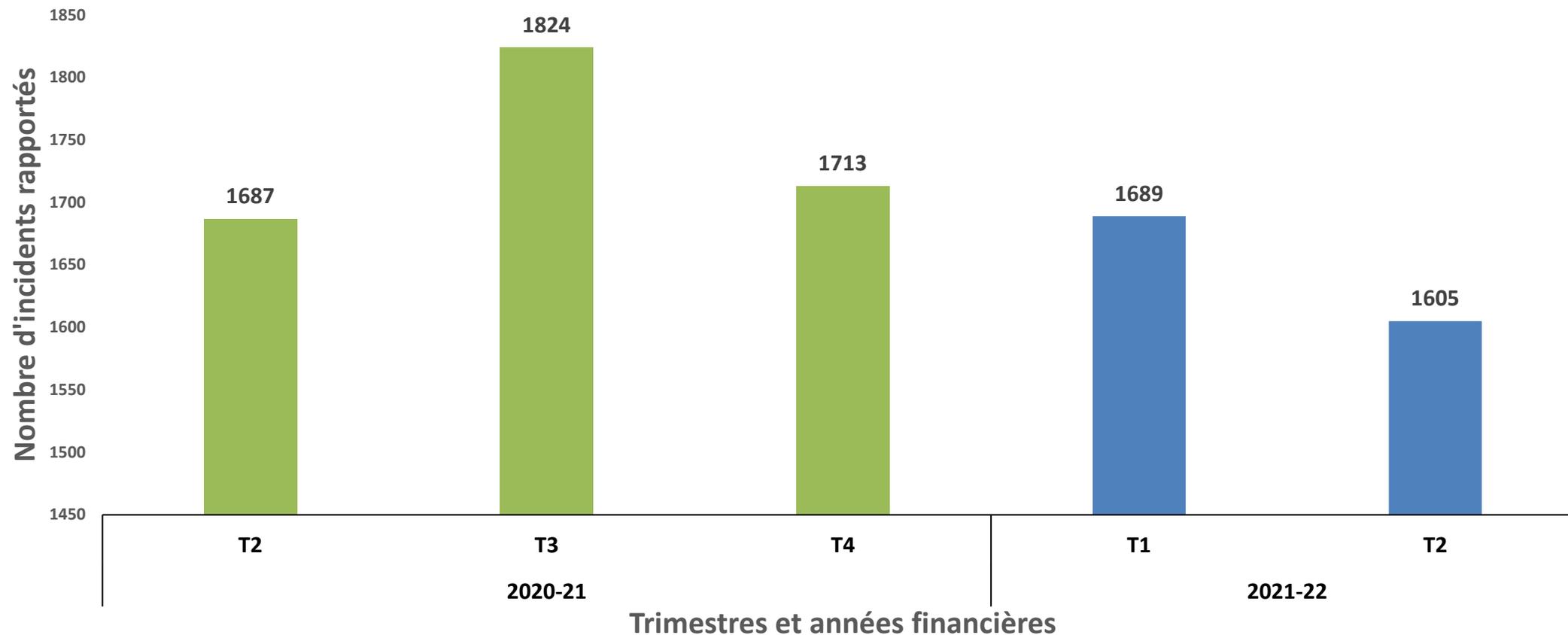
# Plan de la présentation (suite)

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

# Définitions

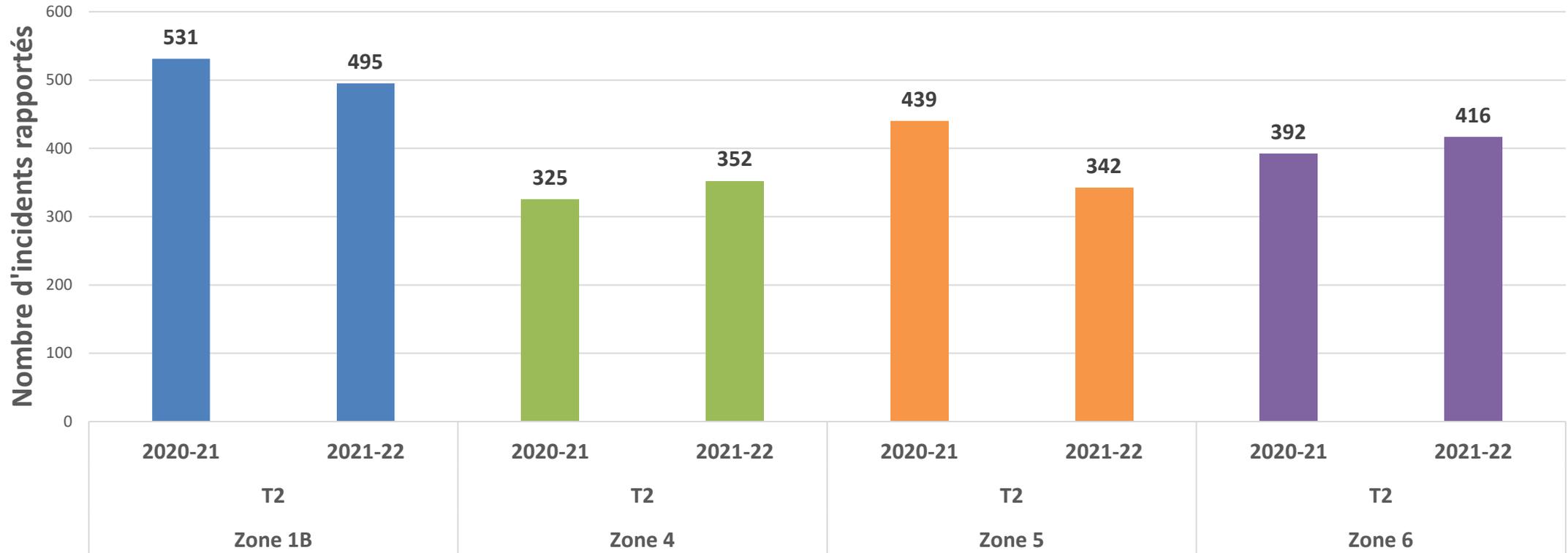
- Les incidents sont classés selon des définitions provinciales et par catégories (types):
- Chutes (lit, debout, ambulant, commode, etc.)
- Solutions intraveineuses (infiltration, omission, allergie, posologie, etc.) incluant ceux de sang et produits sanguins (débit, omission, mauvais groupe sanguin,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

## Incidents rapportés par trimestre



- On remarque une diminution du nombre d'incidents rapportés au T2 comparativement au trimestre précédent (5 %). La cause principale est une diminution du nombre de rapports reçus pour les types «divers» et de «sécurité».
- Le nombre d'incidents rapportés est réduit de (5 %) comparativement au même trimestre de l'année précédente. On note une augmentation du nombre de chutes et une diminution de tous les autres types d'incidents.

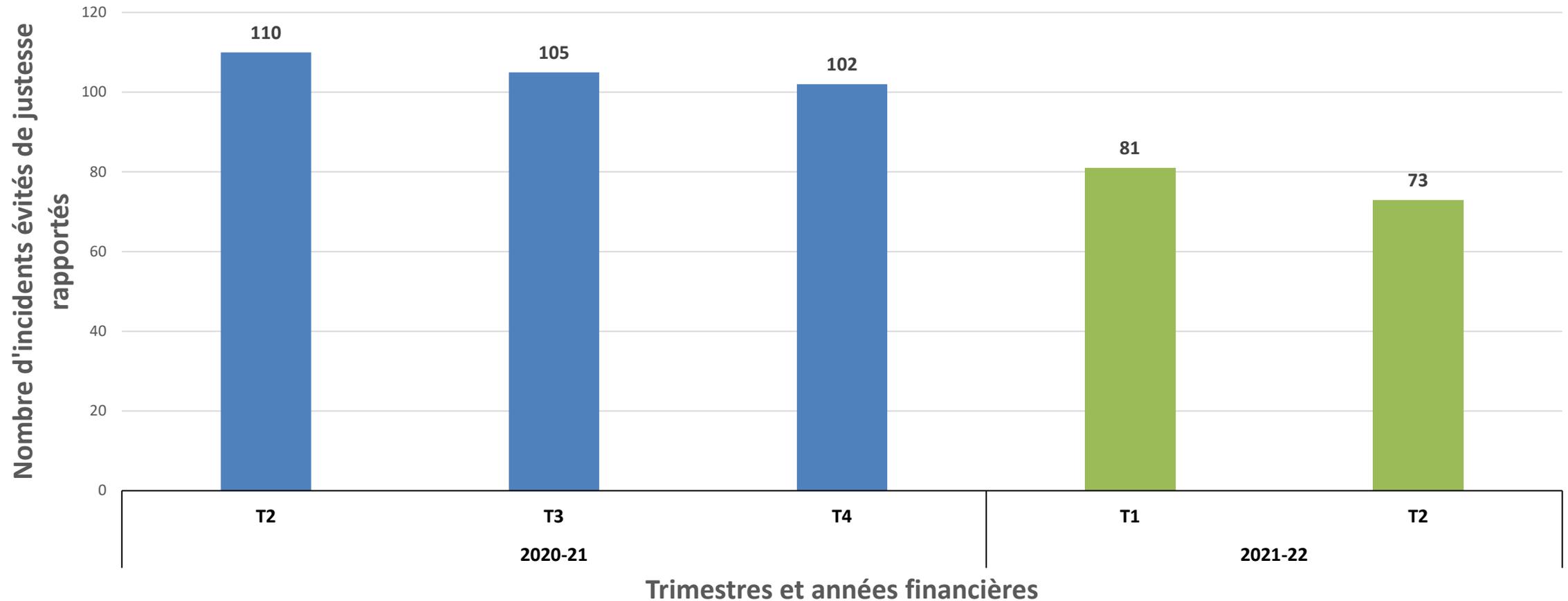
## T2 - Incidents rapportés par zone et année financière



### Zones, trimestres et années financières

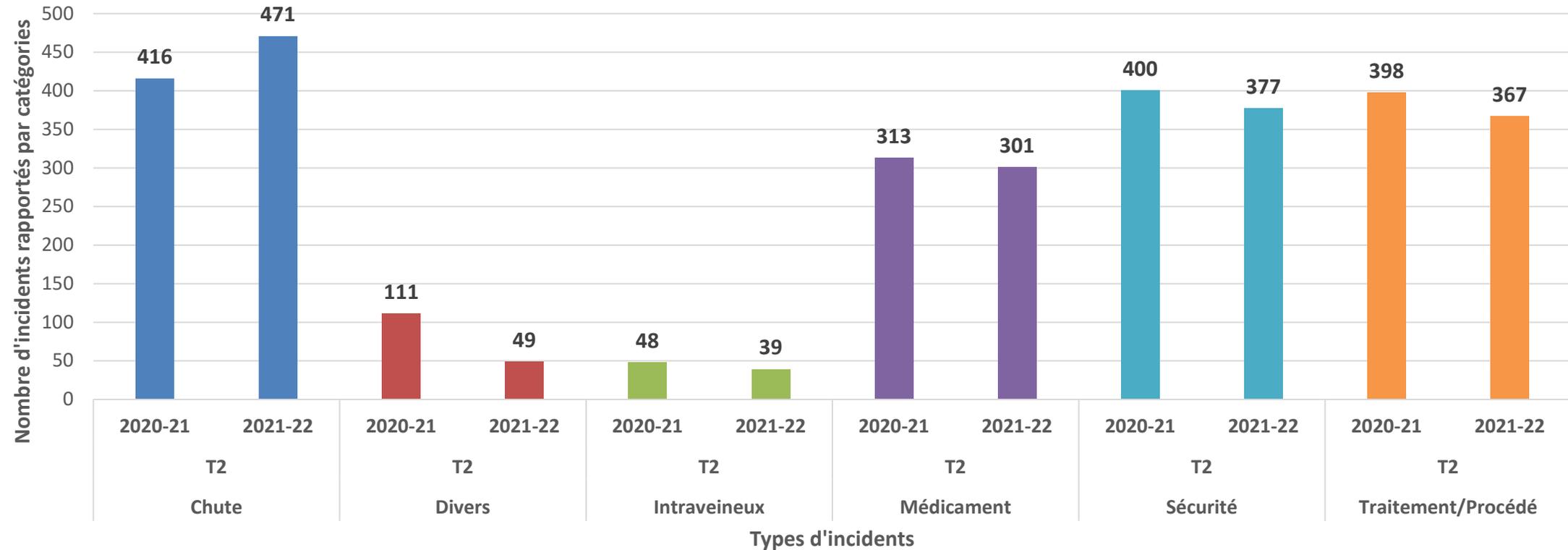
- La Zone 1B est celle qui a rapporté le plus d'incidents, comme pour le trimestre précédent et ce, malgré une diminution du nombre d'incidents. Ceci est attribuable au fait que le volume d'activités est plus élevé que dans les autres zones.
- La Zone 5 a rapporté 22 % moins d'incidents qu'au même trimestre en 2020-2021. Ceci est attribuable à la réduction d'incidents de types divers et de sécurité.
- La Zone 6 a rapporté 6 % plus d'incidents qu'au même trimestre en 2020-2021. Ceci est attribuable à l'augmentation des incidents de type traitements/analyses/procédés.

## Incidents évités de justesse par trimestre



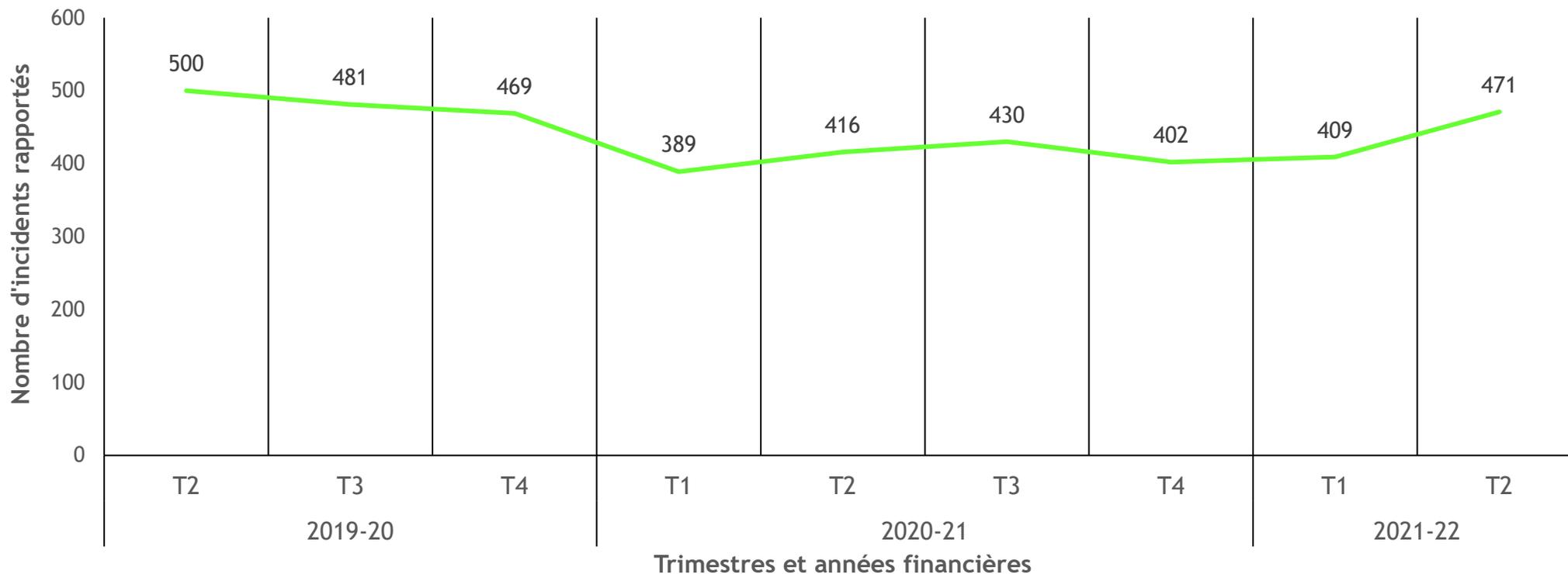
- Au T2 (2021-22), les incidents évités de justesse (IEJ) représentent 5 % du total des incidents rapportés soit 73 sur les 1605 incidents.
- Les zones 1B (42.5 %) et 4 (48 %) demeurent celles qui rapportent le plus les IEJ. Toutes les zones (à l'exception de la Zone 4) ont eu une diminution des incidents évités de justesse. La zone avec la baisse la plus significative est la Zone 5. Ceci pourrait être attribuable à la charge de travail du personnel et au manque de temps pour signaler les incidents évités de justesse.

## Comparaison des types d'incidents entre T2 (2020-21) et T2 (2021-22)



- Chutes: augmentation de 12 % (+55) de façon globale et aussi observée dans toutes les zones. Les zones 4 et 5 sont celles où la hausse fut plus marquée avec respectivement 37 % et 25 % de plus qu'en T1. À noter que certaines unités ne rapportent pas de chutes pour le moment car elles sont temporairement fermées dû à un manque de ressources humaines.
- Incidents divers: diminution de 56 % (-62) de façon globale et aussi observée dans toutes les zones à l'exception de la Zone 4. Les zones 1B et 5 sont celles où la baisse est plus marquée.
- Les autres données sont assez stables.

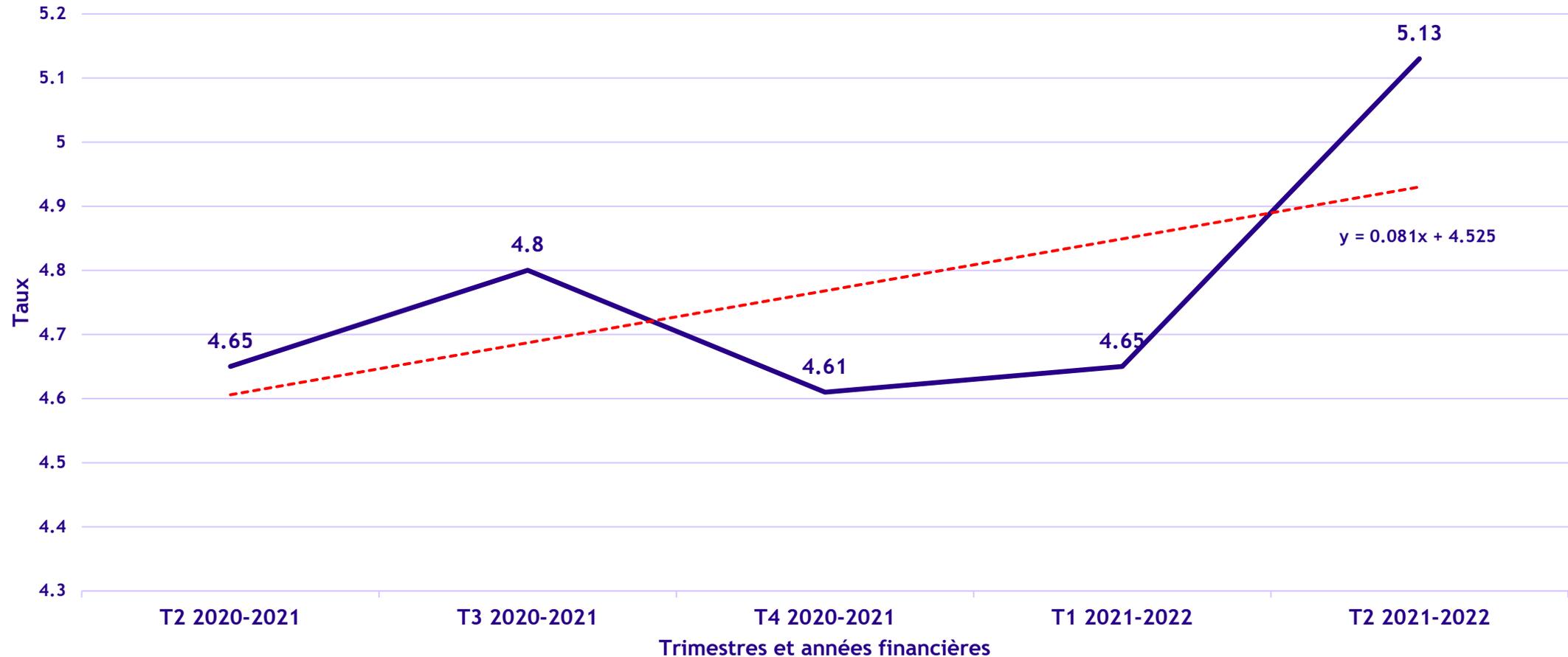
## Chute- Nombre d'incidents rapportés par trimestre



- De façon générale, les chutes se produisent le plus fréquemment alors que le patient est marchant/ambulant (24 %) ,debout (23 %) et au lit/civière (21 %) pour T2 2021-2022.
- 0.6 % (3 chutes dont 2 pour des patients admis) des chutes pour T2 2021-2022 ont occasionné une blessure grave causant des fractures. Un programme de prévention des chutes est en place afin de réduire le nombre de chutes. Il était appliqué pour au moins un des 2 patients. L'information n'est pas disponible pour l'autre patient. On note une hausse dans certaines unités de soins de longue durée dans les zones 4, 5 et 6.
- Il y a eu une augmentation (13 %) des chutes comparativement au T2 de 2020-2021.

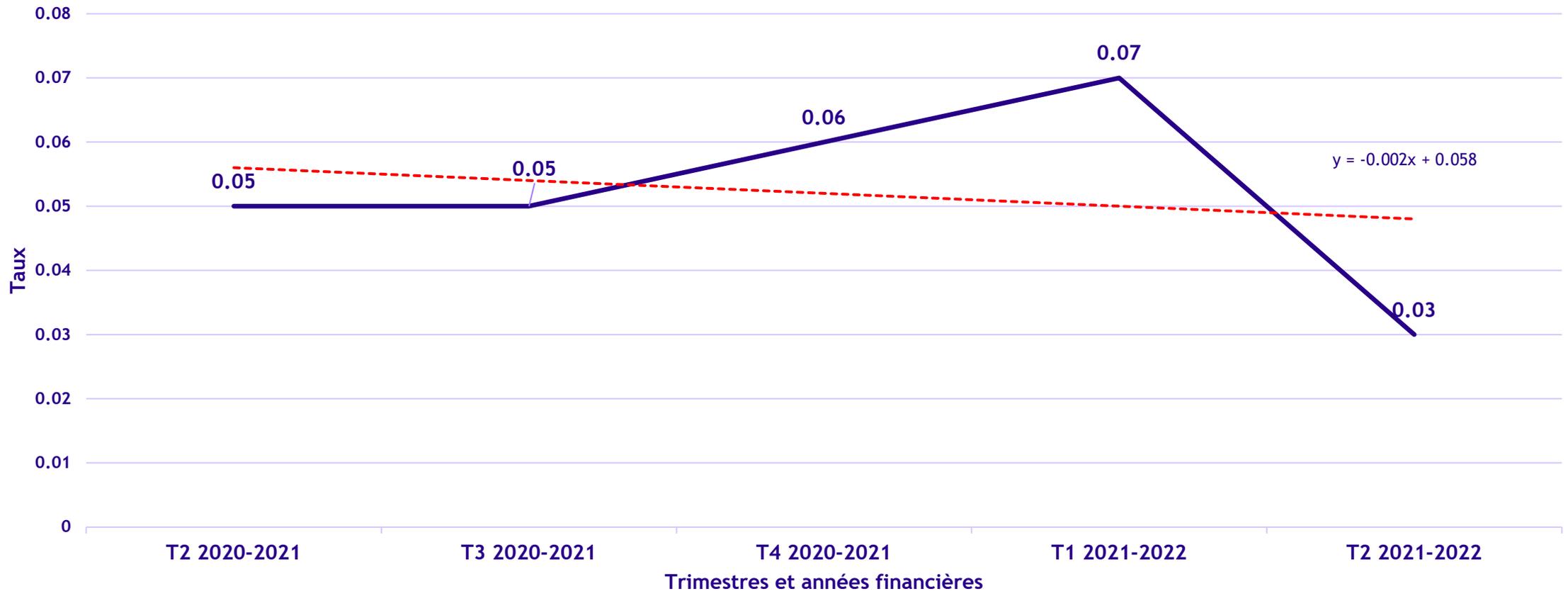
# Taux de chutes par trimestre (Réseau)

- Cible du Réseau: 5 par 1000 jours patient

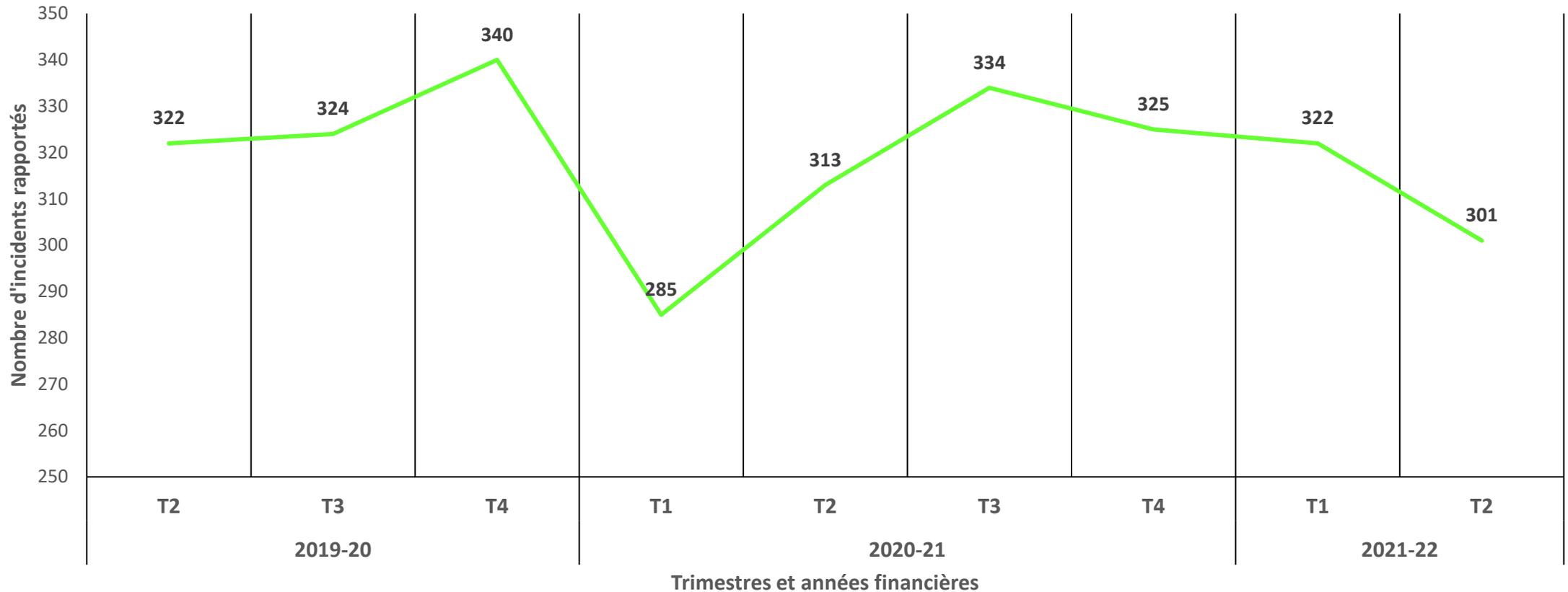


# Taux de chutes avec blessure grave par trimestre (Réseau)

- Cible du Réseau: 0 par 1 000 jours patient



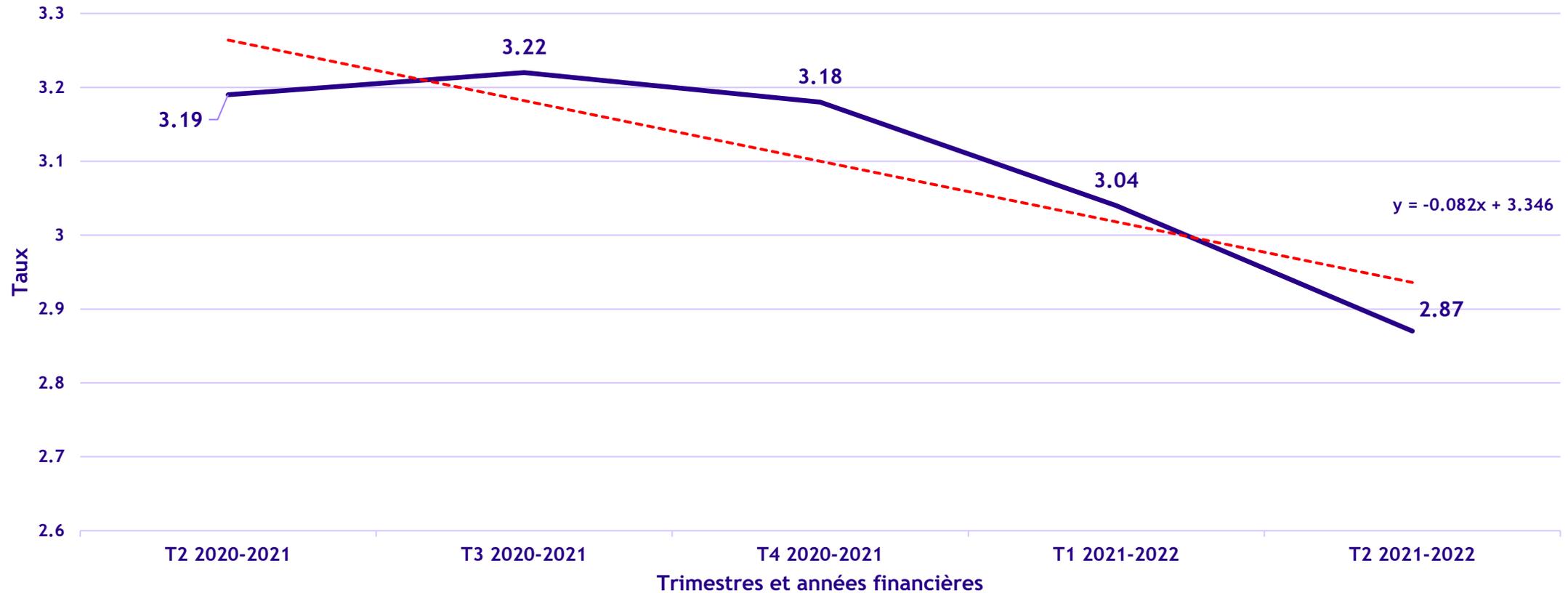
## Médicaments- Nombre d'incidents rapportés par trimestre



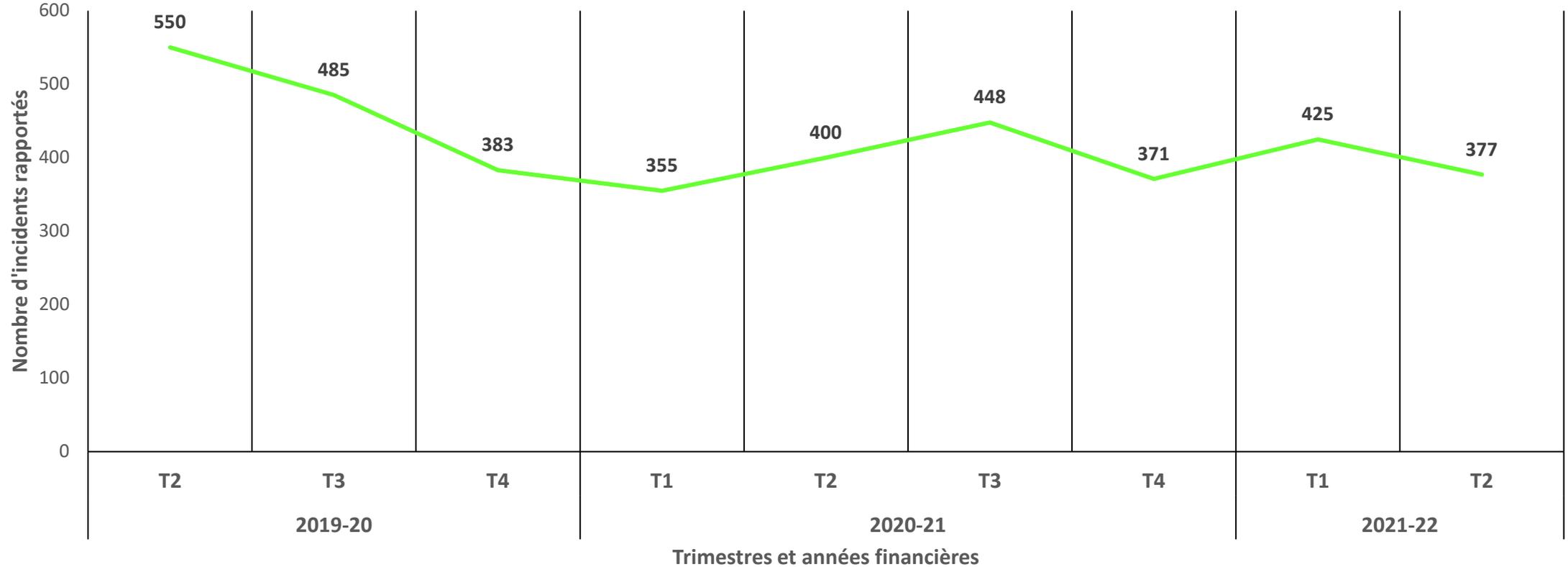
- Le nombre d'incidents de médicaments est légèrement plus bas que le trimestre précédent.
- Les incidents liés aux médicaments les plus fréquents sont les omissions (37 %), ceux liés à la posologie/concentration (24 %) et avec aucune ordonnance (24 %).
- Aucun incident ayant eu des conséquences graves ou modérées ne fut rapporté.
- Le nombre d'incidents rapportés est à la baisse(4 %) par rapport à T2 de 2020-2021. Les incidents d'omission et autres sont à la hausse et diminution dans tous les autres types.

# Taux d'incidents médicamenteux par trimestre (Réseau)

- Cible du Réseau: 3.32 par 1 000 jours patient

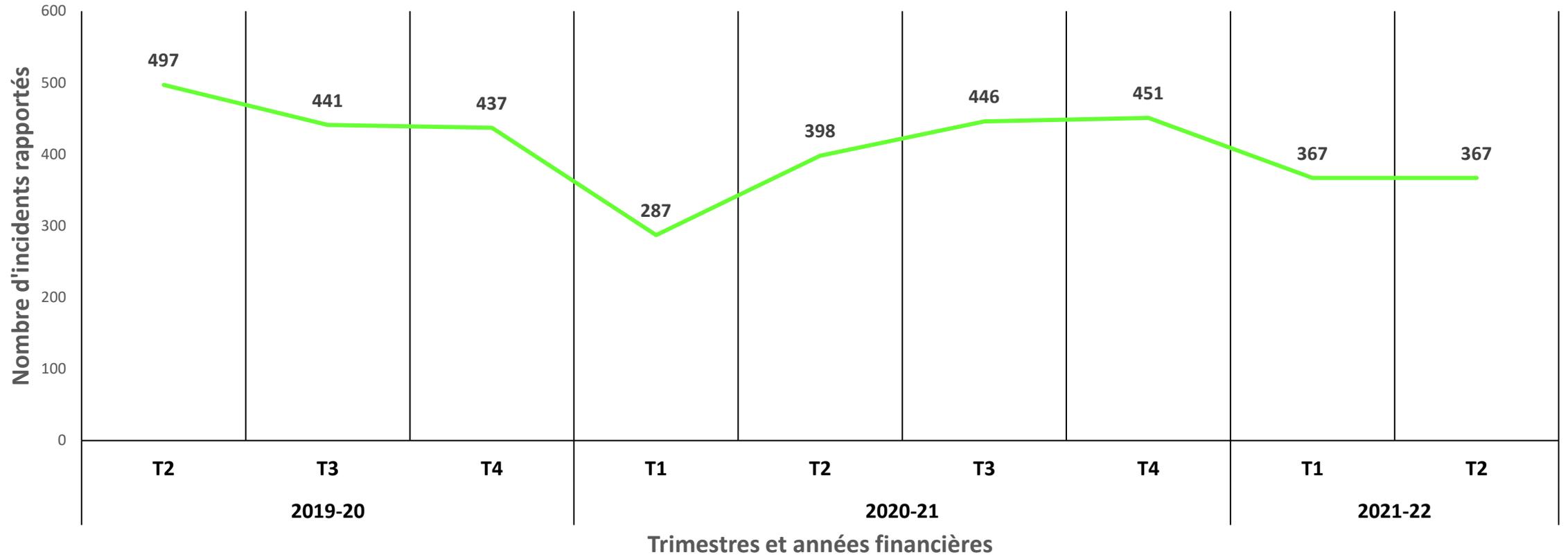


## Sécurité- Nombre d'incidents rapportés par trimestre



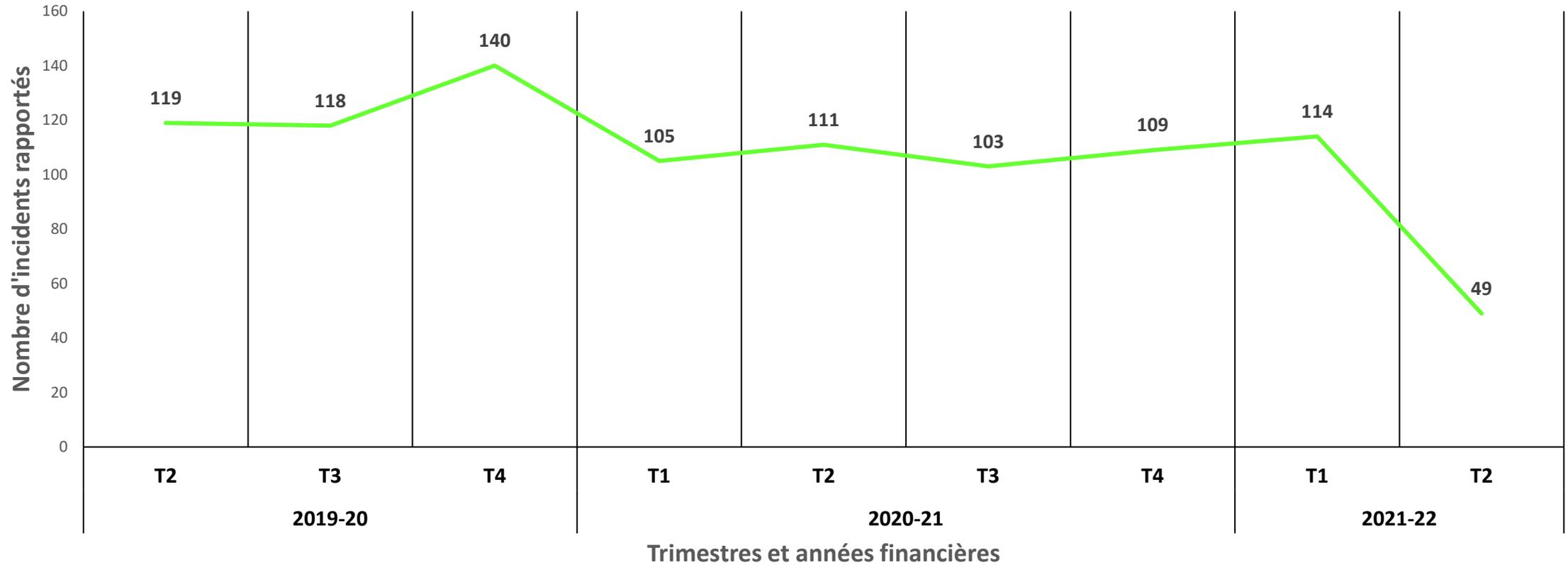
- Il y a une diminution des incidents de sécurité (11 %) par rapport au trimestre précédent. Ceci est attribuable à la diminution d'incidents de types agression-agresseur, autres et agression-victimes.
- Les incidents liés à la sécurité les plus fréquents sont les agressions-agresseur (25 %), les altercations/abus verbal (15 %) et les bris de confidentialité (17 %).
- La Zone 5 (CHR) demeure la zone rapportant le plus d'incidents d'agressions/altercations (45 %). Les unités de psychiatrie et de pédopsychiatrie du Réseau en ont rapporté 29% du nombre total.

## Traitement / Analyse/ Procédé- Nombre d'incidents rapportés par trimestre



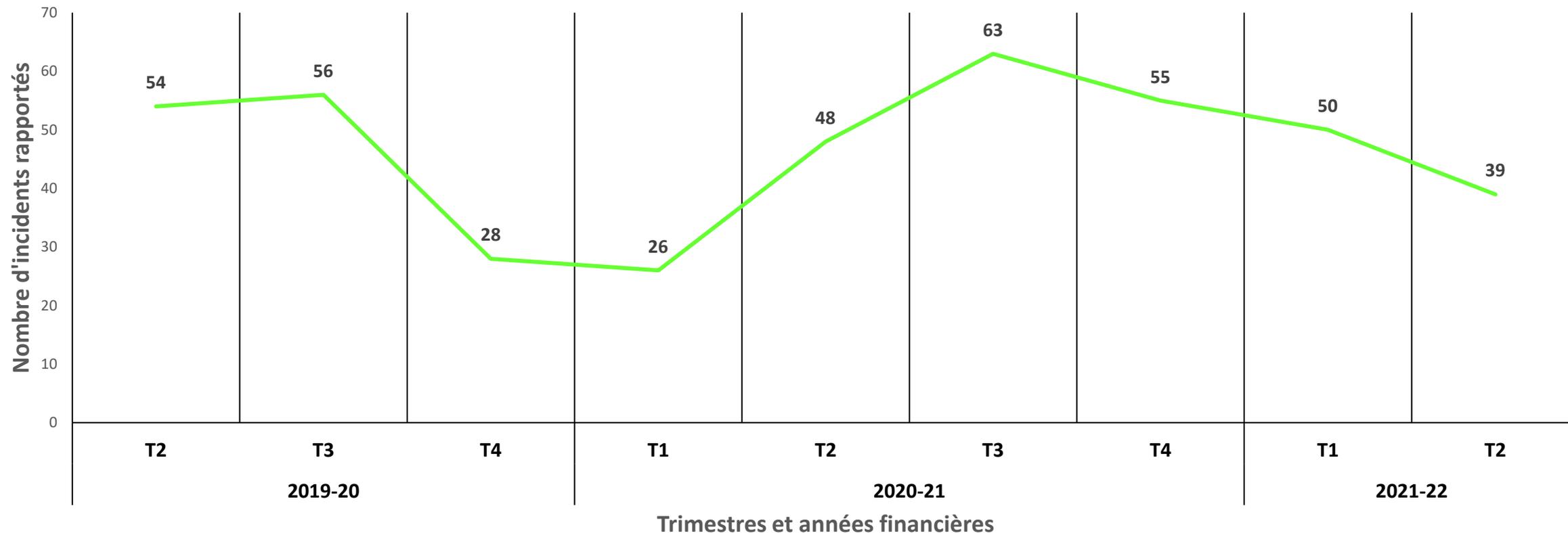
- Le nombre d'incidents de traitement/analyse/procédé est identique au trimestre précédent.
- Les incidents de traitement/analyse/procédé les plus fréquents sont les omissions (53 %), les politiques et procédures non suivies (17 %) et les délais inhabituels (8 %) pour T2 2021-2022.
- Il est à noter que par rapport au trimestre précédent, il y a eu une réduction d'incidents de délais et de plaies de pression mais une augmentation des incidents d'omission et de spécimens détruits (Tests de sang de l'unité satellite de néphrologie (Miramichi) qui ont été oubliés dans le réfrigérateur et n'ont donc pas été envoyés au CHUDGLD pour analyse. Ils ont dû être détruits).

### Divers- Nombre d'incidents rapportés par trimestre



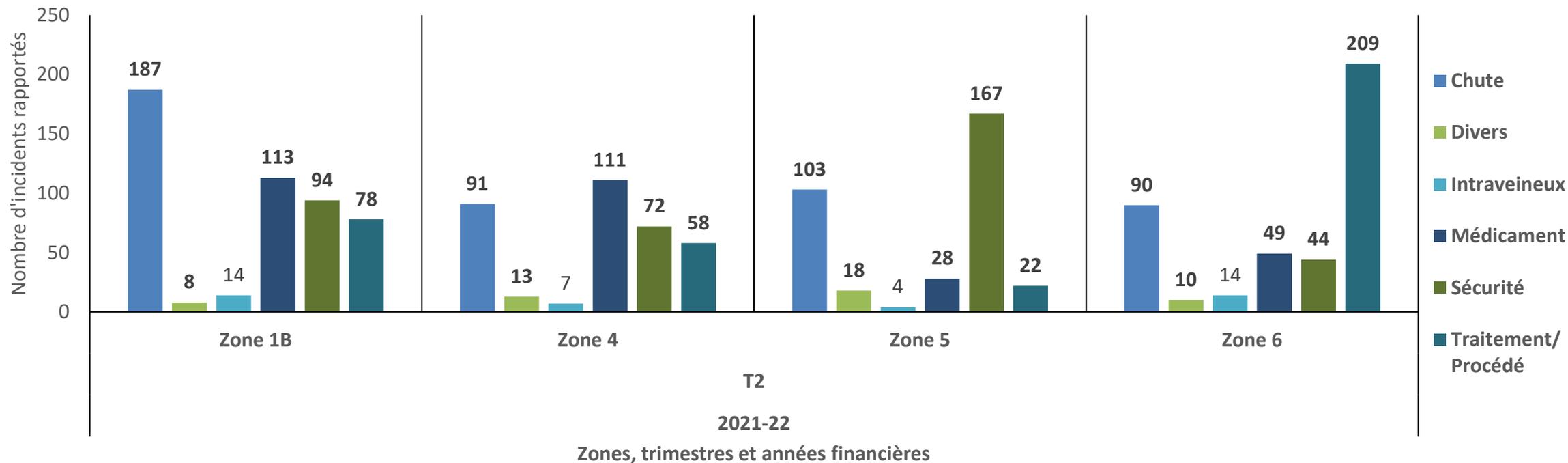
- On note une grande diminution des incidents (57 %) par rapport au trimestre précédent. Ceci est attribuable à la baisse globale de tous les types rapportés, particulièrement les tentatives de suicide et d'automutilation.
- Les incidents divers les plus fréquents sont autres (43 %), les blessures accidentelles (20 %) et les incidents d'automutilation (12 %) pour T2 2021-2022.
- Il y a également une diminution des incidents (56 %) par rapport au T2 de 2020-2021, visant les mêmes types d'incidents que ci-haut.

## Intraveineux- Nombre d'incidents rapportés par trimestre



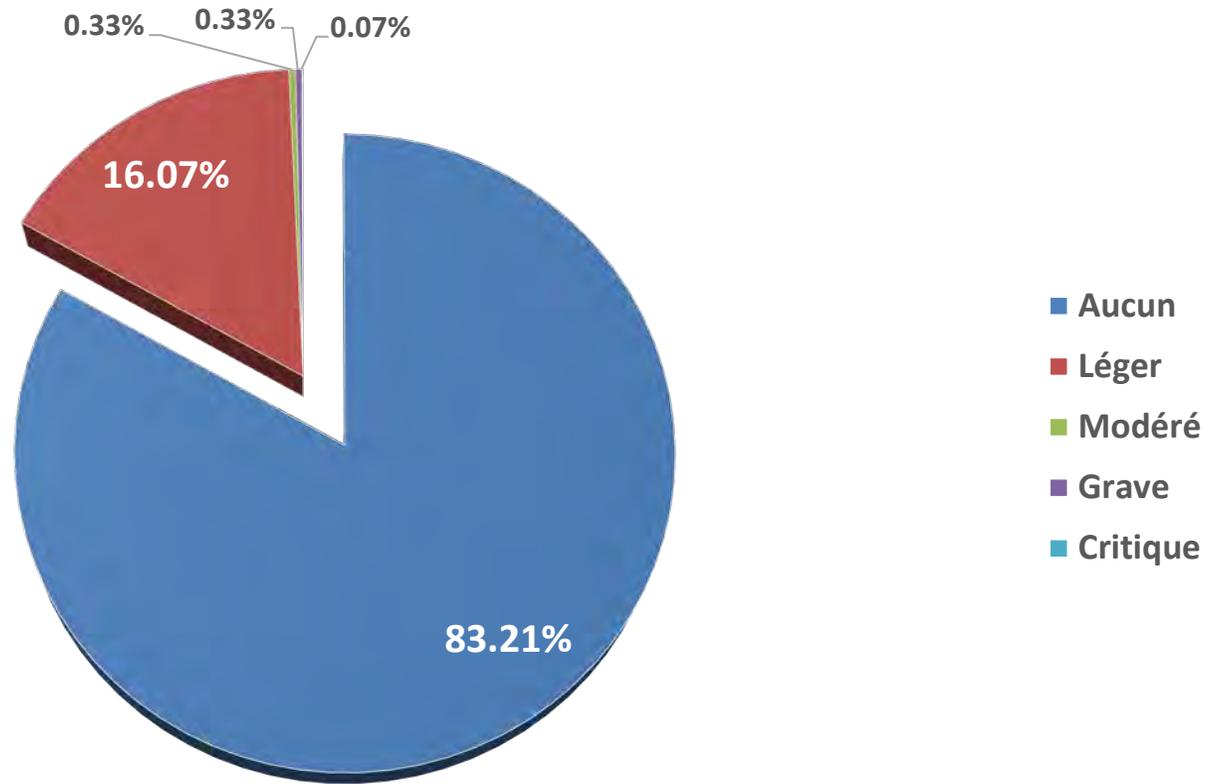
- Il y a une légère diminution des incidents rapportés (22 %) par rapport au trimestre précédent. On note, une diminution des incidents d'infiltration et une augmentation des incidents de réaction allergique.
- Les incidents liés aux intraveineuses les plus fréquents sont les infiltrations (33 %), posologies (10 %) et réactions allergique ainsi que ceux reliés aux produits sanguins (15 %).
- Il y a une légère diminution des incidents rapportés par rapport au T2 de l'an dernier.

## Incidents rapportés par catégorie et par zone



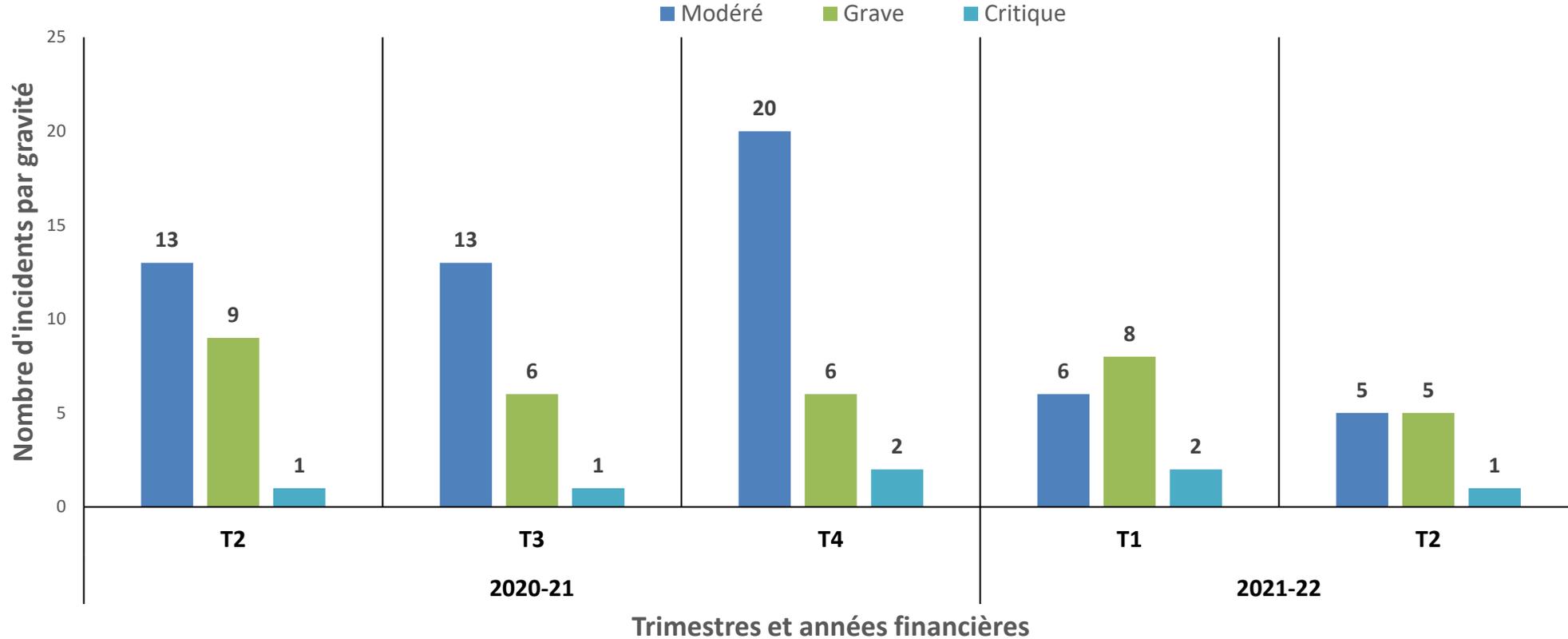
- L'augmentation des incidents de chutes dans la Zone 1B est attribuable à la hausse de chutes de type inconnue et du fauteuil roulant.
- L'augmentation des incidents liés aux médicaments dans la Zone 4 est attribuable à une augmentation de type médicaments donnés sans ordonnance et posologie/concentration.
- L'augmentation des incidents de chutes dans la Zone 5 est attribuable à une hausse de chutes de la chaise et du lit.
- On note une augmentation des incidents traitement/analyse/procédé suite à une augmentation des omissions dans la Zone 6. À noter qu'après vérification, il appert que la majorité de ces incidents sont en fait des IEJ qui sont découverts par le biais d'une vérification faite avant la sortie du rapport. Ce processus sert donc de filet de sécurité.

## Proportion des gravités



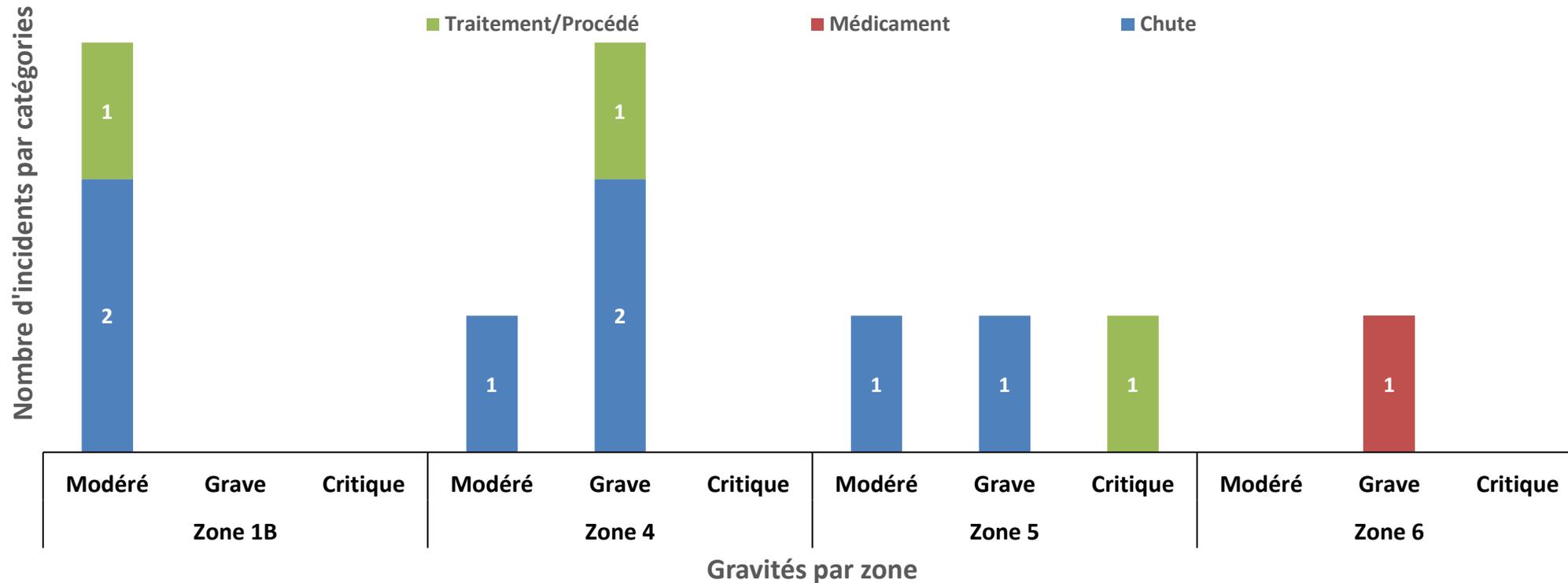
Les incidents modérés (0.33 %), graves (0.33 %) et critiques (0.07 %) représentent une très faible proportion des incidents rapportés (0.73 %).

## Incidents modérés, graves et critiques par trimestre



- On remarque une diminution des incidents modérés, graves et critiques comparativement au trimestre précédent.
- Il faut considérer qu'il y a également eu une diminution du nombre global d'incidents rapportés ce trimestre-ci.

## Incidents modérés, graves et critiques par zone et par type



- Zone 1B: Modéré - 2 chutes (Debout et marchant) et un incident de traitement (problème de politique et procédure).
- Zone 4: Modéré - Chute (marchant). Grave - 2 chutes (marchant) et 1 incident de traitement (résultat inattendu).  
NB: 2 des chutes (1 modéré et 1 grave) ont eu lieu à l'extérieur de l'établissement (trottoirs).
- Zone 5: Modéré - Chute (inconnue). Grave - Chute (marchant). Critique - Incident de traitement (résultat inattendu).
- Zone 6: Grave - Médicament (omission). NB: après suivi, il n'y a pas eu de conséquence. Sera ajusté au prochain rapport.

# Suivis découlant des analyses de tendances

En juillet 2021

- Augmentation d'omission de faire les tests de dépistage SARM/ERV sur une unité.
  - **Cause:** Manque de personnel (senior) et arrivée de plusieurs nouveaux employés.
  - **Pistes d'amélioration:** enseignement fait aux employés lors d'une réunion d'équipe.
  
- Augmentation d'incidents liés aux médicaments sur une unité.
  - **Cause:** Incidents surtout en soirée, erreur de transcription
  - **Pistes d'amélioration:** Clarifier les ordonnances avec les médecins, s'assurer de bien retranscrire les informations et faire la vérification

# Suivis découlant des analyses de tendances

En juillet 2021

- Augmentation du nombre de chutes sur une unité le jour surtout.
  - **Cause:** Diminution du nombre de préposés aux soins de jour.
  - **Pistes d'amélioration:** Installer les patients au fauteuil gériatrique.
- Augmentation du nombre de chutes sur une unité.
  - **Cause:** Facteurs humains: manque de personnel, nouveaux employés non familiers avec l'unité, retard dans les audits pour évaluer la conformité au programme de prévention des chutes (infirmière ressource assignée aux soins directs aux patients).
  - **Pistes d'amélioration:** Familiariser les nouveaux employés avec le programme de prévention des chutes, emphase sur l'évaluation du risque de chutes, faire l'audit prochainement, utiliser les accessoires à la marche.

# Note d'information

Point 5.7

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

Date : 16 novembre 2021

Objet : Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T2 2021-22

## Décision recherchée

Le rapport sur l'expérience des patients hospitalisés (T2 2021-22) est présenté à titre d'information, selon le calendrier de présentation des rapports.

## Contexte/problématique

- Le taux régional de participation au sondage est de 11 % (463 répondants) pour le T2 2021-22, comparativement à 9 % (409 répondants) pour le même trimestre de l'année précédente. Malgré une légère augmentation, la pandémie continue d'avoir un impact sur le taux de participation.
- Le tableau en annexe démontre les résultats par question pour le deuxième trimestre de l'année 2021-22 ainsi que les données comparatives pour la même période en 2020-21. Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du NB (CSNB) effectué en 2019, ont également été inclus à titre de référence. Il est à noter qu'il faut comparer les résultats du Réseau à ceux du CSNB avec prudence, puisque la méthodologie et l'échantillonnage étaient différents dans les deux sondages.
- Lorsqu'on compare les données de 2021 et 2020 pour le T2 du sondage du Réseau, on remarque une augmentation du taux régional de satisfaction pour 10 des 20 questions.
- Dix questions ont eu un taux de satisfaction  $\geq 85$  %. Elles sont en lien avec : le temps d'attente pour obtenir un lit, la courtoisie du personnel, les explications données d'une façon que le patient pouvait comprendre, les explications sur les nouveaux médicaments, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité du patient, la vérification du bracelet d'identité, la connaissance sur les médicaments au congé, la langue de service et l'expérience globale.
- On note une diminution dans le taux régional de satisfaction pour 10 questions en lien avec le temps d'attente pour obtenir un lit, l'obtention d'aide, contrôle de la douleur, le respect des valeurs culturelles, la nourriture, la préoccupation pour la sécurité du patient, les renseignements écrits reçus sur les symptômes à surveiller après congé, la langue de service et l'expérience globale. La question sur les renseignements écrits reçus sur symptômes à surveiller après congé a subi la plus importante baisse; soit de 84 % au T2 2020 à 76 % au T2 2021.
- Les questions avec le plus faible taux de satisfaction ( $< 70$  %) sont en lien avec le respect des valeurs culturelles, la propreté, la tranquillité, la nourriture et les heures des visites.

## Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet – rapport présenté à titre d'information.

## Considérations importantes

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

## Suivi à la décision

Poursuivre les démarches pour améliorer la méthodologie et les processus entourant l'évaluation de l'expérience des patients.

## Proposition et résolution

Aucune – rapport présenté à titre d'information.

**Soumis le 28 octobre 2021 par Lynne Lévesque, gestionnaire régionale du service Qualité et Sécurité des patients.**

**Annexe – Tableau des résultats**  
**Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés**  
T2 2020-21 vs 2021-22

QUESTIONS	CSNB 2019 (%)		Vitalité 2020-21 (%)	Vitalité 2021-22 (%)
	NB	Vitalité	T2	T2
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	22.8	19.8	3	7 ↑
Q2) Traiter avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.9 MD 81.0 RN	87.9 MD 82.2 RN	92	95 ↑
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	73.8 MD 69.7 RN	77.1 MD 74.6 RN	86	88 ↑
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	59.2	68.6	86	82 ↓
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	69.2	69.6	84	88 ↑
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	61.1	58.7	80	82 ↑
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	72.2	70.9	71	76 ↑
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	61.1	63.3	72	70 ↓
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	37.9	41.4	44	43 ↓
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	50.4	55.0	64	68 ↑
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	40.7	48.8	53	59 ↑
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent, Très bonne et Bonne)	53.7	53.3	71	69 ↓
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	85.6	85.0	53	64 ↑
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	72.5	73.2	88	91 ↑
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.1	81.1	95	94 ↓
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	84.2	83.6	85	86 ↑
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	67.0	73.2	84	76 ↓
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.0	84	85 ↑
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	90.8	86.5	93	91 ↓
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	82.3	83.9	93	91 ↓

Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)							
Z1B		Z4		Z5		Z6	
T2 2020-21	T2 2021-22	T2 2020-21	T2 2021-22	T2 2020-21	T2 2021-22	T2 2020-21	T2 2021-22
94	90 ↓	94	95 ↑	87	83 ↓	93	89 ↓

# Note d'information

Point 5.8

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

Date : 16 novembre 2021

Objet : Recommandations des Comités de revues

## Décision recherchée

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

## Contexte/problématique

- Conformément aux exigences de la *Loi sur la Qualité des soins de santé et la sécurité des patients*, ce rapport présente les recommandations des comités de revues pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, soit en août 2021.
- Ce rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des comités de revues qui ont été effectués avant cette période.
- Dans la période du 1<sup>er</sup> septembre au 31 octobre 2021 un total de 5 revues ont été effectuées (4 incidents préjudiciables et 1 suicide en communauté) et un total de 13 recommandations ont été émises.
- De ces 13 recommandations : 9 (69 %) sont en voie d'implantation (la plupart avec des échéanciers dans les prochains mois) et 4 (31 %) ne sont pas encore débutées. Voir tableau en annexe « *Recommandations des Comités de revues Septembre-Octobre 2021* ».
- Il y a eu 15 revues effectuées avant septembre 2021 avec recommandations incomplètes. Pour ces 15 revues, 59 % (40/68) des recommandations sont implantées et il reste 28 recommandations à mettre en place.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir.

## Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

## Considérations importantes

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

## **Suivi à la décision**

Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.

## **Proposition et résolution**

Proposé et appuyé

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

Adoption

**Soumis le 28 octobre 2021 par Lynne Levesque, gestionnaire régionale – Qualité et Sécurité des patients.**

Résumé des recommandations – Comités de revues de septembre à octobre 2021

Types d'incidents	Résumé des recommandations	Avancement
Suicide en communauté	Revoir avec le Ministère de la Santé et du Développement social la pertinence d'avoir un Panel pour présenter et discuter des dossiers pour les cas de placements.	(J) - débuté
	Clarifier les critères d'admissibilité et tenter d'uniformiser le processus pour les placements en établissements résidentiels.	(J) - débuté
Chutes x 2	Réitérer au personnel l'importance de faire l'éducation auprès du patient à risque de chute afin de lui donner les moyens d'assumer un rôle actif dans la prévention des chutes et la réduction des blessures.	(J) - débuté
	Réviser l'outil de communication qui se retrouve au chevet du patient et y apporter des modifications au besoin.	(J) - débuté
	Développer un processus pour l'utilisation de l'outil de communication.	(J) - débuté
	S'assurer que le personnel remplaçant soit informé des besoins spécifiques des patients de l'unité et de l'importance de la collaboration entre les employés.	(J) - débuté
	Clarifier l'utilisation du terme autonome avec les départements de physiothérapie et d'ergothérapie et offrir de l'éducation au personnel infirmier, au besoin.	(J) - débuté
Décès inattendu x 2	Assurer que le personnel infirmier révise les lignes directrices en lien avec les signes vitaux afin de renforcer les compétences d'évaluation et de prises en charge selon les meilleures pratiques.	(R) - non débuté
	Réitérer la mission de l'établissement auprès du personnel afin de renforcer la culture de sécurité.	(R) - non débuté
	Clarifier le rôle du personnel de l'infirmierie et la surveillance dans la prise en charge des clients ayant des problèmes de santé aiguë.	(R) - non débuté
	Sensibiliser le personnel médical en appel de l'importance d'être accessible en tout temps afin de répondre aux inquiétudes concernant l'état de santé des clients.	(R) - non débuté
	Réitérer auprès du personnel l'importance de traiter chaque admission comme si celle-ci est la première afin d'éviter la stigmatisation chez les usagers fréquents.	(J) - débuté
	Faire un rappel au personnel d'avoir recours aux ressources de support disponibles (ex.: crise mobile, admission dans un autre centre, lit de dégrisement), selon le besoin, pour les clients en attente d'une admission.	(J) - débuté

Légende – État d'avancement

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

# Note d'information

Point 5.9

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

Date : 2021-11-16

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

## Décision recherchée

Le rapport trimestriel T2 – Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée est présenté à titre d'information.

## Contexte/problématique

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

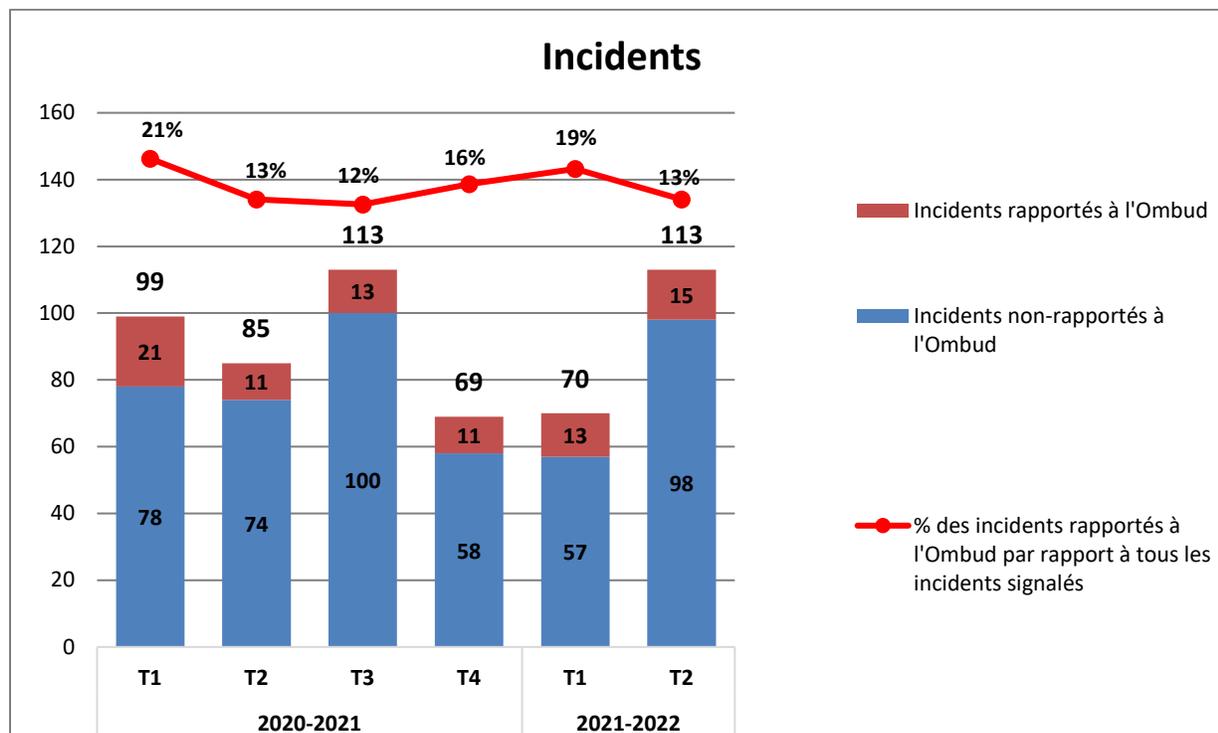
Les graphiques suivants incluent les Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée du deuxième trimestre de 2021-2022. Ces incidents ont été rapportés au Bureau de la vie privée par l'entremise soit d'un rapport d'incident ou d'une plainte interne ou externe ou découlent de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

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

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

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

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



Le nombre d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée est à la hausse pour le deuxième trimestre. Cependant, la tendance pour la proportion des incidents rapportés à l'Ombud est légèrement à la baisse pour la même période.

## 2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE\*

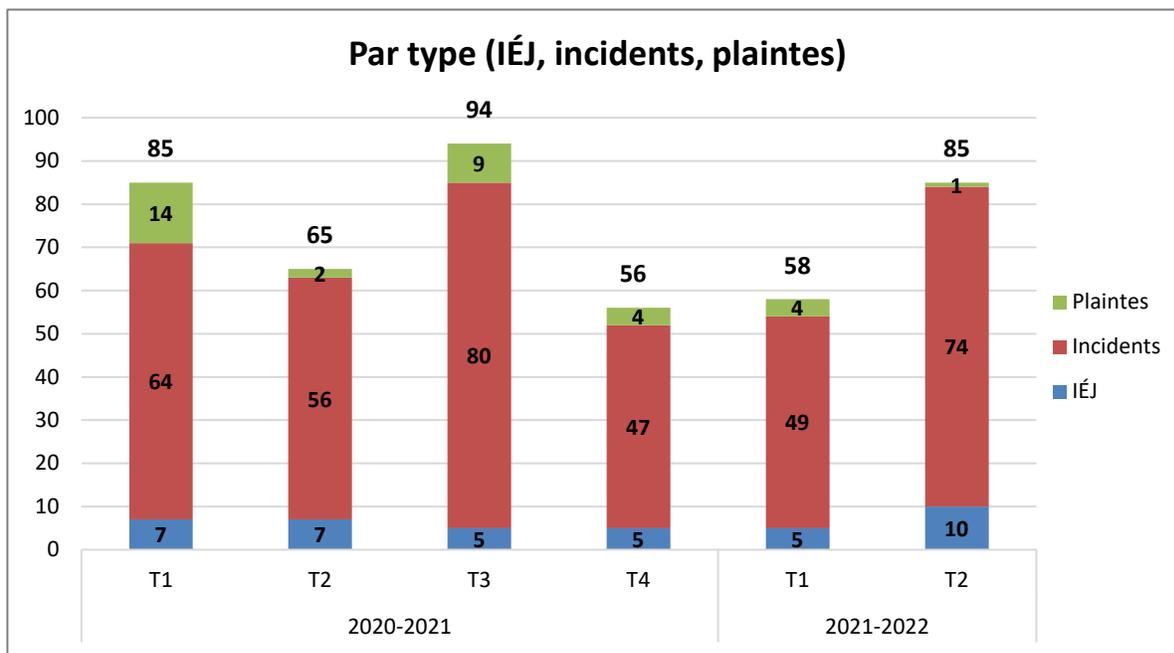
Zone	2020-2021								2021-2022			
	T1		T2		T3		T4		T1		T2	
z1b	46	54%	38	58%	51	54%	30	54%	30	52%	58	68%
z4	8	9%	11	17%	17	18%	10	18%	7	12%	7	8%
z5	15	18%	3	5%	9	10%	6	10%	8	14%	6	7%
z6	16	19%	13	20%	17	18%	10	18%	13	22%	14	17%
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>	<b>94</b>	<b>100%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

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

La Zone 1b démontre un nombre d'incidents élevé, car les employés de cette zone ont signalé plusieurs rapports qui ont été envoyés à un mauvais médecin. Des 58 incidents de la Zone 1b, 42 sont de cette

nature. Ce type d'incident se produit lorsque deux médecins ont le même nom ou un nom semblable. Le 9 septembre dernier, une note de service a été acheminée à tous les employés et les médecins de la Zone 1b pour adresser une problématique spécifique. Depuis cet envoi, aucune erreur n'a été rapportée pour les deux individus visés par la note.

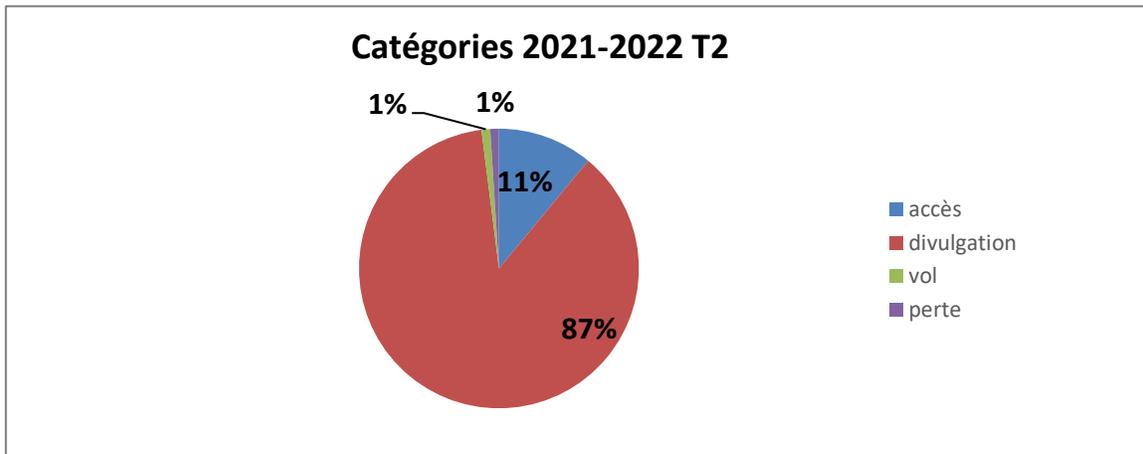
### 3. INCIDENTS PAR TYPE (EXCLUS LES HORS SERVICES)



\*IÉJ : Incident évité de justesse

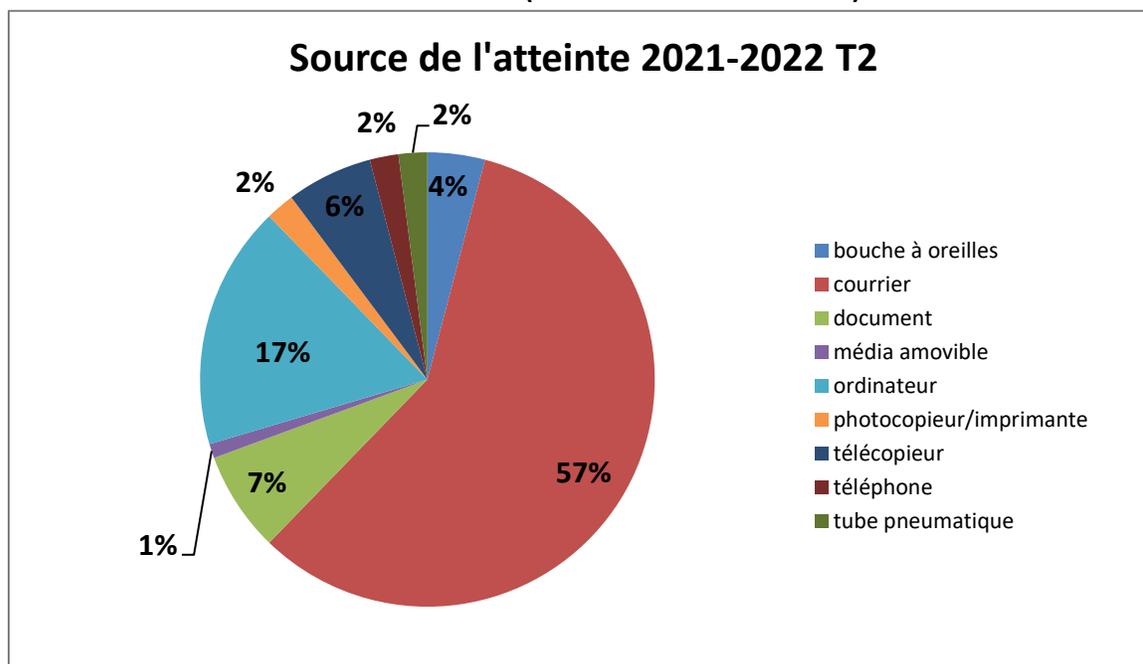
Lors du deuxième trimestre de 2021-2022, le suivi des plaintes et des incidents a impliqué la notification de 52 victimes comparativement à 138 au premier trimestre de 2021-2022 et à 210 au dernier trimestre de 2020-2021. Il est à noter que les notifications peuvent ne pas avoir lieu dans le même trimestre où l'incident ou la plainte a été rapporté. De plus, certains incidents peuvent être encore en investigation à la fin d'un trimestre, par conséquent, le nombre de notifications rapporté pourrait varier d'un rapport à l'autre.

#### 4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (87 %) ou un accès non autorisé (11 %). Ces deux catégories comptent pour 98 % des incidents rapportés. Parmi les incidents en lien avec une divulgation, 59 % sont des rapports adressés à un autre médecin que celui prévu. Dans tous ces cas, de la sensibilisation (erreur humaine) est effectuée et lorsque possible des mesures correctives sont appliquées.

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

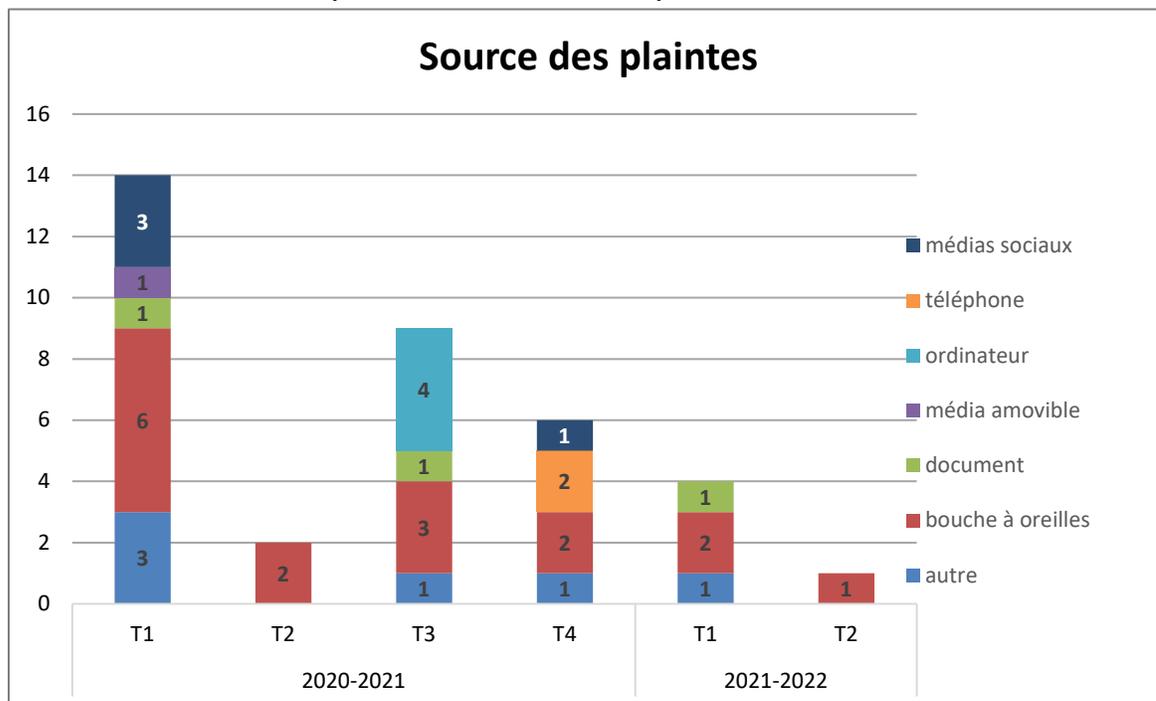


Les sources principales de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée lors du deuxième trimestre sont le courrier (57 %) et l'ordinateur (17 %).

Le nombre d'incidents rapportés en lien avec le courrier est à la hausse pour le deuxième trimestre avec 47 incidents, comparativement à 17 pour le premier trimestre de 2021-2022 et 20 incidents pour le dernier trimestre de 2020-2021.

Les incidents en lien avec les ordinateurs incluent des accès ou des divulgations non autorisées et un vol d'un ordinateur portable.

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



Le nombre de plaintes reçues au deuxième trimestre de 2021-2022 est comparable au même trimestre de 2020-2021 toutefois, on note une diminution constante du nombre total de plaintes au cours des trois derniers trimestres.

## 7. VÉRIFICATION DES ACCÈS

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

## Rapports avec logiciel SAM 2021-2022 T2



Une nouvelle mise à jour du logiciel d'audit (SAM) a été effectuée en mai 2021. Les nouvelles fonctionnalités obtenues facilitent davantage la détection des accès douteux en fournissant une pondération selon le niveau de risques.

Le projet d'harmonisation des accès pour les adjointes administratives des cabinets privés se poursuit, toutefois des délais sont anticipés pour des raisons hors de notre contrôle.

### Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

### Considérations importantes

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

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

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

## Suivi à la décision

- Développer une politique pour la gestion des accès électroniques incluant les demandes d'accès en provenance des non-employés.
- Développer la solution en ligne identifiée pour la collecte d'information pour les non-employés.

## Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

**Soumis le 29 octobre 2021 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée et Michelle Bernard, conseillère à la Protection des renseignements personnels – Accès.**

# Note d'information

Point 5.10

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

Date : 2021-11-16

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

## Décision recherchée

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

## Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les informations concernant la mise à jour des dossiers ouverts avec nos assureurs HIROC.
- HIROC Management Ltd. est le gestionnaire du régime d'assurance responsabilité des services de santé (Protection de responsabilité civile et professionnelle).
- Tous les sinistres impliquant des préjudices personnels de même que tous les sinistres impliquant des dommages matériels dont la valeur est supérieure à 6000 \$ doivent être rapportés à et gérés par le gestionnaire du programme de protection de responsabilité civile.
- La province du Nouveau-Brunswick assume toute responsabilité pour les sinistres couverts par l'attestation de protection de protection de responsabilité civile.
- Il y a présentement 87 dossiers ouverts. De ce nombre, 30 sont des cas de litiges (poursuites), 9 sont des réclamations pour blessures corporelles et 48 sont des dossiers qui représentent un fort potentiel de poursuite ou de réclamation. Il y a eu huit nouveaux dossiers signalés à HIROC depuis le dernier rapport.
- Voir en annexe le tableau complet des dossiers ouverts. Les avancements, les dossiers fermés depuis le dernier rapport, ainsi que les nouveaux dossiers sont surlignés en jaune.

## Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

## Considérations importantes

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

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

## Suivi à la décision

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

## Proposition et résolution

Aucune.

**Soumis le 29 octobre 2021 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques.**

Rapport - Dossiers HIROC - Réseau santé Vitalité

Date de révision: 2021-10-26

Zone	Date incident	Lieu	Catégorie	Breve description	Date signalé / ouverture	Type de dossier	# HIROC	Mise à jour	Statut
4	2019-10-11	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de complications post chirurgie en raison d'un résultat erroné de test pré-chirurgie.	2021-10-07	Litige - poursuite signifiée	730 107	<b>Nouveau Dossier</b> Avocate assignée	Ouvert
1B	2021-04-02	CHUDGLD	Plainte - qualité soins	Plainte de la mère d'un patient adulte pour négligence médicale. Décès imprévu au domicile 4 jours après une consultation à l'urgence.	2021-10-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 108	<b>Nouveau dossier</b> Avocate assignée au dossier.	Ouvert
6	2021-07-08	HRC	Chute	Trébuché en marchant sur un trottoir.	2021-10-07	Réclamation - blessure corporelle	730 109	<b>Nouveau dossier</b> Ajusteur assigné au dossier.	Ouvert
6	2020-06-25	HRC	Plainte - qualité soins	Plainte avec allégation de diagnostic manqué suite à visite à l'urgence. Demande pour une compensation monétaire.	2021-10-05	Réclamation - blessure corporelle	730 105-01	<b>Nouveau dossier</b> Ajusteur assigné au dossier.	Ouvert
5	2020-09-13	HRC	Plainte - qualité soins	Plainte avec allégation de délai pour diagnostic de cancer du côlon. Demande pour compensation monétaire.	2021-10-05	Réclamation - blessure corporelle	730 104-01	<b>Nouveau dossier</b> Ajusteur assigné au dossier.	Ouvert
4	2021-09-02	HRE	Chute	Chute en marchant sur le trottoir de l'hôpital.	2021-09-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 099-01	<b>Nouveau dossier</b> Ajusteur assigné.	Ouvert

5	2021-07-20	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Divergences au niveau de rapports de pathologie	2021-08-20	Potential de réclamation ou poursuite	730 101	<b>Nouveau Dossier</b> Signalement fait aux assureurs. Avocate assignée pour représenter le Réseau. Audit de qualité en cours. Le dossier est suivi de près.	Ouvert
4	2021-08-17	HRE	Soins Obstétriques	Complications lors de l'accouchement. Césarienne d'urgence nécessaire. BB transféré à un autre établissement.	2021-08-20	Potential de réclamation ou poursuite	730 097	<b>Nouveau dossier</b> Avocate assignée au dossier.	Ouvert
4	2021-04-05	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à 120 dossiers de patients.	2021-07-22	Potential de réclamation ou poursuite	730 096	Lettre de divulgation revue. En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2019-07-11	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Douleur et perte de fonction du MSG suite à l'installation sur la table de chirurgie.	2021-07-19	Litige - poursuite signifiée	730 095	Dossier révisé par l'avocate et rapport donné à HIROC. Renonciation à la défense obtenue pour l'instant.	Ouvert
5	2020-05-28	HRC	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisés à 48 dossiers de patients.	2021-07-13	Potential de réclamation ou poursuite	730 092-01	Lettre de divulgation revue. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2021-03-18	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à 80 dossiers de patients.	2021-04-20	Potential de réclamation ou poursuite	730 086	Lettre de divulgation revue. En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2018-08-20 2018-10-23	HEJC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Délai de diagnostic	2021-03-23	Litige - poursuite signifiée	730 084	Renonciation à la défense obtenue pour l'instant.	Ouvert

6	2019-11	HTS	Autre	Blessure à un pied en manipulant un fauteuil gériatrique (bénévole).	2021-03-11	Réclamation - blessure corporelle	730 082	Réclamation acceptée par Hiroc (189\$), paiement à venir.	Ouvert
5	2020-12-21	HRC	Perte biens	Réclamation à la cour des petites créances pour remboursement de frais de remplacement pour un dentier perdu.	2021-03-08	Litige - Cour petites créances	730 081	Offre de règlement de 2000\$ de la part du réclamant. Contre-offre 1495\$ acceptée. Le dossier est dans le processus d'être fermé.	Ouvert
5	2020-12-03	CHR	Demande accès info	Requête déposée à la Cour du banc de la Reine afin qu'une ordonnance soit émise envers le Réseau de conserver les enregistrements vidéo.	2021-03-04 2021-03-08	Litige - poursuite signifiée	730 080	Décision rendue de remettre au requérant les enregistrements avec les visages embrouillées de toutes les personnes sauf le requérant. Enregistrements remis le 5 novembre 2021.	Ouvert
1B	2021-01-05	CHUDGLD	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisés à des dossiers de patients.	2021-03-02	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 079	Lettre de divulgation a été revue pas nos représentants légaux. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2018-09-06	HEJC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un manquement au niveau du diagnostique et soins reçus à l'urgence. Après plusieurs visites - patiente a subi une amputation sous le genou droit	2021-02-19	Litige - poursuite signifiée	730 076	Ordonnance par consentement pour désistement rédigée. En attente du document signé par l'avocat du demandeur.	Ouvert
1B	2019-06-09	CHUDGLD	Plainte	Plainte en lien avec les soins à la clinique d'OBS. Patiente a accouché dans un autre établissement et fait mention d'avoir retenu les services d'un avocat.	2021-02-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 775	Revue du dossier faite par l'avocate. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

1B	Pas de date	CHUDGLD	Autre	Réseau et médecins poursuivis en lien avec la gestion du rendement et impact sur la clientèle.	2020-10-30	Litige - poursuite déposée	730 069	Exposé de la défense préparé mais pas encore déposé. En attente de la documentation de l'avocat de l'autre partie. Renonciation de la défense obtenue pour l'instant.	Ouvert
6	2017 et 2019 NB aucun RI	HEJC ? Bureau md	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de manquement au niveau des soins (atteinte rénale, doit avoir recours à la dialyse maintenant).	2020-10-13	Litige - poursuite signifiée	720 776	Une demande de précisions a été faite pour connaître les faits entourant les allégations.	Ouvert
4	2020-08-20	Hors lieu	Réclamation	Réclamation pour remboursement de frais liés à une chirurgie au dos faite au Maine. Pt allègue des manquements au niveau des soins qui ont mené à cette chirurgie au Maine.	2020-08-27	Réclamation - blessure corporelle	720 772	Réclamation refusée. Plaintes liées au manquement de traitement sont pour services reçus dans l'autre Réseau et par son médecin de famille. Recommandation à HIROC de fermer le dossier.	Ouvert
4	2020-04-07	HRE	Plainte	Réclamation pour remboursement d'une chaise roulante. Allègue que le personnel lui a causé des blessures aux épaules lors d'un code blanc.	2020-08-12	Réclamation - blessure corporelle	720 771	Dossier de réclamation toujours en cours avec les avocats.	Ouvert
6	2017-11-25	PEM Lamèque	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de mauvais traitement (déhiscence de la plaie suite au retrait des agrafes).	2020-07-13	Litige - poursuite signifiée	720 768	Défense déposée. En processus de préparer l'Affidavit des documents.	Ouvert
5	2018-06-04	CHR	Sécurité /agression par un autre patient	Patient agressé par un autre patient et a subi fracture du bras.	2020-06-05	Litige - poursuite signifiée	720 764	Défense et réclamation déposées. Possibilité d'inclure cette cause dans le recours collectif du CHR. Attente des développements.	Ouvert

5	2020-05-21	HRC		Travailleur de la santé suspendu suite à un bris de procédures en lien avec la Covid au retour d'un voyage	2020-06-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 763	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription	Ouvert
6	2019-08-30	HRC Bathurst	Plainte	Allégations que des délais de traitement et ses complications sont liés à des problèmes administratifs.	2020-02-26	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 758	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2019-12-10	HRC	Incident m-x	Réclamation pour support émotionnel et aide financière suite à un incident relié aux médicaments.	2020-01-31	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 755	Pas de poursuite ni réclamation reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'une poursuite ou expiration du délai.	Ouvert
4	2020-01-20	HRE	Soins Obstétriques	Accouchement difficile avec multiples tentatives de tractions avec ventouse. Bébé admis en néonatalogie.	2020-01-23	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 754	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2012-07-31	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de mauvais traitements (patient a développé des complications entraînant une incapacité)	2020-01-22	Litige - poursuite signifiée	720 752	Plaidoiries échangées entre les parties ainsi que l'affidavit de documents. En attente des dates de disponibilités pour l'interrogatoire au préalable.	Ouvert
5	2019-12-29	HRC	Securite	Fugue d'un patient et a été retrouvé sans vie à la maison (suicide).	2019-12-30	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 753	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2019-08-20	HRE	Soins Obstétriques	Complications à 28 semaines de grossesse (échographie démontre retard croissance sévère). Patiente transférée dans un hôpital tertiaire.	2019-08-21	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 744	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

4	2016-11-19	HGGS	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'une fracture cervicale non diagnostiquée. Patient allègue souffrance et blessure permanentes au cou avec baisse de mobilité.	2019-08-08	Litige - poursuite signifiée	720 743	Demandeur a argumenté une motion pour ajouter les médecins (le 16 août 2021). À l'attente de la décision.	Ouvert
1B	2019-07-03	CHUDGLD	Traitement	Traces de sang aperçues à l'intérieur de la machine (hémodialyse) pendant la maintenance (potentiel de contamination croisée entre les patients).	2019-07-05	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 740	En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2019-05-24	CHR	Traitement/ Analyse/Procédé	Recours collectif: Allégations de négligence systémique dans le traitement de patients au Centre Hospitalier de Restigouche.	2019-06-xx	Litige - poursuite signifiée	720 723	Recours collectif certifié le 2021-10-01. Décision portée en appel le 2021-10-07. Attente des prochaines étapes.	Ouvert
5	2014-02	CHR	Sécurité	Allégation d'abus durant son hospitalisation au CHR. Demande de réclamation.	2019-05-21	Réclamation - blessure corporelle	720 738	Fait maintenant partie du recours collectif déposé envers le CHR.	Ouvert
4	2018-08-16	HRE	Plainte	Plaintes multiples - famille allègue manquement au niveau des soins.	2019-05-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 737	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2019-04-29	CHR	Plainte	Pt transgendre se plainte de discrimination et d'abus lors d'une admission au CHR.	2019-05-06	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 734	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
4	2019-04-24	HRE	Soins Obstétriques	Césarienne électorique avec complications.	2019-04-26	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 732	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

1B	2018-06-05	CHUDGLD	Plainte	Intervention chirurgicale non nécessaire suite à un mélange au niveau des prélèvements.	2019-04-23	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 730	La revue du dossier est complétée. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2019-04-18	Bureau de md. Implique I.P.	Traitement	Plainte en lien avec délai pour être transféré au spécialiste. Patient a nécessité une chirurgie extensive pour un cancer.	2019-04-18	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 729	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2019-03-02	CHR	Sécurité	Blessure au patient lors d'un code blanc.	2019-04-11	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 727	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
4	2019-04-01	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Accouchement d'un bébé mort-né. Réclamation en lien avec perte du fœtus (disposé par erreur).	2019-04-08	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 726	Violation de la clause de confidentialité: rapport donné à HIROC et Vitalité. Recommandation à HIROC de fermer le dossier.	Ouvert
1B	2019-03-14	CHUDGLD	Sécurité	Plaignant a fait une demande à la cour pour avoir une copie d'un enregistrement vidéo. Demande refusée.	2019-04-02 2019-05-02	Litige - poursuite signifiée	720 733	Une action a été intentée uniquement contre Garda et non contre Vitalité. Garda a défendu sa cause sans ajouter Vitalité comme mis en cause.	Ouvert
1B	2019-03-29	CHUDGLD	Frais hospitaliers	Réclamation à la cour des petites créances concernant des frais payés en lien avec le congé médical.	2019-04-01	Litige - Cour petites créances	720 724	Règlement obtenu. Avis de retrait déposé à la cour.	Ouvert
5	2018-10-22	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Réclamation d'un travailleur de la santé suite à une réaction après avoir reçu son vaccin.	2019-03-22	Réclamation - blessure corporelle	720 728	Dossier évalué et réclamation refusée. Dossier demeurera ouvert en cas de poursuite jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

5	2019-02-09	CHR	Sécurité	Suicide au Centre Hospitalier de Restigouche.	2019-02-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 720	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
1B	2019-02-01	CHUDGLD	Plainte / Bris de confidentialité	Plainte et menace de poursuite pour soins reçus et bris de confidentialité.	2019-02-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 722	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. Recommandation à HIROC pour fermer le dossier.	Ouvert
4	2018-07-25	HRE	Plainte	Allégation d'un manque au niveau de l'évaluation d'une blessure (tendon déchiré) et des soins prodigués.	2018-10-25	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 708	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
4	2018-08-01	HRE	Sécurité/ Bris de confidentialité	Plainte en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-09-25	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 704	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
5	2018-05-01	CHR	Divers	Décès inattendu au CHR (décédé d'une pneumonie).	2018-09-13	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 703	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
1B	2016-03-19	CHUDGLD	Plainte - traitement	Allégation de mauvais soins et infection à l'incision chirurgicale lors du changement de pansements.	2018-07-27	Litige - poursuite signifiée	720 694	En attente de l'affidavit des documents de la part du demandeur.	Ouvert
4	2018-07-16	HRE	Sécurité/ Bris de confidentialité	Incident en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-07-19	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 693	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert

1B	2016-06-20	CHUDGLD et Moncton City Hospital (Horizon)	Plainte	Suicide en communauté	2018-07-12	Litige - poursuite signifiée	720 689	Ordonnance par consentement pour désistement sans dépens obtenue.	Ouvert
1B	2018-06-11	CHUDGLD	Plaie de pression/ plainte	Plainte et menace de poursuite en lien avec plaie de pression.	2018-07-04	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 690	Expiration du délai de prescription sans dépôt d'une action alors avocate recommande à HIROC de fermer le dossier.	Ouvert
4	2018-06-01	HRE	Sécurité/ Bris de confidentialité	Plainte en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-06-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 687	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
1B	2018-03-29	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Réclamation pour faire payer médicaments à la suite d'une complication.	2018-04-30	Réclamation - blessure corporelle	720 682	Expiration du délai de prescription sans dépôt d'une action alors avocate recommande à Hirc de fermer le dossier.	Ouvert
5	2018-04-17	HRC	Sécurité/ Bris de confidentialité	Accès non autorisé à des dossiers médicaux.	2018-04-24	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 679	L'expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
1B	2018-02-02	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complication lors de l'accouchement et bébé transféré à un autre établissement.	2018-03-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 671	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2014-12-25	HRC	Traitement/ analyse/ procédé	Allégation de mauvais traitement et omission de diagnostic (bébé décédé quelques jours après le congé de l'hôpital).	2018-01-08	Litige - poursuite signifiée	720 668	Ordonnance par consentement pour désistement signée.	Ouvert

6	2016-02-12 au 2016-02-18	HRC	Plainte	Allégation d'avoir été placé dans l'unité de psychiatrie contre sa volonté.	2017-11-17	Litige - poursuite signifiée	720 662	Démarches avec la cour pour rejet de l'action en raison des délais.	Ouvert
1B	2017-08-02	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Demande d'une césarienne d'une patiente non compliant et refusée par le médecin. Accouchement dans un autre hôpital.	2017-08-03	Potential de réclamation ou poursuite	720 654	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2015-07-20	HRC	Traitement/ analyse/ procédé	Allégation d'un diagnostique manqué et des soins reçus à l'urgence. Suite à plusieurs visites patient décédé d'un embolie pulmonaire.	2017-07-17	Litige - poursuite signifiée	720 651	Interrogatoires au préalable débutés. Demandeur a l'intention de modifier ses plaidoiries. En attente d'un suivi.	Ouvert
1B	2015-03-15	CHUDGLD	Chute	Chute d'un visiteur dans la salle d'attente de l'urgence.	2017-07-07	Litige - poursuite signifiée	720 645	Procédures en cours, interrogatoires au préalable ont eu lieu. Engagements finalisés et recommandations données à HIROC pour règlement.	Ouvert
6	2013-09-16	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de blessures au bras nécessitant greffe de peau lors d'une chirurgie.	2017-05-04	Litige - poursuite signifiée	720 646	Interrogatoires au préalable ont eu lieu.	Ouvert
4	2017-03-21	HRE	Soins Obstétriques	Accouchement d'urgence par césarienne. Bébé né avec complications et transféré dans un autre établissement.	2017-03-22	Potential de réclamation ou poursuite	720 642	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2016-07-12	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Bébé né avec diagnostic d'hypoxie et lésion cérébrale ischémique.	2017-03-17	Litige - poursuite signifiée	720 641	Défense du Réseau déposée. En attente de la Défense du médecin. Dates d'interrogatoires au préalable fixées en octobre et novembre 2021.	Ouvert

4	2017-03-08	HRE	Soins Obstétriques	Complications suite à accouchement vaginal avec utilisation de ventouse. Condition du bébé s'est ensuite stabilisée.	2017-03-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 637	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2013-12-18	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un faux diagnostique suite à une lecture d'un CT scan sternum/clavicule	2016-09-02	Litige - poursuite signifiée	720 616	Interrogatoires au préalable ont eu lieu. Suivis des engagements envoyés le 26 août 2020 à notre avocate. En attente de suivis.	Ouvert
5	2015-04-01	HRC	Traitement/ analyse/ procédé	Allégation d'un diagnostique manqué et des soins reçus à l'urgence. Suite à plusieurs visites patient a subi une chirurgie de la vésicule biliaire.	2016-08-06	Litige - poursuite signifiée	720 588	Motion pour jugement sommaire déposée par le médecin. Avocate en voie de finaliser notre motion. Audience prévue le 10 novembre 2021.	Ouvert
6	2016-05-19	CSC Lamèque		Plainte avec sortie médiatique concernant les soins reçus par son enfant dans 2 établissements du Réseau.	2016-06-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 610	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2016-01-30	HTS	M-x	Allégation de dommages permanents suite à l'administration d'un médicament auquel la personne était allergique.	Jan 2016 signalé 2018-03-26 avis poursuite	Litige - poursuite signifiée	720 631	Interrogatoires au préalable ont eu lieu.	Ouvert
6	2015-06-15	H/CSCL	Chute	Allégation d'invalidité totale suite à une chute dans le corridor de l'établissement.	2015-12-18	Litige - poursuite signifiée	720 588	L'interrogatoire au préalable a eu lieu. Les engagements ont été reçus et un rapport préparé pour HIROC.	Ouvert
1B	2015-06-16	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications durant l'accouchement du bébé (nécrose de la graisse et paralysie Erb's).	2015-06-19	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 571	Dossier en suspens pour l'instant vu qu'aucune poursuite n'a été déposée. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

6	2008-09-05	HRC	Traitement/ analyse/ procédé	Bébé né par césarienne avec complications sévères.	2015-05-14	Litige - poursuite signifiée	720 562	Interrogatoires au préalable annulés en raison de la COVID-19 et autres raisons.	Ouvert
4	2015-03-08	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Bébé vu à l'urgence pour vomissements et congédié après évaluation. Réadmis à l'urgence le jour-même, avec choc septique possible et hypothermie. Intubé et transféré dans un autre établissement.	2015-03-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 556	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2011-12-08	HL'EJ HL PEM LA	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'omission de traitement et de mauvais soins.	2013-12-12	Litige - poursuite signifiée	720 524	Interrogatoire au préalable complété et nous sommes en attente des engagements et des suivis.	Ouvert
1B	2012-05-13	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Accouchement difficile par césarienne.	2012-05-16	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 477	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2011-09-05	HRE	Soins Obstétriques	Bébé né par césarienne avec détresse respiratoire. Congé à la maison après quelques jours.	2011-09-16	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 465	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	1991-03-20	HEJC	Soins obstétriques	Bébé avec paralysie cérébrale suite à un accouchement d'urgence par césarienne.	2011-02-21	Litige - poursuite signifiée	720 451	Interrogatoires au préalable ont eu lieu et les suivis aux engagements sont complétés. Rapport d'expert obtenu et sommes en attente des rapports des parties adverses.	Ouvert
1B	2010-05-06	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications suite à un accouchement par césarienne nécessitant un transfert dans un autre établissement.	2010-05-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 427	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

1B	2007-09-11	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications à la naissance d'un bébé (ne respirait pas à la naissance et a nécessité une transfusion sanguine).	2007-09-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 278	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2018-03-30	HTS	Traitement/ Analyse/ Procédé	Décès inattendu	2018-08-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 696	L'expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
6	2007-12-25	HRC	Soins Obstétriques	Bébé avec paralysie cérébrale suite à accouchement par césarienne urgente.		Potentiel de réclamation ou poursuite	720 397	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2010-08-15	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Bébé échappé accidentellement en le berçant (aucune blessure notée)		Potentiel de réclamation ou poursuite	720 456	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2014-12-25	HRC	Soins Obstétriques	Délai pour procéder à une césarienne d'urgence.		Potentiel de réclamation ou poursuite	720 545	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2019-09-22	HTS et HRC Ba	Plainte	Plainte concernant qualité des soins reçus. Allégation de manquements qui auraient pu contribuer à la quadraplégie.		Potentiel de réclamation ou poursuite	720 749	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

## Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 16 novembre 2021

### Objet : Rapport du Comité consultatif des patients et familles

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une réunion régulière le 4 novembre dernier. Les principaux sujets discutés lors de cette réunion sont :

- la présentation sur les normes d'agrément en lien avec les soins centrés sur le patient et la famille ;
- le processus en lien avec l'évaluation de l'expérience patients (sondage/plainte) ;
- la participation à la *Collaboration sur la qualité des soins et la sécurité des patients de l'Atlantique* ;
- les sites Web d'intérêt.

Nicole Frigault, directrice de la Qualité, Risques et Expérience patient a présenté un bref survol de la démarche d'agrément et le lien avec les soins centrés sur le patient et la famille. Celle-ci a expliqué les grands éléments du programme d'agrément, le cycle d'agrément, le processus de vérification de même que les normes touchant l'engagement et les partenariats avec les patients et familles. Dans les dernières années, des modifications importantes ont été faites dans l'ensemble des cahiers de normes afin de mettre davantage d'accent sur les soins centrés sur le patient et la famille et la création de partenariats fructueux avec ceux-ci.

Une présentation a été faite sur les processus en lien avec l'évaluation de l'expérience patients. Les membres du comité ont été consultés et ont donné leur rétroaction sur le formulaire en ligne pour faciliter le processus de signalement d'une plainte, ainsi que sur le processus de distribution des sondages et les questions sur l'outil pour les patients hospitalisés. À la lumière des discussions, des modifications seront apportées au formulaire et au sondage.

Les membres intéressés ont été invités à soumettre leur nom pour participer à la *Collaboration sur la qualité des soins et la sécurité des patients de l'Atlantique*. Ce groupe est à la recherche d'un patient partenaire de chaque province atlantique pour participer à la collaboration. Cette collaboration facilite l'échange de connaissances et fournit des conseils et des recommandations aux sous-ministres de la Santé des provinces de l'Atlantique, afin de faire progresser l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients à l'échelle du Canada atlantique.

Des sites Web d'intérêt touchant les patients partenaires ont été partagés aux membres à titre d'information.

La prochaine réunion du Comité consultatif des patients et familles est prévue le 3 février 2022.

Soumis le 5 novembre 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

# Note d'information

Point 5.12

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

Date : 16 novembre 2021

Objet : Mise à jour de la démarche d'agrément

## Décision recherchée

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

## Contexte/problématique

- La prochaine visite d'agrément est toujours prévue pour juin 2022 et le modèle de la visite sera défini par Agrément Canada.
- Les activités liées à la démarche d'agrément ont été ralenties dû à la pandémie et la grève. Malgré ceci, les équipes poursuivent l'implantation de leur plan d'action pour adresser les non-conformités. Elles ciblent en priorité les pratiques organisationnelles requises et les normes à priorité élevée.
- En prévision de la prochaine visite, les membres du Conseil d'administration ont été invités à compléter le sondage sur le fonctionnement de la gouvernance. Le sondage s'est déroulé du 10 au 15 octobre 2021 avec un taux de participation de 94 %. Les résultats du sondage seront présentés au Comité de gouvernance et de mise en candidature et le plan d'action en lien avec les normes de gouvernance a été bonifié à la lumière des résultats.
- Dans le cadre de la démarche d'agrément, tout le personnel a été invité à compléter le sondage sur la Culture de sécurité. Le développement d'une culture de sécurité demeure une priorité au sein du Réseau. Une culture où le personnel et les médecins peuvent signaler, parler ouvertement et apprendre des incidents permet d'accroître la sécurité au sein d'une organisation. Ce sondage permet d'évaluer la perception du personnel à l'égard de la culture de sécurité et de déterminer les forces et les occasions d'amélioration. Le sondage s'est déroulé du 13 septembre au 22 octobre, avec un taux de participation de 16 %. Les résultats du sondage seront analysés et communiqués à tous les niveaux de l'organisation et serviront de source d'information pour améliorer la culture de sécurité.
- Les activités du plan de communication se poursuivent.

## Prochaines étapes

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

## Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet - note présentée à titre d'information.

### Considérations importantes

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

### Suivi à la décision

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

### Proposition et résolution

- Aucune – rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 27 octobre 2021 par Nicole Frigault - Directrice qualité, risques et expérience patient.



**AGRÉMENT  
CANADA**

Meilleure qualité. Meilleure santé.



## NOTRE PARCOURS



**Note couverture**

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 16 novembre 2021

**Objet : Mise à jour de la lettre de mandat reçue de la ministre**

La mise à jour de la lettre de mandat, reçue en avril dernier de la ministre de la Santé, qui est annexée à la présente note couverture est présentée à titre d'information et avis.

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

**Lettre de mandat de la ministre de la Santé**

**Reçue de la ministre de la Santé : avril 2021**  
**Suivi des résultats : T2 (1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2021)**



## Annexe A - Mandat

Le Réseau de santé Vitalité exécutera ce qui suit :

Mandat du Réseau de santé Vitalité	Suivi En date du : 2021-09-30
1. Votre mandat ne s'écartera pas des fins et des responsabilités énoncées dans la <i>Loi sur les régions régionales de la santé</i> ni ne les étendra.	Toutes les priorités, initiatives et projets du Réseau sont inclus dans le Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) 2021-2024 et/ou discutés avec le ministère de la Santé tout au long de l'année.
2. Vous me soumettez pour approbation tous les règlements nouveaux ou modifiés.	La révision des règlements administratifs a été approuvée par le Conseil d'administration le 22 juin 2021 et acheminée à la ministre de la Santé pour approbation le 25 juin 2021. Approbation reçue le 30 juillet 2021.
3. Veuillez vous assurer que votre proposition de budget annuel, contenant le montant estimé des fonds nécessaires pour le fonctionnement de la RRS pendant l'exercice financier suivant, me parvient au plus tard le 15 novembre de chaque année.	Il est prévu dans le cycle de planification annuel de soumettre les points de pression à ce moment. Une demande du ministère de la Santé a été reçue en septembre 2021 pour soumettre les points de pressions d'avance, soit le 31 octobre.
4. Veuillez vous assurer que la mise à jour annuelle de votre Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) triennal m'est remise pour approbation au plus tard 60 jours suivant la réception de votre lettre du budget. Vous vous assurez que ce plan est publié sur votre site Web au plus tard de 30 juin de chaque année.  <i>Le 60 jours débute lors de la lettre budgétaire provisoire (selon celle-ci). Donc on aurait dû faire approuver notre budget et PRSA au CA avant le 24 mai et au comité de finance au moins une semaine avant). Sous-ministre adjoint avisé que le CA était en juin. Selon l'entente de responsabilité et la Loi sur les RRS, une réponse de la ministre sur l'approbation du PRSA doit être reçue 45 jours suivant la réception du plan (donc avant le 7 août 2021)</i>	Lettre budgétaire provisoire reçue le 25 mars 2021 Lettre budgétaire finale reçue le 21 mai 2021 Le Plan de santé et d'affaires 2021-2024 a été approuvé par le CA le 22 juin 2021 Acheminé à la ministre de la Santé le 23 juin 2021 Approuvé par MS le 30 juillet 2021 Une copie est déjà disponible sur le site Web du Réseau.
5. Veuillez vous assurer que vos états financiers mensuels sont remis au Ministère d'ici à la fin du mois suivant.	Nous confirmons que les états financiers ainsi que les projections sont acheminés au ministère de la Santé mensuellement et avant la fin du mois suivant. Ceci est une pratique depuis plusieurs années.

## Annexe A – Mandat (suite)

Mandat du Réseau de santé Vitalité	Suivi En date du : 2021-09-30
6. Veuillez vous assurer que le procès-verbal de chaque réunion du conseil d'administration m'est remis au plus tard sept (7) jours après son adoption.	<p>Le procès-verbal de l'assemblée générale annuelle (AGA) de l'an passé a été approuvé à l'AGA de juin 2021 et a été envoyé à la ministre de la Santé le 23 juin 2021.</p> <p>Les procès-verbaux de la réunion du CA du 13 avril (huis clos et publique), ont été acheminés à la ministre le 23 juin 2021.</p>
7. Veuillez vous assurer que vos états financiers non vérifiés pour l'exercice précédent me sont présentés au plus tard le 31 mai de chaque année. Assurez-vous également que vos états financiers vérifiés et le rapport du vérificateur à leur sujet sont approuvés par le conseil d'administration et qu'ils me sont remis au plus tard le 30 juin de chaque année.	<p>Les états financiers non vérifiés pour 2020-2021 ont été acheminés au ministère de la Santé (Directrice principale des finances) le 28 mai 2021.</p> <p>Les états financiers vérifiés par la firme Raymond Chabot Grant Thornton, ainsi que le rapport de vérification ont été approuvés par le CA le 22 juin 2021 et acheminés à la ministre de la Santé le 25 juin 2021.</p>
8. Veuillez vous assurer que votre rapport annuel m'est présenté au plus tard le 30 juin de chaque année. Vous vous assurerez également qu'il est déposé au bureau du greffier de l'Assemblée législative.	Le rapport annuel 2020-2021 a été approuvé par le CA le 22 juin 2021 et acheminé à la ministre de la Santé le 25 juin 2021. Une copie a également été acheminée à la même date au bureau du greffier de l'Assemblée législative.

## Annexe B - Priorités gouvernementales

Objectifs	Initiatives	Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) du Réseau	Responsable	État d'avancement 2021-09-30
Améliorer la santé et le bien-être des Néo-Brunswickois/ réduire la consommation de substances et les dépendances	Mettre en œuvre le plan d'action, d'évaluation et de surveillance en traitement des dépendances et des maladies mentales qui sera axé sur l'amélioration de la santé de la population et l'accès général aux soins	Oui	Jacques Duclos	Dans le cadre du plan d'action interministériel, le Réseau est en processus de mettre en place des services sans rendez-vous au Centre de santé mentale de Campbellton et en processus d'offrir dans tous les Centres de santé mentale communautaires et de traitement des dépendances la thérapie à séance unique pour le mois d'octobre 2021. La mise en œuvre d'un plan d'éducation, de formation et de transfert des connaissances est en cours, et ce, afin d'améliorer les compétences de base et avancées du personnel.
	Mettre au point un programme amélioré pour traiter les maladies concomitantes à Campbellton	Oui	Jacques Duclos	Cette initiative est complétée.
Améliorer l'efficience et l'efficacité de la prestation des services de santé/mettre sur pied un réseau de soins primaires connecté et élargi	Ouvrir la clinique des infirmières praticiennes à Moncton	Oui	Jacques Duclos	Cette clinique a été ouverte en mai 2020 dans des locaux temporaires dans l'édifice Assomption et déménagée en janvier 2021 dans des locaux permanents. Six infirmières praticiennes (IP) embauchées en 2020 avec l'ajout ensuite de 2 autres IP au début de l'année 2021 en lien avec la réorientation des cas non urgents de l'urgence du CHUDGLD. 3,321 patients-clients ont été enregistrés à date au Centre de santé de Grand Moncton (CS-GM) et nous offrons également un service « outreach » à l'ensemble de Moncton à raison de 1 jour-semaine par IP depuis le début. Défi: le Réseau a déjà dû remplacer quelques IP qui ont quitté pour d'autres postes au fédéral, compagnies privées offrant des consultations virtuelles, etc. Présentement, le CS-GM a l'équivalent de 3.0 ETP IP vacants qui inclus 2 IP en congés de maternité. Il y a certains défis aussi avec la couverture des postes de support administratif.
	Responsabiliser les médecins par l'introduction des ententes de responsabilité	Non  Sera inclus dans le prochain plan	Dr Banville	Mise à jour du 23 août 2021 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approbation de la mise à jour des Règlements administratifs par la ministre de la Santé le 30 juillet 2021.</li> <li>• Réorganisation en cours des Bureaux des services médicaux avec la création d'un poste de coordonnateur des effectifs médicaux dont le mandat est de constituer et de mettre à jour un registre des contrats et ententes avec les médecins, et d'en assurer la conformité avec les directeurs médicaux (processus de dotation en cours).</li> <li>• Précisions à venir par le ministère pour concertation avec les régies, la Société médicale du NB, l'Assurance-maladie et le Ministère de la santé à la suite de l'abolition des numéros de pratique.</li> </ul>

Objectifs	Initiatives	Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) du Réseau	Responsable	État d'avancement 2021-09-30
Améliorer l'efficience et l'efficacité de la prestation des services de santé/mettre sur pied un réseau de soins primaires connecté et élargi (suite)	Responsabiliser les médecins par l'introduction des ententes de responsabilité (suite)	Non  Sera inclus dans le prochain Plan	Dre Banville	Mise à jour du 30 septembre 2021 : <ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun avancement dans ce dossier. L'équipe attend depuis environ 3 mois la classification du Conseil du trésor pour procéder à l'embauche des adjoints (es) qui seront responsables de l'initiative. Les entrevues ont été faites, les candidates ont été choisies, mais une des candidates ne prendra pas le poste si l'échelle salariale est basse. Donc, l'équipe est incapable de faire avancer l'initiative à cause du manque de ressources.</li> </ul>
	Réduire la liste Accès patient NB de 50 % d'ici juin 2021	Oui	Jacques Duclos	L'objectif a été atteint en phase 1 du projet soit de réduire la liste. Néanmoins, les nombres d'inscriptions continuent d'augmenter et le recrutement du personnel est un défi. Le Réseau maintient ses efforts pour maximiser la charge de travail des médecins de famille et IP en services de santé primaire (SSP).
Améliorer l'efficience et l'efficacité de la prestation des services de santé/ mettre à profit les solutions de santé numériques dans tous les programmes et services	Généraliser l'utilisation des soins virtuels	Oui	Gisèle Beaulieu	<p>Plusieurs projets/initiatives sont en cours pendant la pandémie de COVID-19 et un plan de rétablissement a été préparé afin de développer les soins virtuels au sein du Réseau.</p> <p>Projets communs avec le Ministère de la santé et le Réseau de santé Horizon et d'autres spécifiques au Réseau de santé Vitalité (ex. : notification des rendez-vous des patients).</p> <p>Les projets sont suivis par l'Équipe de leadership. Des communications internes sont faites régulièrement sur l'état d'avancement.</p> <p>Plan stratégique des Technologies de l'information est terminé et sera présenté à l'Équipe de leadership en novembre 2021.</p>

Objectifs	Initiatives	Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) du Réseau	Responsable	État d'avancement 2021-09-30
Améliorer l'efficience et l'efficacité de la prestation des services de santé/ offrir un accès opportun et approprié aux services	Introduire des services sans rendez-vous dans les 14 centres communautaires de santé mentale et de traitement des dépendances de la province	Oui	Jacques Duclos	Le Réseau est en processus de mettre en place des services sans rendez-vous au Centre de santé mentale de Campbellton et 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. Une formation sur le modèle de soins par paliers et la thérapie à séance unique a été donnée auprès de 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 la formation seront offertes le 28 octobre et le 4 novembre à 60 employés.
	Augmenter les ressources des services de santé mentale et de traitement des dépendances	Oui	Jacques Duclos	Le Réseau a reçu des lettres budgétaires du Ministère de la santé à cet effet. Tous les postes nouvellement approuvés sont présentement affichés ou en processus d'affichage, à l'exception des postes d'infirmières pour les services de crise en santé mentale aux urgences car la pénurie de personnel en soins infirmiers dans les urgences nous oblige à reporter les affichages.
	Poursuivre la mise en œuvre de la stratégie des ressources en soins infirmiers	Oui	Johanne Roy	Voici un résumé des activités externes (un total de 38 pour le moment) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Début de la tournée pour rencontrer tous les étudiants du secondaire dans l'ensemble des régions du N.-B. :</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Collation de remerciement avec les employés 3025-E (étudiants en soins infirmiers)</li> <li>-Présentation virtuelle et en présentiel dans les institutions post secondaires (Université de Moncton, University of NB, Collège communautaire du NB, NB Community college, St-François Xavier)</li> <li>-Salon carrière</li> <li>-Salon Virtuel University of NB (UNB)</li> <li>-Salon Virtuel Université d'Halifax</li> <li>-Salon de l'emploi Montréal</li> <li>-Salon UNB – Emploi étudiant (février 2022)</li> <li>-Salon Université d'Ottawa (mars 2022)</li> </ul>

Objectifs	Initiatives	Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) du Réseau	Responsable	État d'avancement 2021-09-30																																												
Améliorer l'efficience et l'efficacité de la prestation des services de santé/ offrir un accès opportun et approprié aux services (suite)	Poursuivre la mise en œuvre de la stratégie des ressources en soins infirmiers (suite)	Oui	Johanne Roy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autres activités :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser notre propre salon hors province virtuel (à déterminer)</li> <li>- Juillet 2021 - Déploiement du processus 24/24 pour la dotation des postes en soins infirmiers (24h pour répondre aux CV et fixer une entrevue et 24h pour faire une offre après l'entrevue)</li> <li>- Septembre 2021 -création et déploiement des ambassadeurs (Centre Hospitalier Universitaire Dr G.L. Dumont) pour développer un sentiment d'appartenance de toutes les catégories d'employés</li> <li>- 170,000 \$ de bourses de 10,000 \$ offertes pour le recrutement de postes en difficultés (infirmières – RNCA) dont 50 % ont trouvé preneurs à ce jour</li> </ul> </li> <li>• <b>Intégration des stagiaires :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Embauche de 83 étudiants en soins infirmiers dans toutes les zones du Réseau et ceci entre mai et septembre 2021.</li> </ul> </li> </ul>																																												
	Réaliser l'embauchage net de 20 nouveaux médecins (pour la province)	Oui	Dre Banville	Un nombre cumulatif de 21 médecins ont été embauchés entre le 1 <sup>er</sup> avril 2021 et le 30 septembre 2021 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beauséjour : 5</li> <li>- Nord-Ouest : 6</li> <li>- Restigouche : 2</li> <li>- Acadie-Bathurst : 8</li> </ul>																																												
	Réduire de 50 % le nombre de personnes qui attendent plus d'un an pour une chirurgie de remplacement de la hanche et du genou d'ici septembre 2021	Oui	Sharon Smyth-Okana	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Zone 1</th> <th>Zone 4</th> <th>Zone 5</th> <th>Zone 6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Total hanche en attente</b></td> <td>97</td> <td>26</td> <td>24</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td><b>Hanche en attente &gt;365</b></td> <td>2</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td><b>Total genou en attente</b></td> <td>121</td> <td>87</td> <td>71</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td><b>Genou en attente &gt;365</b></td> <td>15</td> <td>16</td> <td>6</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><b>Total hanche à compléter 2019-20</b></td> <td>145</td> <td>78</td> <td>44</td> <td>105</td> </tr> <tr> <td><b>Total hanche à compléter 2020-21</b></td> <td>131</td> <td>62</td> <td>44</td> <td>94</td> </tr> <tr> <td><b>Total genou à compléter 2019-20</b></td> <td>172</td> <td>129</td> <td>109</td> <td>251</td> </tr> <tr> <td><b>Total genou à compléter 2020-21</b></td> <td>107</td> <td>98</td> <td>88</td> <td>212</td> </tr> </tbody> </table>		Zone 1	Zone 4	Zone 5	Zone 6	<b>Total hanche en attente</b>	97	26	24	38	<b>Hanche en attente &gt;365</b>	2	2	0	0	<b>Total genou en attente</b>	121	87	71	102	<b>Genou en attente &gt;365</b>	15	16	6	2	<b>Total hanche à compléter 2019-20</b>	145	78	44	105	<b>Total hanche à compléter 2020-21</b>	131	62	44	94	<b>Total genou à compléter 2019-20</b>	172	129	109	251	<b>Total genou à compléter 2020-21</b>	107	98	88
	Zone 1	Zone 4	Zone 5	Zone 6																																												
<b>Total hanche en attente</b>	97	26	24	38																																												
<b>Hanche en attente &gt;365</b>	2	2	0	0																																												
<b>Total genou en attente</b>	121	87	71	102																																												
<b>Genou en attente &gt;365</b>	15	16	6	2																																												
<b>Total hanche à compléter 2019-20</b>	145	78	44	105																																												
<b>Total hanche à compléter 2020-21</b>	131	62	44	94																																												
<b>Total genou à compléter 2019-20</b>	172	129	109	251																																												
<b>Total genou à compléter 2020-21</b>	107	98	88	212																																												

Objectifs	Initiatives	Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) du Réseau	Responsable	État d'avancement 2021-09-30
Améliorer l'efficacité et l'efficacité de la prestation des services de santé/ offrir un accès opportun et approprié aux services (suite)	Réduire de 50 % le nombre de personnes qui attendent plus d'un an pour une chirurgie de remplacement de la hanche et du genou d'ici septembre 2021 (suite)	Oui	Sharon Smyth-Okana	<p><b>Zone 1</b> : Il y a 12 prothèses totales genou (PTG) et 1 prothèse totale hanche (PTH) de cédulés pour chirurgie. 1 PTG et 1 PTH ne sont pas disponibles à ce moment pour une chirurgie.</p> <p><b>Zone 4</b> : La liste des personnes qui attendent depuis très longtemps augmente pour les arthroplasties car les chirurgiens ont dû prioriser des patients à quelques reprises. De plus, nous avons fait face à une réduction du nombre d'admissions le jour de la chirurgie (AJC), (2AJC/jour) depuis l'été. Cela n'a fait qu'accentuer le retard au niveau des arthroplasties. En septembre, 2 salles d'orthopédie ont été converties en salles de chirurgies locales par manque d'anesthésistes.</p> <p>Plan: L'objectif est de procéder à la chirurgie des 2PTH dès que possible. Nous visons également à réduire de 30% les PTG de plus de 365 jours dans les 3 prochains mois. L'atteinte de cet objectif dépend en grande partie du nombre d'AJC qu'on aura le droit de faire par jour.</p> <p><b>Zone 5</b> : 2 patients ne sont pas disponibles avant novembre/décembre 2021, 4 ne sont pas médicalement prêts.</p> <p><b>Zone 6</b> : 2 patients orthopédiques « long waiters ». 1 patient était sur la liste de cette semaine et a été reporté dû au COVID, 1 patient est seulement disponible en novembre pour des raisons reliées à son travail.</p>
	Éliminer le nombre de personnes qui attendent plus d'un an pour une chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou d'ici mars 2022	Oui	Sharon Smyth-Okana	Les gestionnaires d'accès vérifient les listes d'attentes tous les mois et s'assurent que les chirurgies pour les patients qui attendent depuis très longtemps sont effectuées et que le retard soit éliminé le plus possible d'ici mars 2022.
	Étendre la portée de l'initiative de récupération rapide après chirurgie du Centre hospitalier universitaire Dr.-Georges-L.-Dumont	Oui	Sharon Smyth-Okana Et Dre Natalie Banville	<p>Le programme récupération rapide après chirurgie (Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) est fonctionnel dans la Zone 6 et le cheminement se poursuit dans la Zone 1B. Le programme devrait débuter en novembre/décembre 2021 dans cette zone.</p> <p><b>Données ERAS (Zone 6) Colorectal - Juillet-août 2021</b></p> <p><b>Nombre de patients:</b> 8</p> <p><b>DOSA:</b> 8/8 (aucune préadmission)</p> <p><b>Durée de séjour :</b> Moyenne = 4.8 jours Médiane = 3 jours Mode = 3 jours</p> <p><b>Aucune réadmission:</b> 100 %</p>

Objectifs	Initiatives	Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) du Réseau	Responsable	État d'avancement 2021-09-30
Améliorer l'efficacité et l'efficacité de la prestation des services de santé/ offrir un accès opportun et approprié aux services (suite)	Étendre la portée de l'initiative de récupération rapide après chirurgie du Centre hospitalier universitaire Dr.-Georges-L.-Dumont (suite)	Oui	Sharon Smyth-Okana ou Dre Banville	<p><b>Aucune mortalité:</b> 100 %  <b>Aucune complication :</b> 88 % Un patient de 81 ans avec iléus qui s'est résolu par traitement conservateur et congédié jour 9.</p> <p>Mise à jour régional Récupération rapide après chirurgie (RRAC)  <b>Zone 1B :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des protocoles d'ordonnance ont été créés. Cueillette de données fondées sur des données probantes en cours d'approbation en ce qui concerne les volumes de liquide IV, la nutrition précoce postopératoire, le moment de la préparation de la boisson de chargement en glucides.</li> </ul> <p><b>Zone 4 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visite initiale du site et les présentations par la coordonnatrice aux gestionnaires de département sont terminées.</li> <li>Données de référence pour les chirurgies colorectales 2019 et 2020 initiées. (Progrès reportés en raison des restrictions COVID).</li> </ul> <p><b>Zone 6 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programme colorectal RRAC mis en œuvre en mars 2020. Niveau de maintien en état du programme, collecte de données en cours</li> <li>Les protocoles RRAC pour les prothèses orthopédiques (hanche/genou) sont à l'étude. Évaluation du site en cours.</li> </ul> <p>Les protocoles RRAC pour la chirurgie bariatrique sont à l'étude. Évaluation du site en cours. (Reporté à la fin de novembre en raison du redéploiement des principales parties prenantes pendant la pandémie).</p>
Améliorer l'harmonisation et la responsabilité du système de santé et de ses partenaires/ mobiliser les partenaires du système de santé au service d'une vision commune	Participer à l'élaboration d'une entente de responsabilité, des indicateurs de rendement clés et du Plan de santé provincial	Oui	Gisèle Beaulieu	<p>La ministre de la Santé a consulté le Conseil d'administration (CA) le 21 juin 2021 dans le cadre du processus de consultation publique pour l'élaboration du Plan provincial de santé.</p> <p>Recommandations du CA acheminées à la ministre de la Santé le 28 juillet 2021 en lien avec le développement du Plan provincial de santé. Réponse reçue le 22 septembre 2021.</p> <p>Rencontres régulières de la PDG et du président du CA avec le Premier ministre et le ministère de la Santé en lien avec le développement du Plan provincial de santé.</p> <p>Ébauche de l'Entente de responsabilité présentée au Comité de gouvernance et de mise en candidature le 11 juin 2021. En attente de la signature finale avec la ministre de la Santé.</p>

# Note d'information

Point 5.14

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

Date : 2021-11-16

Objet : Logiciel de gestion des incidents

## Décision recherchée

Cette note d'information est présentée à titre d'information et d'avis.

## Contexte/problématique

- Le Réseau de santé Vitalité utilise présentement deux systèmes pour rapporter les incidents et les plaintes; MedQM/QM Enterprise (Zones 1B, 4 et 5) ainsi qu'un formulaire Excel acheminé par courriel (Zone 6).
- MedQM/QM Enterprise étant en fin de vie, le Réseau, en partenariat avec le ministère de la Santé et le Réseau de santé Horizon, a fait l'acquisition du logiciel DCIQ Cloud de la compagnie RLDatix, afin de remplacer le système actuel de déclaration des incidents.
- Présentement, les données doivent être manuellement transférées dans un fichier Excel afin de produire les rapports de tendances sur les incidents. Avec le nouveau logiciel, les rapports de tendance seront générés à même le système.
- Ce nouveau logiciel de gestion des incidents permettra une approche uniforme de signalement des incidents pour les deux réseaux. La taxonomie provinciale a été révisée et de nouvelles catégories d'incidents ont été ajoutées (Vie privée et Contrôle des infections).
- Le signalement des incidents se fera plus rapidement et l'effet désiré est l'augmentation du nombre de signalements.
- Les gestionnaires auront plus de facilité pour faire le suivi des incidents.
- Le système sera accessible dans les deux langues officielles pour le Réseau de santé Vitalité.
- Service Nouveau-Brunswick a assigné un chargé de projet.
- Le projet a officiellement débuté le 30 avril dernier.
- Un nom, par le biais d'un concours auprès des employés des deux réseaux, et un logo furent créés afin de faciliter l'identification du nouveau système (voir annexe).

## Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- La configuration du système est en cours.
- Les formulaires sont en construction, plusieurs sont terminés.
- La traduction en français du contenu.
- Le projet accuse un léger retard par rapport au calendrier initial dû à la pandémie et la disponibilité des ressources
- Le déploiement se fera en premier lieu dans l'ensemble du Réseau de santé Horizon le 10 janvier 2022.
- Pour le Réseau de santé Vitalité, le déploiement se fera de façon séquentielle une zone à la fois et à intervalle de deux semaines. Le déploiement devait débuter en novembre 2021 mais a été repoussé à la fin janvier 2022. Celui-ci devrait être complété avant le début de la prochaine année financière.

## Considérations importantes

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

## Suivi à la décision

- Continuer à suivre le plan de communication qui fut développé.
- Surveiller les problèmes qui pourraient affecter le déploiement à la date prévue.

## Proposition et résolution

Aucune proposition nécessaire

Soumis le 2021-10-25 par Sonia Bernatchez, gestionnaire régionale – Gestion des risques.

ANNEXE  
Logiciel de gestion des incidents

Nom et logo du nouveau logiciel de gestion des incidents



À l'aide de ce logo, le nouveau logiciel sera facilement identifiable et il sera accessible par l'entremise du Boulevard dans la section Liens rapides ainsi que sur le bureau de chaque ordinateur du Réseau.

**Note couverture**

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 16 novembre 2021

**Objet : Plan de qualité et de sécurité 2021-2022**

Le plan de qualité et de sécurité 2021-2022 qui est annexé à la présente note couverture est présenté à titre d'avis et commentaire.

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

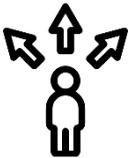


## **PLAN DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ 2021-2022**

Le plan de qualité et de sécurité (PQS) du Réseau de santé Vitalité est composé d'objectifs prioritaires que se donne annuellement le Réseau en vue de répondre à ses engagements d'amélioration de la qualité envers ses patients, son personnel et sa population. À ce jour, le PQS est élaboré en complément au plan stratégique du Réseau.

Le tableau de bord qualité qui découle du plan de qualité et sécurité permet à l'organisation de mesurer et d'évaluer son progrès en faisant le suivi d'indicateurs spécifiques. Ces indicateurs mesurent la performance actuelle par rapport à certaines cibles recommandées au niveau provincial et/ou national ou fixées par l'organisation. Les indicateurs et objectifs prioritaires sont catégorisés en fonction des dimensions de la qualité et des priorités du Réseau.

## PLAN DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ 2021-2022

Dimensions de la qualité	Priorité	Objectifs	Le contexte / le pourquoi	Mesures/indicateurs	Cibles	VP Lead
Sécurité	Améliorer la sécurité de nos soins	 <p>Implanter le bilan comparatif des médicaments (BCM) aux points de transition des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les risques d'erreur liée aux médicaments existent (p. ex., omissions, duplications, commandes incorrectes)</li> </ul> Implanter le BCM permettra de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Produire le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)</li> <li>- Déterminer et résoudre les divergences entre les sources d'information sur les médicaments</li> <li>- Transmettre une liste de médicaments exacte et complète à l'utilisateur et à son prochain prestataire de services</li> </ul>	Pourcentage des patients ayant un BCM lors de l'admission (Obj. : maintenir les acquis et augmenter de 5%)	65 %	Stéphane Legacy
				Pourcentage des patients ayant un BCM au congé (Obj. : maintenir les acquis et augmenter de 5%)	65 %	
				Taux d'erreurs de médicaments (Obj. : diminution de 5% de l'année précédente)	3.32	
	Améliorer la sécurité de nos soins	 <p>Réduire les obstacles au cheminement des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les obstacles au cheminement des usagers sont la principale cause de la congestion au Service des urgences</li> </ul> Réduire ces obstacles permettra : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'établissement de critères d'admission clairs</li> <li>- La réduction de la durée du séjour</li> <li>- L'amélioration de l'accès aux services ambulatoires</li> <li>- L'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements</li> </ul>	Pourcentage de visites des niveaux 4 et 5 à l'urgence (Obj.: diminution de 2% de l'année précédente)	57.2 %	Sharon Smyth Okana
				Nombre de jours NSA (Obj.: diminution de 2% de l'année précédente)	112 690	
				% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus (Obj.: diminution de 2% de l'année précédente)	11.5 %	
				Pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires (Obj. : résultats en dessous de la moyenne de l'année précédente)	4.9 %	
	Soins centrés sur les patients et les familles	Travailler en partenariat avec les patients et familles	 <p>Augmenter le nombre de patients partenaires qui participent à des équipes/comités</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La création de partenariats avec les patients/familles contribue à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins</li> <li>- Permet d'orienter les discussions vers des soins centrés sur les patients/familles et donne lieu à des solutions pertinentes</li> </ul>	Nombre de patients-partenaires (Obj. : augmenter de 15 le nombre de PEP)	22
Milieu de travail	Prévenir la violence en milieu de travail	 <p>Réduire le nombre d'incidents et d'accidents de violence en milieu de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux élevé d'incidents et accidents liés à la violence au travail</li> <li>- Impact sur le mieux-être, la qualité de vie au travail et la sécurité du personnel</li> <li>- Avoir un milieu de travail sain et sécuritaire</li> </ul>	Taux d'accidents de violence Nouvelle base de données – taux basé sur la moyenne du T4 de l'année précédente	0.98	Johanne Roy

## Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 16 novembre 2021

### Objet : Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité

Au printemps dernier, le Réseau a entrepris la révision de son Cadre de référence d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des patients (2017). Le cadre a été mis à jour et transformé en Guide pratique qui est aligné avec les orientations du plan stratégique et les objectifs du Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé.

Le guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité a été élaboré dans une démarche participative de consultation et de co-construction avec les acteurs clés (partenaires de l'expérience patient, membres du personnel incluant les médecins, les gestionnaires, hauts dirigeants et membres du Conseil d'administration) et offre une vision rassembleuse de notre culture et démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Il définit les concepts, principes, méthodes, rôles et responsabilités ainsi que la structure de fonctionnement et d'imputabilité en matière de qualité.

Le guide est présenté au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du Conseil pour approbation.

Suivant l'approbation, les étapes suivantes seront mises de l'avant :

- Mise en œuvre des stratégies de communication et marketing afin de diffuser le guide, la structure d'imputabilité et les rôles et responsabilités de tous en matière d'amélioration de la qualité et de sécurité des patients.
- Rendre le guide (format abrégé) disponible sur le site Web.
- Préparation du matériel et des outils pour les équipes et gestionnaires.
- Mobilisation des comités et des équipes qualité-sécurité.
- Tournée dans les zones pour présenter le guide aux gestionnaires, directeurs et médecins.
- Tournée des dirigeants en continu pour discuter des succès, des défis et prendre le pouls du personnel sur le terrain en lien avec la qualité et la sécurité des patients.
- Suivi et évaluation de la mise en œuvre du guide et de la structure d'imputabilité.

Soumis le 28 octobre 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

# Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
16 novembre 2021

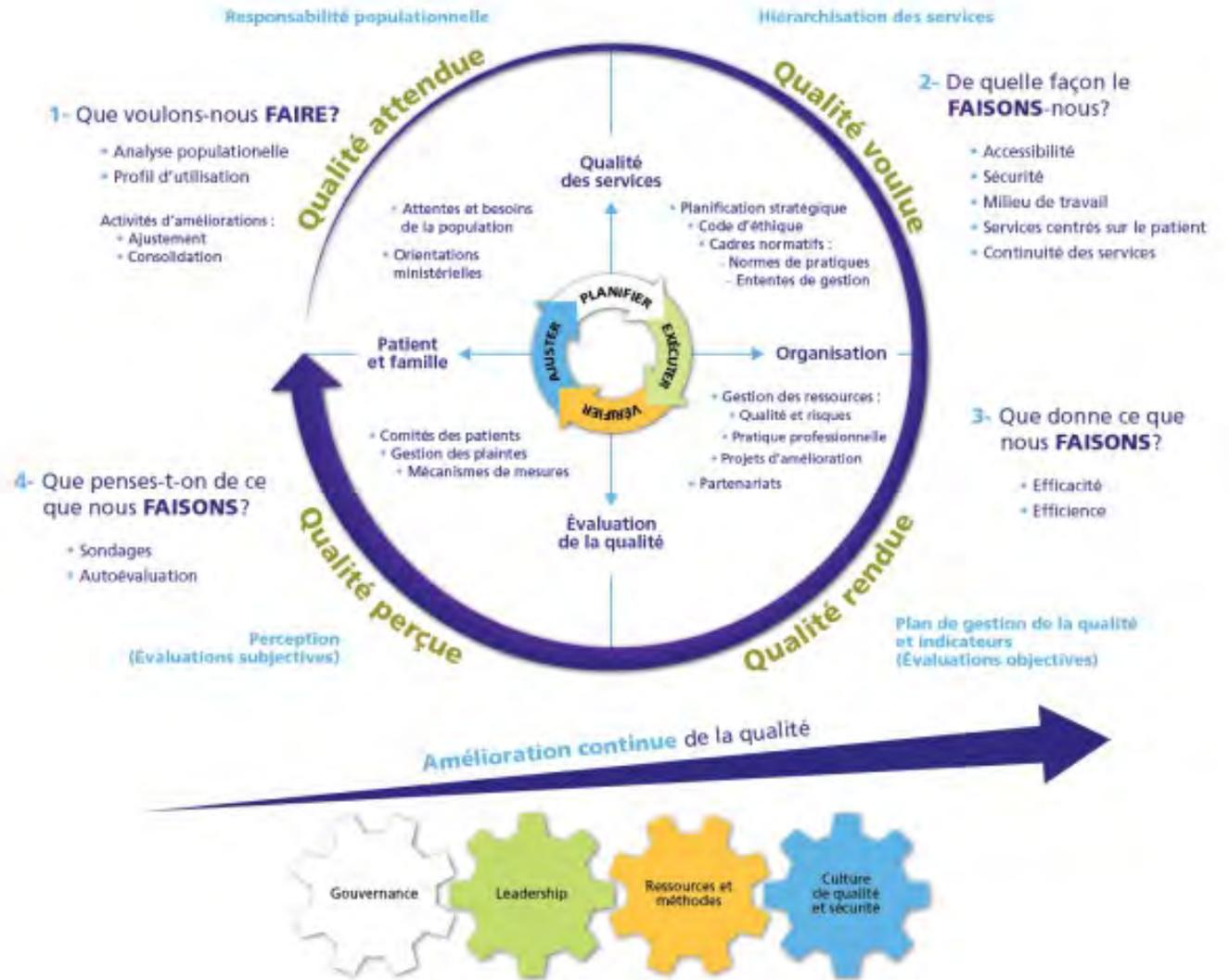
# Révision du cadre existant

Leader francophone au service de ses collectivités

Respect  
Compassion  
Intégrité  
Imputabilité  
Équité  
Engagement

Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients

Adoption :  
Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et sécurité le 22 novembre, 2016.  
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et sécurité du conseil d'administration 19 janvier, 2017.



# Démarche participative



1. Revue et analyse documentaire

2. Consultation et diagnostic organisationnel

3. Planification, structuration et mise en oeuvre du projet

4. Revue préliminaire du cadre qualité

5. Validation du cadre qualité

# Cadre Qualité

- Le *Cadre de référence d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des patients (2017)* a été mis à jour et transformé en *Guide pratique évolutif et vivant* en alignement avec les orientations du plan stratégique et les objectifs du *Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé*



Répondre aux besoins des équipes, patients et proches



Optimiser nos efforts d'amélioration continue de la qualité



Répondre à l'évolution des pratiques et des normes

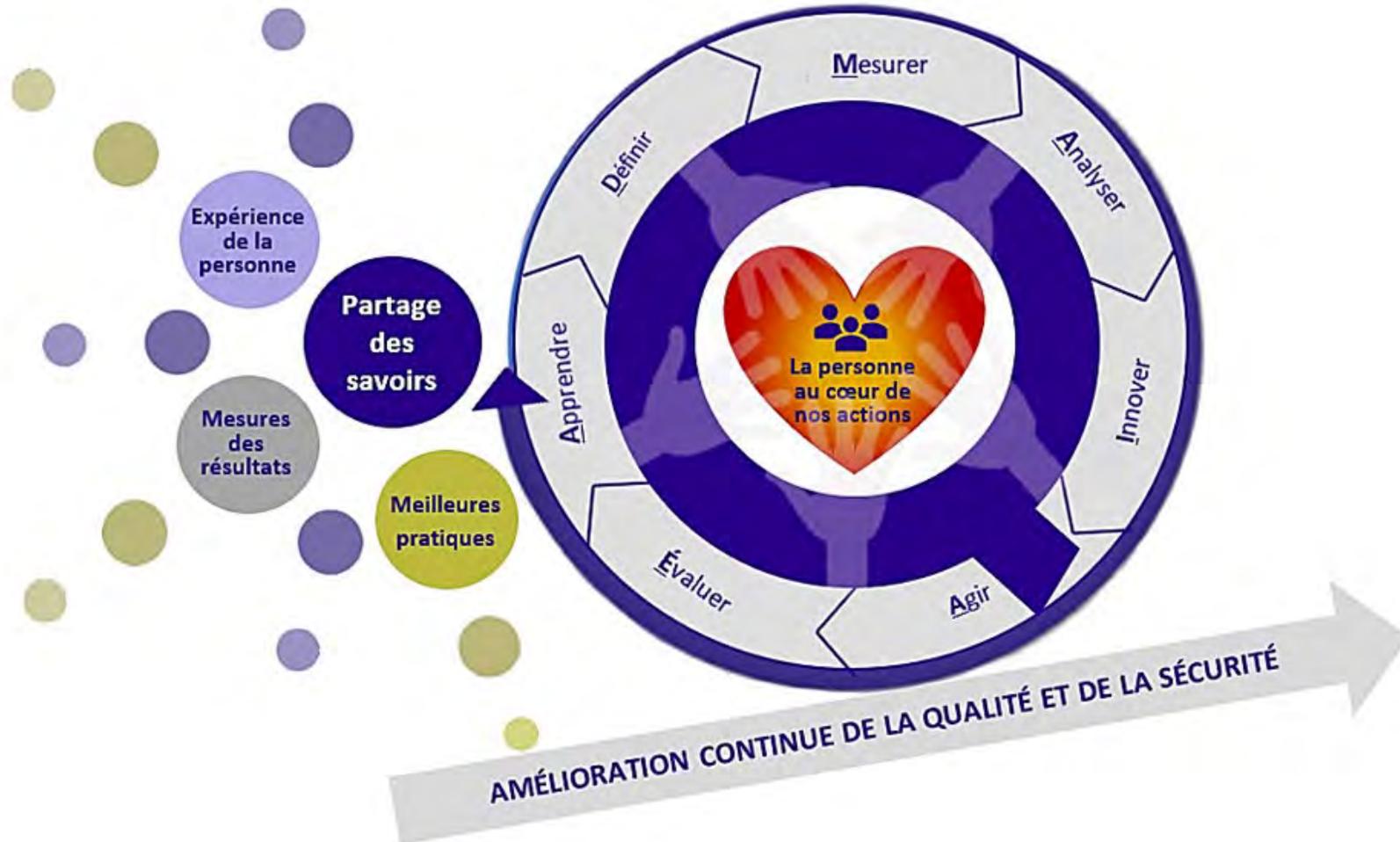


Développer une approche apprenante dans notre culture d'amélioration continue

# Ingrédients essentiels à notre démarche et culture d'amélioration continue de la qualité



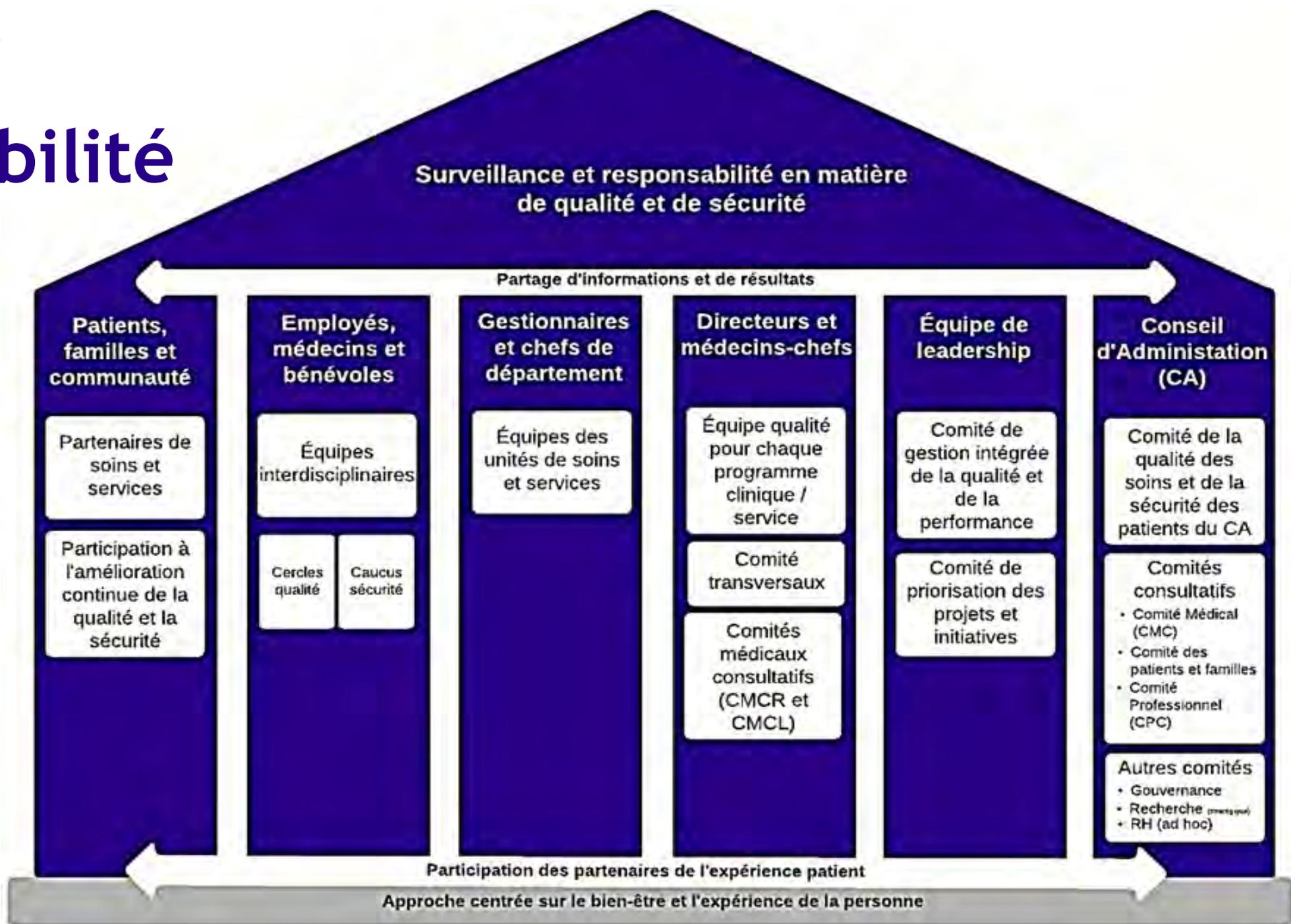
# Ensemble pour des soins et services de qualité en toute sécurité



# Démarche d'amélioration

- Révision du Guide et du modèle d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.
- Révision de la structure d'imputabilité en matière de qualité.
- Révision du mandat du Comité de qualité de l'équipe de leadership.
- Élaboration d'un mandat pour les Équipes Qualité - Sécurité (QS) des secteurs.
- Élaboration d'un mandat pour le Comité de planification, priorisation et de pilotage des projets.
- Intégration des activités de qualité aux structures existantes
- Focus sur l'approche apprenante et l'approche interdisciplinaire de partenariat de soins et de services centrés sur le patient et ses proches.

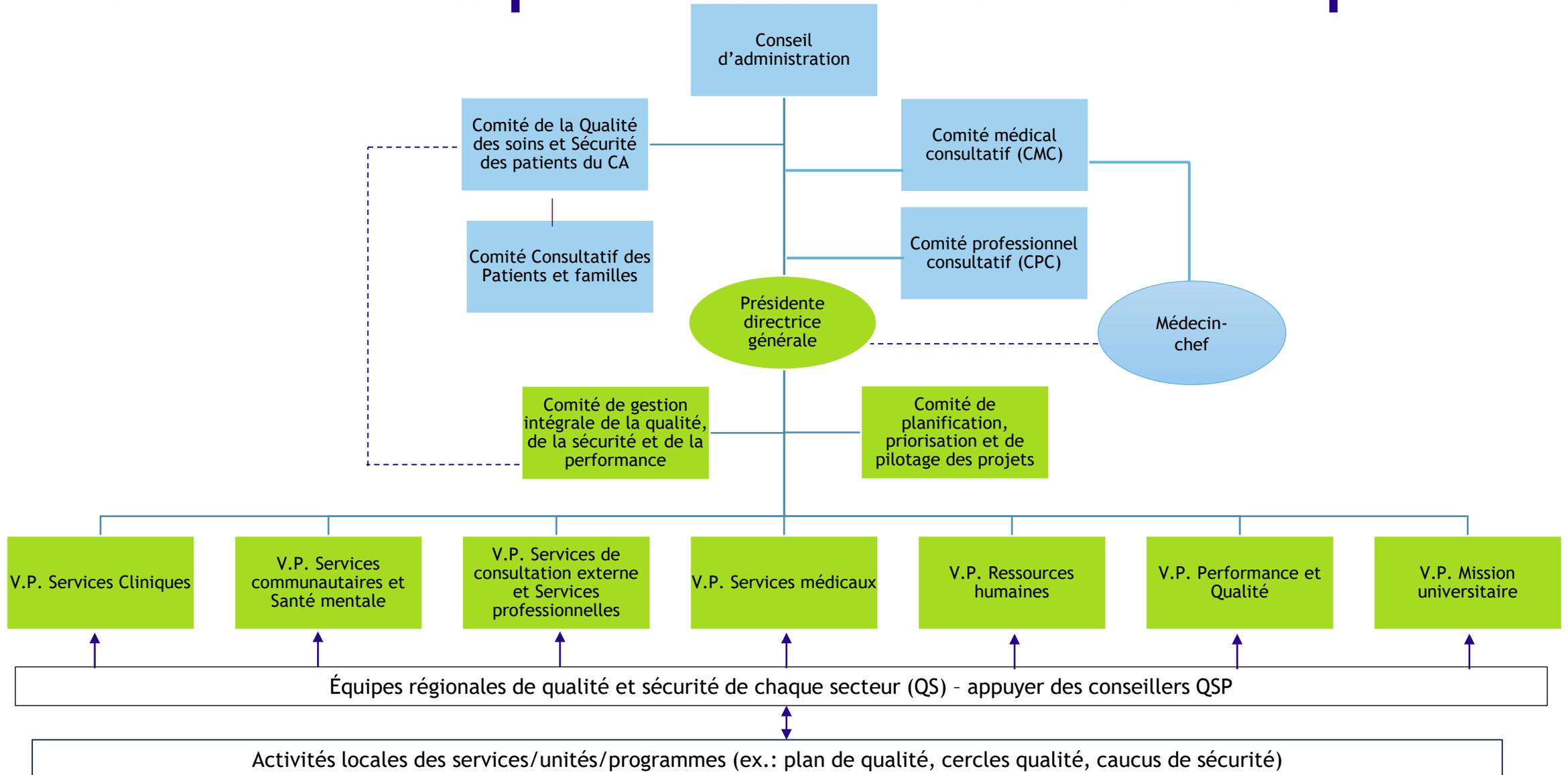
# Responsabilité de tous



# Responsabilités du Conseil d'administration

- Vigie et surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services.
- Engagement clair envers la qualité et la gestion des risques.
- Rendre des comptes sur la qualité des soins et services dispensés par le Réseau.
- Assurer la mise en œuvre de mécanismes pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques.
- Appuyer le Réseau dans le développement d'une culture et d'une démarche apprenante d'amélioration continue de la qualité des soins et services et de la sécurité, dans un environnement juste et sécuritaire.
- Approuver le Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients.
- Assurer son implantation, évaluation et amélioration continue.
- Collaborer avec les dirigeants dans l'élaboration d'un Plan de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance et en assurer le suivi.

# Structure d'imputabilité en matière de qualité



# Les comités qualité

- Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (CA)
- Comité de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance (Équipe de leadership)
- Équipes qualité - sécurité (QS des secteurs)
- Comité de planification, priorisation et de pilotage des projets
- Comité médical consultatif
- Comité professionnel consultatif

# Comité de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance

- Engagement de l'ensemble du Réseau
- Mobilisation de tous
- Qualité intégrée dans les structures et les rencontres existantes
- Amélioration continue et évaluation de la performance
- Transformation et innovation

# Équipes qualité-sécurité (QS) des secteurs

- Intégration de la qualité, la sécurité et l'amélioration de la performance à la gestion quotidienne
- *Plan de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance*
- Analyse et suivi des résultats des indicateurs pertinents
- Rencontres intégrées aux rencontres de gestion du secteur
- Font rapport au VP responsable qui rapporte au Comité de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance.

# Comité de planification, priorisation et de pilotage des projets

- Planifier et prioriser les projets
- Alignement stratégique, focus, cohérence
- Répartition et allocation des ressources
- Mécanismes de coordination
- Mécanismes de contrôle et de suivi des résultats
- Élimination des obstacles
- Reddition de compte
- Gestion du changement
- Communication

# Guide d'ACQ vs Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients



## Objectif 1 | Soins centrés sur la personne

Les personnes qui utilisent les services de santé doivent être des partenaires égaux dans la planification, le développement et le suivi des soins afin d'assurer que les soins répondent à leurs besoins et que ces personnes obtiennent les meilleurs résultats possible.



## Objectif 2 | Soins sécuritaires

Les services de santé sont sécuritaires et ne causent pas de préjudices évitables.



## Objectif 3 | Soins accessibles

Les gens ont un accès ponctuel et équitable à des services de santé de qualité.



## Objectif 4 | Soins appropriés

Les soins sont fondés sur des données probantes et centrés sur la personne.



## Objectif 5 | Soins intégrés

Les services de santé sont continus et bien coordonnés, favorisant des transitions fluides.

- Les 5 objectifs du Cadre canadien sont intégrés dans la définition de l'excellence et les dimensions de la qualité retenues dans le Guide
- La dimension du partenariat de soins et services centrés sur la personne est intégrée au Guide.
- La dimension sécurité est intégrée au Guide et est essentielle à la qualité. Notre Guide inclut le volet de sécurité du personnel.
- Les dimensions d'accessibilité et pertinence (soins appropriés) sont incluent dans les dimensions de la qualité.
- Les soins intégrés sont englobés dans la dimension continuité.
- Notre Guide nous éclaire et nous oriente dans notre quête d'excellence, comme le Cadre canadien vise à renforcer la prestation de services de santé de haute qualité qui améliore l'expérience et les résultats des patient.

# Prochaines étapes

- Mobilisation des troupes (comités et équipes qualité-sécurité)
- Plan et stratégies de communication, marketing ciblé
- Diffusion du Guide (format abrégé disponible sur le site Web)
- Tournée dans les zones pour présenter le guide et susciter l'engagement
- Tournée des dirigeants pour aller voir la performance sur le terrain
- Suivi des résultats
- Évaluation de la mise en œuvre du guide et de la structure d'imputabilité.

# QUESTIONS

# Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité

Ensemble pour des soins de qualité en toute sécurité

Respect • Compassion • Intégrité • Imputabilité • Équité • Engagement



La personne  
au coeur de  
nos actions

## Table des matières

Notre engagement envers la qualité et la sécurité .....	1
À quoi sert le <i>Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité</i> ? .....	1
Qui est concerné ? .....	1
Comment a été élaboré le Guide ?.....	2
Quelle est la vision de notre culture d'amélioration continue de la qualité ?.....	5
Comment définissons-nous la qualité ?.....	9
Quelles sont les approches préconisées ? .....	12
Qui est responsable de la qualité et de la sécurité ? .....	15
Quels sont les rôles et les responsabilités spécifiques de chacun ? .....	16
Quelles sont les conditions de réussite de la démarche qualité ? .....	17
Quelles sont les sources d'informations soutenant l'amélioration continue ? .....	18
Quels sont les méthodes et les outils utilisés pour améliorer la qualité ? .....	19
Comment communiquer nos apprentissages et célébrer nos succès ?.....	26
Comment savoir si nous avons réussi ? .....	27
Comment faire vivre et améliorer le Guide ?.....	29
Remerciements.....	29
LEXIQUE (définitions) .....	30
Références.....	47
Annexes.....	49
ANNEXE 1 – STRUCTURE DE GOUVERNANCE ET D'IMPUTABILITE .....	49
ANNEXE 2 – COMITES/ÉQUIPES SOUTENANT LA GESTION INTEGREE DE LA QUALITE, SECURITE ET PERFORMANCE.....	51
ANNEXE 3 – TABLEAU DES RESPONSABILITES SPECIFIQUES DE CHACUN.....	52
PATIENT, PROCHE ET MEMBRE DE LA COMMUNAUTE .....	52
BENEVOLE .....	52
PARTENAIRE OU FOURNISSEUR EXTERNE .....	52
EMPLOYE ET MEDECIN .....	53
CHEF DE SERVICE/ GESTIONNAIRE .....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
CHEF DE DEPARTEMENT ET DES SERVICES MEDICAUX.....	54
MEDECINS-CHEFS .....	55
DIRECTEUR .....	56
SECTEURS DE LA QUALITE, DE LA GESTION DES RISQUES ET DE LA PERFORMANCE .....	56
ÉQUIPE DE LEADERSHIP .....	58
CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	59
ANNEXE 4 – ACTIVITES D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE L'ACTE MEDICAL .....	60
ANNEXE 5 – TABLEAU DES DEFINITIONS DES CONDITIONS DE REUSSITE.....	61
ANNEXE 6 – SOURCES D'INFORMATION SOUTENANT LA GESTION INTEGREE DE LA QUALITE, SECURITE ET PERFORMANCE .....	62
ANNEXE 7 – CAUCUS DE SECURITE ET CERCLE DE QUALITE .....	66

## Notre engagement envers la qualité et la sécurité

L'engagement envers l'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins et services est une valeur ancrée dans le cœur, l'esprit et les actions de tous au sein du Réseau de santé Vitalité. Nous sommes fiers de nous investir, d'être ambitieux et de collaborer avec les partenaires de la communauté afin de devenir une organisation apprenante et de répondre de manière optimale aux besoins de santé de la population.

Pour relever les défis face à l'évolution rapide des besoins, des connaissances, des technologies et des exigences, nous misons sur l'engagement de tous, le partenariat de soins et de services avec les patients et leurs proches, la formation continue, l'apprentissage en action, la résolution de problème en équipe, l'innovation dans les façons de faire et le partenariat avec la communauté et les milieux universitaires et de recherche.

L'enrichissement de notre culture d'amélioration continue de la qualité en y intégrant l'approche apprenante s'avère une priorité stratégique du Réseau de santé Vitalité. Le présent *Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité* est une déclaration de notre engagement et de la responsabilité partagée de tous en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services et il balise le chemin à prendre dans notre quête d'excellence.

### À quoi sert le *Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité* ?

Le *Guide* est un document pratique, vivant et évolutif offrant une vision rassembleuse de notre culture et démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité illustrée dans un modèle porteur de sens. Cadre de référence fondé sur les meilleures pratiques, il définit les concepts, principes, méthodes, modes de fonctionnement, rôles et responsabilités ainsi que les conditions de réussite en lien avec la démarche d'amélioration continue dans un langage commun facilitant la communication et favorisant la collaboration entre les différents acteurs impliqués.



*Telle une étoile, le Guide nous éclaire et nous oriente dans notre quête d'excellence en laissant la place en cours de route à l'apprentissage et à l'amélioration, à la créativité des équipes et à l'innovation.*

### Qui est concerné ?

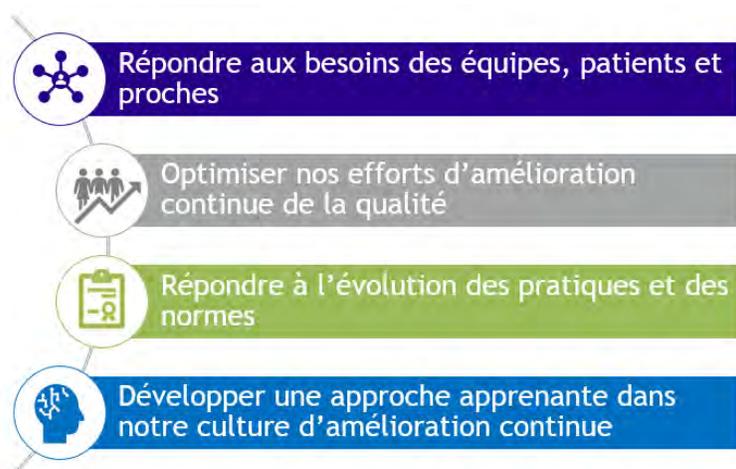


Nous sommes tous concernés par la prestation de soins et de services de santé sécuritaires et de qualité : les membres et partenaires de la communauté, les patients et les familles, les bénévoles et l'ensemble du personnel incluant les médecins, les gestionnaires et les hauts dirigeants.

## Comment a été élaboré le Guide ?

### Objectifs

Le *Cadre de référence d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des patients* (2017) a été mis à jour et transformé en *Guide* pratique évolutif et vivant en alignement avec les orientations du plan stratégique et les objectifs du *Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé* afin de répondre aux objectifs suivants :



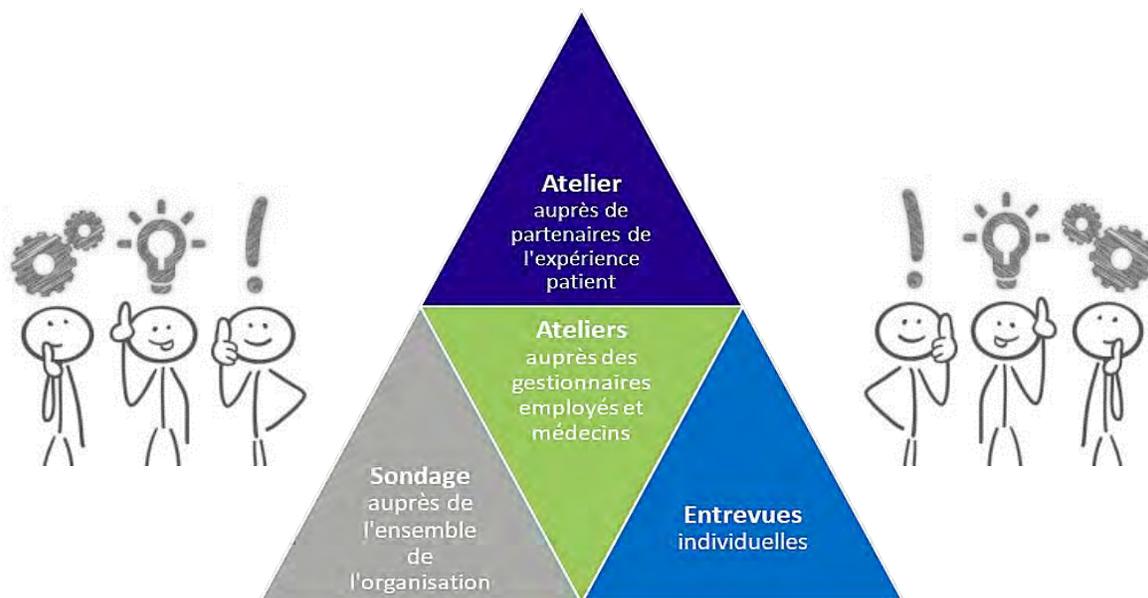
### Démarche participative de consultation et de co-construction du Guide

Afin que le Guide soit utile et mobilisateur, sa mise à jour a été réalisée dans une démarche participative de consultation et de co-construction avec les acteurs concernés en cinq phases :



## Qu'avons-nous appris de la démarche de consultation ?

Une vaste consultation a été menée auprès de plus **600 personnes : partenaires de l'expérience patient et membres du personnel incluant les médecins, les gestionnaires, hauts dirigeants et membres du Conseil d'administration.**



L'analyse des résultats des consultations a permis d'identifier les forces et les cibles d'amélioration du précédent cadre de référence et de la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'organisation. Voici les principaux constats et recommandations qui ont guidé les travaux de mise à jour :



### Principales forces sur lesquelles nous misons

- ✓ Fort engagement de tous envers la qualité et la sécurité des soins et services avec une visée d'excellence
- ✓ Présence d'une culture d'amélioration continue de la qualité basée sur les données probantes et les meilleures pratiques
- ✓ Ouverture au partenariat de soins et services avec les patients et leurs proches
- ✓ Ouverture à l'innovation notamment par l'utilisation de méthodes et outils
- ✓ Ambition de devenir une organisation apprenante en partenariat avec le milieu universitaire et de recherche

*73 % des personnes sondées souhaitent participer davantage à des activités d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité au sein de leur service ou équipe*

*65 % aimeraient avoir du temps dédié à l'amélioration continue de la qualité*



## Principales cibles d'amélioration et recommandations associées

- ⇒ *Cadre de référence d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients (2017) trop théorique et pas assez utile et pratique*
  - *Le Cadre de référence deviendra un Guide pratique accessible pour tous*
- ⇒ *Besoin d'une vision claire et d'un langage commun en matière d'amélioration de la qualité*
  - *La vision sera illustrée dans un modèle clair et rassembleur et les définitions seront clarifiées en ajoutant un lexique*
- ⇒ *Méconnaissance des priorités et des objectifs et en lien avec la qualité et la sécurité*
  - *Des mécanismes de communication des priorités, des objectifs et des indicateurs associés seront intégrés dans les pratiques de gestion des équipes*
- ⇒ *Rôles et responsabilités à clarifier en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité*
  - *Le guide clarifiera les rôles et responsabilités et l'imputabilité*
- ⇒ *Besoin de priorisation des initiatives et projets pour les mener à bien*
  - *Un mécanisme structuré de priorisation sera mis en place*
- ⇒ *Manque de ressources humaines et de temps dédié pour réaliser des activités d'amélioration continue de la qualité*
  - *Un temps dédié à l'amélioration continue de la qualité sera mis en place dans toutes les équipes*
- ⇒ *Besoin d'une gestion davantage de proximité*
  - *Les modes de gestion seront revus afin de favoriser une gestion de proximité*

⇒ Culture de blâme versus de sécurité encore présente dans certains secteurs

- *L'emphase sera mise sur le développement d'une culture de sécurité et non de blâme avec des conditions de sécurité psychologique et de droit à l'erreur dans une perspective d'amélioration continue et d'organisation apprenante*
- *Tout le personnel sera formé à l'aide du Guide lors de leur orientation*
- *Les efforts d'amélioration continue de la qualité seront reconnus et les apprentissages partagés au sein de l'organisation.*

## Quelle est la vision de notre culture d'amélioration continue de la qualité ?

Notre culture d'amélioration continue s'illustre par notre engagement et la responsabilité partagée de tous d'apprendre et de toujours faire mieux pour répondre de manière optimale aux besoins de santé de la communauté dans une approche interdisciplinaire de partenariat de soins et services centrés sur la personne.

Les principaux guides de cette quête d'excellence sont l'expérience des patients et leurs proches, les données probantes et meilleures pratiques et la mesure des résultats.

### Principaux guides de notre quête d'excellence

Comment se vit cette culture d'amélioration continue au quotidien ?





*La sécurité, le bien-être et l'expérience de la personne s'avèrent au cœur des préoccupations et des actions de tous au quotidien. La personne inclut tant le patient et ses proches que le personnel, les partenaires et les bénévoles.*

**Au quotidien,**



*La qualité se vit d'abord par **le respect** et **la compassion** envers les patients et leurs familles et par **la bienveillance** envers les collègues de travail et les bénévoles. La qualité se traduit également par le respect des normes et des plus hauts standards en matière de qualité et de sécurité des soins et services et d'environnement de travail.*



*La **collaboration interdisciplinaire** et le **partenariat avec les patients et leurs proches** s'avèrent les pierres d'assise sur lesquelles nous misons pour offrir des soins de grande qualité. Les patients et leurs proches sont des partenaires et membres actifs à part entière au cœur de leur équipe de soin. De plus, ils sont conviés et accompagnés afin de participer activement à l'amélioration continue de la qualité à tous les niveaux de l'organisation.*



*Les **priorités et objectifs** en matière de qualité et de sécurité **sont connus de tous** et font l'objet d'un **suivi systématique à l'aide d'indicateurs de résultats** adaptés selon le secteur d'activité.*



*Les remises en question de façons de faire sont encouragées à tous les niveaux et **les écarts et problématiques sont perçus comme des opportunités d'amélioration et d'apprentissage au bénéfice de tous.***



*L'**apprentissage en action** et la **résolution de problème en équipe avec la participation de patients et de partenaires** sont favorisés dans tous les secteurs d'activités permettant à chacun d'apporter sa contribution à la démarche d'amélioration continue.*



*L'apport des données probantes et d'idées nouvelles, l'innovation dans les façons de faire, la mesure des résultats, le partage des apprentissages et la reconnaissance des efforts d'amélioration continue font partie intégrante de cette démarche mobilisatrice et porteuse de sens pour tous.*

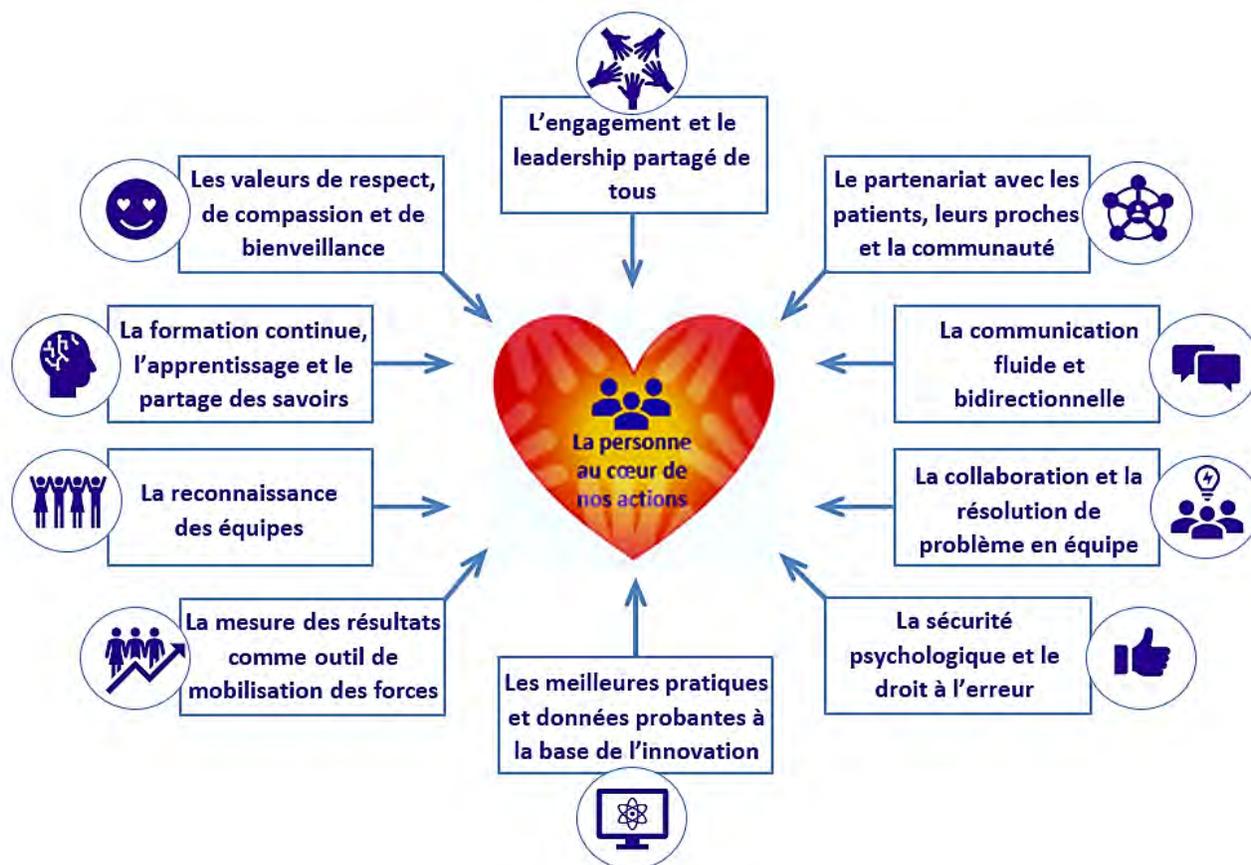


*Des investissements sont faits dans la formation continue, le déploiement de méthodes et outils innovants et dans la mise en place d'infrastructures physiques et technologiques soutenant l'apprentissage et l'amélioration continue ainsi que le développement et le partage des savoirs (individuels, équipes, organisationnels et systémiques).*



**Ces ingrédients sont essentiels dans notre démarche et culture d'amélioration continue de la qualité**

Cette figure résume les ingrédients essentiels de notre démarche et culture d'amélioration continue de la qualité centrée sur l'expérience de la personne.

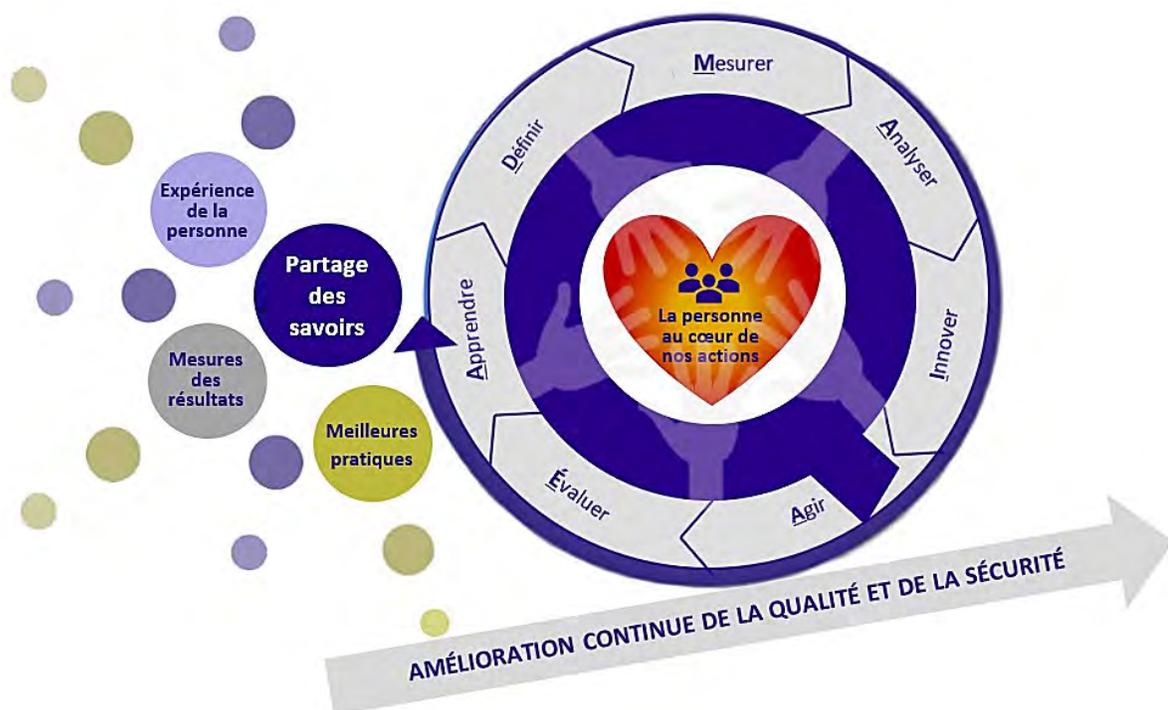


## Notre modèle d'amélioration continue de la qualité

Le modèle du Réseau de santé Vitalité illustre les éléments centraux de sa culture et de sa démarche d'amélioration continue de la qualité intégrant l'approche apprenante.

- Il s'agit d'une **roue d'amélioration continue** en forme de **lettre Q pour Qualité**.
- Le cœur au centre du modèle représente les **valeurs humanistes de respect, de compassion et de bienveillance** ainsi que **l'approche centrée sur la sécurité, le bien-être et l'expérience de la personne** au cœur de nos préoccupations et actions quotidiennes. La personne inclut tant les patients et leurs familles que le personnel, les partenaires et les bénévoles.
- Les mains illustrent **l'engagement et la responsabilité partagée de tous** de veiller au bien-être de la personne et à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services.
- Le contour de la roue présente les **étapes de la démarche d'amélioration continue** qui à travers des cycles contribuent à l'apprentissage et à l'amélioration continue des pratiques.
- Les bulles symbolisent les leviers sur lesquels s'appuie la roue pour avancer dans notre quête d'excellence. Elles représentent la **mobilisation de l'énergie et des savoirs de tous (expérientiels et scientifiques), la mesure des résultats et les meilleures pratiques qui supportent ou qui sont générés par la démarche**.

### *Ensemble pour des soins et services de qualité en toute sécurité*



## Comment définissons-nous la qualité ?

### La qualité

*La qualité fait référence à un degré d'excellence : la mesure dans laquelle nous répondons aux besoins de la clientèle et surpassons leurs attentes<sup>1</sup>*

### La qualité des soins et des services

*La qualité des soins et des services réfère plus spécifiquement à notre capacité de satisfaire les besoins de santé et les attentes de la communauté par l'utilisation des meilleures pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles.*

*Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre les personnes, qu'au niveau des procédures et des soins et services rendus<sup>2</sup>.*

### La qualité et la performance des soins et services - un duo indissociable

La performance est définie comme une approche systémique d'amélioration continue, tributaire de la qualité de la prestation des soins et des services ainsi que de l'utilisation efficace et efficiente des ressources allouées (humaines, financières, matérielles et informationnelles)<sup>3</sup>.

Le lien entre la qualité et la performance peut être illustré de la manière qui suit :

- la **qualité** est le **moteur**, condition *sine qua non* d'obtention de la performance clinique, médicale ou administrative;
- la **performance** est la **courroie** ayant comme principaux leviers de traction les deux poulies que sont l'**optimisation des processus** et les **indicateurs** (mesure des résultats).



(Image tirée de IUCPQ, 2011)

C'est par les indicateurs qu'on mesure l'efficacité des processus et c'est en s'interrogeant constamment sur les processus, à tous les niveaux, qu'on améliore sans cesse la qualité contribuant ainsi à la performance globale de l'organisation<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> (Adapté de CCASS, 2007)

<sup>2</sup> (Adapté de CQA, 2007)

<sup>3</sup> (Tiré de ICSP, 2011)

<sup>4</sup> (IUCPQ, 2011)

## La performance en santé

*La performance est le résultat ultime de l'ensemble des efforts d'une organisation. Ces efforts consistent à faire les bonnes choses, de la bonne façon, au bon moment, en utilisant les ressources de manière optimale, pour produire les bons résultats répondant aux besoins et aux attentes des patients et leurs proches ainsi que ceux du personnel, leur donner satisfaction et atteindre les buts fixés par l'organisation<sup>5</sup>.*

## L'excellence



*Notre quête d'excellence est l'atteinte des meilleurs résultats de santé et de bien-être, de la meilleure expérience de soins et services pour les patients, leurs proches et le personnel, en utilisant de manière optimale les ressources disponibles.*

*« Nous sommes ce que nous faisons à plusieurs reprises.  
L'excellence n'est donc pas un acte, mais une habitude. »*

Aristote

## Les composantes de l'excellence et les dimensions de la qualité

*L'excellence, la qualité et la performance des soins et services sont des notions qui partagent les mêmes dimensions, dont celle prioritaire de la sécurité des soins et services reconnue comme composante primordiale et essentielle de la qualité.*

Le tableau suivant résume les composantes de l'excellence et les dimensions de la qualité associées avec des définitions selon la perspective du personnel et celle des patients et leurs proches.

---

<sup>5</sup>Adapté de (Groupe Champlain, 2014)

## Définition de l'excellence et des dimensions de la qualité

EXCELLENCE	DIMENSIONS DE LA QUALITÉ	
	Perspective du personnel	Perspective du patient et de ses proches
✓ Meilleure expérience pour les patients et les proches	<b>Sécurité</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Nous sommes proactifs et nous exerçons une vigilance constante face aux risques en matière de sécurité pour les patients, leurs proches et le personnel.</li> <li>Nous déclarons tous les incidents quel que soit leur gravité pour apprendre de ces derniers et prévenir ou réduire tout préjudice inutile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je reçois des soins et services sécuritaires.</li> <li>Dans la mesure de mes capacités, je contribue à la sécurité des soins et services en signalant les situations à risque pour ma sécurité ou celle de mes proches et en rapportant les incidents que j'ai vécu ou dont j'ai été témoin afin d'aider l'équipe soignante à les prévenir.</li> </ul>
	<b>Partenariat de soins et services centrés sur la personne</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients et leurs proches sont des membres à part entière au cœur de l'équipe de soins et de services. Ils participent dans la mesure de leurs capacités à la planification et au suivi de leurs soins et services afin qu'ils répondent à leurs besoins.</li> <li>Afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles, ils sont conviés à participer à tous les niveaux de gouvernance et de gestion, dans la planification, la conception, la prestation, l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité des soins et des services ainsi que dans la promotion du partenariat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je suis un(e) partenaire membre à part entière de l'équipe de soins et services. Je partage mes besoins, mes préoccupations, mon expérience et mes questions à l'équipe soignante afin de prendre des décisions libres et éclairées relatives à mes soins et j'y participe activement dans la mesure de mes capacités.</li> <li>Je contribue à l'amélioration de la qualité en partageant mon point de vue et mon expérience et si je le souhaite, en participant à des comités ou initiatives d'amélioration de la qualité.</li> </ul>
	<b>Accessibilité</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Nous offrons des soins et services de qualité répondant aux besoins des patients et leurs proches au bon endroit et au bon moment sans barrière géographique, linguistique ou culturelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je n'ai pas de difficulté à accéder à des soins et services de qualité répondant à mes besoins spécifiques au moment opportun.</li> </ul>
	<b>Continuité</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Nous offrons des soins et services coordonnés de manière qu'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse et cohérente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mon parcours de soins et services est fluide, coordonné et dans une approche cohérente. L'information nécessaire à mon traitement est disponible aux intervenants au moment opportun.</li> </ul>
✓ Meilleurs résultats de santé et de bien-être	<b>Accent sur la population</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Nous travaillons avec les patients et leurs proches et les partenaires de la communauté et de la province pour comprendre et prévoir les besoins de la population et y répondre le mieux possible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vous travaillez avec nous, nos proches et les partenaires de la communauté pour comprendre et répondre à nos besoins de santé et de bien-être.</li> </ul>
✓ Meilleure expérience des équipes	<b>Ressources humaines et bien-être au travail</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Nous sommes bienveillants envers les collègues, employés et partenaires. Des mesures favorisant le bien-être, la sécurité et la qualité de vie au travail sont mises en place et encouragées.</li> <li>Nous assurons la disponibilité des ressources humaines formées pour exercer pleinement leur rôle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vous prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.</li> <li>Vous assurez la disponibilité et la compétence du personnel dont j'ai besoin.</li> </ul>
✓ Utilisation optimale des ressources	<b>Pertinence</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Nous améliorons les résultats de santé conformément aux normes en se basant sur les données probantes, les meilleures pratiques et en répondant aux besoins spécifiques des patients et leurs proches.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vous faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles pour moi.</li> </ul>
	<b>Efficacité</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Nous améliorons les processus pour assurer une expérience de soin et de travail optimale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vous utilisez les ressources le plus adéquatement possible pour améliorer mon expérience de soins et de services.</li> </ul>

## Quelles sont les approches préconisées ?

Les soins et services centrés sur la personne, la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec les patients et leurs proches et l'approche apprenante sont les pierres d'assise sur lesquelles nous misons pour offrir des soins et services sécuritaires de grande qualité répondant de manière optimale aux besoins de santé de la communauté.

L'approche de partenariat de soins et de services avec les patients et leurs proches englobe les notions de soins centrées sur la personne et de collaboration interprofessionnelle. Nous intégrons donc ces notions dans notre **approche interdisciplinaire de partenariat de soins et services centrés sur la personne** dont voici les principales composantes :

### Les soins et services centrés sur la personne



*L'approche de soins et services centrés sur la personne adopte le point de vue des personnes, des soignants, des familles et des communautés en tant que participants et bénéficiaires de systèmes de santé articulés autour des besoins des personnes<sup>6</sup>.*

*Les personnes qui utilisent les services de santé sont des partenaires égaux dans la planification, le développement et le suivi des soins afin d'assurer que les soins répondent à leurs besoins et qu'ils obtiennent les meilleurs résultats possible<sup>7</sup>.*

### Le partenariat de soins et de services avec les patients et leurs proches

*Le partenariat de soins et de services avec les patients et leurs proches est une relation de coopération/collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux de différentes disciplines (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux.*

*Fondée sur la reconnaissance des savoirs de tous les partis, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient<sup>8</sup>.*

*De construire « pour » à « avec » le patient*

<sup>6</sup> (OMS, 2015)

<sup>7</sup> (ICSP, 2020)

<sup>8</sup> (Direction Collaboration et Partenariat Patient, 2013)

Selon leurs capacités et volonté, les patients et leurs proches sont accompagnés afin de devenir des **Patients partenaires** actifs membres à part entière au cœur de leur équipe de soins.

Les patients et leurs proches sont également conviés selon leurs aptitudes et intérêts à s’engager comme **Partenaire de l’expérience patient** afin d’apporter leur contribution et perspective à tous les niveaux de gouvernance et de gestion, dans la planification, la conception, la prestation, l’évaluation et l’amélioration continue de la qualité des soins et des services ainsi que dans la promotion du partenariat au sein de l’organisation et dans la communauté. Ils sont également conviés à participer à l’élaboration et à la révision des cadres, politiques, guides, programmes et procédures ainsi que de l’information et la documentation leur étant destinés.

Ce partenariat mutuellement avantageux pour les patients, les familles et les intervenants nous assure de garder le cap sur une réponse optimale aux besoins de patients et de leurs proches en mettant le bien-être et l’expérience de la personne au cœur des préoccupations et actions.

Patient partenaire	Partenaire de l’expérience patient
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Membre à part entière de l’équipe respecté dans tous les aspects de son humanité</li> <li>▪ Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins sont développées avec l’aide de son équipe</li> <li>▪ Patient habilité au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés</li> <li>▪ Encouragé à développer ses compétences de partenariat, selon ses capacités et sa volonté à s’engager</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contribue à l’amélioration de l’expérience des soins et services des patients et de leurs proches par le partage de ses savoirs expérientiels de son parcours de soin et de la vie avec la maladie</li> <li>▪ Participe au développement et à l’amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles en offrant une perspective patient ou proche</li> <li>▪ Fait la promotion du partenariat de soins et de services</li> </ul>

## La collaboration interprofessionnelle

*La collaboration interprofessionnelle est un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté<sup>9</sup>. Il s’agit d’un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination en vue d’une prise de décision partagée concernant l’atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux<sup>10</sup>.*

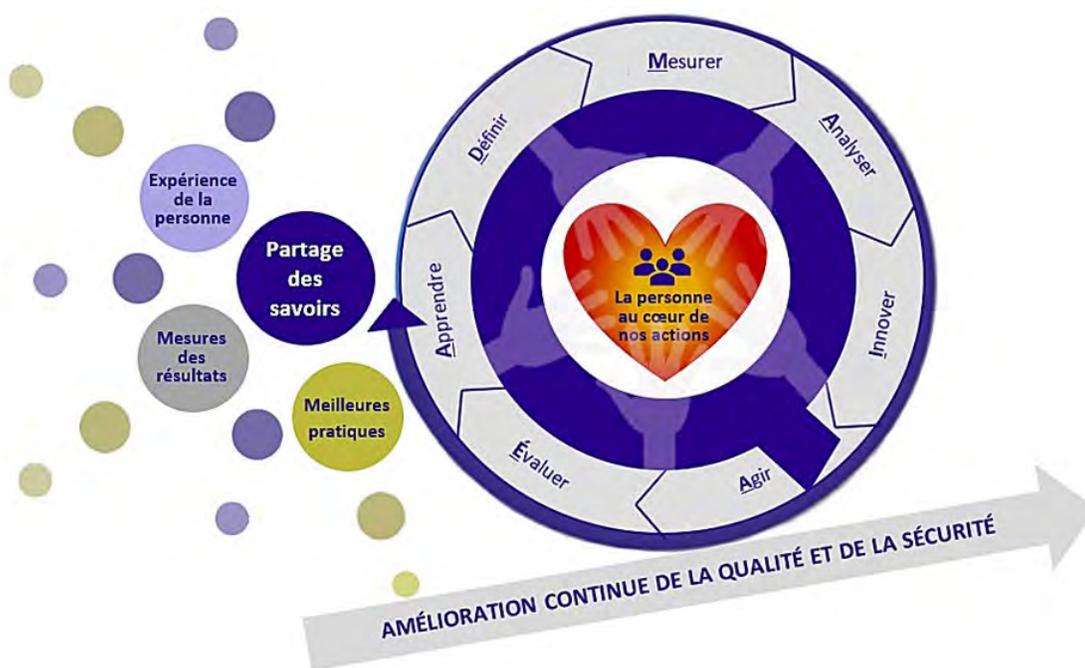
<sup>9</sup> (Careau, et al., 2014)

<sup>10</sup> (Consortium pan canadien pour l’interprofessionnalisme, 2010)

## L'approche apprenante

Dans une visée de devenir une organisation apprenante, notre culture et démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité s'enrichie de l'approche apprenante. Une organisation apprenante est capable d'acquérir, de créer et de transmettre des savoirs pour continuellement apprendre, améliorer ses résultats et atteindre les objectifs visés.

*Arrimant la recherche à la pratique, l'objectif de l'approche apprenante est d'apprendre de ses expériences, de développer de nouvelles connaissances et de partager ces nouveaux savoirs pour continuellement s'améliorer et innover. Dans cette perspective, tant les incidents, les problématiques et les écarts que les réussites sont des opportunités d'apprentissage collectif.*



Tel qu'illustré dans notre modèle, la démarche d'amélioration continue s'appuie sur les données probantes et les meilleures pratiques ainsi que sur l'expérience des équipes et des patients pour identifier des cibles d'amélioration et mettre en place des solutions selon un processus structuré de résolution de problème en 7 étapes : **D**éfinir, **M**esurer, **A**analyser, **I**nnover, **A**agir, **É**valuer et **A**pprendre. À chaque cycle d'expérimentation, l'évaluation des résultats permet de générer de nouvelles connaissances à partager et sur lesquelles les équipes peuvent s'appuyer.

## Qui est responsable de la qualité et de la sécurité ?

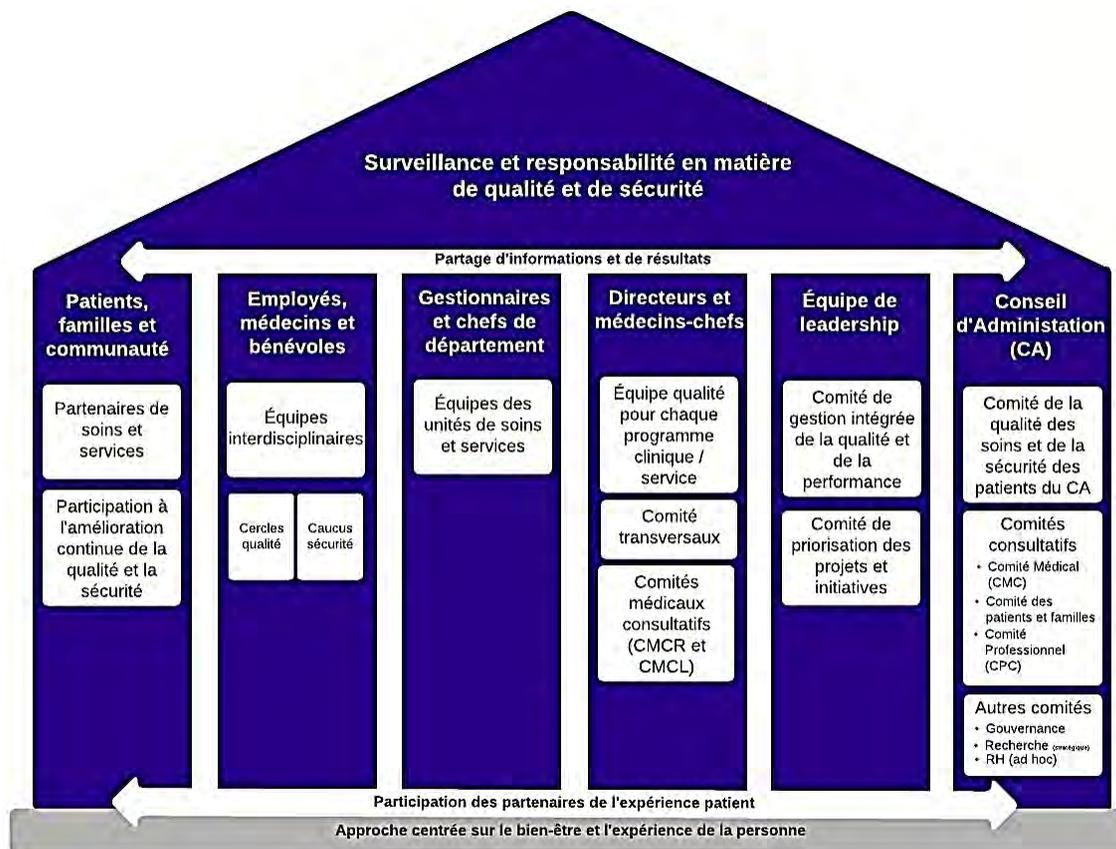
### Chacun de nous a un rôle clé à jouer au quotidien

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

### La gestion intégrée de la qualité et de la sécurité

*La gestion intégrée de la qualité (GIQ) est une **approche globale de gestion** où chaque personne dans l'organisation est responsable et active dans le processus d'amélioration de la qualité qui est intégré dans l'ensemble des activités de l'organisation tant au niveau clinique qu'administratif. De plus, la GIQ met en place un processus continu, proactif et systématique pour comprendre, gérer et intégrer les différents processus qualité au sein de l'organisation<sup>11</sup>.*

Cette figure illustre les différents niveaux de surveillance et de gestion intégrée de la qualité et de la sécurité ainsi que la circulation fluide et bidirectionnelle de l'information afin de prioriser et d'assurer l'enlèvement des actions d'amélioration en fonction des résultats.



<sup>11</sup> (AQESSS, 2009)

## La gouvernance et l'imputabilité en matière de qualité et de sécurité

Le Réseau de santé Vitalité a mis en place une [Structure de gouvernance et d'imputabilité en matière de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance](#) ainsi qu'un système proactif de mesure et de suivi systématique des résultats visant la mobilisation des équipes dans l'amélioration continue et l'atteinte des objectifs visés. La structure de gouvernance est présentée à l'[annexe 1](#). Les différents comités soutenant la démarche de qualité sont inclus à l'[annexe 2](#).

### La gouvernance

*La gouvernance est un mécanisme qui permet d'assumer l'autorité, la prise de décision et la reddition de comptes au sein d'un organisme.*

### La gouvernance clinique

*Cadre rendant le Conseil d'administration, le personnel d'encadrement et les prestataires de soins de santé responsables de la qualité des soins et qui les oblige à rendre des comptes à ce sujet<sup>12</sup>. Ils sont imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et de la sauvegarde de standards élevés, en créant un environnement qui permet le développement de l'excellence des soins cliniques.*

*Supportée par des programmes de formation continue et des activités locales d'autorégulation professionnelle, son but est l'amélioration constante des standards de soins cliniques, la réduction des variations de résultats et d'accès aux services, et l'assurance que les décisions cliniques soient basées sur les meilleures données probantes à jour pour des soins reconnus efficaces<sup>13</sup>.*

### L'imputabilité

*L'imputabilité concerne la responsabilité des individus au sujet desquelles ils doivent s'expliquer ou répondre de leurs actions. Ce concept comporte deux volets : la responsabilité et l'obligation de rendre compte, la « reddition de comptes<sup>14</sup> ».*

## Quels sont les rôles et les responsabilités spécifiques de chacun ?

Chacun de nous incluant les patients, leurs proches et les partenaires de la communauté ont un rôle et des responsabilités spécifiques dans la prestation sécuritaire de soins et services de qualité répondant de manière optimale à leurs besoins. Pour en savoir plus, sur votre rôle et vos responsabilités spécifiques, nous vous invitons à consulter le Tableau des responsabilités présenté à l'[annexe 3](#).

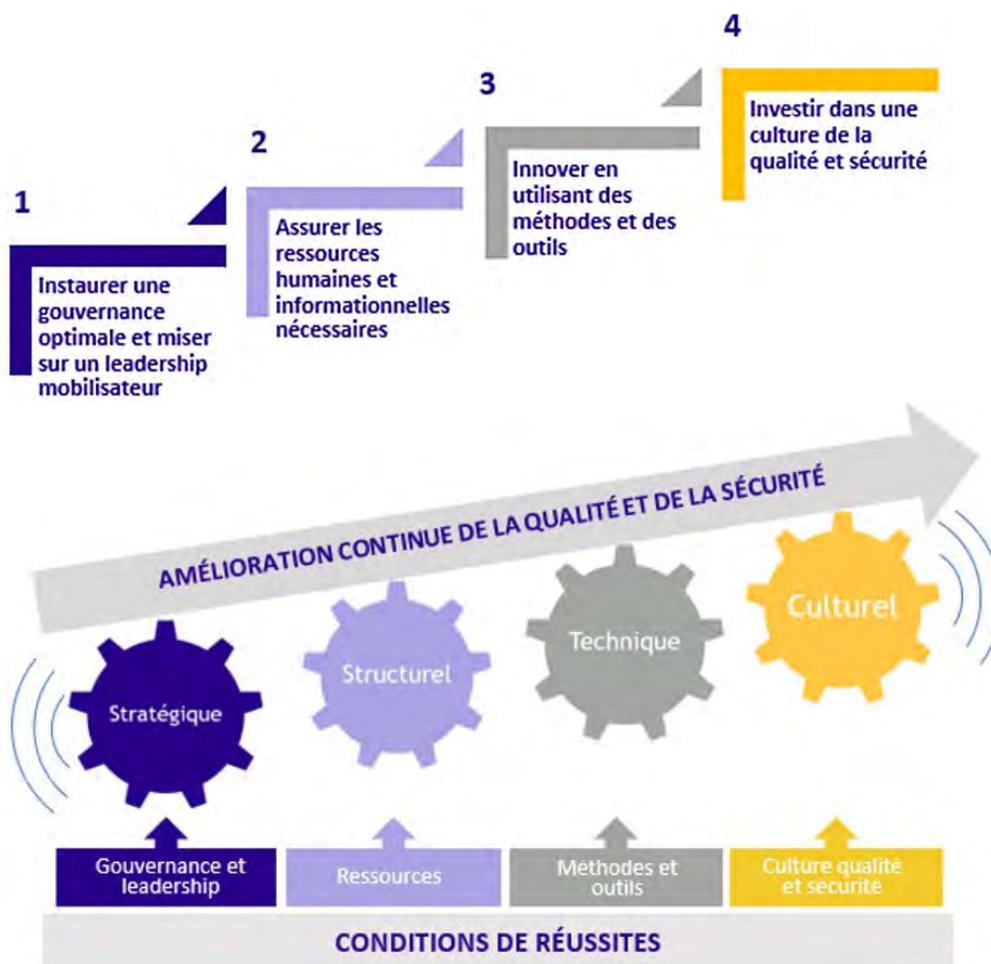
<sup>12</sup> (Agrément Canada, 2019)

<sup>13</sup> (Conseil médical du Québec, 2003)

<sup>14</sup> (Conseil médical du Québec, 2003)

## Quelles sont les conditions de réussite de la démarche qualité ?

Le Réseau de santé Vitalité doit s'assurer de la mise en place des **quatre conditions essentielles sur lesquelles repose la réussite de la démarche qualité** devant toutes être réunies pour déployer sa démarche qualité de manière cohérente, efficace et pérenne<sup>15,16</sup> :



	Stratégique	Structurel	Technique	Culturel	Résultats de la démarche qualité
Présence des conditions de réussite		✓	✓	✓	Pas de résultats significatifs
	✓	✓	✓		Petits résultats temporaires
	✓	✓		✓	Frustration et faux départs
	✓		✓	✓	Pas d'extension des apprentissages
	✓	✓	✓	✓	Impact durable dans l'organisation

<sup>15</sup> (ANAES, 2002)

<sup>16</sup> (Shortell, 1998)

Pour en savoir plus sur les définitions et les actions à mettre en oeuvre en lien avec les conditions de réussite de la démarche qualité, voir l'[annexe 5](#).

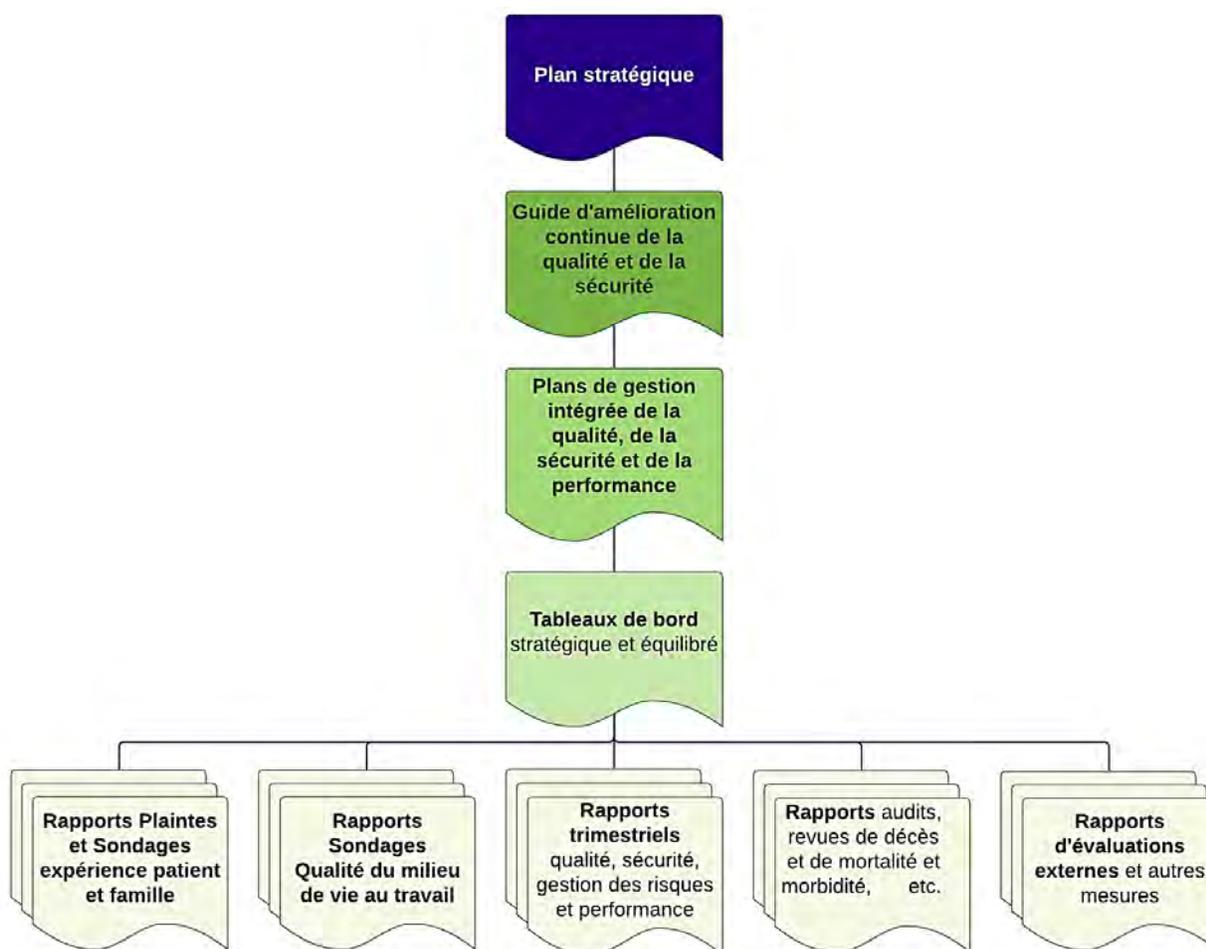
## Quelles sont les sources d'informations soutenant l'amélioration continue ?

Les sources d'information soutenant la gestion intégrée et l'amélioration continue incluent les plans, les rapports et les tableaux de bord d'indicateurs de mesure.

L'analyse systématique des résultats de ces sources d'information à tous les niveaux permet d'assurer une surveillance de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins et services, de soutenir la prise de décision, la planification et la priorisation de la mise en oeuvre des activités d'amélioration continue.

Le schéma suivant illustre les principales sources d'information présentées de manière plus détaillée à l'[annexe 6](#).

### Sources d'information soutenant l'amélioration continue



## Quels sont les méthodes et les outils utilisés pour améliorer la qualité ?

De nombreuses méthodes et outils sont utilisés dans le domaine de l'amélioration continue.



Une **MÉTHODE** est ensemble plus ou moins structuré de **PRINCIPES** qui orientent les démarches et les techniques employées pour parvenir à un résultat.



Un **OUTIL** est un **MOYEN** conçu pour réaliser de façon efficace un certain type d'action qui possède un mode opératoire précis et qui s'inscrit généralement dans le cadre d'une méthode.

Voici les principales méthodes et outils utilisés dans le cadre de la démarche qualité du Réseau de santé Vitalité.



### Le cycle de l'amélioration continue

La gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins et services du Réseau est réalisée au sein des structures et des processus de gestion courants dans un cycle d'amélioration continue **PDCA** : **P**lan (Planifier), **D**o (Exécuter), **C**heck (Vérifier/Mesurer) et **A**ct (Ajuster/Améliorer).

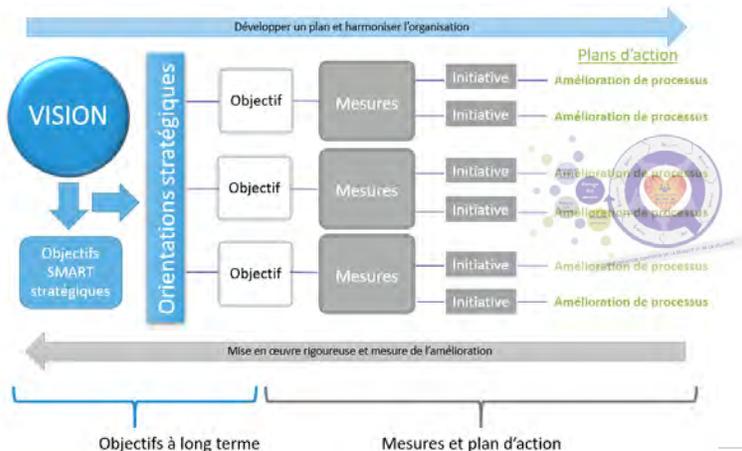


La mesure et l'analyse systématique des résultats (indicateurs) permettent à partir de données objectives de cibler les priorités, évaluer l'efficacité des mesures mises en place et au besoin, d'identifier de nouvelles solutions pour l'atteinte des cibles.



### La planification stratégique et opérationnelle

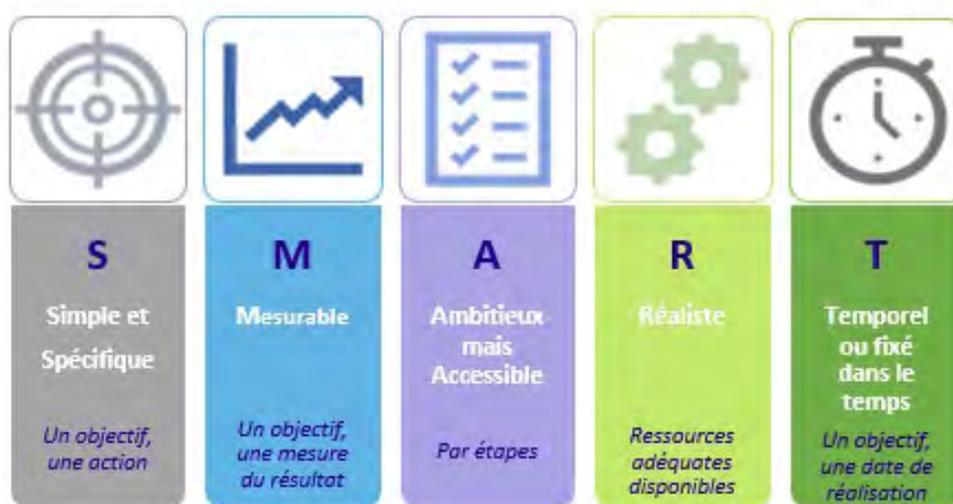
Les différents plans s'articulent à partir du *Plan stratégique* et du *Plan régional de santé et d'affaires* en tenant compte des besoins locaux et sont assortis d'indicateurs de mesure des résultats.





## Des objectifs SMART

Des objectifs SMART sont utilisés dans la planification.

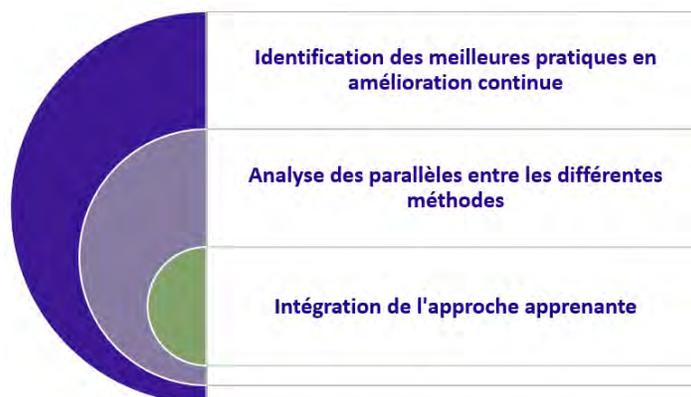


## La méthode d'amélioration continue du Réseau de santé Vitalité

De nombreuses méthodes sont utilisées en amélioration continue avec des terminologies différentes selon l'approche utilisée : amélioration continue de la qualité, Lean, Lean Six Sigma, approche scientifique, système de santé apprenant, etc. Il est souvent complexe de se retrouver et de se comprendre à travers ces différents concepts, méthodologies et outils associés.

Le Réseau de santé Vitalité compte sur la richesse d'une diversité de personnes provenant de différents milieux académiques et professionnels avec des formations et des expériences variées. Par conséquent, il est important d'avoir un modèle et de développer un langage commun en matière d'amélioration continue de la qualité, sécurité et performance afin de faciliter la communication et de favoriser la collaboration entre les différents acteurs impliqués. C'est pourquoi le Réseau a développé son propre modèle présentant la méthode d'amélioration continue préconisée.

### Comment avons-nous développé notre méthode ?



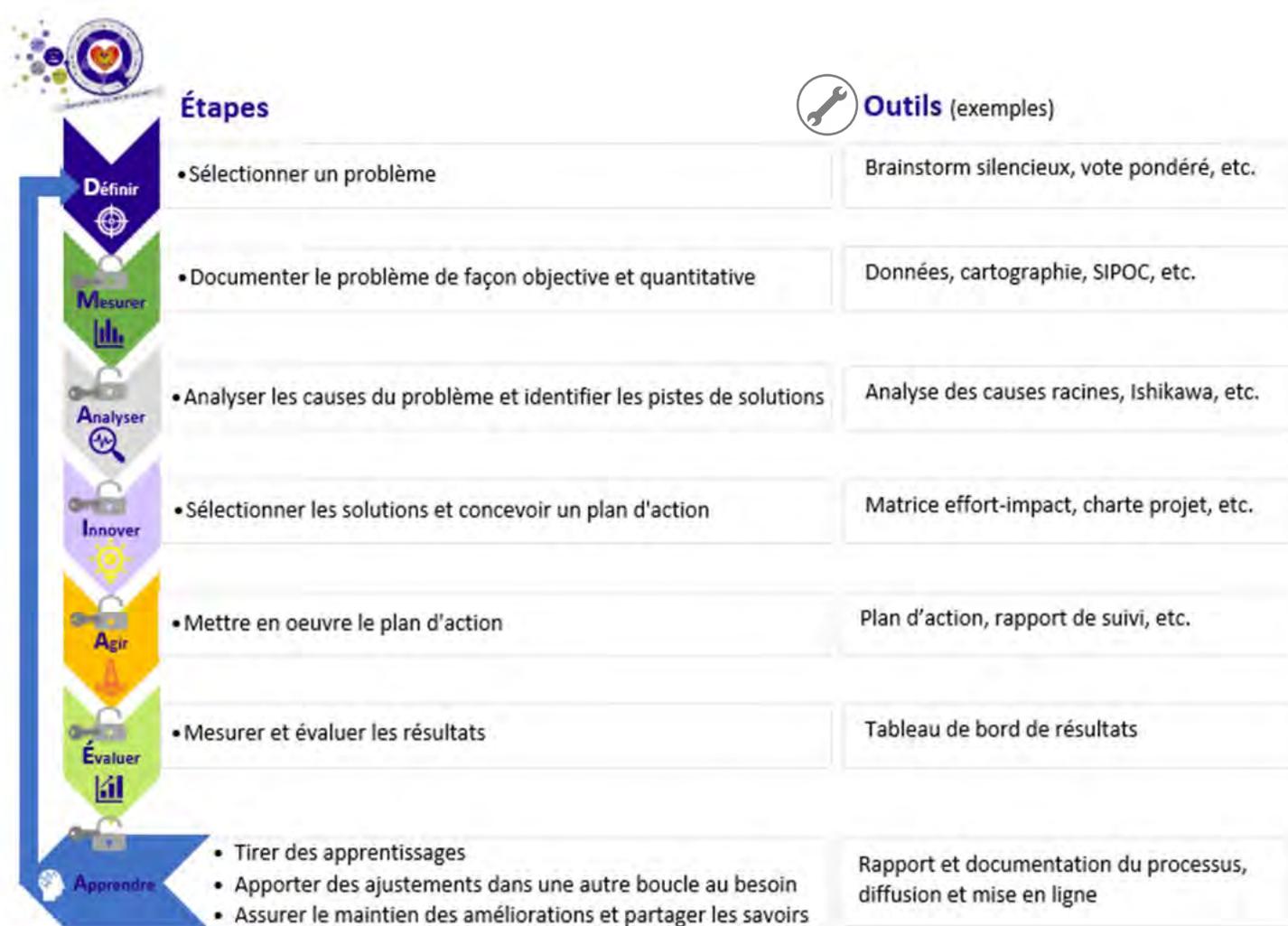
## Tableau des parallèles entre les différentes méthodes d'amélioration continue

Les constats suivants se dégagent du tableau des parallèles entre les différentes méthodes d'amélioration continue :

- Quel que soit le modèle conceptuel d'amélioration (amélioration continue, Six Sigma, approche scientifique, etc.) **les mêmes 7 étapes de la démarche scientifique de résolution de problème** sont appliquées.
- Quelle que soit la méthode, la démarche s'appuie sur les données probantes et l'expérience de la personne.
- L'équipe impliquée et les outils utilisés vont varier en fonction de la nature du problème.
- De plus, elle requiert un système d'information pour les données, pour se mesurer et évaluer les résultats.

Modèle d'amélioration continue (PDCA)	Modèle d'amélioration	Six Sigma (DMAIC)	TOH Innovation Framework <i>(The Ottawa Hospital Innovation Framework)</i>	Unités Cliniques Apprenantes (UCA)	Modèle du Réseau de santé Vitalité 	7 étapes de résolution de problèmes	Questions
Plan	Que tentons-nous d'accomplir ?	Définir	Définir le problème 	Identification des écarts	<b>Définir</b>	Sélectionner un problème	Quoi ? Lequel ?
	Comment pourrions-nous savoir si notre changement a produit une amélioration ?	Mesurer	Analyser la situation 	Quantifier les problématiques	<b>Mesurer</b>	Analyser les faits	Combien ?
	Quels changements pouvons-nous effectuer pour obtenir l'amélioration recherchée ?	Analyser		Identifier les causes	<b>Analyser</b>	Analyser les causes	Pourquoi ?
	Planifier			Concevoir la solution Planifier	<b>Innover</b>	Identifier les solutions	Laquelle ? Si... alors ?
Do	Exécuter	Implanter	Tester et mettre à l'essai 	Mettre en œuvre	<b>Agir</b>	Mettre en œuvre	Quand ? Comment ?
Check	Étudier	Contrôler	Verrouiller les améliorations 	Évaluer la solution	<b>Évaluer</b>	Évaluer les effets	Quel résultat ?
Act	Agir/ajuster		Évaluer et diffuser/mettre à l'échelle 	Transfert des connaissances et déploiement à grande échelle	<b>Apprendre</b>	Intégrer dans les pratiques	Conserver ?

## Étapes de la méthode d'amélioration continue du Réseau de santé Vitalité et exemples d'outils associés



Les étapes sont présentées ici dans l'ordre, mais dans la pratique, il y a souvent des itérations entre les étapes afin de refléter ce qui est appris et pour intégrer des ajustements en cours de route, si nécessaire.

Les clés des cadenas entre chacune des étapes représentent jalons où le mandataire de l'initiative et les parties prenantes concernées doivent prendre la décision de continuer, de modifier ou d'abandonner l'initiative à la lumière des apprentissages faits en cours de route.

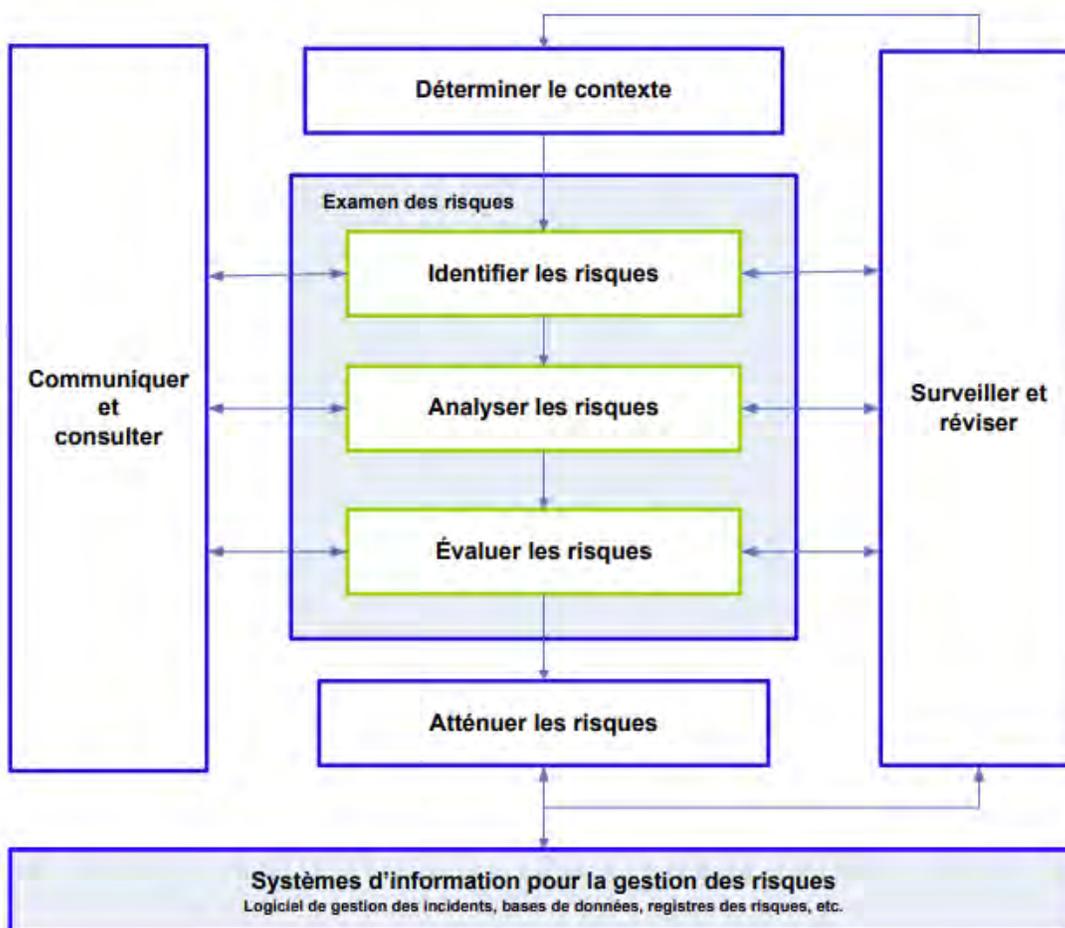
Des exemples d'outils utilisés sont présentés pour chacune des étapes (liste non exhaustive). Le choix des outils appropriés dépend de la nature du problème et de l'activité à réaliser. Plus d'information sur les outils se retrouvent dans le lexique.

## La gestion intégrée des risques

Notre démarche d'amélioration continue mettant de l'avant la sécurité comme composante primordiale et essentielle de la qualité inclut la mise en œuvre d'une méthode intégrée de gestion des risques décrite dans notre *Programme de gestion intégrée des risques*.

*La gestion intégrée des risques est un processus systématique, proactif et continu pour surveiller, comprendre, gérer, communiquer et réduire les risques au sein de l'organisme. Il vise à protéger des risques le public, les employés et l'organisation de l'ensemble des risques qu'ils soient stratégiques, opérationnels, financiers, juridiques, environnementaux, épidémiologiques, etc.*

### Processus de gestion intégrée des risques



 **Outils**

- **Système de gestion des incidents** : Système d'information permettant d'assurer en continu la surveillance et la gestion des incidents, les incidents évités de justesse et ce, dans le but d'apprendre pour améliorer la qualité des soins et des services et de les rendre plus sécuritaires.
- **Exemples d'outils utilisés** (liste non exhaustive d'outils permettant d'évaluer et de quantifier le risque, d'établir des priorités, ainsi que d'élaborer des stratégies pour prévenir ou atténuer les risques) : Évaluations de risques (ÉDRV), analyses des causes profondes, analyses prospectives sur la sécurité, analyses des modes de défaillance et de leurs effets (AMDEC), plans d'atténuation des risques, matrice des risques, registre des risques, plans de mesures d'urgence, etc.

Découlant des analyses de risques, un **Plan de gestion des risques** définit les priorités en matière de sécurité et comment l'organisation met l'accent sur la réduction des risques, la prévention des préjudices et la promotion d'une sécurité optimale envers les patients et leurs proches.

Nous mettons en place des mesures pour favoriser le développement d'une culture de sécurité juste exempte de blâme, soit une culture encourageant la déclaration et l'analyse des incidents pour générer des apprentissages, apporter des améliorations et communiquer ces savoirs pour améliorer la sécurité.

 **La démarche d'accréditation d'Agrément Canada**

Le Réseau de santé Vitalité participe à la démarche d'accréditation d'Agrément Canada, un organisme évaluant la qualité et la sécurité des soins et des services offerts selon des normes nationales d'excellence. Un cycle de 4 ans structure la démarche d'amélioration continue et soutient nos efforts d'atteinte des plus hauts standards en matière de qualité et de sécurité. Des processus de contrôle de la qualité sont effectués pour évaluer la conformité aux exigences et cerner des mesures d'amélioration. Lien vers le site sur le Boulevard qui contient plus de détails sur la démarche d'agrément :

<https://boulevard.rhars.ca/FR/DepartmentsPrograms/accreditation/Pages/default.aspx>



## Les audits cliniques

Divers audits sont en place au Réseau afin de nous permettre d'évaluer notre conformité aux politiques, lignes directrices de pratique clinique, normes ou pratiques organisationnelles requises (ex. : hygiène des mains, prévention des lésions de pression, prévention de la thromboembolie veineuse, documentation clinique, etc.)

*L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer<sup>17</sup>.*



## Les Unités Cliniques Apprenantes et autres équipes projet

*Les Unités Cliniques Apprenantes (UCA) sont des équipes multidisciplinaires régionales rassemblées sur une thématique clinique particulière dont le but est de solutionner des écarts ciblés en matière de santé et d'améliorer la prestation de soins et la santé de la population.*

Ces *Unités Cliniques Apprenantes* regroupent des patients, médecins, professionnels de la santé, gestionnaires, décideurs, experts, chercheurs et partenaires de la communauté. Dans un processus structuré rigoureux arrimant la recherche à la pratique, elles collaborent à l'identification des écarts prioritaires et des solutions à mettre en place guidées par les données probantes, l'expérience des patients, l'expertise clinique et les priorités stratégiques du Réseau.

Le Réseau de santé Vitalité poursuit la mise en place d'UCA sur les thématiques prioritaires suivantes :

- Santé des aînés (décembre 2019)
- Soins chirurgicaux (janvier 2020)
- Santé respiratoire (janvier 2020)
- Santé mentale (automne 2021)
- Obésité, diabète et maladie métabolique (à venir)

Tout comme les autres types d'équipes projet d'amélioration continue mise en place au sein de l'organisation, elles contribuent à partir de l'expérimentation et de la mesure des résultats au développement et au partage des connaissances dans une perspective d'organisation apprenante, à la reconnaissance de la contribution des équipes à l'amélioration continue et à la diffusion et mise à l'échelle des innovations et des pratiques cliniques exemplaires. Elles contribuent ainsi au développement d'une culture apprenante de mesure, d'utilisation des données probantes et d'amélioration continue et favorisent la formation de la relève.

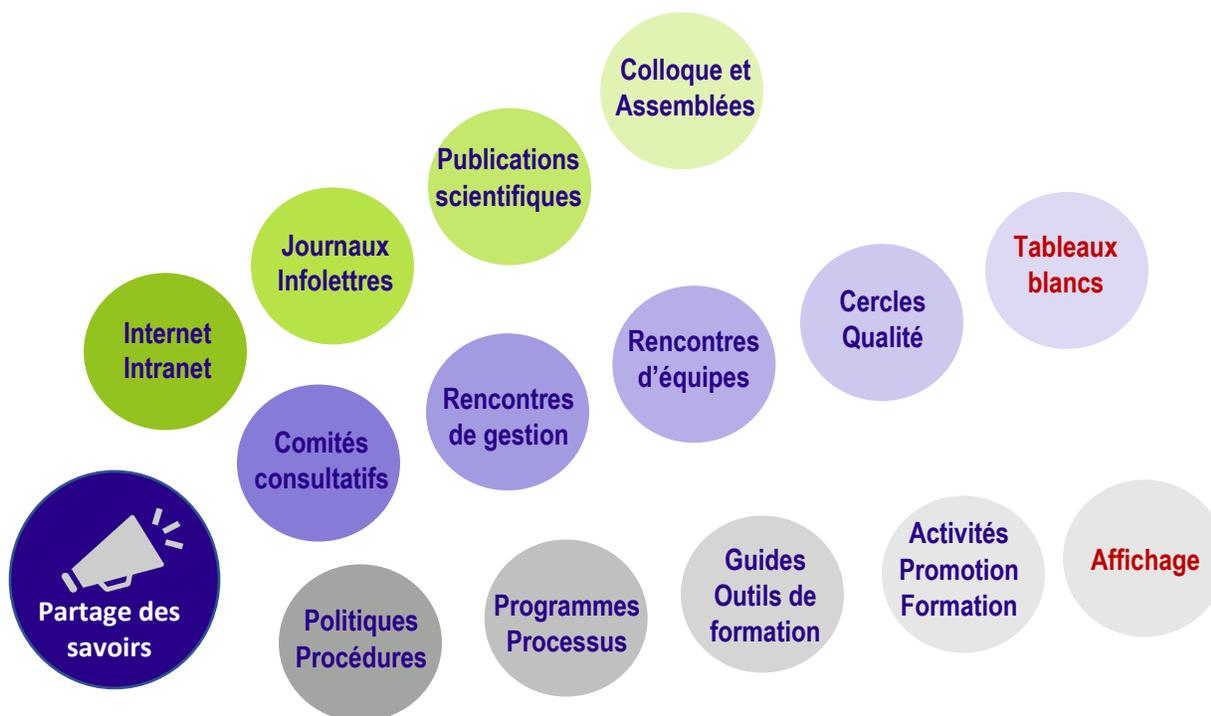
<sup>17</sup> (ANAES, 2000)

## Comment communiquer nos apprentissages et célébrer nos succès ?



### Communiquer nos apprentissages

Dans une approche apprenante d'amélioration continue, les équipes apprennent et partagent leurs savoirs pour continuellement s'améliorer et innover. Dans cette perspective, tant les problématiques et les écarts que les réussites sont des opportunités d'apprentissage collectif dans notre quête d'excellence tant au niveau de la qualité des soins et de services que du milieu de travail. Afin de devenir une organisation apprenante, nous sommes à identifier et à mettre en place des mécanismes structurés et un plan de communication afin de s'assurer de capter systématiquement ces apprentissages et de les diffuser au public cible concerné au sein de l'organisation et dans la communauté.



 **Célébrer nos succès**

L'engagement et la mobilisation des équipes sont à la base de l'amélioration continue de la qualité. Le travail d'équipe, la collaboration et la contribution de chacun doivent être reconnus et valorisés au quotidien.

Cette reconnaissance peut se traduire par de simples gestes comme dire « *bravo* », « *bonne idée* » ou encore « *merci* » ou par une activité plus formelle de reconnaissance telle qu'un message écrit, une lettre, un article de journal, un prix, un gala, etc.

Nous encourageons les pratiques informelles de reconnaissance entre nous au quotidien dont il ne faut pas sous-estimer l'effet fort positif sur la personne et l'esprit d'équipe.

Nous avons également mis en place des modalités formelles de reconnaissance pour les employés, médecins, bénévoles et partenaires de l'expérience patient, par exemple, la semaine de reconnaissance, la remise de prix de mérite, la reconnaissance des années de services et la publication des projets dans le journal interne *Le Lien*, etc.

 **Comment savoir si nous avons réussi ?**

Pour mener à bien le changement, il est important d'avoir une vision claire de ce que nous visons comme culture et démarche d'amélioration continue de la qualité. En ce sens, le présent Guide est comme une étoile qui nous éclaire et nous guide dans notre quête d'excellence.

Avec à son cœur l'engagement et la mobilisation de tous envers le bien-être de la personne, le modèle d'amélioration continue de la qualité du Réseau de santé Vitalité se veut une illustration rassembleuse et porteuse de sens de notre vision de notre culture et démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Voici des [objectifs SMART](#) avec leurs indicateurs de réussite qui nous permettront d'évaluer si nous réussissons concrètement à faire vivre cette vision au quotidien et si nous gardons le cap dans le développement de notre culture apprenante d'amélioration continue.

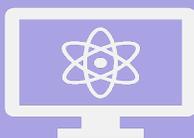
## Facteurs de réussite



Tous les employés, médecins et bénévoles auront reçu une formation sur le *Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité* qui sera intégrée au Programme d'orientation des nouveaux employés



Tous les employés et médecins auront l'opportunité de participer à des activités d'amélioration continue



Des infrastructures physiques et technologiques seront disponibles pour soutenir l'apprentissage et l'amélioration continue ainsi que le développement des savoirs (ex.: tableaux blancs et plateformes de partage des connaissances).



Les employés et médecins se considéreront comme des apprenants contribuant à l'amélioration des façons de faire.



Les apprentissages et succès en matière d'amélioration continue seront diffusés en intégrant la reconnaissance des équipes.

## Comment faire vivre et améliorer le Guide ?

### Un outil d'enseignement pratique

Une capsule de formation accompagnant ce Guide sera développée et intégrée au processus d'orientation des nouveaux employés incluant les directeurs et gestionnaires, les médecins et les bénévoles.

### Un document vivant en amélioration continue

Ce Guide est un document vivant qui s'améliorera au fil de l'évolution du contexte et des normes en matière de qualité et sécurité ainsi que de la rétroaction obtenue par ses utilisateurs.

Pour son lancement, une tournée des zones est prévue pour le diffuser et recueillir une rétroaction qui servira à son amélioration. Une évaluation et révision complète est également prévue minimalement à chaque cycle d'Agrément aux quatre ans. Les indicateurs de réussite permettront également d'évaluer son impact sur le développement de notre culture apprenante d'amélioration continue.

De plus, en tout temps, les utilisateurs et les patients sont invités à communiquer leurs commentaires et suggestions d'amélioration à l'attention du Service de qualité aux coordonnées suivantes :

Numéro de téléphone sans frais : 1-877-286-1311

Courriel : [Qualite.Quality@vitalitenb.ca](mailto:Qualite.Quality@vitalitenb.ca)

## Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des participants à l'élaboration du présent Guide.

D'abord, mentionnons la collaboration de l'ensemble des membres de la haute direction, les gestionnaires, employés et médecins ayant participé au processus de consultation et de diagnostic ayant mis en lumière les cibles d'amélioration de la démarche qualité et du précédent document. À cet effet, nous tenons à remercier spécialement les membres du *Comité consultatif des patients et des familles*.

Nous remercions les membres de l'équipe de projet avec une mention toute spéciale pour la précieuse contribution de Madame Linda Clark, partenaire de l'expérience patient, qui fut notre guide étoile dans la conception et la révision du document.

## LEXIQUE (définitions)

<b><i>Accent sur la population</i></b>	Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.
<b><i>Accessibilité</i></b>	La capacité des patients/clients d’obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment, selon leurs besoins respectifs et dans la langue officielle de leur choix <sup>18</sup> .
<b><i>Acteur</i></b>	Personne qui prend une part active, joue un rôle important.
<b><i>Agrément (accréditation)</i></b>	L’agrément (accréditation) des soins de santé est un processus continu qui consiste à fournir des évaluations objectives, par des tiers, des organismes de soins de santé et de services sociaux par rapport à des normes (référentiels) d’excellence afin de déterminer ce qui fonctionne bien et ce qui doit être amélioré dans le cadre de leur engagement à améliorer continuellement la qualité.
<b><i>Agrément Canada</i></b>	Organisme accréditeur pour les organisations de santé.
<b><i>Alerte ou avis</i></b>	Une alerte ou un avis est une information produite et publiquement affichée afin de résumer un type particulier d’incident lié à la sécurité des patients ou une série d’incidents qui sont survenus ou pourraient survenir <sup>19</sup> .
<b><i>AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs effets et de leur Criticité)</i></b>	Méthode d’analyse et de prévention des défaillances potentielles utilisée en gestion des risques (une défaillance est une fonction prévue, mais non remplie, le mode de défaillance est l’événement par lequel se manifeste la défaillance). Cette méthode d’analyse rigoureuse permet, après avoir réalisé une analyse fonctionnelle, d’évaluer les risques afin de prévenir les défaillances ou d’en prévenir les effets <sup>20</sup> .
<b><i>Amélioration</i></b>	Rendre meilleur. L’amélioration résulte de l’application des connaissances, mais aussi de l’action et de l’élaboration, des essais et de la mise en œuvre de changements qui modifient la façon dont le travail ou des activités sont effectués ou modifient la composition d’un produit ou d’un service. Une amélioration doit produire des différences visibles et positives au niveau des résultats relativement aux normes historiques et avoir un impact durable <sup>21</sup> .

<sup>18</sup> (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2021)

<sup>19</sup> (Excellence en santé Canada, 2021)

<sup>20</sup> (ANAES, 2000)

<sup>21</sup> (SSPSM, 2015)

**Amélioration fondée sur des données probantes**

Un processus d'amélioration fondé sur la recherche et les données probantes pour étayer la prise de décision dans le but d'améliorer les résultats grâce à des décisions mûrement réfléchies<sup>22</sup>.

**Amélioration continue de la qualité**

Philosophie et système de gestion de la qualité visant à répondre aux besoins et surpasser les attentes des clients en se servant d'un processus systématique de définition et d'amélioration continue de tous les aspects des services offerts, y compris les résultats qui découlent des services offerts aux clients. L'amélioration de la qualité constitue également un apprentissage continu et des normes d'excellence qu'un organisme tente d'atteindre dans la mesure du possible<sup>23</sup>.

**Analyse de la valeur**

Méthode organisée et créative, visant la satisfaction du besoin de l'utilisateur par une démarche spécifique de conception à la fois fonctionnelle, économique et pluridisciplinaire<sup>24</sup>. La valeur est une grandeur qui croît lorsque la satisfaction du besoin augmente et/ou que le coût du produit diminue.

L'analyse de la valeur met en évidence tous les gaspillages qui ne génèrent aucune valeur pour l'utilisateur.

**Analyse prospective sur la sécurité**

Outil d'analyse servant à analyser et atténuer les préjudices ou les pertes en analysant une situation ou un processus auquel un risque est inhérent. L'objectif est de déterminer un moyen par lequel un processus peut échouer, avec pour but d'éliminer ou réduire la possibilité ou la gravité d'un tel échec<sup>25</sup>.

**Approche apprenante**

Arrimant la recherche à la pratique, l'objectif de l'approche apprenante est d'apprendre de ses expériences, de développer de nouvelles connaissances et de partager ces nouveaux savoirs pour continuellement s'améliorer et innover. Dans cette perspective, tant les problématiques et les écarts que les réussites sont des opportunités d'apprentissage collectif.

**Attention accordée au patient ou ses proches**

La notion d'attention au patient inclut plusieurs éléments dont la rapidité de prise en charge en situation d'urgence et les délais raisonnables pour les cas non urgents, un environnement de qualité satisfaisante, comme des locaux propres et spacieux ou une bonne nourriture et l'accès à des réseaux de soutien social pendant et après les soins<sup>26</sup>.

<sup>22</sup> (Tiré de ICSP, 2011)

<sup>23</sup> Conseil canadien d'Agrément des services de santé (2001). Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation, *Programme d'agrément*.

<sup>24</sup> (ANAES, 2000)

<sup>25</sup> (Excellence en santé Canada, 2021)

<sup>26</sup> (Pineault, et al., 2008)

<p><b>Audit clinique</b></p>	<p>Méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer<sup>27</sup>.</p>
<p><b>Benchmarking</b></p>	<p>Processus continu de mesure des produits, services et pratiques par comparaison avec ceux des concurrents ou des entreprises reconnues comme les leaders de leur secteur, en vue de les adopter afin d'améliorer une fonction de l'entreprise. Le benchmarking est la recherche des meilleures pratiques qui conduisent à une performance supérieure.</p>
<p><b>Brainstorming (remue-méninges)</b></p>	<p>Recherche d'idées originales dans un groupe, par la libre expression, sur un sujet donné. Technique de créativité destinée à produire des idées en groupe. Elle peut être utilisée pour : lister les problèmes, identifier les causes possibles d'un dysfonctionnement et rechercher les solutions<sup>28</sup>.</p>
<p><b>Caucus de Sécurité</b></p>	<p>Courtes rencontres structurées axées sur prévention des incidents, des accidents et la planification de la journée en lien avec la sécurité des patients et du personnel d'un secteur (voir Annexe 7).</p>
<p><b>Cercle Qualité</b></p>	<p>Rencontre d'unité ou de service pour échanger sur les défis et problématiques liées à la qualité et à la sécurité et sur les solutions à apporter. Connaissant leur réalité de travail mieux que quiconque, les membres de l'équipe incluant un partenaire de l'expérience patient (lorsqu'il s'agit des secteurs cliniques) sont les mieux placés pour comprendre les problématiques et apporter des solutions (voir Annexe 7).</p>
<p><b>Client</b></p>	<p>Toute personne, toute famille, tout groupe et toute communauté desservis par l'organisme. Le client peut être le patient ou le proche ou l'utilisateur des services.</p>
<p><b>Co-construction (co-conception)</b></p>	<p>Une approche qui implique une collaboration entre toutes les personnes impliquées dans un service, un processus de soins ou une expérience (y compris les patients) pour relever les lacunes, planifier et créer des solutions qui amélioreront ces services, processus de soins et expériences. La co-conception reconnaît que la combinaison de l'expérience des patients et de l'expertise professionnelle du personnel de première ligne et des prestataires des soins, du début du projet jusqu'à sa mise en œuvre, conduit à de meilleurs résultats.<sup>29</sup></p>

<sup>27</sup> (ANAES, 2000)

<sup>28</sup> (ANAES, 2000)

<sup>29</sup> (Tiré de ICSP, 2011)

<b>Collaboration</b>	<p>Une relation reconnue et établie entre différents organismes, secteurs, groupes ou acteurs qui participent ensemble à la résolution d'un problème d'une manière plus efficace ou plus durable que si l'action est entreprise uniquement par l'organisme ou le secteur de la santé publique. En ce sens, cette association est censée couvrir tout l'éventail des possibilités de la collaboration, de la coordination des services (partage de l'information) à l'intégration des services, laquelle implique une prestation partagée des services et une responsabilité partagée des résultats.<sup>30</sup></p>
<b>Collaboration interprofessionnelle</b>	<p>La collaboration interprofessionnelle est un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté<sup>31</sup>.</p> <p>Un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux<sup>32</sup>.</p>
<b>Communication</b>	<p>Appréciation de la circulation de l'information pertinente, des possibilités d'échanges entre la direction et les employés, tant au niveau des attentes réciproques et des préoccupations, que des réponses communiquées.</p>
<b>Compétence</b>	<p>Degré auquel le personnel possède la formation et les capacités requises pour bien évaluer, traiter et communiquer avec leurs clients aux plans technique, relationnel, culturel, etc.<sup>33</sup></p>
<b>Conseil d'administration</b>	<p>Entité qui détient l'autorité et le pouvoir décisionnel, ainsi que l'obligation redditionnelle pour un organisme et ses services. Il peut s'agir d'un comité consultatif en matière de santé, d'un chef ou d'un conseil ou de toute autre instance dirigeante.</p>
<b>Continuité des services</b>	<p>Offrir des services coordonnés et non interrompus. La continuité décrit l'absence de bris dans une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs services doivent être donnés. Ces services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse. La continuité englobe trois dimensions : l'aspect informationnel (transfert et accumulation de l'information nécessaire au traitement de</p>

<sup>30</sup> (Tiré de ICSP, 2011)

<sup>31</sup> (Careau, et al., 2014)

<sup>32</sup> (Consortium pan canadien pour l'interprofessionnalisme, 2010)

<sup>33</sup> (IUCPQ, 2011)

la personne); l'aspect clinique (approche) (les soins sont prodigués dans une séquence temporelle cohérente); l'aspect relationnel : la relation entre le patient et les professionnels est stable dans le temps<sup>34</sup>.

<p><b>Culture</b></p>	<p>La culture d'une organisation est souvent décrite comme « <i>notre façon de faire les choses</i> ». La culture comprend la vision, les valeurs et croyances partagées qui régissent la manière de réfléchir et de se comporter dans une organisation.</p>
<p><b>Culture de sécurité ou culture juste en matière de sécurité</b></p>	<p>Une culture de sécurité et non de blâme ou culture juste, encourage les membres de équipes à déclarer les incidents liés à la sécurité. Elle favorise un environnement exempt de jugement axé sur l'amélioration des systèmes et sur l'apprentissage découlant des incidents liés à la sécurité des usagers, tout en reconnaissant la responsabilité professionnelle des membres des équipes. Dans une culture juste, le suivi accordé à un incident est équitable, cohérent et favorable — par conséquent, il encourage la déclaration des incidents. Lorsqu'un incident survient dans une telle culture, celle-ci permet d'étudier les facteurs qui ont contribué à son déclenchement et de discuter des moyens de prévenir qu'un tel incident se reproduise<sup>35</sup>. Une culture juste en matière de sécurité des patients est une composante essentielle de la prestation de soins plus sécuritaires.</p>
<p><b>Cycle d'amélioration continue PDCA (roue de Deming)</b></p>	<p>Le cycle PDCA ou roue de Deming, nom de son inventeur, est une méthode séquentielle de conduite et d'amélioration continue qui permet d'exécuter un travail (par exemple un projet d'amélioration de la qualité) de manière efficace et rationnelle. Elle comprend 4 étapes : Plan : planifier les actions et les résultats attendus, Do : les mettre en œuvre, Check : vérifier les résultats et Act : prendre des mesures correctives si besoin<sup>36</sup>.</p>
<p><b>Divulgateion</b></p>	<p>Processus par lequel un incident en matière de sécurité d'un patient est communiqué au patient par les prestataires de soins de santé<sup>37</sup>.</p>
<p><b>DMAIC</b></p>	<p>La méthode de base utilisée dans la méthodologie Six Sigma en cinq étapes composant l'acronyme « DMAIC » : Define, Measure, Analyse, Improve, Control soit en français « Définir, Mesurer, Analyser, Implanter et Contrôler ». Chaque étape possède des outils différents qui sont regroupés dans une démarche cohérente.</p>

<sup>34</sup> (Pineault, et al., 2008)

<sup>35</sup> (Agrément Canada, 2019)

<sup>36</sup> (ANAES, 2000)

<sup>37</sup> (Excellence en santé Canada, 2021)

<b>Effacité</b>	Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles. Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats souhaités <sup>38</sup> .
<b>Effcience</b>	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.
<b>Équipe</b>	La notion d'équipe inclut le gestionnaire clinique, le patient et les intervenants professionnels et non professionnels impliqués auprès du patient et ses proches.
<b>Équité</b>	La capacité à offrir des soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances <sup>39</sup> .
<b>Éthique clinique</b>	L'éthique, dans le contexte des soins, est appelée éthique clinique. Elle a pour but d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients ainsi que la qualité du travail des intervenants cliniques par une approche interdisciplinaire, en identifiant, en analysant et en proposant des pistes de solutions aux dilemmes éthiques qui se présentent en pratique clinique.
<b>Éthique de la recherche</b>	L'éthique de la recherche évalue l'acceptabilité éthique de tous les projets de recherche réalisés avec des êtres humains et des recherches portant sur le matériel biologique humain effectués dans la sphère d'autorité des établissements du Réseau, c'est-à-dire par leurs employés, par leurs étudiants et par des chercheurs externes.
<b>Éthique organisationnelle</b>	L'éthique organisationnelle s'appuie sur plusieurs codes, règles de conduite et politiques qui balisent nos devoirs et obligations, nos comportements à l'égard d'autrui. Elle définit les situations de conflits d'intérêts et elle régleme la conduite honnête et intègre des affaires administratives et corporatives du Réseau.
<b>Évaluation des dangers, des risques et de la vulnérabilité (ÉDRV)</b>	Outil de gestion des risques utilisé pour déterminer les dangers potentiels, évaluer les risques associés à chacun, établir des priorités en vue de la planification et de la préparation, ainsi que pour élaborer une stratégie en matière de prévention, d'atténuation, de préparation, d'intervention et de rétablissement en cas de survenue de tout évènement.

<sup>38</sup> (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2021)

<sup>39</sup> (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2021)

**Événement évité de justesse**

Événement ou situation qui aurait pu entraîner un incident, une blessure ou une maladie chez un patient, mais qui n'est pas survenu en raison d'une circonstance fortuite ou d'une intervention en temps opportun. Il s'agit d'une leçon gratuite dont nous devons tenir compte pour améliorer nos processus.

**Événement indésirable**

Blessure ou complication qui est non intentionnelle et causée par les soins et les services offerts et non par la maladie et qui entraîne une ou plusieurs des conséquences suivantes : une hospitalisation, une durée de séjour prolongée, une incapacité temporaire ou permanente ou le décès.

**Événement sentinelle**

Événement indésirable qui se caractérise par ses conséquences particulièrement graves et qui mérite une analyse poussée afin d'identifier et de corriger les failles dans les systèmes. Par exemple : un décès, la perte d'un membre ou d'un organe ou la perte de fonction importante associée à une erreur liée aux médicaments, à une erreur de transfusion, au mauvais fonctionnement ou au bris d'équipement, à une chute, à une intervention chirurgicale effectuée du mauvais côté ou sur le mauvais patient ou à la réalisation de la mauvaise procédure.

**Excellence clinique**

L'excellence clinique se caractérise par l'atteinte de meilleurs résultats de santé et de bien-être, de la meilleure expérience de soins et services pour les patients et les équipes soignantes, en utilisant de manière optimale les ressources compte tenu des besoins et des ressources mobilisables dans un contexte et à un moment donné.<sup>40</sup>

**Expérience de soins et de services**

L'expérience de soins décrit la façon dont les soins et les services reçus sont perçus ou ressentis par les personnes.

L'expérience de soins inclut divers attributs pouvant être évalués par les personnes (par exemple l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité ou les résultats des services)<sup>41</sup>.

**Gestion de l'utilisation**

La gestion de l'utilisation est un processus par lequel l'organisation vise à maintenir et à améliorer la qualité des services par une utilisation efficace et efficiente des ressources.

<sup>40</sup> Adapté de (Roy, 2016)

<sup>41</sup> (Pineault, et al., 2008)

### **Gestion de projet**

Organisation des étapes d'implantation d'un projet incluant la planification des ressources humaines, du matériel, des coûts et des délais nécessaires pour mettre en place le projet.

### **Gestion des risques**

La gestion des risques consiste en un processus systématique d'identification, d'évaluation et de prise d'action en vue de prévenir ou de gérer les risques cliniques, administratifs ou ceux liés aux biens ou encore à la santé et à la sécurité du milieu de travail. Par l'entremise d'outils standardisés tels que le système de gestion des incidents (ex., MedQM), le Réseau de santé Vitalité gère les incidents, les quasi-incidents ainsi que les plaintes, et ce, dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services et de les rendre plus sécuritaires.

### **Gestion du changement**

Accompagnement des personnes dans le changement dans une démarche structurée et dynamique. Cette démarche permet d'apporter du soutien à la direction, aux gestionnaires, aux parties prenantes, aux membres de l'organisation et aux équipes de destinataires afin que ces derniers s'approprient le changement et traversent leur propre période de transition avec le moins de perturbation et le plus de productivité et d'innovation possible.<sup>42</sup> La dimension humaine du changement est un incontournable, car il n'y a pas de changement qui puisse se réaliser avec succès sans une adhésion volontaire et la participation des intervenants. Si les personnes se sentent considérées et soutenues dans le processus de changement, ils seront prêts à faire confiance et à contribuer à la réalisation du projet<sup>43</sup>.

### **Gestion intégrée de la qualité (GIQ)**

Approche globale où chaque personne dans l'organisation est responsable et active dans le processus d'amélioration de la qualité qui est intégré dans l'ensemble des activités de l'organisation tant au niveau clinique qu'administratif. De plus, la GIQ met en place un processus continu, proactif et systématique pour comprendre, gérer et intégrer les différents processus qualité au sein de l'organisation<sup>44</sup>.

### **Gestion intégrée des risques**

La gestion intégrée des risques est un processus systématique, proactif et continu pour comprendre, gérer et communiquer le risque du point de vue de l'ensemble de l'organisation. Elle contribue à la prise de décisions stratégiques en vue de la réalisation des objectifs globaux de l'organisation<sup>45</sup>.

<sup>42</sup> (Bareil, 2004)

<sup>43</sup> (Maletto, 2011)

<sup>44</sup> (AQESSS, 2009)

<sup>45</sup> (CSSS du Nord de Lanaudière, 2014)

### **Globalité des services**

La globalité est un concept qui sert à décrire l'ensemble des services requis pour répondre à la majorité des besoins de santé courants d'une communauté. Des services globaux s'adressent, en fonction des besoins de santé présentés, à toutes les dimensions de la personne (biologique, psychologique et sociale), à toutes les dimensions de la santé (la capacité fonctionnelle, la sensation, la cognition) ou à toutes les étapes du continuum d'intervention (promotion, prévention, diagnostic, traitement, palliation). La globalité des soins peut être générée par la disponibilité dans une institution de tous les services nécessaires pour le patient ou par l'assurance de l'accès à d'autres services dans d'autres institutions<sup>46</sup>.

### **Gouvernance**

Mécanisme qui permet d'assumer l'autorité, la prise de décision et la reddition de comptes au sein d'un organisme. Les fonctions clés de la gouvernance sont l'élaboration de la mission, de la vision et des valeurs, la collecte et l'utilisation de connaissances et d'information, le développement de l'organisme, l'établissement de liens avec les parties prenantes et la reddition de compte<sup>47</sup>.

### **Gouvernance clinique**

Cadre rendant le conseil d'administration, le personnel d'encadrement et les prestataires de soins de santé responsables de la qualité des soins et qui les oblige à rendre des comptes à ce sujet<sup>48</sup>. Ils sont imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et de la sauvegarde de standards élevés, en créant un environnement qui permet le développement de l'excellence des soins cliniques. Supportée par des programmes de formation continue et des activités locales d'autorégulation professionnelle, son but est l'amélioration constante des standards de soins cliniques, la réduction des variations de résultats et d'accès aux services, et l'assurance que les décisions cliniques soient basées sur les meilleures données probantes à jour pour des soins reconnus efficaces<sup>49</sup>. Les processus de gouvernance clinique portent sur le rendement individuel, le rendement de l'équipe et les résultats du système de santé et de la population<sup>50</sup>.

### **Imputabilité**

L'imputabilité concerne la responsabilité des individus au sujet de laquelle ils doivent s'expliquer ou répondre de leurs actions. Le concept d'imputabilité comporte donc deux volets : la responsabilité et l'obligation de rendre compte, la « reddition de comptes »<sup>51</sup>.

<sup>46</sup> (Pineault, et al., 2008)

<sup>47</sup> (Agrément Canada, 2019)

<sup>48</sup> (Agrément Canada, 2019)

<sup>49</sup> (Conseil médical du Québec, 2003)

<sup>50</sup> (Agrément Canada, 2019)

<sup>51</sup> (Conseil médical du Québec, 2003)

<b><i>Incident lié à la sécurité des usagers</i></b>	Événement ou circonstance qui auraient pu causer ou ont causé un préjudice inutile pour l'utilisateur.
<b><i>Indicateurs</i></b>	Mesure simple et normalisée, exprimée en termes quantitatifs, qui rend compte d'une dimension clé de la santé d'une personne ou d'une population ou du rendement d'un service de santé. Un indicateur peut mesurer les ressources disponibles, un aspect d'un processus ou un résultat relatif à la santé ou à un service. Tous les indicateurs doivent comporter une définition, des critères d'inclusion et d'exclusion, ainsi qu'une durée. Les indicateurs sont habituellement exprimés sous forme de proportion, laquelle comporte un numérateur et un dénominateur (p. ex., le pourcentage de blessures résultant de chutes, la conformité aux procédures normalisées, la satisfaction du personnel). Il est aussi possible d'utiliser des nombres ne comportant pas de dénominateur (p. ex., le nombre de plaintes, le nombre d'utilisateurs ayant subi des torts en raison d'une erreur évitable, le nombre de politiques révisées). Le suivi des données qui découlent des indicateurs sur une période donnée permet de cerner les pratiques efficaces ou les éléments qui exigent des améliorations; les données qui découlent des indicateurs servent de base pour la mise sur pied d'activités d'amélioration de la qualité. Il existe divers types d'indicateurs : mesure de structure, mesure de processus, mesure de résultats et mesure compensatoires. <sup>52</sup>
<b><i>Intégration</i></b>	Un processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs qui coopèrent à un objectif collectif et mettent en lien les processus de l'établissement les uns avec les autres. L'intégration permet d'assurer la compatibilité des différentes parties et le bon fonctionnement du système. <sup>53</sup>
<b><i>Ishikawa (diagramme d'Ishikawa ou de cause-effet)</i></b>	Outil qualité en forme d'arêtes de poisson du nom de son inventeur Ishikawa, permettant de visualiser le problème d'un côté, et ses causes potentielles, de l'autre. Ces causes sont regroupées classiquement par familles, autour des 5 M: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Main-d'œuvre : les professionnels de toute catégorie, en y incluant la hiérarchie.</li> <li>- Matériel : l'équipement, les machines, le petit matériel, les locaux, etc.</li> <li>- Matière : tout ce qui est consommable ou l'élément qui est à transformer par le processus.</li> <li>- Méthode : correspond à la façon de faire, orale ou écrite (procédures, instructions, etc.).</li> </ul>

<sup>52</sup> (Agrément Canada, 2019)

<sup>53</sup> (AQESSS, 2009)

- Milieu : environnement physique et humain, conditions de travail, aspect relationnel, etc<sup>54</sup>.

<b>Justesse</b>	Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du patient/client et sont basés sur des normes établies <sup>55</sup> .
<b>Leadership</b>	Fonction qui consiste à fixer des buts à un groupe de personnes et à les mobiliser dans une action commune. <sup>56</sup>
<b>Leadership d'un projet</b>	Articulation de la vision du projet de changement ainsi que sa direction et sa gouvernance. Cela suppose de communiquer afin d'engager les intervenants nécessaires à la réalisation du changement <sup>57</sup> .
<b>Lean</b>	Le Lean sert à éliminer les activités sans valeur ajoutée, à faire la chasse aux gaspillages et à générer de la capacité. Le but est de produire un service selon le volume requis, au moment opportun, le plus rapidement possible et au moindre coût.
<b>Lean Six Sigma</b>	La complémentarité des méthodes du Lean et du Six Sigma a fait naître Lean Six Sigma, une combinaison de ces méthodes. En résumé, le Lean apporte une diminution des gaspillages et le Six Sigma une diminution de la variation dans un processus.
<b>Méthode</b>	Ensemble plus ou moins structuré de PRINCIPES qui orientent les démarches et les techniques employées pour parvenir à un résultat <sup>58</sup> .
<b>Méthode de résolution de problème</b>	Méthode permettant de résoudre un problème. Un problème est défini comme la différence entre la situation existante et la situation attendue. Cette méthode permet la transformation des dysfonctionnements en source de progrès. Elle repose sur une suite logique d'étapes <sup>59</sup> .
<b>Objectif SMART</b>	Objectif Spécifique (précis : un objectif, une action), Mesurable (un objectif, un indicateur de mesure du résultat), Ambitieux mais atteignable (par étapes), Réaliste (ressources adéquates disponibles) et Temporel (un objectif, une date de réalisation).

<sup>54</sup> (ANAES, 2000)

<sup>55</sup> (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2021)

<sup>56</sup> (ANAES, 2002)

<sup>57</sup> (CSSS du Nord de Lanaudière, 2014)

<sup>58</sup> (ANAES, 2000)

<sup>59</sup> (ANAES, 2000)

<b>Organisation apprenante</b>	Une organisation capable d’acquérir, de créer et de transmettre des savoirs pour continuellement apprendre, améliorer ses résultats et atteindre les objectifs visés.
<b>Outils</b>	MOYEN conçu pour réaliser de façon efficace un certain type d’action qui possède un mode opératoire précis et qui s’inscrit généralement dans le cadre d’une méthode <sup>60</sup> .
<b>Partenaire de l’expérience patient (PEP)</b>	Le partenaire de l’expérience patient (PEP) est une personne ayant une expérience récente et significative avec le Réseau de santé Vitalité comme patient, membre de sa famille, proche ou aidant naturel. En partenariat avec la direction et les équipes, il contribue à l’amélioration de l’expérience des soins et des services en partageant sa perspective, son savoir expérientiel et ses connaissances.
<b>Partenariat de soins et de services</b>	Relation de coopération/collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s’inscrit dans un processus dynamique d’interactions et d’apprentissages et qui favorise l’autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l’atteinte de résultats de santé optimaux. Fondée sur la reconnaissance des savoirs de tous les partis, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient <sup>61</sup> .
<b>Partie prenante</b>	Personne intéressée ou concernée par l’organisme et ses services. Les parties prenantes peuvent se trouver à l’intérieur (p. ex., le personnel) ou à l’extérieur (p. ex., les membres de la communauté) <sup>62</sup> .
<b>Patient</b>	Les termes « usager », « client », « bénéficiaire », « personne », « malade » sont d’usage courant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Dans le contexte du partenariat patient de soins et de services, le terme de « patient » désigne une personne qui a (eu) recours aux soins et services de santé ou aux services sociaux, expérience au cours de laquelle elle développe des savoirs expérientiels <sup>63</sup> .
<b>Patient partenaire</b>	Personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l’aide des intervenants de l’équipe de soins et de services.

<sup>60</sup> (ANAES, 2000)

<sup>61</sup> (Direction Collaboration et Partenariat Patient, 2013)

<sup>62</sup> (Agrément Canada, 2019)

<sup>63</sup> (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2012)

Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie<sup>64</sup>.

### **Performance**

La performance est définie comme une approche systémique d'amélioration continue, tributaire de la qualité de la prestation des soins et des services ainsi que de l'utilisation efficace et efficiente des ressources allouées (humaines, financières, matérielles et informationnelles)<sup>65</sup>.

La performance est le résultat ultime de l'ensemble des efforts d'une organisation. Ces efforts consistent à faire les bonnes choses, de la bonne façon, au bon moment, en utilisant les ressources de manière optimale, pour produire les bons résultats répondant aux besoins et aux attentes des patients et leurs proches et ceux du personnel, leur donner satisfaction et atteindre les buts fixés par l'organisation.<sup>66</sup>

### **Pertinence**

Les services répondent aux besoins du client ou de la communauté, permettent à l'organisme d'atteindre ses buts, démontrent à l'aide de données probantes qu'ils sont utiles et sont conformes aux normes établies.<sup>67</sup>

### **Plan de travail**

Le plan de travail est associé à une personne. Il s'agit d'un outil élaboré par chaque gestionnaire, en collaboration avec son supérieur immédiat. Le plan de travail comprend des objectifs de rendement clairs et précis pleinement alignés avec les objectifs et les valeurs organisationnels, notamment le plan stratégique et le plan opérationnel qui en découle. La revue des résultats du plan de travail peut être effectuée dans le cadre de l'appréciation du rendement.

### **Plan stratégique**

Le plan stratégique précise la vision, la mission et les valeurs de l'organisation. Il présente les enjeux et les objectifs stratégiques de l'organisation pour les trois prochaines années.

### **Politique**

Document décrivant le plan d'action ou la ligne de conduite d'un organisme.

<sup>64</sup> (DCPP et CIO-UdeM, 2016)

<sup>65</sup> (Tiré de ICSP, 2011)

<sup>66</sup> Adapté de (Groupe Champlain, 2014)

<sup>67</sup> (Agrément Canada, 2007)

<b>Population</b>	Aussi appelée « communauté ». Groupe de personnes précis, qui habituellement vit dans une zone géographique définie et qui partage des caractéristiques communes comme une culture, des valeurs et des normes. Une population est parfois consciente de son identité de groupe et partage des besoins communs qu'elle s'engage à satisfaire. <sup>68</sup>
<b>Procédure</b>	Série d'étapes écrite pour effectuer une tâche et souvent liée à une politique.
<b>Processus</b>	Série d'étapes pour effectuer une tâche, qui n'est pas nécessairement documentée.
<b>Projet de vie</b>	<p>Représentation mentale de la vie que le patient souhaite mener et des moyens qu'il se donne pour y parvenir. Le projet de vie oriente le comportement de la personne à différents moments et selon les circonstances. Il est associé à la recherche de direction et de motivation pour les décisions à prendre et d'un sens à donner à son parcours de vie. Ainsi, le projet de vie évolue dans le temps, tout au long du parcours de vie et de santé, et ce, jusqu'à la toute fin de la vie (p. ex. permettre une fin de vie dans la dignité, selon la volonté de la personne). Le projet de vie peut différer selon qu'il s'agit du point de vue du patient ou de celui du proche aidant, mais dans une telle situation, c'est toujours le point de vue du patient qui primera conformément à la loi.</p> <p>Dans certains contextes (phase aiguë d'une maladie, soins pédiatriques, inaptitude du patient, etc.), au lieu de référer à un projet de vie, il est peut-être plus facile de formuler en besoins/attentes immédiats quant au fonctionnement quotidien du patient tels que le soulagement de symptômes (p. ex. le soulagement des douleurs), de la récupération d'une fonction ou d'une capacité (p. ex., la récupération de la mobilité, de l'alimentation, de la communication, de la continence) et de projets à court terme<sup>69</sup>.</p>
<b>Qualité</b>	Un degré d'excellence : la mesure selon laquelle un organisme répond aux besoins des clients et dépasse leurs attentes.
<b>Qualité des services</b>	La qualité des services est la capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des clients par l'utilisation des meilleures pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles. Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus <sup>70</sup> .

<sup>68</sup> (Agrément Canada, 2019)

<sup>69</sup> (DCPP et CIO-UdeM, 2016)

<sup>70</sup> (Adapté de CQA, 2007)

<b>QQOQCP</b>	Outil de structuration de l'information sur un sujet donné, sur la base des questions suivantes : Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Et pourquoi ? Il est utilisé pour définir un problème de façon complète et planifier la (les) solution(s) à mettre en œuvre : construction d'un plan d'action <sup>71</sup> .
<b>Réactivité des services</b>	La réactivité est la réponse aux attentes légitimes des populations en ce qui a trait aux éléments ou actions non reliés à l'aspect technique des traitements. La réactivité présenterait deux composantes principales que sont le respect des personnes et l'attention accordée au patient <sup>72</sup> .
<b>Rendement</b>	Atteindre les résultats voulus en utilisant les ressources de façon rentable <sup>73</sup> .
<b>Respect des personnes</b>	Le respect des personnes concerne la dignité de la personne; la confidentialité ou le droit pour le patient d'accéder aux informations écrites ou verbales concernant sa propre santé et l'autonomie qui est la possibilité de participer aux choix concernant sa propre santé, y compris celui des moyens d'investigation et de traitement qui lui seront ou non administrés <sup>74</sup> .
<b>Ressources humaines</b>	Personnes (médecins, professionnels, gestionnaires, etc.) permettant d'assurer la prestation de soins et de services <sup>8</sup> .
<b>Ressources matérielles et immobilières</b>	Ensemble des équipements, instruments, matériels et actifs immobiliers.
<b>Ressources informationnelles et technologiques</b>	Ensemble des outils, applications, systèmes, technologies et informations.
<b>Ressources financières</b>	Financement disponible pour les activités et les actifs de l'organisation.
<b>Revue de décès</b>	Analyse individuelle d'un dossier de décès pour déterminer si la prise en charge du cas a été adéquate et voir s'il requiert une évaluation plus approfondie.
<b>Revue de mortalité et morbidité</b>	Analyse collective et rétrospective d'un cas marqué par la survenue d'un décès ou complication inattendue ou de toute autre condition particulière dans l'objectif de déterminer les causes dans le cas d'un événement potentiellement évitable et d'engager des actions pour en prévenir la récurrence <sup>75</sup> .

<sup>71</sup> (ANAES, 2000)

<sup>72</sup> (Pineault, et al., 2008)

<sup>73</sup> (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2021)

<sup>74</sup> (Pineault, et al., 2008)

<sup>75</sup> (ANAES, 2000)

<b>Risque</b>	Probabilité qu'un événement indésirable donné se produise pendant une certaine période ou en raison d'une certaine situation <sup>76</sup> .
<b>Sécurité</b>	Les risques éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés <sup>77</sup> .
<b>Services de santé intégrés</b>	Services gérés et fournis de façon à assurer à chacun la continuité des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge, de réadaptation et de soins palliatifs, coordonnés aux différents niveaux et dans les différents sites de soins, dans le cadre ou à l'extérieur du secteur de la santé, conformément à ses besoins tout au long de la vie <sup>78</sup> .
<b>SIPOC</b>	SIPOC est l'acronyme de Supplier, Input, Process, Output et Customer, en français fournisseurs, entrées, processus, sorties et clients. Dans la méthode Six Sigma, le SIPOC est utilisé pendant la première étape du DMAIC, soit Définir, afin de décrire le processus dont on veut améliorer la qualité.
<b>Six Sigma</b>	Le Six Sigma est une méthode qui vise à éliminer les variations dans un processus, de manière à accroître la qualité des produits et des services. C'est une méthode rigoureuse fondée à la fois sur la voix du client (sondage et expérience patient) et sur des données mesurables (indicateurs). C'est de cette méthode que vient la démarche structurée de résolution de problème en cinq étapes du DMAIC (définir, mesurer, analyser, améliorer, contrôler) <sup>79</sup> .
<b>Soins centrés sur la personne</b>	<p>Penser d'abord à la personne et ses proches. Approche des soins conçue pour adopter le point de vue des personnes, des soignants, des familles et des communautés en tant que participants et bénéficiaires de systèmes de santé articulés autour des besoins des personnes<sup>80</sup>.</p> <p>Les personnes qui utilisent les services de santé doivent être des partenaires égaux dans la planification, le développement et le suivi des soins afin d'assurer que les soins répondent à leurs besoins et que ces personnes obtiennent les meilleurs résultats possible<sup>81</sup>.</p>
<b>Structure</b>	La structure réfère aux ressources humaines et informationnelles mises en place pour assurer l'encadrement, la coordination et la mise en œuvre des activités.

<sup>76</sup> (Excellence en santé Canada, 2021)

<sup>77</sup> (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2021)

<sup>78</sup> (OMS, 2015)

<sup>79</sup> (CSSS du Nord de Lanaudière, 2014)

<sup>80</sup> (OMS, 2015)

<sup>81</sup> (ICSP, 2020)

**Tableau de bord**

Présentation synthèse (outil de communication) permettant d'agencer et de présenter les indicateurs essentiels et pertinents à l'appréciation des résultats et à la prise de décision.<sup>82</sup>.

**Unités cliniques apprenantes (UCA)**

Dans le but de solutionner des écarts ciblés en matière de santé et d'améliorer la prestation de soins et la santé de la population, les unités cliniques apprenantes sont des équipes multidisciplinaires régionales rassemblées sur une thématique clinique particulière. Elles regroupent des patients, médecins, professionnels de la santé, gestionnaires, décideurs, experts, chercheurs et partenaires de la communauté. Dans un processus structuré rigoureux arrimant la recherche à la pratique, elles collaborent à l'identification des écarts prioritaires et des solutions à mettre en place guidées par les données probantes, l'expérience des patients, l'expertise clinique et les priorités stratégiques du Réseau. À partir de l'expérimentation et de la mesure des résultats, elles contribuent au développement et au partage des connaissances dans une perspective d'organisation apprenante, à la reconnaissance de la contribution des équipes dans l'amélioration continue et à la diffusion et mise à l'échelle des innovations et des pratiques cliniques exemplaires. Elles préconisent une culture apprenante de mesure, d'utilisation des données probantes et d'amélioration continue et favorisent la formation de la relève.

---

<sup>82</sup> (IUCPQ, 2011)

## Références

- Agrément Canada, 2019. *Normes de gouvernance*.
- Agrément Canada, 2007. *Le nouveau programme d'agrément, Favoriser l'excellence dans les soins de santé*.
- Agrément Canada, 2016. *Guide pour les plans et les cadres conceptuels*.
- Agrément Canada, 2019. *Normes de leadership*.
- Agrément Canada, 2019. *Normes gouvernance*.
- ANAES, 2000. *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé*.
- ANAES, 2002. *Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, s.l.: HAS.
- AQESSS, 2009. *Guide de la gestion intégrée de la qualité*.
- AQESSS, 2011. *Rapport technique - évaluation de la performance des CSSS*.
- Bareil, C., 2004. *Gérer le volet humain du changement*, Montréal: Éditions Transcontinental.
- Careau, E. et al., 2018. *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). P. 8*.
- Careau, E. et al., 2014. Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. *Disabil Rehabil*.
- CCASS, 2007. *Le nouveau programme d'agrément, Favoriser l'excellence dans les soins de santé*.
- CQA, 2007. *Vers un démarche d'amélioration continue de la qualité. Manuel d'agrément*.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2012. *Pratique collaborative : Engagement et leadership*, Montréal: RUIS de l'Université de Montréal.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2021. *Les dimensions de la qualité*.
- Conseil médical du Québec, 2003. *Imputabilité médicale et gouvernance cliniques. Bâtir sur la qualité et la performance des pratiques*.
- Consortium pan canadien pour l'interprofessionnalisme, 2010. *Référentiel national des compétences en matière d'interprofessionnalisme*.
- CSSS du Nord de Lanaudière, 2014. *Cadre de référence en gestion de la performance et de l'amélioration continue*.
- DCPP et CIO-UdeM, 2016. *Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*, Montréal: Université de Montréal.
- Direction Collaboration et Partenariat Patient, 2013. *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*, s.l.: Université de Montréal.

Excellence en santé Canada, 2021. *Glossaire*.

Groupe Champlain, 2014. *Cadre de référence et programme de gestion intégrée de la qualité*.

Hamilton, S., Jennings, A. & Forster, A. J., 2021. Development and evaluation of a quality improvement framework for healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, 21 July, pp. 456-463.

ICSP, 2020. *Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients*.

ICSP, 2011. *Le cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé*.

IUCPQ, 2011. *Gestion intégrée de la qualité et de la performance - cadre de référence*, Québec: s.n.

Maletto, M., 2011. *La gestion du changement. Comment faire adhérer le personnel.*, Montréal: Éditions Maletto.

OMS, 2015. *Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne*.

Pineault, R., Lévesque, J.-F. & al., e., 2008. *L'accessibilité et la continuité des services de santé. Une étude sur la première ligne au Québec.*, s.l.: Rapport de recherche.

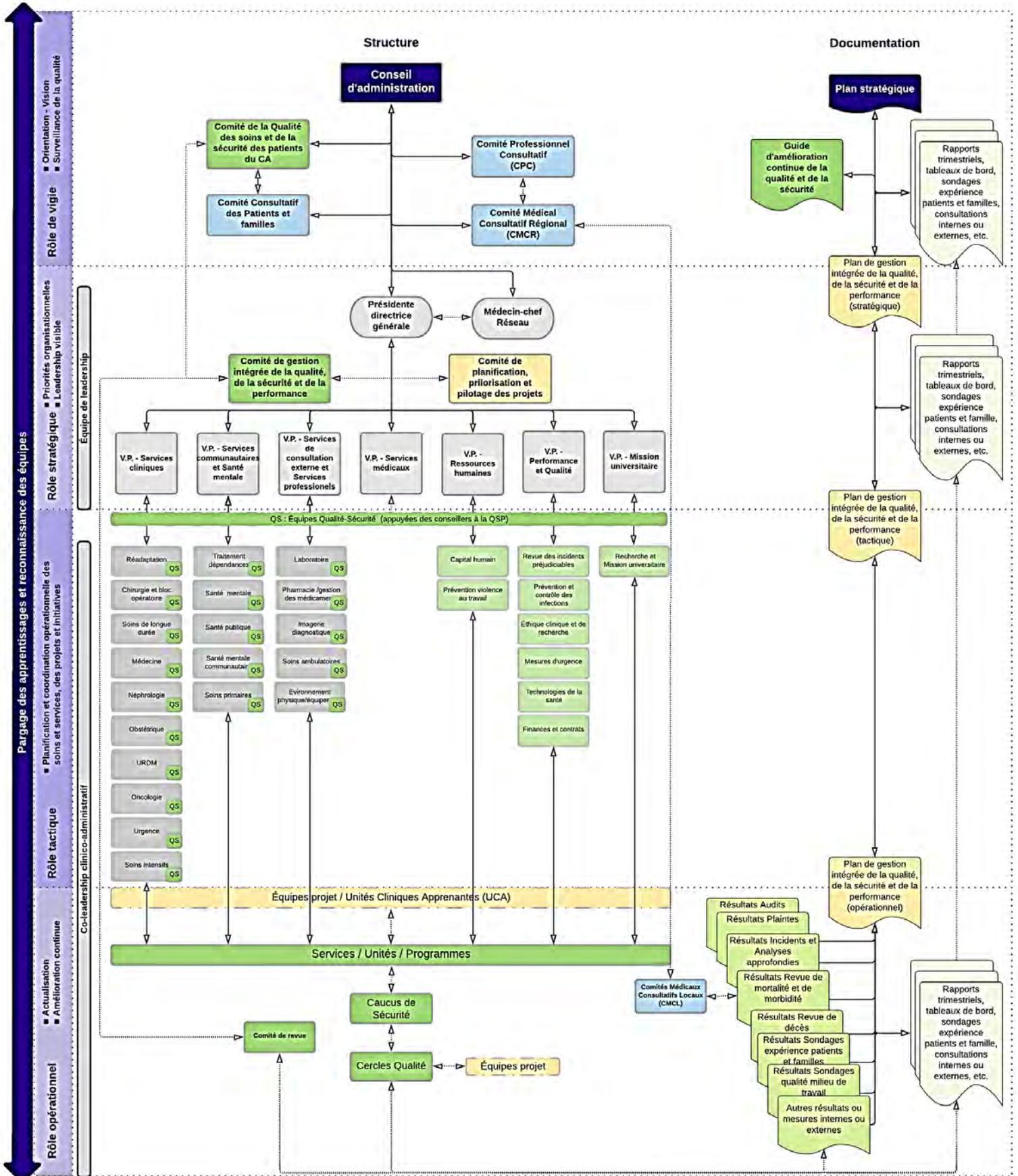
Roy, D. A., 2016. *Comment produire plus de valeur avec notre système de santé et de services sociaux ?*, s.l.: INESSS.

Shortell, S., 1998. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice : What it will take to accelerate progress.. *Milbank Quarterly*, pp. 593-624.

SSPSM, 2015. *Cadres de travail de l'amélioration de la qualité - Trousse en avant*.

## **Annexes**

### **Annexe 1 - Structure de gouvernance et d'imputabilité en matière de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance**



## Annexe 2 - Liste des comités/équipes soutenant la gestion intégrée de la qualité, sécurité et performance

RÔLE DE VIGIE
<a href="#">Comité de la Qualité de soins et de la Sécurité des patients du Conseil d'administration</a>
<a href="#">Comité Consultatif des patients et des familles</a>
Comité Médical Consultatif Régional (CMCR)
<a href="#">Comité Professionnel Consultatif (CPC)</a>
RÔLE STRATÉGIQUE
Comité de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance
Comité de planification, de priorisation et de pilotage des projets
RÔLE FONCTIONNEL / TACTIQUE
Comité stratégique des opérations
Équipes Qualité-Sécurité des secteurs
OPERATIONNEL / INSTALLATIONS
Comités de revue des incidents préjudiciables
Comités Médicaux Consultatifs Locaux (CMCL)
<a href="#">Comité régional de prévention et de contrôle des infections</a>
<a href="#">Comité d'éthique clinique</a>
<a href="#">Mandat du comité d'éthique de la recherche</a>
<a href="#">Comité des mesures d'urgence en santé</a>
<a href="#">Comités mixtes de santé et sécurité</a>
Comité prévention violence en milieu de travail
Caucus de sécurité (voir Annexe 7)
Cercles de qualité (voir Annexe 7)

### Annexe 3 - Tableau des responsabilités spécifiques de chacun

Quelles sont mes responsabilités ?	
<p><b>Patient, proche et membre de la communauté</b></p> 	<p><b>Comme PATIENT partenaire, proche ou membre de la communauté bénéficiaire de soins et de services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Je suis un(e) partenaire membre à part entière de l'équipe de soins et services. Je partage mes besoins, mes préoccupations, mon expérience et mes questions à l'équipe soignante afin de prendre des décisions libres et éclairées relatives à mes soins et j'y participe activement dans la mesure de mes capacités.</li> <li>▪ Je contribue à l'amélioration de la qualité en partageant mon point de vue et mon expérience et en participant à des sondages de satisfaction.</li> <li>▪ Dans la mesure de mes capacités, je contribue à la sécurité des soins et services en signalant les situations à risque pour ma sécurité ou celle de mes proches et en rapportant les incidents que j'ai vécu ou dont j'ai été témoin afin d'aider l'équipe soignante à les prévenir.</li> </ul> <p><b>Comme PARTENAIRE DE L'EXPÉRIENCE PATIENT m'impliquant dans l'amélioration des soins et services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selon mes intérêts, je contribue à l'amélioration de l'expérience des soins et services des patients et de leurs proches par le partage de mes savoirs expérientiels de mon parcours de vie et de soin avec la maladie.</li> <li>▪ Je participe au développement et à l'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles en offrant une perspective patient ou proche au sein de comités ou initiatives dans lesquels je souhaite m'impliquer.</li> <li>▪ En m'impliquant dans ces activités, je contribue également à la promotion du partenariat de soins et de services au sein du Réseau et de ma communauté.</li> </ul>
<p><b>Bénévole</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avec respect et compassion, j'offre un accompagnement sécuritaire centrée sur les besoins, le bien-être et l'expérience des patients et de leurs proches.</li> <li>▪ Je respecte les codes de conduite, directives, normes, politiques et procédures en vigueur s'appliquant à mes activités.</li> <li>▪ Je n'hésite pas à signaler au responsable de mon secteur mes besoins de formation ou de perfectionnement.</li> <li>▪ Je suis toujours à l'affut des opportunités d'amélioration dans les façons de faire pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services et l'expérience des patients, leurs proches et de mon équipe. Je partage ces occasions d'amélioration au responsable de mon secteur.</li> <li>▪ Au besoin, je participe aux activités d'amélioration continue liées à mes activités.</li> <li>▪ J'exerce une vigilance et une surveillance constante afin de prévenir les incidents ou les erreurs.</li> <li>▪ Je déclare les incidents ou erreurs, quelle que soit la gravité afin d'en tirer des apprentissages organisationnels et d'en prévenir la récurrence.</li> <li>▪ Je suis bienveillant et reconnaissant envers les employés et les autres bénévoles.</li> <li>▪ J'évite tout blâme relatif aux incidents et erreurs en cherchant plutôt les causes sous-jacentes et les solutions pour apprendre de ces derniers et partager ces apprentissages.</li> </ul>
<p><b>Partenaire ou fournisseur externe</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ J'offre des services sécuritaires, accessibles, fiables et efficaces.</li> <li>▪ Je respecte les codes de conduite, directives, normes, politiques et procédures en vigueur s'appliquant à mes activités.</li> <li>▪ Je connais et respecte les modalités des contrats rédigés et respecte les politiques du Réseau en matière de qualité et de sécurité.</li> <li>▪ Je collabore conjointement avec les membres du personnel dans le signalement des situations pouvant mettre les patients, le personnel ou l'organisation à risque.</li> <li>▪ Je fais preuve d'engagement, de transparence et d'imputabilité par rapport à la qualité des soins et services et à la sécurité des patients et du personnel.</li> </ul>

## Employé et médecin



- Avec respect et compassion, j'offre des soins et services sécuritaires centrés sur les besoins, le bien-être et l'expérience du patient et de ses proches.
  - J'intègre et j'applique les principes de l'approche interdisciplinaire de partenariat de soins et de service en considérant le patient et ses proches comme des partenaires à part entière de l'équipe de soins et de services et en les impliquant activement dans ce rôle dans la mesure de leur capacité.
  - Je respecte les codes de conduite, directives, normes, politiques et procédures en vigueur s'appliquant à mon champ d'exercice avec professionnalisme.
  - Je suis toujours à l'affût des opportunités d'amélioration dans les façons de faire pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services et l'expérience des patients, leurs proches et de mon équipe. Je partage ces occasions d'amélioration au responsable de mon secteur.
  - Je participe à l'évaluation des processus et je participe à la réalisation de projets ou d'activités d'amélioration continue qui s'intègrent à mon travail quotidien.
  - J'exerce une vigilance et une surveillance constante afin de reconnaître les situations potentiellement ou réellement dangereuses et prévenir les incidents ou les erreurs.
  - Je déclare tous les incidents incluant ceux évités de justesse sans blâme afin d'en tirer des apprentissages organisationnels et d'en prévenir la récurrence.
  - Je suis bienveillant et reconnaissant envers les collègues de travail et les bénévoles.
- En plus des éléments précédents, en tant que médecin:**
- Je contribue à la mise en œuvre de stratégies éprouvées sur la sécurité dans mes services.
  - Je participe à la divulgation d'événements indésirables et sentinelles, je contribue à leur analyse et à la mise en place de mesures correctives au besoin.
  - Je participe à la réalisation d'audits cliniques (revue de dossiers), de revue de décès et de mortalité et de morbidité (RMM ou M&M) et à la mise en place de mesures correctives au besoin.
  - Un résumé des activités d'amélioration de la qualité de l'acte médical est présenté à l'annexe 4.

## Chef de service/ gestionnaire



- J'assure une gestion de proximité et une présence auprès des équipes de mon secteur/service pour être à l'écoute de leurs besoins.
- Avec respect et compassion envers les patients et leurs proches, je suis à l'écoute de ces derniers et je m'assure que les soins et services offerts sont sécuritaires et centrés sur leurs besoins, leur bien-être et la qualité de leur expérience.
- Avec bienveillance et reconnaissance envers les employés, médecins, bénévoles et collaborateurs, j'assure un milieu de travail stimulant, sain et sécuritaire exempt de toute forme de violence, où le travail d'équipe et la contribution de chacun dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité sont valorisés et reconnus.
- Je m'assure de l'intégration et de l'application de l'approche interdisciplinaire de partenariat de soins et de services centrés sur la personne considérant le patient et ses proches comme des partenaires à part entière de l'équipe de soins et de services.
- Je mets en place les conditions propices à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat de soins et services avec les patients et leurs proches.
- J'assure le respect des codes de conduite, directives, normes, politiques et procédures en vigueur.
- Je suis toujours à l'affût des opportunités d'amélioration dans les façons de faire pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services et l'expérience des patients, leurs proches et de mon équipe. Je consulte et j'encourage les employés à me transmettre leurs idées d'initiatives.
- J'analyse les résultats des rapports issus de la gestion des risques et de la qualité ainsi que des tableaux de bord et j'assure la diffusion des résultats et les suivis appropriés auprès de mon équipe.
- J'assure la mise en œuvre du Plan opérationnel et du Plan intégré de la qualité et de la sécurité de mon équipe et en fait le suivi minimalement trimestriellement.

### Chef de service /gestionnaire (suite)



- *J'identifie et je priorise avec mon équipe les besoins en termes de projets ou d'activités d'amélioration continue qui s'intégreront aux différents plans ainsi qu'aux activités courantes.*
- *Afin de développer la culture de sécurité et d'encourager la déclaration des incidents, je joue un rôle de leader et de modèle en encourageant la déclaration des incidents dans un environnement juste, sécuritaire et exempt de blâme, en recherchant avec l'équipe les causes sous-jacentes et les solutions pour apprendre de ces derniers et partager ces apprentissages.*
- *Je rapporte les résultats des activités d'amélioration à mon directeur sur une base semestrielle.*
- *J'assure la promotion et l'implantation des meilleures pratiques basées sur les données probantes, des lignes directrices et normes de pratique, des normes d'agrément ou autres normes à l'intérieur de leurs secteurs/services.*
- *Je joue un rôle de leader dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services par différents moyens notamment :*
  - *En étant présent et à l'écoute des besoins de mon équipe*
  - *En mettant un point statutaire Qualité et sécurité à l'ordre du jour de toutes les rencontres de service*
  - *En veillant à l'animation de cercles ou d'équipes qualité et à la tenue de caucus sécurité le cas échéant*
  - *En impliquant les employés dans la détermination des priorités qualité et sécurité de leur secteur/service et des mesures ou solutions à mettre en place.*
  - *En identifiant, affichant et communiquant clairement les priorités, objectifs et indicateurs de résultats de l'équipe en matière de qualité et sécurité pour le secteur/service*
  - *En utilisant et en assurant la mise en jour de l'affichage des tableaux blancs Qualité et sécurité avec notamment les priorités, objectifs, indicateurs de résultats et autres éléments d'information et de reconnaissance des employés*
  - *En assurant la participation active de l'équipe aux projets ou initiatives en lien avec l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services*
  - *En intégrant et incarnant les principes d'amélioration continue dans les activités quotidiennes*
  - *En valorisant l'apprentissage en action, la résolution de problème en équipe et l'amélioration continue basées sur les données probantes et la mesure des résultats*
  - *En communiquant efficacement les informations et les apprentissages à diffuser.*
  - *En valorisant et reconnaissant la contribution de chacun dans l'apprentissage collectif et l'amélioration continue.*

### Chef de département et des services médicaux



- *Je m'assure de la mise en œuvre du Plan de qualité et de la sécurité au sein du département/service.*
- *Je m'assure de la réalisation et du suivi des activités d'appréciation de la qualité des soins médicaux dispensés par le département/service dans son ensemble et par chaque membre détenant des privilèges au sein du département/service.*
- *Je m'assure de la réalisation des activités liées à l'évaluation et au maintien des compétences.*
- *Je veille à l'application des meilleures pratiques et du respect des normes de pratique professionnelle et d'agrément.*
- *Je m'assure de l'intégration et de l'application de l'approche interdisciplinaire de partenariat de soins et de services centrés sur la personne considérant le patient et ses proches comme des partenaires à part entière de l'équipe de soins et de services.*
- *Je mets en place les conditions propices à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat de soins et services avec les patients et leurs proches notamment en les faisant participer dans la prestation, la planification et l'amélioration des soins et services.*
- *J'assure le respect des codes de conduite, directives, normes, politiques, règlements et procédures en vigueur.*

<p><b>Chef de département et des services médicaux (suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afin de développer la culture de sécurité, je joue un rôle de leader et de modèle en encourageant la déclaration des incidents dans un environnement juste, sécuritaire et exempt de blâme, en recherchant avec l'équipe les causes sous-jacentes et les solutions pour apprendre de ces derniers et partager ces apprentissages.</li> <li>▪ J'offre du soutien aux médecins lors du processus de divulgation d'incident ayant causé un préjudice aux patients.</li> </ul>
<p><b>Médecin-chef du Réseau</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ J'assume la responsabilité de la qualité des soins prodigués par le personnel médical dans tous les établissements du Réseau.</li> <li>▪ Par l'intermédiaire des chefs de département médicaux, je supervise les soins dispensés par le personnel médical à tous les patients et je m'assure du respect des normes, politiques, programmes et règlements en vigueur en matière de qualité et sécurité des soins médicaux prodigués dans l'ensemble du Réseau.</li> <li>▪ J'agis comme leader médical dans le développement de la culture apprenante d'amélioration continue de la qualité intégrant une culture juste de sécurité exempte de blâme. Pour se faire, j'assure la promotion auprès des leaders médicaux du Guide d'amélioration continue de la qualité et je les interpelle dans l'amélioration des façons de faire afin de favoriser l'engagement et la participation des médecins dans le développement d'une gouvernance clinique mettant de l'avant une gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins et services dans l'ensemble du Réseau.</li> <li>▪ Je m'assure de la participation des médecins dans la démarche d'amélioration continue de la qualité du Réseau au sein des activités d'amélioration continue des soins médicaux, au sein des équipes interdisciplinaires et dans les initiatives et projets des différents secteurs et du Réseau.</li> <li>▪ Je veille à ce que le personnel médical maintienne un niveau élevé de soins aux patients dans tous les établissements conformément à la loi et à leurs règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles des départements, aux normes de délivrance des permis et d'agrément ainsi qu'aux normes des facultés de médecine affiliées.</li> <li>▪ Je reçois tous les rapports du personnel médical ou de l'administration concernant les plaintes et les situations qui pourraient avoir un effet défavorable sur les soins aux patients dans un établissement et j'y réagis par l'entremise des canaux appropriés;</li> <li>▪ Je veille à ce que tous les membres du personnel médical participent aux séances de formation médicale continue et de perfectionnement professionnel continu.</li> </ul>
<p><b>Médecins-chefs</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Je veille à la qualité des soins médicaux dans les établissements du réseau et je m'assure qu'un niveau optimal de soins aux patients soit maintenu par le personnel médical.</li> <li>▪ Je participe au développement et assure la mise en œuvre du Plan de qualité et sécurité</li> <li>▪ Je m'assure de la mise en place de mécanismes pour les activités relatives à l'évaluation et au maintien des compétences.</li> <li>▪ Je fais la promotion et veille à l'application des normes de pratique à l'intérieur de la profession.</li> <li>▪ Je m'assure de l'intégration et de l'application de l'approche de partenariat de soins et de service considérant le patient et ses proches comme des partenaires à part entière de l'équipe de soins et de services.</li> <li>▪ Je mets en place les conditions propices à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat de soins et services avec les patients et leurs proches.</li> <li>▪ J'assure le respect des codes de conduite, directives, normes, politiques et procédures en vigueur.</li> <li>▪ Afin de développer la culture de sécurité, je joue un rôle de leader et de modèle en encourageant la déclaration des incidents dans un environnement juste, sécuritaire et exempt de blâme, en recherchant avec l'équipe les causes sous-jacentes et les solutions pour apprendre de ces derniers et partager ces apprentissages.</li> <li>▪ J'offre du soutien aux médecins lors du processus de divulgation d'incident ayant causé un préjudice aux patients.</li> </ul>

## Directeur



- J'assure la mise en place des structures, processus et mécanismes d'évaluation et de mobilisation nécessaires au développement d'une culture juste de sécurité exempte de blâme et d'une culture apprenante de mesure et d'amélioration continue de la qualité.
- J'assure la pérennité de l'intégration des processus qualité et sécurité incluant le cycle d'agrément aux structures existantes.
- Je m'assure de l'optimisation et de l'allocation des ressources nécessaires aux activités d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la performance, incluant également des ressources pour soutenir le développement du partenariat de soins et de services.
- Je m'assure de l'évaluation du rendement du personnel sous ma responsabilité.
- Je m'assure que la formation initiale, le maintien et le développement des compétences du personnel sous ma responsabilité soient respectés et évalués lors de l'évaluation du rendement.
- J'identifie les besoins de formation continue afin de développer les compétences des gestionnaires et du personnel sous ma responsabilité en matière d'amélioration de la qualité et la sécurité des patients.
- Je participe annuellement à l'établissement des priorités et des objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité et assure leur intégration au Plan intégré d'amélioration de la qualité et de la sécurité du secteur.
- Je supporte le développement et la priorisation des activités d'amélioration continue dans les secteurs sous ma responsabilité.
- Je m'assure de l'intégration d'activités d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité au sein des secteurs sous ma responsabilité.
- J'assure la promotion des activités d'amélioration continue de la qualité et la reconnaissance des équipes et partenaires de l'expérience patients y ayant participé.
- J'assure la mise en place des mécanismes efficaces de communication et de diffusion des résultats afin de soutenir l'apprentissage collectif et la mobilisation des équipes.

## Secteurs de la qualité, de la gestion des risques et de la performance



### SECTEURS DE LA VICE-PRÉSIDENTE PERFORMANCE ET QUALITÉ

- Nous assurons l'élaboration, la révision et les mises à jour du Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients, devenu le présent Guide, au besoin ou minimalement à chaque cycle d'agrément.
- Nous assurons l'intégration des pratiques et des processus liés à l'amélioration de la qualité, à la gestion des risques, à la sécurité des patients ainsi qu'à l'évaluation de la performance du Réseau et de l'atteinte des objectifs organisationnels.
- Nous assurons l'intégration de mécanismes standardisés pour évaluer l'expérience des patients et des familles, la qualité des soins et services ainsi que la performance du Réseau.
- Nous assurons le soutien à la mise en œuvre de l'approche interdisciplinaire de partenariat de soins et services centrés sur la personne.

### SECTEUR DE LA QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

- En collaboration avec l'Équipe de leadership et les gestionnaires, nous exerçons un leadership et offrons un soutien continu aux services et équipes afin de les soutenir dans le développement d'une culture juste et sécuritaire et d'une culture apprenante d'amélioration continue en s'appuyant sur les meilleures pratiques.
- Nous faisons la promotion de l'approche de partenariat de soins et de services.
- Nous sommes responsables de soutenir l'organisation dans l'évaluation et l'amélioration des soins et services et dans l'atteinte de normes fondées sur les données probantes.
- Nous sommes responsables de la coordination de la démarche d'agrément, soutenons le maintien perpétuel du cycle d'accréditation et assurons la réalisation des activités liées aux suivis après les visites d'agrément.

## Secteurs de la qualité, de la gestion des risques et de la performance (suite)



- Nous sommes responsables de la mise en œuvre de mécanismes pour gérer les préoccupations et évaluer l'expérience des patients/famille : gestion des plaintes / consultations, gestion des sondages et suivi des commentaires.
- Nous offrons de la formation en matière d'amélioration de la qualité et la sécurité des patients.
- Nous offrons du soutien, des conseils, de la formation et de l'accompagnement aux médecins-chefs et chefs de département/service et médecins par rapport aux activités d'amélioration de la qualité des soins médicaux.

### SECTEUR DE LA GESTION DES RISQUES

- Nous exerçons un leadership et faisons la promotion de la culture juste de sécurité exempte de blâme encourageant les équipes à déclarer les incidents liés à la sécurité dans une perspective d'apprentissage et d'amélioration continue de la sécurité.
- Nous veillons à l'optimisation, à la mise en œuvre et au respect de processus uniformes de déclaration, de divulgation et d'analyse des incidents conformément aux normes, aux lignes directrices nationales et aux règlements applicables. À cet effet, nous avons les responsabilités suivantes :
  - Encadrer le processus de gestion des incidents
  - Assurer le suivi des cas litigieux et des réclamations
  - Encadrer le processus de divulgation
  - Effectuer le suivi des rappels et des alertes
  - Offrir du soutien pour ce qui est des évaluations des risques (ÉDRV, ADME, analyses prospectives de la sécurité, etc.)
  - Appuyer les gestionnaires dans le développement de plans d'atténuation des risques
  - Offrir de la formation sur la gestion intégrée des risques
  - Conseiller le personnel sur des questions d'ordre juridique ou en ce qui touche le risque
  - Coordonner le processus et la mise en œuvre des politiques et procédures en gestion des risques.
  - Effectuer des analyses de tendances, préparer des rapports et soumettre des recommandations à l'attention des gestionnaires et des différents comités.
  - Communiquer l'état d'avancement de la mise en œuvre des initiatives aux différents plans se rapportant à la gestion des risques et au Programme de gestion intégrée des risques.

### SECTEUR DE LA PLANIFICATION ET DE L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE

- Nous assurons et supportons les processus de planification de l'organisation.
- Nous sommes responsables du processus d'évaluation du rendement organisationnel.
- Nous assurons le développement des indicateurs, rapports trimestriels et tableaux de bord.
- Nous offrons du soutien dans la gestion de projet et dans l'application des méthodes et outils de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité et de la performance.
- Nous offrons du soutien-conseil et de l'accompagnement aux unités/services dans la méthodologie utilisée pour évaluer et améliorer les processus et les résultats.
- Dans le cadre de projets d'envergure d'amélioration de la performance, des consultants en amélioration de la performance, certifiés ceinture noire en Lean Management ou Lean Six Sigma sont dépêchés à titre de facilitateur pour supporter les équipes dans leur démarche de performance soit par exemple, dans l'identification de la chaîne des valeurs, d'analyse de la variabilité et des activités de valeurs non ajoutées, l'enlignement de la situation optimale voulue ou les critères critiques à la qualité.

#### **Le Bureau de gestion de projet**

Le Bureau de gestion de projet offre du soutien-conseil, de l'encadrement et de l'accompagnement dans la gestion de projet en promouvant la culture apprenante d'amélioration continue et les meilleures pratiques. Il met à disposition les outils requis et conserve les informations concernant

	<p>les différents projets majeurs et initiatives d'amélioration de l'organisation, permettant l'évaluation des résultats et facilitant l'apprentissage organisationnel et la reddition de compte.</p> <p><b>SECTEUR DE LA PRÉVENTION ET DU CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nous assurons la mise à jour et la mise en place du Programme de prévention et de contrôle des infections, politiques, procédures et processus associés conformément aux meilleures pratiques et normes en vigueur.</li> <li>▪ Nous assurons la surveillance, la réalisation d'enquêtes et la gestion des situations liées à la prévention et au contrôle des infections dans le but d'assurer la sécurité des patients, familles et du personnel.</li> <li>▪ Nous fournissons également des conseils et de l'expertise en lien avec toutes questions liées à la prévention et le contrôle des infections.</li> </ul>
<p><b>Équipe de leadership (Présidente-directrice générale et Vice-présidents)</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nous établissons la stratégie et assurons la mise en place des structures, processus et mécanismes d'évaluation et de mobilisation nécessaires au développement et d'une culture juste et sécuritaire et d'une culture apprenante de mesure et d'amélioration continue de la qualité.</li> <li>▪ Nous assurons la pérennité de l'intégration des processus liés à l'amélioration de la qualité et la sécurité incluant le cycle d'agrément aux structures existantes.</li> <li>▪ Nous assurons une vigie-alerte au sein de l'organisation (ex. : analyses prospectives sur la sécurité, analyses des causes profondes, retrait du matériel dangereux ou de médicaments (rappels), etc.)</li> <li>▪ Nous veillons à l'optimisation et à l'allocation des ressources nécessaires aux activités d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la performance, incluant également des ressources pour soutenir le développement du partenariat de soins et de services.</li> <li>▪ Nous assurons l'évaluation du rendement du personnel sous notre responsabilité.</li> <li>▪ Nous assurons que la formation initiale, le maintien et le développement des compétences des bénévoles, des médecins et du personnel en matière de qualité et sécurité des patients soient respectés et évalués lors de l'évaluation du rendement du gestionnaire et de ses employés.</li> <li>▪ Nous assurons de la diffusion, de l'implantation et de l'évaluation du Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients, devenu le présent Guide pratique par le biais de reddition de compte sur une base semestrielle.</li> <li>▪ Nous établissons annuellement les priorités et objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité pour l'ensemble du Réseau et assure leur intégration au Plan intégré d'amélioration de la qualité et de la sécurité</li> <li>▪ Nous supportons le développement et la priorisation des activités d'amélioration continue de la qualité des soins et des services en cohérence avec les orientations stratégiques, les plans de gestion et les besoins spécifiques des équipes.</li> <li>▪ Nous nous assurons de l'intégration d'activités d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité au sein des équipes.</li> <li>▪ Nous assurons la promotion des activités d'amélioration continue de la qualité et la reconnaissance des équipes et partenaires de l'expérience patients y ayant participé.</li> <li>▪ Nous assurons la mise en place des mécanismes efficaces de communication et de diffusion des résultats afin de soutenir l'apprentissage collectif et la mobilisation des équipes.</li> <li>▪ Nous effectuons une tournée de l'ensemble des établissements et secteurs minimalement annuellement afin d'échanger avec les employés, les patients et leurs proches sur les défis et problématiques rencontrés et reconnaître les réalisations des équipes.</li> <li>▪ Nous rendons compte au Conseil d'administration sur la qualité et la sécurité des soins et services dispensés par le Réseau.</li> </ul>

## Conseil d'administration



- *Nous développons les grandes orientations stratégiques, les plans de santé et d'affaires à long terme.*
- *Nous sommes responsables de la qualité et de la sécurité des soins et services offerts, et appuyons le Réseau dans l'atteinte de ses buts, conformément aux objectifs établis et à la reddition de comptes aux parties prenantes.*
- *Nous soutenons le développement d'une culture et d'une démarche apprenante d'amélioration continue de la qualité des soins et services et de la sécurité des patients, familles et des équipes dans un environnement juste et sécuritaire exempt de blâme.*
- *Nous exerçons notre rôle de gouvernance en lien avec la qualité et la sécurité conformément aux lois et normes applicables.*
- *Nous assurons et rendons des comptes sur la qualité des soins et services dispensés par le Réseau.*
- *Nous connaissons les principes clés de la qualité et de la sécurité pour contrôler et surveiller efficacement le rendement de l'organisation en matière de qualité et assurons la formation des membres au besoin.*
- *Nous témoignons d'un engagement clair envers la qualité et la gestion des risques notamment par le biais d'un point permanent à l'ordre du jour de chaque réunion.*
- *Nous assurons une vigie et la surveillance de la qualité et de la sécurité par le biais de rapports, tableaux de bord et avis du Comité de la Qualité des soins et Sécurité des patients et des différents Comités consultatifs relatifs à la qualité, la sécurité des soins et services et la gestion des risques tels que les rapports sommaires sur les plaintes, les incidents et la satisfaction des patients et de leur famille.*
- *Nous assurons une vigie et surveillance des risques par la revue du Registre des risques organisationnels à chaque rencontre et annuellement.*
- *Nous nous assurons de la mise en place de méthodes et de mécanismes pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques.*
- *Nous veillons à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de mesure d'urgence soit en place.*
- *Nous favorisons l'apprentissage à partir de résultats, la prise de décisions fondées sur la recherche et les données probantes et l'amélioration continue de la qualité.*
- *Nous assurons l'utilisation efficace et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières*
- *Nous déterminons les indicateurs clés pour mesurer le rendement en matière de qualité et nous en assurons le suivi à chaque rencontre.*
- *Nous examinons et évaluons le rendement en matière de qualité par rapport aux buts et aux objectifs convenus sur une base trimestrielle.*
- *Nous utilisons l'information au sujet du rendement en matière de qualité pour prendre des décisions concernant l'allocation de ressources et pour établir les priorités et attentes.*
- *Nous nous assurons que l'Équipe de leadership s'enquière de ses responsabilités en matière de gestion de la qualité et des risques.*
- *Nous intégrons le rendement en matière de qualité dans le cadre de l'évaluation du PDG, des VP, et de la Chefferie médicale.*
- *Nous voyons à l'approbation du Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients devenu ce Guide pratique et nous nous assurons de son implantation, évaluation et amélioration continue.*
- *Nous démontrons notre engagement à reconnaître les membres de l'équipe pour leur contribution dans les activités d'amélioration de la qualité par le soutien à différentes formes de reconnaissance tant formelles qu'informelles.*
- *Nous collaborons avec la PDG et le personnel d'encadrement dans l'élaboration d'un Plan de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance annuel et en assurons le suivi de manière trimestrielle.*



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

#### Pourquoi y participer ?

- Selon le Code d'éthique et de professionnalisme de l'Association Médicale Canadienne, la participation aux activités d'amélioration de la qualité fait partie des engagements fondamentaux des médecins à l'égard de l'excellence professionnelle. Elle amène chaque médecin à contribuer à l'évolution de la profession médicale, à l'innovation, à l'établissement des normes professionnelles et à cultiver des relations de collaboration respectueuse avec d'autres médecins, professionnels, gestionnaires et apprenants.
- Par ailleurs, les activités d'amélioration de la qualité permettent au médecin participant d'accumuler des crédits à titre d'activités de développement professionnel continu auprès de son collègue ou association.

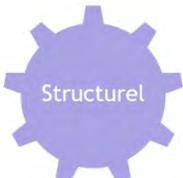
Types d'activités		Description
	Revue de décès	Il s'agit de faire une analyse individuelle d'un dossier de décès pour déterminer si la prise en charge du cas a été adéquate et voir s'il requiert une évaluation plus approfondie.
	Revue de mortalité et de morbidité (RMM ou M&M)	Il s'agit de faire une analyse collective et rétrospective d'un cas marqué par la survenue d'un décès inattendu, d'une complication inattendue ou de toutes autres conditions particulières. Cette activité pourrait se faire en collaboration avec d'autres médecins et professionnels impliqués.
	Audit clinique (revue de dossiers)	Il s'agit de faire une évaluation objective des pratiques par comparaison à des référentiels admis.
	Gestion des plaintes/préoccupations	Il s'agit de gérer les préoccupations de patients ou de collègues dans le but d'améliorer l'offre des soins.
	Suivi d'indicateur de qualité	Il s'agit de faire un monitoring de la performance clinique pour déceler les activités qui requièrent une évaluation plus approfondie.
	Évaluation du rendement/compétence /rétroaction multi source/supervision	Il s'agit de participer au perfectionnement professionnel continu et l'évaluation en cours d'exercice.
	Participation aux réunions de département et autres comités de qualité (CMCR, CMCL, Comités de revue, UCA, Agrément Canada, Équipes Covid-19, ...)	Il s'agit de s'impliquer et de collaborer avec d'autres médecins, professionnels ou gestionnaires dans le but d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins en général.
	Révision de normes/lignes directrices/guides de pratique/protocoles/politiques et procédures.	
	Participation aux divers projets de qualité (MPOC, TEV, AMPRO, Gérance antimicrobienne, BCM, ...)	
	Recherche/Unités Cliniques Apprenantes/enseignement/publication/simulation	Il s'agit de toutes activités académiques visant à produire ou à transmettre la connaissance médicale.
	Formations/conférences/cours/séminaires/présentations/discussions de cas cliniques	Il s'agit de faire du développement personnel et de participer à l'apprentissage continu.
	Club de lecture	
	Lecture de revue/article/livre/balados/vidéos	

*« Je participe aux activités d'amélioration de la qualité dans le but d'offrir des soins optimaux à mes patients et de participer à l'évolution de la profession médicale. »*

Dre Nicole LeBlanc (médecin-chef du Réseau de santé Vitalité)



## Annexe 5 - Tableau des définitions des conditions de réussite

Axe	Pilier	Action à mettre en oeuvre	Question d'évaluation
 <p><b>VISION, PRIORITÉS et OBJECTIFS véhiculés par les décideurs en matière d'amélioration continue de la qualité</b></p>	<p><b>Gouvernance et leadership</b></p> <p><b>Gouvernance</b> Établissement d'une vision</p> <p><b>Leadership</b> Fixer des buts et mobiliser dans une action commune</p>	<p><b>Instaurer une gouvernance optimale et miser sur un leadership mobilisateur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Véhiculer une vision claire et mobilisatrice</li> <li>■ Établir les priorités et fixer les objectifs</li> <li>■ Assurer le suivi de l'atteinte des objectifs et des résultats</li> </ul>	<p><i><b>Gouvernance optimale et leadership fort, visible et mobilisateur en matière d'amélioration continue de la qualité au sommet stratégique ?</b></i></p>
 <p><b>STRUCTURE de pilotage et de coordination, rôles et responsabilités et allocation des RESSOURCES humaines et informationnelles</b></p>	<p><b>Ressources</b></p> <p><b>Structure</b> Encadrement et accompagnement, modes de fonctionnement, de concertation et de communication</p> <p><b>Ressources</b> Ressources humaines et informationnelles allouées</p>	<p><b>Assurer les ressources humaines et informationnelles nécessaires</b></p>	<p><i><b>Ressources adéquates pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services et la réalisation des activités d'amélioration continue ?</b></i></p>
 <p><b>GESTION DE PROJET, MAÎTRISE DES MÉTHODES, OUTILS, etc.</b></p>	<p><b>Méthodes et outils</b> Exemples : outils, méthodes et formations en place, modalités de suivi et de mesure, procédures, protocoles, organigrammes, fiches de poste, rôles et responsabilité, etc.</p>	<p><b>Innover en utilisant des méthodes et des outils</b></p>	<p><i><b>Innovation en utilisant des méthodes et des outils ?</b></i></p>
 <p><b>VISION, VALEURS et CROYANCES PARTAGÉES qui régissent la manière de réfléchir et de se comporter dans une organisation</b></p>	<p><b>Culture de qualité et sécurité</b> Exemples : approche centrée sur le patient, la participation du patient partenaire, le travail d'équipe, la collaboration interdisciplinaire, la culture de la mesure et d'amélioration continue et l'approche positive face à l'erreur (culture de sécurité vs blâme) dans une perspective d'organisation apprenante</p>	<p><b>Investir dans une culture de la qualité et sécurité</b></p>	<p><i><b>Investissement dans la culture apprenante d'amélioration de la qualité et de la sécurité ?</b></i></p>

## Annexe 6 - Exemples de sources d'information soutenant la gestion intégrée de la qualité, sécurité et performance

Source d'information	Description	Période
<b>Cadre de référence et programme de gestion intégrée de la qualité et de la sécurité</b>		
▪ <b>Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité</b>	Cadre de référence et programme de gestion intégrée de la qualité et de la sécurité (intégrant la gestion des risques) présentés sous forme de guide pratique accessible à tous présentant la vision de notre culture et démarche d'amélioration continue et définissant les concepts, principes, rôles et responsabilités, mode de fonctionnement, méthodes et outils ainsi que les conditions de réussite en lien avec notre démarche.	Document vivant évalué et mis à jour annuellement ou selon les besoins en cohérence avec le plan stratégique et l'évolution des besoins, pratiques, normes d'agrément, etc.
<b>Plans</b>		
▪ <b>Plan stratégique</b>	L'amélioration continue de la qualité intégrant la dimension prioritaire de sécurité, composante primordiale et essentielle de la qualité, s'inscrit dans nos priorités et orientations stratégiques.	Trois ans
▪ <b>Plan régional de santé et d'affaires</b>	Le plan régional de santé et d'affaires est un plan qui est préparé et soumis au ministère de la santé annuellement pour une période couvrant trois exercices financiers. Ce plan comprend, entre autres, les priorités et les objectifs du Réseau pour la prestation des services de santé, les initiatives en matière de prestations de services de santé prévues en fonction des besoins de la population, les services de santé que la régie administre et un plan financier.	
▪ <b>Plans tactiques et opérationnels annuels</b>	Le plan opérationnel constitue le plan d'action annuel du Réseau de santé Vitalité découlant directement du plan stratégique. Il est convenu et suivi par l'Équipe de leadership. Le Conseil d'administration en assure également la surveillance.	

Source d'information	Description	Période
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients</b></li> </ul>	Calendrier des activités du Comité en lien avec son rôle de surveillance et de vigie qualité et sécurité pour le Conseil d'administration.	Annuelle et au besoin.
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Plan de sécurité des patients</b></li> </ul>	<p>Un plan de sécurité des usagers définit comment un organisme mettra l'accent sur la réduction des risques, la prévention des préjudices et la promotion d'une sécurité optimale pour les usagers. Il s'agit d'un plan qui sert à promouvoir des services de soins de santé sécuritaires (Health Quality Council of Alberta, 2010) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en accordant, clairement et visiblement, une grande attention à la sécurité des usagers;</li> <li>• en exigeant des politiques et procédures traitant de : la déclaration des dangers, des incidents évités de justesse et des incidents liés à la sécurité des usagers; l'analyse à la grandeur du système en vue de repérer les facteurs contributifs; et, l'évaluation des répercussions des décisions et des mesures prises sur les résultats des usagers;</li> <li>• en précisant des résultats clairs et mesurables en matière de sécurité des usagers pour que chacun connaisse son rôle dans l'atteinte des résultats;</li> <li>• en exigeant de la formation et du perfectionnement sur la sécurité des usagers. (Agrément Canada, 2016) Agrément Canada, 2016) Guide pour les plans et les cadres conceptuels.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Plan intégré de la qualité et de la sécurité</b></li> </ul>	Plan des objectifs organisationnels prioritaires en lien avec la qualité et la sécurité.	Annuelle
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Plans d'action d'agrément</b></li> </ul>	Plan des équipes découlant des auto-évaluations et des visites d'agrément.	Selon le cycle d'agrément
Rapports		
Évaluations externes		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Rapport de visite d'Agrément Canada</b></li> </ul>	Rapport d'accréditation d'Agrément Canada	Cycle de 4 ans

Source d'information	Description	Période
<b>Qualité, sécurité et gestion des risques</b>		
▪ <b>Rapport d'incidents</b>	Rapport des incidents par catégorie et gravité incluant les données comparatives de l'année précédente.	Trimestriel
▪ <b>Rapport de tendance sur les incidents</b>	Les gestionnaires reçoivent mensuellement un rapport de tendance sur les incidents rapportés propres à leur service.	Mensuel
▪ <b>Recommandations des Comités de revue</b>	Rapport des recommandations qui découlent des analyses des incidents préjudiciables par les Comités de revues ainsi qu'un résumé de l'état d'avancement de leur suivi.	Trimestriel
▪ <b>Rapport d'audits</b>	Rapports sur les résultats d'audits effectués par les services.	Selon calendrier des audits
▪ <b>Rapport d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée</b>	Rapport sur les incidents liés à la vie privée par type incluant les données comparatives de l'année précédente.	Trimestriel
<b>Expérience patient et famille</b>		
▪ <b>Rapport de plaintes</b>	Rapport des plaintes formulées par les patients et leurs familles incluant les données comparatives pour les deux années précédentes classées selon les catégories suivantes : qualité des soins/services, comportement, communication, environnement, politiques et autres.	Trimestriel
▪ <b>Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés</b>	Rapport des résultats des sondages sur l'expérience des patients hospitalisés avec données comparatives du CSNB et de l'année précédente.	Trimestriel
▪ <b>Rapport du sondage du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick</b>	Rapports produits sur les sondages effectués par le CSNB sur les soins (par ex. : soins aigus, soins à domicile, santé primaire).	Selon le cycle des sondages du CSNB.
<b>Qualité du milieu de travail et expérience employés, médecins et bénévoles</b>		
▪ <b>Résultat au sondage Pulse</b>	Sondage effectué pour évaluer la qualité de vie au travail et aussi effectué dans la cadre de la démarche d'agrément.	
<b>Tableaux de bord du Réseau</b>		
▪ <b>Tableau de bord stratégique</b>	Ce tableau de bord inclut le schéma stratégique du Réseau, les objectifs du plan stratégique, les indicateurs associés et l'état d'avancement des initiatives.	Rapport trimestriel

Source d'information	Description	Période
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tableau de bord équilibré</b></li> </ul>	<p>Ce tableau de bord présente les indicateurs de performance du Réseau par quadrant (Qualité/satisfaction de la clientèle, Financiers, Opérationnel, Ressources Humaines).</p>	<p>Rapport trimestriel</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tableau de bord opérationnel</b></li> </ul>	<p>Le tableau de bord opérationnel comprend une série d'indicateurs présentés dans quatre quadrants (Qualité/services à la clientèle, ressources humaines, opérationnels et financiers), et est personnalisable selon les besoins particuliers des secteurs d'activité. Les gestionnaires ont la possibilité de l'alimenter eux-mêmes.</p>	<p>Rapport trimestriel</p>

## ANNEXE 7 - Caucus de sécurité et Cercle de qualité

### CAUCUS DE SÉCURITÉ

*Courtes rencontres structurées axées sur prévention des incidents, des accidents et la planification de la journée en lien avec la sécurité des patients et du personnel d'un secteur.*

Les caucus visent à appuyer une culture de sécurité et diminuer de façon proactive les risques d'incidents préjudiciables et d'accident de travail en partageant des informations, observations ou des inquiétudes concernant la sécurité des patients et du personnel pendant lesquelles l'équipe prend conscience de la situation de son milieu.

#### Fonctionnement

- Les caucus se tiennent quotidiennement au début de chaque relais et plus souvent au besoin.
- La durée de la rencontre est de 5 à 10 minutes maximum.
- Le caucus inclut tous les membres de l'équipe multidisciplinaire en service.
- Le gestionnaire/chef de service ou son délégué agit comme personne désignée.
- Le caucus se déroule en position debout à l'endroit désigné à cet effet.
- La personne désignée repasse l'outil du caucus et discute avec les membres présents des enjeux importants de sécurité ou de qualité.
- Ensemble les membres ciblent les actions concrètes pour adresser les enjeux identifiés et atténuer les risques d'incidents/accidents et se répartissent les tâches.
- La documentation doit être conservée dans le cartable de communication.

### CERCLES QUALITÉ

*Rencontres d'unité ou de service pour échanger sur les défis et problématiques liées à la qualité et à la sécurité et sur les solutions à apporter. Connaissant leur réalité de travail mieux que quiconque, les membres de l'équipe incluant un partenaire de l'expérience patient (lorsqu'il s'agit des secteurs cliniques) sont les mieux placés pour comprendre les problématiques et apporter des solutions.*

Le but des *Cercles Qualité* est la mobilisation et l'engagement des équipes dans une culture apprenante d'amélioration continue de la qualité. Ils permettent d'atteindre les objectifs suivants :

- ✓ Améliorer la qualité, la sécurité et la performance du secteur
- ✓ Améliorer la communication et la concertation
- ✓ Favoriser la cohésion de l'équipe et la collaboration
- ✓ Améliorer l'organisation et les processus de travail
- ✓ Réduire les gaspillages et les coûts liés à la non-qualité ou aux activités sans valeur ajoutée
- ✓ Améliorer la qualité de vie et la sécurité au travail
- ✓ Développer les connaissances, les compétences et le savoir-faire
- ✓ Partager l'expérience et les savoirs au sein de l'organisation
- ✓ Reconnaître la contribution des équipes dans l'amélioration continue de la qualité

## Fonctionnement

Animé par un responsable formé, le **Cercle Qualité** est une équipe volontaire et représentative du secteur composée de 5 à 10 personnes incluant les membres du personnel d'encadrement et un partenaire de l'expérience patient (pour les secteurs cliniques). Les participants ont un temps dédié pour se rencontrer une fois par semaine pour une rencontre de 60 à 90 minutes pour définir, analyser, choisir, proposer et résoudre les problèmes concernant la qualité et la sécurité dans leur secteur. Des invités peuvent y assister et participer si les membres du cercle le jugent à propos. Dans une démarche structurée de résolution de problèmes, les membres du Cercle priorisent le problème le plus important et apportent leur réflexion par différents outils collaboratifs (brainstorming, vote pondéré, etc.). Des tableaux blancs sont utilisés pour noter les actions, mesures, responsables et les échéanciers.

## Trois conditions de réussite des Cercles Qualité

### 1) Des réunions régulières

Ces réunions doivent être statutaires et inamovibles. Le calendrier est convenu d'avance et elles ne doivent pas être déplacées pour un surplus de travail ou pour tout autres raisons à moins de circonstances exceptionnelles.

### 2) Des problèmes circonscrits et concrets

Les problèmes doivent être circonscrits, les objectifs d'amélioration et indicateurs de résultats doivent être SMART. Il faut retenir des problèmes pour lesquels il est réaliste de trouver une solution en quelques réunions du cercle. Ces derniers peuvent provenir par les membres du cercle ou celles de leurs collègues de travail non-membres avec lesquels ils assurent le suivi de leurs activités d'amélioration. Pour débiter, il est préférable de commencer par des petits objectifs facilement atteignables, les « *quick wins /gains rapides* » pour développer les habiletés et la confiance de l'équipe au processus collaboratif.

Les problèmes peuvent traiter de différents sujets dont l'amélioration des façons de faire et la qualité de vie au travail.

### 3) Un processus rigoureux de résolution de problème

L'animation doit être réalisée par une personne formée sur le processus structuré de résolution de problème et les outils de base associés. Les réunions sont documentées pour en assurer le suivi approprié auprès des parties prenantes concernées et de l'ensemble de l'équipe du secteur.

### 4) L'apprentissage par l'expérimentation le partage des savoirs

Tant la réussite que les difficultés sont des sources d'apprentissage. La patience est de mise car souvent plusieurs cycles d'expérimentation et d'amélioration continue sont nécessaires pour apprendre et arriver à une solution optimale. Il est important de partager les connaissances acquises auprès du secteur et de l'organisation afin d'apprendre collectivement et possiblement mettre à l'échelle ces apprentissages dans d'autres secteurs qui pourraient s'en inspirer.

### 5) La reconnaissance de la contribution de chacun dans l'atteinte des objectifs

Le travail collaboratif se fait dans un climat de respect et de sécurité psychologique ou la contribution de chacun est valorisée et reconnue. Des activités de reconnaissances informelles et formelles font partie intégrante de la tenue des Cercles Qualité.

# Note d'information

Point 7.1

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

Date : 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.

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 aînés 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 débiteront 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 2<sup>e</sup> 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 inclut 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 des tournées des infirmières en Prévention et contrôle des infections (PCI) sur les unités.
    - Lors des tournées des discussions ont également lieu sur les barrières pour une hygiène des mains efficace (ex. emplacement des éviers et distributeurs de produit d'hygiène des mains, type de produit - mousseux, manque de produits d'hygiène des mains, etc.) et des suivis sont faits.
    - Les résultats des audits sont partagés avec les gestionnaires, directeurs et vice-présidents pour suivi.
    - Les résultats des audits sont affichés sur les tableaux blancs de chaque unité.
  - 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 :
  - o 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.
  - o Les cas de prothèses sont priorisés et le temps opératoire est accordé en tenant compte du temps d'attente
  - o Ajout d'instruments et de cabarets orthopédiques selon le besoin.
- Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

## Suivi à la décision

Aucun.

## Proposition et résolution

Aucune.

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

# 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. »

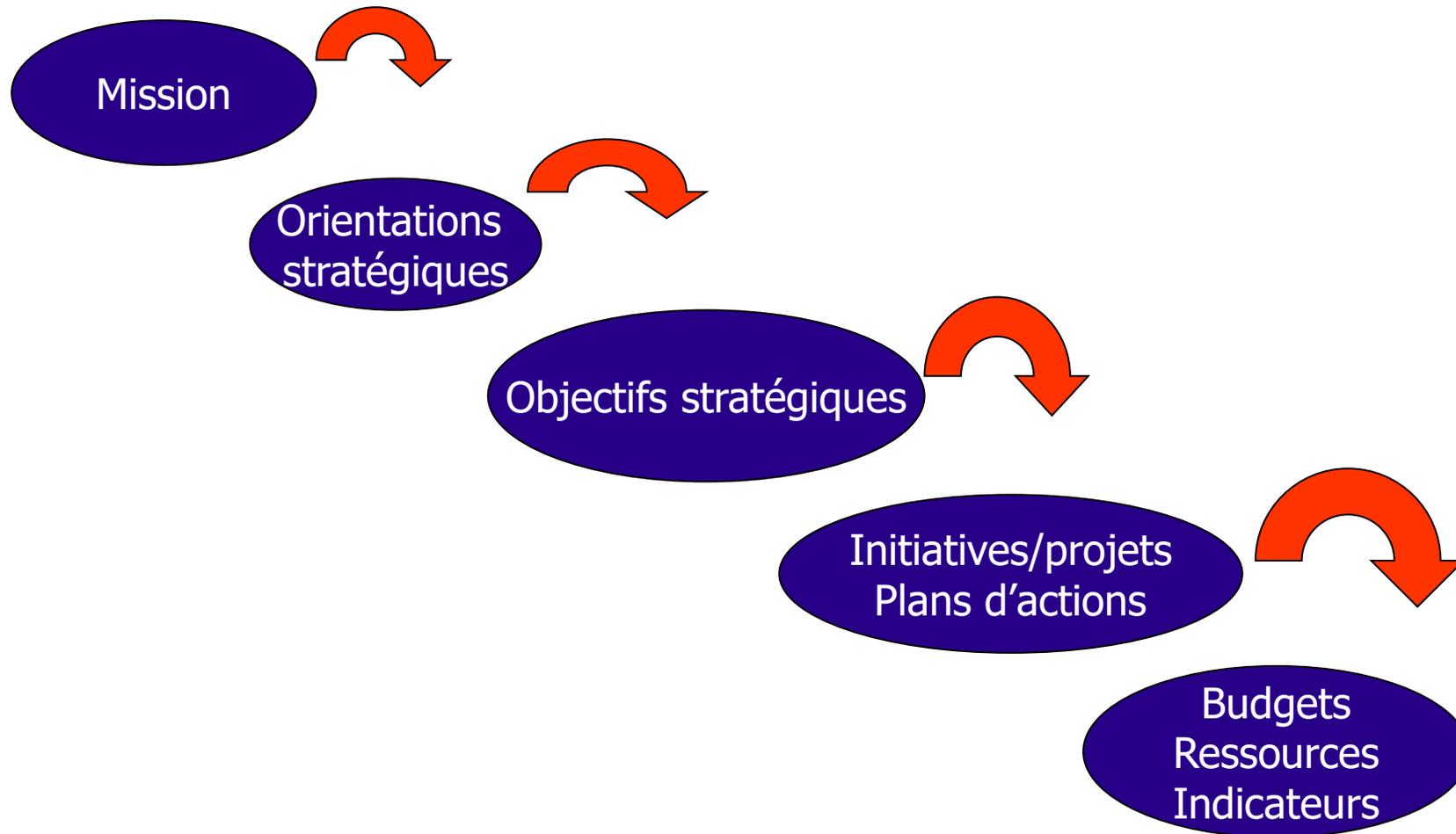
# Politique du Conseil CA-330

- 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.*

# Processus - Modèle de gestion stratégique



# Alignement des tableaux de bord avec les plans stratégique et opérationnel

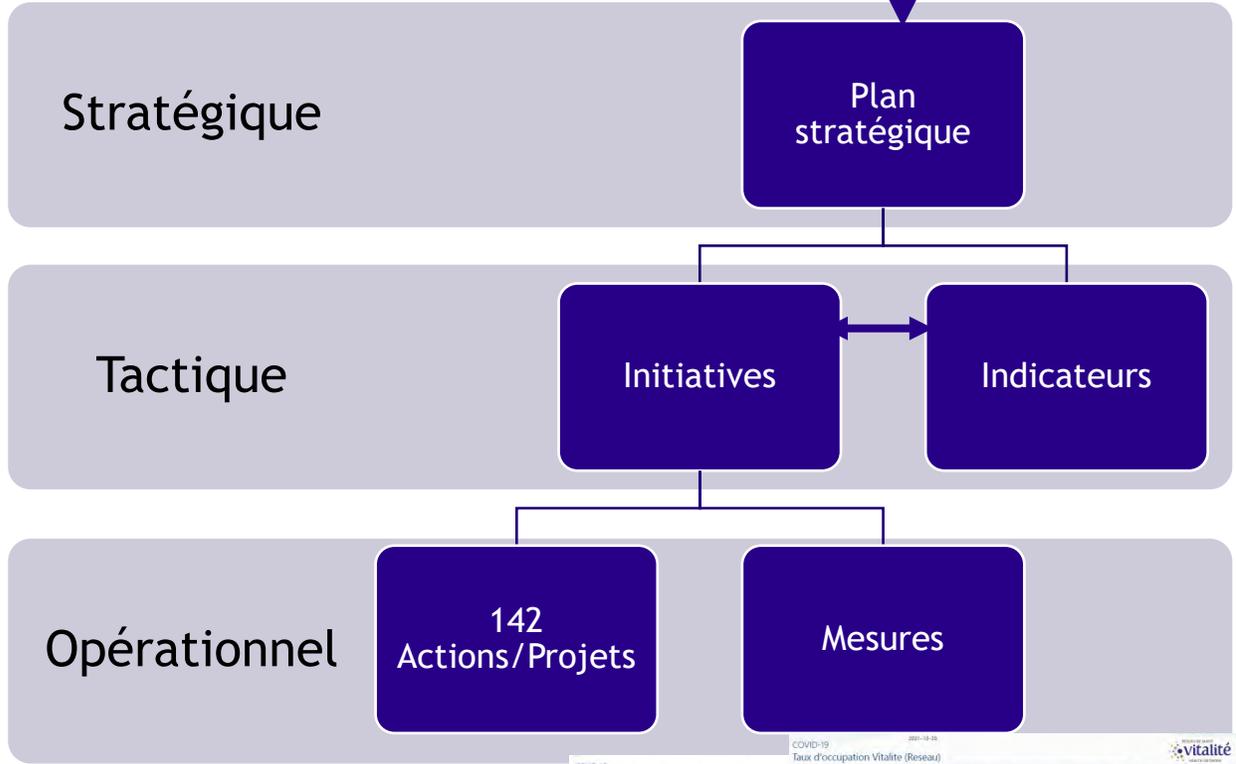


OBJECTIF	INDICATEUR	INDICATEUR	UNITÉ	COUVERTURE	DATE	ÉTAT
3.1	Prévalence de diabète	Jacques Duchesne	%	7,50%	7,50%	✓
3.2	Taux d'infarction et de colobation SAHM	Jacques Duchesne	%	1,29	1,29	✓
3.3	Taux d'infarction et de colobation ETV	Jacques Duchesne	%	0,00	0,00	✓
3.4	Taux de mortalité de mortalité hospitalière	Jacques Duchesne	%	1,15	1,15	✓
3.5	% de charges urgentes effectuées dans les 48 heures	Jacques Duchesne	%	49,3%	53,1%	✗
3.6	% de charges orthopédiques totales de la hanché	Jacques Duchesne	%	50,0%	75,0%	✗
3.7	Taux de réussite	Jacques Duchesne	%	39,9%	85,0%	✗
3.8	Taux global aux modules d'apprentissage	Jacques Duchesne	%	68,7%	70,0%	✗

Tableau de bord stratégique

Tableau de bord équilibré

FICHE EXPLICATIVE



Priorités provinciales



# Tableau de bord stratégique

**Contenu:** 18 indicateurs en lien avec les priorités stratégiques et les priorités du conseil

**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)

								ÉTAT D'AVANCEMENT			
OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
<b>Enjeu relié à la santé de la population</b>											
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	✗			
<b>Enjeu relié aux services que nous offrons à la population</b>											
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'Institut 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%	🟡	🟡		
<b>Catalyseur 1 : Le capital humain</b>											
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 en lien avec le plan opérationnel
- **Public cible** : Dirigeants et le conseil d'administration
- **Fréquence** : Trimestrielle
- **Responsables du suivi** : Gestionnaires, coordonnateurs, chef d'équipe, comités, etc.

						ÉTAT D'AVANCEMENT				
	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
<b>Quadrant: Qualité/ Satisfaction à la clientèle</b>										
1.1	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	Dre.Barville	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. Barville	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%	✗			
<b>Quadrant: Financiers</b>										
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

# 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 donnée de santé n'a pas nécessairement une orientation. *Exemples: Coût d'un séjour standard à l'hôpital, proportion de médecins en région rurale.*

# 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.

# 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

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

ETAT D'AVANCEMENT

	OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
<b>Enjeu relié à la santé de la population</b>											
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

# 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

FICHE EXPLICATIVE									
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement									
Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale									
LEADERSHIP	Jacques Duclos								
FREQUENCE	Trimestrielle								
SOURCE DE DONNÉES	3M (données trimestrielles) et portail de TICIS (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.								
RÉSULTATS CIBLE									
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	<table border="1"> <tr> <td>Développer un continuum de soins de santé mentale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Promouvoir une santé mentale positive chez les jeunes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Harmoniser le modèle clinique des services en santé mentale pour jeunes</td> <td></td> </tr> </table>	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	
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									
<ul style="list-style-type: none"> <li> Conforme au plan</li> <li> Non conforme au plan et mesures correctives en place</li> <li> Non débuté</li> <li> Complète</li> <li> Non conforme au plan et interventions requises</li> </ul>									

# Questions



**Réseau de santé Vitalité**

**Tableaux de bord du Réseau**

**Rapport trimestriel (T2)**

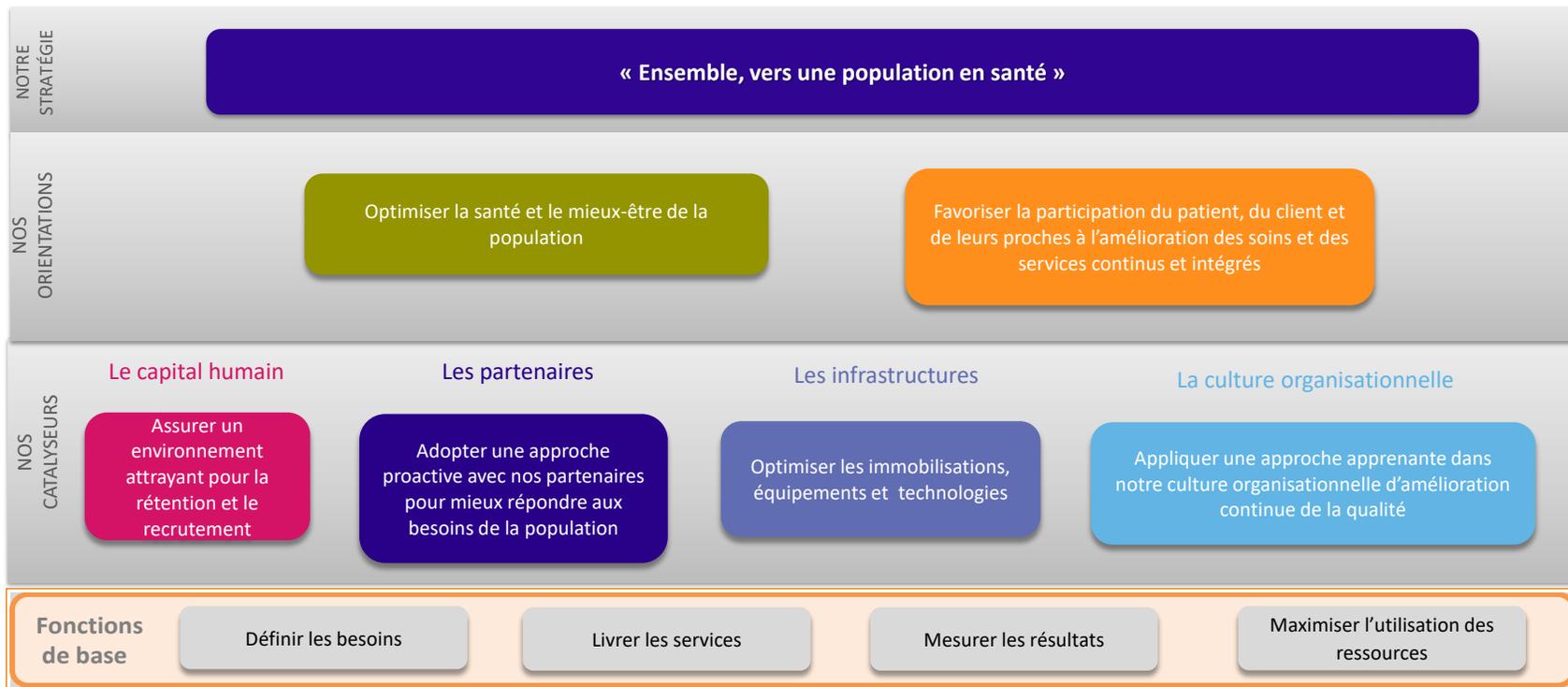


## Tableau de bord stratégique (T2)



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 œuvre via les Unités Cliniques Apprenantes (UCA)		25

## 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

								ÉTAT D'AVANCEMENT			
OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
<b>Enjeu relié à la santé de la population</b>											
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	✗			
<b>Enjeu relié aux services que nous offrons à la population</b>											
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'Institut 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%	!	✗		
<b>Catalyseur 1 : Le capital humain</b>											
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	!	!		

								ÉTAT D'AVANCEMENT			
OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
<b>Catalyseur 2 : Les partenaires</b>											
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	✗	✗		
<b>Catalyseur 3 : Les infrastructures</b>											
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%	✓	✗		

								ÉTAT D'AVANCEMENT			
OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
<b>Catalyseur 4 : La culture organisationnelle</b>											
6.1	Élaborer et mettre en place des stratégies pour développer une culture apprenante.	Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)	Brigitte Sonier Ferguson	3	2	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

Indicateur: 1.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale

<b>LEADERSHIP</b>	Jacques Duclos	
<b>FRÉQUENCE</b>	Trimestrielle	
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	3M (données trimestrielles) et portail de l'ICIS (données annuelles)	
<b>CIBLE</b>	6.95% (résultat de l'année précédente, ajusté par trimestre)	
<b>DESCRIPTION</b>	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.	
<b>RÉSULTATS CIBLE</b>	<p>6.95%</p>	
<b>INTERPRÉTATION</b>	<p>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%).</p> <p>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.</p> <p>Des explications possibles pourraient être attribuées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- Au niveau de ressources humaines (absences de personnel : toutes absences confondues - 9 à 33% du personnel dans les Centres de santé mentale communautaires) et la réduction des lits d'hôpitaux.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Afin de continuer à soutenir nos efforts pour atteindre les cibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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).</li> </ul>	
<b>INITIATIVES</b>	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 conforme au plan et interventions requises**



**Non débuté**



**Complété**

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 1.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Jours patients normalisés associés à une maladie mentale

<b>LEADERSHIP</b>	Jacques Duclos																												
<b>FRÉQUENCE</b>	Trimestrielle																												
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	Portail de l'ICIS																												
<b>CIBLE</b>	Diminution de 2% par année par rapport au résultat de 2019-2020																												
<b>DESCRIPTION</b>	<p>Cet indicateur mesure le taux ajusté selon l'âge représentant le nombre total de jours passés dans les hôpitaux généraux pour une maladie mentale sélectionnée*, par 10 000 personnes. Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les suivantes : troubles liés à la consommation de psychotropes, schizophrénie, troubles délirants et troubles psychotiques non organiques, troubles de l'humeur ou affectifs, troubles anxieux, certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. 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.</p>																												
<b>RÉSULTAT CIBLE</b>	<table border="1"> <caption>Jours patients standardisés (2018-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Jours patients standardisés</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>1,223</td> <td>1,201</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>1,251</td> <td>1,201</td> </tr> <tr> <td>2020-2021</td> <td>1,123</td> <td>1,201</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Jours patients standardisés	Cible	2018-2019	1,223	1,201	2019-2020	1,251	1,201	2020-2021	1,123	1,201	<table border="1"> <caption>T1 - Jours patients standardisés (2021-2022)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 - Jours patients standardisés</th> <th>T1 - Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1,383</td> <td>1,201</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,028</td> <td>1,201</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5,979</td> <td>1,201</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>797</td> <td>1,201</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	T1 - Jours patients standardisés	T1 - Cible	Zone 1B	1,383	1,201	Zone 4	1,028	1,201	Zone 5	5,979	1,201	Zone 6	797	1,201
Période	Jours patients standardisés	Cible																											
2018-2019	1,223	1,201																											
2019-2020	1,251	1,201																											
2020-2021	1,123	1,201																											
Zone	T1 - Jours patients standardisés	T1 - Cible																											
Zone 1B	1,383	1,201																											
Zone 4	1,028	1,201																											
Zone 5	5,979	1,201																											
Zone 6	797	1,201																											
<b>INTERPRÉTATION</b>	<p>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).</p>																												
<b>INITIATIVES</b>	<p>Développer un continuum de soins de santé mentale</p> <p>Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire</p> <p>Promouvoir une santé mentale positive chez les jeunes</p> <p>Harmoniser le modèle clinique des services en santé mentale pour jeunes</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>●</p> <p>✓</p>																											

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Nombre de patients Niveau de soins alternatif (NSA)

<b>LEADERSHIP</b>	Sharon Smyth-Okana	
<b>FRÉQUENCE</b>	Trimestrielle	
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	3M	
<b>CIBLE</b>	Diminution de 2% par année par rapport au résultat de 2019-2020	
<b>DESCRIPTION</b>	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.	
<b>RÉSULTAT CIBLE</b> 2,223		
<b>INTERPRÉTATION</b>	<p>Un nombre peu élevé est préférable afin de pouvoir offrir à toute la population et particulièrement aux personnes âgées un continuum pertinent et efficace de soins. Un nombre élevé de patients NSA peut indiquer un besoin d'augmentation des capacités en soins communautaires, en établissements résidentiels pour adultes et en foyers de soins niveaux 3-4. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Participons à des rencontres hebdomadaires avec des représentants du Développement social pour prioriser les cas de transferts et réduire les délais</li> <li>- Faisons partie d'un groupe pour la gestion des cas complexes de niveaux de soins alternatifs.</li> </ul>	
<b>INITIATIVES</b>	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

Indicateur: 2.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Nombre de jours Niveau de soins alternatif (NSA)

<b>LEADERSHIP</b>	Sharon Smyth-Okana																					
<b>FRÉQUENCE</b>	Trimestrielle																					
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	3M																					
<b>CIBLE</b>	Diminution de 2% par année par rapport au résultat de 2019-2020																					
<b>DESCRIPTION</b>	<p>Les jours NSA est un indicateur bien connu relié à l'efficacité du système de santé. Même si le nombre de cas NSA est plus ou moins stable, il est important d'analyser le nombre de jours NSA afin de s'assurer que ces patients soient transférés vers un milieu de soins plus approprié et ce, le plus rapidement possible. Il a été prouvé que plus les jours NSA augmentent, plus le temps d'attente à l'urgence pour un lit d'hospitalisation est long. De plus, au cours des dernières années, il a été établi que les personnes âgées en attente de placement risquent de voir leur santé générale et leur bien-être se détériorer lors d'hospitalisations prolongées.</p>																					
<b>RÉSULTAT CIBLE</b>	<table border="1"> <caption>Données de jours NSA par année</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Jours NSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>90,878</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>117,337</td> </tr> <tr> <td>2020-2021</td> <td>78,992</td> </tr> <tr> <td><b>Cible</b></td> <td><b>112,690</b></td> </tr> </tbody> </table>	Année	Jours NSA	2018-2019	90,878	2019-2020	117,337	2020-2021	78,992	<b>Cible</b>	<b>112,690</b>	<table border="1"> <caption>Données de jours NSA par zone (T1 2021-2022)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Jours NSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>8,145</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>2,963</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5,096</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>8,246</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Jours NSA	Zone 1B	8,145	Zone 4	2,963	Zone 5	5,096	Zone 6	8,246
Année	Jours NSA																					
2018-2019	90,878																					
2019-2020	117,337																					
2020-2021	78,992																					
<b>Cible</b>	<b>112,690</b>																					
Zone	Jours NSA																					
Zone 1B	8,145																					
Zone 4	2,963																					
Zone 5	5,096																					
Zone 6	8,246																					
<b>INTERPRÉTATION</b>	<p>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).</p>																					
<b>INITIATIVES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques</li> <li>Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète</li> <li>Instaurer une approche gériatrique</li> <li>Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA</li> <li>Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgence</li> <li>Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> </ul>																				

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

**Non débuté**  
**Complété**

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.3

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

<b>LEADERSHIP</b>	Sharon Smyth-Okana																			
<b>FRÉQUENCE</b>	Trimestrielle																			
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	3M																			
<b>CIBLE</b>	0% (cible établie par l'Équipe de leadership)																			
<b>DESCRIPTION</b>	<p>L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du Réseau. Il est important de surveiller les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon efficiente. Cet indicateur représente l'efficacité de la durée de séjour dans nos hôpitaux pour les cas typiques. Il représente en pourcentage la différence entre la durée de séjour en soins de courte durée pour l'ensemble des hôpitaux du Réseau de santé Vitalité et la durée prévue de séjour de l'ICIS. Les cas typiques excluent les décès, les transferts entre établissements de soins de courte durée, les sorties contre l'avis du médecin et les séjours prolongés (au-delà du point de démarcation). Les jours NSA sont aussi exclus du calcul pour cet indicateur.</p>																			
<b>RÉSULTAT CIBLE</b> 0%	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>8.45%</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>8.66%</td> </tr> <tr> <td>2020-2021</td> <td>4.10%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2021-2022 - T1</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>7.38%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>-2.56%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>8.21%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>-5.72%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Pourcentage	2018-2019	8.45%	2019-2020	8.66%	2020-2021	4.10%	Zone	Pourcentage	Zone 1B	7.38%	Zone 4	-2.56%	Zone 5	8.21%	Zone 6	-5.72%
Année	Pourcentage																			
2018-2019	8.45%																			
2019-2020	8.66%																			
2020-2021	4.10%																			
Zone	Pourcentage																			
Zone 1B	7.38%																			
Zone 4	-2.56%																			
Zone 5	8.21%																			
Zone 6	-5.72%																			
<b>INTERPRÉTATION</b>	<p>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.</p>																			
<b>INITIATIVES</b>	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓																		
	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

Indicateur: 2.4

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence

<b>LEADERSHIP</b>	Sharon Smyth-Okana																																									
<b>FRÉQUENCE</b>	Trimestrielle																																									
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	MIS																																									
<b>CIBLE</b>	57.2% (cible établie par l'Équipe de leadership)																																									
<b>DESCRIPTION</b>	<p>Cet indicateur reflète le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence. Lors d'une visite à l'urgence, la gravité de la visite est codée selon l'échelle de triage et de gravité canadienne. Les visites à l'urgence de niveaux 4 et 5 sont considérées comme moins urgentes. Les visites codées 4 (moins urgentes) sont définies comme des conditions liées à l'âge du client, à la détresse ou au potentiel de détérioration ou de complication. Les clients bénéficieraient d'une intervention ou d'un réconfort dans les 1 à 2 heures. Les visites codées 5 (non urgentes) sont définies comme des conditions qui peuvent être aiguës, mais non urgentes et qui peuvent faire partie d'un problème chronique avec ou sans signes de détérioration. L'investigation ou les interventions pour certaines de ces maladies ou blessures pourraient être retardées ou même référées à d'autres secteurs de l'hôpital ou du système de santé.</p>																																									
<b>RÉSULTAT CIBLE</b>	<p>57.2%</p> <table border="1"> <caption>Données des graphiques</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>2018-2019 - % 4 et 5</th> <th>2019-2020 - % 4 et 5</th> <th>T2 - 2021-2022 - % 4 et 5</th> <th>T2 - 2021-2022 - Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>61.2%</td> <td>60.6%</td> <td>59.2%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>56.2%</td> <td>54.5%</td> <td>51.1%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>58.1%</td> <td>56.9%</td> <td>54.1%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>54.2%</td> <td>54.4%</td> <td>54.4%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>63.9%</td> <td>64.0%</td> <td>64.0%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>47.4%</td> <td>49.2%</td> <td>49.2%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>62.0%</td> <td>62.7%</td> <td>62.7%</td> <td>57.2%</td> </tr> </tbody> </table>		Catégorie	2018-2019 - % 4 et 5	2019-2020 - % 4 et 5	T2 - 2021-2022 - % 4 et 5	T2 - 2021-2022 - Cible	Vitalité	61.2%	60.6%	59.2%	57.2%	Horizon	56.2%	54.5%	51.1%	57.2%	Province	58.1%	56.9%	54.1%	57.2%	Zone 1B	54.2%	54.4%	54.4%	57.2%	Zone 4	63.9%	64.0%	64.0%	57.2%	Zone 5	47.4%	49.2%	49.2%	57.2%	Zone 6	62.0%	62.7%	62.7%	57.2%
Catégorie	2018-2019 - % 4 et 5	2019-2020 - % 4 et 5	T2 - 2021-2022 - % 4 et 5	T2 - 2021-2022 - Cible																																						
Vitalité	61.2%	60.6%	59.2%	57.2%																																						
Horizon	56.2%	54.5%	51.1%	57.2%																																						
Province	58.1%	56.9%	54.1%	57.2%																																						
Zone 1B	54.2%	54.4%	54.4%	57.2%																																						
Zone 4	63.9%	64.0%	64.0%	57.2%																																						
Zone 5	47.4%	49.2%	49.2%	57.2%																																						
Zone 6	62.0%	62.7%	62.7%	57.2%																																						
<b>INTERPRÉTATION</b>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Difficulté à obtenir des rendez-vous dans la communauté</li> <li>-Cliniques sans rendez-vous non accessibles</li> <li>-Résistance des médecins à voir les patients symptomatiques à leurs cliniques en raison de la pandémie.</li> <li>-Surcharge des médecins de famille et difficulté de soutenir les rendez-vous cédulés par l'urgence.</li> <li>-Diminution du nombre de médecins de famille au niveau de la province, spécifiquement à la Zone 4.</li> </ul> <p>Trois initiatives clés sont en place pour soutenir l'atteinte de la cible :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3. L'utilisation de l'application 'InterRAI EDS' par les infirmières du triage dans le but de dépister les aînés vulnérables en communauté pour favoriser un retour à domicile propice et rapide.</li> </ol>																																									
<b>INITIATIVES</b>	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 débuté



Complété



Non conforme au plan et interventions requises

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Nombre de départs volontaires des employés

<b>LEADERSHIP</b>	Johanne Roy	
<b>FRÉQUENCE</b>	Trimestrielle	
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	Méditech	
<b>CIBLE</b>	275 (cible établie selon les résultats de l'année précédente)	
<b>DESCRIPTION</b>	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.	
<b>RÉSULTAT CIBLE</b> 275	<p><b>Vitalité</b></p> <p>2018-2019: 196 2019-2020: 235 2020-2021: 275</p> <p>Siège social: 1 Zone 1B: 34 Zone 4: 23 Zone 5: 14 Zone 6: 23</p> <p>56 (Zone 1B T2)</p> <p>17 (T1 - Cible) 17 (T2 - Cible)</p> <p>Legend: T1 - 2021-2022 - Nombre (light blue), T2 - Nombre (dark blue), T1 - 2021-2022 - Cible (red), T2 - Cible (red)</p>	
<b>INTERPRÉTATION</b>	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 présentait le nombre le moins élevé (16).	
<b>INITIATIVES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>Réviser le programme de reconnaissance, développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle</li> <li>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé</li> <li>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail</li> <li>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</li> <li>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 sujet des ressources offertes et disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> </ul>

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux de roulement

<b>LEADERSHIP</b>	Johanne Roy																											
<b>FRÉQUENCE</b>	Trimestrielle																											
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	Meditech																											
<b>CIBLE</b>	1.67 (cible établie par l'Équipe de leadership)																											
<b>DESCRIPTION</b>	<p>Cet indicateur mesure le nombre de départs à temps plein et à temps partiel sur la moyenne des employés temps plein et temps partiel pour cette même période. Les départs incluent tous les employés qui ont quitté l'organisation pour les raisons suivantes: départs volontaires, retraites, congédiements, fin de contrat et manque de travail.</p>																											
<b>RÉSULTAT CIBLE</b>	<p>1.67</p> <table border="1"> <caption>Taux de roulement (2018-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de roulement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>1.53</td> </tr> <tr> <td>2020-2021</td> <td>1.83</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Taux de roulement	2018-2019	1.67	2019-2020	1.53	2020-2021	1.83	<table border="1"> <caption>Taux de roulement par zone (2021-2022)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Siège social</td> <td>1.52</td> <td>1.79</td> </tr> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1.66</td> <td>3.36</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>2.47</td> <td>2.06</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1.88</td> <td>1.25</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3.07</td> <td>1.25</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	T1	T2	Siège social	1.52	1.79	Zone 1B	1.66	3.36	Zone 4	2.47	2.06	Zone 5	1.88	1.25	Zone 6	3.07	1.25
Période	Taux de roulement																											
2018-2019	1.67																											
2019-2020	1.53																											
2020-2021	1.83																											
Zone	T1	T2																										
Siège social	1.52	1.79																										
Zone 1B	1.66	3.36																										
Zone 4	2.47	2.06																										
Zone 5	1.88	1.25																										
Zone 6	3.07	1.25																										
<b>INTERPRÉTATION</b>	<p>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).</p>																											
<b>INITIATIVES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>Réviser le programme de reconnaissance, développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle</li> <li>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé</li> <li>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail</li> <li>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</li> <li>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 sujet des ressources offertes et disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> </ul>																										



Conforme au plan



Non conforme au plan et mesures correctives en place



Non conforme au plan et interventions requises



Non débuté



Complété

# FICHE EXPLICATIVE

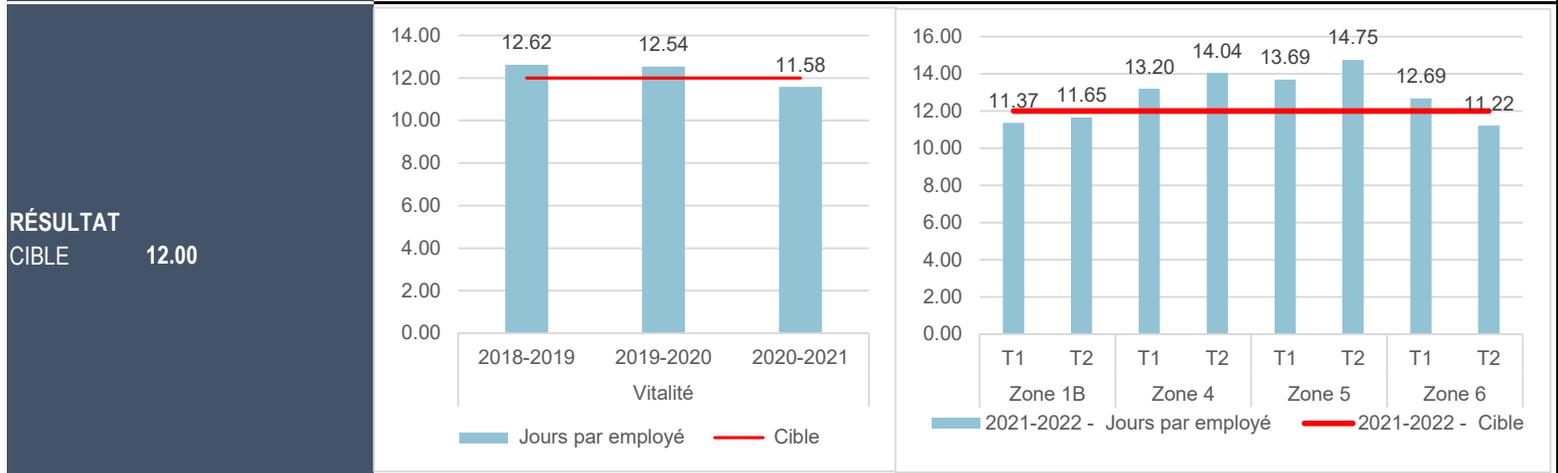
Indicateur: 3.3

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.
-------------	---



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 sujet des ressources offertes et disponibles	✓

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.1

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 incluent des PEP sont les suivants: comité consultatif des patients et familles, comité médical consultatif, comité des soins de santé primaires local (Zone 4), unité clinique apprenante sur le service de chirurgie, comité de travail Récupération rapide après chirurgie, comité gouvernance régional (service de chirurgie), groupe de travail sur la transformation des soins de santé primaire, unité clinique apprenante sur la santé respiratoire, groupe de travail sur l'accès aux services/soins de santé respiratoire, groupe de travail sur la prévention et cessation du tabac et initiative amis des bébés (Zone 4).	
INTERPRÉTATION	L'atteinte de la cible est souhaitable (22 patients partenaires) puisque l'expertise et la compréhension du système de santé acquise lors d'expériences vécues au sein du Réseau des patients partenaires aide le Réseau à comprendre ce qui compte le plus pour les patients et les familles. 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



Non conforme au plan et mesures correctives en place



Non conforme au plan et interventions requises



Non débuté



Complété

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.2

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**



**Non conforme au plan et mesures correctives en place**



**Non conforme au plan et interventions requises**



**Non débuté**



**Complété**

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.3

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	<p>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.</p>	
RÉSULTAT	<p>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.</p>	
INTERPRÉTATION	<p>Le Réseau de santé Vitalité vise de conclure une entente avec 3 nouveaux partenariats en 2021-2022.</p>	
INITIATIVES	Développer des ententes avec les universités et autres organismes affiliés	✓
	Intégrer des partenaires dans les initiatives du Réseau	✓



Conforme au plan



Non conforme au plan et mesures correctives en place



Non conforme au plan et interventions requises



Non débuté



Complété

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 5.1

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	<p>Cette mesure reflète le pourcentage d'achèvement du plan stratégique spécifique au secteur des technologies de l'information et des télécommunications. Les étapes considérées dans le calcul sont toutes celles se déroulant entre l'élaboration de planification stratégique des TI et son approbation.</p>	
RÉSULTAT	<p style="text-align: center;">Taux d'achèvement</p> <div style="text-align: center;">  <p>98%</p> </div>	
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**



**Non conforme au plan et mesures correctives en place**



**Non conforme au plan et interventions requises**



**Non débuté**



**Complété**

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 5.2

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 approuvées 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**



**Non conforme au plan et mesures correctives en place**



**Non conforme au plan et interventions requises**



**Non débuté**



**Complété**

# 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	<p style="text-align: center;">Somme de Nombre de consultations cliniques</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Nombre de consultations cliniques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 - 2021-2022</td> <td>2,913</td> </tr> <tr> <td>T2 - 2021-2022</td> <td>1,548</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Nombre de consultations cliniques	T1 - 2021-2022	2,913	T2 - 2021-2022	1,548
Trimestre	Nombre de consultations cliniques							
T1 - 2021-2022	2,913							
T2 - 2021-2022	1,548							
INTERPRÉTATION	<p>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.</p>							
INITIATIVES	Développer les soins virtuels	✓						



Conforme au plan



Non conforme au plan et mesures correctives en place



Non conforme au plan et interventions requises



Non débuté



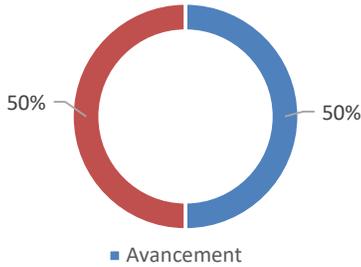
Complété

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 5.4

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	<p>Pourcentage d'avancement</p>  <p>50% 50%</p> <p>■ Avancement</p>	
INTERPRÉTATION	Cet indicateur inclut uniquement les équipements de plus de 100 000 \$.	
INITIATIVES	Compléter les travaux pour le nouveau bloc opératoire et les soins intensifs au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	✓
	Voir à la mise en œuvre du plan directeur du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	✓

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

○	Non débuté
☑	Complété

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 6.1

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	<p>Cet indicateur reflète le nombre d'unités cliniques apprenantes (UCAs) en place au sein du Réseau. Les UCAs sont des équipes multidisciplinaires régionales qui regroupent des patients, des médecins, des professionnels de la santé, des gestionnaires des activités cliniques, des décideurs, et des chercheurs. Chaque unité clinique apprenante porte sur une thématique en santé et se concentre sur des lacunes et des problèmes dans les soins cliniques en tenant compte des besoins des patients, des professionnels et des décideurs. Le cycle d'une unité clinique apprenante est de 3 ans.</p>	
RÉSULTAT	<p>Le Réseau de santé Vitalité a présentement 3 unités cliniques apprenantes (UCAs) en place. Les UCAs sont les suivantes: santé des aînés (décembre 2019), soins chirurgicaux (janvier 2020) et santé respiratoire (janvier 2020).</p>	
INTERPRÉTATION	<p>Le Réseau 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.</p>	
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



Non conforme au plan et mesures correctives en place



Non conforme au plan et interventions requises



Non débuté



Complété

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 6.2

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 recommandations 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 en 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



Non conforme au plan et mesures correctives en place



Non conforme au plan et interventions requises



Non débuté



Complété

**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 bénéfécies		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

INDICATEURS/MESURES		LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
<b>Quadrant: Qualité/ Satisfaction à la clientèle</b>										
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%	✗			
<b>Quadrant: Financiers</b>										
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

INDICATEURS/MESURES		LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
<b>Quadrant: Financiers</b>										
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	✓	✓		
<b>Quadrant: Opérationnel</b>										
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

INDICATEURS/MESURES		LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
<b>Quadrant: Opérationnel</b>										
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%	✗	!		
<b>Quadrant: Ressources Humaines</b>										
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

INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
<b>Quadrant: Ressources Humaines</b>									
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

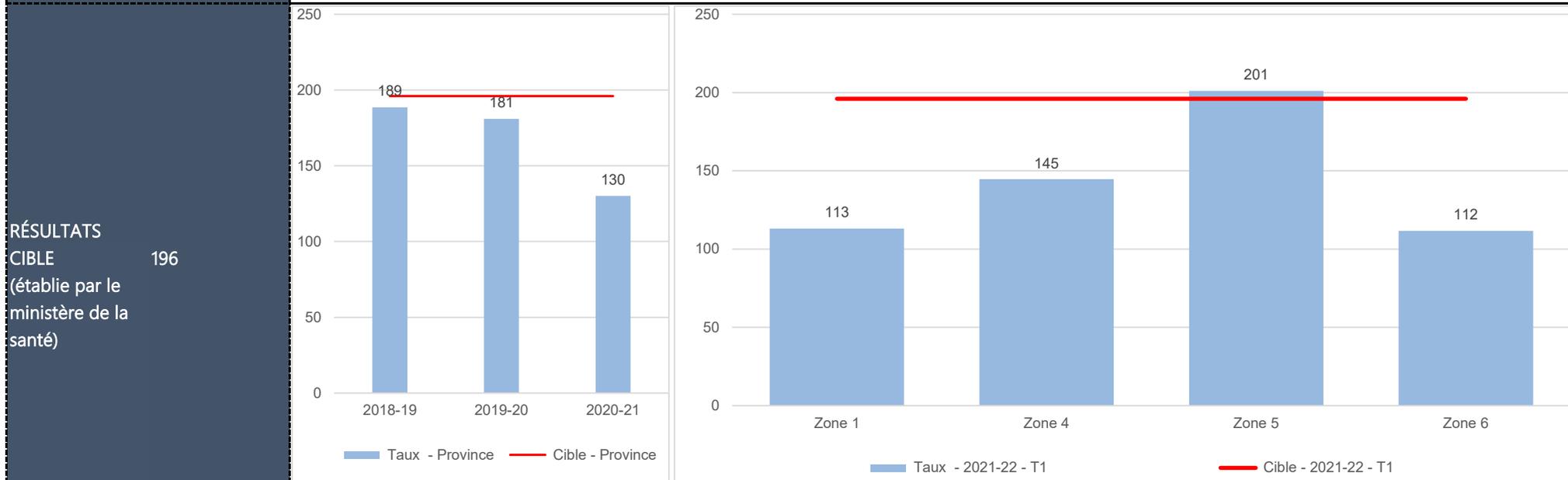
## FICHE EXPLICATIVE

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

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



**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	○	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		Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire	✓
SOURCE DE DONNÉES	CSDC-SPSC			
DÉFINITION	Cet indicateur permet aux services de santé mentale aux adultes et de traitement des dépendances de déterminer si les clients reçoivent des services dans les délais souhaités. Une prise en charge rapide des patients peut éviter des hospitalisations ou des réadmissions. Cet indicateur se calcule en divisant le nombre de clients de catégorie modérée vu dans les 40 jours divisés par le nombre total de clients dans cette catégorie.			
RÉSULTATS	<p><b>CIBLE (vise à ce 100% que tous les patients avec une priorité modérée soient traités dans les 40 jours)</b></p>			
ANALYSE ET INTERPRÉTATION	<p>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 %).</p> <p>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.</p>			

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

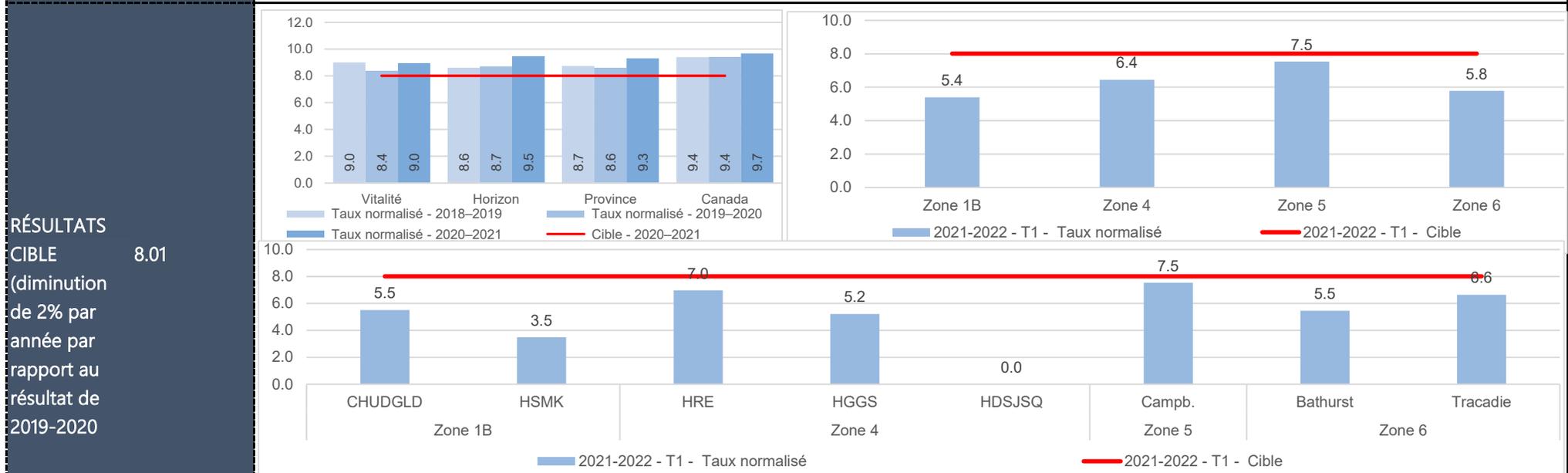
## FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux de réadmission 30 jours

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

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



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

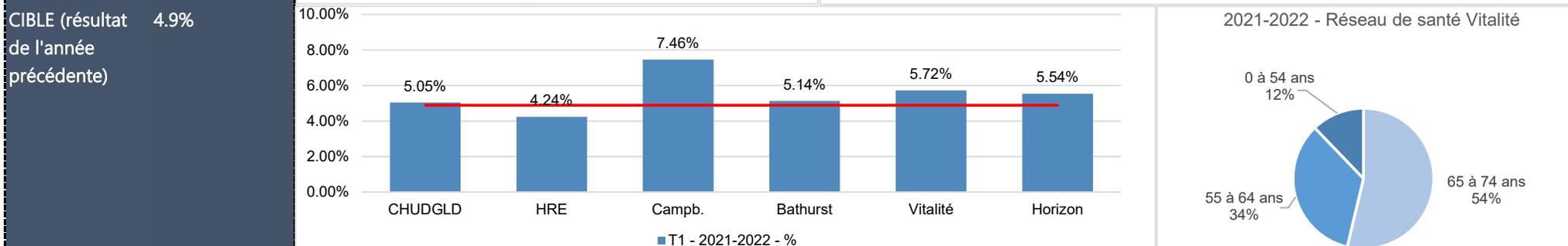
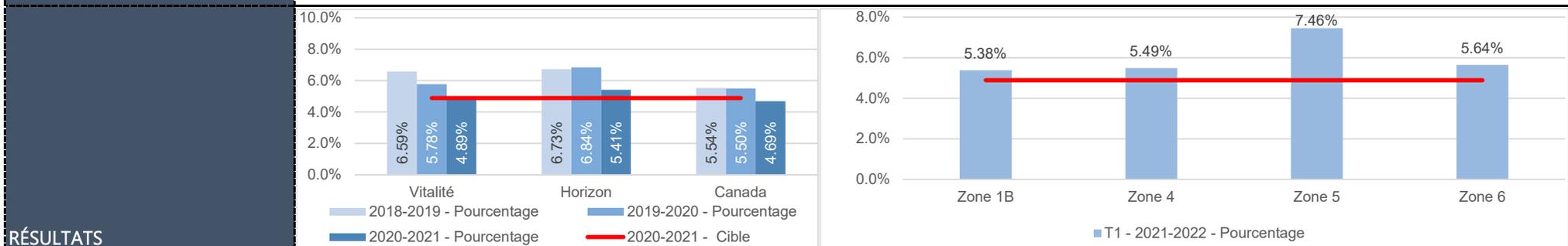
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

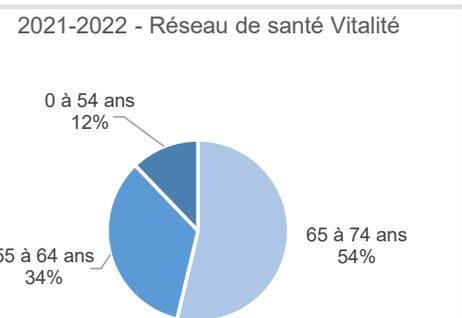
## % de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires

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.



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un faible taux est souhaitable. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins de santé primaire appropriés. Le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires a diminué au sein du Réseau de santé Vitalité depuis les trois dernières années. De plus, le taux était plus bas que le Réseau de santé Horizon. Au 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**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**

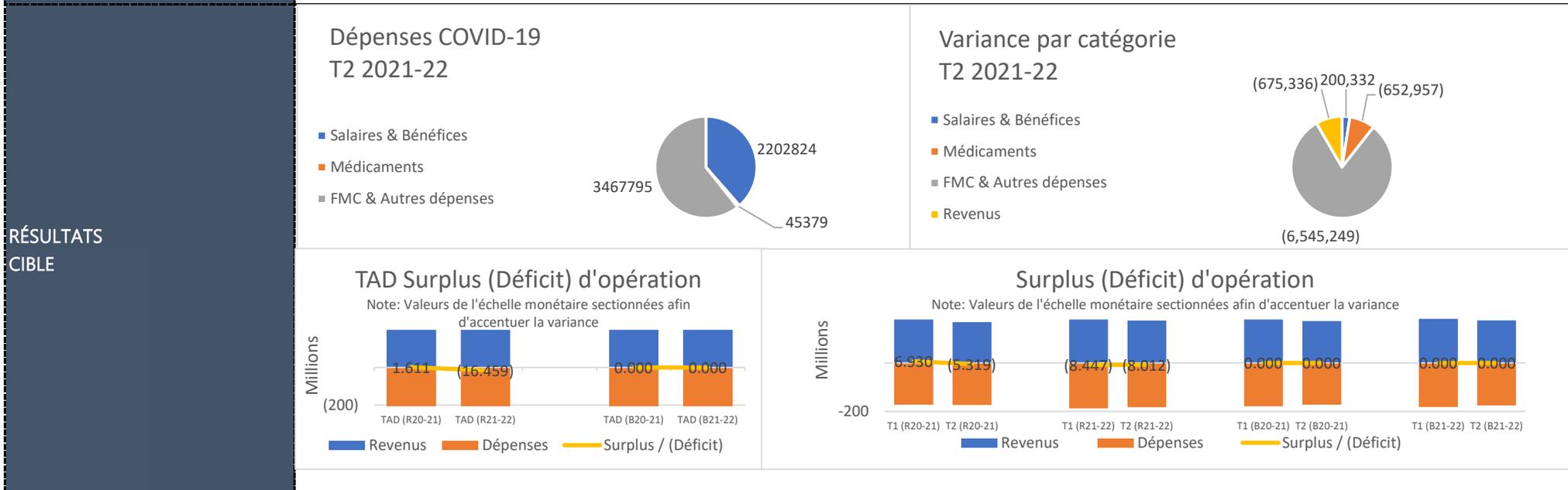
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Variance entre le budget et les dépenses actuelles

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
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 inclut 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**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**

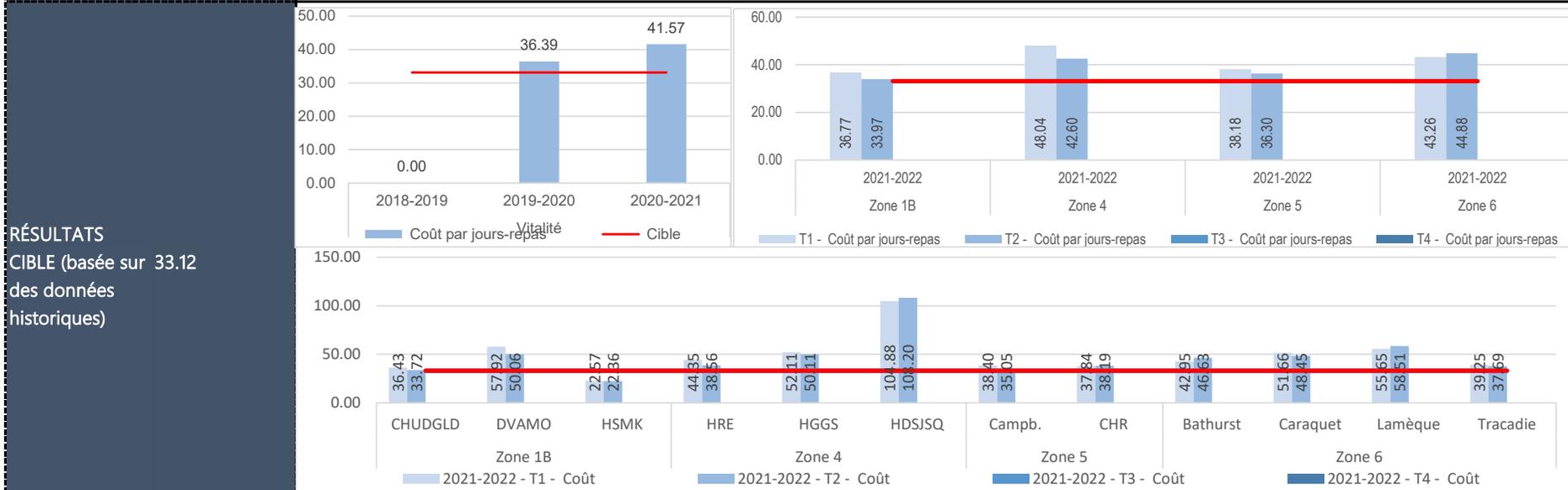
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Coût par jour repas

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Les résultats comparatifs à date pour les trois dernières années sont présentés. Le 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
- 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

## 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		

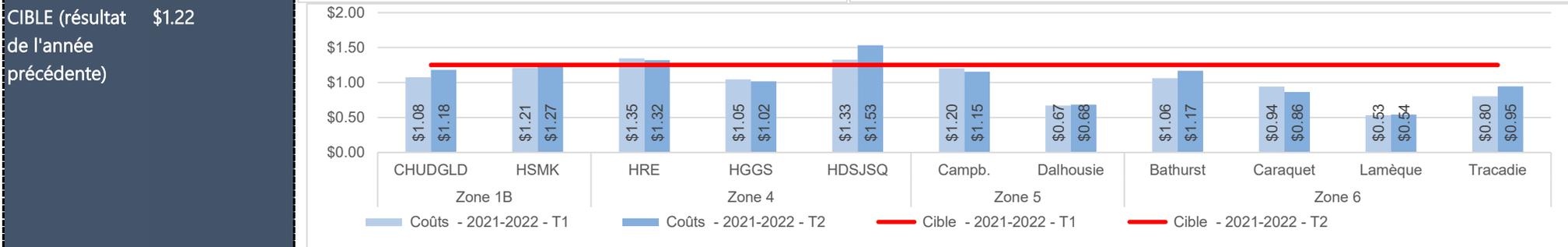
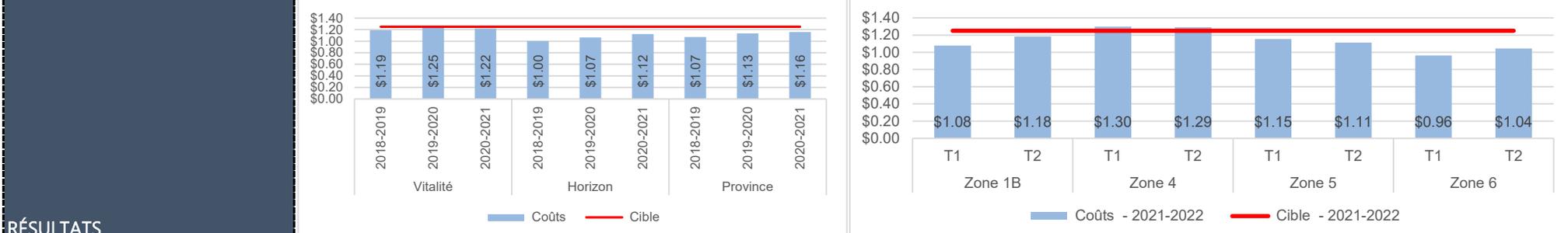
# FICHE EXPLICATIVE

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 efficacité.



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

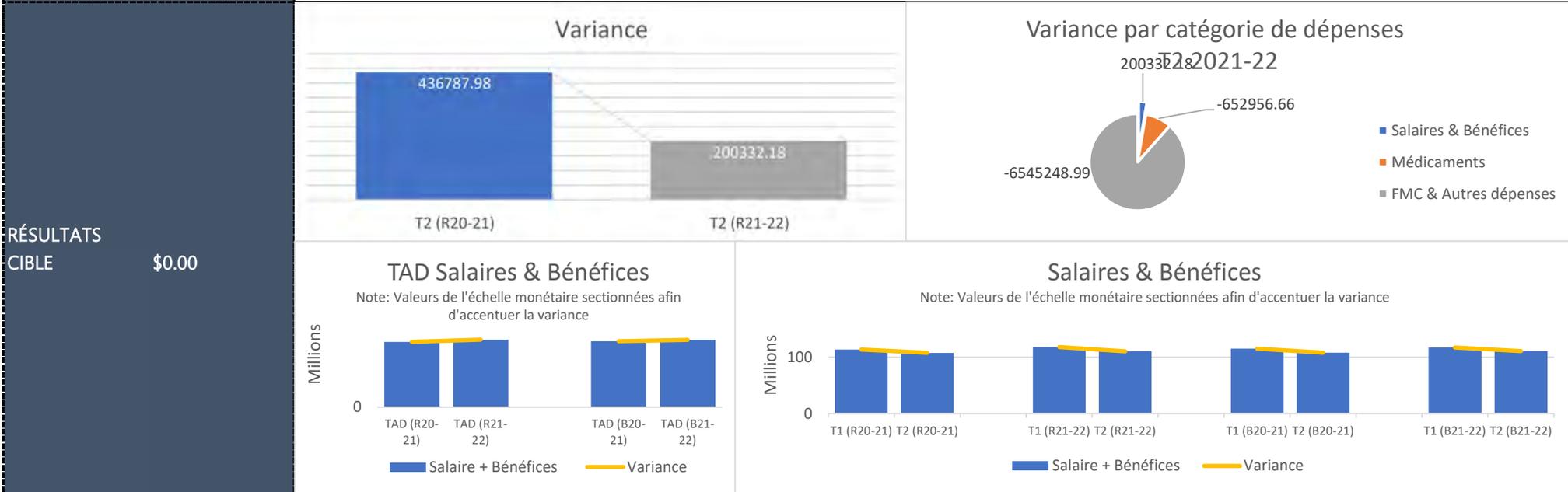
# FICHE EXPLICATIVE

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.



**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	○	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

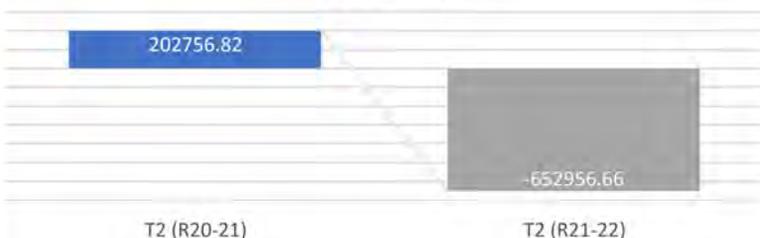
## Variance en dépenses médicaments

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

Variance

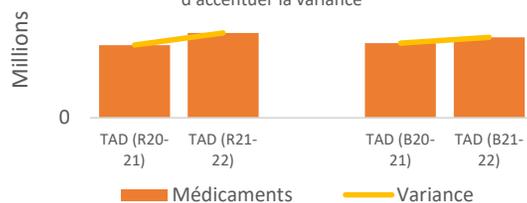


Variance par catégorie de dépenses



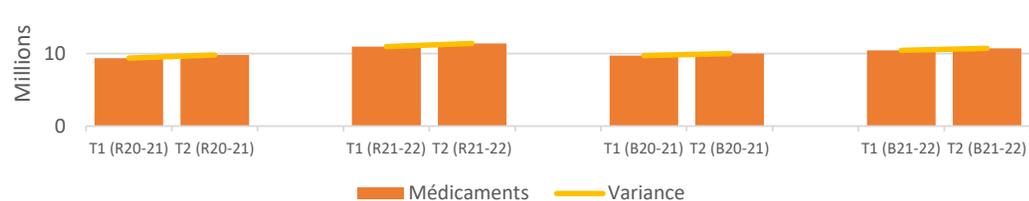
TAD Médicaments

Note: Valeurs de l'échelle monétaire sectionnées afin d'accroître la variance



Médicaments

Note: Valeurs de l'échelle monétaire sectionnées afin d'accroître la variance



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

# FICHE EXPLICATIVE

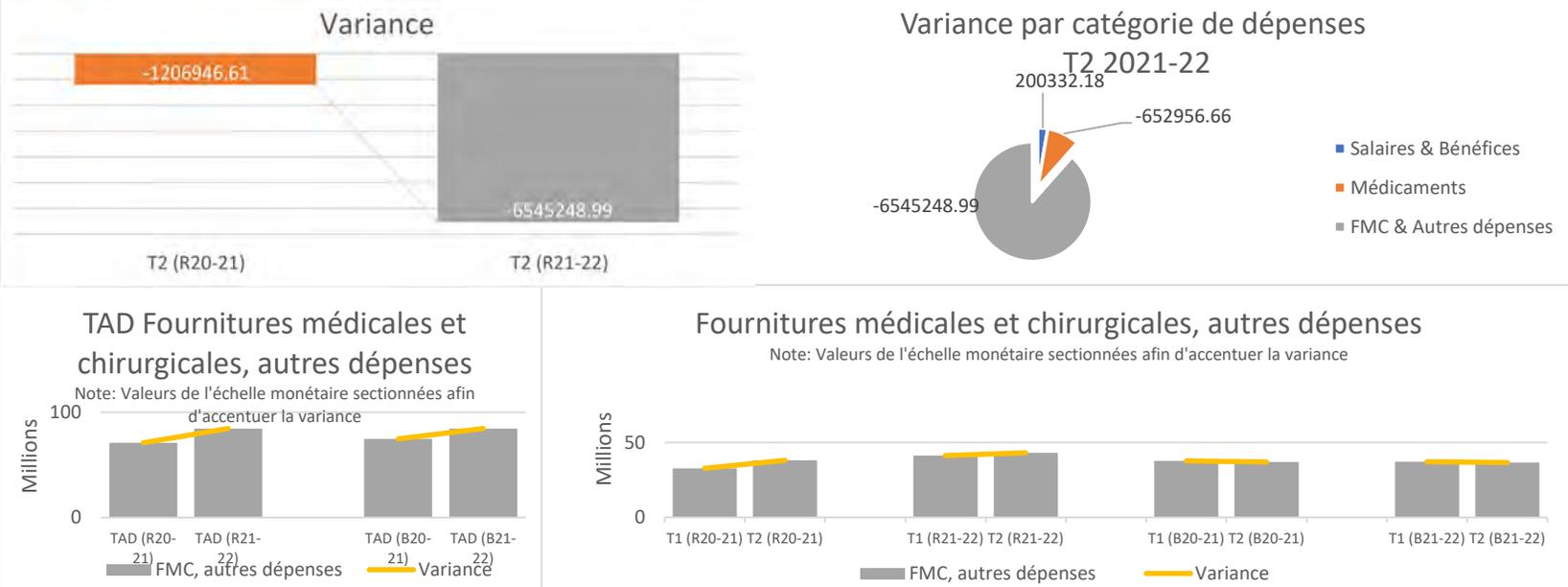
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses

<b>LEADERSHIP</b>	Gisèle Beaulieu	<b>INITIATIVES</b>	Voir à la mise en œuvre du plan directeur du CHUDGLD	✓
<b>FRÉQUENCE</b>	Trimestrielle		Compléter les travaux pour le nouveau bloc opératoire et les soins intensifs au CHUDGLD et compléter les travaux pour l'agrandissement à l'hôpital régional Chaleur	✓
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	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**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**

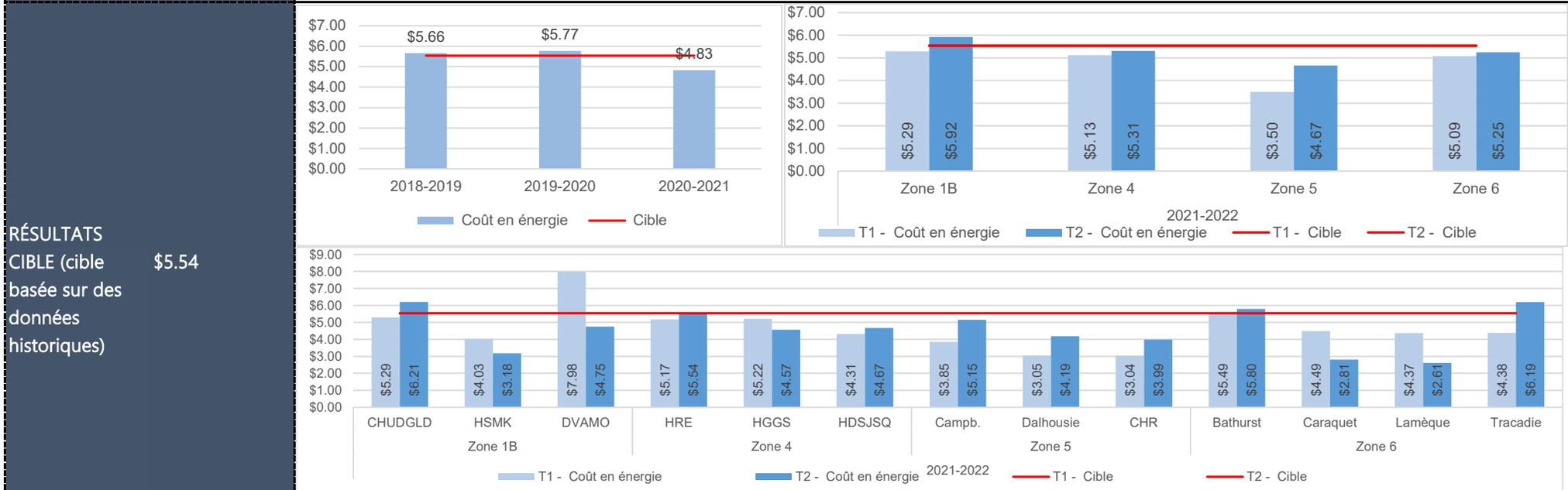
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## 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.



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

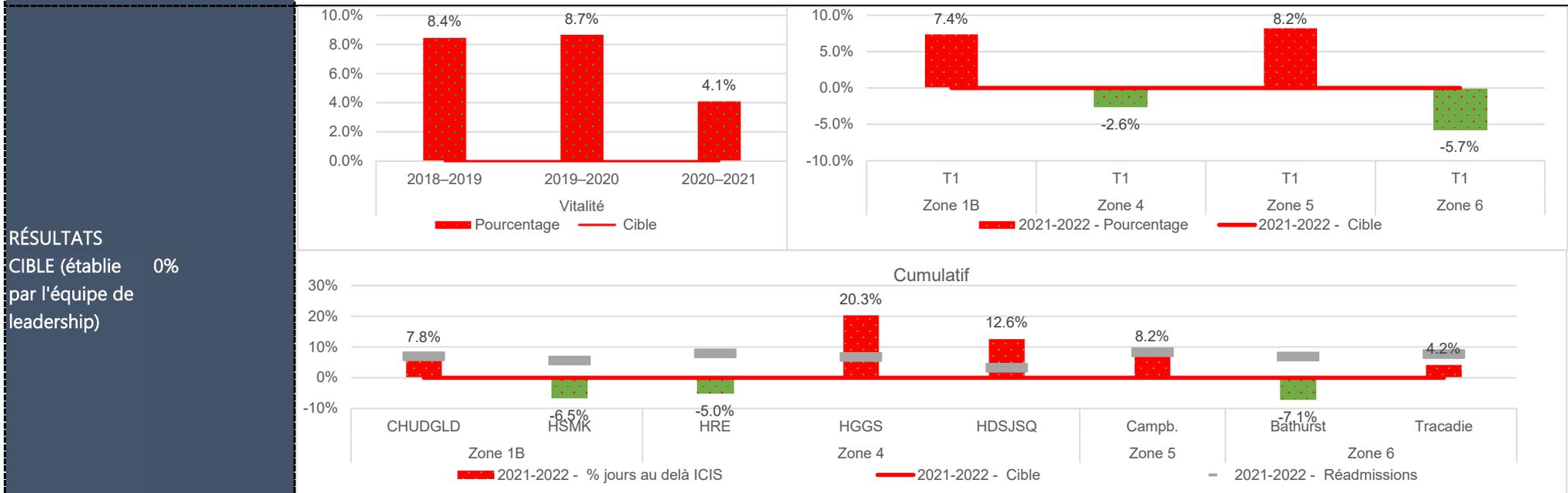
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



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

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

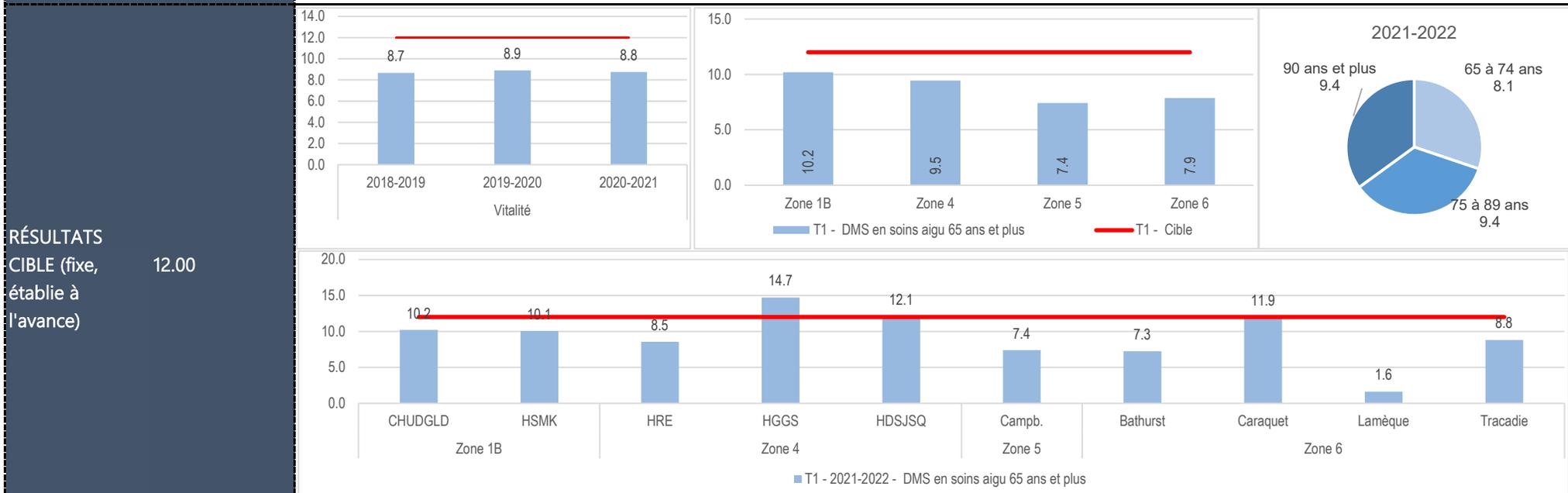
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un séjour plus court est souhaitable. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. Au 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**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**

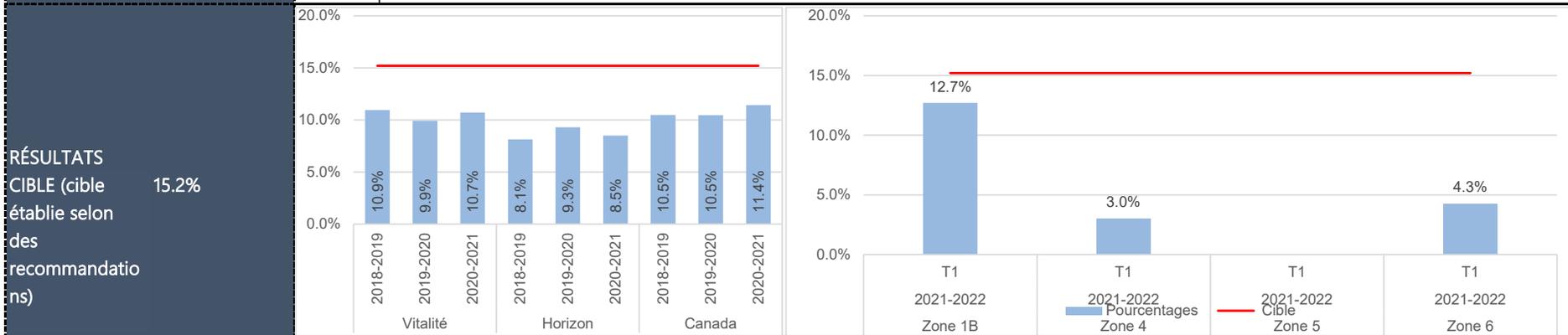
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux de césarienne à faibles risques

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
 Un faible taux est souhaitable. Les variations des résultats de cet indicateur pourraient faire état de différences dans la pratique clinique. Cet indicateur permet de signaler les éléments à améliorer et de réduire les taux de césariennes. Bien qu'il soit limité à une population à très faible risque, les efforts de réduction des taux de césariennes dans cette population pourraient entraîner une réduction globale des taux. Au 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.

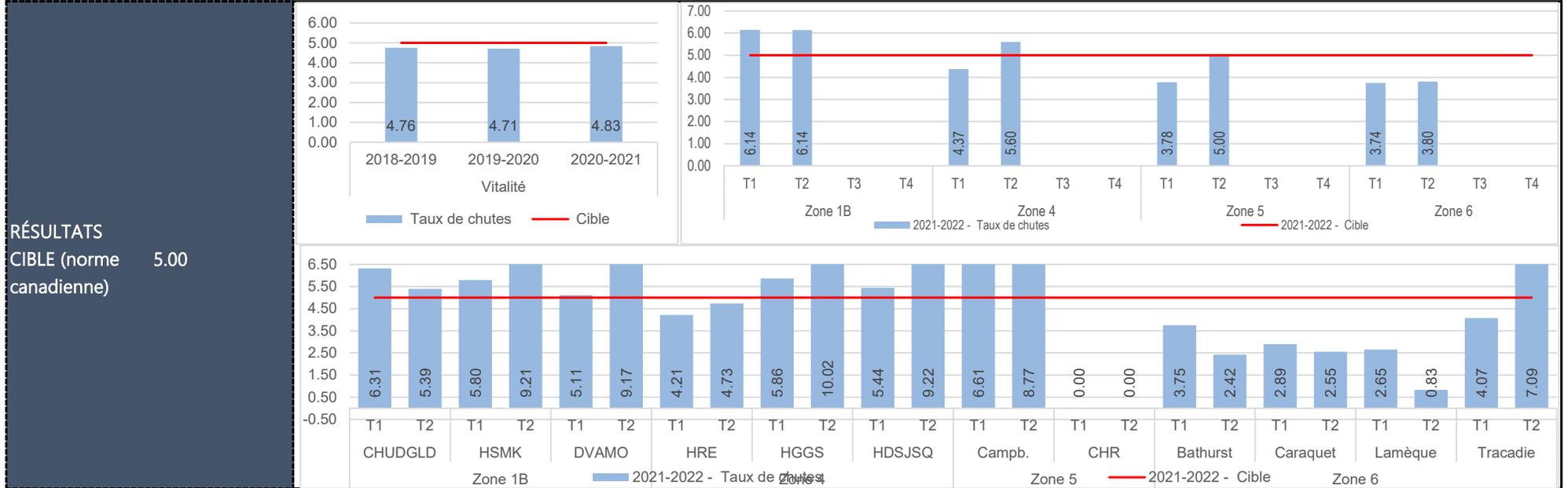
- ✓ **Conforme au plan**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux de chutes

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
 Un résultat faible est souhaitable car les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Un taux de chutes élevé présente également un potentiel de litige important pour le Réseau de santé Vitalité. Au deuxième trimestre de 2021-2022, le taux de chutes était le plus élevé dans la Zone 1B (6.14).

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

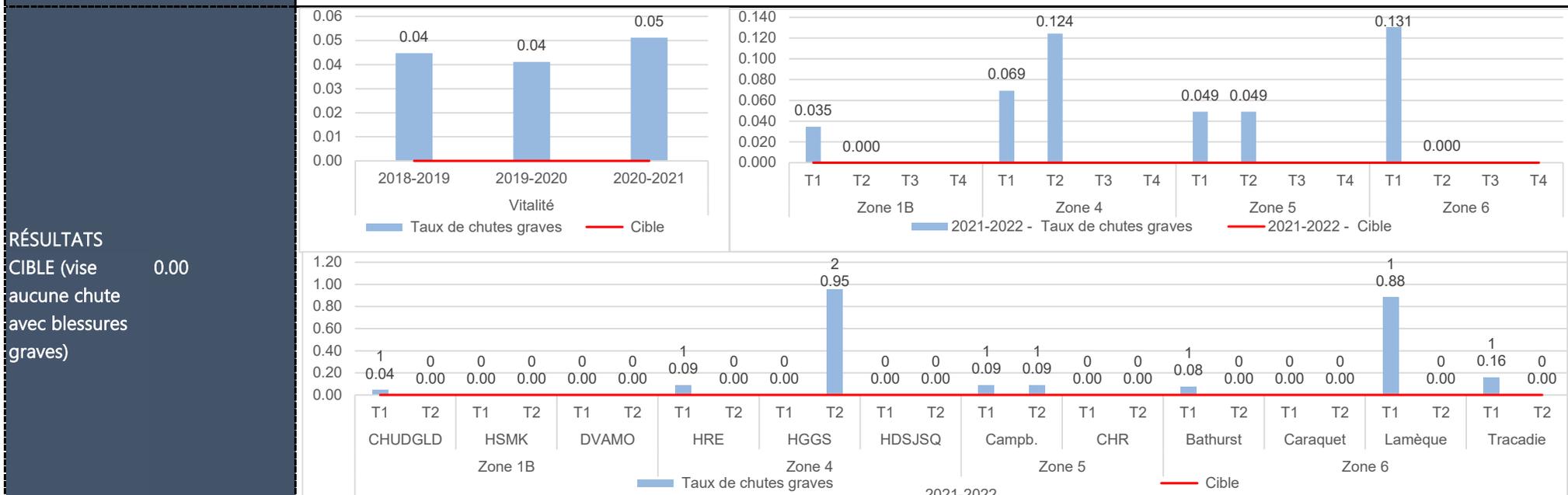
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux de chutes avec blessures graves

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
 Un résultat faible est souhaitable car chez les personnes âgées, les chutes peuvent mener à une perte d'autonomie, de mobilité et augmentent le risque de décès précoce. La réduction des chutes et des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les patients et réduire les coûts. Au 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	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

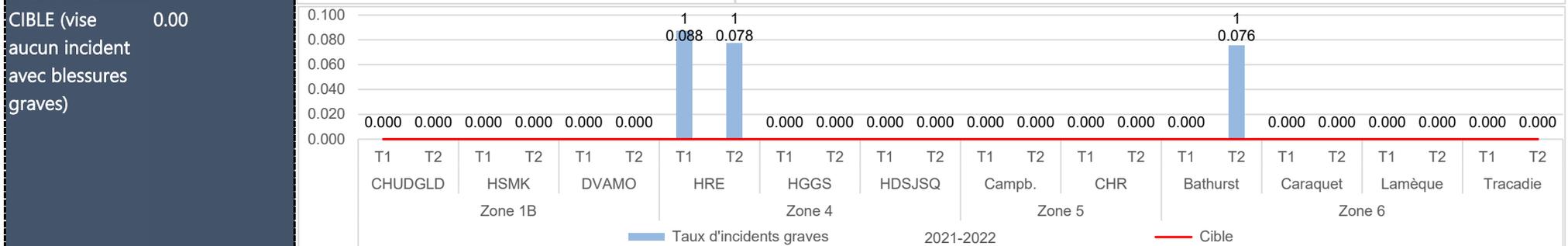
# FICHE EXPLICATIVE

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.



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

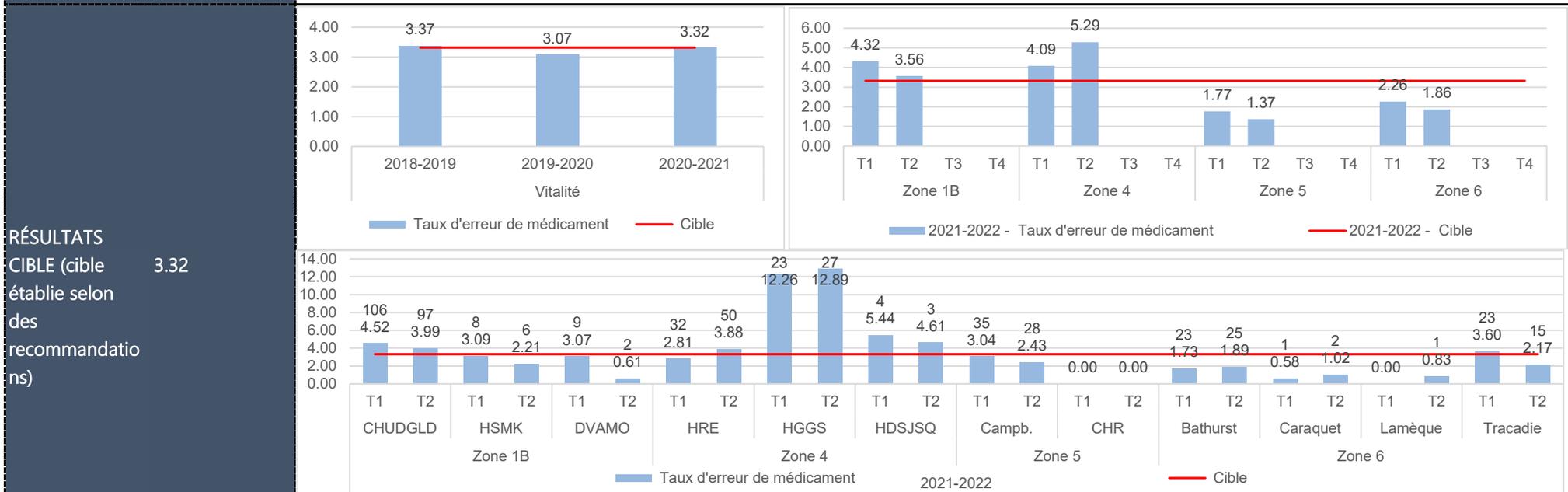
# FICHE EXPLICATIVE

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



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

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

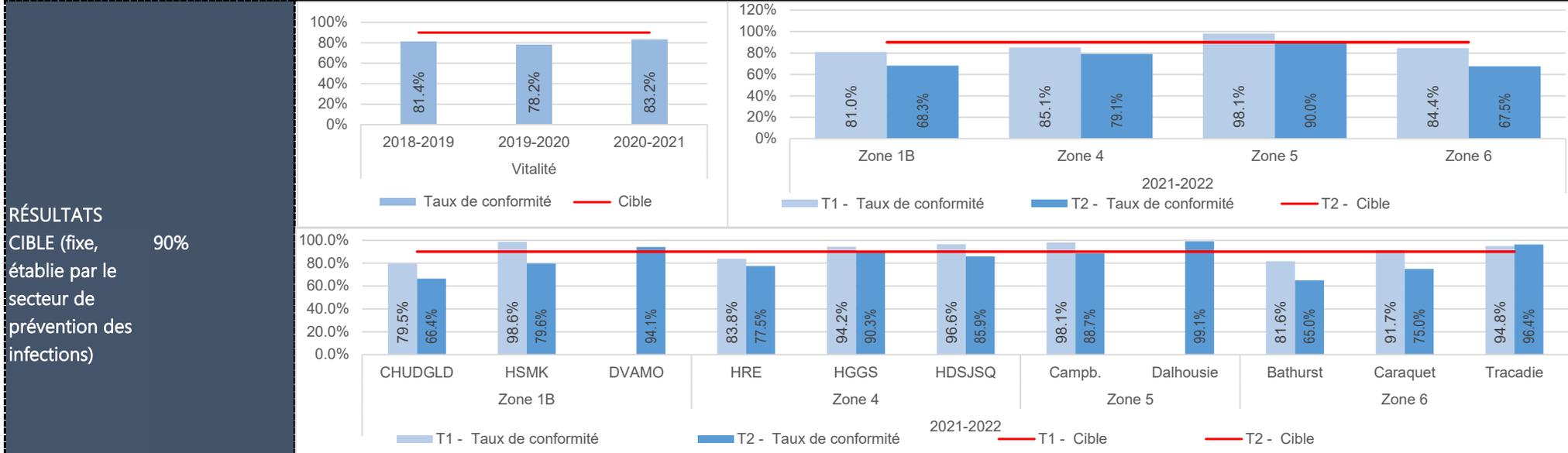
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux 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.



**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 - moussueux, manque de produits d'hygiène des mains, etc.) et des suivis sont faits.
- Les résultats des audits sont partagés avec les gestionnaires, directeurs et vice-présidents pour suivi.
- Les résultats des audits sont affichés sur les tableaux blancs de chaque unité

✓	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

## Taux d'infection Clostridium difficile

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

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



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

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

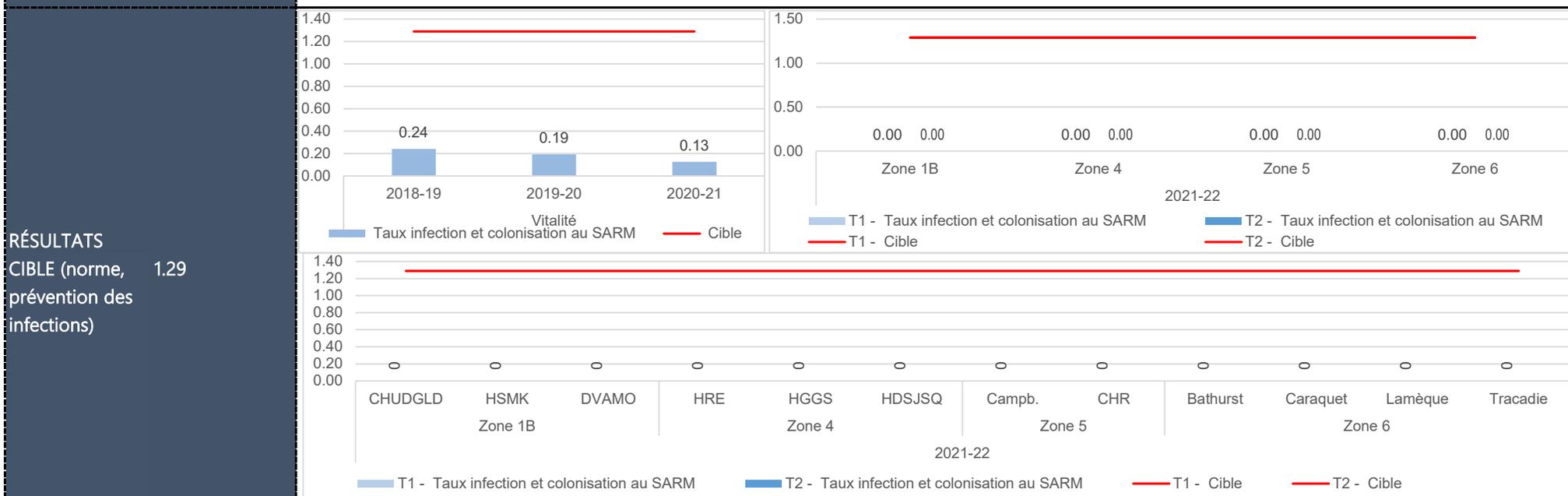
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux d'infection et de colonisation au SARM

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

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



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

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

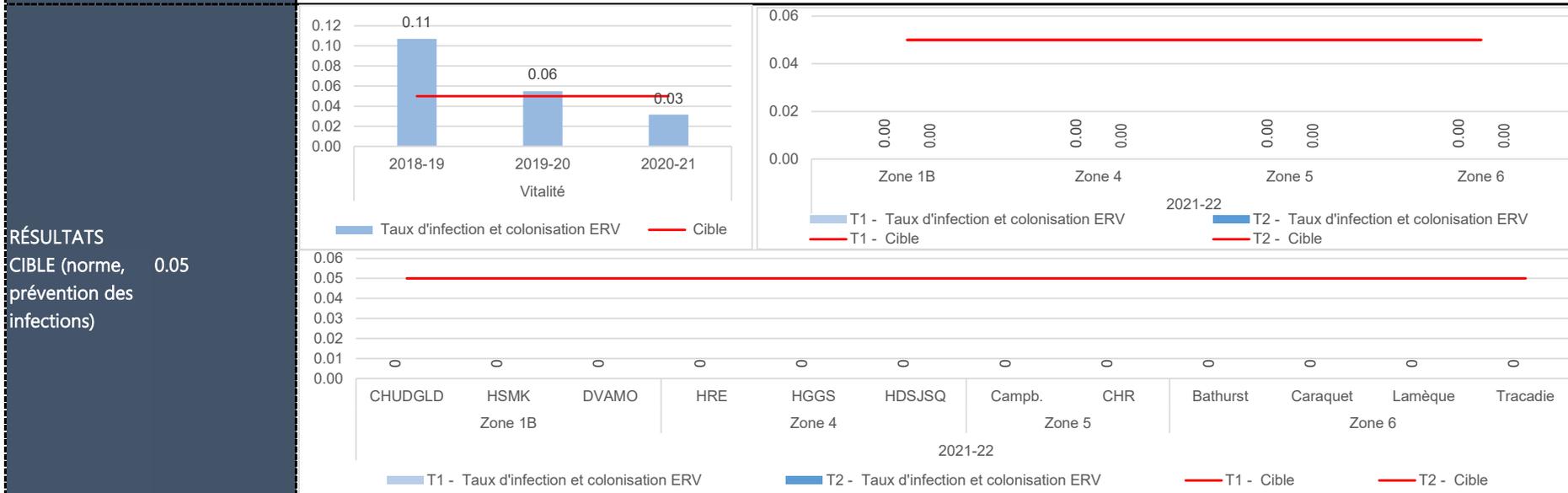
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux d'infection et de colonisation ERV

<b>LEADERSHIP</b>	Gisèle Beaulieu	<b>INITIATIVES</b>	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
<b>FRÉQUENCE</b>	Trimestrielle			
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	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.



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

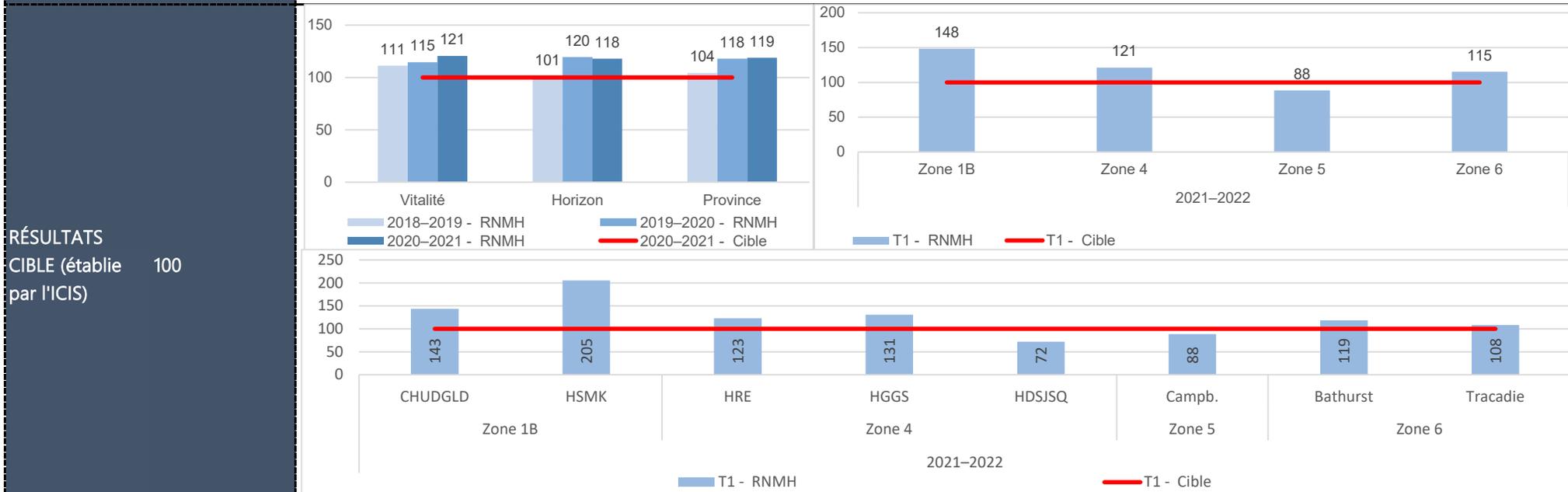
# FICHE EXPLICATIVE

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.



**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 élevé (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	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

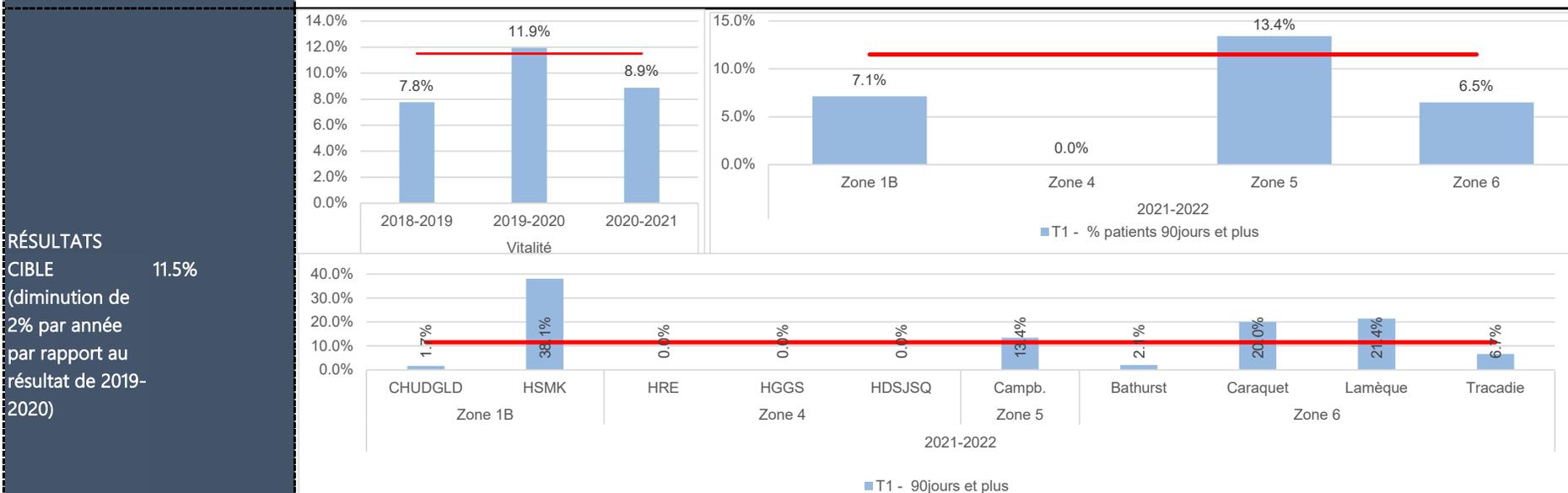
# FICHE EXPLICATIVE

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.



**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 élevé (38.1 %) au premier trimestre.

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

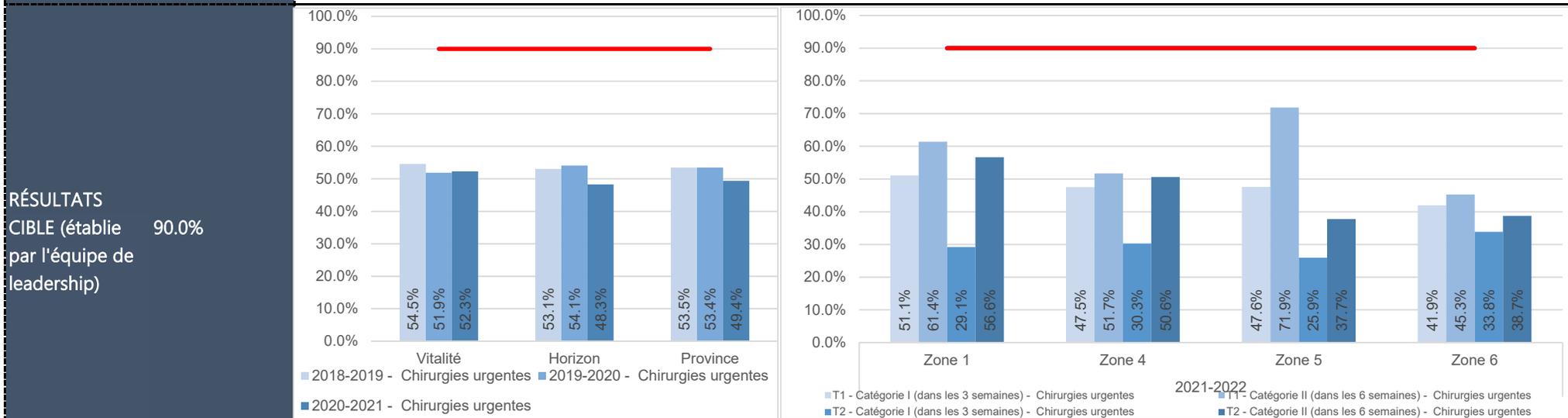
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## % chirurgies urgentes effectuées dans les délais

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
 Un pourcentage élevé de chirurgies urgentes effectuées dans les délais est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais (catégories 1 et 2) est à la baisse depuis les 3 dernières années, passant de 54.5 % en 2018-2019 à 52.3 % en 2020-2021. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19. Atteindre la cible fixée reste un défi pour le 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	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

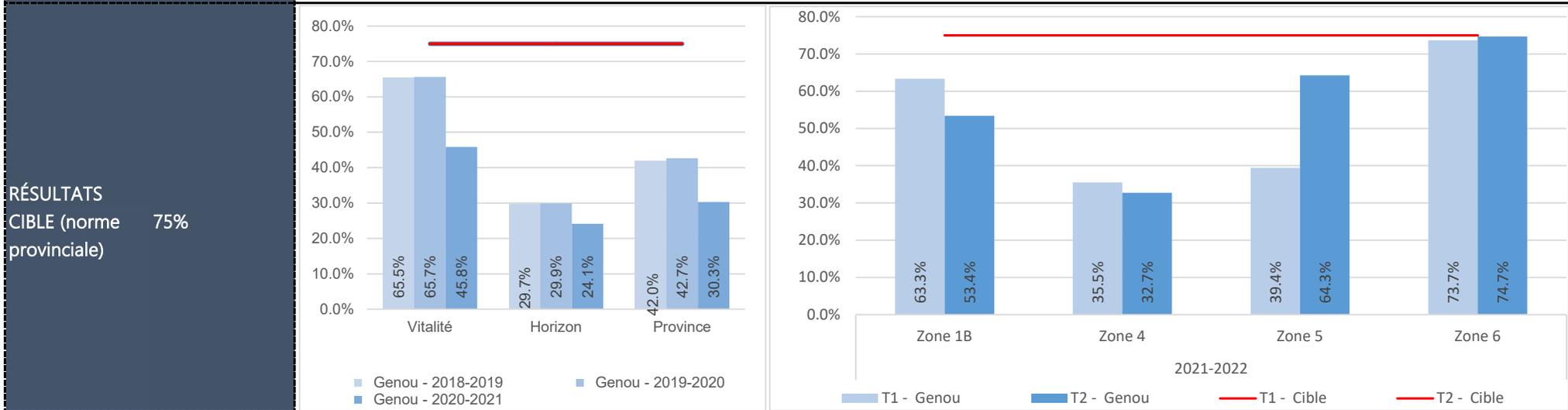
# FICHE EXPLICATIVE

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.



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un pourcentage élevé de chirurgie d'arthroplastie du genou effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgie arthroplastie du genou effectuées dans les délais est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité, passant de 65.5 % à 45.8 %. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.  
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	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

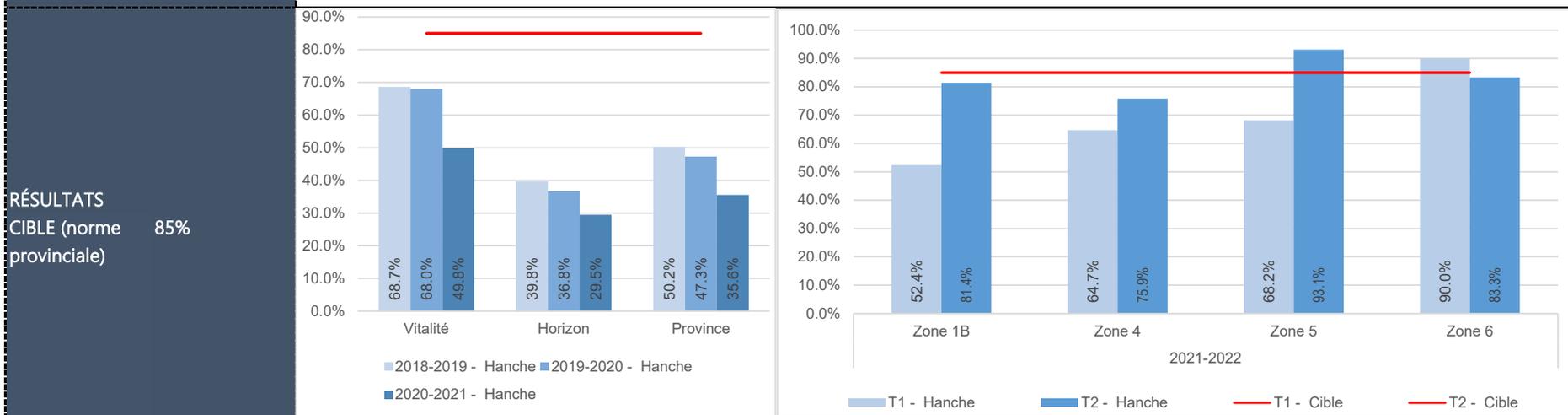
# FICHE EXPLICATIVE

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.



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un pourcentage élevé de chirurgies arthroplastie de la hanche effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 68.7 % en 2018-2019 à 49.8 % en 2020-2021. Pour le 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
- Non conforme au plan et mesures correctives en place
- ✗ Non conforme au plan et interventions requises
- Non débuté
- ☑ Complété

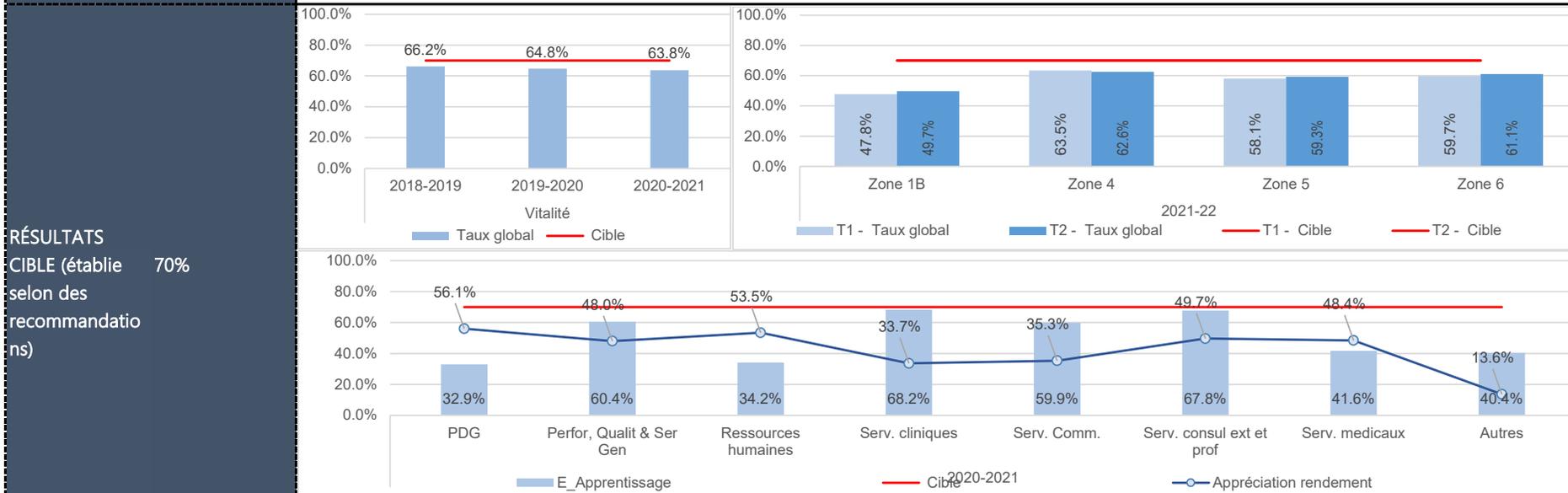
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux global aux modules e-apprentissage

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un taux global aux modules e-apprentissage élevé est souhaitable puisqu'il favorise une culture d'entreprise axées sur l'apprentissage des employés. Le taux est à la baisse depuis les trois dernières années, passant de 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 données 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	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

# FICHE EXPLICATIVE

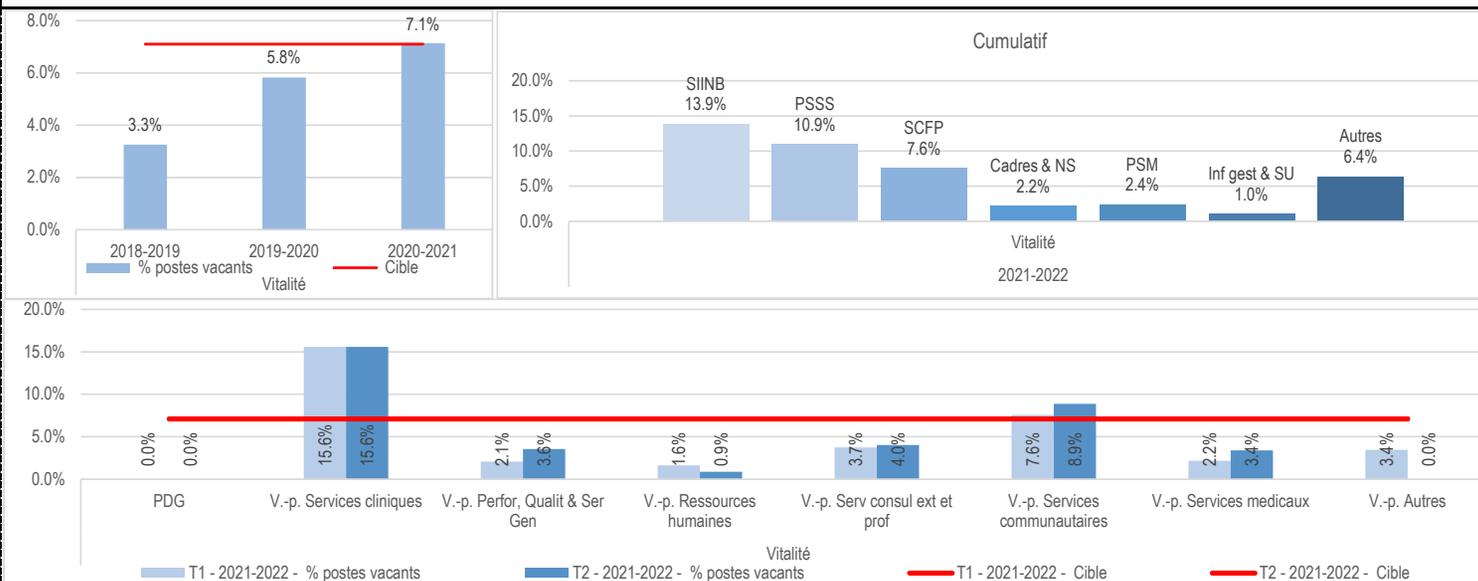
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

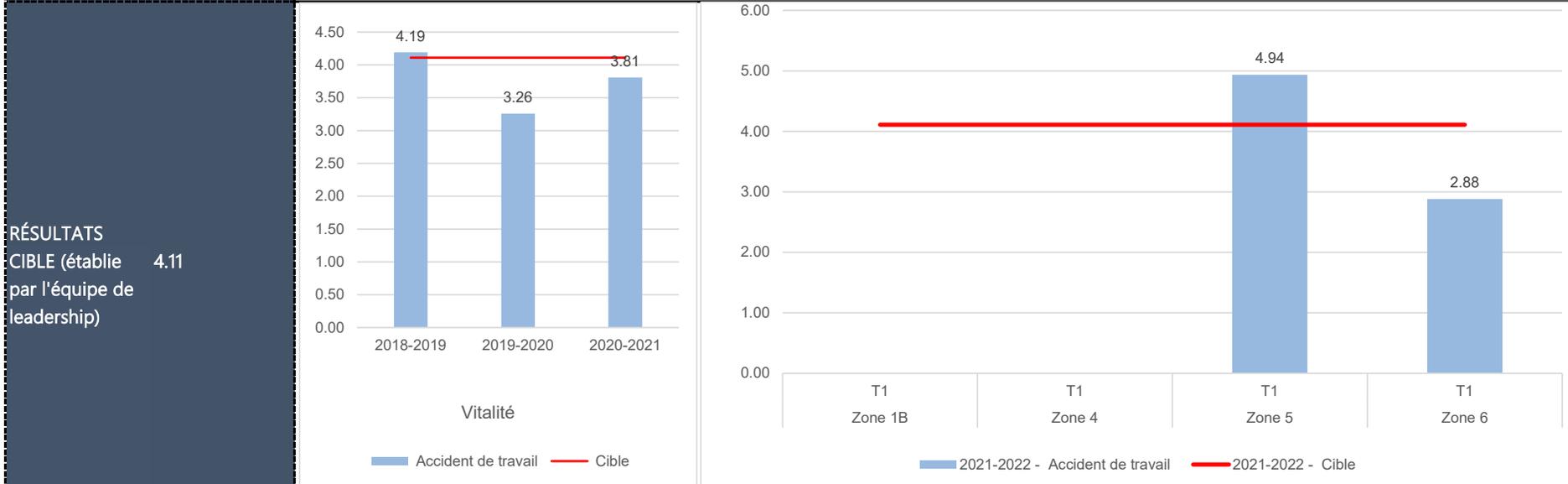
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux d'accidents du travail

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un taux d'accidents du travail peu élevé est souhaitable. Un taux élevé peut dénoter des lacunes au niveau des meilleures pratiques hospitalières affectant la productivité du personnel au travail à long terme. Depuis les trois dernières années, le Réseau enregistre une baisse du taux d'accidents du travail, passant de 4.19 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
- Non conforme au plan et mesures correctives en place
- ✗ Non conforme au plan et interventions requises
- Non débuté
- ☑ Complété

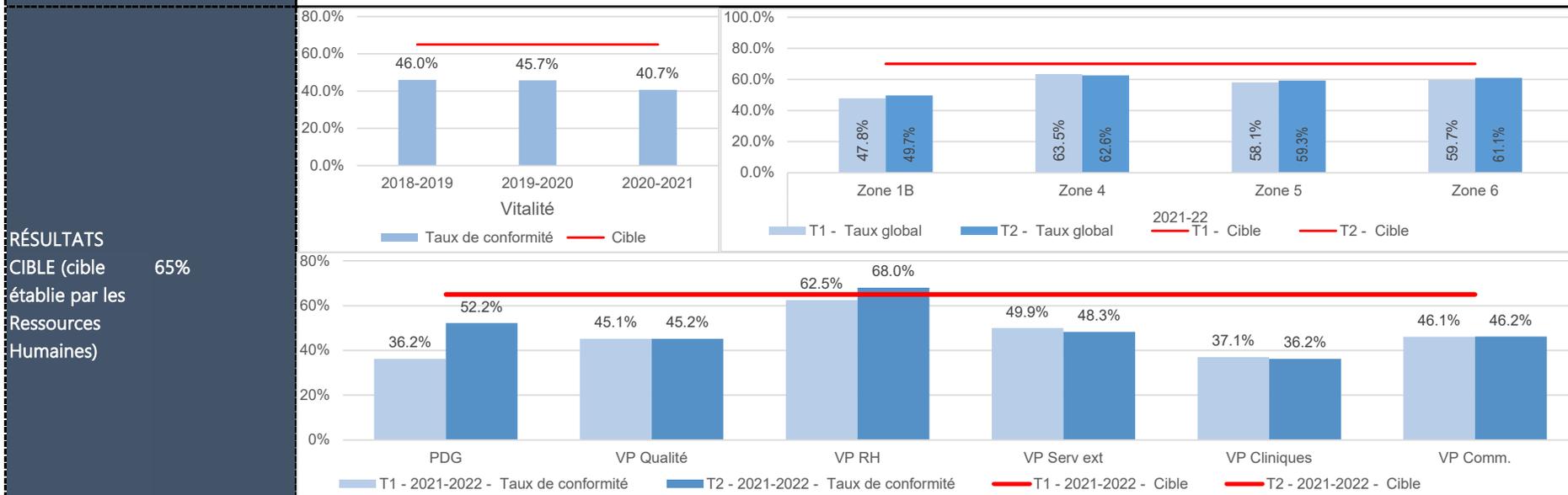
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux 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.



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

# FICHE EXPLICATIVE

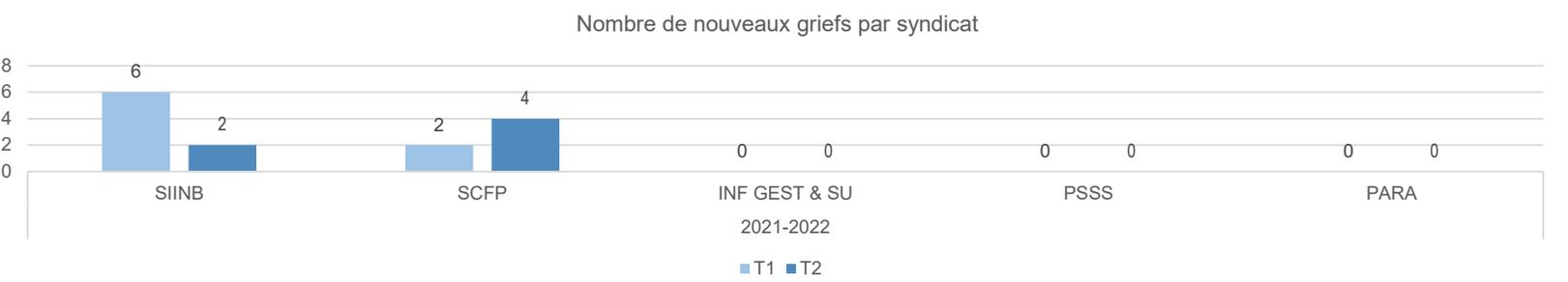
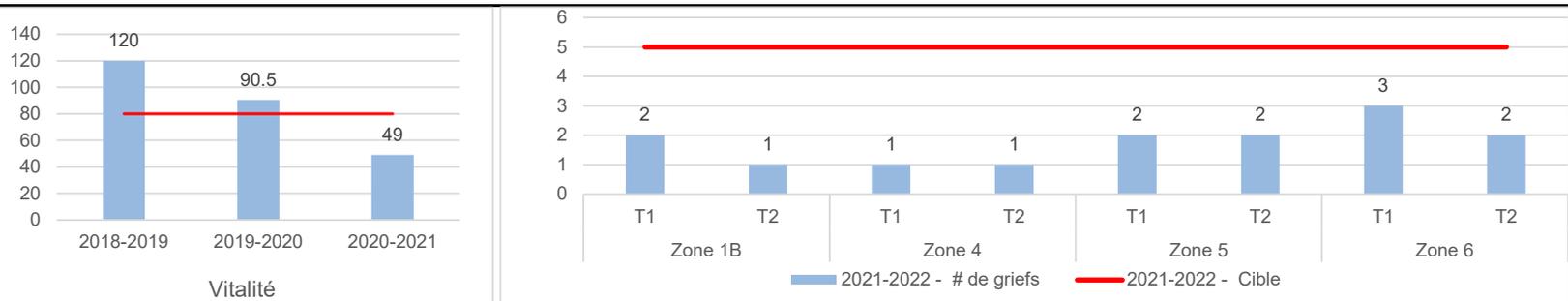
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Nombre de 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**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**

# FICHE EXPLICATIVE

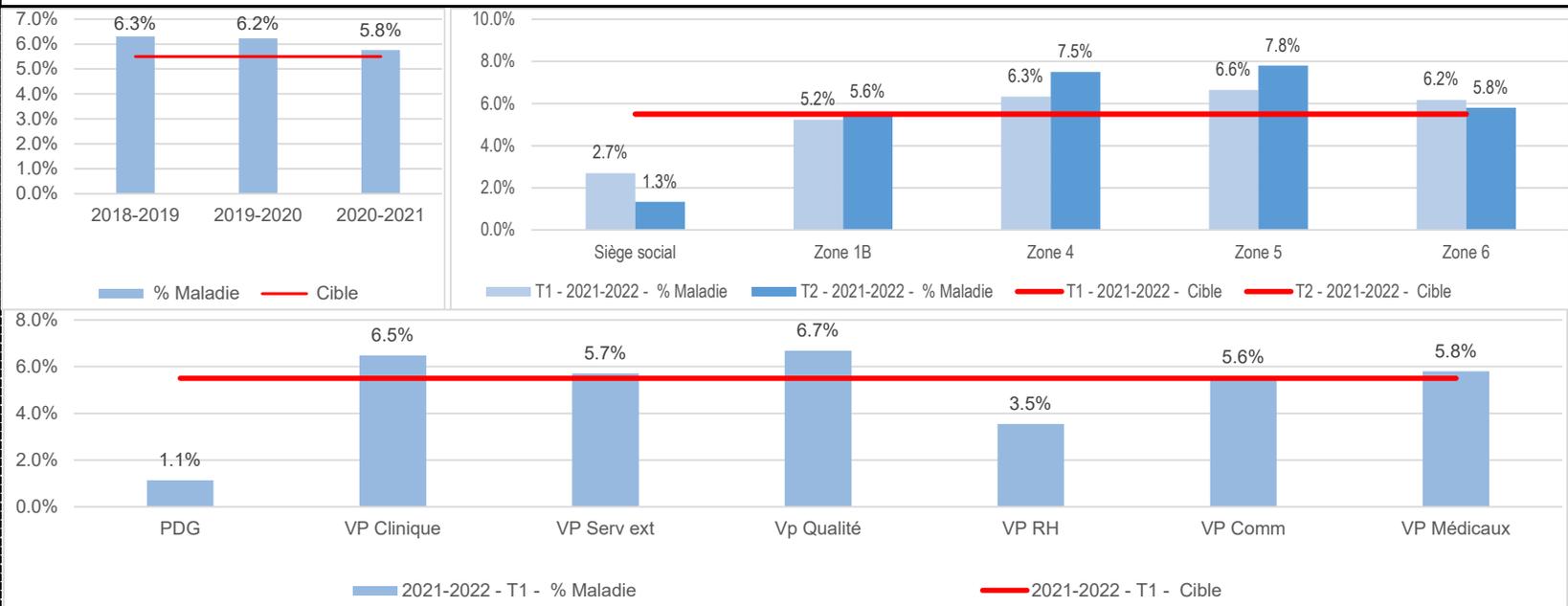
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

# FICHE EXPLICATIVE

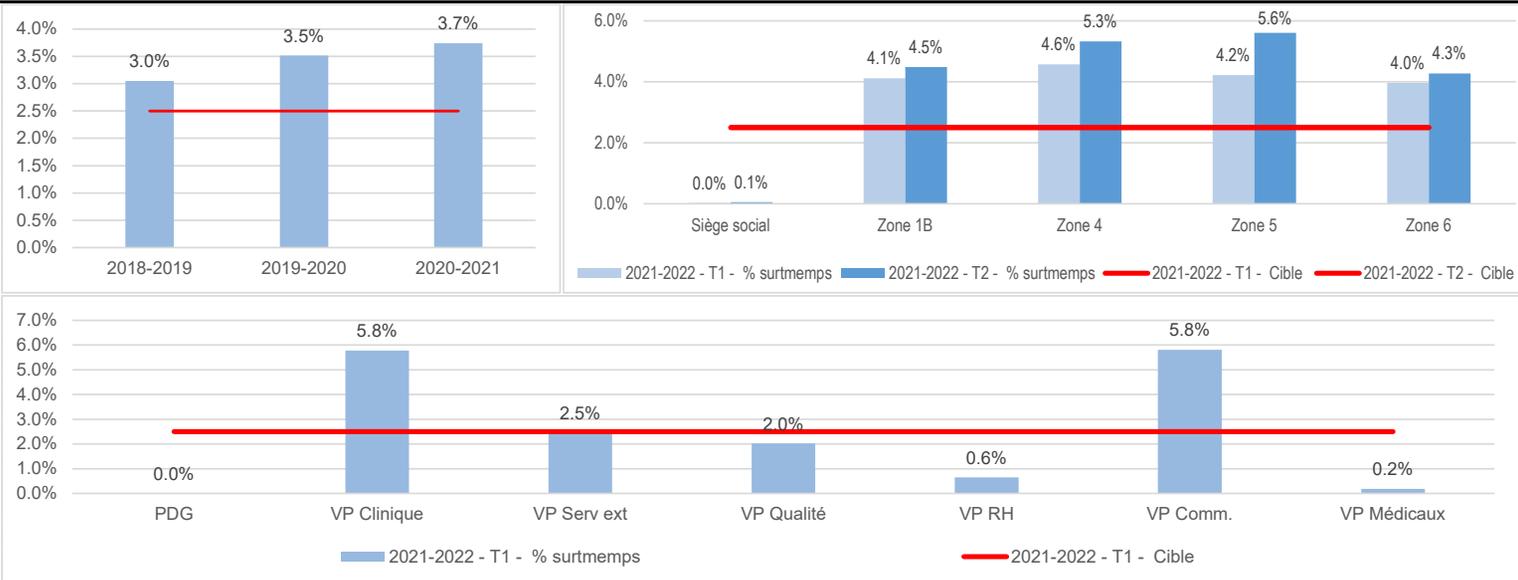
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

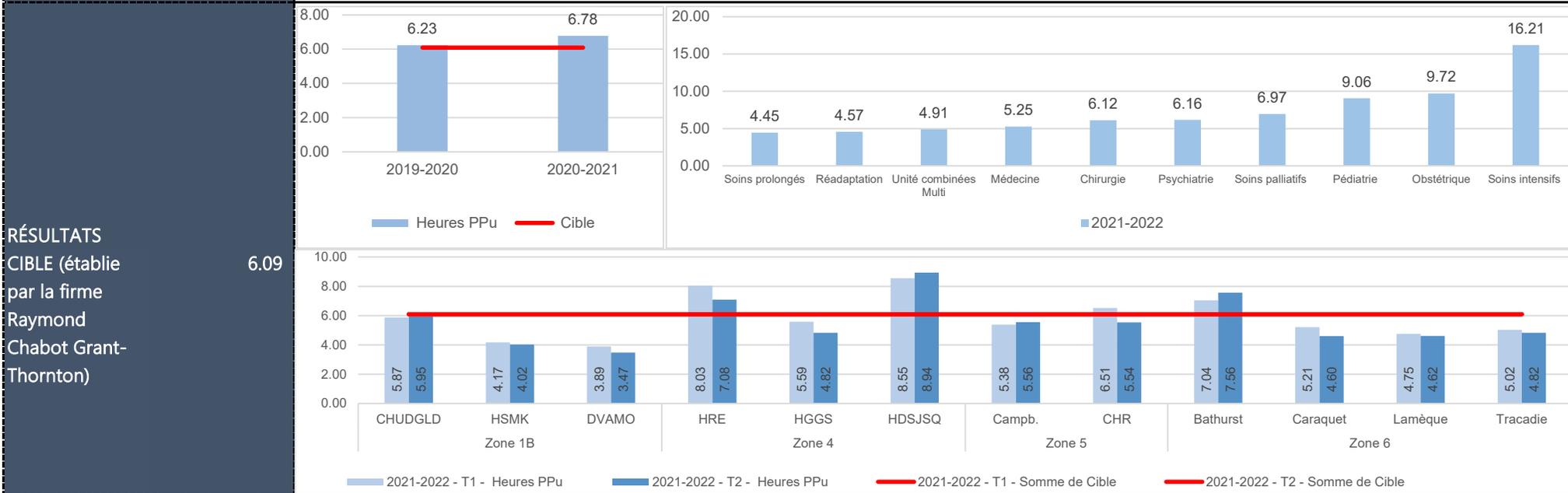
# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

<b>LEADERSHIP</b>	Sharon Smyth-Okana	<b>INITIATIVES</b>	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	✓
<b>FRÉQUENCE</b>	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	✓
<b>SOURCE DE DONNÉES</b>	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.



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

# FICHE EXPLICATIVE

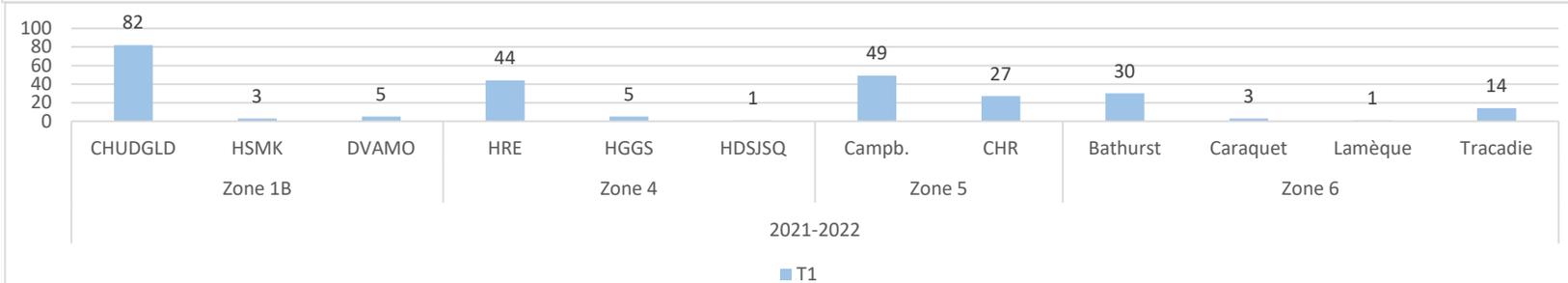
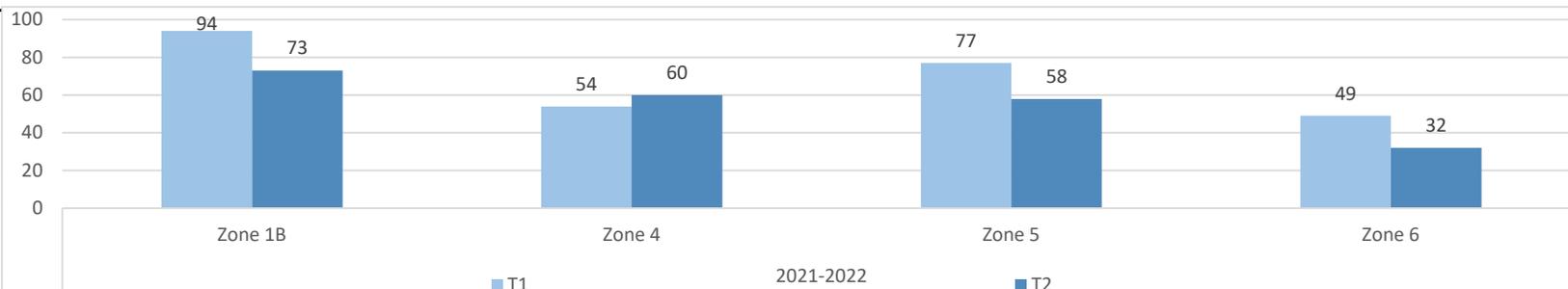
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

# FICHE EXPLICATIVE

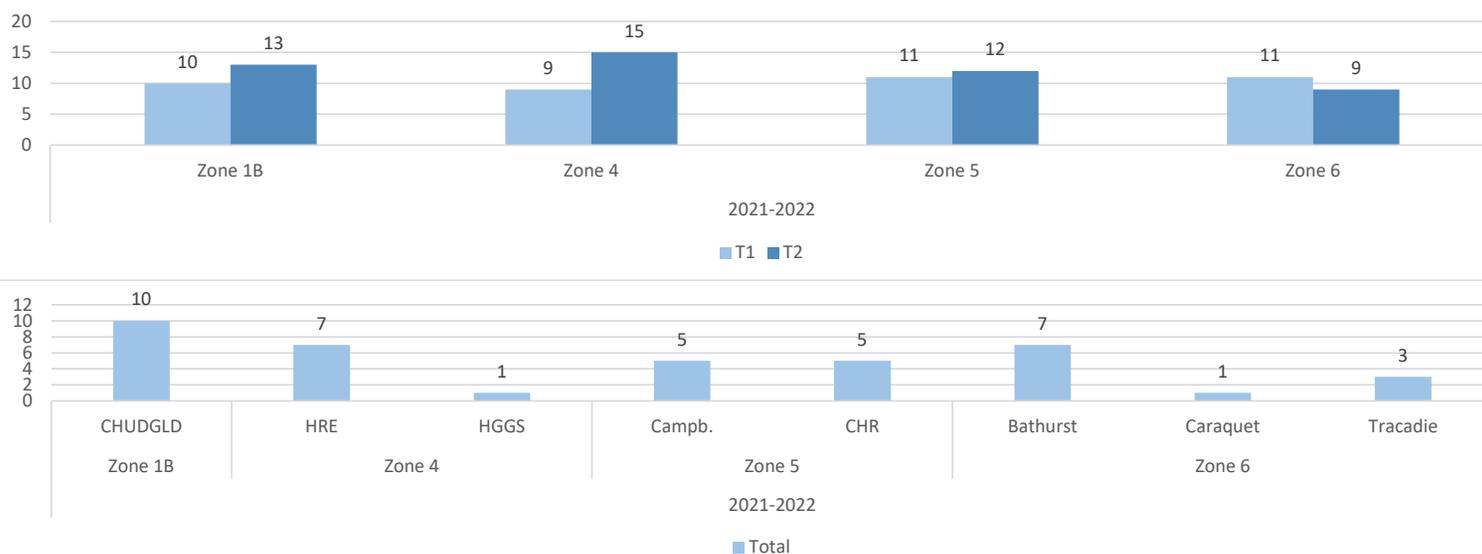
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Nombre 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 % (diminution de 10% par rapport à l'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
- Non conforme au plan et mesures correctives en place
- ✗ Non conforme au plan et interventions requises
- Non débuté
- ☑ Complété

# FICHE EXPLICATIVE

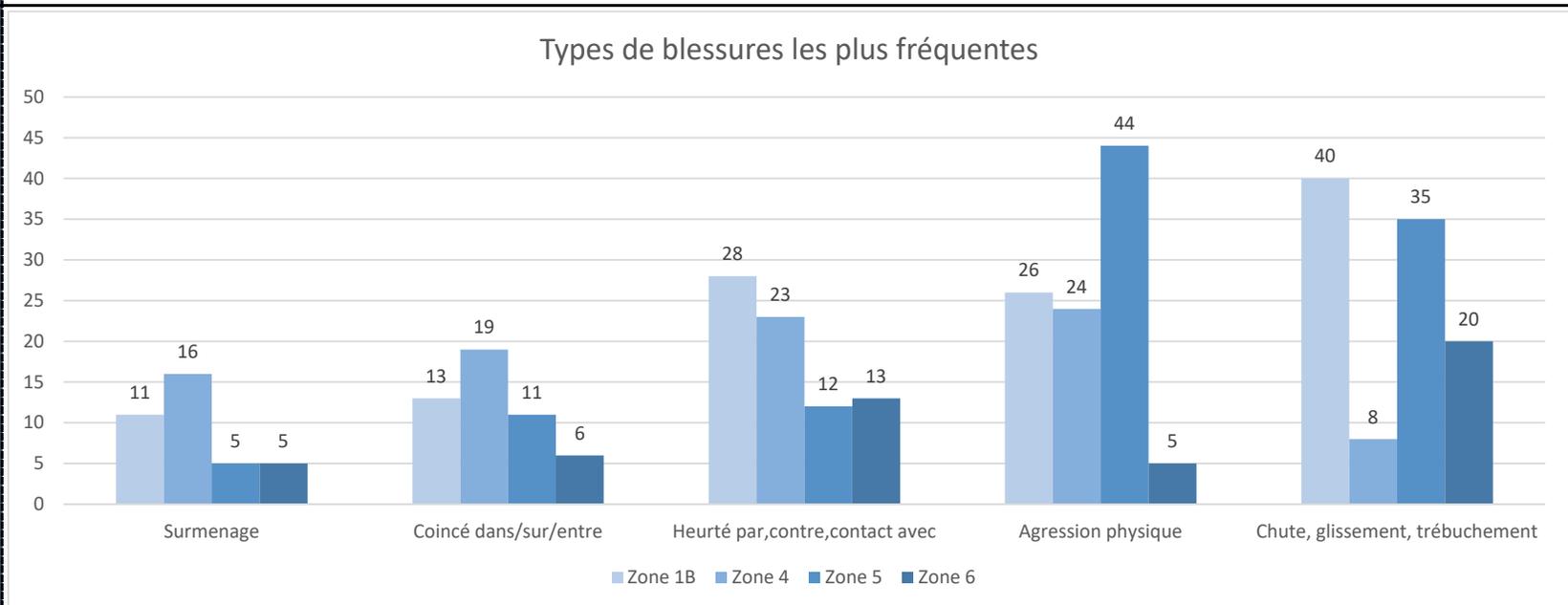
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Nombre de 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

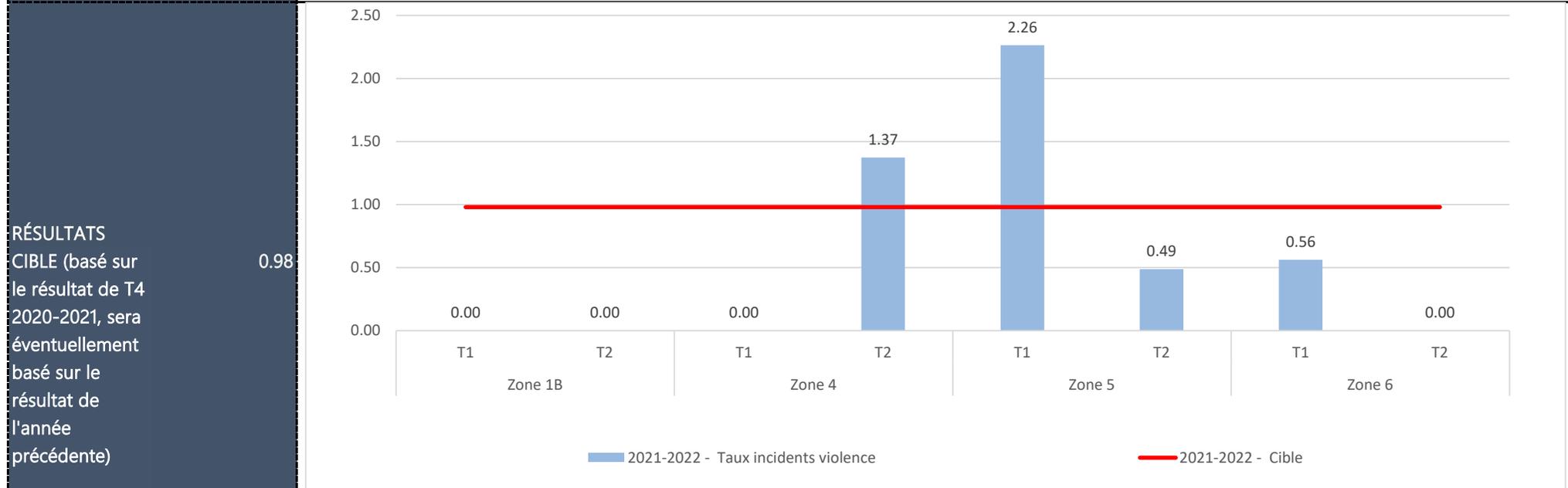
Indicateur: 4.12

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 psychologique 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.



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