

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 1 <sup>er</sup> juin 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**

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

**Invitées**

Liza A. Robichaud	Monica L. Barley
-------------------	------------------

**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 30 mars 2021	3 - 6	
	5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 30 mars 2021	7	
	5.3.1 Gestion des listes d'attente en période de pandémie – soins spécialisés et ambulatoires	8 - 10	
	5.3.2 Temps d'attente en chirurgie	11 - 16	
	5.3.3 Césariennes à faible risque - Zone Acadie-Bathurst	17	
	5.3.4 Coût d'opération des laboratoires	18 - 19	
	5.4 Plan de travail 2020-2021	20 - 21	
	5.5 Rapport annuel - Plaintes	22 - 28	
	5.6 Rapport annuel - Gestion des risques	29 - 39	
	5.7 Rapport annuel - Langues officielles	40 - 43	
	5.8 Rapport annuel - Accès à l'information	44 - 46	
	5.9 Rapport annuel - Bureau de l'éthique	47 - 56	
	5.10 Rapport annuel - Confidentialité et protection de la vie privée	57 - 63	
	5.11 Rapport annuel - Expérience des patients hospitalisés	64 - 67	
	5.12 Recommandations des Comités de revues	68 - 70	
	5.13 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles	71	
	5.14 Note d'information – Indicateurs de performance présentés sur le site Web du Réseau	72 - 73	
8 h 55	<b>6. Affaires nouvelles</b>		
	6.1 Révision du cadre de référence de la qualité et de la sécurité des patients	74 - 75	Information
9 h 15	<b>7. Affaires permanentes</b>		
	7.1 Tableaux de bord stratégique et équilibré – T4	76 - 147	Information
9 h 45	<b>8. Date de la prochaine réunion : à confirmer</b>		Information

9 h 46	<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>	Le 30 mars 2021 à 08:30		
		<b>Endroit :</b>	Zoom		
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière				
<b>Présidente :</b>	Claire Savoie				
<b>Secrétaire :</b>	Lucie Francoeur				
<b>Participants</b>					
Claire Savoie	✓	Anne Soucie	✓	Sonia A. Roy	✓
Michelyne Paulin	✓	Justin Morris	✓	Diane Mignault	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	✓	Dre France Desrosiers	✓
<b>Invités</b>					
Paulette S. Rioux	✓	Dr Aurel Schofield	A	Liza A. Robichaud	A
Monica L. Barley	A				
<b>PROCÈS-VERBAL</b>					

**1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Claire Savoie à 08:30.

**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 2021-03-30 / 01QSSP**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Justin Morris

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 17 novembre 2020

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 17 novembre 2020

5.4 Plan de travail 2020-2021

5.5 Rapport de plaintes – T3

5.6 Rapport d'incidents – T3

5.7 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T3

5.8 Recommandations des Comités de revues

5.9 Rapports d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T3

5.10 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles

5.11 Plan de qualité et de sécurité 2020-2021

5.12 Report de la visite d'agrément prévue en juin 2021

5.13 Rapport sur les dossiers litigieux et réclamations

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 :

5.6 Rapport d'incidents – T3

5.7 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T3

5.12 Report de la visite d'agrément prévue en juin 2021

**MOTION 2021-03-30 / 02QSSP**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

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

5.6 Rapport d'incidents – T3

5.7 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T3

5.12 Report de la visite d'agrément prévue en juin 2021

**Adopté à l'unanimité.**

5.6 Rapport d'incidents – T3

Le total des incidents rapportés à date pour l'ensemble du Réseau est 5,500. Une légère augmentation (7 %) du nombre total d'incidents rapportés est notée au troisième trimestre comparativement au premier trimestre. Cependant, une légère diminution (5 %) du nombre d'incidents rapportés est notée comparativement au troisième trimestre de l'année précédente. Les données détaillées démontrent qu'il n'y a eu aucune conséquence grave.

Le Réseau continue de rehausser le signalement des incidents en réitérant l'importance de le faire par une culture juste et non punitive puisque c'est une opportunité d'apprentissage. Tous les incidents font l'objet d'un suivi, ensuite des pistes d'améliorations sont identifiées et mises en place. D'ailleurs, un caucus de sécurité a commencé à être instauré sur certaines unités de soins où les employés sont invités à s'interroger sur les facteurs de risques à leur unité.

5.7 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T3

Le taux régional de participation au sondage est 10 % (455 répondants) pour le troisième trimestre 2020-21, comparativement à 13 % (675 répondants) pour le même trimestre de l'année précédente.

Le tableau en annexe démontre les résultats par question pour le troisième trimestre de l'année 2020-21 ainsi que les données comparatives pour la même période en 2019-20. Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du N.-B. (CSNB) effectué en 2019, ont également été inclus à titre de référence. 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.

Est-ce qu'il y a lieu d'examiner la méthodologie du CSNB pour mieux se comparer ? Les données populationnelles ont leur raison d'être pour identifier les écarts et c'est plutôt le rôle du CSNB.

Après discussion, la présidente du Comité suggère d'inviter le CSNB à une réunion future du Conseil d'administration, afin de discuter des indicateurs/sondages du Conseil de la santé en lien avec la qualité et la performance du Réseau. Entretemps, les démarches se poursuivent pour améliorer la méthodologie et les processus entourant l'évaluation de l'expérience des patients.

5.12 Report de la visite d'agrément prévue en juin 2021

Un membre partage son appréciation à toute l'équipe d'avoir réussi à reporter la visite d'agrément en juin 2022.

**MOTION 2021-03-30 / 03QSSP**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

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

5.6 Rapport d'incidents – T3

5.7 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T3

5.12 Report de la visite d'agrément prévue en juin 2021

**Adopté à l'unanimité.**

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

## 6. Affaires permanentes

### 6.1 Tableaux de bord stratégique et équilibré – T3

Les tableaux de bord stratégique et équilibré du troisième trimestre sont présentés aux membres. Certains indicateurs sont disponibles seulement pour les deux premiers trimestres de 2020-2021 entre autres, les indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de 3M.

Le nombre de départs volontaires des employés est à la hausse au sein du Réseau. Les départs volontaires au troisième trimestre incluent les raisons suivantes : transferts au PEM, autres emplois, changements de carrière, raisons familiales, raisons médicales, stabilité de l'horaire et problème de transport. Cet indicateur sera redéfini à partir du 1<sup>er</sup> avril 2021 et présentera davantage d'informations. Des rencontres d'analyses ont lieu présentement avec les gestionnaires des services cliniques et l'équipe des Ressources humaines pour identifier les plus gros défis et les opportunités d'amélioration et support requis. Ces rencontres se poursuivront également avec les secteurs non cliniques, afin d'offrir du support aux gestionnaires concernés.

Aussi, l'équipe des Ressources humaines est en train d'élaborer un plan stratégique des Ressources humaines qui sera ensuite intégré au processus de gestion dans le Réseau, ce qui permettra d'adresser des éléments importants touchants entre autres, les initiatives de recrutement et de rétention de personnel. Les grandes lignes seront complétées d'ici avril 2021, mais le plan sera finalisé en juin 2021. Un membre soulève l'importance de tenir compte du recrutement dans les régions rurales éloignées. Cet élément sera considéré lors de l'élaboration du plan stratégique. Une proposition de changement sera présentée au Conseil d'administration, afin de mieux superviser le plan stratégique des Ressources humaines.

Madame Johanne Roy poursuivra son mandat intérimaire de vice-présidente aux Ressources humaines jusqu'en mars 2022.

En ce qui concerne le pourcentage de lits occupés par des cas de soins de longue durée, les réunions se poursuivent avec le ministère du Développement social, afin de trouver des stratégies pour améliorer la prise en charge des autres niveaux de soins dans la province. Cependant, les foyers de soins n'ont pas toujours la capacité d'accueillir d'autres patients, en raison du manque de ressources. Des comités de coordination seront mis sur pied entre les zones. D'ailleurs deux projets pilotes ont débuté dans les zones Beauséjour et Restigouche, afin de cibler à l'urgence des patients potentiels à devenir des cas de soins de longue durée et leur offrir un meilleur support dans la communauté.

Un plan de rétablissement a déjà été élaboré en vue de la transition vers la période post-pandémie. Ce plan constitue un outil de planification et de suivi destinés à l'ensemble des intervenants. Dès qu'une zone passe en phase d'alerte jaune, il y a beaucoup de rattrapage qui est effectué en phlébotomie, en imagerie diagnostique et en chirurgie. Dans certaines occasions, nous demandons l'aide des médecins pour reprioriser les requêtes et certains types d'exams. Les stratégies pour rétablir les listes d'attente seront présentées à la prochaine réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Le taux de césarienne à faible risque présente un résultat supérieur à la cible aux deux premiers trimestres de 2020-2021. Cet indicateur présente des nombres bruts peu élevés par trimestre et par établissement, ainsi le taux par établissement peut varier d'un trimestre à l'autre. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 6 présentait un résultat élevé à 21.7 %, toutefois celui-ci a grandement diminué au deuxième trimestre à 3.9 %. Cet indicateur est suivi par l'équipe de direction médicale de façon systématique. Une analyse approfondie des données sera effectuée dans la zone concernée et un suivi sera apporté à la prochaine réunion.

Le coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail est plus élevé dans la Zone 5 à 1.26 \$ au troisième trimestre de 2020-2021, tandis que la Zone 6 présente le coût le plus faible à 1.09 \$. Le Réseau de santé Vitalité présente un coût plus élevé que le Réseau de santé Horizon pour l'année 2019-2020 à 1.25 \$ comparativement à 1.07 \$.. La présidente du Conseil d'administration demande comment faire pour s'aligner avec les moyennes. Les détails de cet indicateur seront validés avec le vice-président concerné et un suivi sera acheminé aux membres pour information.

## 7. Date de la prochaine réunion : le 1<sup>er</sup> juin 2021 à 08:30.

## 8. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Sonia A. Roy à 10:00.

---

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 1<sup>er</sup> juin 2021

**Objet : Suivis du procès-verbal du 30 mars 2021**

Les suivis au procès-verbal de la dernière rencontre du 30 mars 2021 sont indiqués à l'ordre du jour de la rencontre, entre autres la gestion des listes d'attente en période de pandémie en soins spécialisés et ambulatoires, les temps d'attente en chirurgie, l'indicateur du taux de césariennes à faible risque et le coût d'opération des laboratoires.

Soumis le 19 mai 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

# Note d'information

Point 5.3.1

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

Date : 2021 06 01

Objet : Gestion des listes d'attente en période de pandémie – soins spécialisés et ambulatoires

## Décision recherchée

Cette note d'information se veut une mise à jour des impacts de la COVID-19 sur les listes d'attentes aux cliniques de consultations externes, imagerie médicale, phlébotomie, cardiologie, santé respiratoire, ainsi qu'aux services professionnels et réadaptation.

## Contexte/problématique

L'ensemble des secteurs des cliniques externes, imagerie médicale, phlébotomie, cardiologie, santé respiratoire ainsi qu'aux services professionnels et réadaptation, traitent en moyenne de 20 000 à 23 000 patients par semaine. Expliquer, dans une note d'information, toutes les stratégies de rattrapage est complexe. Vous pourrez constater qu'en début de pandémie (mai 2020), un plan de rétablissement a été élaboré avec les médecins, les gestionnaires et le directeur de chacun de ces groupes.

## Plan de ralentissement des activités cliniques

Lors de l'élaboration d'un plan de ralentissement d'activités cliniques en mars 2020, il a été établi qu'en :

<b>PHASE JAUNE</b> :	les activités cliniques seraient de 70 à 85 % des capacités habituelles
<b>PHASE ORANGE</b> :	les activités cliniques seraient de 40 à 60 % des capacités habituelles
<b>PHASE ROUGE</b> :	les activités cliniques seraient de 25 à 40 % des capacités habituelles

Ce plan fut modifié à l'automne 2020, en raison de deux (2) composantes majeures :

- la difficulté de faire le rattrapage des activités cliniques post-éclosion;
- la complexité d'identifier avec précision les cas urgents, semi-urgents et électifs.

Les réductions d'activités cliniques se basent maintenant :

- En phase jaune, le volume d'activités est maximisé (100 % ou plus, lorsque possible);
- Épidémiologie de la région en changement de phase (niveau de risque, éclosion);
- Capacité du service en prenant compte du niveau de redéploiement des effectifs aux unités COVID-19, clinique de dépistage ou autres activités en lien avec la COVID-19;
- Taux d'absences des ressources qui sont en arrêt de travail pour des raisons liées à la COVID-19 ou autres.

Avec cette nouvelle philosophie, le niveau de réduction est beaucoup moins grand et permet un rattrapage des activités cliniques plus rapide.

## Plan de rétablissement préparé en mai 2020

Le plan de rétablissement des services en période pandémique est conçu comme étant un processus de transformation et de modernisation du système de santé.



Ce plan vise à maximiser les capacités existantes du système et profiter des leçons apprises lors de la planification pandémique. De plus, il tira profit de la recherche, de l'innovation et des données, afin de transformer et d'adapter la livraison de soins de santé dans cette nouvelle réalité de pandémie et dans la post-pandémie.

Les groupes de travail principaux sur les soins spécialisés et ambulatoires ont identifié des cibles ambitieuses, mais réalistes pour les cinq (5) groupes cliniques suivant : cliniques externes, cardiologie, imagerie médicale, santé respiratoire, services professionnels/réadaptation et phlébotomie. L'ensemble de ces secteurs traite en moyenne de 20 000 à 23 000 patients par semaine sur l'ensemble du territoire du Réseau de santé Vitalité.

Les cibles doivent maintenir un équilibre entre l'état de préparation nécessaire, afin de maintenir un état de préparation pandémique adéquat, mais aussi pour permettre une transition harmonieuse vers un modèle de soins normalisé. Chaque secteur devait s'aligner avec les grands principes suivants lors de leur planification du rétablissement et de la transformation de leur service :

- Le maintien de la télésanté et du virtuel, lorsqu'approprié;
- Le déplacement de services à l'extérieur de l'établissement, lorsqu'approprié;
- Le respect des consignes de distanciation physique (deux (2) mètres de distance entre les patients dans les salles d'attente ainsi que dans les salles de traitement);
- La possibilité d'étendre les heures et les jours d'ouverture dans le but d'augmenter l'accès;
- L'élaboration d'un plan de rétablissement et de transformation ayant une approche progressive et mesurée, qui s'aligne avec les phases de rétablissement de la province. Ce plan devrait se faire dans une optique régionale, mais avec une reconnaissance des particularités et des réalités de chaque zone;
- L'élaboration d'un processus de priorisation des patients pour chaque phase, selon les particularités de chaque secteur. Une révision régionale des interventions médicales par spécialité est recommandée afin :
  - d'établir une liste de soins et de procédures prioritaires par service;
  - d'identifier les traitements et les soins pouvant être transférés aux cabinets de médecins spécialistes.
- La considération des opportunités de transformation et de modernisation des services (incluant les nouvelles technologies, l'équipement, les ressources humaines, etc.).

## **Résultats**

Les résultats sont variables d'un secteur à l'autre, mais aussi d'une région à l'autre. De façon générale, tous les secteurs ont été en mesure de faire un rattrapage des retards accumulés reliés à la pandémie par le biais de diverses stratégies. Les mécanismes mis en place permettront aussi de faciliter le rattrapage lors d'éclotions futures, comme celle qui vient de se terminer à la zone 4. Donc, pour la plupart des secteurs, les temps d'attente sont revenus à la « normale » pré-pandémie.

Toutefois, les secteurs de l'imagerie médicale demeurent ceux où le rattrapage est plus difficile dans certaines régions (zones 1B et 5). Ceci est principalement causé par la disponibilité de la ressource humaine dans des secteurs de spécialités. Il faut toutefois mentionner que dans le secteur des cliniques externes spécialisées (par exemple : l'endoscopie), les listes d'attente sont gérées par les spécialistes à leur bureau. Donc, il est difficile de mesurer.

## **Quelques exemples d'initiatives :**

- Placer des blitz dans le secteur de phlébotomie et en imagerie médicale sur les soirées et les fins de semaine;
- Faire des suivis à distance (service au volant) pour les patients avec stimulateur cardiaque (Pacemaker);
- Maximiser les visites virtuelles en services professionnels (travail social 50 %, psychologie 75 %, physiothérapie/ergothérapie 10 %), ainsi qu'en santé respiratoire (40 %) qui sont toujours maintenues en phase jaune;

- Placer des diviseurs dans les salles d'attente afin d'augmenter les capacités qui sont passées de 25 % de la capacité originale à près de 70 %;
- Diriger des patients vers d'autres établissements de la zone ou du Réseau où l'attente est moins longue;
- Augmenter les heures (en permanence) des services en imagerie par résonance magnétique et PET-CT au CHU Dumont (initiative en cours).

### Secteurs qui ont une liste d'attente (patients électifs) critique :

Secteur/capacité	Zone	Liste d'attente février 2020	Liste d'attente mars 2021
Imagerie par résonance magnétique	1B	15 semaines	50 semaines
Imagerie par résonance magnétique	5	32 semaines	49 semaines
Tomodensitométrie (CT Scan)	1B	3 semaines	25 semaines
Ultrason	1B	11 semaines	30 semaines
Ultrason	5	16 semaines	45 semaines
Écho cardiaque	6	60 semaines	90 semaines

La pénurie de personnel est le facteur dominant dans la gestion des listes d'attente. Plusieurs stratégies sont en cours.

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

Une priorité sur l'informatisation du système de requêtes et de la prise de rendez-vous est primordiale et est devenue un incontournable dans la gestion des listes d'attente et la gestion des rendez-vous.

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

### Suivi à la décision

### Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 17 mai 2021 par Stéphane Legacy, vice-président aux Services de consultation externe et aux Services professionnels, et aux Services de soutien (par intérim).

# Note d'information

Point 5.3.2

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

Date : 2021 06 01

Objet : Temps d'attente en chirurgie

## Décision recherchée

Cette note est à titre d'information et fait suite à la dernière réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du Conseil où en révisant le tableau de bord, des analyses et questions ont été demandées en lien avec les temps d'attente pour chirurgies.

## Contexte/problématique

Depuis mars 2020, au début de la pandémie, les services de chirurgie ont été affectés à plusieurs reprises. Au début, avec une fermeture quasi complète en ne faisant que les chirurgies urgentes. Par la suite, avec un retour semi-graduel pour les chirurgies de priorité 1 (délai de 3 semaines) et de priorité 2 (délai de 6 semaines) et qui sont majoritairement les chirurgies de cancer. En mai, avec le retour à une nouvelle normalité en respectant toutes les directives mises en place par la Santé publique. Par la suite, avec les zones 1B, 4 et 5 qui ont dû faire face à des éclosions à différents temps. Ceci a entraîné un ralentissement et une fermeture des blocs opératoires pour ne garder ouvertes que les urgences et les priorités 1 et 2. Toutes ces situations ont fait en sorte que les temps d'attente ont été affectés.

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

Voici les détails spécifiques par zone :

### Zone 1

- Limite de 1 patient hors province/zone chaude par jour
- Fermeture de la bulle atlantique/confinement des zones
- Admission le jour de la chirurgie (AJC) limitée par jour (coupures de > 50 % des AJC)
- Fermeture de lits au 4E pour l'Unité d'hospitalisation des cas de COVID-19 et manque de personnel
- Manque d'anesthésiste

### Zone 4

- Éclatement de la bulle du Témiscouata à l'automne
- Mi-décembre 2020 au 14 janvier 2021 – phase rouge à l'Hôpital régional d'Edmundston (éclosion de cas de COVID-19 dans l'établissement)
- 23 janvier 2021 – confinement total dans la Zone 4
- 8 février – phase rouge
- 18 février – phase orange
- 8 mars – retour à la phase jaune
- 25 mars – retour à la phase rouge
- 12 avril – confinement total

- 27 avril – phase orange
- 10 mai – phase jaune
- Restriction du nombre d’AJC (2) dans les phases de confinement rouge et orange en raison du redéploiement du personnel infirmier
- Défi actuel : Les patients du Québec qui ne peuvent être cédulés.

#### Zone 5

- Départ du Dr Verret en orthopédie – distribution de sa liste d’attente aux autres chirurgiens (200 patients et plus)
- Arrêt des services en ophtalmologie
- Manque d’anesthésiste
- Éclosion en juin 2020
- Éclosion en octobre 2020
- Manque de lits (admission de 2 patients par jour si possible)

#### Zone 6

- Retour des patients (ophtalmologie – Zone 5) et augmentation de la liste d’attente
- Difficulté à céduler les patientes de l’obstétrique et de la gynécologie – les cas de cancer causent de longues attentes et la manière que les cas sont cédulés
- ORL – chirurgien de la Nouvelle-Écosse
- Diminution de lits chirurgicaux au 3e ouest qui a été identifié comme l’Unité d’hospitalisation des cas de COVID-19 – passé de 19 à 12 lits admis pour environ 3 mois

Voir annexe A en pièce jointe.

## Considérations importantes

Mesures d’amélioration :

#### Zone 1

- Maximiser le # d’arthroplastie lorsque possible
- Prioriser les cas urgents et de cancer
- Appel continu des patients (nouveaux et « long-waiters »)
- Ressortir les annulations en raison du confinement ou de zone chaude et trouver une date aussitôt que le niveau d’alerte diminue

#### Zone 4

- Prioriser les cas urgents et de cancer
- Plan de rattrapage des arthroplasties tout le mois de juin (ajout d’un cas de prothèse par jour en demi-salle supplémentaire)
- Prioriser les « long-waiters »
- Révision continue des listes d’attente
- Projet de thérapeute respiratoire sera en place en septembre

#### Zone 5

- Prioriser les « long-waiters »

- Prioriser la liste des « patients avec condition médicale à évaluer »
- Patients du Dr Verret ont été transférés à Dr Groohi, Dr LeBlanc (Bathurst) et Dr Blando (Moncton). La longue liste d'attente a grandement diminué.
- Retour possible de l'ophtalmologie dans la zone 5

#### Zone 6

- Augmentation de lits chirurgicaux à 17 lits admis et 3 lits de court séjour chirurgical
- Ajout de 4 lits « d'overflow »
- Retour des patients de zone 5 ophtalmo (270) vers leur zone

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

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

### Suivi à la décision

Indicateurs et mesure de la performance, évaluation de la décision dans l'avenir.

### Proposition et résolution

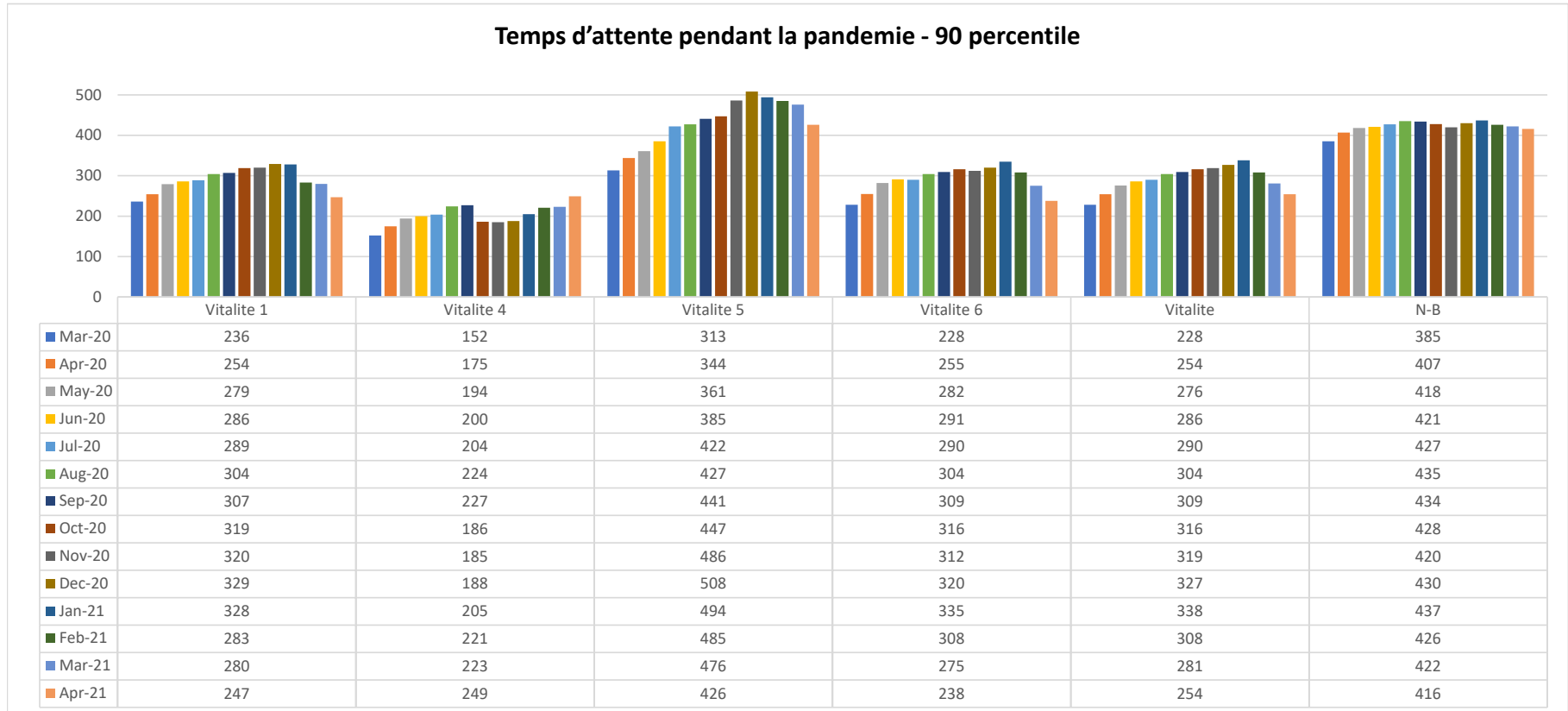
Aucune proposition.

**Soumis le 20 mai 2021 par Sharon Smith-Okana, vice-présidente des Services cliniques.**

### Temps d'attente pendant la pandémie - 90e centile

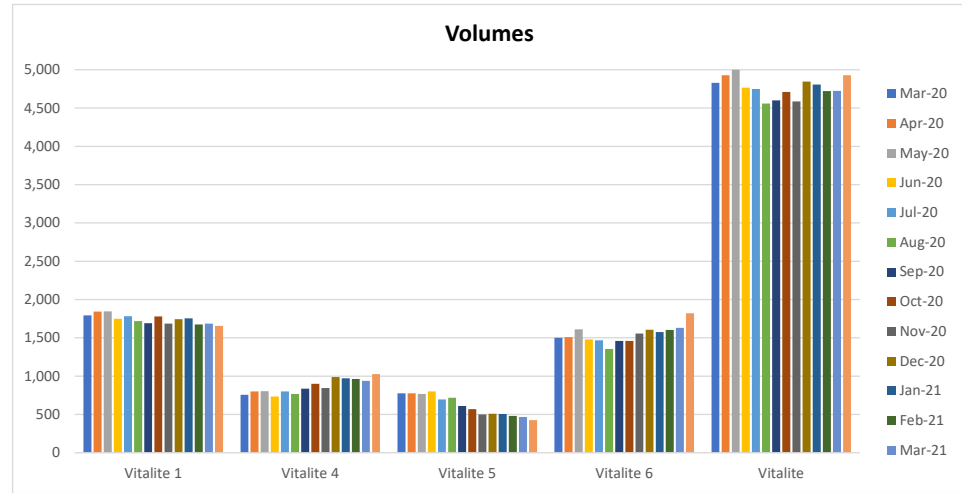
Zone	Mar-20	Apr-20	May-20	Jun-20	Jul-20	Aug-20	Sep-20	Oct-20	Nov-20	Dec-20	Jan-21	Feb-21	Mar-21	Apr-21
Vitalite 1	236	254	279	286	289	304	307	319	320	329	328	283	280	247
Vitalite 4	152	175	194	200	204	224	227	186	185	188	205	221	223	249
Vitalite 5	313	344	361	385	422	427	441	447	486	508	494	485	476	426
Vitalite 6	228	255	282	291	290	304	309	316	312	320	335	308	275	238
Vitalite	228	254	276	286	290	304	309	316	319	327	338	308	281	254
N-B	385	407	418	421	427	435	434	428	420	430	437	426	422	416

### Temps d'attente pendant la pandémie - 90 percentile



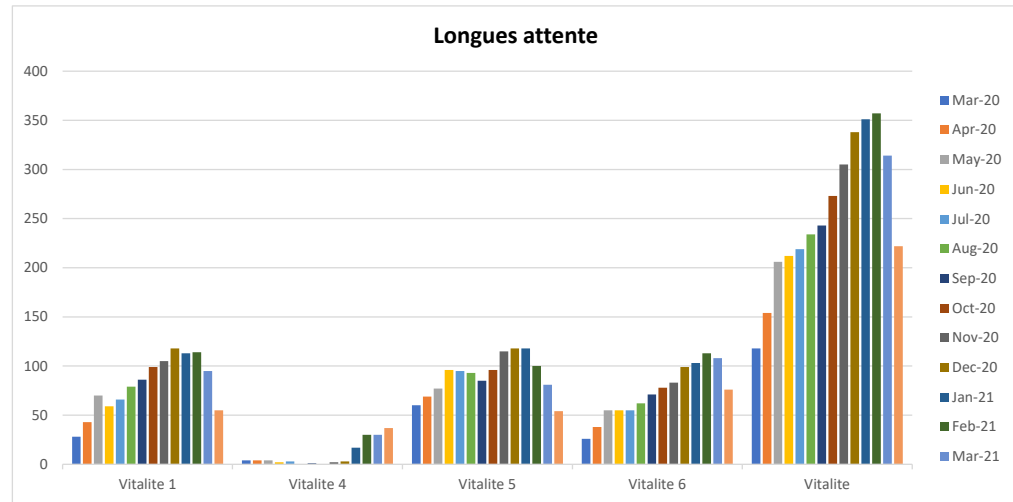
### Volumes

Zone	Vitalite 1	Vitalite 4	Vitalite 5	Vitalite 6	Vitalite	N-B
Mar-20	1,794	757	777	1,500	4,828	20,202
Apr-20	1,842	802	775	1,509	4,928	20,888
May-20	1,846	804	769	1,611	5,030	21,095
Jun-20	1,749	735	802	1,479	4,765	19,802
Jul-20	1,782	802	697	1,469	4,750	19,557
Aug-20	1,718	767	718	1,355	4,558	18,992
Sep-20	1,692	837	611	1,460	4,600	18,280
Oct-20	1,780	901	570	1,459	4,710	18,529
Nov-20	1,685	846	499	1,556	4,586	18,824
Dec-20	1,744	989	508	1,606	4,847	18,991
Jan-21	1,755	973	505	1,575	4,808	18,349
Feb-21	1,675	963	482	1,602	4,722	18,149
Mar-21	1,686	939	468	1,631	4,724	17,644
Apr-21	1,655	1,026	426	1,822	4,929	17,618



### Longues attente

Zone	Vitalite 1	Vitalite 4	Vitalite 5	Vitalite 6	Vitalite	N-B
Mar-20	28	4	60	26	118	2,280
Apr-20	43	4	69	38	154	2,656
May-20	70	4	77	55	206	2,903
Jun-20	59	2	96	55	212	2,767
Jul-20	66	3	95	55	219	2,714
Aug-20	79	0	93	62	234	2,737
Sep-20	86	1	85	71	243	2,701
Oct-20	99	0	96	78	273	2,756
Nov-20	105	2	115	83	305	2,752
Dec-20	118	3	118	99	338	2,818
Jan-21	113	17	118	103	351	2,813
Feb-21	114	30	100	113	357	2,748
Mar-21	95	30	81	108	314	2,430
Apr-21	55	37	54	76	222	2,037



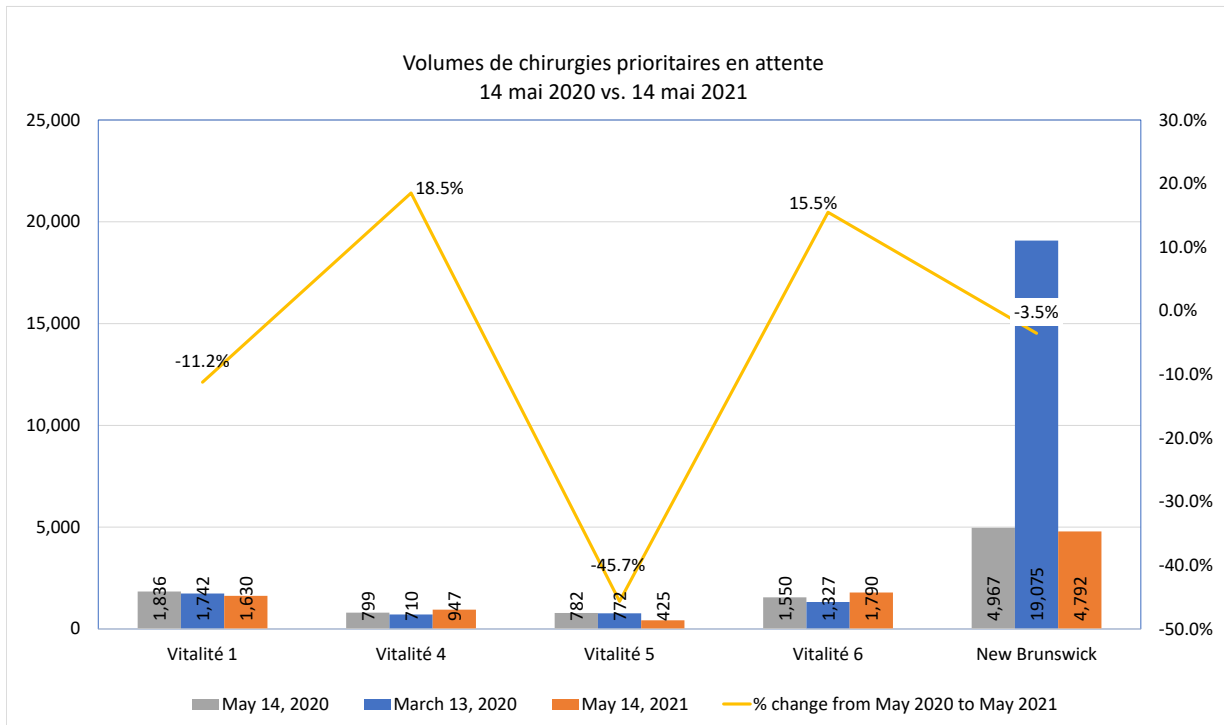
**Surgical Wait Time Overview**  
**Surgeries Waiting by Zone**

Cat I	within 3 weeks
Cat II	within 6 weeks
Cat III	within 3 months
Cat IV	within 12 months

March 13, 2020

	All (Prioritized) Waiting	Volumes			
		Cat I	Cat II	Cat III	Cat IV
Vitalité 1	1,742	67	103	485	1,087
Vitalité 4	710	5	45	162	498
Vitalité 5	772	16	41	216	499
Vitalité 6	1,327	20	116	319	872
New Brunswick	19,075	545	2,029	5,351	11,150

May 14, 2021							May 14, 2020							Non priorit % change from May 2020 to May 2021
All (Prioritized) Waiting	Cat I	Cat II	Cat III	Cat IV	Non prioritized		All (Prioritized) Waiting	Cat I	Cat II	Cat III	Cat IV	Non prioritized		
Vitalité 1	1,630	52	137	382	1,059	42	Vitalité 1	1,836	52	94	531	1,159	22	-11.2%
Vitalité 4	947	18	79	234	616	216	Vitalité 4	799	14	43	186	556	169	18.5%
Vitalité 5	425	9	43	170	203	31	Vitalité 5	782	18	39	225	500	28	-45.7%
Vitalité 6	1,790	19	270	487	1,014	12	Vitalité 6	1,550	15	203	378	954	1	15.5%
New Brunswick	4,792	98	529	1,273	2,892	301	New Brunswick	4,967	99	379	1,320	3,169	220	-3.5%





**Note couverture**

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 1<sup>er</sup> juin 2021

**Objet : Césariennes à faible risque – Zone Acadie-Bathurst**

L'indicateur « Taux de césariennes à faible risque » fait présentement l'objet d'une analyse approfondie par l'équipe de la Planification et de l'Amélioration de la performance, afin de cibler les écarts et d'interpréter les données adéquatement. Des présentations seront effectuées prochainement aux comités pertinents.

Il est à noter que cet indicateur présente généralement de petits nombres par zone et par établissement. Les taux présentés peuvent parfois être élevés, en raison d'un faible numérateur et/ou dénominateur et peuvent ainsi présenter des variances d'un trimestre à l'autre. Par exemple, en raison de petits nombres, la Zone Acadie-Bathurst présentait le taux de césariennes à faible risque le plus élevé du Réseau au premier trimestre de 2020-2021 et le taux le plus faible du Réseau pour le deuxième et le troisième trimestre de 2020-2021.

Un suivi sur ce dossier sera rapporté à une prochaine réunion.

Soumis le 21 mai 2021 par Vanessa Fillion, directrice de la Planification et de l'Amélioration de la performance

## Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 1<sup>er</sup> juin 2021

### Objet : Coût d'opération des laboratoires

Lors du dépôt du tableau de bord stratégique à la dernière réunion du Comité de la qualité du Conseil d'administration, il fut noté que le coût de laboratoire par unité de charge de travail était plus élevé à la zone 5 (1,26 \$) que la moyenne provinciale. Aussi, on peut constater une augmentation considérable face aux autres zones dans la province. Voici quelques explications afin de faire la lumière sur les raisons, ainsi que quelques pistes de solutions.

Historiquement, la zone 5 affiche un coût par unité de charge de travail sous la moyenne de Vitalité.

	<b>Zone 5</b>	<b>Vitalité</b>
2018-19	1,06	1,20
2019-20	1,12	1,25

L'explication de cette hausse en 2020-21 s'explique en grande partie par deux éléments :

- 1. Le travail fait par les technologues en laboratoire et les membres de l'équipe mobile pour le dépistage, afin de satisfaire les besoins en période de pandémie de la COVID-19 dans cette région, qui a été durement touchée par des éclosions.**

Les technologues ont dû prêter main-forte lors de multiples éclosions qui se sont déclenchées dans la région 5 au cours de la dernière année. Le redéploiement du personnel dans différentes fonctions non traditionnelles a fait en sorte que les heures productives ont été consacrées à d'autres tâches que celles habituellement faites par le personnel de laboratoire. Entre autres, on note :

- La préparation des écouvillons;
- L'entrée de données des requêtes et des résultats dans le système Meditech;
- La préparation de tous les écouvillons pour le transport;
- Membre de l'équipe de dépistage mobile;
- Deux dépistages de masse (au printemps avec plus de 5 000 dépistages et à l'automne avec près de 2 600 dépistages).

**Amélioration :** Mise en œuvre du logiciel Medinet permettant le transfert électronique des requêtes et des résultats interzones. Cette solution réduit considérablement le temps de la gestion des requêtes et l'entrée des résultats.

## 2. La réduction des activités cliniques lors de changements de phase de couleur

Les activités cliniques ont été considérablement réduites lors des changements de phase, soit la réduction des plages de phlébotomie, des services chirurgicaux et des cliniques externes à trois ou quatre reprises au cours de la dernière année, réduisant largement la charge de travail aux unités, tout en maintenant les employés à procéder à d'autres tâches critiques en lien avec la COVID-19.

**Amélioration** : Lors de changements de phase de couleur (par exemple, de la phase jaune à la phase rouge), les réductions de services sont plutôt axées sur la capacité en ressources humaines et non basées sur un pourcentage de réduction d'activités. Auparavant, en phase orange, les volumes d'activités étaient réduits à 40 % et en phase rouge, à 25 %. En principe, le secteur de la phlébotomie réduirait de très peu leurs services en phase orange, et même en phase rouge.

Soumis le 17 mai 2021 par Stéphane Legacy, vice-président aux Services de consultation externe et aux Services professionnels, et aux Services de soutien (par intérim).

**Note couverture**

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 1<sup>er</sup> juin 2021

**Objet : Plan de travail 2020-2021**

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

Soumis le 30 avril 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

# PLAN DE TRAVAIL

2020-2021

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

Date de la réunion	Activités
Septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"><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 de son tableau de bord équilibré et d'autres rapports réguliers</li><li>• Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2021</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 2020	<ul style="list-style-type: none"><li>• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord 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 2021</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 2021	<ul style="list-style-type: none"><li>• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord 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 2021</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 2021	<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 de son tableau de bord 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 d'information

Point 5.5

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

Date : 2021 06 01

Objet : Rapport annuel sur les plaintes 2020-2021

## Décision recherchée

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

## Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les données de l'année financière 2020-2021, ainsi que les données comparatives pour les deux années précédentes. Les graphiques et les données détaillées sur les plaintes sont en annexe.
- Les plaintes sont classées selon des définitions et catégories provinciales (qualité des soins/services, comportement, communication, environnement, politiques et autres). Des sous-catégories sont également disponibles et permettent une meilleure analyse des données.
- Chaque plainte reçue est portée à l'attention des gestionnaires ou des chefs de service/département intéressés pour fin d'examen et d'amélioration. Des suivis sont effectués auprès des plaignants. En annexe sont des exemples d'améliorations qui découlent du suivi des plaintes.
- Au niveau régional, on note une augmentation de 19 % dans le nombre total de plaintes depuis 2019-2020. Cette augmentation est attribuable au nombre plus élevé de plaintes dans les catégories : comportement, communication et politiques. Certaines de ses plaintes peuvent être attribuables à la COVID-19 puisqu'on compte 111 plaintes dans la dernière année en lien avec la pandémie.
- Les plaintes liées à la qualité des soins représentent environ 46 % du total des plaintes. Les plaintes dans cette catégorie proviennent en grande partie des services d'urgence, des unités d'hospitalisation et des soins ambulatoires/cliniques.
- Les plaintes liées à la qualité des soins sont majoritairement réparties dans trois catégories, soit : les soins donnés en général, les attentes du patient qui n'ont pas été rencontrées, et la période d'attente pour un service.
- Les plaintes liées au comportement représentent 22 % de l'ensemble des plaintes. On note que le nombre a augmenté de 18 % depuis 2019-2020.
- Les plaintes en lien avec la communication représentent 12 % de l'ensemble des plaintes. Les plaintes de cette catégorie étaient en lien avec le partage de renseignements et la confidentialité.
- Comparativement à l'année 2019-20, on note une diminution de 10 % dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement. Les plaintes de cette catégorie sont en lien avec la propreté des lieux et le goût des repas servis.
- Comparé à l'année 2019-2020, on note une augmentation dans le nombre de plaintes résolues à l'intérieur de 60 jours, le pourcentage s'élève maintenant à 80 %.

# Note d'information

## 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

### Suivi à la décision

Aucun – rapport présenté à titre d'information.

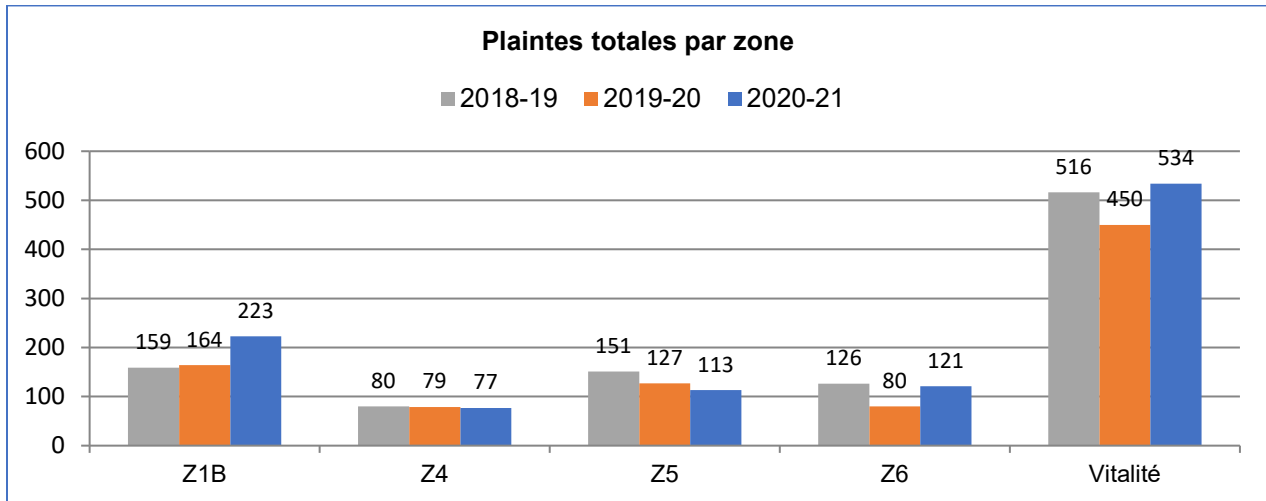
### Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 13 mai 2021 par Lynne Lévesque, gestionnaire régionale, Service qualité et sécurité des patients.

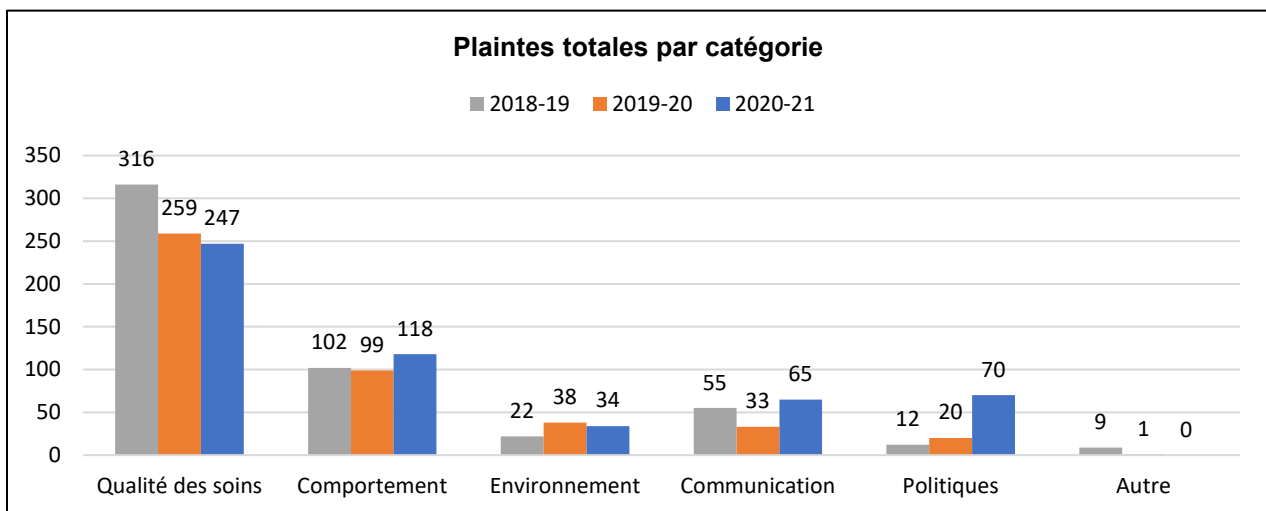
## ANNEXE

### Rapport annuel sur les plaintes, 2020-2021



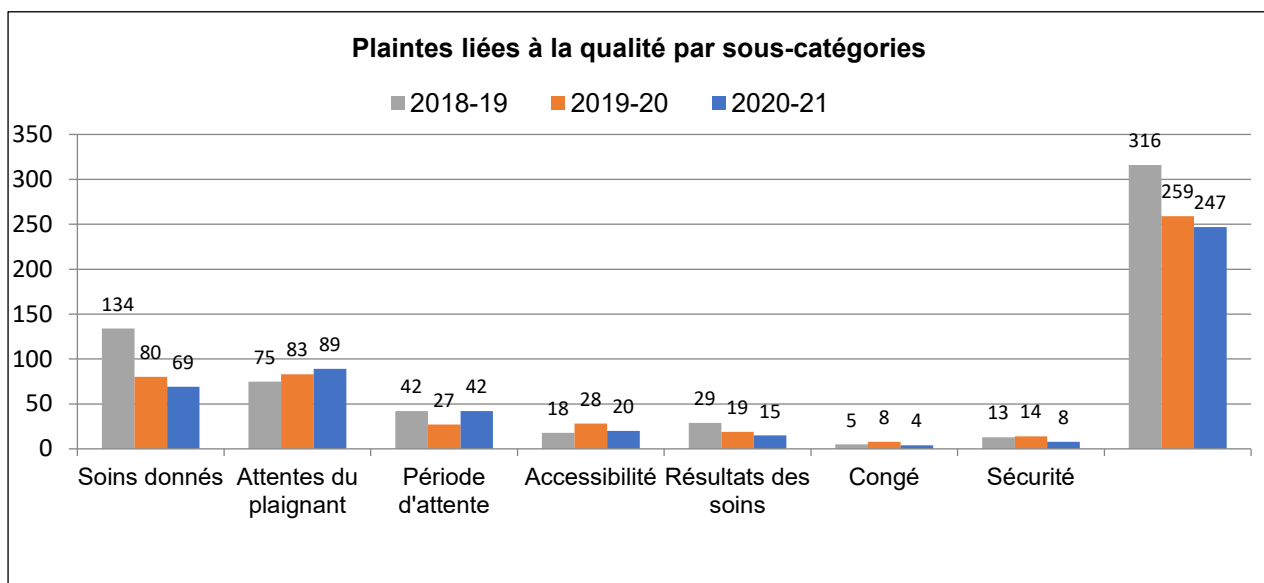
#### Analyse des tendances – Plaintes

- Au niveau régional, on note une augmentation de 3.5 % dans le nombre total de plaintes depuis 2018-2019 (534 en 2020-21 vs 516 en 2018-19). Cette augmentation est surtout attribuable à la hausse du nombre de plaintes dans la catégorie politique (soit 12 en 2018-19 vs 68 en 2020-21).
- On note un nombre plus élevé de plaintes dans la zone 1B (42 % du nombre total des plaintes) et la zone 6 (23 % du nombre total).
- À la zone 4, le nombre de plaintes demeure stable depuis les trois dernières années et à la zone 5, on remarque une diminution du nombre de plaintes de 25 % depuis 2018-19.
- Lorsqu'on analyse les plaintes par volume d'activités (admissions et visites à l'urgence), la zone 5 compte plus de plaintes par mille contacts avec le système de santé 7.2/1000, versus 3.6/1000 Z1B, 2.19/1000 Z6 et 1.7/1000 Z4. Les données de la zone 5 peuvent s'expliquer par le nombre de plaintes de la qualité des soins reçus des patients du CHR et du bureau de l'OMBUD. On remarque aussi un plus haut volume de plaintes en lien avec les politiques mises en place suite à la pandémie de la COVID-19 dans les zones 5 et 1b.



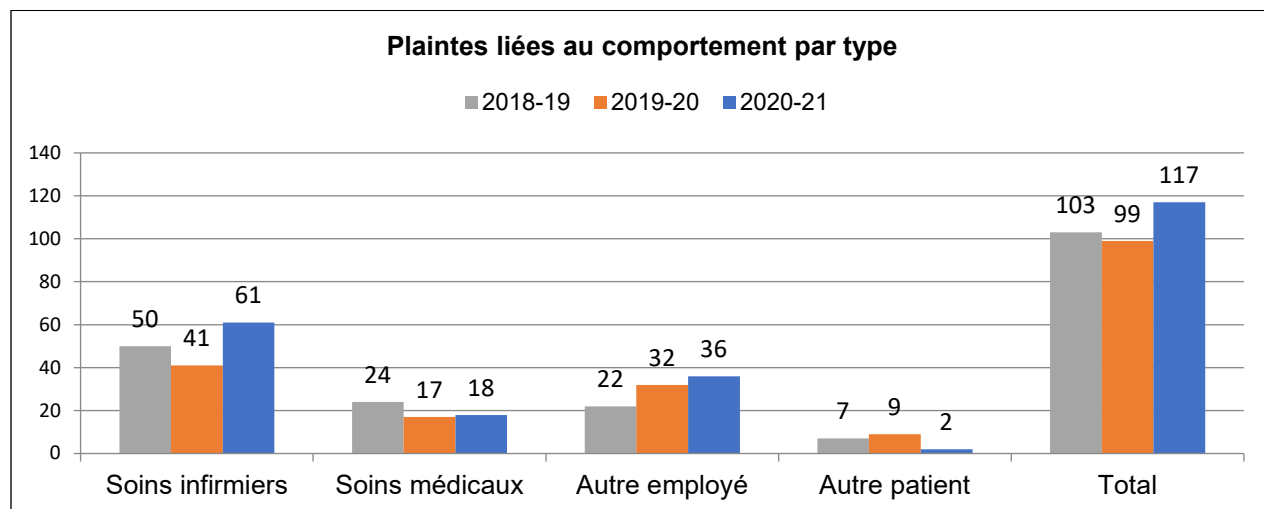
On note une diminution dans le nombre de plaintes dans la catégorie Qualité des soins au cours des trois dernières années (soit une baisse de 22 %). Les autres catégories ont connu une augmentation pour la même période (soit ↑16 % Comportement, ↑54 % Environnement, ↑18 % Communication). Les plaintes de la catégorie Politiques ont augmenté de façon significative, cet accroissement s'explique par la mise en place des nouvelles directives en lien avec la pandémie de la COVID-19.





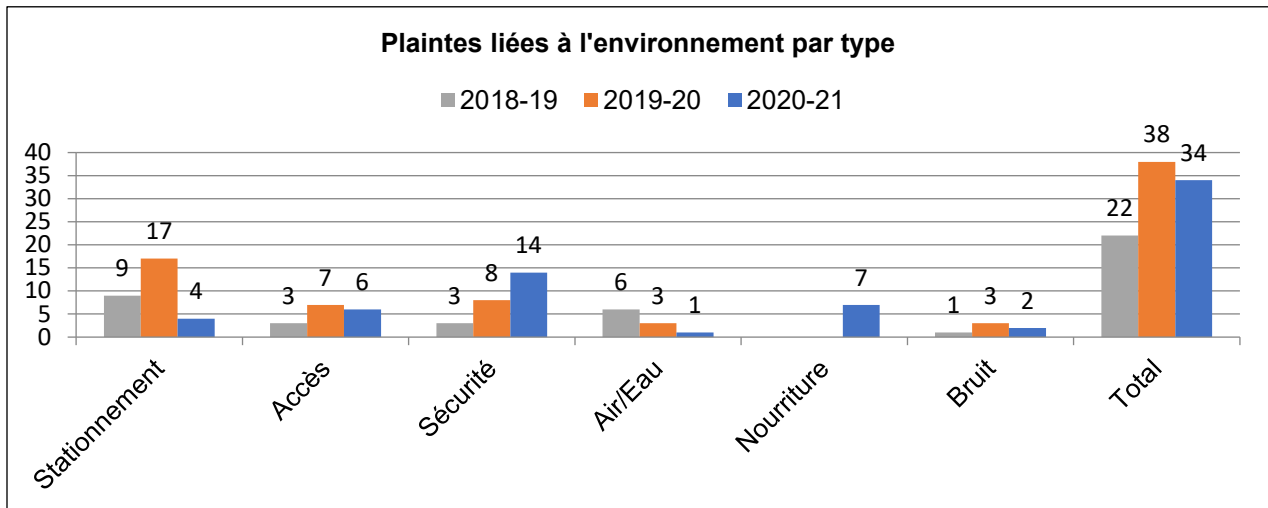
#### Catégorie Qualité des soins

- Dans la catégorie Qualité des soins, les types de plaintes suivantes représentent le plus haut volume de plaintes : Soins donnés (28 %), Attentes du plaignant (36 %) suivi des catégories : Période d'attente (17 %) et Accessibilité (8 %).
- Les Services d'urgence comptent le plus haut volume de plaintes (42 %) dans la catégorie Qualité des soins. Les sous-catégories : Soins donnés (33 %) et Période d'attente (28 %) affichent des volumes plus élevés suivi de la catégorie : Attentes du plaignant (25 %).



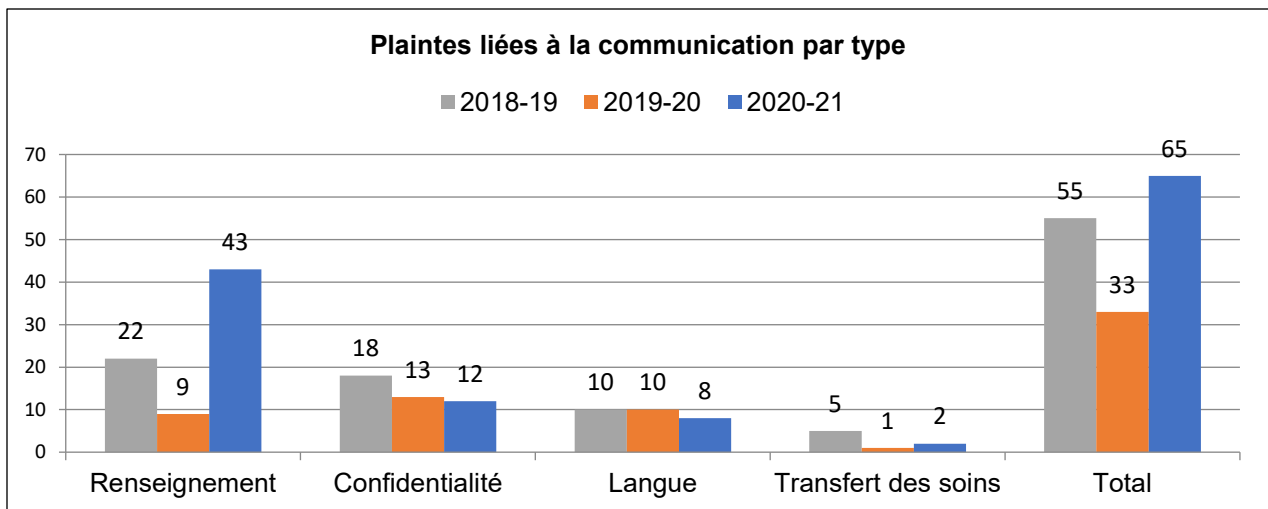
#### Catégorie Comportement

- On note une augmentation de 18 % dans le nombre total de plaintes liées au comportement comparé à la dernière année. Ces plaintes se retrouvent majoritairement dans les sous-catégories : Soins infirmiers (52 %) et Autre employé 31 % (majoritairement par les employés du triage et les agents de sécurité à l'entrée principale lors du triage dû à la COVID et secrétaire de l'admission, cliniques externes et phlébotomie).
- À la base des plaintes en lien avec le comportement, on retrouve souvent des commentaires spécifiques faits par le personnel qui ont marqué le patient et brimé la relation de confiance.



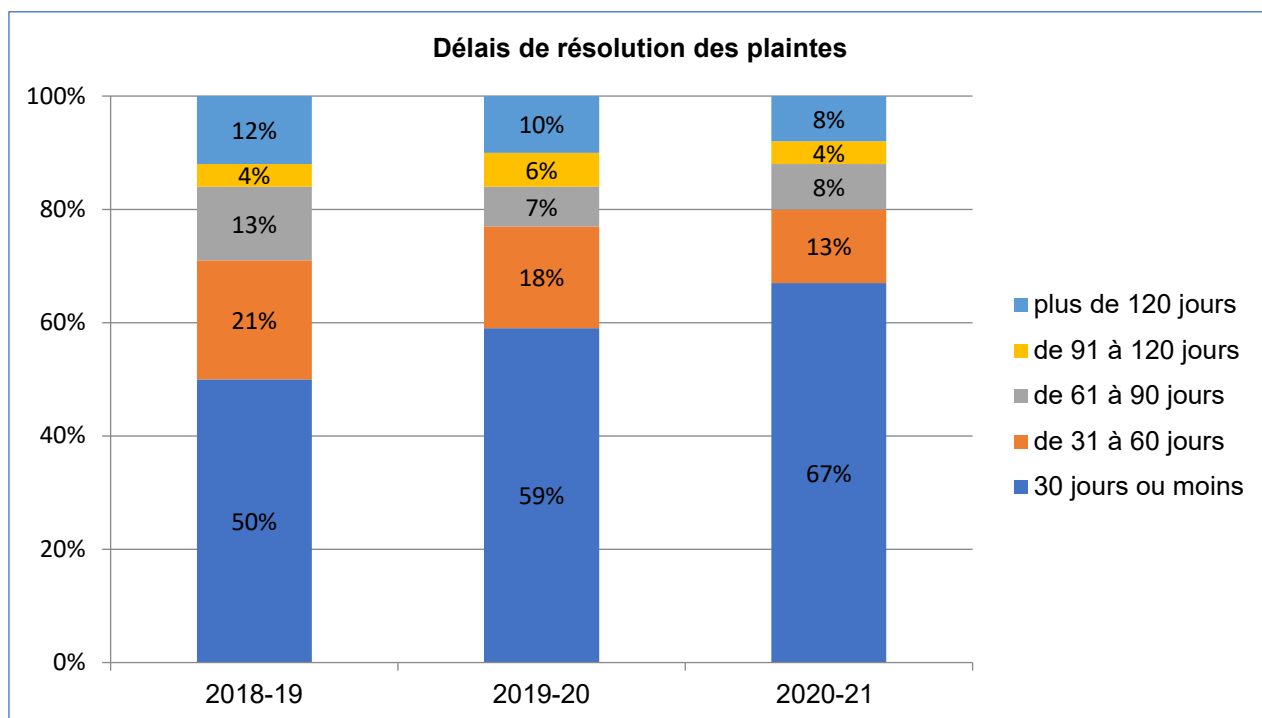
#### Catégorie Environnement

- On note une légère diminution dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement depuis l'année passée. Toutefois, une augmentation est notée dans les sous-catégories sécurité et nourriture.
- Dans la sous-catégorie Sécurité, les plaintes sont majoritairement en lien avec la propreté des lieux. Dans la catégorie Nourriture, on nous souligne le manque de goût des repas servis.



#### Catégorie Communication

- Le nombre total de plaintes dans la catégorie communication a doublé comparativement à la dernière année.
- On remarque une augmentation significative des plaintes dans la sous-catégorie renseignement, celles-ci sont en lien avec le partage d'information entourant la pandémie de la COVID-19 (28 %) et de la difficulté de rejoindre le service de rendez-vous (21 %). On note une diminution du nombre de plaintes dans la plupart des autres sous-catégories.



### Délais de résolution

Le nombre de plaintes résolu à l'intérieur de 60 jours augmente graduellement depuis les deux dernières années, le pourcentage s'élève maintenant à 80 %. Des efforts soutenus ont été déployés auprès des gestionnaires et chefs de service, afin de rencontrer les délais ciblés. Les plaintes plus complexes et multiservices occasionnent parfois des délais plus longs. Dans l'intervalle de 61 à 90 jours, nous retrouvons 8 % des plaintes, 4 % entre 91 à 120 jours et 8 % dans la gamme de plus de 120 jours.

### Pistes d'amélioration mise en œuvre

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 des pistes d'amélioration qui découlent des plaintes:

- Un nouveau système au service de rendez-vous/d'envoi des requêtes à l'HSMK a été mis en place, afin de minimiser le risque de perte de requête et le retard dans l'acheminement des suivis.
- Un nouveau protocole régional a été établi en pathologie pour améliorer le délai d'exécution. Au lieu de sortir le rapport des délais en pathologie chaque mois, ceci sera fait chaque 2 semaines.
- L'utilisation du protocole de traitement de la douleur pour les patients palliatifs est en processus d'évaluation, afin d'améliorer la communication entre le personnel médical et infirmier concernant l'administration des analgésiques aux patients.
- Le processus d'entreposage des médicaments personnels des patients à la salle d'urgence a été révisé, afin de limiter le risque de perte des biens du patient.
- L'élaboration d'un nouveau processus est en cours pour récupérer les cartes d'assurance maladie retrouvées et de s'assurer de les retourner au bon patient.
- Formation liée à la communication auprès des personnes malentendantes offertes à certains employés par le Service d'audiologie.
- Changement de processus apporté à la clinique externe afin d'assurer le respect de la confidentialité des renseignements personnels. Le patient doit placer sa carte contre la fenêtre, afin de permettre au personnel de lire l'information nécessaire.

- Modifications aux lignes directrices sur la présence des personnes de soutien en temps de pandémie pour permettre que le patient puisse obtenir le soutien/réconfort nécessaire.
- Amélioration du processus de prise de rendez-vous en phlébotomie en collaboration avec les bureaux des médecins et ajouts de personnels additionnels au centre de rendez-vous.
- Ajouts de plage horaire additionnelle pour certains examens en imagerie diagnostique, tels que les échographies du sein et l'imagerie par résonance magnétique, afin de répondre aux nombres grandissants de demandes de ces examens.
- Ajout d'identificateur visuel sur les cartes d'hôpital des patients sous hémodialyse, afin d'accélérer le processus à l'entrée.
- Augmentation des espaces d'attente à l'entrée, afin d'accueillir plus de gens sécuritairement à l'intérieur de la période hivernale.
- Plexiglas installé autour du poste de l'urgence pour limiter le bruit.
- Nouveau processus mis en place pour permettre aux patients/visiteurs qui proviennent des zones chaudes d'accéder à une toilette désignée.
- Politique d'accompagnement des patients fût changé pour permettre aux patients vulnérables d'avoir un accompagnateur, peu importe la phase de la pandémie.
- Nouvelle procédure pour les patients qui ne peuvent pas porter de masque.
- Achat de service d'une physiothérapeute en privé pour combler les relais à l'hôpital pour le moment.
- Rencontres virtuelles proposées à la famille avec tablette.

# Note d'information

Point 5.6

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

Date : 2021 06 01

Objet : Rapport annuel – Gestion des risques

## Décision recherchée

Le rapport annuel de la Gestion des risques est présenté à titre d'information et d'avis. Le rapport contient les données sur les incidents, les litiges et réclamations, la déclaration obligatoire (*Loi de Vanessa*) ainsi que des données sur les demandes d'aide médicale à mourir.

## Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les données de l'année financière 2020-2021, ainsi que les données comparatives pour les deux années précédentes. Les graphiques et les données détaillées sont en annexe.
- Incidents :
  - L'intention en matière de gestion des risques est de prévoir les risques et de les atténuer de manière à amoindrir la probabilité d'un incident et, advenant la survenue d'un incident, d'en atténuer la gravité.
  - Les incidents sont classés selon des définitions et catégories provinciales. Les gestionnaires reçoivent mensuellement un rapport de tendance sur les incidents rapportés propre à leur(s) service(s) et peuvent ainsi identifier les tendances et cibler les occasions d'amélioration.
  - On remarque une diminution du nombre total d'incidents rapportés comparativement à l'année précédente (13 % de moins).
  - Les incidents évités de justesse représentent 6 % du total des incidents rapportés pour 2020-21.
  - Les chutes, incidents liés à la sécurité et au traitement/analyse/procédé représentent 72 % de l'ensemble des incidents.
  - Les incidents modérés (1.0 %), graves (0.5 %) et critiques (0.1 %) représentent une très faible proportion des incidents rapportés (1.6 %). Tous les incidents graves et critiques sont référés aux comités de revue pour une analyse des causes profondes et la mise en place de mesures pour prévenir que les incidents se reproduisent.
  - Les incidents font l'objet d'analyse afin d'identifier et mettre en place des mesures pour prévenir la récurrence d'incidents semblables. Voir en annexe des exemples d'analyse et les améliorations qui en découlent.
- Litiges et réclamations :
  - Les réclamations pour bris et perte de biens jusqu'à 6000 \$ sont gérées par le Service de gestion des risques en collaboration avec les gestionnaires des unités/services concernés. Les montants payés ont augmenté de 21 %. La majorité des montants payés en 2020-2021 étaient pour remplacer des effets personnels, tels que des prothèses dentaires, des appareils auditifs et des lunettes.
  - Les réclamations pour bris et perte de biens de plus de 6000 \$ ainsi que toutes les réclamations pour blessures corporelles et les cas de poursuites (incluses dans les réclamations) sont gérés par l'administrateur du Plan de Protection de Responsabilités civiles de la province, soit HIROC.

- Déclaration obligatoire (*Loi de Vanessa*) :
  - Depuis le 16 décembre 2019, le Réseau doit rapporter les réactions indésirables graves aux médicaments (RIM) ainsi que les incidents liés aux instruments médicaux (IIM) à Santé Canada.
  - Il s'agit d'une première année financière complète au niveau des données qui sont présentées en annexe. Bien qu'en temps normal, une augmentation du nombre de déclarations était prévue, il n'en fut pas le cas. Pour l'année 2020-2021, nous avons eu en moyenne 2.7 déclarations par mois alors que pour l'année précédente (4 mois), nous en avons eu en moyenne 6.8.
  - La pandémie de la COVID-19 a sûrement eu un effet sur le taux de déclaration et les efforts devront se poursuivre afin d'encourager le plus grand nombre de déclarations possibles.
  - Les déclarations doivent être faites à l'intérieur de 30 jours civils à la suite de la première documentation d'une RIM ou d'un IIM. Le nombre de jours moyen entre le signalement par les établissements et la date de soumission à Santé Canada est de 12.5 jours pour les RIM et 15,25 pour les IIM, pour le Réseau. Une amélioration par rapport à l'an dernier.
- Aide médicale à mourir (AMM):
  - Le nombre de demandes pour l'aide médicale à mourir augmente chaque année. En 2020-2021, il y a 104 demandes d'AMM comparé à 91 en 2019-20.

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

- Les statistiques et graphiques en annexe représentent les données extraites des incidents «rapportés». Il est important de considérer que les données peuvent varier d'un rapport à l'autre en raison de la mise à jour qui est faite sur une base mensuelle. Les gravités des incidents peuvent également varier, car elles sont parfois revues à la hausse ou à la baisse à la suite de la réception des suivis.
- Le processus d'acquisition d'un logiciel de gestion des incidents est maintenant conclu. Un contrat fut signé avec la compagnie RLDatix et le travail est amorcé en vue de la préparation et de la mise en œuvre du logiciel. La mise en service est prévue dans les prochains mois. Le nouveau système répondra définitivement mieux aux besoins des deux Réseaux et de la province.

## Considérations importantes

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

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

## Suivi à la décision

- Incidents :
  - Poursuivre l'analyse des tendances et les suivis aux incidents.
  - Participer activement dans la mise en œuvre du nouveau système de gestion des incidents.
- Litiges et réclamations :
  - Continuer le signalement des dossiers potentiellement litigieux ou à risque de réclamations.
  - Surveiller les tendances concernant les pertes de biens.
- Déclaration obligatoire :
  - Poursuivre la déclaration des RIM et IIM afin de se conformer à la loi.
- Générales :
  - Uniformiser les pratiques et outils de travail du Service.

## Proposition et résolution

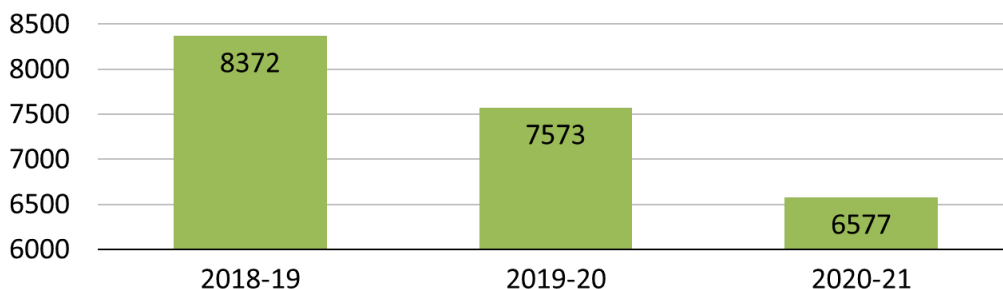
Aucune.

**Soumis le 12 mai 2020 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques.**

**INCIDENTS**

**Incidents rapportés (incluant les évités de justesse)**

**Nombre total d'incidents rapportés**



**Observations / Explications :**

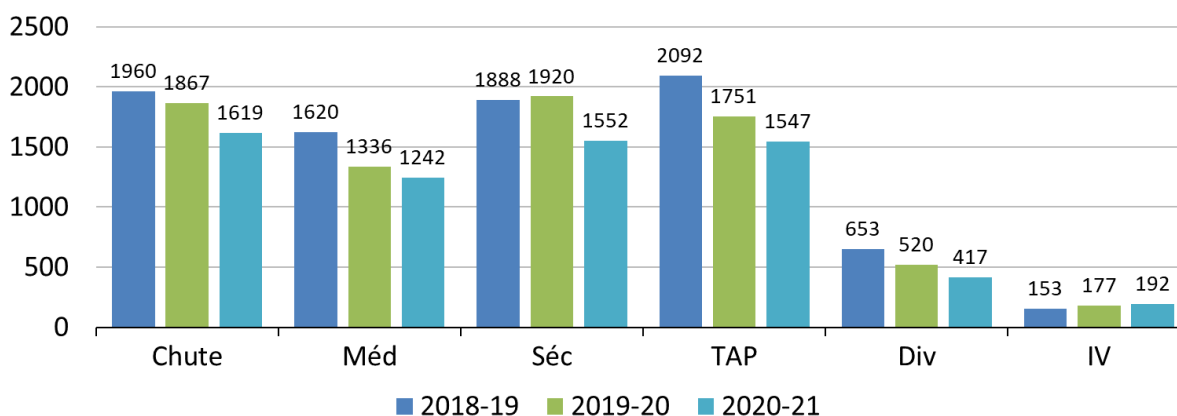
Ces données représentent le total des incidents rapportés pour l'ensemble du Réseau. Les Zones 1B et 5 sont celles où une baisse des incidents est remarquée, respectivement 9 % et 26 % de moins. En général, plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à la réduction des incidents rapportés, toutefois, il est difficile d'en affirmer avec certitude.

En voici quelques-uns :

- Amélioration des soins et services à la suite des analyses des tendances des incidents contribuant ainsi à réduire les occurrences (effet souhaité).
- Manque de personnel sur les unités de soins (manque de temps pour faire un rapport d'incident).
- Roulement important au niveau des gestionnaires des unités de soins dans certains établissements.
- Au T1, l'effet de la pandémie (réduction des services) qui se poursuit avec une diminution de 21 % du nombre d'incidents rapportés comparativement au T4 de 2019-2020. Les données des trimestres suivants sont par la suite à la hausse pour les deux trimestres suivants, mais de nouveau à la baisse en T4.

**Incidents rapportés par catégorie (incluant les évités de justesse)**

**Nombres total d'incidents rapportés par catégories**



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

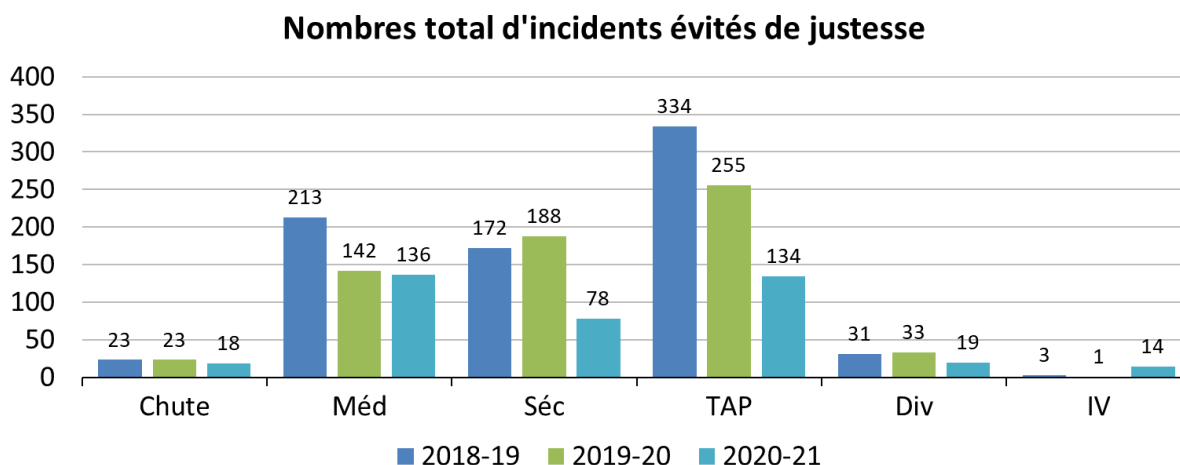


**Observations / Explications :**

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

- Il y a une diminution du nombre global de **chutes** dans le Réseau au cours de la dernière année. On remarque cependant, une légère augmentation des chutes du lit soit de 2 %. Les chutes alors que les patients sont ambulants/marchant représentent 24 % du nombre global de chutes, les patients debout 24 % et suivi de près par les chutes du lit 21 %. Les Zones 6 et 4 sont celles qui rapportent le moins de chutes chaque année. Le pourcentage de chutes avec blessures graves et critiques est de 1 % (17/1619) en 2020-2021 et est identique à celui de 2019-2020.
- Le nombre global d'incidents liés aux **médicaments** a connu une légère baisse par rapport à l'an dernier. Les omissions (33 %), les incidents de posologie/concentration incorrects (27 %) et ceux d'aucune ordonnance (22 %) demeurent les types les plus fréquents. Les classes de médicaments les plus souvent visées sont les antibiotiques, les anticoagulants, les antidiabétiques, les narcotiques analgésiques et les anxiolytiques/sédatifs/hypnotiques. La Zone 1B est celle qui a connu la baisse la plus significative avec 15 % de moins. Le pourcentage d'incidents liés aux médicaments avec blessures graves et critiques est de 0.08 % (1/1242) en 2020-21 comparé à 0.15 % (2/1348) en 2019-20.
- Les incidents de la catégorie **traitement/analyse/procédé** ont connu une baisse globale de 12 %. Les types les plus fréquemment rapportés sont les omissions (44 %), les problèmes de politiques et procédures (18 %), plaie de pression (11 %), et les incidents de traitement sans ordonnance (4 %). Chacune des zones a connu une baisse proportionnelle entre 8 % à 18 %.
- Les incidents de **sécurité** ont connu une diminution globale de 19 %. Les types les plus fréquemment rapportés sont les agressions (26 %), les altercations/abus verbaux (18 %) et les bris de confidentialité (14 %). La Zone 5 demeure la zone rapportant le plus ce genre d'incidents et ceci s'explique par le type de clientèle hospitalisée, mais une diminution de 17 % par rapport à l'année dernière fut observée.

**Incidents évités de justesse (IEJ) rapportés par catégorie (données extraites du tableau précédent)**



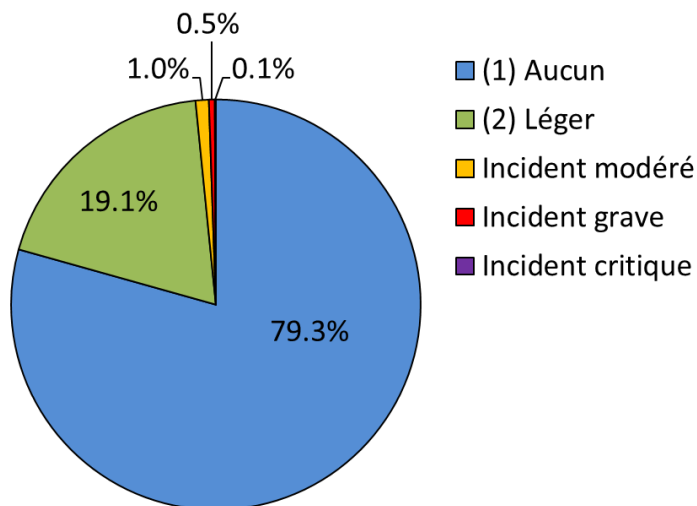
### Observations / Explications :

Ces données représentent le total des incidents évités de justesse rapportés par catégorie pour l'ensemble du Réseau.

- Un incident évité de justesse (IEJ) est un incident qui n'a pas atteint le patient en raison d'une intervention en temps opportun. Un total de 399 IEJ furent signalés en 2020-21.
- Au cours des trois dernières années, on note une diminution de 49 % dans le nombre d'incidents évités de justesse rapportés (642 en 2019-20 versus 399 en 2020-21).
- Cette tendance est observée dans l'ensemble du Réseau sauf dans la Zone 6 avec une augmentation de 45 %. La Zone 1B a connu une baisse de 51 % du nombre d'IEJ rapporté depuis l'année passée. Les Zones 1B et 4 sont encore celles qui rapportent le plus ce genre d'incident.
- Les IEJ les plus souvent rapportés sont ceux reliés aux médicaments (34 %), ceux de traitement/analyse/procédé (34 %) et ceux reliés à la sécurité (20 %).

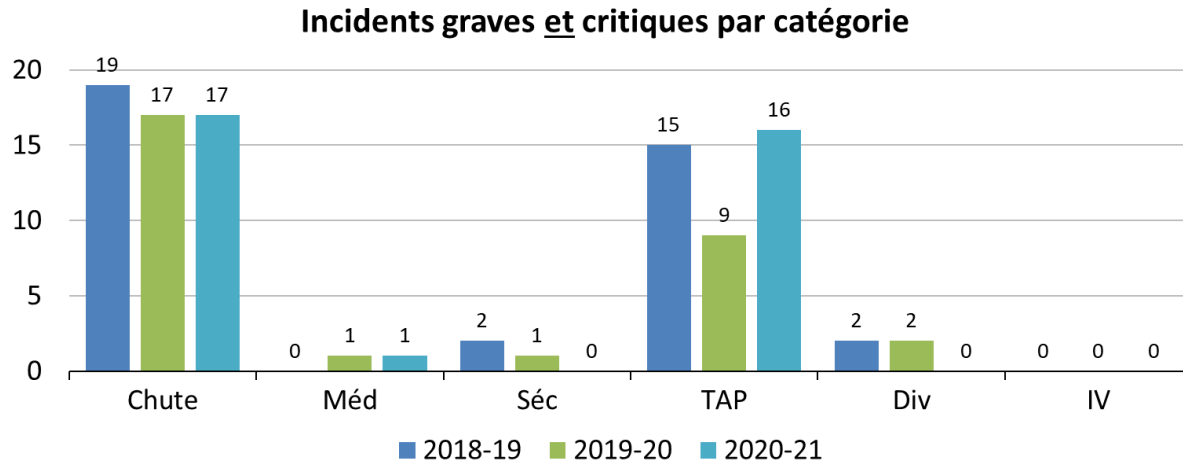
### Gravité des incidents rapportés

#### 2020-21 Vitalité



- La majorité des incidents rapportés dans l'ensemble du Réseau n'ont pas eu de conséquences pour le patient (79 %) ou ont eu une conséquence légère seulement (19 %). Les incidents modérés représentent 1 % (65) de tous les incidents rapportés. Tandis que les incidents graves (29 incidents) et critiques (5 incidents) représentent moins que 1 % de tous les incidents rapportés.

### Incidents graves et critiques rapportés par catégorie



#### **Observations / Explications :**

- Le nombre d'incidents combinés graves/critiques a légèrement augmenté cette année.
- Des 34 incidents graves et critiques, 5 furent critiques.
- Les chutes demeurent le type d'incident causant le plus fréquemment des blessures graves, 57 % dans ce cas-ci, et pour la plupart il s'agit de fractures de la hanche chez une clientèle âgée.
- Plusieurs incidents de type Traitement/analyse/procédé (43 %) ont également causé des blessures graves chez les patients. La plupart sont liés à des délais inhabituels pour des tests diagnostiques (44 %). On retrouve également en moindre proportion des politiques/procédures non suivies (25 %), des résultats inattendus ou des traumatismes (13 % chacun) et une lésion de pression.
- Conformément à la Loi sur la qualité, tous les incidents font l'objet d'une analyse et d'un suivi. Lorsqu'il s'agit d'un incident grave ou critique, une revue des causes profondes est effectuée par un comité de revue.

#### **Activités d'amélioration découlant des analyses de tendances des incidents:**

Tous les incidents font l'objet d'un suivi. Les rapports mensuels préparés pour les gestionnaires permettent d'identifier les tendances et de guider les gestionnaires à identifier et mettre en œuvre différentes activités d'amélioration. Dans les explications reçues concernant les tendances à la hausse, le manque de personnel revient souvent comme étant un facteur contributif et il est parfois difficile pour les gestionnaires d'identifier des mesures d'atténuation à cet égard. Voici tout de même quelques mesures d'améliorations ou d'atténuations apportées :

#### Pour les chutes :

- Faire des rappels sur le programme de prévention des chutes et s'assurer, par le biais d'audits et suivis étroits, que l'évaluation du risque de chute est faite selon les fréquences requises.
- Rapprocher les patients qui chutent fréquemment plus près du poste des infirmières.
- Installer des alarmes de lit (*bedcheck*) et s'assurer qu'ils fonctionnent en tout temps.
- Aviser les patients de sonner lorsqu'ils veulent se lever, d'utiliser leur aide à la marche pour ceux qui peuvent circuler seul avec une aide à la marche et s'assurer de la placer à la portée de main du patient.

Pour les incidents reliés aux médicaments :

- S'assurer de bien transcrire les médicaments sur les fiches d'administration des médicaments (FADM).
- Revérifier les FADM post administration des médicaments.
- Suivre la politique d'administration des médicaments et réitérer les 5 bons.
- S'assurer que les nouveaux employés reçoivent une orientation adéquate.

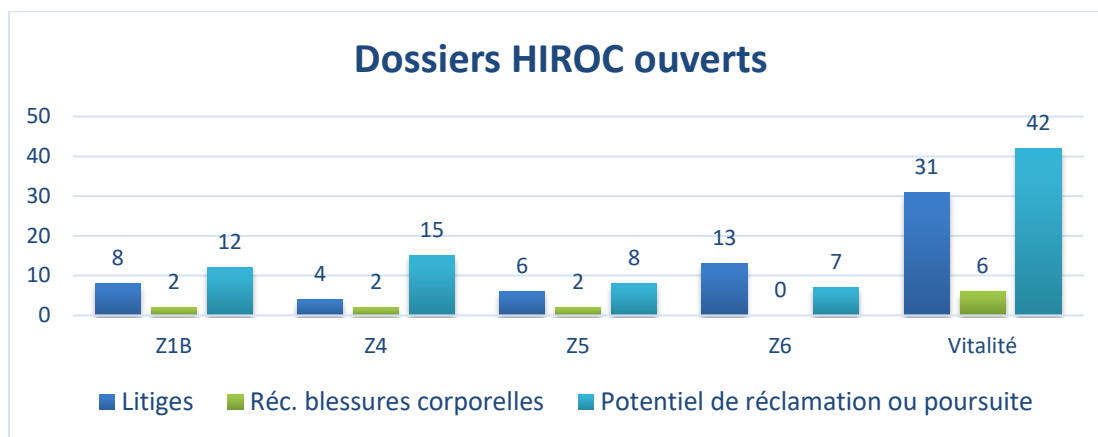
## LITIGES ET RÉCLAMATIONS

### Litiges et réclamations pour blessures corporelles (dossiers HIROC) et autres dossiers

Les dossiers HIROC ouverts du Service de gestion des risques sont constitués de dossiers actifs (litiges /poursuites, réclamations pour blessures corporelles ou dossiers nécessitant des conseils légaux) et de dossiers signalés en raison d'un potentiel de réclamation ou de poursuite (par exemple : soins obstétricaux, réclamation potentielle, mais pour laquelle aucune demande formelle ne fut encore reçue, atteintes à la vie privée multiples avec potentiel de recours collectif).

À noter que puisque la plupart du temps, les litiges et les dossiers sous surveillance s'étendent sur plusieurs années financières, il est donc difficile de produire un tableau comparatif.

Voici un aperçu du nombre de dossiers HIROC ouverts dans l'ensemble du Réseau au 31 mars 2021:

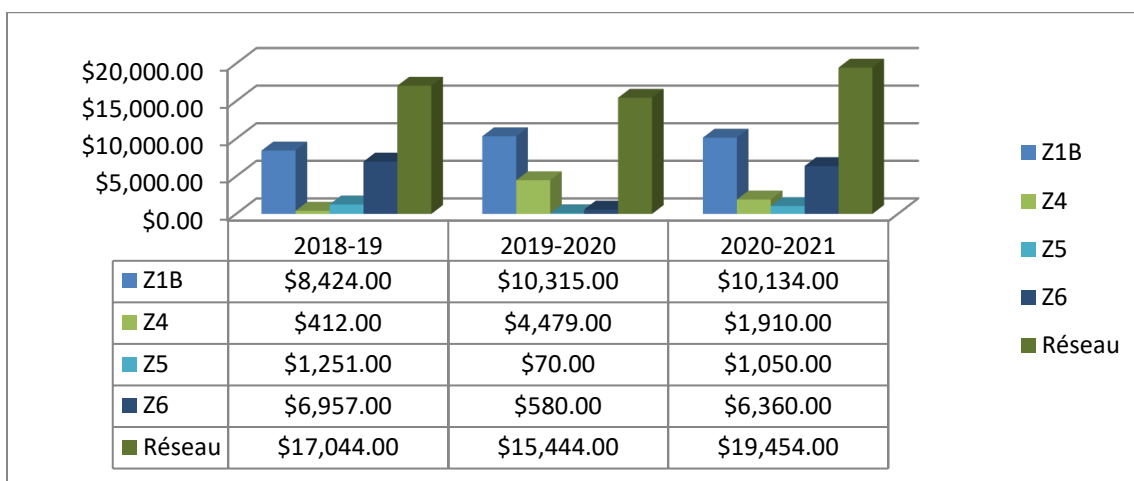


### Réclamations pour bris et perte de biens – moins de 6000 \$– gérées par le Réseau

- Les réclamations gérées par le Réseau sont variables d'une année à l'autre et sont difficiles à prévoir. Les montants déboursés sont pris à même le budget des unités/services responsables.
- Les réclamations pour pertes de biens sont plus fréquentes que celles pour bris de biens.
- Les effets personnels les plus souvent perdus sont les prothèses dentaires, les appareils auditifs et les lunettes. La majorité des montants payés en 2020-2021 étaient pour remplacer ce type d'effets personnels.
- Il est à noter que le service de gestion des risques commence à recevoir des réclamations concernant des bris ou pertes d'appareils électroniques (téléphones cellulaires et ordinateurs portables). Au cours de la dernière année, nous en avons eu trois dont deux qui ont été refusées suite à l'analyse du dossier et une qui est encore en traitement.

ANNEXE  
Rapport annuel – Gestion des risques

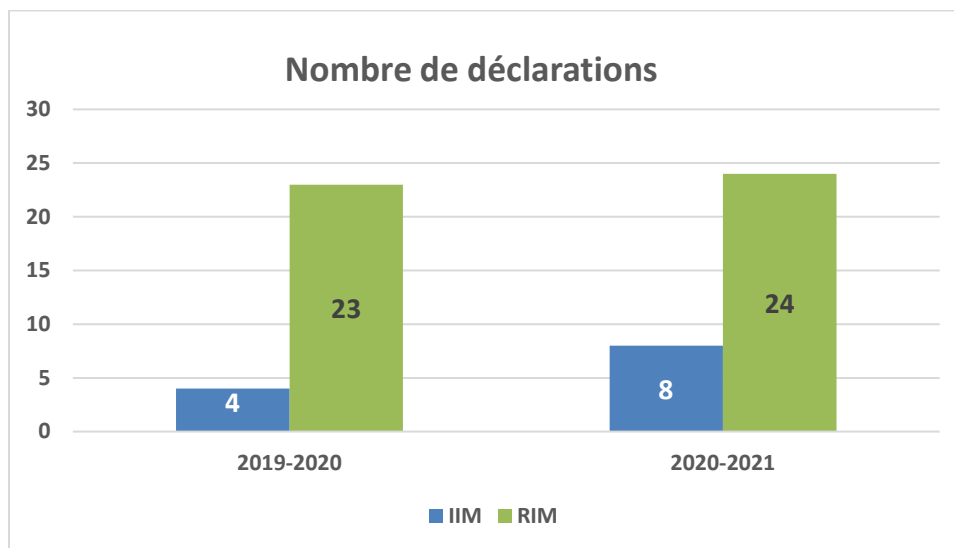
- Étant donné que tous ces objets sont très dispendieux, il est important de minimiser les risques de bris ou de perte. Le processus entourant la gestion des effets personnels des patients ainsi que la politique de *Réclamations pour bris et perte de biens* seront révisés.



**DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

La *Loi de Vanessa* oblige, depuis le 16 décembre 2019, les établissements hospitaliers à rapporter les réactions indésirables graves aux médicaments (RIM) ainsi que les incidents liés aux instruments médicaux (IIM).

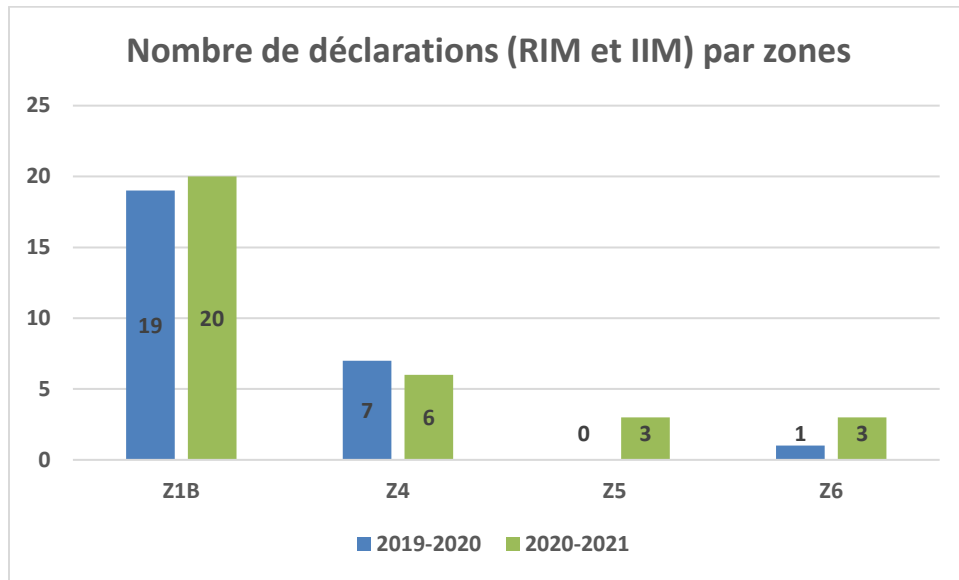
Voici un aperçu du nombre de déclarations faites à Santé Canada depuis le début.



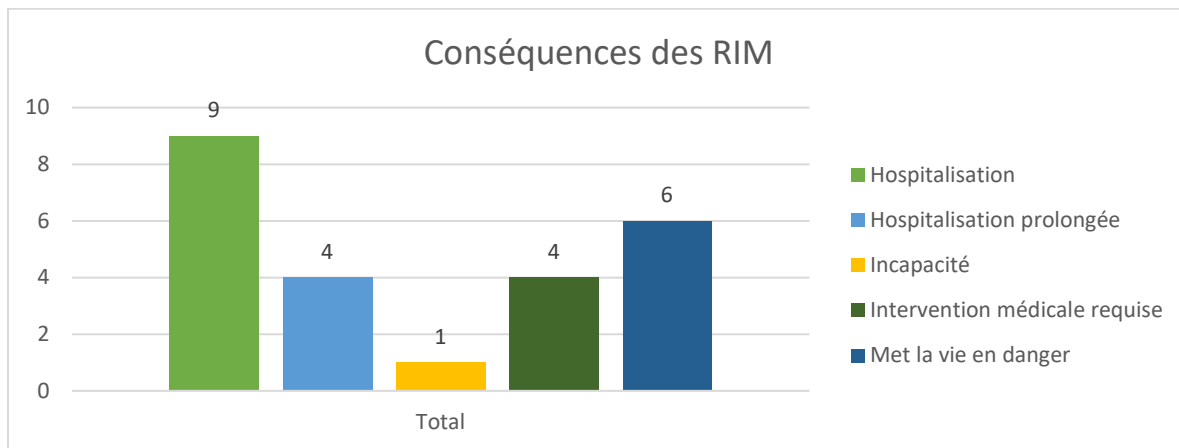
Comme l'année précédente, les réactions indésirables graves aux médicaments sont la plus grande source de signalement. Nous avons reçu 24 rapports de réactions indésirables graves à des médicaments (RIM) et 8 rapports d'incidents reliés aux instruments médicaux (IIM) dans la dernière année financière.

Comme le démontre le graphique ci-bas, la Zone 1B est la zone ayant rapporté le plus fréquemment des RIM et IIM. Cette année, toutes les zones ont fait des déclarations.

ANNEXE  
Rapport annuel – Gestion des risques



Comme le démontre le graphique suivant, les conséquences à la suite d'une réaction indésirable grave à un médicament sont variables. Cette année, aucune n'a causé le décès.



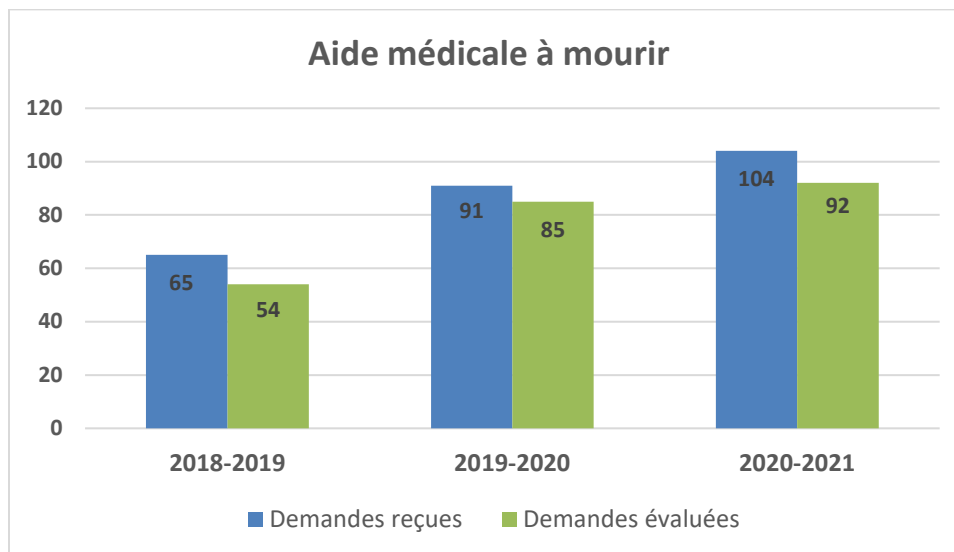
Puisque ces RIM graves ne sont pas considérées des incidents reliés aux médicaments (c'est-à-dire pas des « erreurs » causées par nos soins et services), elles ne sont pas comptabilisées avec les incidents graves et ne sont pas référées à la qualité pour une revue.

Pour ce qui est des incidents reliés aux instruments médicaux, tous ont impliqué des patients et ont eu comme conséquences des interventions médicales ou chirurgicales non prévues.

### **AIDE MÉDICALE À MOURIR**

Dans le cadre du processus de demandes d'aide médicale à mourir, le service de gestion des risques procède à la vérification administrative des documents. Cette vérification se fait lorsque les 4 documents suivants sont reçus : la demande écrite du patient, les 2 évaluations d'admissibilité et le consentement signé du patient. Certaines demandes ne se rendent pas à cette étape pour diverses raisons : le patient change d'idée, il y a une perte de capacité à consentir en cours de processus ou le décès du patient en cours de processus.

Ce tableau représente le nombre de demandes d'AMM reçues et évaluées par le service au courant des trois dernières années financières.



# Note d'information

Point 5.7

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

Date : 2021-06-01

Objet : Rapport annuel – Langues officielles

## Décision recherchée

Cette note est présentée à titre d'information.

## Contexte/problématique

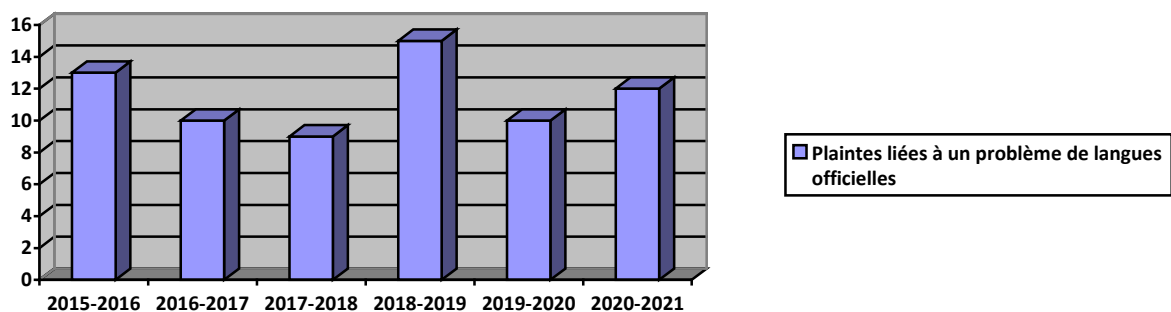
### Profil linguistique

Au cours des prochains mois, le service des Ressources humaines identifiera les catégories d'employés à prioriser en termes d'évaluation des compétences en langue seconde. Une analyse de scénarios et des coûts sera présentée à l'Équipe de leadership. Il n'y a actuellement aucun contrat qui lie le Réseau de santé Vitalité à un fournisseur externe, mais les services seront disponibles selon l'orientation choisie par l'Équipe de leadership.

L'objectif de cet exercice est de permettre au Réseau de tenir compte des compétences linguistiques en langue seconde des employés lors de la préparation des horaires de travail.

### Plaintes – Langues officielles

Catégorie Communication/Information : Plaintes liées à un problème de langues officielles					
2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021
13 plaintes	10 plaintes	9 plaintes	15 plaintes	10 plaintes	12 plaintes





Le nombre de plaintes reçues en 2020-2021 est comparable aux années antérieures à l'exception de 2018-2019. Les plaintes reçues en 2020-2021 avaient pour objet les éléments suivants : communications verbales ou écrites dans une langue autre que celle de choix du patient ou de la personne l'accompagnant, enseignes fixes qui ne sont pas dans les deux langues officielles, manquement au niveau de l'offre active et rapports cliniques qui ne sont pas disponibles dans la langue de choix du patient.

### Sondage interne : Niveau de satisfaction liée aux langues officielles

Service reçu dans la langue officielle de votre choix?					
		Toujours	Habituellement	Parfois	Jamais
Zone 1B	2020-21	91 %	7%	1%	1%
	2019-20	94%	4%	1%	1%
	2018-19	93%	5%	1%	1%
	2017-18	91%	7%	2%	1%
	2016-17	92%	7%	1%	0%
Zone 4	2020-21	91 %	6%	1%	2%
	2019-20	96%	3%	0%	1%
	2018-19	90%	5%	3%	2%
	2017-18	92%	4%	2%	2%
	2016-17	90%	9%	1%	0%
Zone 5	2020-21	89%	7%	1%	0%
	2019-20	88%	10%	1%	1%
	2018-19	88%	10%	1%	1%
	2017-18	84%	12%	2%	2%
	2016-17	85%	14%	1%	0%
Zone 6	2020-21	92 %	6%	1%	0%
	2019-20	91%	7%	1%	1%
	2018-19	87%	10%	1%	2%
	2017-18	89%	8%	1%	1%
	2016-17	85%	13%	1%	1%
Vitalité	2020-21	91 %	7%	1%	1%
	2019-20	94%	5%	1%	1%
	2018-19	90%	7%	2%	1%
	2017-18	90%	7%	2%	1%
	2016-17	89%	10%	1%	0%

Ces données sont tirées des résultats du sondage de satisfaction de la clientèle. La question 21 du sondage pour les patients hospitalisés se lit comme suit : « *Combien de fois avez-vous reçu, à l'hôpital, le service dont vous avez besoin dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix?* ». Le taux de réponse à ce sondage a varié entre 17 % et 21 % au cours des dernières années toutefois le taux de réponse pour 2020-21 était de 10 %.

#### E-apprentissage :

Taux de conformité des employés						
Module e-apprentissage sur les Langues officielles						
Zone	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021
1	73%	93%	80%	76%	71%	71%
4	75%	93%	87%	80%	81%	83%
5	64%	90%	85%	85%	85%	82%
6	76%	93%	88%	74%	80%	81%
<b>Vitalité</b>	<b>72%</b>	<b>92%</b>	<b>84%</b>	<b>80%</b>	<b>78%</b>	<b>78%</b>

Il est à noter que cette formation e-apprentissage est obligatoire pour l'ensemble du personnel du Réseau et doit être répétée chaque trois ans. Par conséquent, la cible est de 100 %. Chaque employée est responsable d'effectuer les e-apprentissage requis et un suivi est fait annuellement par le gestionnaire lors du processus d'appréciation du rendement.

La politique sur les Langues officielles du Réseau GEN.2.80.05 qui est en place depuis 2010 a fait l'objet d'une révision au cours de l'année 2020-2021, la version révisée est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2021. Des définitions y ont été ajoutées soit celles de la langue de fonctionnement et de l'offre active. De plus, une section portant sur les rôles et responsabilités a été incluse.

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

L'accessibilité à des soins et services dans la langue du patient est un facteur qui contribue à améliorer l'accès aux soins de santé, la qualité et la sécurité des soins, la satisfaction des patients et surtout à l'amélioration des résultats (Source : Gouvernement du Canada).

### 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 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

## Suivi à la décision

- Effectuer une analyse des besoins en matière d'évaluation des compétences en langue seconde, et ce, en vue d'établir un profil linguistique des employés du Réseau et d'offrir des formations ciblées.

## Proposition et résolution

Aucune.

**Soumis le 13 mai 2021 par Alexandre Couture, Conseiller – Langues officielles / Coordonnateur – Accès à l'information.**

# Note d'information

Point 5.8

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

Date : 2021-06-01

Objet : Rapport annuel– Accès à l'information

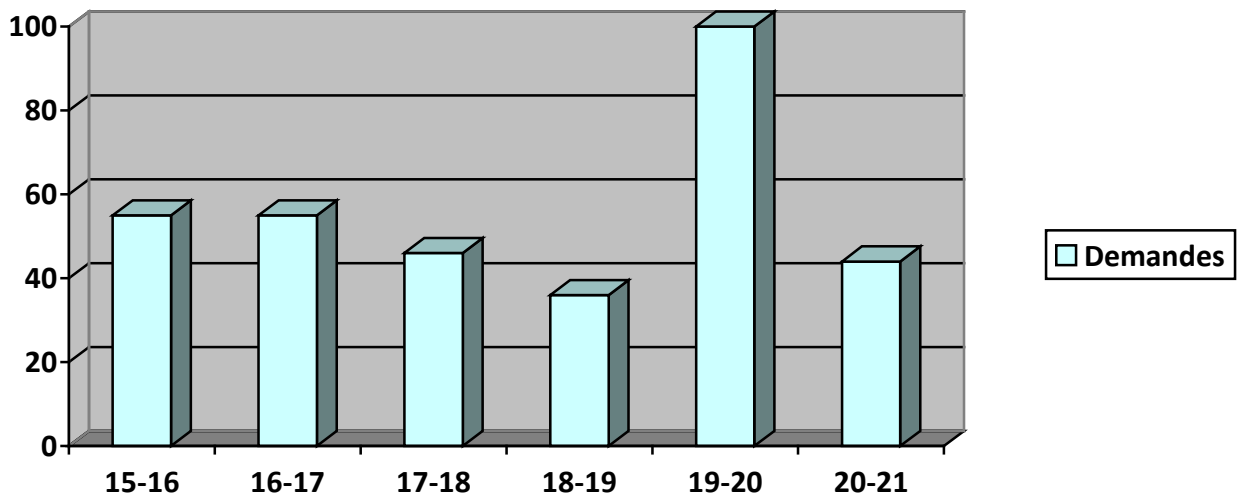
## Décision recherchée

Cette note est présentée à titre d'information.

## Contexte/problématique

### Demandes de renseignements

- Au cours de l'année 2020-2021, 44 demandes de renseignements en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP) ont été reçues et traitées.
- Les demandes de renseignements pour la période visaient des informations concernant différentes activités du Réseau et aussi certains enjeux couverts dans l'actualité.
- Une prorogation (30 jours supplémentaires) a été requise pour 29 % (13) des demandes. Quatre demandes ont dû être transférées à un autre organisme public.



## Demandes d'information en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée*

		Demandes faisant l'objet d'une plainte au bureau de l'Ombud	Cas porté à la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick
<b>2015-2016</b>	55	4	0
<b>2016-2017</b>	55	0	1
<b>2017-2018</b>	46	1	0
<b>2018-2019</b>	36	4	0
<b>2019-2020</b>	100	3	1
<b>2020-2021</b>	44	2	1

Une des demandes qui a fait l'objet d'une plainte au bureau de l'Ombud est en cours et l'autre a été conclue à la satisfaction du demandeur dans le cadre d'un processus de résolution informel.

Concernant le cas porté à la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick en avril 2021, une décision est attendue prochainement.

Au cours des dernières années, les demandes d'accès à l'information provenaient en majorité des médias et des groupes d'intérêts. En 2019-2020, la catégorie Parti politique (bureau de l'opposition officielle) avait généré un tiers des demandes, cette proportion a toutefois diminué en 2020-2021. Depuis les deux dernières années, on note une augmentation significative du volume de demandes en provenance de groupes d'intérêt.

Type de demandeur	2017-2018		2018-2019		2019-2020		2020-2021	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Média	25	54%	18	53%	27	27%	6	14%
Groupe d'intérêt	14	31%	12	36%	32	32%	25	57%
Citoyen	5	11%	2	4%	2	3%	2	4%
Citoyen - Patient	1	2%	2	4%	3	3%	2	4%
Organisme publique	1	2%	1	3%	3	3%	4	9%
Parti politique	0	0%	0	0%	33	33%	5	12%
<b>Grand Total</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	100%	<b>100</b>	100%	<b>44</b>	100%

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

Chaque demande de renseignements est traitée individuellement et requiert la consultation des secteurs appropriés du Réseau.

La politique Demande d'information GEN.6.30.35 a été révisée et elle est présentement en attente d'approbation.

# Note 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

## Suivi à la décision

Poursuivre le suivi des demandes d'accès à l'information conformément à la *Loi sur le droit à l'information et la protection des renseignements personnels*.

## Proposition et résolution

Aucune.

**Soumis le 13 mai 2021 par Alexandre Couture, Conseiller – Langues officielles / Coordonnateur – Accès à l'information.**

**Note couverture**

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

Date : le 1<sup>er</sup> juin 2021

**Objet : Rapport annuel du Bureau de l'éthique pour 2020-2021**

**Éthique de la recherche** : Le CER a tenu 12 réunions régulières et 3 réunions extraordinaires en raison de la pandémie de la COVID-19. On note une augmentation des demandes d'évaluation pour les essais cliniques et pour les recherches appliquées. Les essais cliniques commencent à se développer dans de nouveaux secteurs au sein du Réseau, ce qui apporte une augmentation du nombre d'essais cliniques. L'augmentation des projets de recherche appliquée s'explique en partie par la pandémie de la COVID-19 qui a apporté de nouveaux projets de recherche. Durant la dernière année, 11 projets de recherche appliquée étaient en lien avec la pandémie de la COVID-19. Depuis novembre 2020, le CER utilise la plateforme en ligne ROMEO pour l'évaluation des projets de recherche. Au total, 137 projets de recherche sont en cours.

**Éthique clinique** : En 2020-2021, il n'y a eu aucune demande de consultation formelle, mais on compte 37 demandes de consultation informelles en éthique clinique. L'augmentation des demandes de consultation informelles est, en partie, reliée à la pandémie de la COVID-19. Un poste a été comblé au Comité d'éthique clinique.

170 directeurs et gestionnaires ont participé à un webinaire portant sur le cadre conceptuel en matière d'éthique et sur la prise de décision difficile en éthique clinique. Plusieurs politiques en éthique clinique sont en processus de révision.

**Éthique organisationnelle** : Le cadre conceptuel en matière d'éthique a été révisé et mis en œuvre. Une affiche « Droits du patient » qui découle du code d'éthique et qui a été développée conjointement avec les patients partenaires sera affichée sous peu dans l'ensemble des points de service du Réseau. Les dépliants « Droits et responsabilités des patients » et « Ma vie, mes choix » sont en révision.

Un webinaire a été présenté aux directeurs et gestionnaires sur la prise de décision en éthique organisationnelle auquel on a compté 175 participants.

Soumis le 17 mai 2021 par Diane Mignault, directrice principale Performance, Qualité et Vie privée et Joanie Gagnon, coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique



# Rapport annuel

# Éthique

# 2020-2021

Période d'avril 2020 à mars 2021

Préparé par :

Joanie Gagnon, coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique

Le 1<sup>er</sup> juin 2021



## Éthique de la recherche

### *1. Mandat du Comité d'éthique de la recherche (CER)*

Le mandat du CER a été révisé et la nouvelle version est entrée en vigueur le 21 décembre 2020.

Le mandat du Comité d'éthique de la recherche a été présenté au Comité consultatif des patients et familles le 11 mars 2021.

### *2. Nom et titre des membres du Comité d'éthique de la recherche*

<b>Rôle des membres</b>	<b>Noms</b>
<b>Membre expert en recherche quantitative</b>	Michael Kemp
<b>Membre expert en recherche qualitative</b>	Jacinthe Beauchamp
<b>Membre expert en éthique</b>	Pierrette Fortin (présidente)
<b>Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche</b>	Mark Sinclair (vice-président)
<b>Membre versé en droit</b>	Me Marie-Andrée Mallet
<b>Membre clinique - médecine</b>	Dre Lucie Morais
	Poste vacant (recrutement en cours)
<b>Membre clinique – soins infirmiers</b>	Marie-Noëlle Paulin
	Poste vacant (recrutement en cours)
<b>Membre clinique – services professionnels</b>	Alexandre Savoie
<b>Membre de la collectivité</b>	Linda Thériault Godin
<b>Membre expert en éthique (substitut)</b>	Marie-Noëlle Ryan
<b>Membre versé en droit (substitut)</b>	Marc Deveau

### *3. Nombre de réunion du Comité d'éthique de la recherche*

- Réunion régulière : 12
- Réunion extraordinaire : 3

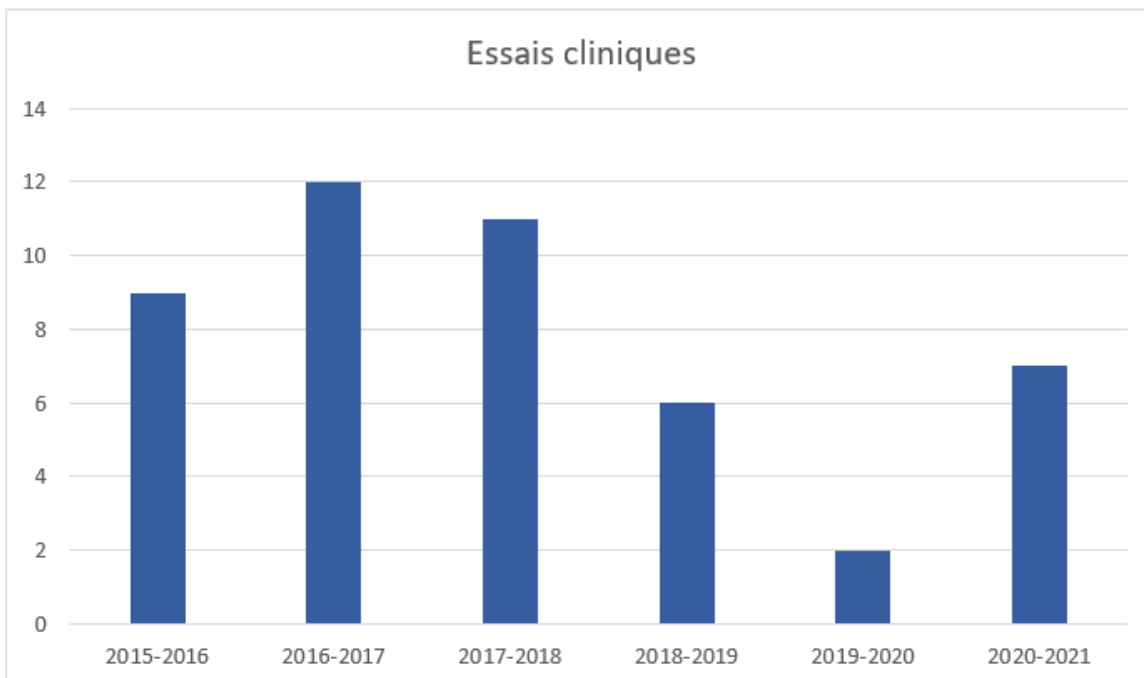
Le CER se réunit de façon mensuelle, et ce, 12 mois par année. Durant l'année 2020-2021, en raison de la pandémie de la COVID-19, le CER a tenu trois réunions extraordinaires. Ces trois réunions ont eu lieu pour permettre au CER d'évaluer trois projets de recherche en lien avec la COVID-19 qui nécessitaient une évaluation éthique rapide.

#### 4. Nombre de projets soumis et évalués au Comité d'éthique de la recherche

##### 4.1 Nouveaux projets

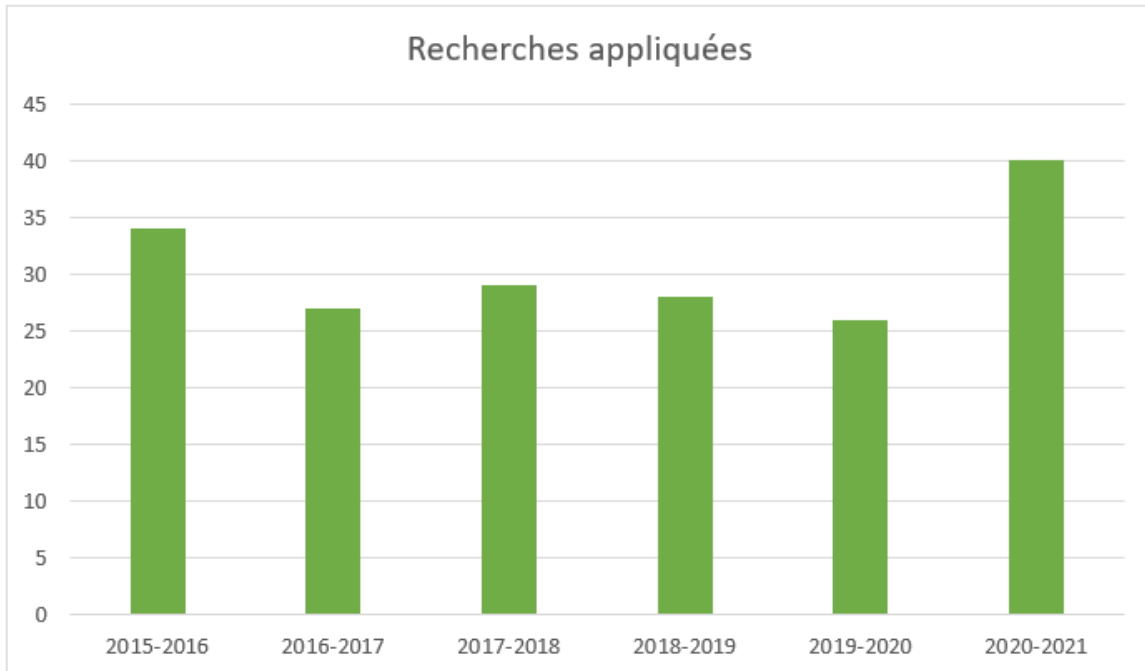
- Essais cliniques : 7
- Recherches appliquées : 40

##### Essais cliniques



Les essais cliniques commencent à se développer dans d'autres secteurs au sein du Réseau, ce qui explique la hausse du nombre d'essais cliniques. De plus, la pandémie de la COVID-19 a également apporté un nouvel essai clinique.

## Recherches appliquées



Au niveau de la recherche appliquée (projets provenant des universités, de l'Institut Atlantique de recherche sur le cancer, etc.), le nombre de projets de recherche évalué par le Comité d'éthique de la recherche a augmenté pour l'année 2020-2021 avec 40 projets évalués. Cette augmentation s'explique en partie par la pandémie de la COVID-19 qui a apporté de nouveaux projets de recherche. Durant l'année 2020-2021, 11 projets de recherche appliquée étaient en lien avec la pandémie de la COVID-19.

### 4.2 Suivi de projets

	Essais cliniques	Recherches appliquées
<b>Renouvellement de projets</b>	35	40
<b>Amendements aux projets en cours</b>	39*	57*
<b>Mise à jour de la brochure d'investigateur ou de la monographie</b>	19	S/O
<b>Projets terminés</b>	4	15
<b>Projets refusés</b>	0	0
<b>Projets en cours</b>	33	104**

\*En raison de la pandémie reliée à la COVID-19, la plupart des projets de recherche ont dû être modifiés afin de se conformer aux règlements de la santé publique et d'assurer la sécurité pour les participants et pour les membres de l'équipe de recherche. Plusieurs amendements évalués par le CER durant l'année 2020-2021 étaient reliés à la pandémie de la COVID-19.

\*\* Un processus de validation a été débuté afin d'identifier les projets qui sont terminés, mais pour lesquels le CER n'a pas reçu d'avis de fermeture d'étude. Durant la dernière année, des lettres ont été envoyées aux chercheurs dont les projets étaient toujours actifs, mais pour lesquels le CER n'avait pas reçu d'avis de fermeture d'étude ou de demande de renouvellement éthique. Les projets qui dataient de plus de 5 ans et pour lesquels il nous était impossible de rejoindre le chercheur ont été considérés terminés. Le processus de validation se poursuivra en 2021-2022.

Depuis novembre 2020, le CER utilise la plateforme en ligne ROMEO pour s'acquitter de ses tâches d'évaluation. Les chercheurs soumettent leurs documents par l'entremise de la plateforme et la coordonnatrice du Bureau de l'éthique gère et envoie les projets à évaluer aux membres du CER par l'entremise de la même plateforme.

La plateforme ROMEO permettra, dans les années à venir, de produire plus facilement des rapports sur les types de soumissions qui ont été évaluées au cours de l'année. Elle permettra également de maintenir les dossiers des projets de recherche à jour puisque des avis sont envoyés automatiquement aux chercheurs lorsque leur approbation éthique est échue.

## 5. *Politiques et procédures*

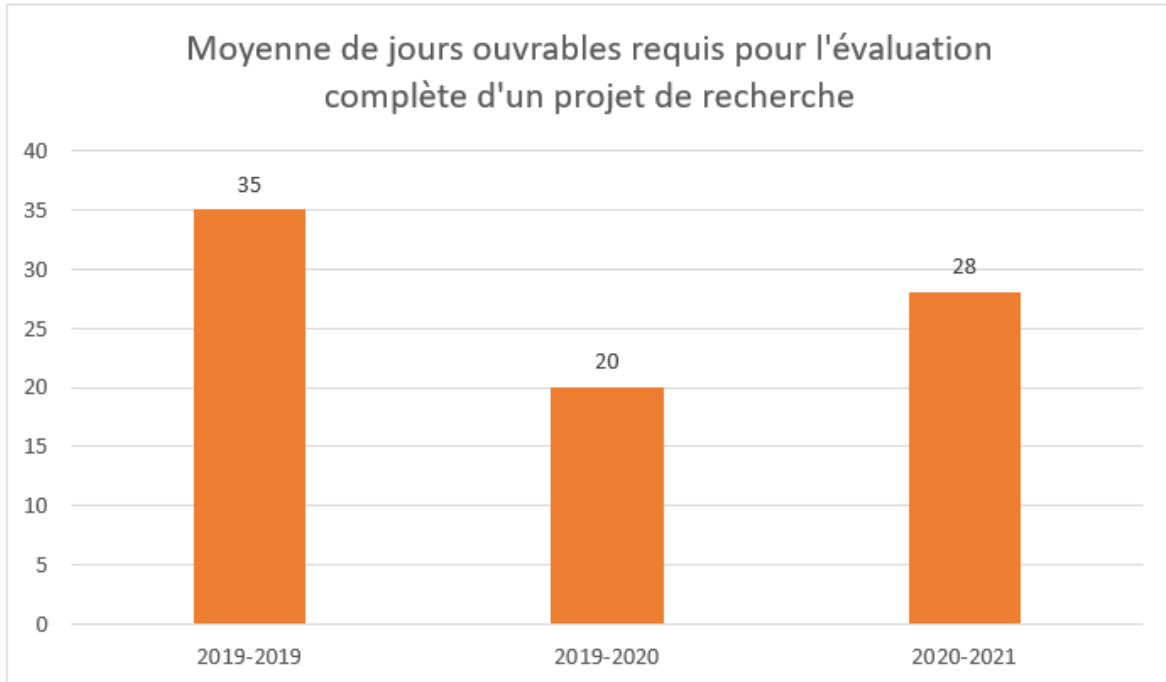
### • Révisées et approuvées

- Les politiques de l'éthique de la recherche sont maintenant disponibles sur le Boulevard dans le Manuel des politiques du Bureau de l'éthique.
- Les politiques de l'éthique de la recherche seront révisées au cours de 2021-2022.

## 6. *Indicateurs de performance*

À chaque année, plusieurs nouveaux projets de recherche sont évalués au Comité d'éthique de la recherche (CER) du Réseau de santé Vitalité. Il est donc primordial d'évaluer l'efficacité du processus d'évaluation, afin de pouvoir offrir le meilleur service possible.

Depuis janvier 2018, le Bureau de l'éthique, plus spécifiquement au niveau du CÉR, a mis en place un mécanisme afin d'évaluer la productivité et l'efficacité du processus d'évaluation des projets de recherche. Le but est de mesurer, en jours ouvrables, le temps requis pour l'évaluation complète d'un projet de recherche, soit de la réunion du CER jusqu'à l'approbation finale du projet. Voici un diagramme à bandes qui démontre la moyenne de jours ouvrables requis pour l'évaluation complète d'un projet de recherche, par année :



## 7. *Formation et éducation*

- Didacticiel de l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec les êtres humains (EPTC) :
  - Cette formation doit être complétée par tous les nouveaux membres du CÉR;
  - Les nouveaux membres ont deux mois pour compléter le didacticiel et le certificat d'accomplissement est conservé au Bureau de l'éthique;
  - Les mises à jour de l'EPTC reçues au Bureau de l'éthique sont communiquées, par courriel, aux membres du CER.
- Les membres du Comité d'éthique de la recherche recevront bientôt une formation à deux volets. Le premier volet sera offert par le Secrétariat sur la conduite responsable de la recherche des Instituts de recherche en santé du Canada et portera sur la dérogation au consentement. Le deuxième volet sera offert par la Directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée et portera sur les obligations qui découlent de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.

## 8. *Prochaines étapes*

- Poursuivre la rédaction et la révision de politiques et procédures selon le plan de travail;
- Finaliser le développement du module E-Apprentissage en éthique;
- Développer ou coordonner des formations sur les sujets d'actualité en éthique de la recherche pour les membres du CER;
- Recruter un membre clinique en soins infirmiers;
- Recruter un membre clinique en médecine.

## Éthique clinique

### *1. Mandat du Comité d'éthique clinique*

Le mandat du Comité d'éthique clinique a été révisé et est en attente d'approbation. Le mandat révisé sera en vigueur au cours de l'année 2021.

### *2. Nom et titre des membres du Comité d'éthique clinique*

<b>Rôle des membres</b>	<b>Noms</b>
<b>Médecin généraliste</b>	Dre Karine Bouffard
<b>Médecin spécialiste</b>	Dre Carole Williams
<b>Infirmières (2)</b>	Céline Marsh
	Rachel Mann
<b>Représentante – Soins spirituels</b>	Marguerite-Rose Cormier
<b>Travailleuse sociale</b>	Annick Bard
<b>Professionnel de la santé – Autre profession</b>	Paul Ouellette
<b>Avocat</b>	Nicholas Léger-Riopel
<b>Représentant de la communauté</b>	Poste vacant (recrutement en cours)
<b>Éthicienne ou expertise en éthique</b>	Pierrette Fortin
<b>Coordonnatrice régionale – Bureau de l'éthique</b>	Joanie Gagnon
<b>Représentante – Direction des soins/services cliniques</b>	Renelle Thibodeau
<b>Représentantes de la direction</b>	Gisèle Beaulieu
	Diane Mignault

### *3. Consultations en éthique clinique*

Plusieurs consultations formelles et informelles ont eu lieu au cours de la dernière année. Les détails de ces consultations sont regroupés dans un registre :

- Consultations formelles\* : 0
- Consultations informelles\*\* : 37

\* Consultation incluant la consultante en éthique et les membres du Comité d'éthique clinique/ personnes ressources nécessaires ainsi que toutes autres personnes nommées dans la demande de consultation. Des suggestions sont formulées dans un rapport pour faciliter la prise de décision.

\*\* Discussion entre la consultante en éthique et le demandeur seulement. Des conseils sont offerts au besoin pour faciliter la prise de décision.

Le nombre de consultation en éthique clinique a augmenté durant la dernière année soit 37 en 2020-2021 comparativement à 27 en 2019-2020. La pandémie de la COVID-19 est l'une des raisons pour lesquelles le nombre de consultations en éthique clinique a augmenté cette année.

De plus, le volet éthique a été au cœur des discussions lors du développement des plans de prises en charge des patients suspects ou confirmés pour la COVID-19.

#### **4. Politiques et procédures et autres documents**

- **Développé ou révisé**
  - Section éthique du plan de Pandémie du Réseau
  
- **En développement ou en révision**
  - Politique « Procuration durable et directives en matière de soins de santé »;
  - Politique « Aide médicale à mourir »;
  - Politique « Intensité des soins »;
  - Politique « Réanimation cardiorespiratoire »;
  - Politique « Mandataire spécial ».

#### **5. Formation et éducation**

- En 2019-2020, une rencontre avait eu lieu avec l'équipe des directeurs des Services cliniques, afin de cibler les besoins de formations de leurs employés au cours de laquelle il avait été suggéré d'organiser des rencontres similaires avec les gestionnaires des Services cliniques. Ces rencontres étaient prévues pour l'année 2020-2021, mais n'ont pas eu lieu en raison de la pandémie de COVID-19. Ces rencontres seront organisées en 2021-2022.
- Une formation sous forme de Webinaire portant sur le « Cadre conceptuel en matière d'éthique et prise de décision difficile en éthique clinique » a été présentée aux directeurs et gestionnaires du Réseau le 9 décembre 2020 et a attiré plus de 170 participants.
- Une présentation portant sur les « Directives en matière de soins de santé et procuration durables aux soins personnels » a été présentée aux membres du Comité consultatif des patients et familles le 11 mars 2021.

#### **6. Prochaines étapes**

- Finaliser le Développement du module E-Apprentissage en éthique;
- Poursuivre la rédaction et la révision de politiques et procédures selon le plan de travail;
- Recruter un membre représentant de la communauté;
- Développer des formations en lien avec les nouvelles politiques en application;
- Intégrer l'éthique dans le cadre de qualité et sécurité des patients qui est actuellement en révision;
- Revoir les normes d'Agrément en lien avec l'éthique en vue de préparer l'organisation à la prochaine visite d'Agrément.

## Éthique organisationnelle

### *1. Protection des renseignements personnels*

Module E-apprentissage – Les principes de protection de la vie privée : Cette formation obligatoire, qui s'adresse à tous les employés, médecins et bénévoles a pour but d'informer les membres du personnel sur les pratiques requises pour assurer la protection des renseignements personnels, doit être renouvelée une fois par année.

### *2. Prévention de la violence en milieu de travail*

Cette formation est obligatoire et s'adresse à tous les membres du personnel, aux bénévoles, aux entrepreneurs et au personnel payé à l'acte et elle doit être renouvelée une fois par année.

### *3. Code d'éthique*

Le code d'éthique a été révisé et la nouvelle version est en vigueur depuis janvier 2020. Les affiches « Droits du patient » découlant du code d'éthique seront installées sous peu dans tous les établissements du Réseau. Les dépliants portant sur les droits et responsabilités des patients seront révisés et mis en vigueur dans la prochaine année.

### *4. Politiques et procédures*

- **Révisées et approuvées**
  - Cadre conceptuel en matière d'éthique : révisé, adopté et en application;
  - Valeurs organisationnelles (dans le cadre du Plan stratégique 2020-2023).
- **En développement ou en révision**
  - Dépliant « Droits et responsabilités des patients » : en révision;
  - Dépliant « Ma vie, mes choix » : en révision.

### *5. Formation et éducation*

- Le colloque annuel du Réseau d'éthique organisationnelle du Québec a été annulé cette année en raison de la pandémie de la COVID-19.
- Une formation sous forme de Webinaire intitulée « Prise de décision difficile en éthique organisationnelle » a été présentée aux directeurs et gestionnaires du Réseau le 24 février 2021 et a attiré plus de 175 participants.

### *6. Prochaines étapes*

- Poursuivre la rédaction et la révision de politiques et procédures selon le plan;
- Finaliser le Développement du module E-Apprentissage en éthique;
- Développer un plan de communication pour la promotion des valeurs organisationnelles;
- Offrir de la formation aux membres du Conseil d'administration sur l'éthique et la prise de décision éthique.



# Note d'information

Point 5.10

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

Date : 1er juin 2021

Objet : Rapport annuel – Confidentialité et protection de la vie privée

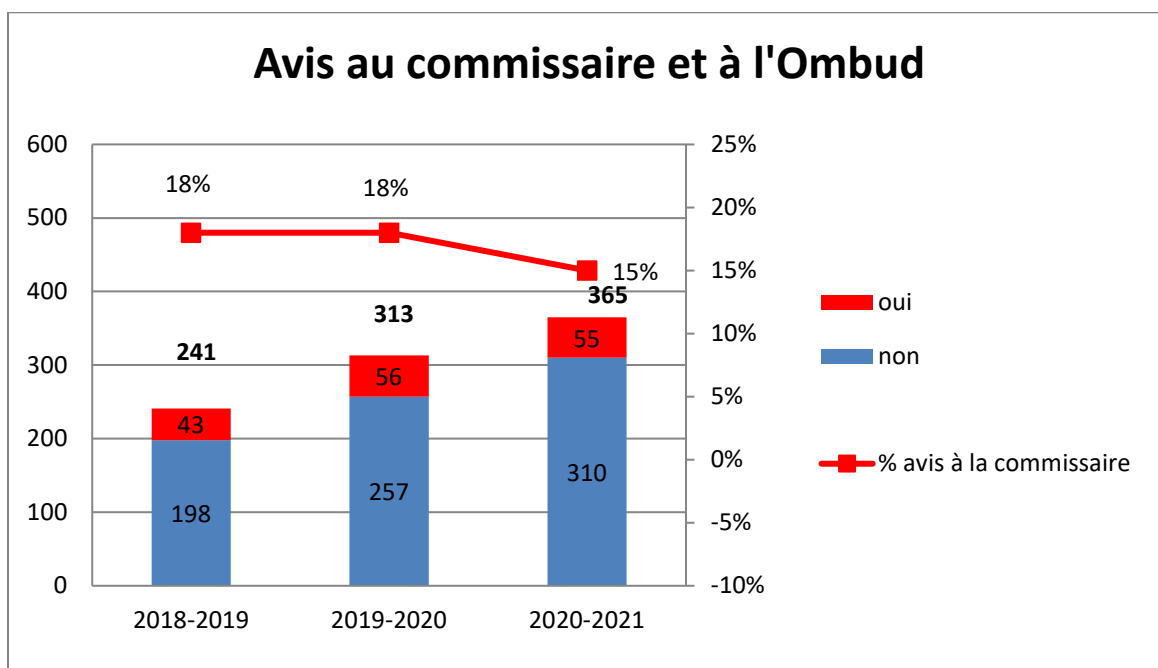
## Décision recherchée

Le rapport annuel – Confidentialité et protection de la vie privée est présenté à titre d'information.

## Contexte/problématique

Les graphiques suivants illustrent les principaux incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée pour 2020-2021, ainsi que les tendances depuis trois ans.

### 1. NOMBRE TOTAL D'INCIDENTS ET PROPORTION D'INCIDENTS RAPPORTÉS AU COMMISSAIRE À L'INTÉGRITÉ/ OMBUD



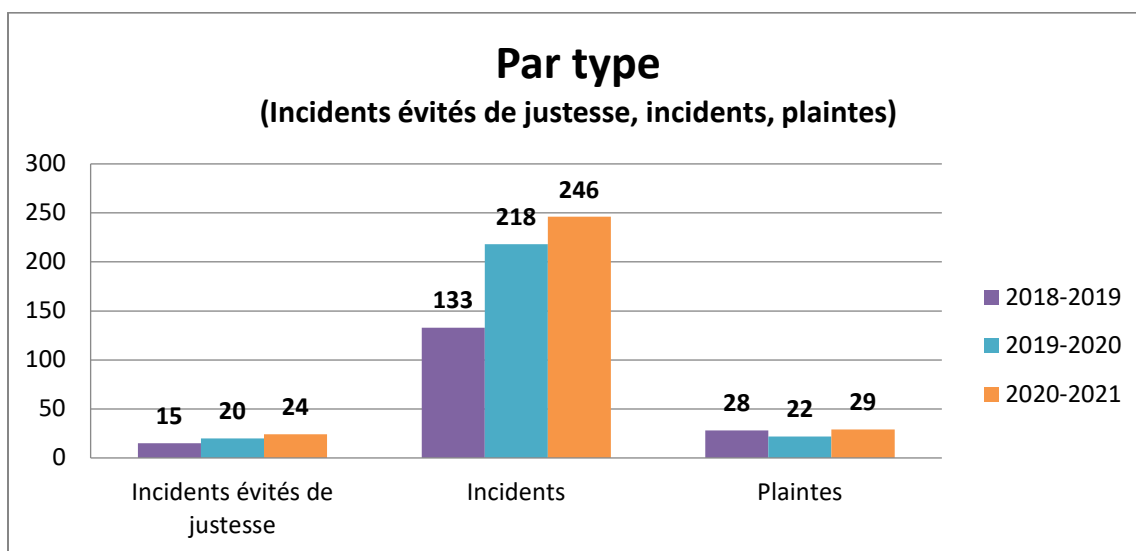
Les données de ce tableau présentent tous les incidents incluant ceux rapportés de l'extérieur du Réseau. On note que le nombre d'incidents rapportés liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée a augmenté progressivement au cours des trois dernières années alors que le pourcentage des incidents rapportés à l'Ombud a diminué. Par conséquent, le pourcentage des incidents dont l'évaluation a permis de conclure à une atteinte à la vie privée a diminué alors que le nombre d'atteintes est similaire en 2020-2021 comparativement à 2019-2020.

## 2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE

Zone	2018-2019		2019-2020		2020-2021	
z1b	80	45%	123	47%	165	55%
z4	37	21%	45	17%	46	15%
z5	33	19%	41	16%	33	11%
z6	27	15%	51	20%	55	19%

Il est à noter que le total d'incidents rapportés par zone diffère de celui du tableau précédent, car ce dernier exclut les incidents rapportés de l'extérieur du Réseau.

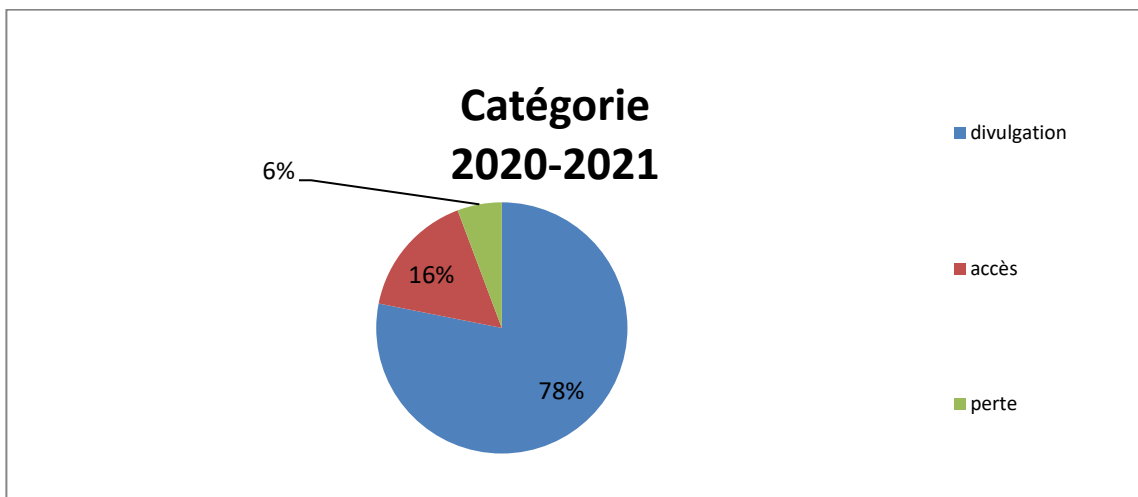
## 3. INCIDENTS PAR TYPE



\*Exclus les hors service

On note que les incidents en lien avec la protection de la vie privée sont davantage rapportés au fil des années. Ceci pourrait être expliqué en partie par une plus grande sensibilisation du personnel à l'importance de la protection de la vie privée puisque le nombre brut d'atteinte demeure comparable d'une année à l'autre.

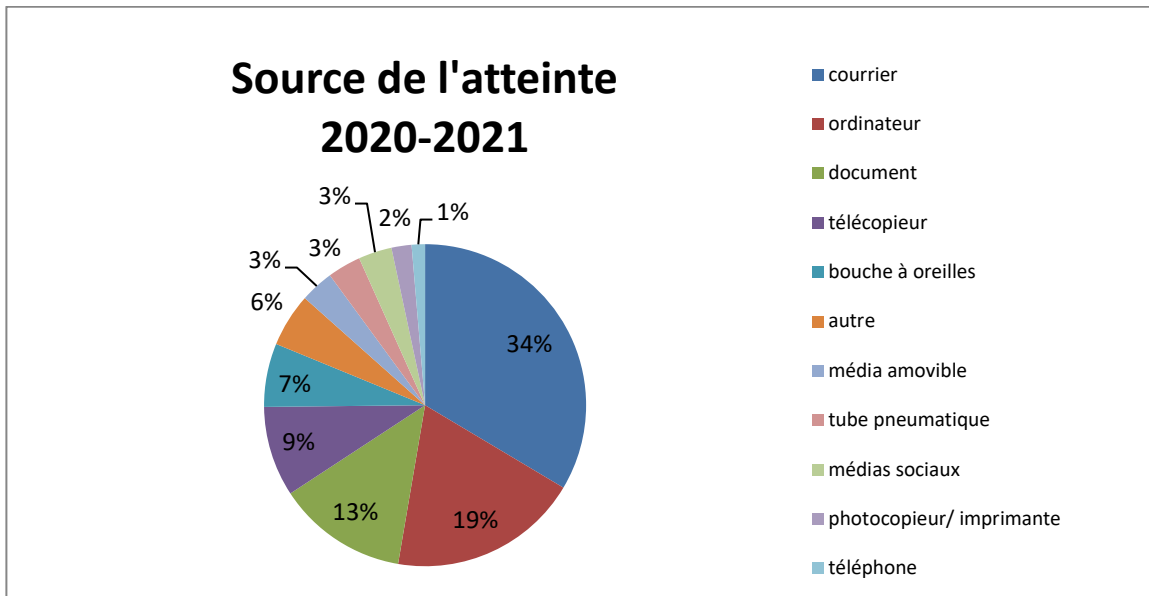
#### 4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE



\*Exclus les hors service

La répartition des incidents par catégorie est comparable à celle de 2019-2020. La catégorie divulgation est passée de 76 % à 78 %, celle de l'accès de 19 % à 16 % et celle des pertes de 4 % à 6 %. En 2019-2020, 3 vols (ordinateurs) ont été signalés alors qu'aucun vol a été signalé en 2020-2021.

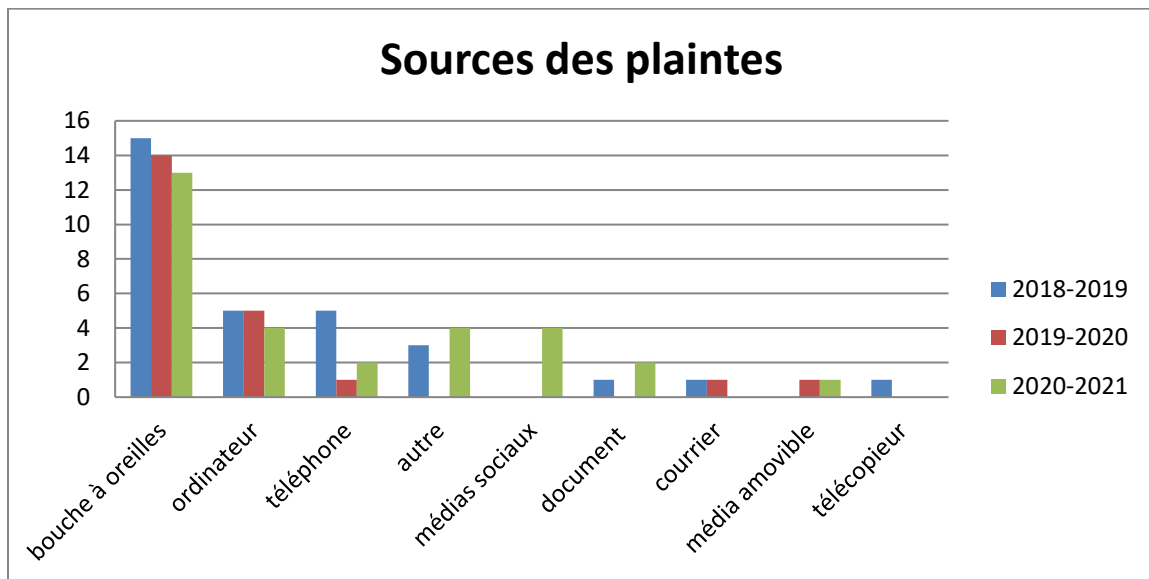
## 5. INCIDENTS PAR SOURCE DE L'ATTEINTE



\*Exclus les hors service

En 2020-2021, 79 % des incidents dont la source est le courrier ont été rapportés dans la Zone 1B. La majorité des incidents dont la source est un ordinateur sont des accès ou des divulgations non appropriés (par exemple : courriel acheminé au mauvais destinataire).

## 6. PLAINTES (SOURCES)

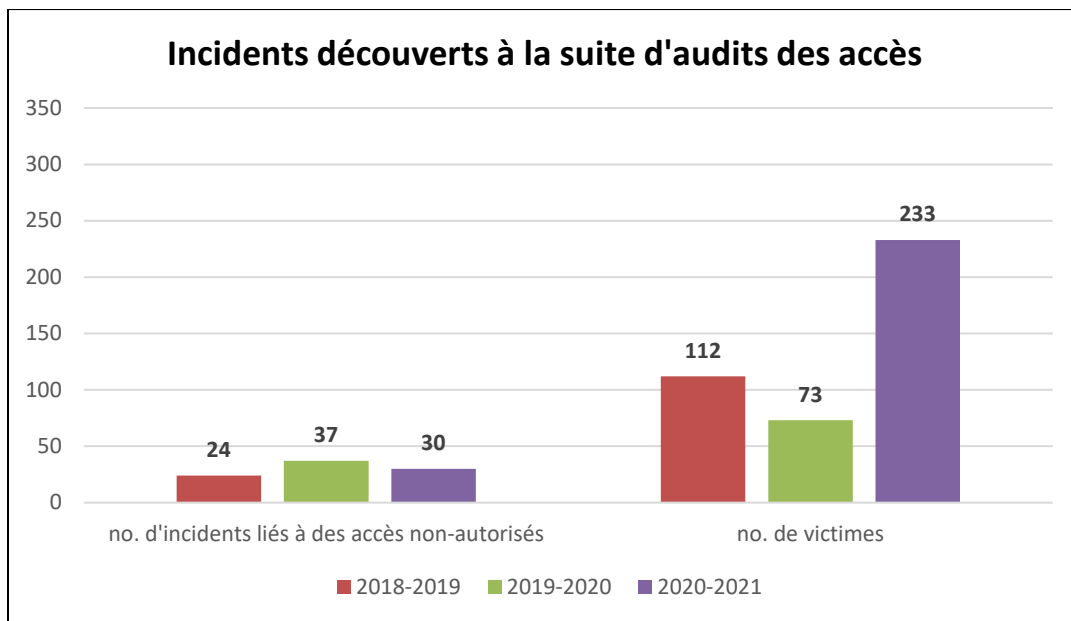


La catégorie « médias sociaux » a été ajoutée pour 2020-2021. Antérieurement, ce type d'incident était comptabilisé sous la catégorie « média amovible ».

## 7. INCIDENTS HORS-SERVICES

En 2020-2021, le Réseau a traité 65 incidents hors service, c'est-à-dire des incidents rapportés au Bureau de la vie privée (BVP), mais dont l'origine provient d'une autre organisation (Exemple : Réseau de santé Horizon, ministère de la Santé, IWK, CHU, cabinets privés de médecins, etc.). Le rôle du BVP est de communiquer à ces organisations l'incident et au besoin de les aider dans l'analyse de la cause et dans les suivis. Ce nombre constitue une augmentation par rapport à 2019-2020 où le total était 51.

## 8. VÉRIFICATION DES ACCÈS

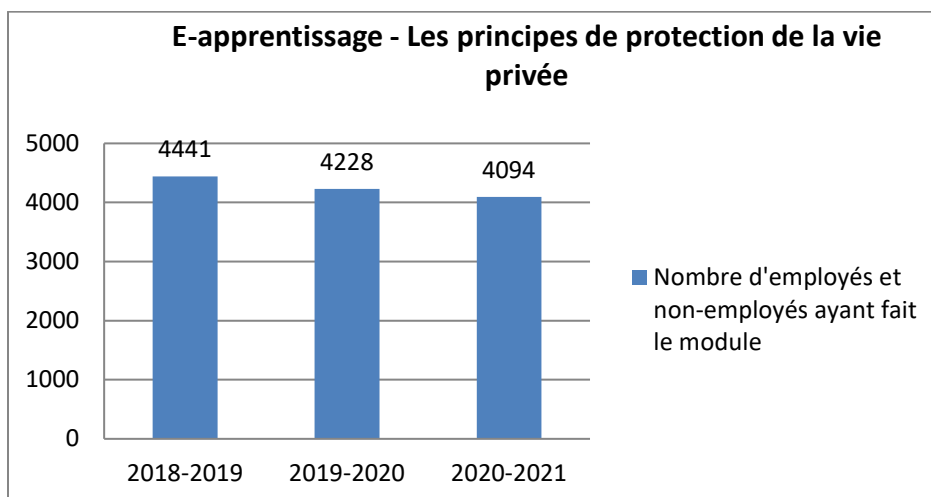


\*Les victimes des incidents rapportés en 2020-2021 dont la conclusion n'a pas encore été émise ne sont pas comptabilisées dans le tableau ci-dessus (~50)

Deux incidents majeurs sont responsables de la notification de 199 victimes soit 85 % du nombre total de victimes pour 2020-2021.

Il est à noter que lorsqu'un employé ou un non-employé accède à son propre dossier ou à celui de son enfant âgé de moins de seize ans, ceci est comptabilisé comme un incident, mais sans victime. En 2020-2021, cette situation représentait 43 % des incidents identifiés à l'aide du logiciel d'audit.

## 9. MODULE E-APPRENTISSAGE



Zone	% 2020-2021
1b	46%
4	63%
5	53%
6	53%

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

La protection de la vie privée est une dimension essentielle de la qualité des soins.

Le Réseau de santé Vitalité effectue chaque année des activités pour assurer la conformité aux Lois en matière de protection de la vie privée telle que des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée de projets ou d'initiatives, des révisions de contrats ou d'ententes, des examens de demandes d'accès non standards, des séances d'information et de sensibilisation, etc.

Depuis juin 2019, l'Ombud est responsable de la surveillance des Lois en matière de protection des renseignements personnels au Nouveau-Brunswick.

# Note d'information

## Considérations importantes

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

## Suivi à la décision

Priorités pour 2021-2022 :

- Développer une politique sur la vidéosurveillance et une sur la prise de photos et vidéos.
- Poursuivre le développement de stratégies de communication (Boulevard, non-employés « incluant les médecins et les employés de leurs cabinets privés », orientation, sensibilisation continue, etc.).
- Poursuivre les initiatives d'harmonisation des divers processus pour les accès électroniques des non-employés, afin que ceux-ci soient conformes.

## Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

**Soumis le 17 mai 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 5.11

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

Date : 2021 06 01

Objet : Rapport annuel sur l'expérience des patients hospitalisés – 2020-2021

## Décision recherchée

Le rapport annuel sur l'expérience des patients hospitalisés (2020-2021) est présenté à titre d'information, selon le calendrier de présentation des rapports.

## Contexte/problématique

- Le sondage pour les patients hospitalisés doit être remis à tous les patients au congé. En 2020-21, 1,718 questionnaires ont été complétés.
- Le tableau en annexe démontre les résultats annuels 2020-21, ainsi que les données comparatives pour l'année 2019-20.
- Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du N.-B. (CSNB) effectué en 2019 ont également été inclus à titre de référence. Il est à noter qu'il faut comparer les résultats du Réseau avec ceux du CSNB avec prudence, puisque la méthodologie et l'échantillonnage étaient différents dans les deux sondages.

	Taux de participation		
	2018-19	2019-20	2020-21
<b>Vitalité</b>	<b>16%</b>	<b>13%</b>	<b>9%</b>
Zone 1B	14%	11%	13%
Zone 4	28%	20%	13%
Zone 5	13%	11%	9%
Zone 6	9%	11%	10%

- Au niveau régional, on note une diminution du taux de participation au sondage depuis les trois dernières années. Pour la dernière année, cette diminution est attribuable aux restrictions en lien avec la pandémie de la COVID-19 entre autres, aucun sondage papier n'a été remis en phase rouge et orange et aucun bénévole n'était permis sur les unités de soins.
- Lorsqu'on compare les résultats de 2020-21 aux résultats du dernier sondage du CSNB (2019), on note une amélioration ou le maintien dans 17 questions sur 20. Dans les 3 questions suivantes, on note une diminution dans le taux de satisfaction : participation de la famille, la nourriture, les heures de visite.
- Dix questions ont eu un taux de 85 % et plus, trois questions ont obtenu un taux de 70-84 % et sept questions ont eu un taux de moins de 70 %.



- En 2020-21, les questions avec les plus hauts taux de satisfaction (Toujours ≥85 %) sont en lien avec : l'attente pour un lit, la courtoisie, explications d'une manière à comprendre, obtention d'aide, explications médicaments, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité, connaissance des médicaments au congé, la langue de service et l'expérience globale.
- En 2020-21, les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec : participation de la famille, gestion de la douleur, tenir compte des valeurs culturelles, la propreté, la tranquillité, la nourriture et les heures de visites.
- On note une baisse dans les questions en lien avec la participation de la famille aux décisions(Q7) et les heures de visites(Q13). Ceci peut s'expliquer par les restrictions aux visites pendant la pandémie. De nouvelles directives pour les visiteurs et les personnes de soutien désignés ont été mises en place en mars 2021.
- À titre d'information, les gestionnaires reçoivent leurs résultats pour fin d'analyse et identification des pistes d'amélioration. Au cours de la dernière année, diverses améliorations ont été mises en œuvre :
  - Des murs de Plexiglass ont été installés autour du poste de l'urgence pour diminuer le bruit.
  - L'utilisation du protocole de traitement de la douleur dans un traitement palliatif pour les patients a été mise en place afin d'améliorer la communication entre le personnel médical et infirmier concernant l'administration des analgésiques aux patients.
  - Un processus est en développement pour faire la vérification des retours de plateaux des repas des patients, afin de nous permettre de mesurer systématiquement le taux de retour et guider nos processus d'amélioration aux services alimentaires.
  - La fréquence du nettoyage a été augmentée pour les surfaces fréquemment touchées et les endroits où il y a plus d'achalandage surtout en période de pandémie.
  - Des rappels ont été faits au personnel concernant l'importance de promouvoir la participation des patients et familles aux soins et services.

## 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 17 mai 2021 par Lynne Lévesque, gestionnaire régional de la Qualité et de la sécurité des patients.**

**Annexe – Tableau des résultats**  
**Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés**  
 Rapport régional annuel 2020-21

QUESTIONS	CSNB 2019 (%)		Vitalité 2019-20 (%)		Vitalité 2020-21 (%)	
	NB	Vitalité	Toujours	Habituellement	Toujours	Habituellement
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	22.8	19.8	92 (non)	8 (oui)	95 (non) ↑	5 (oui)
Q2) Traité avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.9 MD 81.0 RN	87.9 MD 82.2 RN	92	7	92 –	7
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	73.8 MD 69.7 RN	77.1 MD 74.6 RN	86	12	86 –	11
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	59.2	68.6	80	15	85 ↑	11
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	69.2	69.6	85	11	85 –	11
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	61.1	58.7	77	17	78 ↑	17
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	72.2	70.9	76	17	69 ↓	16
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	61.1	63.3	71	24	68 ↓	26
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	37.9	41.4	39	57	43 ↑	53
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	50.4	55.0	71	19	64 ↓	22
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	40.7	48.8	63	26	55 ↓	33
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent + Très bonne)	53.7	53.3	15 (excellent)	23 (très bon)	16 ↑ (excellent)	21 (très bon)
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	85.6	85.0	91	7	56 ↓	22
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	72.5	73.2	90	10	88 ↓	11
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.1	81.1	94	5	95 ↑	5
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	84.2	83.6	88	11	84 ↓	14
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	67.0	73.2	74 (oui)	26 (non)	83 (oui) ↑	17 (non)
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.0	83 (complètement)	12 (moyennement)	85 ↑ (complètement)	10 (moyennement)
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	90.8	86.5	94	5	91 ↓	7
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	82.3	83.9	91 (excellente)	7 (bonne)	90 ↓ (excellente)	7 (bonne)

	Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)							
	Z1B		Z4		Z5		Z6	
	2019-20	2020-21	2019-20	2020-21	2019-20	2020-21	2019-20	2020-21
<b>Excellent</b>	90%	88%	94%	93%	92%	90%	88%	91%
<b>Bonne</b>	8%	9%	4%	5%	6%	7%	10%	6%

# Note d'information

Point 5.12

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

Date : 1er juin 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 mars 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 de mars 2021 à avril 2021 un total de 5 revues ont été effectuées (3 incidents préjudiciables, 1 incident évité de justesse et 1 suicide en communauté) et un total de 14 recommandations ont été émises.
- De ces 14 recommandations : 3 (21 %) sont en place et 11 (79 %) sont en voie d'implantation (la plupart avec des échéanciers dans les prochains mois). Voir tableau en annexe « Recommandations des comités de revues - mars à avril 2021 ».
- Il y a eu 12 revues effectuées avant mars 2021 avec 18 recommandations incomplètes. Pour ces 12 revues, 65 % (33/51) des recommandations sont implantées et il reste 18 recommandations à mettre en place. Un suivi étroit sur le développement et la mise en œuvre des recommandations, selon les échéanciers établis, est effectué par les conseillers à la qualité et sécurité des patients. La politique sur la gestion des incidents préjudiciables sera modifiée, afin de préciser davantage les étapes des mécanismes de suivi et de reddition de compte.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir. Les délais sont un peu plus longs pour quelques recommandations qui nécessitent l'implantation de technologie ou un soutien informatique.

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

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

## Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

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

## Suivi à la décision

Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.

## Proposition et résolution

Proposé et appuyé

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

Adoption

**Soumis le 13 mai 2021 par Lynne Levesque, gestionnaire régional – Qualité et Sécurité des patients.**

## Résumé des recommandations – Comités de revues de mars à avril 2021

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Incident évité de justesse (césarienne d'urgence)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clarifier l'offre de services obstétricaux dans la zone. (J)</li> <li>- Établir clairement le processus de transfert des patientes à risque d'accouchement ou autres complications obstétricales à partir du 2e trimestre. (J)</li> <li>- Offrir une formation aux infirmières de l'urgence sur les évaluations et interventions de base à prodiguer aux femmes enceintes et s'assurer de la disponibilité de l'équipement nécessaire à l'urgence. (J)</li> <li>- Établir le plan de communication à l'interne et à l'externe sur l'offre des services obstétricaux de la zone et le processus de transfert des patientes à risque d'accouchement ou autres complications obstétricales à partir du 2e trimestre vers l'autre zone. (J)</li> <li>- Mettre en place le code lilas indiquant la possibilité d'un accouchement urgent. (J)</li> </ul>
Plaie de pression	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un rappel au personnel soignant de l'importance de documenter dans le Kardex les éléments à surveiller chez le patient à risque de lésions de pression pour assurer une continuité des soins entre les quarts de travail. (V)</li> </ul>
Délai de traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que le personnel soignant ouvre la porte de la chambre lorsqu'il y a des préoccupations en lien avec la sécurité d'un patient en isolation afin de permettre un visuel en tout temps. (V)</li> <li>- S'assurer que le personnel soignant installe le bouton d'alarme lorsqu'il y a des inquiétudes concernant la sécurité du patient même si ce dernier n'est pas à risque de chute. (V)</li> </ul>
Suicide communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un rappel au personnel de consigner tout signalement fait par une tierce partie au dossier électronique du client concerné afin d'assurer un suivi avec les services appropriés ainsi qu'aviser l'équipe mobile de crise selon l'urgence de la situation et lorsqu'aucun dossier n'est actif le cas échéant. (J)</li> <li>- Promouvoir l'utilisation du service mobile de crise auprès du personnel du CSMC et du STD dans le but d'offrir le soutien approprié et d'encourager le client à s'engager lorsqu'il ne peut être rejoint à l'intérieur des heures habituelles de travail. (J)</li> </ul>
Chute	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer le personnel soignant de l'importance d'une surveillance plus étroite lorsqu'un patient nécessite la mise en place des freins au fauteuil roulant pour éviter le risque accru de chutes. (J)</li> <li>- Assurez une dotation suffisante afin d'offrir des soins de qualité et sécuritaires comme stipulé dans les politiques et procédures. (J)</li> <li>- Voir avec la pratique professionnelle à la possibilité d'ajouter une ligne au Kardex à la section des contentions pour y écrire la date de re prescription. (J)</li> </ul>

### Légende – État d'avancement

● (V) - en place

● (J) - débuté

● (R) - non débuté

**Note couverture**

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 1<sup>er</sup> juin 2021

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

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une réunion régulière le 20 mai dernier. Les principaux sujets discutés lors de cette réunion sont :

- Groupe Focus – dossier de santé électronique ;
- Commentaires sur la section préoccupations/plaintes du site Web du Réseau ;
- Plan de travail 2021-2022 (ébauche) ;
- Présentation sur l'évaluation de la performance du Réseau de santé Vitalité avec les consultants de la firme Ernst & Young.

Les membres ont passé en revue le plan de travail 2021-2022 du comité. Les principaux objectifs du plan de travail pour la prochaine année sont :

- Accroître les connaissances du personnel et des médecins en lien avec le rôle du partenaire de l'expérience patient et les soins centrés sur les patients et la famille.
- Soutenir et accompagner les nouveaux partenaires de l'expérience patient.
- Évaluer et améliorer le fonctionnement du comité.
- Accroître les connaissances des membres du Comité consultatif des patients et familles.

Une présentation sur l'évaluation de la performance du Réseau a été effectuée par la firme Ernst & Young. Celle-ci a été mandatée pour évaluer la performance des services cliniques et de la structure organisationnelle du Réseau. L'analyse des données, des documents internes et des points de vue des parties prenantes aboutira à un rapport final qui sera remis en juin. Lors de la présentation, les consultantes de la firme ont procédé seules avec les partenaires de l'expérience patient.

La prochaine réunion du Comité consultatif des patients et familles est prévue en septembre 2021.

Soumis le 20 mai 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

# Note d'information

Point 5.14

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

Date : 1er juin 2021

Objet : Indicateurs de performance présentés sur le site Web du Réseau

## Décision recherchée

Cette note est présentée à titre d'information seulement.

## Contexte/problématique

- Certains indicateurs de performance sont publiés tous les trimestres sur le site Web du Réseau.
- Le format de présentation pour les indicateurs de performance sur le Web a été retravaillé. Auparavant, les indicateurs étaient présentés dans un format Word et les graphiques/explications étaient peu visuels et pouvaient être difficiles à comprendre pour le public.
- Les indicateurs doivent être mis à jour trimestriellement et l'ancien processus nécessitait beaucoup de temps et d'efforts pour effectuer les mises à jour.
- L'équipe de la Planification et de l'Amélioration de la performance, en collaboration avec le secteur des communications, a travaillé depuis l'été 2020 sur un nouveau modèle de présentation, afin de mieux communiquer au public les résultats des indicateurs de performance et d'améliorer le processus de mise à jour.

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

- L'équipe de la Planification et de l'Amélioration de la performance a développé un nouveau format avec l'outil Power Bi. Cet outil permet d'automatiser davantage les rapports produits et de présenter les indicateurs de performance de façon visuelle et simple. Les indicateurs peuvent également être présentés dans les deux langues officielles.
- Les indicateurs de performance sont disponibles sur le site Web du Réseau : <https://www.vitalitenb.ca/fr/le-reseau/qualite-securite-des-patients-et-amelioration-de-la-performance/indicateurs-de-performance>

## 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input 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 type="checkbox"/>	...



## **Suivi à la décision**

- Effectuer des mises à jour trimestrielles.

## **Proposition et résolution**

Aucune proposition. Le dossier est présenté à titre d'information.

**Soumis le 17 mai 2021 par Vanessa Fillion, directrice de la Planification et de l'amélioration de la performance.**

## Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : le 1<sup>er</sup> juin 2021

### Objet : Révision du cadre de référence de la qualité et de la sécurité des patients

Le Réseau de santé Vitalité a récemment retenu les services d'une consultante spécialisée en gestion intégrée de la qualité-performance de la firme CONVERGENCE Santé pour accompagner l'organisation dans la révision de son Cadre de référence de la qualité et de la sécurité des patients dans une démarche participative mobilisant le personnel et les patients.

Cette initiative qui découle du Plan stratégique 2020-2023 vise à :

- Aligner le Cadre avec le plan stratégique du Réseau.
- Instaurer une gouvernance optimale et miser sur un leadership mobilisateur en matière de qualité.
- Assurer une vision et une compréhension commune de gestion intégrée de la qualité, des risques et de la performance.
- Intégrer l'approche apprenante dans notre culture d'amélioration continue.
- Intégrer l'approche patient-partenaire et des soins centrés sur la personne à tous les niveaux.
- Intégrer la Qualité des soins médicaux et la gouvernance clinique.
- Établir un modèle d'évaluation et de gestion de la performance.
- Établir une structure de fonctionnement et d'imputabilité en matière de qualité à tous les niveaux.
- Mieux répondre aux besoins des équipes, des patients et des proches.
- Optimiser nos efforts d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.
- Répondre à l'évolution des pratiques.
- Innover en utilisant les méthodes, les outils, les données probantes et la recherche dans l'amélioration des soins.
- Avoir une bonne base pour l'intégration des normes d'Agrément dans le fonctionnement quotidien.
- Aligner avec le nouveau Cadre canadien de la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé (publié en octobre 2020).
- Assurer les conditions de réussite à une implantation pérenne par l'engagement de toutes les parties prenantes et en assurant les ressources humaines et informationnelles nécessaires.

Vous trouverez ci-après le calendrier des activités et les grands jalons du projet :

Calendrier des activités (12 sem. du 1er avril au 23 juin 2021)	29 mars	5 avril	12 avril	19 avril	26 avril	3 mai	10 mai	17 mai	24 mai	31 mai	7 juin	14 juin	21 juin
1. Revue et analyse documentaire													
2. Consultation et diagnostic													
3. Planification, structuration et mise en œuvre du projet													
4. Revue préliminaire du cadre qualité													
5. Validation du cadre qualité													

### La méthode utilisée pour la démarche:

- Revue de documentation interne et externe.
- Sondage en ligne à tous les employés et les médecins.
- Entrevues consultatives avec les parties prenantes « individuelles (21) et de groupe (10) ».
- Observations directes en cours de démarche.
- Analyse des données recueillies et rédaction d'un rapport diagnostic avec constats et recommandations.

L'analyse des données et des résultats des consultations ainsi que du sondage n'est pas complètement finalisée, mais les grands constats préliminaires qui se dégagent pourront vous être partagés verbalement lors de la réunion.

Les travaux se poursuivent afin de finaliser la révision du Cadre et d'établir une structure de fonctionnement et d'imputabilité d'ici la fin juin.

Le Cadre intégré de la qualité et de la sécurité des patients intégrant une approche apprenante vous sera présenté à la prochaine réunion.

Soumis le 17 mai 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et 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 : 1er juin 2021

Objet : Tableaux de bord stratégique et équilibré - T4

## Décision recherchée

Ce rapport est présenté à titre d'information seulement.

## Contexte/problématique

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

- Les indicateurs du tableau de bord stratégique sont présentés par objectif stratégique tandis que les indicateurs du tableau de bord équilibré sont présentés par quadrant (Qualité/Satisfaction de la clientèle, Financiers, Opérationnel, Ressources Humaines).
- Une fiche par indicateur est présentée.
- La majorité des indicateurs sont produits pour le quatrième trimestre de 2020-2021, mais certains indicateurs sont seulement disponibles jusqu'au troisième trimestre (indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de 3M).
- Les données de 2020-2021 doivent être interprétées avec prudence puisque la pandémie de la COVID-19 peut avoir un impact sur les statistiques présentées.

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

### Tableau de bord stratégique

- L'indicateur « Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale » a été ajouté pour les trois premiers trimestres de 2020-2021. L'indicateur présente des résultats positifs comparativement à l'année précédente.
- Plusieurs indicateurs montrent une amélioration des résultats au quatrième trimestre comparativement aux trimestres précédents, notamment le pourcentage de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques, le pourcentage de départs volontaires des employés par ETP, le taux de roulement et la moyenne de jours de maladie payés par employé.
- L'indicateur « Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé » ne présente aucune donnée puisqu'aucun sondage n'a été complété en 2020-2021.
- L'indicateur « Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuelles » sera remplacé pour l'année 2021-2022 par « Nombre de consultations cliniques effectuées avec des technologies virtuelles ».

### Tableau de bord équilibré

- Quadrant qualité/satisfaction à la clientèle : Au troisième trimestre de 2020-2021, le taux d'hospitalisations pour des maladies chroniques est plus élevé dans la Zone 4. Le Réseau présente toutefois des résultats supérieurs à la cible, et ce, pour toutes les zones.
- Quadrant financier : Le Réseau de santé Vitalité présente un résultat financier équilibré en 2020-2021 comparativement à une variance défavorable de 2,844,992 \$ en 2019-2020. Le Réseau affichait préalablement un déficit d'opération qui a été couvert par le Ministère pour les dépenses

en lien à la pandémie. Les dépenses liées à la COVID-19 pour le quatrième trimestre représentent 11,753,108 \$ totalisant 24,155,607 \$ pour l'exercice 2020-2021.

- Quadrant opérationnel : Plusieurs indicateurs sont affectés par la pandémie de la COVID-19. Le pourcentage de chirurgies effectuées dans les délais présente un résultat de 50.0 % pour l'année 2020-2021, comparativement à 53.1 % pour l'année 2019-2020. Toutefois, les indicateurs en lien avec les chirurgies (incluant le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées dans les 26 semaines et le pourcentage de chirurgies arthroplastie totales de la hanche effectuées dans les 26 semaines) présentent une augmentation du pourcentage comparativement aux derniers trimestres.
- Quadrant ressources humaines : Plusieurs indicateurs n'ont pas atteint la cible souhaitée au quatrième trimestre, notamment le pourcentage de postes permanents vacants, le taux d'accidents de travail, le taux de conformité dans les appréciations de rendement, le pourcentage d'heures de maladie et le pourcentage d'heures de surtemps. Toutefois, le taux de roulement présente une amélioration par rapport aux trimestres précédents.

## 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 17 mai 2021 par Vanessa Fillion, directrice Planification et Amélioration de la performance.**

**Réseau de santé Vitalité**

**Tableaux de bord du Réseau**

**Rapport trimestriel (T4)**



## Tableau de bord stratégique (T4)



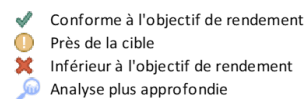
## Table des matières

## Pages

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







								ÉTAT D'AVANCEMENT			
OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	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	6.41%	5.63%	5.52%	5.52%	✓	✓	✓	
1.2		Jours patients normalisés associés à une maladie mentale	Jacques Duclos	1,237	1,226	1,201	1,129	✗	✓	✓	
<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 NSA	Sharon Smyth-Okana	1,724	2,269	1,443	592	✓	✓	!	
2.2		Nombre de jours NSA	Sharon Smyth-Okana	56,196	114,990	55,110	15,383	✓	✓	✓	
2.3	Améliorer le continuum de soins des patients	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Sharon Smyth-Okana	7.04%	0%	3.94%	1.96%	!	✗	!	
2.4		Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence	Sharon Smyth-Okana	60.6%	57.2%	59.2%	57.6%	!	✗	!	!
<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	Pourcentage de départs volontaires des employés par ETP	Johanne Roy	0.32%	0.32%	0.29%	0.12%	✓	✗	✗	✓
3.2		Taux de roulement	Johanne Roy	1.58	1.67	1.87	1.50	✓	✗	✗	✓
3.3		Moyenne de jours de maladie payés par employé	Johanne Roy	12.54	12.00	11.58	11.35	✓	!	✗	✓
3.4		Développer et mettre en œuvre une stratégie pour le recrutement des membres de nos équipes.	Nombre d'activités de recrutement	Johanne Roy	S.O.	17	50	29	✗	✗	✓



							ÉTAT D'AVANCEMENT				
OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	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	11	11	✗	✗	✗	✗
4.2		Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé	Gisèle Beaulieu	S.O.	80%	ND	ND	Non débuté			
4.3	Engager nos partenaires afin de développer une vision commune des besoins et services à offrir pour des populations cibles.	Nombre de nouveaux partenariats	Gisèle Beaulieu	S.O.	3	0	0	✗	✗	✗	✗
<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 TI	Gisèle Beaulieu	0%	100%	40%	20%	✗	!	!	!
5.2		Nombres d'initiatives approuvées du plan stratégique des TI mises en œuvre	Gisèle Beaulieu								
5.3	Augmenter les soins virtuels	Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuelles	Gisèle Beaulieu	S.O.	6,108	58,852	21,528	✗	✓	✓	✓
5.4	Poursuivre l'amélioration des infrastructures	Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements	Stéphane Legacy	100%	100%	100%	100%	✓	✓	✓	✓

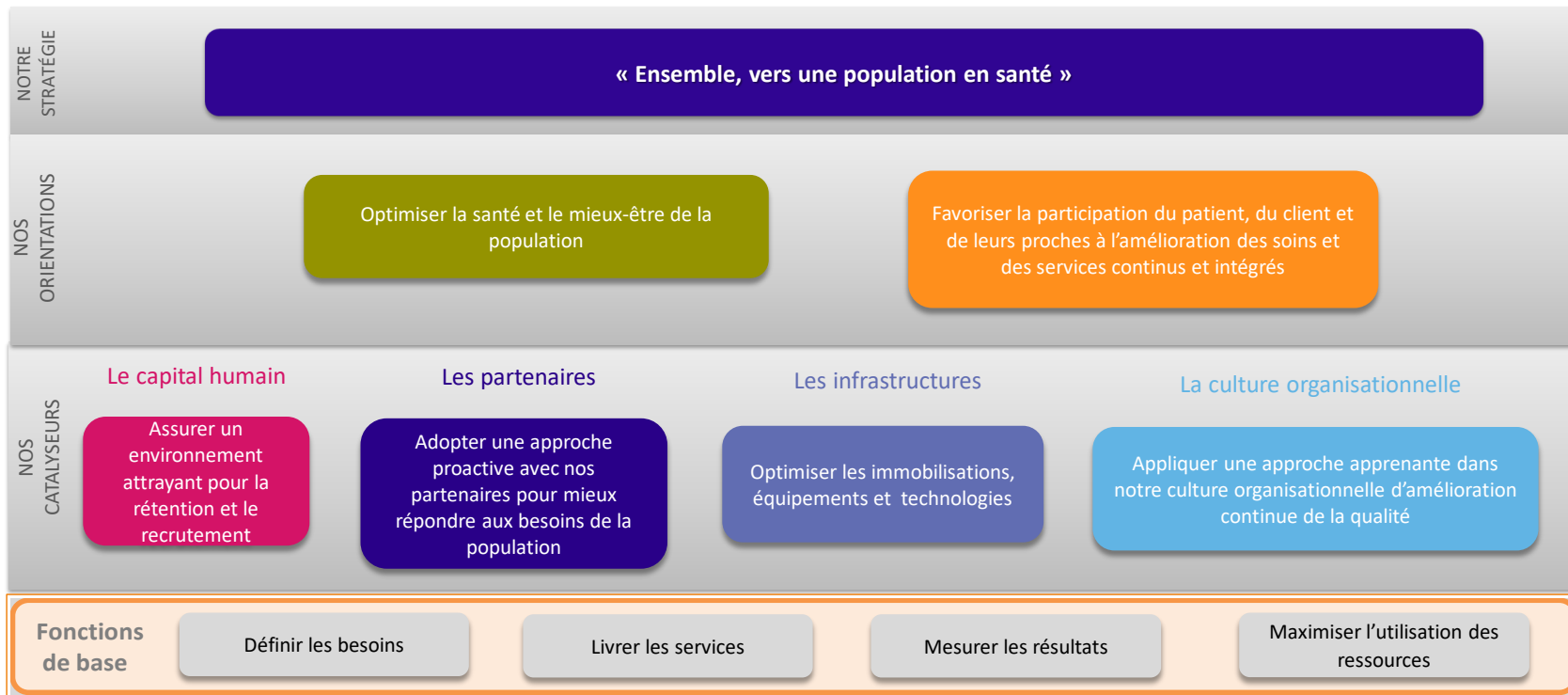
								ÉTAT D'AVANCEMENT			
OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
<b>Catalyseur 4 : La culture organisationnelle</b>											
6.1	Élaborer et mettre en place des stratégies pour développer une culture apprenante.	Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)	Brigitte Sonier Ferguson	3	5	3	3	✓	✓	✓	!
6.2		Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les UCA	Brigitte Sonier Ferguson	0	9	2	1	✗	!	!	!

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

## Schéma stratégique 2020-2021

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

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



VISION COMMUNE DE LA SANTÉ : Accessibilité, durabilité, qualité et sécurité  
 VALEURS DU RÉSEAU : respect – compassion – intégrité – imputabilité – équité - engagement

État d'avancement des initiatives

Orientations	Total initiatives	Non débuté	Conforme au plan	Non conforme au plan	Non conforme au plan et interventions requises	Complété
		○	✓	●	✗	☑
Nous contribuerons à optimiser la santé et le mieux-être de la population	4	0	2	2	0	0
Nous favoriserons la participation du patient, client et de leurs proches à l'amélioration des soins et services continus et intégrés	10	2	7	1	0	0
Nous assurerons un environnement attrayant pour la rétention et le recrutement	6	0	6	0	0	0
Nous adopterons une approche proactive avec nos partenaires pour mieux répondre aux besoins de la population	5	0	5	0	0	0
Nous optimiserons nos immobilisations, équipements et technologies	11	3	5	1	0	2
Nous appliquerons une approche apprenante dans notre culture organisationnelle d'amélioration continue de la qualité	3	0	1	0	2	0
<b>Total</b>	<b>39</b>	5	26	4	2	2

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale

LEADERSHIP	Jacques Duclos																															
FRÉQUENCE	Trimestrielle																															
SOURCE DE DONNÉES	3M (données trimestrielles) et portail de l'ICIS (données annuelles)																															
CIBLE	5.63%																															
DESCRIPTION	<p>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.</p>																															
RÉSULTATS CIBLE	<table border="1"> <caption>2019-2020 - Pourcentage</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1-T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>4.10%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>8.16%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5.80%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>7.06%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2020-2021 - T1 - T1-T2 - T1-T3 - Pourcentage</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T1-T2</th> <th>T1-T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1.09%</td> <td>3.30%</td> <td>4.80%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1.44%</td> <td>5.42%</td> <td>5.69%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>2.44%</td> <td>4.40%</td> <td>5.79%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3.77%</td> <td>5.06%</td> <td>5.83%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	T1-T3	Zone 1B	4.10%	Zone 4	8.16%	Zone 5	5.80%	Zone 6	7.06%	Zone	T1	T1-T2	T1-T3	Zone 1B	1.09%	3.30%	4.80%	Zone 4	1.44%	5.42%	5.69%	Zone 5	2.44%	4.40%	5.79%	Zone 6	3.77%	5.06%	5.83%
Zone	T1-T3																															
Zone 1B	4.10%																															
Zone 4	8.16%																															
Zone 5	5.80%																															
Zone 6	7.06%																															
Zone	T1	T1-T2	T1-T3																													
Zone 1B	1.09%	3.30%	4.80%																													
Zone 4	1.44%	5.42%	5.69%																													
Zone 5	2.44%	4.40%	5.79%																													
Zone 6	3.77%	5.06%	5.83%																													
INTERPRÉTATION	<p>Un faible nombre de jours est souhaitable. Il est important d'interpréter les données de 2020-2021 avec prudence puisque la pandémie de COVID-19 peut avoir un impact important sur les statistiques présentées. À noter que les données de 3M sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres. Il s'agit d'un nouvel indicateur.</p>																															
INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale.	✓																														
	Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire.	✓																														
	Promouvoir une santé mentale positive chez les jeunes.	●																														
	Développer la programmation du Réseau d'excellence en santé mentale pour les jeunes.	●																														

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Jours patients normalisés associés à une maladie mentale

LEADERSHIP	Jacques Duclos																													
FRÉQUENCE	Trimestrielle																													
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS																													
CIBLE	Diminution du nombre de cas de 2 % (année de référence 2019-2020)																													
DESCRIPTION	<p>Cet indicateur mesure le taux ajusté selon l'âge représentant le nombre total de jours passés dans les hôpitaux généraux pour une maladie mentale sélectionnée*, par 10 000 personnes. Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les suivantes : troubles liés à la consommation de psychotropes, schizophrénie, troubles délirants et troubles psychotiques non organiques, troubles de l'humeur ou affectifs, troubles anxieux, certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.</p>																													
RÉSULTAT CIBLE	<table border="1"> <caption>Jours patients standardisés (2017-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Jours patients standardisés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>1,655</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>1,223</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>1,251</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Jours patients standardisés	2017-2018	1,655	2018-2019	1,223	2019-2020	1,251	<table border="1"> <caption>Jours patients standardisés (2020-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>840</td> <td>848</td> <td>704</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,086</td> <td>1,486</td> <td>1,143</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>2,775</td> <td>1,479</td> <td>1,694</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>555</td> <td>726</td> <td>939</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	840	848	704	Zone 4	1,086	1,486	1,143	Zone 5	2,775	1,479	1,694	Zone 6	555	726	939
Période	Jours patients standardisés																													
2017-2018	1,655																													
2018-2019	1,223																													
2019-2020	1,251																													
Zone	T1	T2	T3																											
Zone 1B	840	848	704																											
Zone 4	1,086	1,486	1,143																											
Zone 5	2,775	1,479	1,694																											
Zone 6	555	726	939																											
INTERPRÉTATION	<p>Un faible nombre de jours est souhaitable. Les données du Réseau pour 2019-2020 (1,251) montrent une légère augmentation du nombre de jours comparativement à 2018-2019 (1,223). La Zone 5 présentait le plus haut nombre de jours patients normalisés associés à une maladie mentale au troisième trimestre de 2020-2021 (1694). À noter que les données de l'ICIS sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.</p>																													
INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale.	✓																												
	Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire.	✓																												
	Promouvoir une santé mentale positive chez les jeunes.	●																												
	Développer la programmation du Réseau d'excellence en santé mentale pour les jeunes.	●																												

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de patients NSA																					
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana																				
FRÉQUENCE	Trimestrielle																				
SOURCE DE DONNÉES	3M																				
CIBLE	Diminution du nombre de cas de 2 % (année de référence 2019-2020)																				
DESCRIPTION	<p>Les niveaux de soins alternatifs (NSA) représentent un enjeu de taille pour notre système de santé ainsi que pour le patient lui-même. Au Canada, il y a de plus en plus de lits de soins de courte durée et de soins prolongés occupés par des personnes âgées en attente de transfert vers un milieu de soins plus approprié. Les cas NSA limitent la capacité des hôpitaux, en réduisant la disponibilité des lits pour des admissions, des transferts entre établissements et des opérations chirurgicales non urgentes et en augmentant le temps d'attente à l'urgence pour un lit d'hospitalisation.</p>																				
RÉSULTAT CIBLE	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>2,269</p> </div> </div> <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%; text-align: center;"> <caption>Data for NSA Cases (2020-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>172</td> <td>139</td> <td>226</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>67</td> <td>89</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>51</td> <td>65</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>145</td> <td>123</td> <td>191</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	172	139	226	Zone 4	67	89	84	Zone 5	51	65	91	Zone 6	145	123	191
Zone	T1	T2	T3																		
Zone 1B	172	139	226																		
Zone 4	67	89	84																		
Zone 5	51	65	91																		
Zone 6	145	123	191																		
INTERPRÉTATION	<p>Un nombre peu élevé est préférable afin de pouvoir offrir à toute la population et particulièrement aux personnes âgées un continuum pertinent et efficace de soins. Un nombre élevé de patients NSA peut indiquer un besoin d'augmentation des capacités en soins communautaires, en établissements résidentiels pour adultes et en foyers de soins niveaux 3-4. Au troisième trimestre de 2020-2021, la Zone 1B présentait le nombre de patients NSA le plus élevé (226). À noter que les données de 3M sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.</p>																				
INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique (PEU).	✓																			
	Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète.	✓																			
	Instaurer une approche gériatrique.	●																			
	Cibler à l'urgence des patients potentiels à devenir NSA.	✓																			
	Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgences.	○																			
	Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté.	○																			
	Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique.	✓																			



# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de jours NSA																					
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana																				
FRÉQUENCE	Trimestrielle																				
SOURCE DE DONNÉES	3M																				
CIBLE	Diminution du nombre de jours (2 % comparativement à 2019-2020)																				
DESCRIPTION	<p>Les jours NSA est un indicateur bien connu relié à l'efficacité du système de santé. Même si le nombre de cas NSA est plus ou moins stable, il est important d'analyser le nombre de jours NSA afin de s'assurer que ces patients soient transférés vers un milieu de soins plus approprié et ce, le plus rapidement possible. Il a été prouvé que plus les jours NSA augmentent, plus le temps d'attente à l'urgence pour un lit d'hospitalisation est long. De plus, au cours des dernières années, il a été établi que les personnes âgées en attente de placement risquent de voir leur santé générale et leur bien-être se détériorer lors d'hospitalisations prolongées.</p>																				
RÉSULTAT CIBLE	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>114,990</p> </div> </div> <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%; border-collapse: collapse;"> <caption>Données des barres (2020-2021 - Jours NSA)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>7,556</td> <td>5,209</td> <td>10,699</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,189</td> <td>2,378</td> <td>3,004</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1,947</td> <td>4,730</td> <td>2,415</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>6,056</td> <td>3,066</td> <td>6,861</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	7,556	5,209	10,699	Zone 4	1,189	2,378	3,004	Zone 5	1,947	4,730	2,415	Zone 6	6,056	3,066	6,861
Zone	T1	T2	T3																		
Zone 1B	7,556	5,209	10,699																		
Zone 4	1,189	2,378	3,004																		
Zone 5	1,947	4,730	2,415																		
Zone 6	6,056	3,066	6,861																		
INTERPRÉTATION	<p>Un nombre peu élevé est préférable. Les données de 2019-2020 montrent une augmentation du nombre de jours NSA comparativement aux deux dernières années. Au troisième trimestre de 2020-2021, le nombre de jours NSA était plus élevé dans la Zone 1B (10,699). À noter que les données de 3M sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.</p>																				
INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique (PEU).	✓																			
	Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète.	✓																			
	Instaurer une approche gériatrique.	●																			
	Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA.	✓																			
	Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgence.	○																			
	Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté.	○																			
	Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique.	✓																			

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana																													
FRÉQUENCE	Trimestrielle																													
SOURCE DE DONNÉES	3M																													
CIBLE	0%																													
DESCRIPTION	<p>L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du Réseau. Il est important de surveiller les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon efficiente. Cet indicateur représente l'efficacité de la durée de séjour dans nos hôpitaux pour les cas typiques. Il représente en pourcentage la différence entre la durée de séjour en soins de courte durée pour l'ensemble des hôpitaux du Réseau de santé Vitalité et la durée prévue de séjour de l'ICIS. Les cas typiques excluent les décès, les transferts entre établissements de soins de courte durée, les sorties contre l'avis du médecin et les séjours prolongés (au-delà du point de démarcation). Les jours NSA sont aussi exclus du calcul pour cet indicateur.</p>																													
RÉSULTAT CIBLE	0%																													
	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>7.92%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>7.48%</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>7.88%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données par Zone et Trimestre (2020-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.57%</td> <td>8.10%</td> <td>4.04%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>9.88%</td> <td>1.88%</td> <td>-4.05%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>18.65%</td> <td>4.04%</td> <td>4.04%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>5.58%</td> <td>-1.70%</td> <td>-1.70%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Pourcentage	2017-2018	7.92%	2018-2019	7.48%	2019-2020	7.88%	Zone	T1	T2	T3	Zone 1B	5.57%	8.10%	4.04%	Zone 4	9.88%	1.88%	-4.05%	Zone 5	18.65%	4.04%	4.04%	Zone 6	5.58%	-1.70%	-1.70%
Année	Pourcentage																													
2017-2018	7.92%																													
2018-2019	7.48%																													
2019-2020	7.88%																													
Zone	T1	T2	T3																											
Zone 1B	5.57%	8.10%	4.04%																											
Zone 4	9.88%	1.88%	-4.05%																											
Zone 5	18.65%	4.04%	4.04%																											
Zone 6	5.58%	-1.70%	-1.70%																											
INTERPRÉTATION	<p>Un faible pourcentage est souhaitable. Les résultats des trois dernières années sont relativement stables. Aucune zone ne respectait la cible en 2019-2020. Au troisième trimestre de 2020-2021, seule la Zone 6 présentait une performance satisfaisante par rapport à la cible. De façon générale, l'indicateur « % de jours d'hospitalisations au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques » ne respecte pas la cible au troisième trimestre 2020-2021 mais présente toutefois une amélioration comparativement à l'année passée. De plus, certaines initiatives ont été mises en place afin d'adresser cette situation et de réduire la durée moyenne de séjour. À noter que les données de 3M sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.</p>																													
INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale.	✓																												
	Améliorer l'accès aux soins de première ligne.	✓																												
	Favoriser un retour à domicile propice et rapide.	✓																												

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence																																																	
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana																																																
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																																
SOURCE DE DONNÉES	MIS																																																
CIBLE	57.20%																																																
DESCRIPTION	<p>Cet indicateur reflète le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence. Lors d'une visite à l'urgence, la gravité de la visite est codée selon l'échelle de triage et de gravité canadienne. Les visites à l'urgence de niveaux 4 et 5 sont considérées comme moins urgentes. Les visites codées 4 (moins urgentes) sont définies comme des conditions liées à l'âge du client, à la détresse ou au potentiel de détérioration ou de complication. Les clients bénéficieraient d'une intervention ou d'un réconfort dans les 1 à 2 heures. Les visites codées 5 (non urgentes) sont définies comme des conditions qui peuvent être aiguës, mais non urgentes et qui peuvent faire partie d'un problème chronique avec ou sans signes de détérioration. L'investigation ou les interventions pour certaines de ces maladies ou blessures pourraient être retardées ou même référées à d'autres secteurs de l'hôpital ou du système de santé.</p>																																																
RÉSULTAT CIBLE	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>57.2%</p> </div> </div> <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%; font-size: small;"> <caption>Données des graphiques</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 - 2020-2021 - % 4 et 5</th> <th>T2 - 2020-2021 - % 4 et 5</th> <th>T3 - 2020-2021 - % 4 et 5</th> <th>T4 - 2020-2021 - % 4 et 5</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>61.2%</td> <td>60.6%</td> <td>56.2%</td> <td>54.5%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>56.2%</td> <td>54.5%</td> <td>58.1%</td> <td>56.9%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>56.2%</td> <td>54.5%</td> <td>58.1%</td> <td>56.9%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>56.2%</td> <td>59.0%</td> <td>53.6%</td> <td>54.2%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>62.3%</td> <td>65.5%</td> <td>62.8%</td> <td>62.7%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>44.5%</td> <td>46.6%</td> <td>43.4%</td> <td>43.9%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>62.7%</td> <td>64.7%</td> <td>63.8%</td> <td>61.2%</td> <td>57.2%</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	T1 - 2020-2021 - % 4 et 5	T2 - 2020-2021 - % 4 et 5	T3 - 2020-2021 - % 4 et 5	T4 - 2020-2021 - % 4 et 5	Cible	Vitalité	61.2%	60.6%	56.2%	54.5%	57.2%	Horizon	56.2%	54.5%	58.1%	56.9%	57.2%	Province	56.2%	54.5%	58.1%	56.9%	57.2%	Zone 1B	56.2%	59.0%	53.6%	54.2%	57.2%	Zone 4	62.3%	65.5%	62.8%	62.7%	57.2%	Zone 5	44.5%	46.6%	43.4%	43.9%	57.2%	Zone 6	62.7%	64.7%	63.8%	61.2%	57.2%
Zone	T1 - 2020-2021 - % 4 et 5	T2 - 2020-2021 - % 4 et 5	T3 - 2020-2021 - % 4 et 5	T4 - 2020-2021 - % 4 et 5	Cible																																												
Vitalité	61.2%	60.6%	56.2%	54.5%	57.2%																																												
Horizon	56.2%	54.5%	58.1%	56.9%	57.2%																																												
Province	56.2%	54.5%	58.1%	56.9%	57.2%																																												
Zone 1B	56.2%	59.0%	53.6%	54.2%	57.2%																																												
Zone 4	62.3%	65.5%	62.8%	62.7%	57.2%																																												
Zone 5	44.5%	46.6%	43.4%	43.9%	57.2%																																												
Zone 6	62.7%	64.7%	63.8%	61.2%	57.2%																																												
INTERPRÉTATION	<p>Un faible nombre de jours de visites 4 et 5 est souhaitable. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 4 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus élevé (62.7 %) tandis que la Zone 5 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus faible (43.9 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir eu un impact sur cet indicateur.</p>																																																
INITIATIVES	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Optimiser l'expérience chirurgicale.</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">✓</td> </tr> <tr> <td>Améliorer l'accès aux soins de première ligne.</td> <td style="text-align: center;">✓</td> </tr> <tr> <td>Favoriser un retour à domicile propice et rapide.</td> <td style="text-align: center;">✓</td> </tr> </table>	Optimiser l'expérience chirurgicale.	✓	Améliorer l'accès aux soins de première ligne.	✓	Favoriser un retour à domicile propice et rapide.	✓																																										
Optimiser l'expérience chirurgicale.	✓																																																
Améliorer l'accès aux soins de première ligne.	✓																																																
Favoriser un retour à domicile propice et rapide.	✓																																																

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Pourcentage de départs volontaires des employés par ETP

LEADERSHIP	Johanne Roy	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Méditech	
CIBLE	0.32% (Résultat de 2019-2020)	
DESCRIPTION	<p>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.</p>	
RÉSULTAT CIBLE	<p>0.32%</p>	
INTERPRÉTATION	<p>Un pourcentage peu élevé est souhaitable. Le pourcentage de départs volontaires est à la hausse depuis les trois dernières années. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 4 présentait le pourcentage de départs volontaires le plus élevé (0.16 %) et la Zone 5 présentait le pourcentage le moins élevé (0.09 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir eu un impact sur cet indicateur (niveau de stress élevé, surcharge de travail, etc.).</p>	
INITIATIVES	<p>Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.</p>	✓
	<p>Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.</p>	✓
	<p>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.</p>	✓
	<p>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.</p>	✓
	<p>Favoriser une culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail.</p>	✓

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de roulement																																											
LEADERSHIP	Johanne Roy																																										
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																										
SOURCE DE DONNÉES	Meditech																																										
CIBLE	1.67 selon les résultats de 2019-2020																																										
DESCRIPTION	Cet indicateur mesure le nombre de départs à temps plein et à temps partiel sur la moyenne des employés temps plein et temps partiel pour cette même période. Les départs incluent tous les employés qui ont quitté l'organisation pour les raisons suivantes: départs volontaires, retraites, congédiements, fin de contrat et manque de travail.																																										
RÉSULTAT CIBLE 1.67	<table border="1"> <caption>Taux de roulement par période</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de roulement</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>1.66</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>1.58</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>2020-2021</td> <td>1.87</td> <td>1.67</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Taux de roulement par trimestre et zone (2020-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Siège social</td> <td>1.59</td> <td>0.00</td> <td>3.49</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1.40</td> <td>1.71</td> <td>2.11</td> <td>1.75</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1.63</td> <td>1.74</td> <td>2.69</td> <td>1.83</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1.49</td> <td>1.61</td> <td>2.98</td> <td>1.39</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>1.95</td> <td>2.26</td> <td>1.02</td> <td>1.02</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Taux de roulement	Cible	2018-2019	1.66	1.67	2019-2020	1.58	1.67	2020-2021	1.87	1.67	Zone	T1	T2	T3	T4	Siège social	1.59	0.00	3.49	0.00	Zone 1B	1.40	1.71	2.11	1.75	Zone 4	1.63	1.74	2.69	1.83	Zone 5	1.49	1.61	2.98	1.39	Zone 6	1.95	2.26	1.02	1.02
Période	Taux de roulement	Cible																																									
2018-2019	1.66	1.67																																									
2019-2020	1.58	1.67																																									
2020-2021	1.87	1.67																																									
Zone	T1	T2	T3	T4																																							
Siège social	1.59	0.00	3.49	0.00																																							
Zone 1B	1.40	1.71	2.11	1.75																																							
Zone 4	1.63	1.74	2.69	1.83																																							
Zone 5	1.49	1.61	2.98	1.39																																							
Zone 6	1.95	2.26	1.02	1.02																																							
INTERPRÉTATION	Un taux peu élevé est souhaitable. On observe une augmentation du taux de roulement en 2020-2021 par rapport au deux années précédentes. Au quatrième trimestre de 2020-2021, le taux de roulement était le plus élevé dans la Zone 1B (1.75), suivi de près par la Zone 4 (1.74). Cela s'explique en grande partie par des départs volontaires : 9 départs volontaires sur 13 départs pour la Zone 1B et 6 départs volontaires sur 7 départs pour la Zone 4. Les départs volontaires peuvent être liés au stress et à la pandémie de COVID-19.																																										
INITIATIVES	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Favoriser 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.</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.	✓	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.	✓	Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.	✓	Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.	✓	Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail.	✓																																
Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.	✓																																										
Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.	✓																																										
Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.	✓																																										
Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.	✓																																										
Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail.	✓																																										

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Moyenne de jours de maladie payés par employé

LEADERSHIP	Johanne Roy																																		
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																		
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech																																		
CIBLE	12.00																																		
DESCRIPTION	<p>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.</p>																																		
RÉSULTAT CIBLE 12.00	<table border="1"> <caption>Vitalité - Moyenne de jours de maladie payés par employé</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Moyenne de jours de maladie payés par employé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>12.62</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>12.54</td> </tr> <tr> <td>2020-2021</td> <td>11.58</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2020-2021 - Moyenne de jours de maladie payés par employé par trimestre et zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>8.82</td> <td>10.94</td> <td>11.12</td> <td>10.70</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>9.61</td> <td>13.25</td> <td>13.12</td> <td>10.36</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>13.67</td> <td>17.59</td> <td>16.03</td> <td>14.40</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>9.51</td> <td>10.43</td> <td>12.27</td> <td>11.10</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Moyenne de jours de maladie payés par employé	2018-2019	12.62	2019-2020	12.54	2020-2021	11.58	Zone	T1	T2	T3	T4	Zone 1B	8.82	10.94	11.12	10.70	Zone 4	9.61	13.25	13.12	10.36	Zone 5	13.67	17.59	16.03	14.40	Zone 6	9.51	10.43	12.27	11.10
Période	Moyenne de jours de maladie payés par employé																																		
2018-2019	12.62																																		
2019-2020	12.54																																		
2020-2021	11.58																																		
Zone	T1	T2	T3	T4																															
Zone 1B	8.82	10.94	11.12	10.70																															
Zone 4	9.61	13.25	13.12	10.36																															
Zone 5	13.67	17.59	16.03	14.40																															
Zone 6	9.51	10.43	12.27	11.10																															
INTERPRÉTATION	<p>Un nombre peu élevé est souhaitable. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 5 présentait la moyenne de jours de maladie payés par employé la plus élevée (14.40). La Zone 5 a eu un nombre de jours de maladie élevé à tous les trimestres de 2020-2021. Cela peut s'expliquer par un niveau de stress plus élevé parmi les employés (pandémie de COVID-19, relocalisation sur les unités et manque de personnel).</p>																																		
INITIATIVES	<p>Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.</p>	✓																																	
	<p>Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquiescer les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.</p>	✓																																	
	<p>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.</p>	✓																																	
	<p>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.</p>	✓																																	
	<p>Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail.</p>	✓																																	

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'activités de recrutement	
LEADERSHIP	Johanne Roy
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des ressources humaines (partenaires d'affaires)
CIBLE	Augmentation de 5 % par rapport à 2019-2020
DESCRIPTION	<p>Étant donné le vieillissement de la main-d'œuvre et les nombreux départs à la retraite prévus au cours des prochaines années, les activités de recrutement devront être nombreuses afin de remplacer cette main-d'œuvre. Les activités de recrutement incluent les salons carrière, les rencontres en salle de classe, les rencontres virtuelles et les présentations. Il s'agit de recrutement de diverses disciplines en santé (étudiants de niveau post-secondaire et professionnels d'expérience) ainsi que la promotion des différentes disciplines en santé (p.ex. à une clientèle du niveau secondaire ou gens du public qui souhaitent faire un retour aux études).</p>
RÉSULTAT	<p>En 2020-2021, les activités de recrutement ont été réparties de la façon suivante: premier trimestre (2), deuxième trimestre (1), troisième trimestre (21) et quatrième trimestre (29).</p>
INTERPRÉTATION	<p>Un nombre élevé est souhaitable. Il est à noter que le résultat du premier et du deuxième trimestre de 2020-2021 sont peu élevés en raison du ralentissement des activités dû à la pandémie de COVID-19. Il est à noter que les médecins ne sont pas inclus dans les données de 2019-2020, mais ils le sont pour l'année 2020-2021.</p>
INITIATIVE	<p>Développer un processus de continuité pour améliorer l'expérience du candidat lors de toutes les étapes.</p>
	✓

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de patients-partenaires		
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Direction Qualité, Risques et Expérience patient	
CIBLE	22 patients partenaires	
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le nombre de patients-partenaires recrutés au sein du Réseau de santé Vitalité qui peuvent ou qui pourront participer à des équipes/comités. Le partenaire de l'expérience patient (PEP) est une personne qui a une expérience récente et significative avec le Réseau de santé Vitalité comme un patient, un membre de sa famille, un proche ou un aidant naturel. Il travaille en partenariat avec la direction et les équipes du Réseau et apporte son expertise et ses connaissances pour aider à améliorer l'expérience de soins et les services.	
RÉSULTAT	Le Réseau de santé compte présentement 11 patients partenaires et la cible est de 22 pour l'année 2020-2021. Les comités/équipes qui incluent des PEP sont les suivants: comité consultatif des patients et familles, comité médical consultatif, comité des soins de santé primaires local (Zone 4), unité clinique apprenante sur le service de chirurgie, comité de travail Récupération rapide après chirurgie, comité gouvernance régional (service de chirurgie), groupe de travail sur la transformation des soins de santé primaire, unité clinique apprenante sur la santé respiratoire, groupe de travail sur l'accès aux services/soins de santé respiratoire, groupe de travail sur la prévention et cessation du tabac et initiative amis des bébés (Zone 4).	
INTERPRÉTATION	L'atteinte de la cible est souhaitable (22 patients partenaires) puisque l'expertise et la compréhension du système de santé acquise lors d'expériences vécues au sein du Réseau des patients partenaires aide le Réseau à comprendre ce qui compte le plus pour les patients et les familles. 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	Développer un guide pour les équipes afin d'intégrer les patients partenaires dans leurs activités.	✓
	Poursuivre le recrutement de partenaires de l'expérience patient (PEP).	✓
	Développer un sondage pour évaluer l'intégration du PEP dans l'équipe.	✓



# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

# FICHE EXPLICATIVE

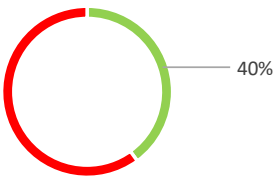
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de nouveaux partenariats		
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Données internes du Réseau	
CIBLE	3	
DESCRIPTION	Cette mesure reflète le nombre de nouveaux partenariats avec le Réseau de santé Vitalité et ayant signé un contrat ou un engagement avec des objectifs clairs à atteindre. Les partenariats sont avec des organismes légalement constitués. Le partenariat peut avoir lieu à l'échelle de l'organisme ou d'une équipe spécifique de travail.	
RÉSULTAT	Au troisième trimestre de 2020-2021, le Réseau compte 0 nouveau partenariat.	
INTERPRÉTATION	Le Réseau de santé Vitalité vise de conclure une entente avec 3 nouveaux partenariats en 2020-2021 : Institut atlantique de recherche sur le cancer, l'Université de Sherbrooke et l'Université de Moncton.	
INITIATIVES	Développer des ententes avec les universités et autres organismes affiliés.	✓
	Intégrer des partenaires dans les initiatives du Réseau.	✓

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux d'achèvement du plan stratégique des TI

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications	
CIBLE	100%	
DESCRIPTION	<p>Cette mesure reflète le pourcentage d'achèvement du plan stratégique spécifique au secteur des technologies de l'information et des télécommunications. Les étapes considérées dans le calcul sont toutes celles se déroulant entre l'approbation du développement d'un plan stratégique spécifique au secteur des TIs et la diffusion du plan.</p>	
RÉSULTAT	<p>Taux d'achèvement</p> 	
INTERPRÉTATION	<p>L'appel d'offres a été affichée au public et une firme a été sélectionnée. Les travaux sont en cours.</p>	
INITIATIVE	Effectuer une planification stratégique des TI avec un consultant.	✓

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

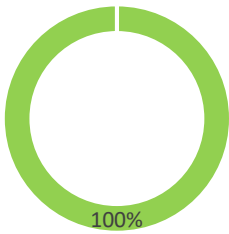
## Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuelles

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu											
FRÉQUENCE	Trimestrielle											
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications											
CIBLE	Augmentation de 10 % par trimestre (Base : 1,851 heures)											
DESCRIPTION	<p>Cet indicateur reflète le nombre d'heures d'utilisation des technologies virtuelles utilisées par le Réseau de santé Vitalité (Zoom et vidéoconférence). Les statistiques présentées incluent les heures cliniques ainsi que les heures administratives.</p>											
RÉSULTAT CIBLE 2036	<p>Nombre d'heures d'utilisation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Nombre d'heures d'utilisation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 - 2020-2021</td> <td>1,851.30</td> </tr> <tr> <td>T2 - 2020-2021</td> <td>10,793.67</td> </tr> <tr> <td>T3 - 2020-2021</td> <td>21,528.25</td> </tr> <tr> <td>T4 - 2020-2021</td> <td>24,678.51</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Nombre d'heures d'utilisation	T1 - 2020-2021	1,851.30	T2 - 2020-2021	10,793.67	T3 - 2020-2021	21,528.25	T4 - 2020-2021	24,678.51
Trimestre	Nombre d'heures d'utilisation											
T1 - 2020-2021	1,851.30											
T2 - 2020-2021	10,793.67											
T3 - 2020-2021	21,528.25											
T4 - 2020-2021	24,678.51											
INTERPRÉTATION	<p>Cet indicateur ne distingue pas les heures utilisées pour la clinique seulement. Puisque la plateforme Zoom est utilisée au sein du Réseau depuis fin avril 2020, le premier trimestre de 2020-2021 est la base pour mesurer l'amélioration de cet indicateur. Le nombre d'heures d'utilisation est à la hausse au quatrième trimestre de 2020-2021. La pandémie COVID-19 a renforcé l'utilisation de moyens technologiques comme moyen alternatif à la rencontre face-à-face. L'indicateur « Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuelles » sera bonifié à partir du 1er avril 2021. Il permettra de distinguer les différents types de consultations.</p>											
INITIATIVES	Développer les soins virtuels.	✓										

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)

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

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les UCA

LEADERSHIP	Brigitte Sonier Ferguson	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Recherche, développement scientifique et formation	
CIBLE	9	
DESCRIPTION	Il s'agit du nombre de meilleures pratiques mises en œuvre suite aux recommandations des UCAs.	
RÉSULTAT	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.	
INTERPRÉTATION	Un nombre élevé est souhaitable.	
INITIATIVES	Mise en œuvre d'une philosophie d'organisation apprenante.	✓
	Développer un outil pour évaluer l'organisation apprenante.	✗
	Développer des stratégies pour implanter un système de gestion des connaissances.	✗

**Réseau de santé Vitalité**

**Tableau de bord équilibré 2020-2021**

**Rapport trimestriel (T4)**





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

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
<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	177	196	128	131	✓	✓	✓	
1.2	CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	Jacques Duclos	47%	100%	45%	49%	✗	✗	✗	✗
1.3	Taux de réadmission 30 jours	Dre. Banville	8.74	8.17	8.92	8.37	✗	✗	!	
1.4	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy	5.76%	5.66%	4.94%	4.84%	✓	✓	✓	
<b>Quadrant: Financiers</b>										
2.1	Variance du surplus (déficit) d'opération	Gisèle Beaulieu	-\$2,844,991	S.O.	\$0	\$5,830,734				
2.2	Coût par jour repas	Stéphane Legacy	\$36.39	\$33.12	\$41.87	\$44.72	✗	✗	✗	✗
2.3	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Stéphane Legacy	\$4.95	\$4.66	\$5.30	\$5.34	✗	✗	✗	✗
2.4	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Stéphane Legacy	\$1.25	\$1.25	\$1.22	\$1.13	✗	✓	✓	✓
2.5	Variance en salaires et bénéfices	Gisèle Beaulieu	\$11,778,698	S.O.	\$1,658,347	\$1,831,690				
2.6	Variance en dépenses médicaments	Gisèle Beaulieu	-\$4,217,657	S.O.	\$1,865,565	\$283,367				

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

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
<b>Quadrant: Financiers</b>										
2.7	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Gisèle Beaulieu	-\$13,903,469	S.O.	-\$11,557,332	-\$13,553,773				
2.8	Coût en énergie par pied carré	Stéphane Legacy	\$5.77	\$5.54	\$4.83	\$5.49	✓	✓	✓	✓
<b>Quadrant: Opérationnel</b>										
3.1	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Dre.Banville	7.0%	0.0%	3.9%	2.0%	!	✗	!	
3.2	Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus	Sharon Smyth-Okana	8.77	12.00	8.57	8.86	✓	✓	✓	
3.3	Taux de césarienne à faibles risques	Dre.Banville	10.8%	15.2%	11.3%	11.3%	✓	✓	✓	
3.4	Taux de chutes	Sharon Smyth-Okana	4.77	5.00	4.86	4.69	!	✓	✓	✓
3.5	Taux de chutes avec blessures graves	Gisèle Beaulieu	0.04	0.00	0.05	0.06	✗	!	!	✗
3.6	Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Gisèle Beaulieu	0.010	0.000	0.003	0.000	✓	!	✓	✓
3.7	Taux d'erreurs des médicaments	Gisèle Beaulieu	3.36	3.32	3.64	3.67	✗	✓	✓	✓
3.8	Taux de conformité à l'hygiène des mains	Gisèle Beaulieu	78.2%	90.0%	83.2%	87.3%	!	✗	!	!

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

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
<b>Quadrant: Opérationnel</b>										
3.9	Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu	1.90	3.57	1.40	1.55	✓	✓	✓	
3.10	Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu	0.25	1.29	0.25	0.36	✓	✓	✓	
3.11	Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu	0.07	0.05	0.04	0.00	✓	✗	✓	
3.12	Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Gisèle Beaulieu	116	100	118	127	✗	✗	✗	
3.13	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Sharon Smyth-Okana	9.9%	11.7%	8.0%	6.7%	✓	✓	✓	
3.14	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	Gisèle Beaulieu	3,092	3,079	1,437	309	✗	✗	✗	✗
3.15	% chirurgies urgentes effectuées dans les délais	Sharon Smyth-Okana	53.1%	53.1%	50.0%	49.1%	✗	✗	✗	✗
3.16	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	65.7%	75.0%	45.8%	51.2%	✗	✗	✗	✗
3.17	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	68.0%	85.0%	49.8%	52.3%	✗	✗	✗	✗
<b>Quadrant: Ressources Humaines</b>										
4.1	Taux global aux modules e-apprentissage	Johanne Roy	64.8%	70.0%	63.8%	59.4%	!	!	✗	✗

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

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
<b>Quadrant: Ressources Humaines</b>										
4.2	% de postes permanents vacants	Johanne Roy	5.8%	5.8%	7.1%	8.3%	!	×	×	×
4.3	Taux d'accidents du travail	Johanne Roy	3.26	4.11	3.80	5.89	✓	✓	✓	×
4.4	Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Johanne Roy	45.7%	65.0%	40.7%	42.2%	×	×	×	×
4.5	Nombre de nouveaux griefs	Johanne Roy	91	86	49	11	✓	✓	✓	✓
4.6	% d'heures de maladie	Johanne Roy	6.2%	5.5%	5.6%	5.6%	✓	×	×	×
4.7	% d'heures de surtemps	Johanne Roy	3.5%	2.5%	3.6%	4.9%	!	×	×	×
4.8	Heures travaillées PPU/jours-patients	Sharon Smyth-Okana	6.23	6.09	6.79	6.45	×	!	!	!
4.9	Taux de roulement	Johanne Roy	1.58	1.67	1.87	1.50	✓	×	×	✓

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

# FICHE EXPLICATIVE

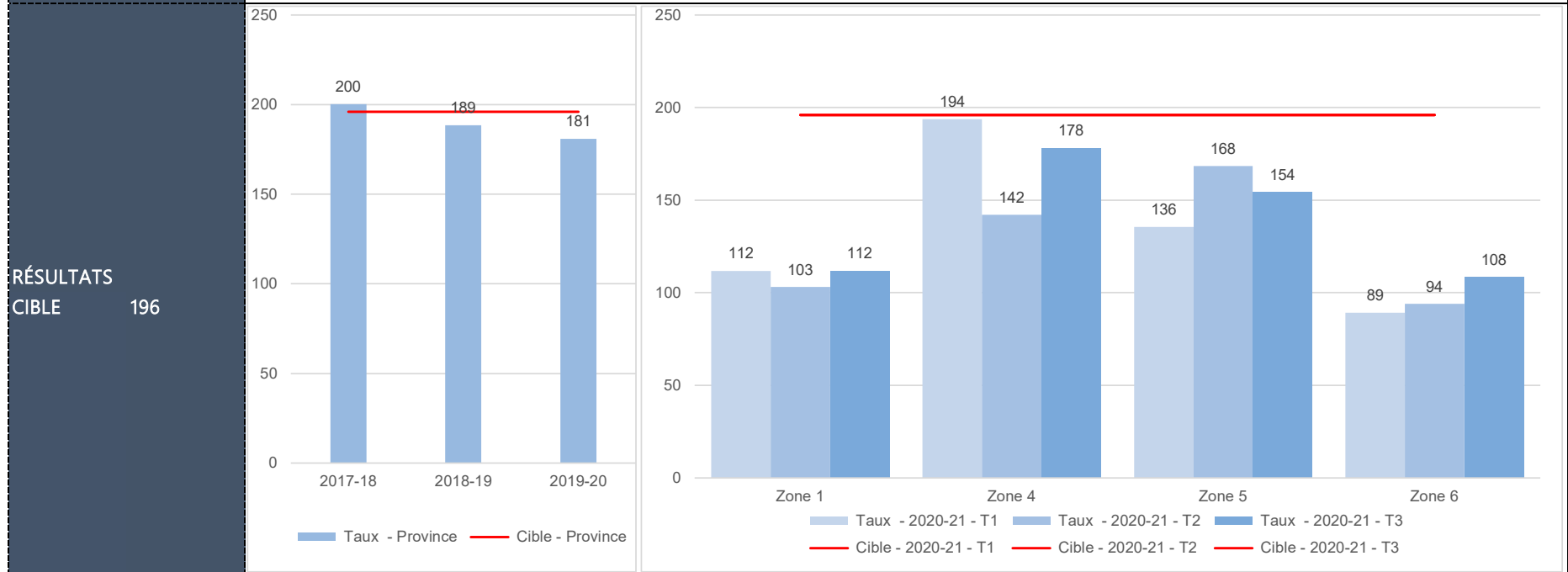
Indicateur: 1.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées. Le taux provincial d'hospitalisation était de 181 et était sous la cible pour l'année fiscale 2019-2020. La tendance du taux d'hospitalisation pour ces maladies chroniques est généralement à la baisse au sein de la province. Au troisième trimestre de 2020-2021, le taux d'hospitalisation était le plus élevé dans la Zone 4 (178) et le plus bas dans la Zone 6 (108). Le nombre de cas est semblable (69 pour la Zone 4 et 68 pour la Zone 6), mais le taux d'hospitalisation est différent dû au nombre d'individus dans la population. À noter que les données provenant de l'ICIS sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.

# FICHE EXPLICATIVE

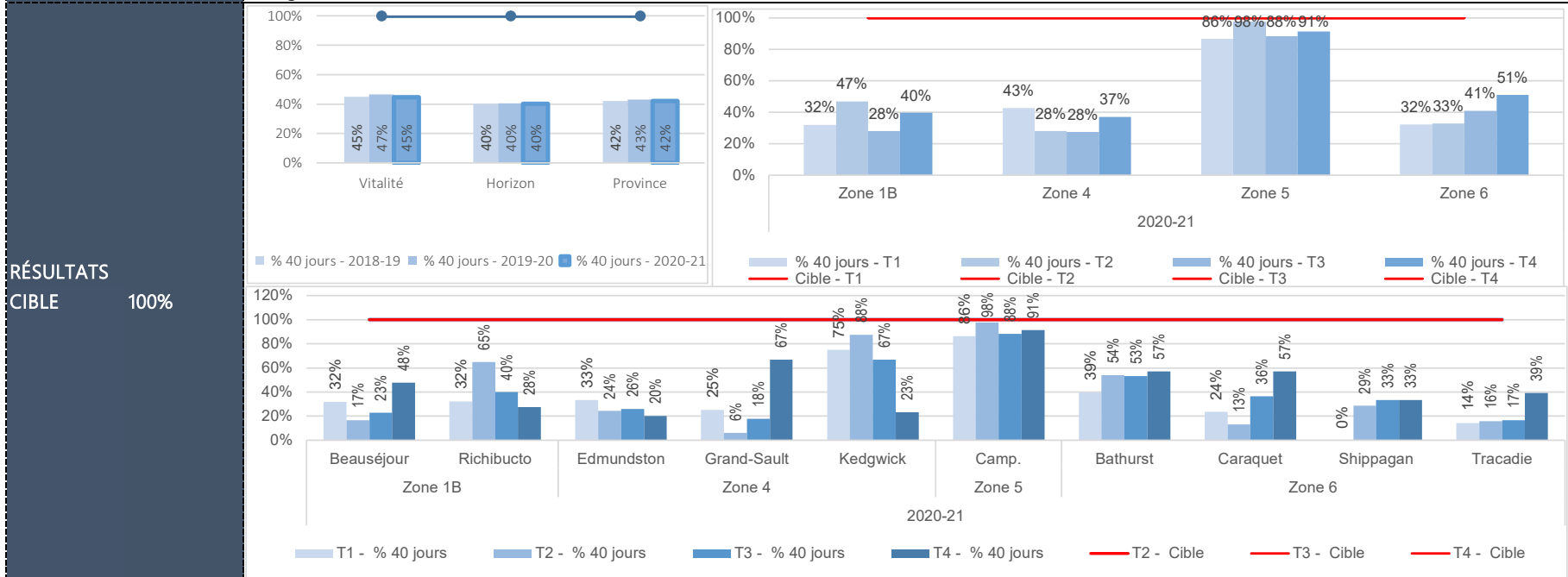
Indicateur: 1.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un pourcentage élevé est souhaitable. Les résultats du troisième trimestre de l'année 2020-2021 sont présentés par zone et par établissement. La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (91 %) au troisième trimestre de 2020-2021 tandis que la Zone 4 présentait le pourcentage le plus faible (37 %). La Zone 5 performe bien pour prendre en charge les patients dans les délais. La Zone 4 a été particulièrement touchée par la pandémie au quatrième trimestre, ce qui a pu avoir un impact sur les résultats. 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 % versus 40 %).

# FICHE EXPLICATIVE

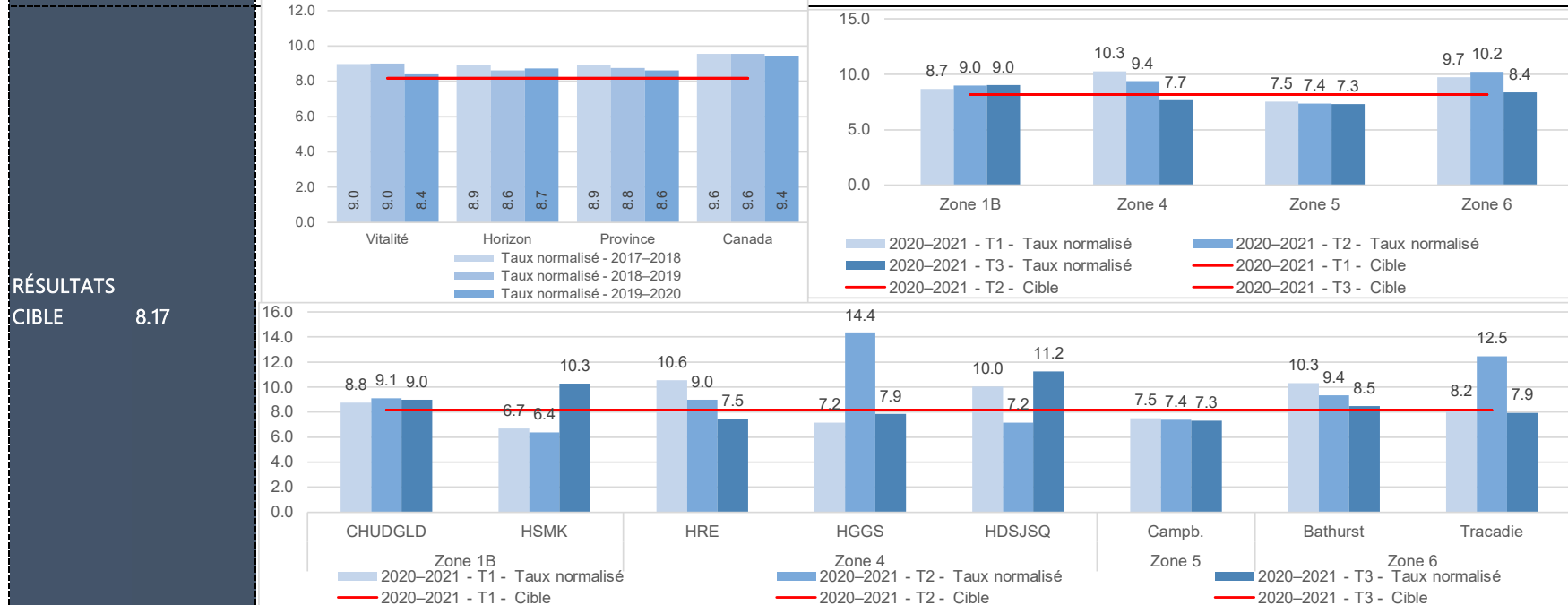
Indicateur: 1.3

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux de réadmission 30 jours

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un faible résultat est favorable puisqu'il signifie qu'un faible pourcentage de patients ont été réadmis d'urgence dans le mois suivant leur congé de l'hôpital. Cette mesure peut contribuer à évaluer combien de patients présentent des problèmes de santé ou des complications à la suite d'un séjour à l'hôpital, et à quel point le système de santé réussit à offrir aux patients les soins de suivi nécessaires dès leur retour à la maison. La mesure est ajustée pour tenir compte de certaines différences quant aux types de patients traités dans un hôpital. Néanmoins, comme tous les indicateurs, elle ne peut pas être ajustée en fonction de toutes les différences. Lorsqu'on compare le taux de réadmission à l'hôpital, il est important de tenir compte du type d'hôpital. Par exemple, les grands hôpitaux d'enseignement traitent souvent des cas de patients plus complexes qui sont plus susceptibles de retourner à l'hôpital. Dans les petits hôpitaux en région rurale, il arrive que moins de services soient disponibles hors de l'hôpital pour veiller à ce que les patients reçoivent des soins de suivi adéquats. En 2019-2020, le Réseau de santé Vitalité présentait un taux de réadmission 30 jours moins élevé que le Réseau de santé Horizon et le Canada. Au troisième trimestre, le taux de réadmission 30 jours était le plus élevé dans la Zone 1B (9.0) et le plus faible dans la Zone 5 (7.3). Comme mentionné plus haut, le type d'hôpital peut avoir une influence sur les résultats. À noter que les données de l'ICIS sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.



# FICHE EXPLICATIVE

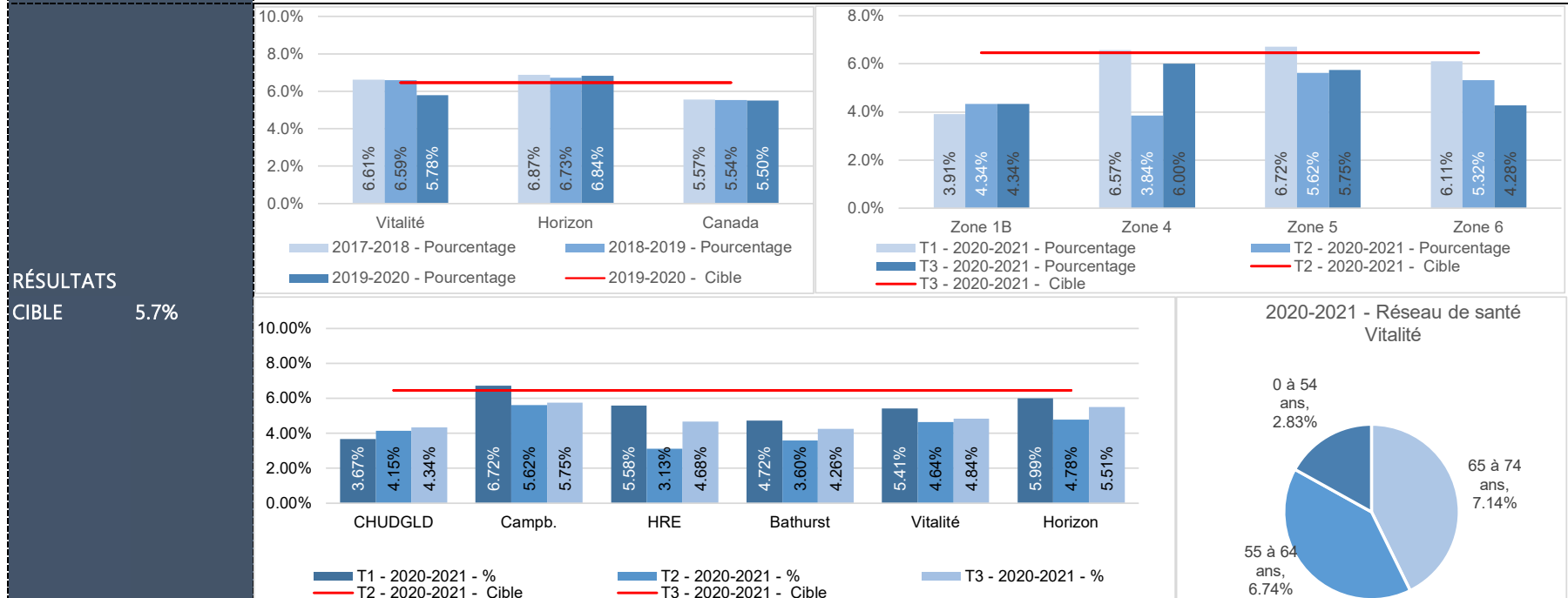
Indicateur: 1.4

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un faible taux est souhaitable. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins de santé primaire appropriés. Le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires a diminué au sein du Réseau de santé Vitalité depuis les trois dernières années. Au troisième trimestre de 2020-2021, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires était le plus élevé dans la Zone 4 (6.00 %) et le plus bas dans la Zone 6 (4.28 %). 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. À noter que les données de l'ICIS sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.

# FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

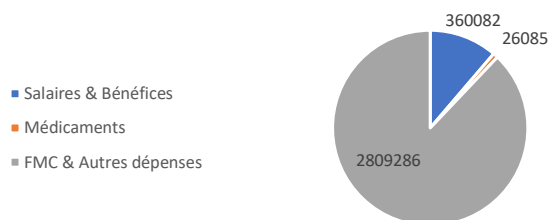
## Variance entre le budget et les dépenses actuelles

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

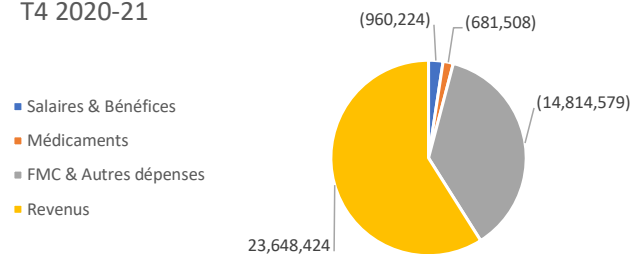
**DÉFINITION** Cet indicateur reflète la différence entre le budget et les dépenses totales pour la période. Si la différence est supérieure à 0, il s'agit d'un surplus tandis que si la différence est inférieure à 0, il s'agit d'un déficit.

**RÉSULTATS CIBLE** \$0.00

### Dépenses COVID-19 T4 2020-21

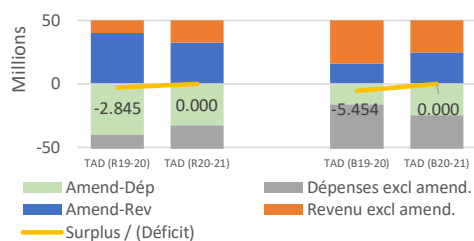


### Variance par catégorie T4 2020-21



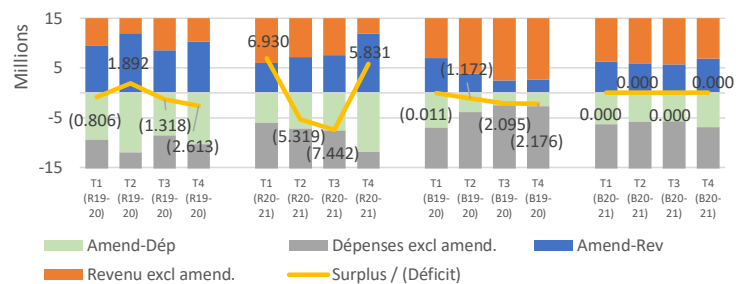
### TAD Surplus (Déficit) d'opération

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



### Surplus (Déficit) d'opération

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**

Le Réseau de santé Vitalité présente un résultat financier équilibré en 2020-2021 comparativement à une variance défavorable de 2,844,992 \$ en 2019-2020 au 31 mars 2020. Le Réseau affichait préalablement un déficit d'opération qui a été couvert par le Ministère pour les dépenses en lien à la pandémie. Les dépenses liées à la COVID-19 pour le 4e trimestre représente 11,753,108 \$ totalisant 24,155,607 \$ pour l'exercice 2020-2021.

# FICHE EXPLICATIVE

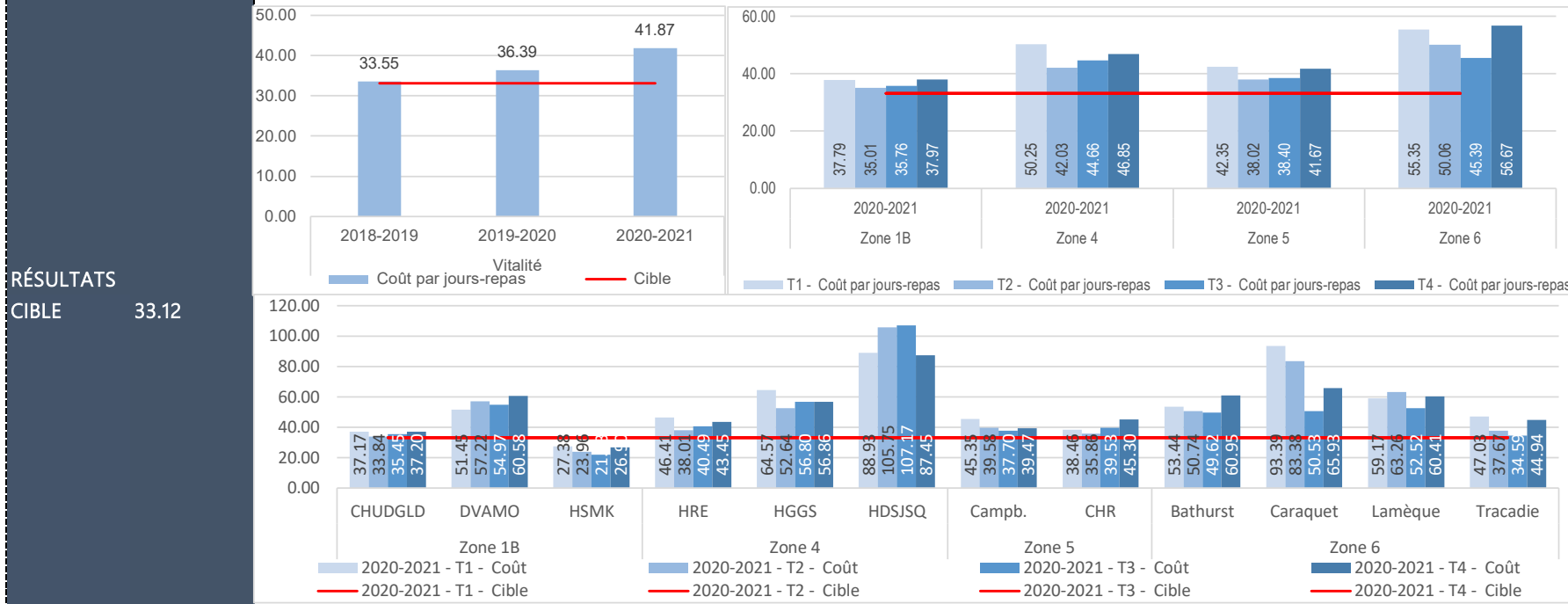
Indicateur: 2.2

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, bénéfiques 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 quatrième trimestre dans la Zone 6 (56.67 \$).

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.3

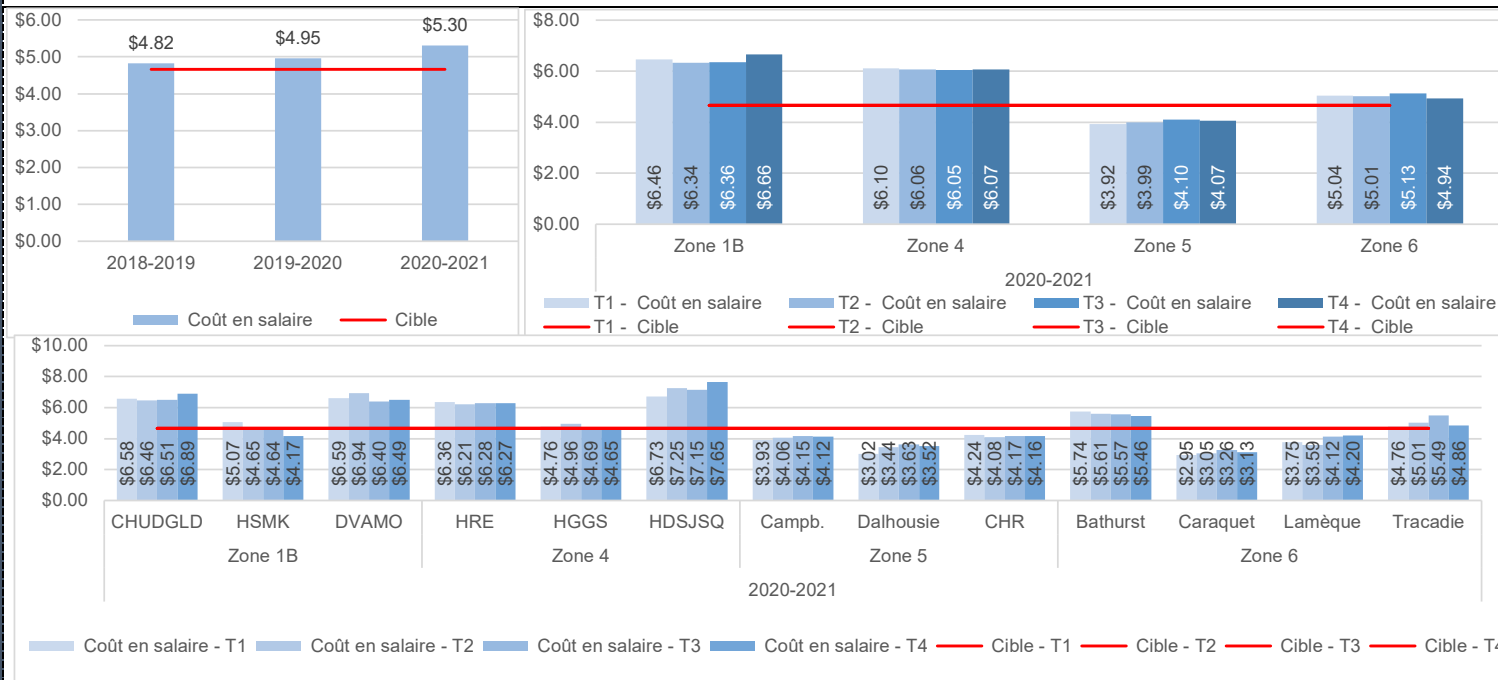
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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

**RÉSULTATS**  
CIBLE \$4.66



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**

Les coûts en salaires du service d'environnement sont à la hausse depuis les dernières années. L'analyse par zone montre que les coûts étaient les plus élevés dans la Zone 1B (6.66) au quatrième trimestre de 2020-2021. La tendance par zone demeure relativement stable.

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.4

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Les résultats du quatrième trimestre de 2020-2021 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 (1.22 \$) tandis que la Zone 6 présente le coût le plus faible (1.02 \$). 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 \$). Il est à noter que toutes les zones présentaient des résultats sous la cible au quatrième trimestre, ce qui est positif.

# FICHE EXPLICATIVE

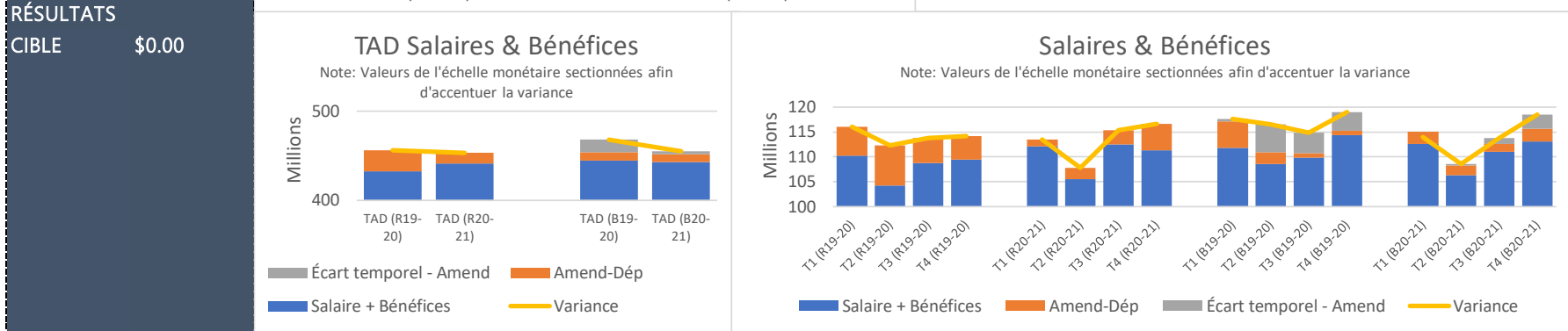
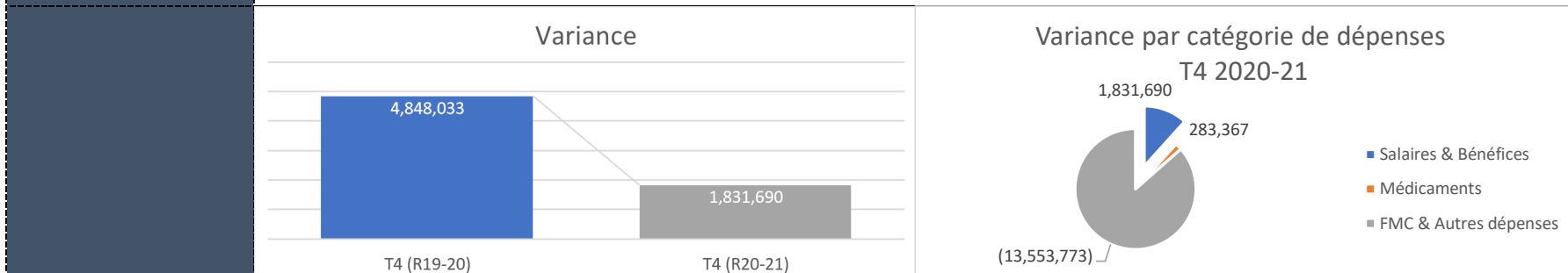
Indicateur: 2.5

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Variance en salaires et bénéfices

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

**DÉFINITION**  
 Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les salaires et les bénéfices (avantages sociaux) comparativement au budget.  
 \* À noter: Les variances de dépenses sont ajustées par les effets des écarts des amendements budgétaires qui influencent aussi les variances de revenus. Au T4, les ajustements nets des dépenses de salaires ont été de 3,795,319 \$ pour 2019-20 et de 2,791,914 \$ pour 2020-21.



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
 On remarque un écart défavorable (excluant l'effet des amendements budgétaires à recevoir) au niveau des salaires et des bénéfices principalement dans les services liés à la gestion de la pandémie dont les secteurs ambulatoires et les départements de triage. Les coûts rattachés aux accidents de travail démontrent des économies de 1.2 M\$ en 2020-2021.

## FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

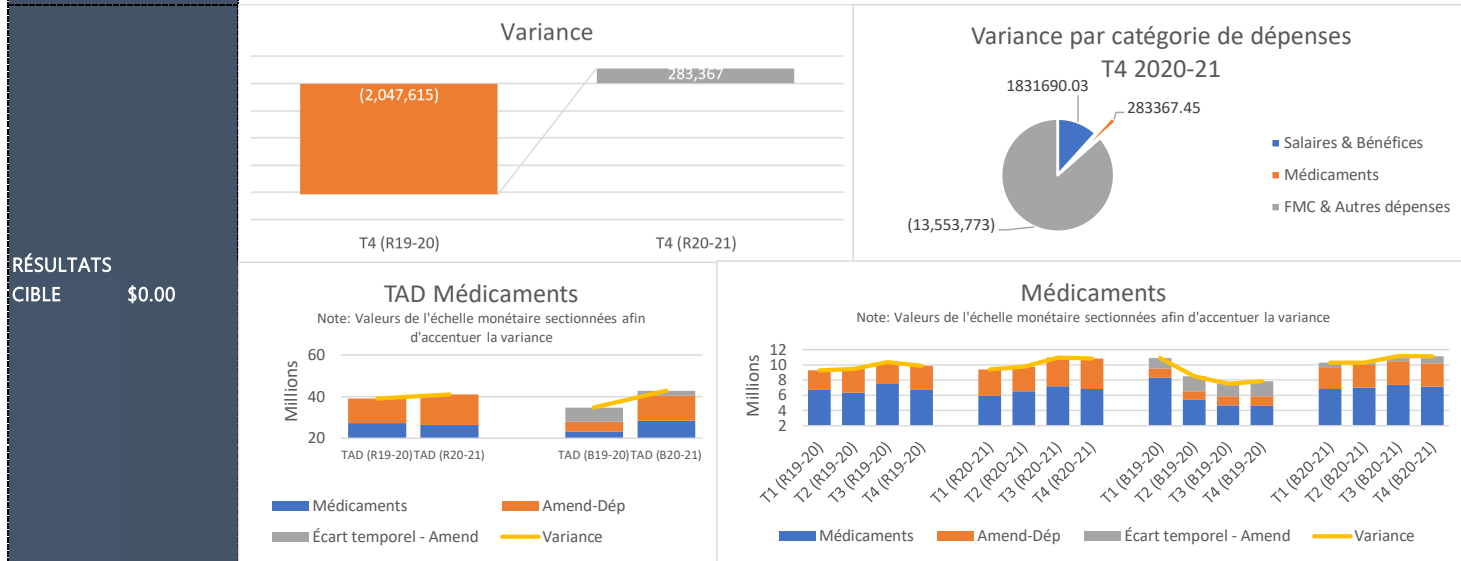
### Variance en dépenses médicaments

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.

\* À noter: Les variances sont ajustées par les effets des écarts des amendements budgétaires qui influencent aussi les écarts des revenus. Au T4, les ajustements nets des dépenses des médicaments ont été de 1,982,288 \$ pour 2019-20 et de 964,875 \$ pour 2020-21.



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**

Le résultat du quatrième trimestre de l'année 2020-2021 présente une stabilité de la variance favorable du deuxième trimestre passant de 1,582K \$ à 1,866K \$ comparativement à une variance défavorable de (4,218K \$) en 2019-2020. Les effets de la COVID-19 ont impacté financièrement l'organisation par un écart favorable totalisant 1.9M \$ (excluant l'effet des amendements budgétaires à recevoir) pour l'exercice 2020-2021. Cette variance est causée par la diminution importante des jours patients de 43,518 jours patients dans les soins infirmiers, soit 15.8% en comparaison à 2019-2020.

# FICHE EXPLICATIVE

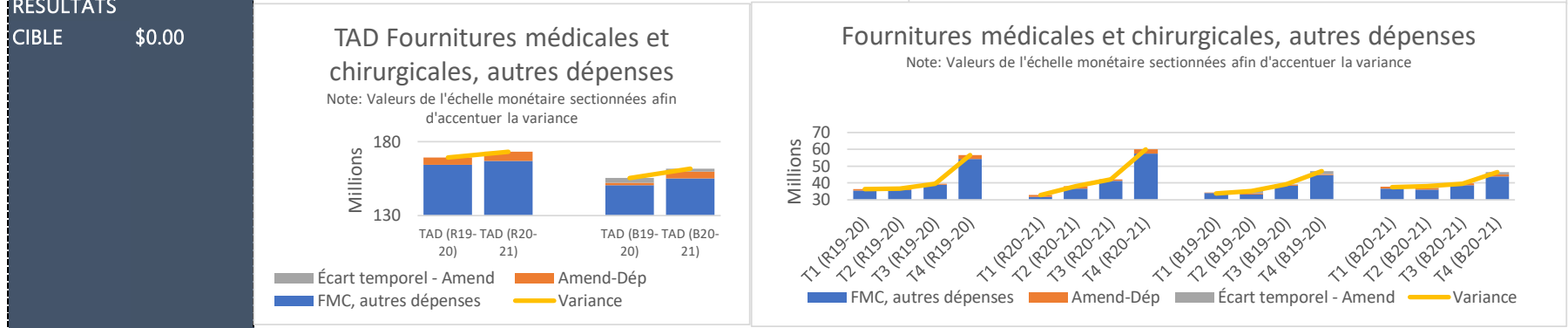
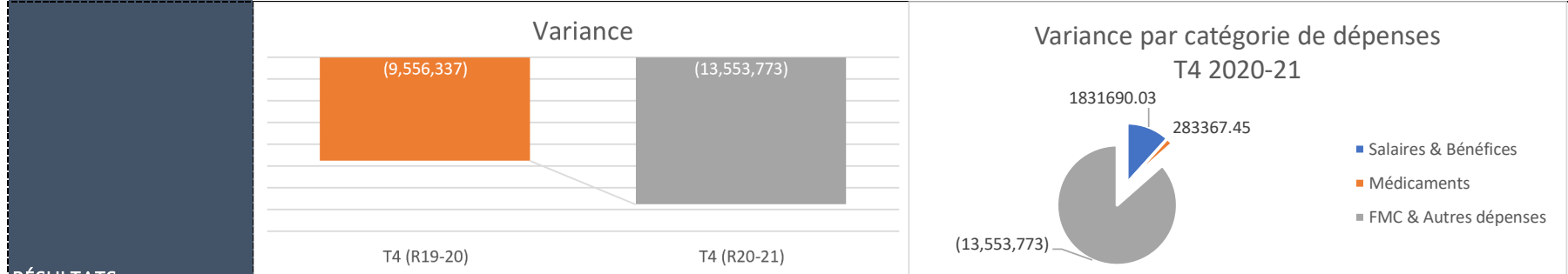
Indicateur: 2.7

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses

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

**DÉFINITION**  
 Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les fournitures médicales et chirurgicales et autres dépenses comparativement au budget.  
 \* À noter: Les variances sont ajustées par les effets des écarts des amendements budgétaires qui influencent aussi les écarts des revenus. Au T4, les ajustements nets des dépenses des FMC et autres dépenses ont été de 1,847,872 \$ pour 2019-20 et de 1,260,806 \$ pour 2020-21.



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
 Le ralentissement des activités dû à la COVID-19 a réduit considérablement les dépenses d'opération en lien avec le budget de base qui inclus l'effet de l'écart favorable des fournitures médicales et chirurgicales dans les secteurs de la chirurgie, le nombre de chirurgies a diminué de 19.7% comparativement à la même période l'année dernière. Le total des dépenses liées à la COVID-19 en lien aux fournitures médicales et chirurgicales ainsi que les autres dépenses représente 9.3M \$ pour le 4e trimestre.



# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.8

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Coût en énergie par pied carré

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

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

RÉSULTATS  
CIBLE \$5.54



ANALYSE ET  
INTERPRÉTATION

Le coût en énergie par pied carré est à la hausse depuis les trois dernières années, passant de 5.40 en 2017-2018 à 5.77 en 2019-2020. Au quatrième trimestre de 2020-2021, le coût était le plus élevé dans la Zone 4 (7.26) et le plus faible dans la Zone 5 (3.98).

# FICHE EXPLICATIVE

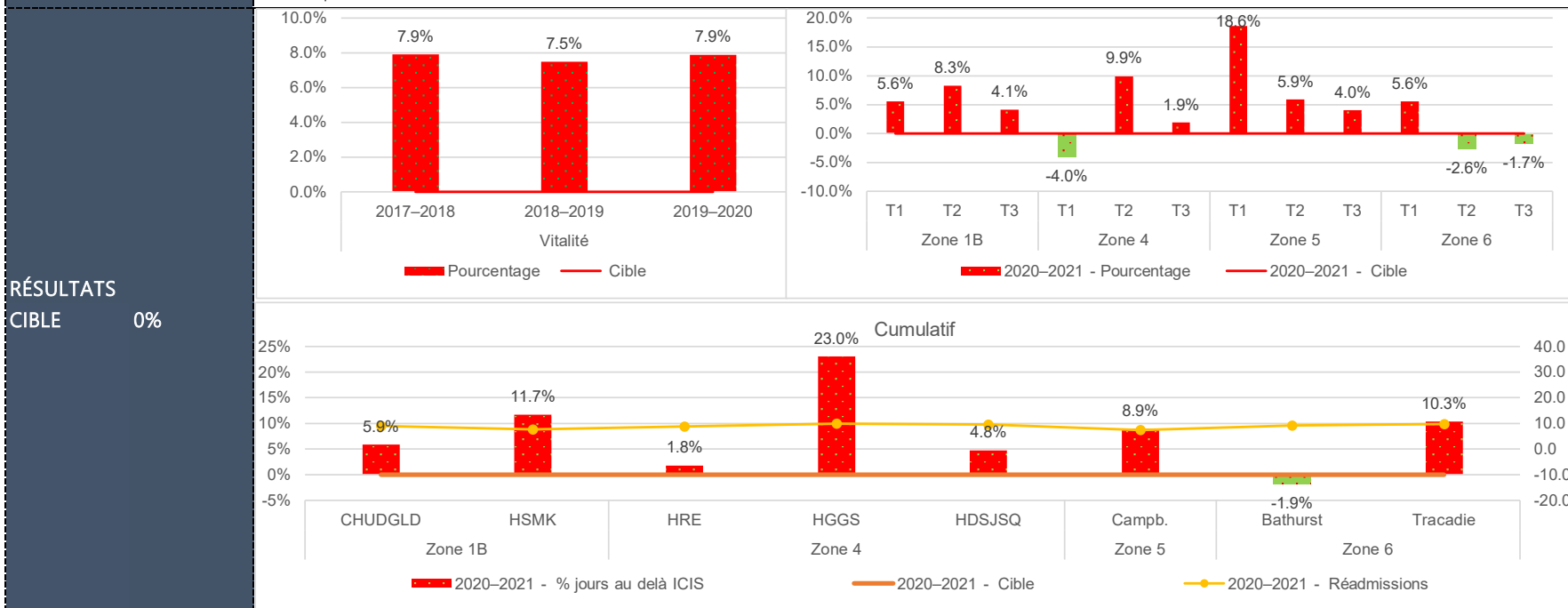
Indicateur: 3.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Si le 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. À noter que les données de 3M sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres. Les données du troisième trimestre montrent une très belle amélioration, et ce, pour toutes les zones.

# FICHE EXPLICATIVE

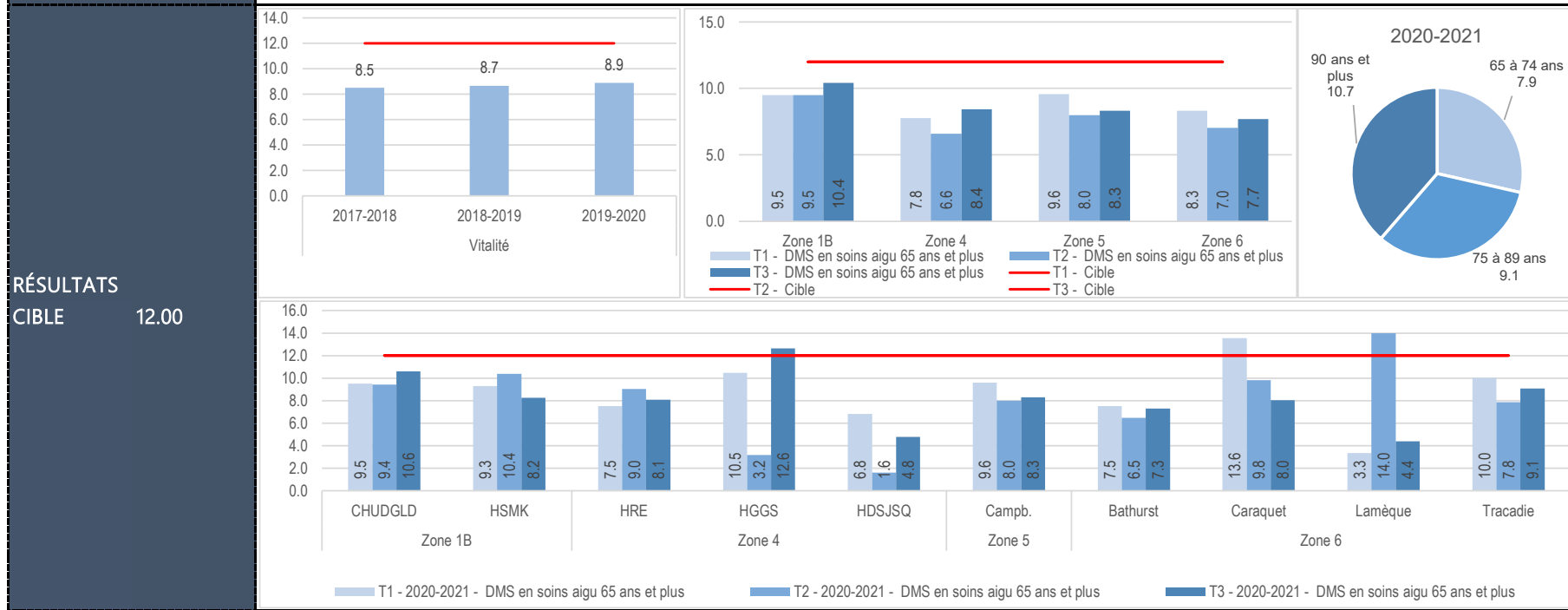
Indicateur: 3.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un séjour plus court est souhaitable. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. Le nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus est à la hausse depuis les trois dernières années. Au troisième trimestre de 2020-2021, la moyenne était plus élevée chez les 90 ans et plus (10.7). Le vieillissement de la population peut avoir un effet sur cet indicateur. À noter que les données de 3M sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.

# FICHE EXPLICATIVE

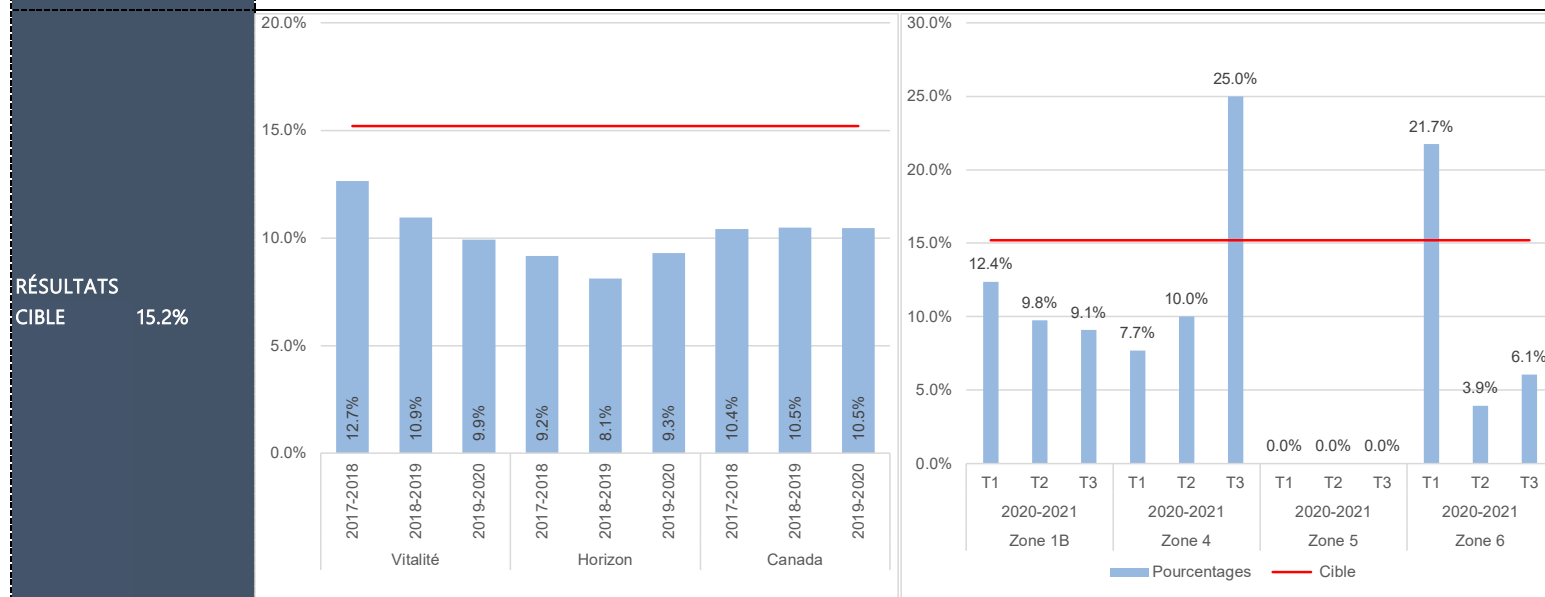
Indicateur: 3.3

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.



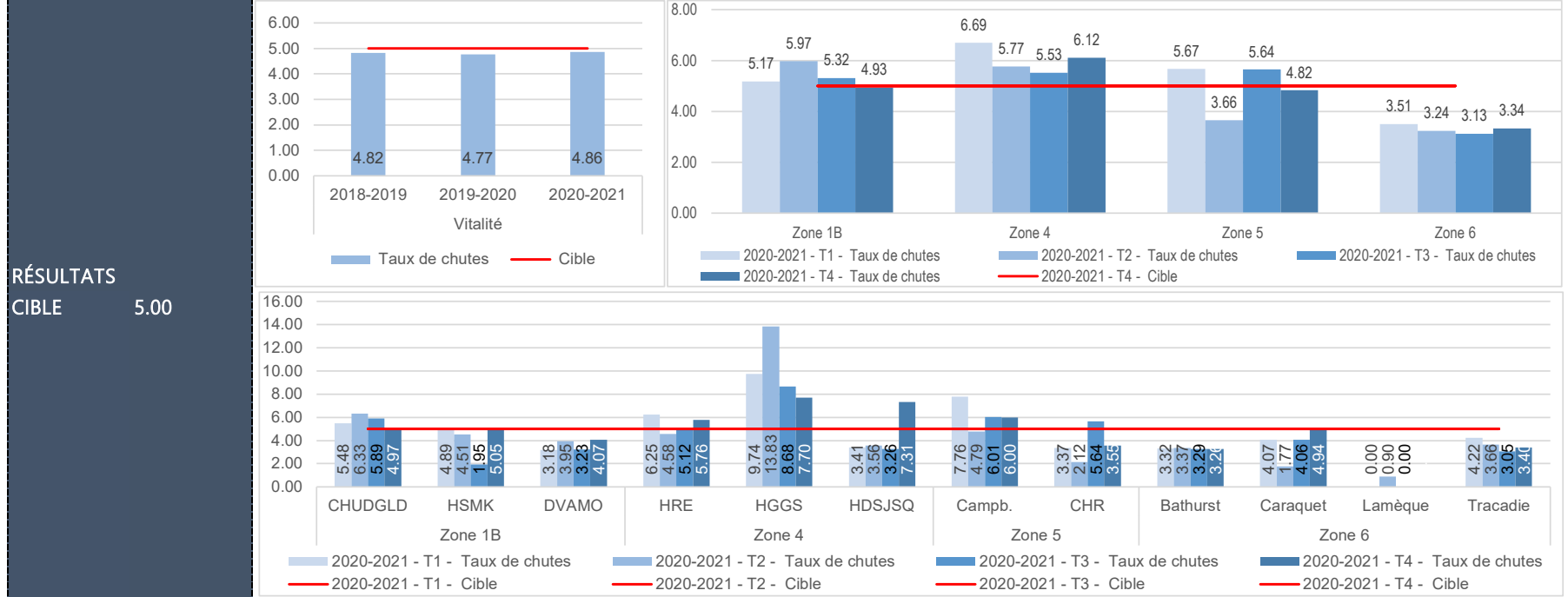
**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un faible taux est souhaitable. Les variations des résultats de cet indicateur pourraient faire état de différences dans la pratique clinique. Cet indicateur permet de signaler les éléments à améliorer et de réduire les taux de césariennes. Bien qu'il soit limité à une population à très faible risque, les efforts de réduction des taux de césariennes dans cette population pourraient entraîner une réduction globale des taux. Il est à noter que le taux de césarienne à faibles risques est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité. Au troisième trimestre de 2020-2021, la Zone 4 présente un résultat particulièrement élevé (25.0%). Cela représente 6 césariennes à faibles risques sur 24 accouchements. À titre comparatif, pour la même période (T4), la Zone 1B présentait un résultat de 6 césariennes à faibles risques, mais sur un total de 66 accouchements. Le nombre d'accouchements plus élevé dans la Zone 1B que la Zone 4 contribue à faire baisser le taux dans la Zone 1B. 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. À noter que les données provenant de 3M sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.

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 quatrième trimestre de 2020-2021, le taux de chutes était le plus élevé dans la Zone 4 (6.12). Par établissement, ce taux était plus élevé à l'Hôpital régional de Grand-Sault (7.70) au quatrième trimestre.

# FICHE EXPLICATIVE

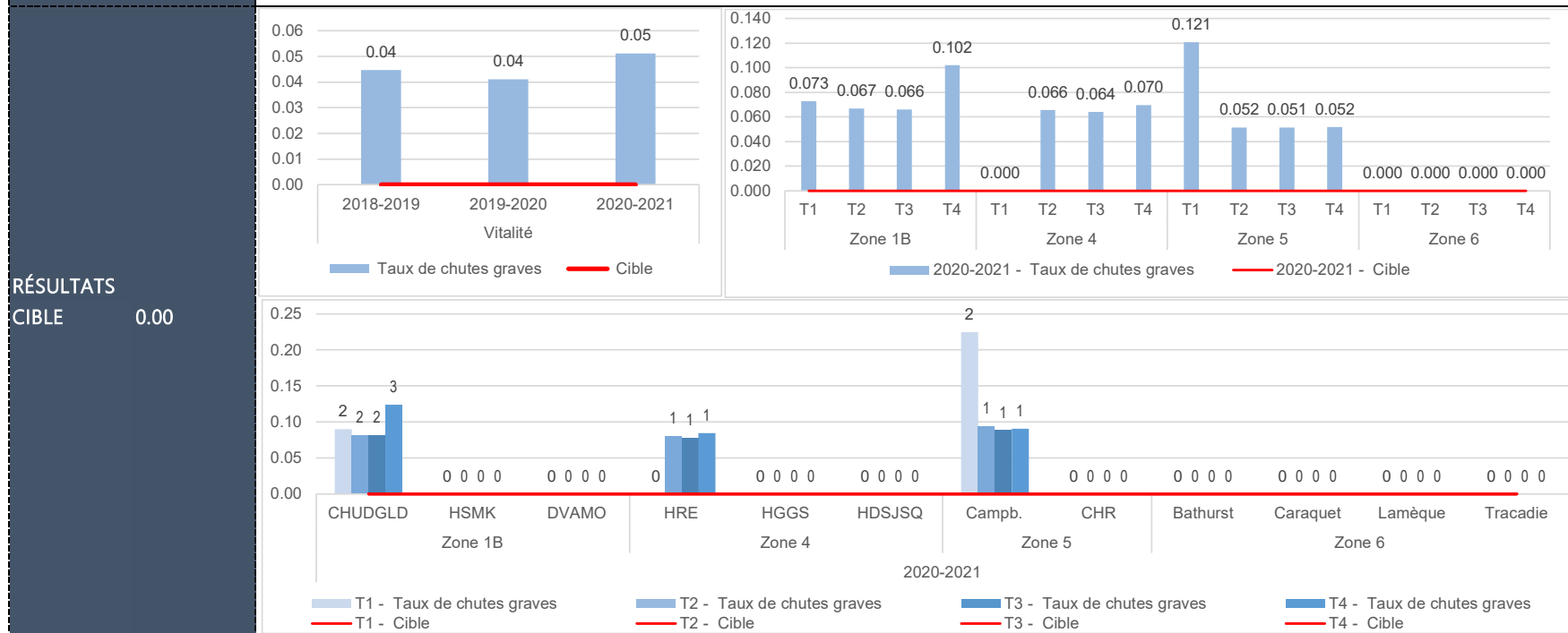
Indicateur: 3.5

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux de chutes avec blessures graves

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

**DÉFINITION**  
 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 quatrième trimestre de 2020-2021, 5 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.

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.6

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓																																												
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique	✓																																												
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients																																															
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'incidents avec blessures graves à l'hôpital par 10 000 jours patients. Un incident est un événement qui résulte ou peut résulter en une blessure ou perte pour: patient, employés, médecins, visiteurs, étudiants, ou dommage aux biens. Chaque incident est assigné à une catégorie de gravité.																																															
RÉSULTATS CIBLE 0.00	<p><b>Vitalité</b></p> <table border="1"> <tr><th>Année</th><th>Taux d'incidents graves</th></tr> <tr><td>2018-2019</td><td>0.010</td></tr> <tr><td>2019-2020</td><td>0.010</td></tr> <tr><td>2020-2021</td><td>0.003</td></tr> </table> <p><b>Zone 1B</b></p> <table border="1"> <tr><th>Trimestre</th><th>Taux d'incidents graves</th></tr> <tr><td>T1</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>T2</td><td>0.033</td></tr> <tr><td>T3</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>T4</td><td>0.000</td></tr> </table> <p><b>2020-2021 - Taux d'incidents graves par établissement</b></p> <table border="1"> <tr><th>Établissement</th><th>Taux d'incidents graves</th></tr> <tr><td>CHUDGLD</td><td>0.040</td></tr> <tr><td>HSMK</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>DVAMO</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>HRE</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>HGGS</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>HDSJSQ</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>Campb.</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>CHR</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>Bathurst</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>Caraquet</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>Lamèque</td><td>0.000</td></tr> <tr><td>Tracadie</td><td>0.000</td></tr> </table>				Année	Taux d'incidents graves	2018-2019	0.010	2019-2020	0.010	2020-2021	0.003	Trimestre	Taux d'incidents graves	T1	0.000	T2	0.033	T3	0.000	T4	0.000	Établissement	Taux d'incidents graves	CHUDGLD	0.040	HSMK	0.000	DVAMO	0.000	HRE	0.000	HGGS	0.000	HDSJSQ	0.000	Campb.	0.000	CHR	0.000	Bathurst	0.000	Caraquet	0.000	Lamèque	0.000	Tracadie	0.000
Année	Taux d'incidents graves																																															
2018-2019	0.010																																															
2019-2020	0.010																																															
2020-2021	0.003																																															
Trimestre	Taux d'incidents graves																																															
T1	0.000																																															
T2	0.033																																															
T3	0.000																																															
T4	0.000																																															
Établissement	Taux d'incidents graves																																															
CHUDGLD	0.040																																															
HSMK	0.000																																															
DVAMO	0.000																																															
HRE	0.000																																															
HGGS	0.000																																															
HDSJSQ	0.000																																															
Campb.	0.000																																															
CHR	0.000																																															
Bathurst	0.000																																															
Caraquet	0.000																																															
Lamèque	0.000																																															
Tracadie	0.000																																															
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 quatrième trimestre de 2020-2021, aucun incident avec blessures graves n'a été comptabilisé 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. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur.																																															

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.7

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux d'erreurs des médicaments

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un résultat faible est souhaitable. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins de santé. En 2020-2021, le taux d'erreurs des médicaments était de 3.64 au sein du Réseau de santé Vitalité. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 4 présentait le taux le plus élevé (6.47) puisque l'Hôpital général de Grand-Sault présentait un taux de 11.55 et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin présentait un taux de 8.77.



# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.8

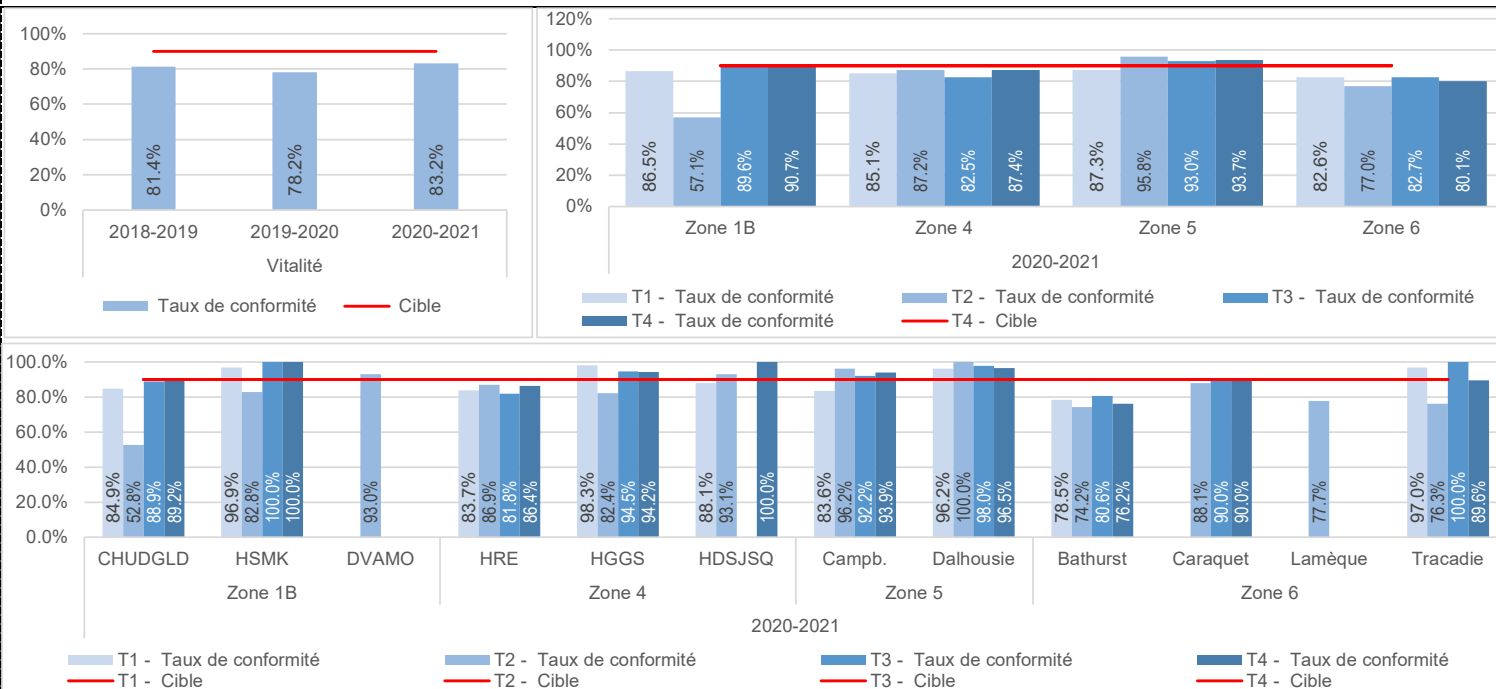
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux de conformité à l'hygiène des mains

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

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

**RÉSULTATS CIBLE** 90%



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**

Un taux élevé est souhaitable. Le taux de conformité à l'hygiène des mains est relativement stable et démontre de bonnes pratiques sanitaires au sein du Réseau de santé Vitalité. Le taux de conformité à l'hygiène des mains s'est amélioré en 2020-2021 au sein du Réseau comparativement aux deux années précédentes. Au quatrième trimestre, le taux de conformité à l'hygiène des mains était le plus élevé dans la Zone 5 (93.7%). La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur étant donné l'importance l'hygiène des mains qui a été renforcée.

# FICHE EXPLICATIVE

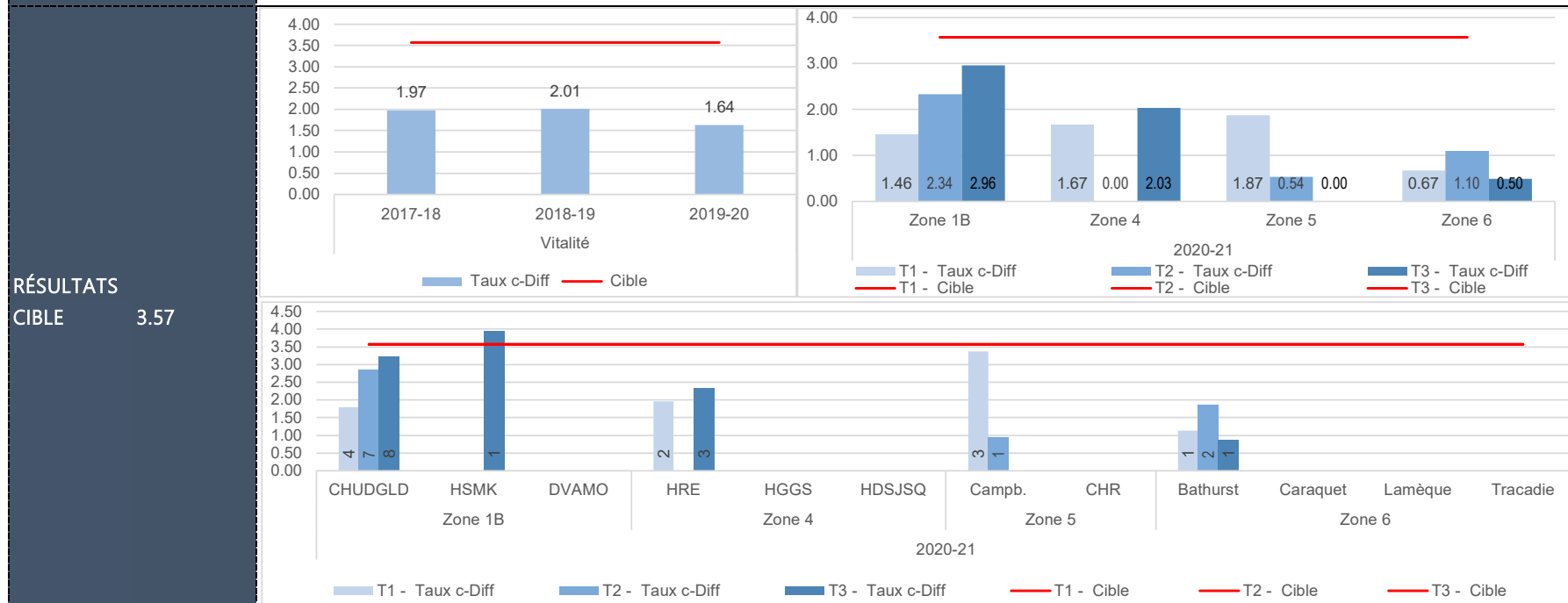
Indicateur: 3.9

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux d'infection Clostridium difficile

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un résultat faible est préférable. Afin de procurer un environnement sécuritaire, notamment pour les personnes âgées ou immunosupprimées hospitalisées ayant des problèmes de santé et qui sont plus à risque d'être infectées, on doit monitorer le taux de cette infection et agir pour en prévenir la transmission dans le Réseau. Le taux d'infection Clostridium difficile a diminué depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité. Au troisième trimestre de 2020-2021, le seul établissement ayant dépassé la cible est l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent. 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. Il est à noter qu'il n'a pas été possible de mettre les graphiques de cet indicateur à jour pour le quatrième trimestre puisque les données étaient incomplètes en raison de la pandémie.

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.10

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux d'infection et de colonisation au SARM

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓																																																																																																					
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																																																																																								
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé																																																																																																								
DÉFINITION	Le SARM est un staphylocoque qui a développé une résistance à plusieurs antibiotiques. Le SARM ne cause pas plus d'infections que les autres staphylocoques, mais il limite le choix d'antibiothérapie. En général, les staphylocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections de la peau ou des infections de plaies et, plus rarement, des pneumonies ou des infections du sang. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.																																																																																																								
RÉSULTATS CIBLE 1.29	<p><b>Vitalité</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux infection et colonisation au SARM</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-18</td> <td>0.16</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>2018-19</td> <td>0.24</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>2019-20</td> <td>0.19</td> <td>1.29</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>2020-21</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Établissement</th> <th>T1 - Taux infection et colonisation au SARM</th> <th>T2 - Taux infection et colonisation au SARM</th> <th>T3 - Taux infection et colonisation au SARM</th> <th>T1 - Cible</th> <th>T2 - Cible</th> <th>T3 - Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Zone 1B</td> <td>CHUDGLD</td> <td>0.73</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>HSMK</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>DVAMO</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>HRE</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Zone 4</td> <td>HGGG</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>HDSJSQ</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>Campb.</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 5</td> <td>CHR</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>Bathurst</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 6</td> <td>Lamèque</td> <td>0.67</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> <tr> <td>Tracadie</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> <td>1.29</td> </tr> </tbody> </table>				Année	Taux infection et colonisation au SARM	Cible	2017-18	0.16	1.29	2018-19	0.24	1.29	2019-20	0.19	1.29	Zone	Établissement	T1 - Taux infection et colonisation au SARM	T2 - Taux infection et colonisation au SARM	T3 - Taux infection et colonisation au SARM	T1 - Cible	T2 - Cible	T3 - Cible	Zone 1B	CHUDGLD	0.73	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29	HSMK	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29	DVAMO	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29	HRE	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29	Zone 4	HGGG	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29	HDSJSQ	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29	Campb.	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29	Zone 5	CHR	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29	Bathurst	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29	Zone 6	Lamèque	0.67	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29	Tracadie	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29
Année	Taux infection et colonisation au SARM	Cible																																																																																																							
2017-18	0.16	1.29																																																																																																							
2018-19	0.24	1.29																																																																																																							
2019-20	0.19	1.29																																																																																																							
Zone	Établissement	T1 - Taux infection et colonisation au SARM	T2 - Taux infection et colonisation au SARM	T3 - Taux infection et colonisation au SARM	T1 - Cible	T2 - Cible	T3 - Cible																																																																																																		
Zone 1B	CHUDGLD	0.73	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
	HSMK	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
	DVAMO	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
	HRE	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
Zone 4	HGGG	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
	HDSJSQ	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
	Campb.	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
Zone 5	CHR	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
	Bathurst	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
Zone 6	Lamèque	0.67	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
	Tracadie	0.00	0.00	0.00	1.29	1.29	1.29																																																																																																		
ANALYSE ET INTERPRÉTATION	Un résultat faible est favorable. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission. Le CHUDGLD est le seul établissement ayant présenté des cas d'infection (3) au troisième trimestre de 2020-2021. 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. Il est à noter qu'il n'a pas été possible de mettre les graphiques de cet indicateur à jour pour le quatrième trimestre puisque les données étaient incomplètes en raison de la pandémie.																																																																																																								

# FICHE EXPLICATIVE

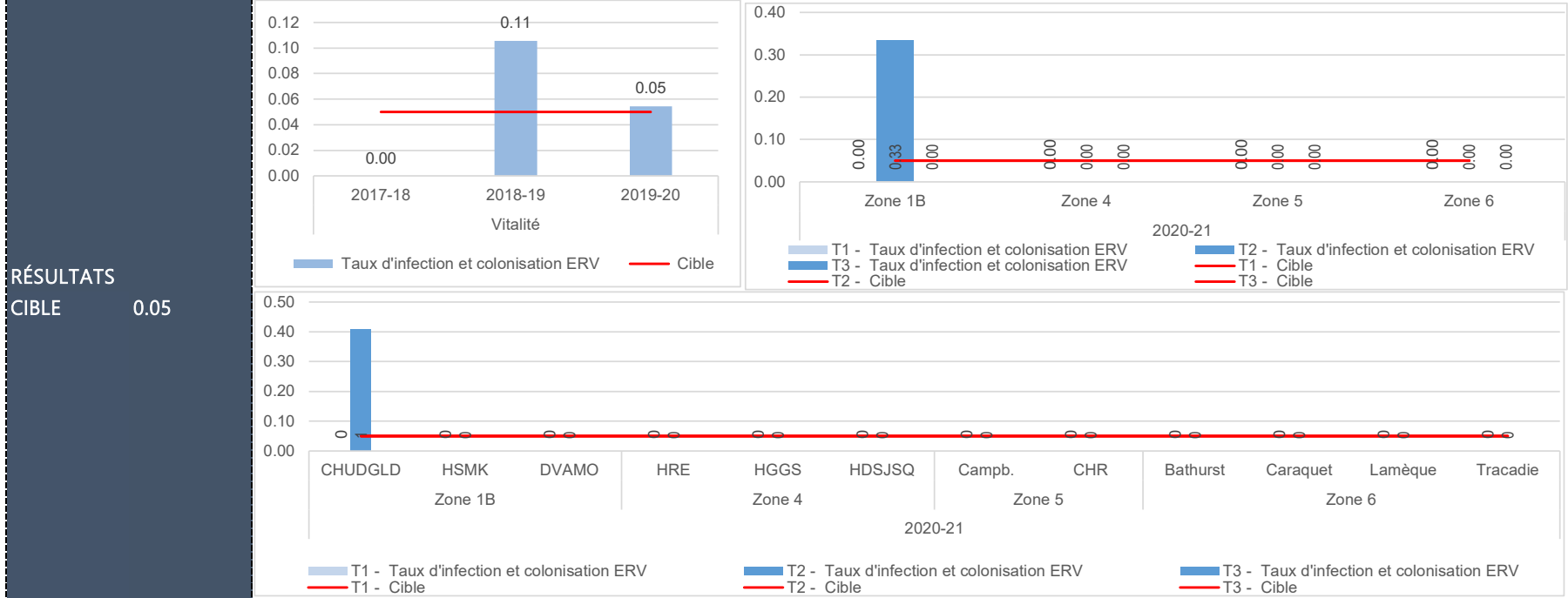
Indicateur: 3.11

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux d'infection et de colonisation ERV

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

**DÉFINITION**  
 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 troisième trimestre de 2020-2021. 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. Il est à noter qu'il n'a pas été possible de mettre les graphiques de cet indicateur à jour pour le quatrième trimestre puisque les données étaient incomplètes en raison de la pandémie.

# FICHE EXPLICATIVE

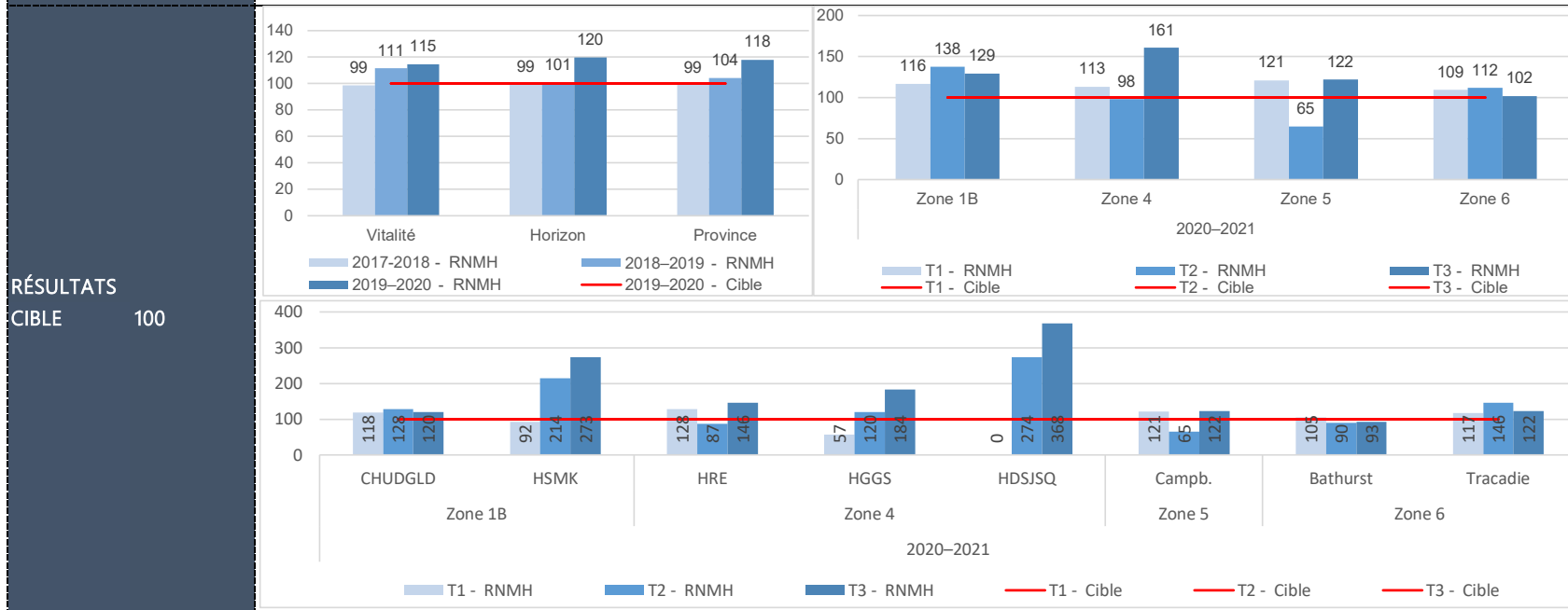
Indicateur: 3.12

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Ratio normalisé de mortalité hospitalière

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un résultat faible est favorable. Cette mesure est ajustée en fonction de certaines différences observées quant au type de patients traités dans un hôpital. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est surtout utile pour suivre la performance d'un même hôpital au fil du temps. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité et de la province. Au troisième trimestre de 2020-2021, la Zone 4 présentait le ratio de mortalité hospitalière le plus élevé (161). C'est aussi dans la Zone 4 qu'on retrouve l'établissement ayant le plus haut ratio de mortalité hospitalière au troisième trimestre : HDSJSQ (368). 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. À noter que les données de l'ICIS sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.

# FICHE EXPLICATIVE

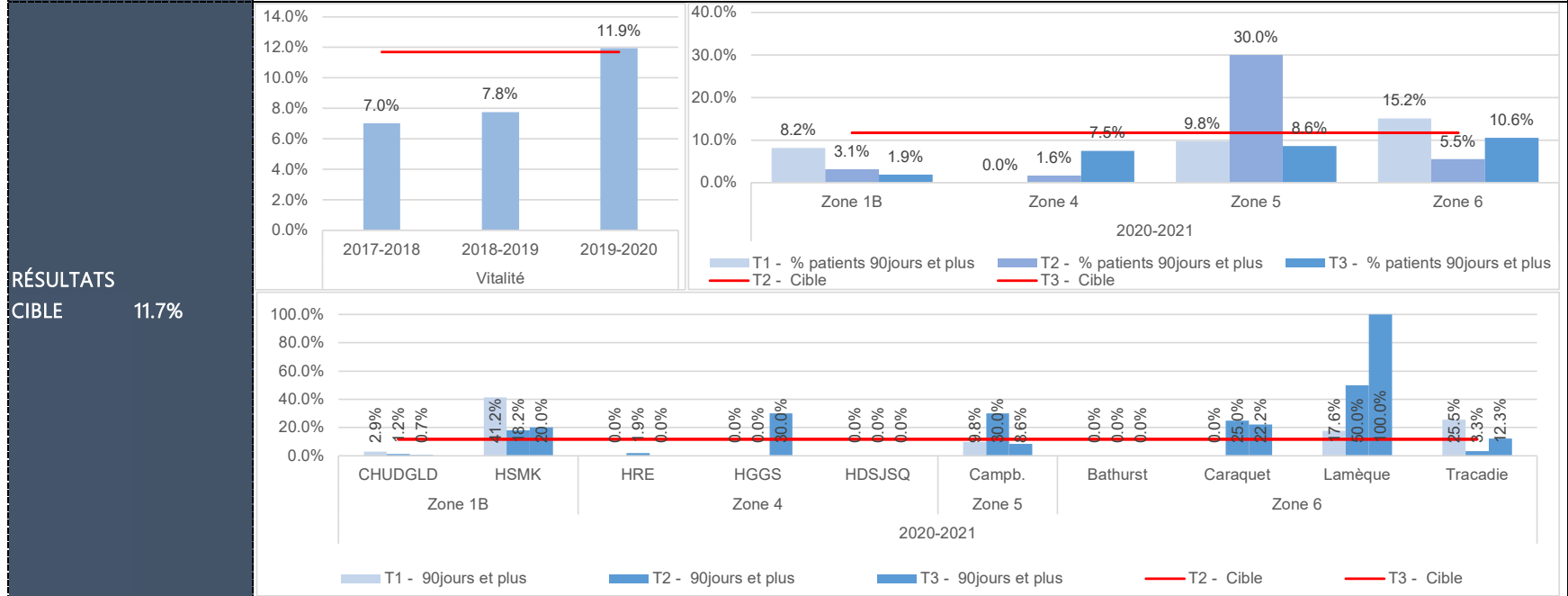
Indicateur: 3.13

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un résultat faible est favorable. Le pourcentage de patients en niveaux de soins alternatifs avec plus de 90 jours dans des lits de soins aigus est à la hausse depuis les trois dernières années, passant de 7.0 % en 2017-2018 à 11.9 % en 2019-2020. Au troisième trimestre de 2020-2021, la Zone 6 présentait le pourcentage le plus élevé (10.6 %). L'Hôpital de Lamèque est l'établissement ayant le pourcentage le plus élevé (100 %) au troisième trimestre. Le vieillissement de la population peut expliquer l'augmentation des résultats de cet indicateur au cours des dernières années. À noter que les données de 3M sont disponibles seulement pour les 3 premiers trimestres.

# FICHE EXPLICATIVE

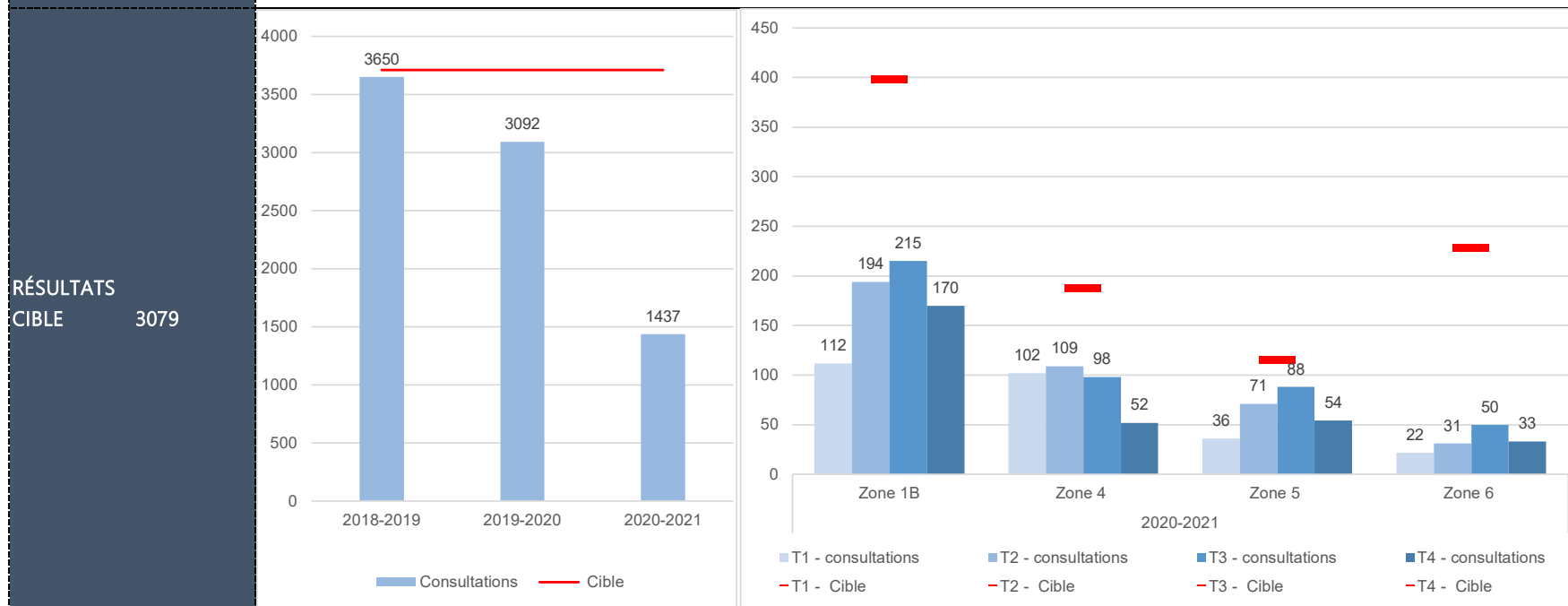
Indicateur: 3.14

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un nombre élevé de consultations effectuées en télésanté est souhaitable. Le fonctionnement du Réseau, appuyé par la télésanté, répond aux objectifs du système de santé face à la pénurie de personnel, au vieillissement de la population et à la transformation de l'offre de soins. L'année 2020-2021 présente des résultats plus faibles que normalement. Ceci s'explique par le fait que la plateforme Zoom est utilisée au sein du Réseau depuis la fin avril 2020 et ces statistiques ne sont pas incluses dans cet indicateur.

# FICHE EXPLICATIVE

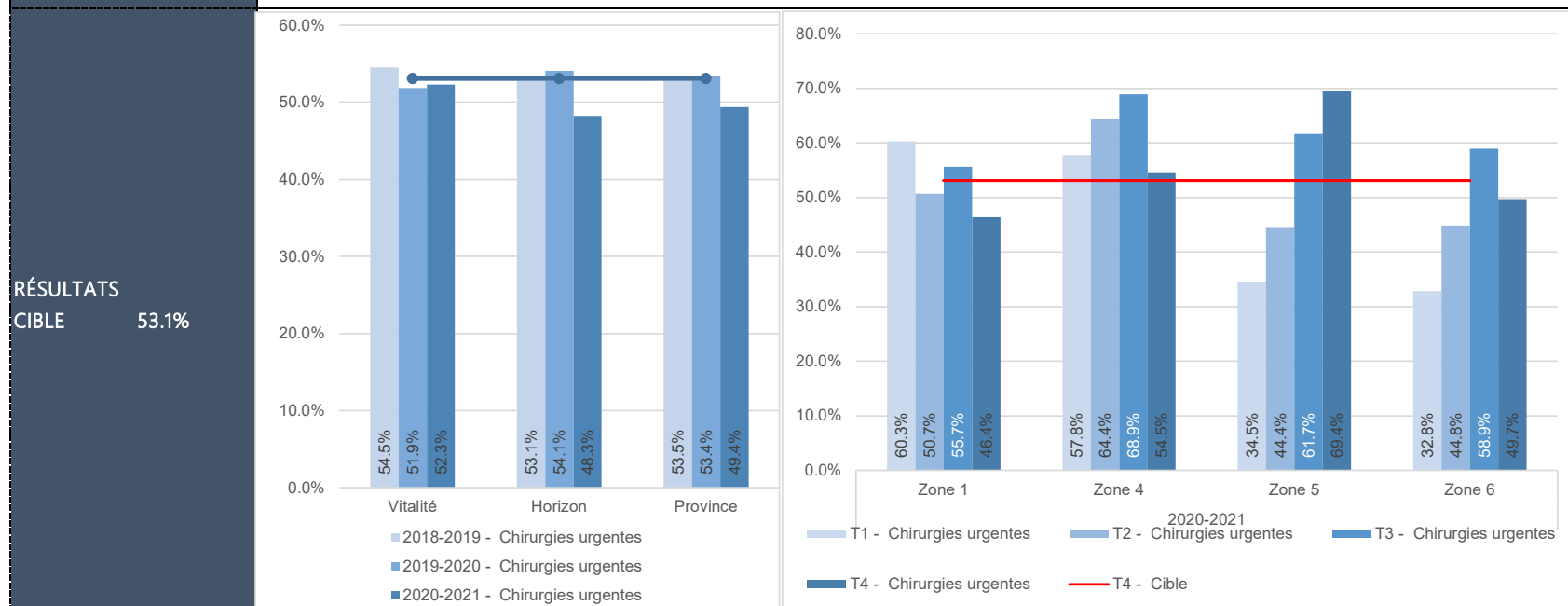
Indicateur: 3.15

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## % chirurgies urgentes effectuées dans les délais

LEADERSHIP	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. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 5 avait le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais le plus élevé (64.9 %). Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.



# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.16

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



**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 %. Au quatrième trimestre de 2020-2021, aucune zone ne présentait un résultat supérieur à la cible souhaitée. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.

# FICHE EXPLICATIVE

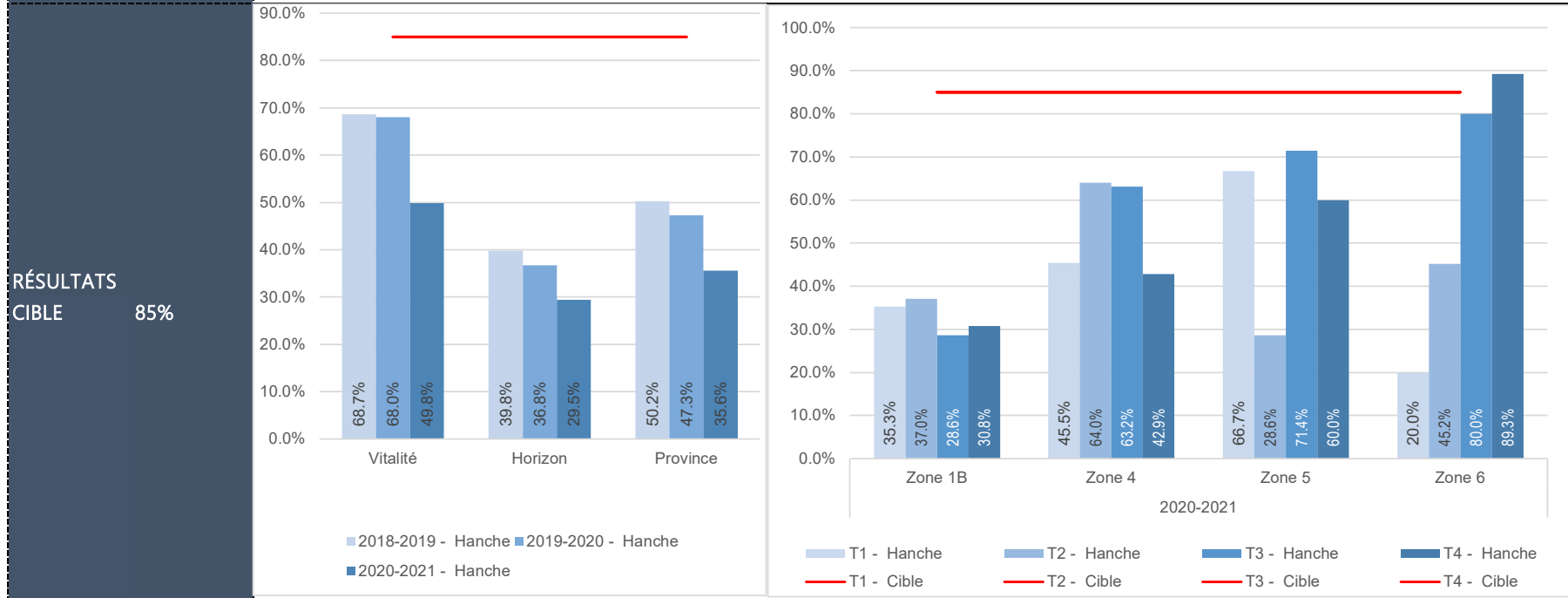
Indicateur: 3.17

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
 Un pourcentage élevé de chirurgies arthroplastie de la hanche effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 68.7 % en 2018-2019 à 49.8 % en 2020-2021. Au quatrième trimestre de 2020-2021, seule la Zone 6 présentait un résultat supérieur à la cible souhaitée. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.

# FICHE EXPLICATIVE

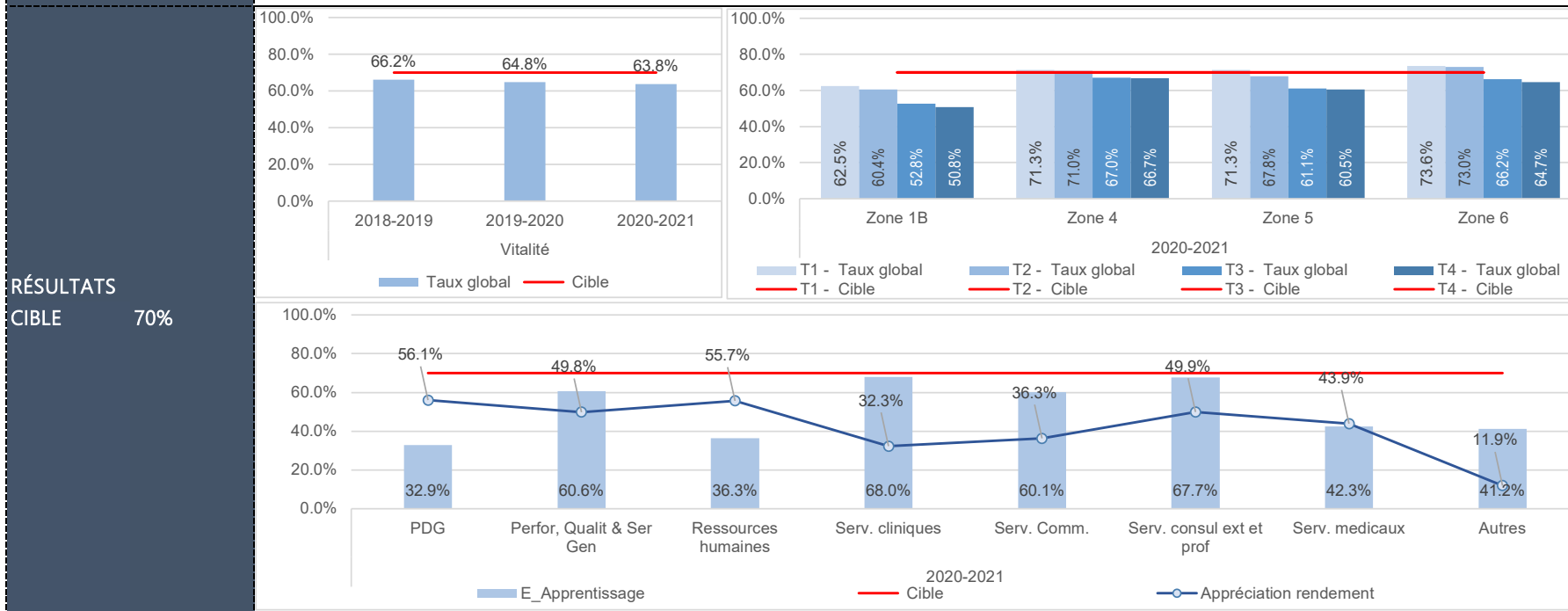
Indicateur: 4.1

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.

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.2

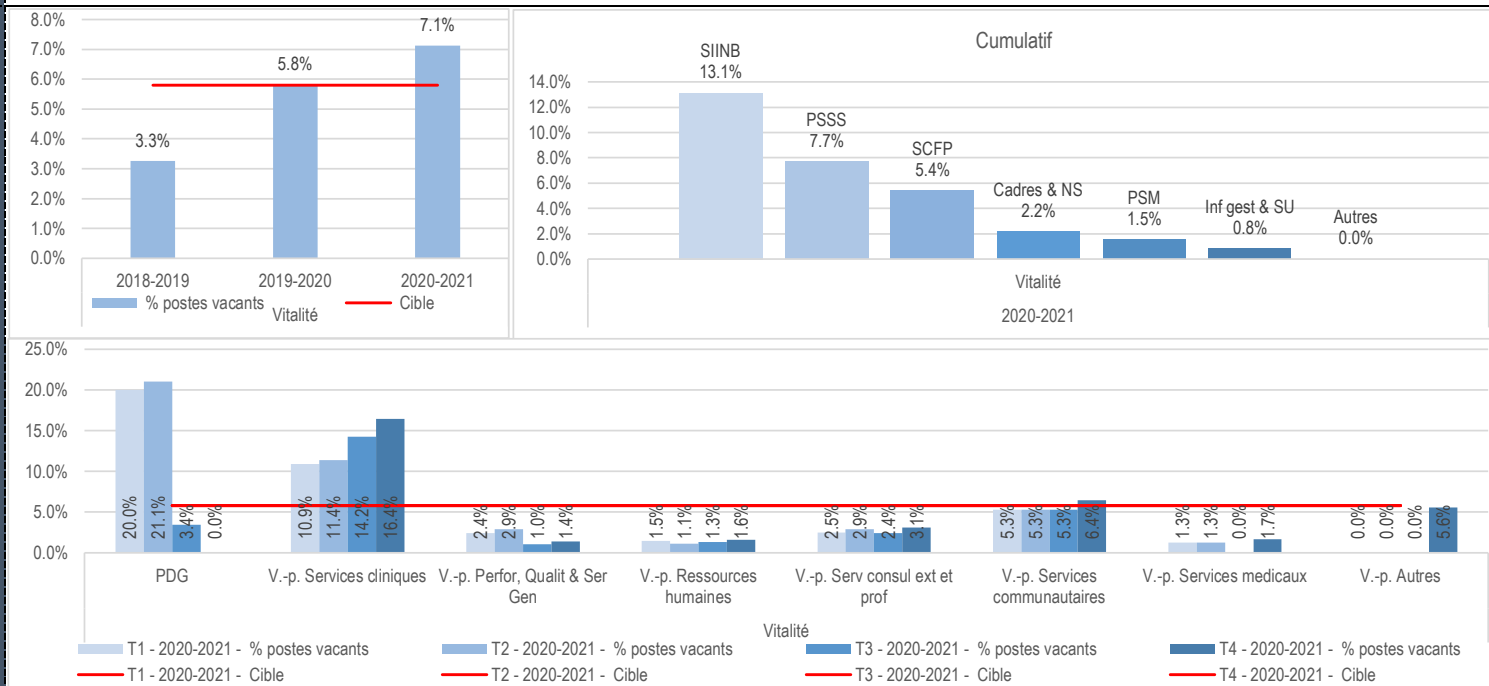
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## % de postes permanents vacants

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

**DÉFINITION** Cet indicateur reflète le pourcentage de postes permanents vacants.

**RÉSULTATS CIBLE** 5.82%



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**

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

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.3

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux d'accidents du travail

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Favoriser la culture d'entreprise axées sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et la santé et la sécurité psychologique au travail	✓																																					
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																								
SOURCE DE DONNÉES	MIS et cueillette de données ressources humaines																																								
DÉFINITION	Cet indicateur reflète la fréquence d'accidents avec perte de temps. Cet indicateur comprend tout accident à la suite duquel un employé s'absente lors du quart de travail suivant son accident.																																								
RÉSULTATS CIBLE 4.11	<p><b>Vitalité</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Accident de travail</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>4.19</td> <td>4.11</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>3.26</td> <td>4.11</td> </tr> <tr> <td>2020-2021</td> <td>3.80</td> <td>4.11</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>2020-2021 - Taux d'accidents du travail par zone et trimestre</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>2.70</td> <td>2.88</td> <td>4.34</td> <td>4.36</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>2.59</td> <td>4.59</td> <td>2.84</td> <td>6.75</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>4.23</td> <td>3.25</td> <td>1.29</td> <td>7.85</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>2.05</td> <td>2.77</td> <td>3.68</td> <td>5.99</td> </tr> </tbody> </table>				Période	Accident de travail	Cible	2018-2019	4.19	4.11	2019-2020	3.26	4.11	2020-2021	3.80	4.11	Zone	T1	T2	T3	T4	Zone 1B	2.70	2.88	4.34	4.36	Zone 4	2.59	4.59	2.84	6.75	Zone 5	4.23	3.25	1.29	7.85	Zone 6	2.05	2.77	3.68	5.99
Période	Accident de travail	Cible																																							
2018-2019	4.19	4.11																																							
2019-2020	3.26	4.11																																							
2020-2021	3.80	4.11																																							
Zone	T1	T2	T3	T4																																					
Zone 1B	2.70	2.88	4.34	4.36																																					
Zone 4	2.59	4.59	2.84	6.75																																					
Zone 5	4.23	3.25	1.29	7.85																																					
Zone 6	2.05	2.77	3.68	5.99																																					
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 3.80 en 2020-2021. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 5 avait le taux d'accidents de travail le plus élevé (7.85).																																								

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.4

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux de conformité dans les appréciations de rendement

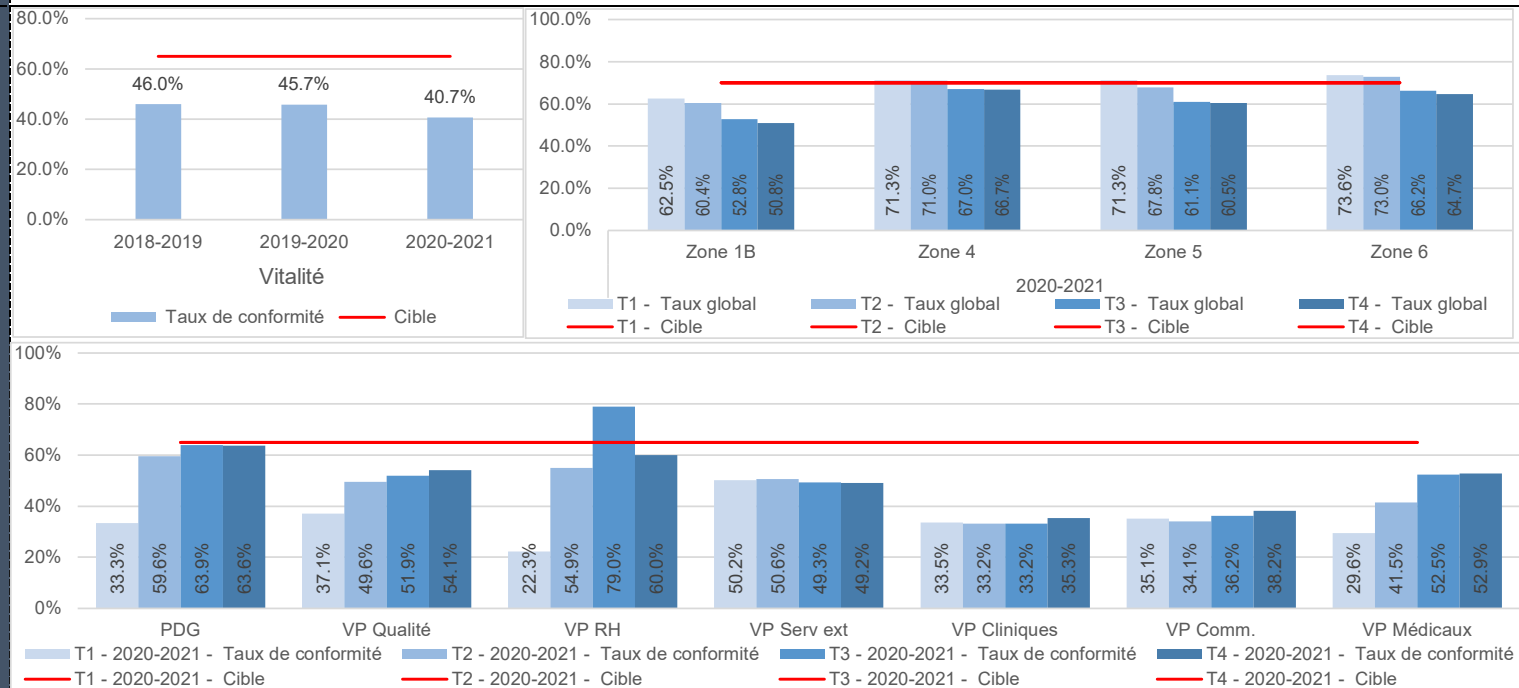
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Réviser le programme de reconnaissance et développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Former les gestionnaires pour comprendre et détecter les signes d'un trouble mentale chez leurs employés et pour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

### DÉFINITION

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

### RÉSULTATS

CIBLE 65%



### ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux élevé est souhaitable. Un bas taux de conformité dans les appréciations de rendement peut refléter un manque d'engagement envers les employés de la part de la gestion du Réseau, ce qui peut affecter le rendement et la productivité. Le taux de conformité dans les appréciations de rendement est à la baisse depuis les trois dernières années. La pandémie de COVID-19 peut avoir un impact sur cet indicateur (surcharge de travail des gestionnaires).

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.5

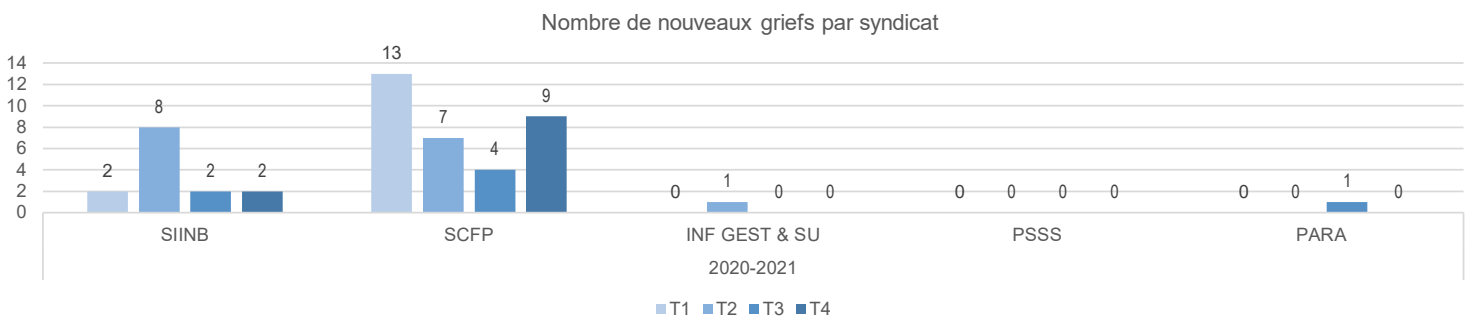
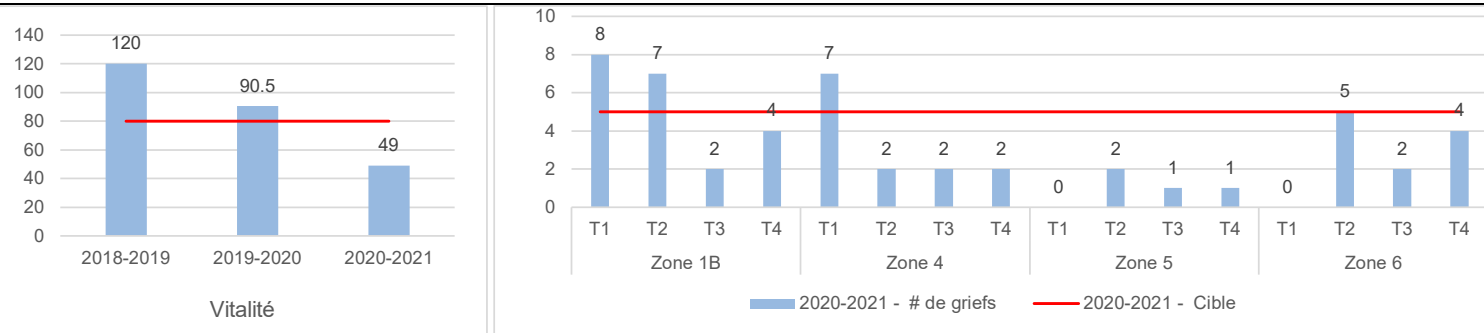
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Nombre de nouveaux griefs

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

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

**RÉSULTATS CIBLE** 86



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

# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.6

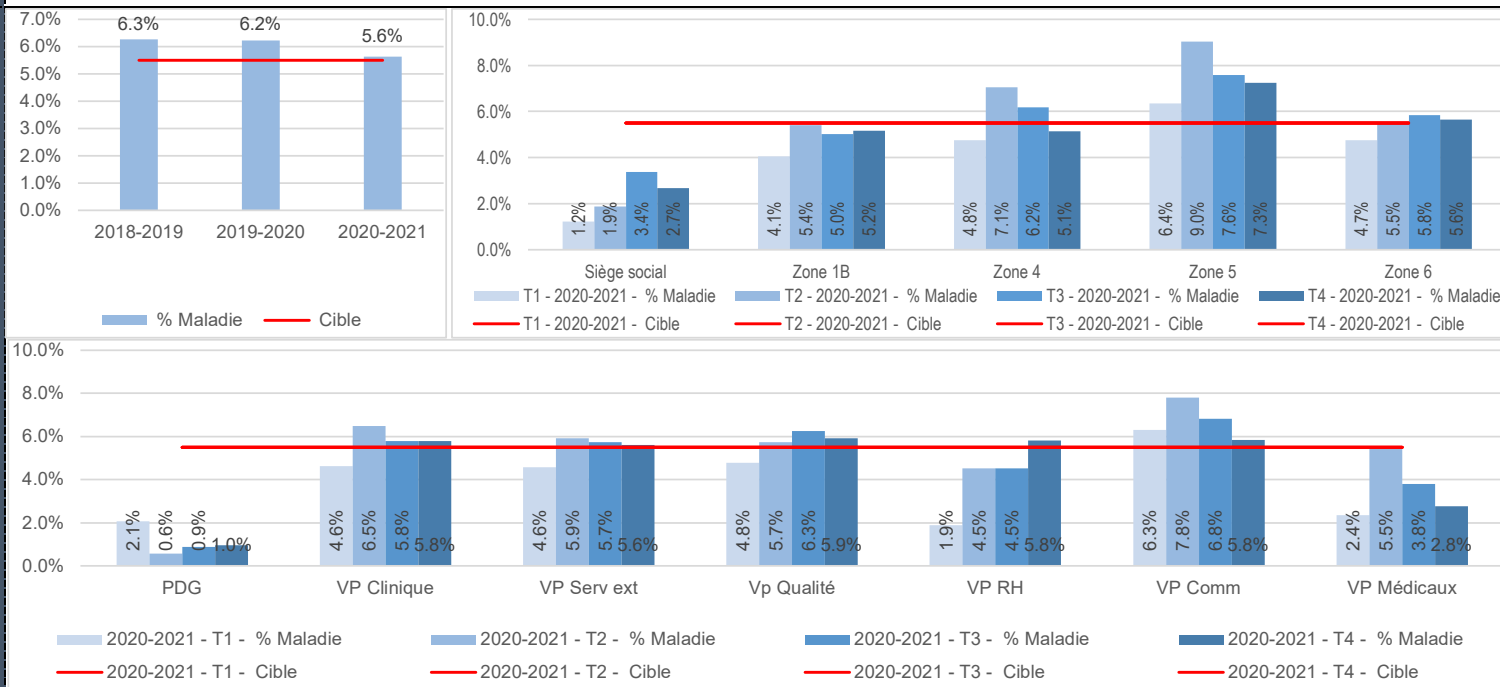
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## % d'heures de maladie

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

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

**RÉSULTATS CIBLE** 5.5%



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**

Un résultat faible est souhaitable. Un pourcentage élevé peut denoter des conditions de travail difficiles et/ou un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 5 affichait le pourcentage d'heures de maladies le plus élevé (7.3%). La pandémie de COVID-19 peut avoir un impact sur cet indicateur (surcharge de travail, stress, etc.).



# FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.7

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## % d'heures de surtemps

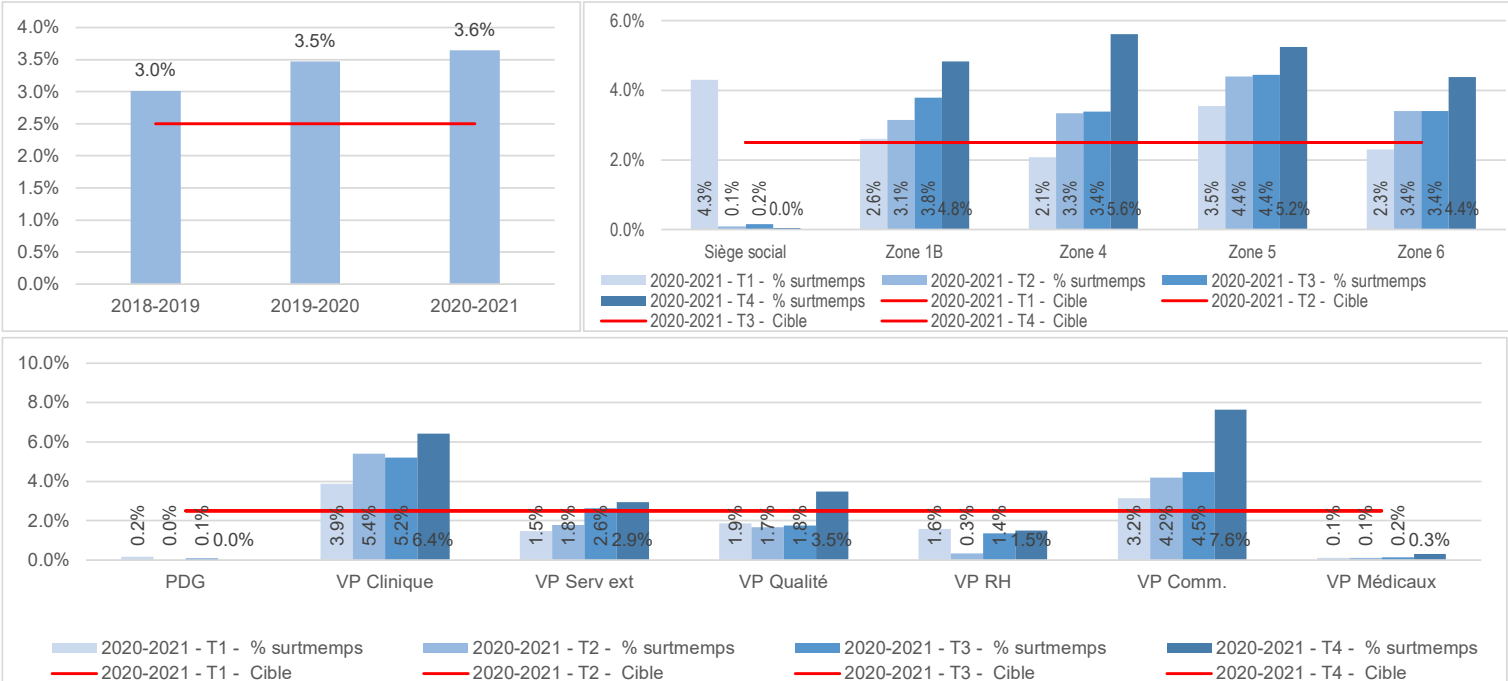
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir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

### DÉFINITION

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

### RÉSULTATS

CIBLE 2.5%



### ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage d'heures de surtemps faible est souhaitable. Un taux élevé peut denoter un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale du Réseau. Depuis les trois dernières années, le pourcentage d'heures de surtemps est à la hausse au sein du Réseau, passant de 3.0 % en 2018-2019 à 3.6 % en 2020-2021. La pandémie de COVID-19 peut avoir eu un effet sur cet indicateur en 2020-2021 (surcharge de travail, maladie, etc.).

# FICHE EXPLICATIVE

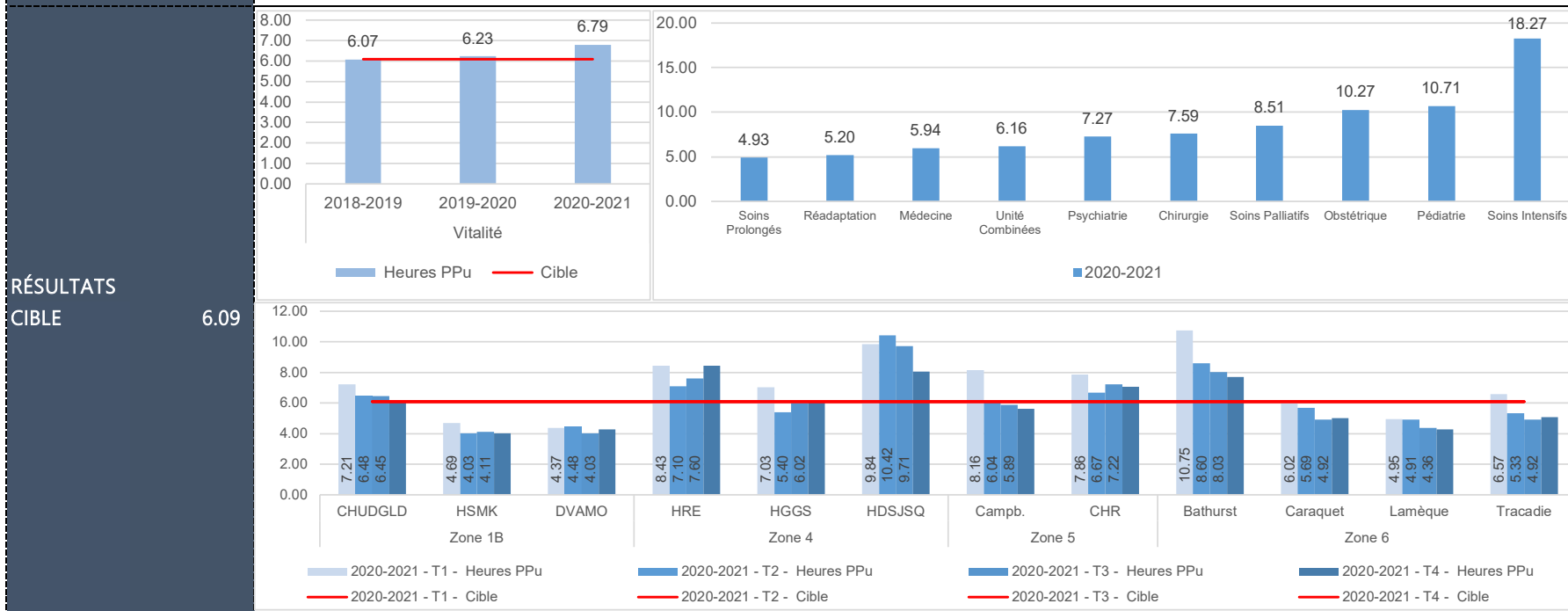
Indicateur: 4.8

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Heures travaillées PPU/jours-patients

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	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	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de santé sur le plan de la santé mentale	✓
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)		Former les gestionnaires pour comprendre et détecter les signes d'un trouble mental chez leurs employés et pour avoir des conversations soutien appropriées avec ces derniers au sujet des ressources offertes et disponibles	✓

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



**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.

# FICHE EXPLICATIVE

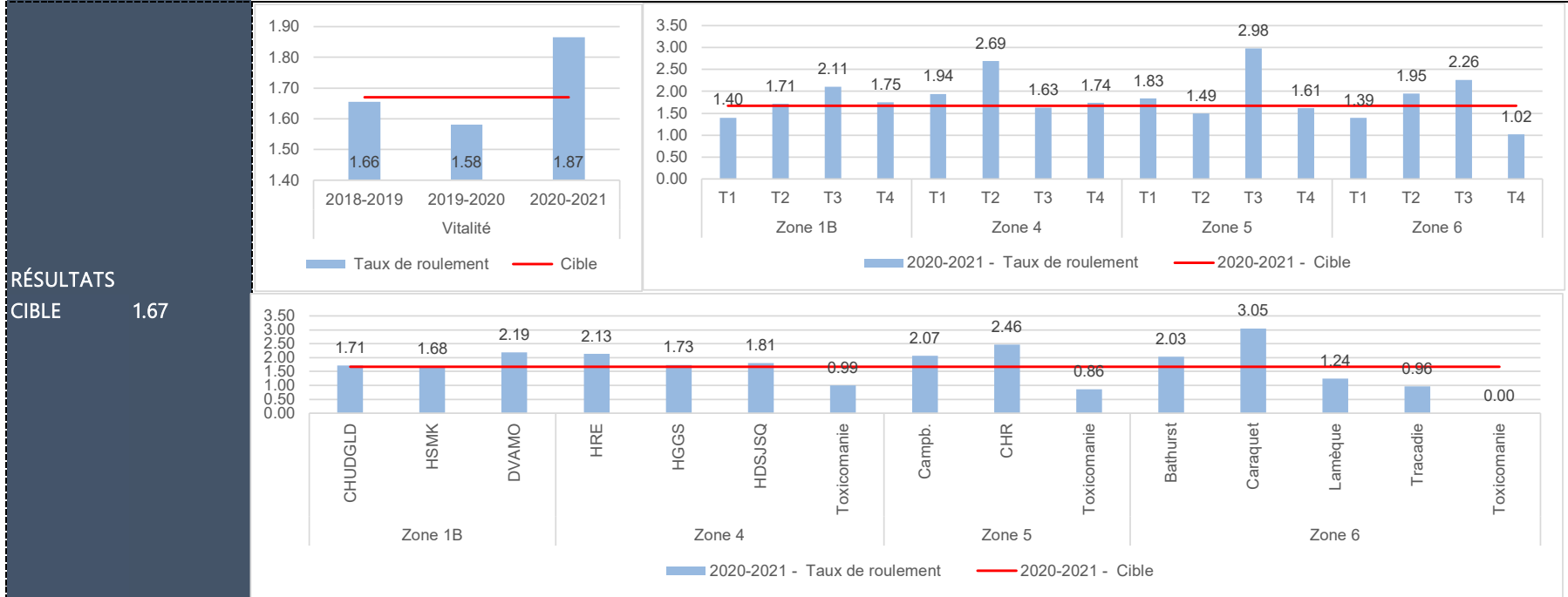
Indicateur: 4.9

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

## Taux de roulement

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	Meditech		Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓

**DÉFINITION**  
Cet indicateur mesure le nombre de départs à temps plein et à temps partiel sur la moyenne des employés temps plein et temps partiel pour cette même période.



**ANALYSE ET INTERPRÉTATION**  
Un taux de roulement du personnel faible est souhaitable. Un taux élevé peut refléter dans certains cas des conditions de travail défavorables. Le taux de roulement est à la hausse depuis les trois dernières années passant de 1.66 en 2018-2019 à 1.87 en 2020-2021. Au quatrième trimestre de 2020-2021, le taux de roulement était le plus élevé dans la Zone 1B (1.75) et le plus bas dans la Zone 6 (1.02). Toutefois, le taux de roulement a présenté une diminution au quatrième trimestre, le Réseau présente un taux de roulement inférieur à la cible.