

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 18 septembre 2019 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle (Gilles, Claire) Moncton : salle du conseil, 2 ^e étage (Janie, Michelyne) Edmundston : local 2281 (Gisèle, Anne) Campbellton : salle du conseil, 2 ^e étage (Diane, Sonia) Jabber : 123036 (Dre LeBlanc)	
Présidente : Secrétaire de direction :	Claire Savoie Lucie Francoeur		

Participants**Membres**

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

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujets	Pages	Action
8 h 30	1. Ouverture de la réunion		Décision
8 h 31	2. Constatation de la régularité de la réunion		
8 h 32	3. Adoption de l'ordre du jour	1	Décision
8 h 33	4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels		
8 h 35	5. Résolutions en bloc 5.1 Adoption des résolutions en bloc 5.2 Adoption du procès-verbal du 4 juin 2019 5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 4 juin 2019 5.4 Mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité 5.5 Plan de travail 2019-2020 5.6 Plaintes - T1 5.7 Incidents - T1 5.8 Recommandations des Comités de revues 5.9 Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée - T1 5.10 Rapport du Comité consultatif des patients et familles	2 – 6 7 8 – 11 12 – 13 14 – 18 19 – 24 25 – 26 27 – 31 32	Décision
8 h 40	6. Autres 6.1 Présentation – Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients	33 – 48	Information
8 h 50	6.2 Présentation – Loi de Vanessa Déclaration obligatoire des réactions indésirables graves aux médicaments et des incidents reliés aux instruments médicaux	49 – 62	Information
9 h 00	6.3 Plan de qualité et sécurité 2019-2020 et plan de communication	63 – 76	Décision
9 h 05	6.4 Code d'éthique	77 – 93	Décision
9 h 10	6.5 Participation – partenaire de l'expérience patient	94	Décision
9 h 15	7. Affaires permanentes 7.1 Tableau de bord équilibré T1	95 - 166	Information
9 h 45	8. Date de la prochaine réunion : le 19 novembre 2019 à 08:30		Information
9 h 50	9. Levée de la réunion		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 4 juin 2019 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : sous-sol de l'Auberge	(Gilles, Claire) (Gisèle, Anne, Lucie) (Michelyne)
Présidente : Secrétaire :	Claire Savoie Lucie Francoeur	Campbellton : salle téléadaptation Jabber :	(Diane, Sonia) (Dre LeBlanc, Janie)
Participants			
Claire Savoie ✓	Anne Soucie ✓	Sonia A. Roy ✓	
Gilles Lanteigne ✓	Janie Levesque ✓	Diane Mignault ✓	
Gisèle Beaulieu ✓	Dre Nicole LeBlanc ✓	Michelyne Paulin ✓	
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Claire Savoie à 08:35.

2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2019-06-04 / 01SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A. Roy

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

Adopté à l'unanimité.

4. Résolutions en bloc

- 4.1 Adoption des résolutions en bloc
- 4.2 Adoption du procès-verbal du 26 mars 2019
- 4.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 26 mars 2019
- 4.4 Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T4
- 4.5 Rapport annuel – Plaintes
- 4.6 Rapport annuel – Gestion des risques
- 4.7 Rapport annuel – Mesures d'urgence
- 4.8 Rapport annuel – Langues officielles
- 4.9 Rapport annuel – Accès à l'information
- 4.10 Rapport annuel – Expérience des patients hospitalisés
- 4.11 Rapport annuel – Éthique
- 4.12 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles

La présidente demande aux membres si certains points des résolutions en bloc doivent être ajoutés ou supprimés 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 :

- 4.5 Rapport annuel – Plaintes
- 4.6 Rapport annuel – Gestion des risques
- 4.10 Rapport annuel – Expérience des patients hospitalisés
- 4.11 Rapport annuel – Éthique

MOTION 2019-06-04 / 02SCGQS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

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

- 4.5 Rapport annuel – Plaintes

- 4.6 Rapport annuel – Gestion des risques
- 4.10 Rapport annuel – Expérience des patients hospitalisés
- 4.11 Rapport annuel – Éthique

Adopté à l'unanimité.

4.5 Rapport annuel – Plaintes

Une augmentation considérable des plaintes est notée dans la catégorie de personnel médical en 2018-2019 comparativement à 2017-2018. La majorité de ces plaintes proviennent des Services d'urgence et touchent principalement le temps d'attente. Une analyse approfondie a été effectuée à cet égard, puis le rapport a été présenté à la dernière réunion du Comité médical consultatif. Chaque plainte est examinée et gérée en collaboration avec les médecins-chefs locaux et les chefs de départements/services.

Diane Mignault explique brièvement le pourcentage d'augmentation dans la catégorie de la communication qui touchent les plaintes liées aux renseignements. En 2017-2018, 7 plaintes ont été reçues comparativement à un total de 22 plaintes en 2018-2019 ; ce qui explique la hausse de 214 %.

Une formation sur la gestion des plaintes/préoccupations aux points de service et sur la communication et l'approche « cœur, tête, cœur » a été donnée à l'ensemble des bénévoles du Réseau. Cette nouvelle approche est une méthode de communication centrée sur l'empathie.

4.6 Rapport annuel – Gestion des risques

Une augmentation des incidents rapportés est remarquée dans la zone 5 en 2018-2019 comparativement à l'année précédente, ce qui peut-être attribuable à divers éléments, entre autres la publication du rapport de l'Ombud au sujet du Centre Hospitalier Restigouche. Diane Mignault commente aussi que l'équipe de la gestion des risques a révisé le rapport d'incident, afin de mieux capter l'information recherchée reliée aux contentions, ce qui peut avoir influencé les employés à signaler davantage les incidents dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients.

4.7 Rapport annuel – Expérience des patients hospitalisés

En ce qui a trait au sondage sur l'expérience des patients hospitalisés, le Comité consultatif des patients et des familles a été consulté lors de sa rencontre du 22 mai 2019, afin d'obtenir leur rétroaction sur le processus de distribution du sondage, sur les questions et les possibilités d'amélioration. Un groupe de travail sera mis sur pied avec des patients partenaires, afin de réviser les questions, voir à la possibilité de réduire la longueur du questionnaire et/ou trouver d'autres alternatives pour mesurer la satisfaction de la clientèle.

4.11 Rapport annuel – Éthique

Certains défis de recrutement sont notés, afin de pourvoir des postes de médecins au sein du Comité d'éthique clinique. En fait, il y a trois postes vacants, soit un médecin généraliste, un médecin spécialiste et un(e) infirmier(ère). Quelques candidats ont démontré de l'intérêt à siéger au comité à titre d'infirmier(ère). Diane Mignault consultera la médecin-chef régionale dans le but de combler les deux postes vacants dans le domaine médical au sein du comité.

5. Autres

5.1 Recommandations des Comités de revue

Dans la période de janvier à mai 2019, un total de 7 revues ont été effectuées (5 incidents préjudiciables et 2 suicides en communauté) et un total de 36 recommandations ont été émises. De ces 36 recommandations : 4 sont en place, 30 sont en voie d'implantation et 2 sont non commencés. La mise en œuvre des recommandations incomplètes se poursuit. Aucune question n'est soulevée par les membres.

MOTION 2019-06-04 / 03SCGQS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que le rapport de la mise en œuvre des recommandations des Comités de revue soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

5.2 Tableau de bord – Centre Hospitalier Restigouche (CHR)

Invité : Jacques Duclos, VP – Services communautaires et Santé mentale

Le Réseau a développé un tableau de bord, afin de suivre son travail de modernisation et d'amélioration des services au CHR et ainsi mettre en œuvre les recommandations du consultant. Les recommandations du consultant ont été acceptées par le ministre de la Santé, le 8 mai dernier. Quatre recommandations ont été émises à l'intention du gouvernement, alors que six recommandations sont adressées directement au Réseau de santé Vitalité.

Les six recommandations émises à l'intention du Réseau sont :

1. Songer à embaucher un certain nombre d'infirmiers en santé mentale/éducateurs expérimentés ou à recourir à leurs services pour former le personnel directement aux unités de soins.
 - Une personne du secteur de la Qualité est affectée au CHR pour une période temporaire spécifiquement pour la formation Oméga. Aussi, une visite est prévue la semaine prochaine à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel pour examiner leur fonctionnement quant aux réponses aux codes blancs.
2. Veillez à l'attribution de fonds suffisants pour la formation et le perfectionnement à l'extérieur de la province.
 - Une somme de 250,000 \$ est attribuée pour soutenir la formation.
3. Envisager de faire partie de réseaux nationaux de santé mentale (p. ex. MHAQI).
 - Ces rencontres permettront d'échanger sur les meilleures pratiques.
4. Accélérer la mise en place des caucus de sécurité dans toutes les unités et obtenir plus de formateurs Oméga.
 - Les caucus de sécurité sont maintenant instaurés à l'ensemble des unités du CHR. Il s'agit de courtes rencontres structurées tenues quotidiennement au début des relais de travail.
 - Formation (CPI) avancée à développer, afin d'interagir sécuritairement auprès d'un individu en situation de crise.
5. Concevoir un plan d'action précis en matière de ressources humaines pour le CHR en mettant l'accent sur le recrutement de médecins et de personnel infirmier à court terme, à moyen terme.
 - Un plan d'action en matière de ressources humaines pour le CHR a été élaboré. Les réunions se poursuivent pour discuter des profils de compétences attendus pour cet été et pour adresser les points immédiats de la situation actuelle.
6. Établir un système de surveillance (tableau de bord) pour mesurer les indicateurs ci-dessous sur une base mensuelle ou trimestrielle à partir du 1^{er} janvier 2019.
 - Taux de satisfaction global des patients ;
 - Pourcentage de plans de soins signés par le patient ou son représentant et l'équipe interdisciplinaire par unité ;
 - Durée moyenne de séjour par unité ;
 - Pourcentage de jours ANS ;
 - Utilisation de contentions physiques lors de situations aiguës ;
 - Utilisation de contentions mécaniques lors de situations aiguës ;
 - Utilisation de contentions chimiques lors de situations aiguës ;
 - Utilisation des salles d'isolement lors de situations aiguës ;
 - Nombre d'incidents préjudiciables avec conséquences graves ;
 - Nombre d'unités qui pratiquent le caucus de sécurité ;
 - Nombre de formateurs certifiés en Oméga ;
 - Pourcentage d'heures de congé de maladie payées ;
 - Taux de satisfaction des employés – Sondage Pulse ;
 - Période moyenne pour pourvoir les postes permanents.

Il est suggéré d'inclure au tableau de bord, une analyse de chacun des résultats expliquant l'écart entre la cible.

Les résultats du tableau de bord seront partagés chaque mois au consultant. Celui-ci continuera de travailler avec le ministère de la Santé et le Réseau de santé Vitalité jusqu'en janvier 2020 pour appuyer la mise en œuvre des plans d'améliorations recommandés.

Les membres remercient Jacques Duclos pour cette présentation.

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

6. Autres

6.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2019)

Gisèle Beaulieu présente brièvement l'ancien format du tableau de bord stratégique et opérationnel de mars 2019 pour clôturer l'année en cours.

En ce qui concerne le développement de la stratégie du mieux-être, le dossier n'a pas avancé comme prévu. Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, l'équipe des Ressources humaines a mis plutôt l'emphase sur le recrutement et la rétention du personnel en place. Toutefois, un sondage sur la satisfaction des employés a été effectué l'an dernier et les données ont été compilées. Nous sommes à définir la stratégie et ensuite la présenter à l'Équipe de leadership.

MOTION 2019-06-04 / 04SCGQS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que le tableau de bord stratégique et opérationnel présentant les données de mars 2019 soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

6.2 Nouveau format – Tableau de bord équilibré

Une révision complète du tableau de bord a été effectuée, afin de valider la pertinence des indicateurs en lien avec les objectifs stratégiques et simplifier leur suivi.

Le nouveau tableau intitulé « Tableau de bord équilibré » a été élaboré de façon à combiner les indicateurs des anciens tableaux de bord stratégique et opérationnel à un seul endroit. Un modèle de fiche explicative est également suggéré pour chaque indicateur.

Les présidentes des Comités des finances et des services à la clientèle ont été consultées lors de la révision des indicateurs avec l'équipe de l'amélioration de la performance.

Les indicateurs en lien avec la recherche seront intégrés au tableau de bord équilibré, ainsi que ceux en lien avec les communications.

Les membres sont d'accord d'utiliser le tableau de bord équilibré à partir du premier quart 2019-2020.

MOTION 2019-06-04 / 05SCGQS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le nouveau format du tableau de bord équilibré soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

7. Date de la prochaine réunion : le 18 septembre 2019 à 08:30.

8. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Anne Soucie à 09:45.

Claire Savoie
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux et V.-p. –
Ressources humaines (intérim)

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 4 juin 2019

Tous les suivis découlant de la dernière réunion sont indiqués à l'ordre du jour de la rencontre.

Soumis le 19 août 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Le mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité qui est annexé à la présente note couverture est présenté à titre d'information en début d'année, afin d'aider dans le développement du plan de travail du Comité.

Soumis le 9 septembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES SERVICES À LA CLIENTÈLE, DE LA GESTION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ	N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2019-06-18
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2018-06-26
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2019-06-18
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

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

Composition et fonctionnement

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

Responsabilités

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

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

Rapport

1. Le Comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, ce qui comprend une revue annuelle de la qualité, de la sécurité, des risques et de l'éthique. Les rapports réguliers comprennent les points suivants :
 - 1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, les risques, la sécurité et le service à la clientèle (trimestriellement);

- 1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients (trimestriellement ou deux fois par année);
- 1.3 Analyse des causes profondes soumise par le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Réseau;
- 1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables (au moins une fois par trimestre);
- 1.5 Satisfaction/perception des patients (rapports trimestriels et annuels);
- 1.6 Satisfaction/perception des médecins (au moins tous les deux ans);
- 1.7 Satisfaction/perception des employés (au moins tous les deux ans);
- 1.8 Culture de sécurité des patients (rapport annuel);
- 1.9 Agrément (rapport trimestriel);
- 1.10 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats (au moins tous les deux ans);
- 1.11 Rapport des activités en éthique (rapports trimestriels et annuels).

Plan de travail et objectifs annuels du Comité

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

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

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Plan de travail 2019-2020

Un plan de travail 2019-2020 est proposé afin que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité puisse voir les progrès réalisés par le Réseau de santé Vitalité envers l'atteinte de ses objectifs en matière de soins centrés sur les usagers et leur famille, et les responsabilités du conseil à l'égard de l'amélioration de la qualité, de la sécurité des usagers et des membres de l'équipe, et d'un milieu de travail positif.

Proposé par

Appuyé

Et résolu que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité approuve le plan de travail pour l'année 2019-2020

Adopté

Soumis le 9 septembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines

PLAN DE TRAVAIL 2019-2020

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Date de la réunion	Activités
Septembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, risques, éthique • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité (tableau de bord) • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont effectués (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur la satisfaction, histoire patient)
Novembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité (tableau de bord) • Présentation plan qualité, initiatives, projets - VP • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada • Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont effectués (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur la satisfaction, histoire patient)
Mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité (tableau de bord) • Présentation plan qualité, initiatives, projets - VP • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis) • Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont effectués (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur la satisfaction, histoire patient)
Juin 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Révision du plan de travail et calendrier de réunions du Comité de Qualité • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité (tableau de bord) • Présentation plan qualité, initiatives, projets - VP • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis) • Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont effectués (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur la satisfaction, histoire patient) • Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, risques, éthique

Note d'information

Rapport sur les plaintes : T1 2019-20

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 5.6

Date : le 18 septembre 2019

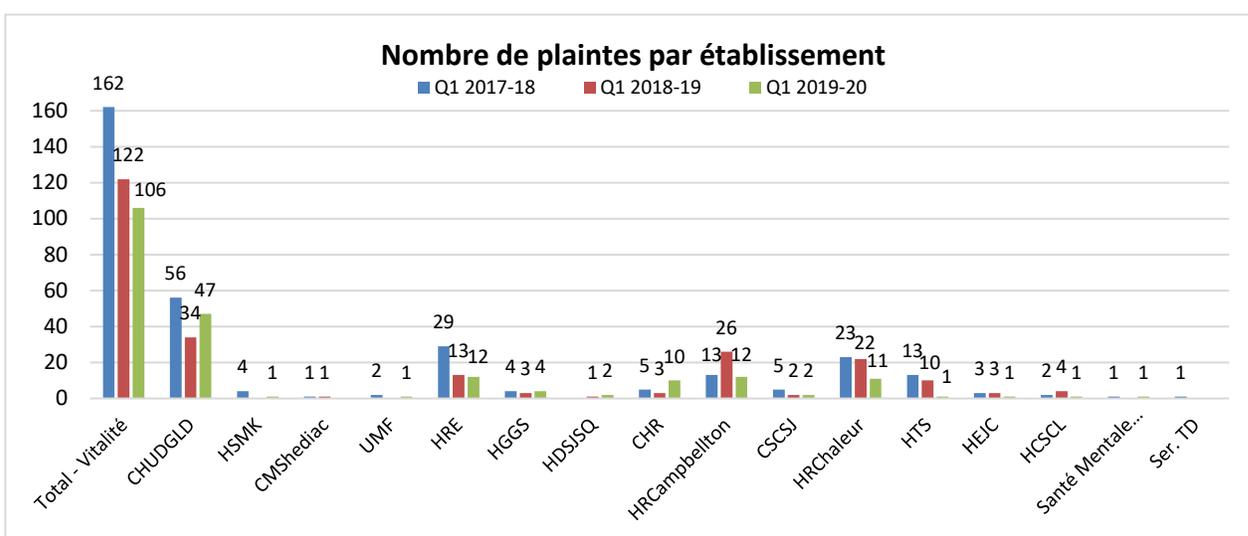
Rapport T1 2019-20

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

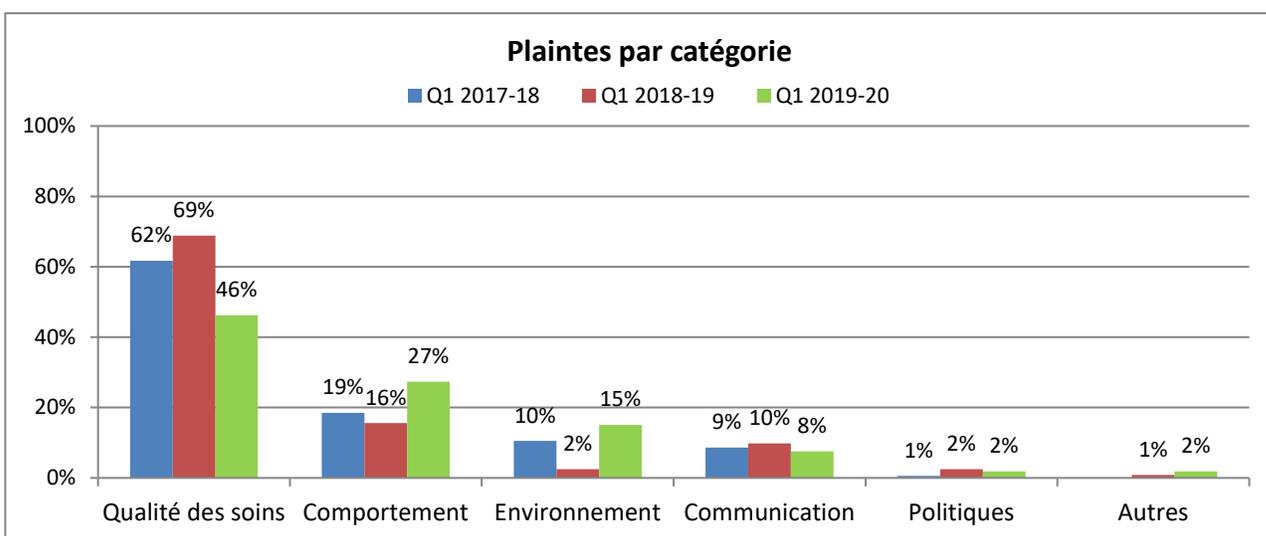
Contexte

- Le présent rapport comprend les données du premier trimestre de l'année financière 2019-2020, ainsi que les données comparatives pour les deux années précédentes.

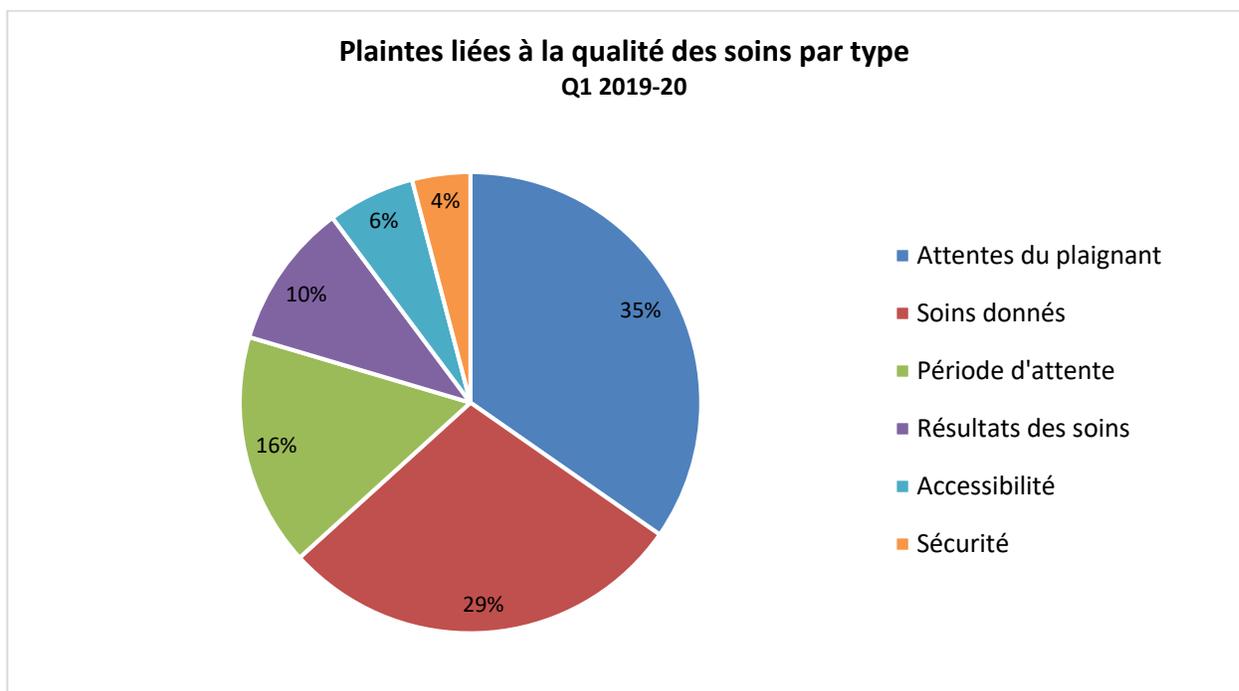
Résultats



- Au niveau régional, on note une diminution dans le nombre total de plaintes depuis les trois dernières années. Cette diminution est surtout attribuable à une réduction dans le nombre de plaintes dans la catégorie qualité des soins.

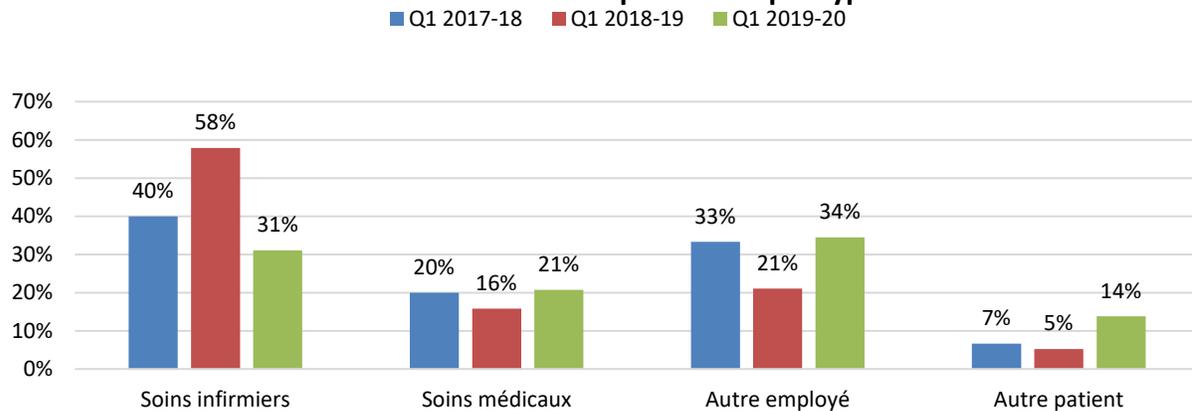


- Pour le T1 2019-20, on note une diminution dans le pourcentage des plaintes dans la catégorie qualité des soins et une augmentation dans les catégories en lien avec le comportement et l'environnement.
- Les plaintes liées à la qualité des soins proviennent en grande partie des services suivants : urgence (39 %), soins ambulatoires (12 %), service diagnostique (10 %) unités de médecine (10 %), unités de psychiatrie (8 %).
- Lorsqu'on compare le T1 2019-20 à 2018-19 et 2017-18, on note que la proportion des plaintes liées au comportement a connu une hausse. Cette augmentation est notée dans toutes les zones.
- L'augmentation du pourcentage de plaintes dans la catégorie de l'environnement est attribuable à une augmentation dans les plaintes liées au stationnement au CHU Dr G.-L. Dumont.



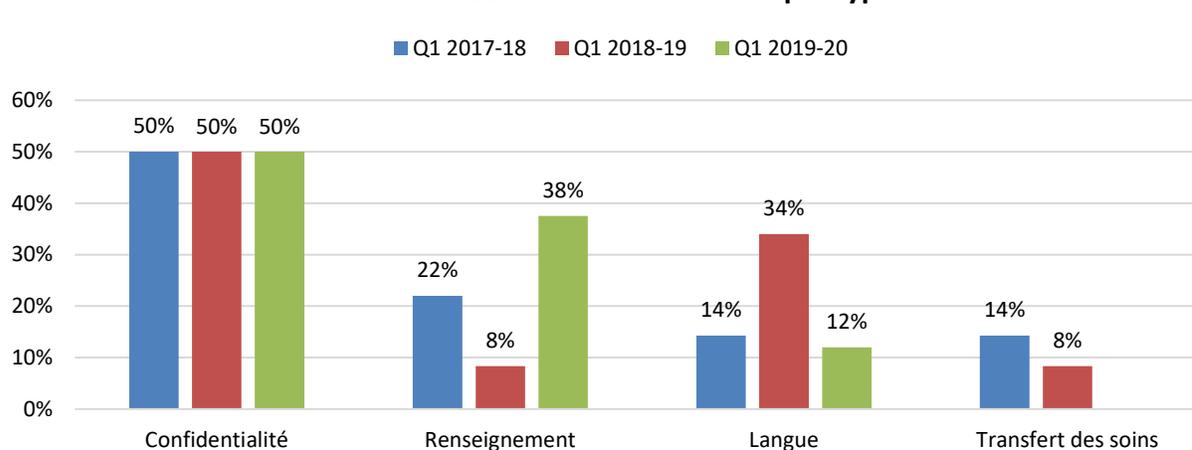
- Ce tableau démontre la répartition des plaintes par type dans la catégorie liée à la qualité des soins. 80 % des plaintes liées à la qualité des soins sont réparties dans trois catégories, soit :
 - les attentes du patient qui n'ont pas été rencontrées 35 % (ex. attentes au niveau du type de traitement, examen diagnostique, etc.)
 - les soins donnés en général (29 %)
 - la période d'attente pour les services/soins (16 %)
- Les plaintes liées la période d'attente sont en grande partie en lien avec les Services d'urgence.

Plaintes liées au comportement par type



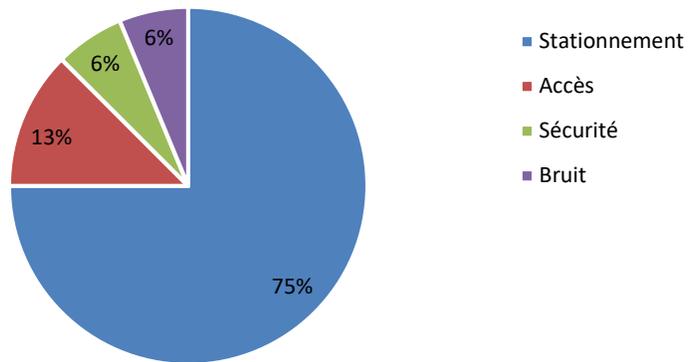
- Dans son ensemble, la proportion des plaintes liées au comportement a vu une augmentation depuis l'année passée (16 % en 2018-19 à 27 % en 2019-20).
- Lorsqu'on compare le T1 2019-20 à 2018-19, on note une diminution dans le pourcentage des plaintes liées au comportement dans la catégorie des soins infirmiers et une augmentation dans les catégories soins médicaux, autre employé et autre patient.
- Dans la catégorie autre employé, la majorité des plaintes sont en lien avec le personnel qui font la réception et l'enregistrement des patients dans divers services (soit des cliniques, services diagnostiques et à l'admission).
- Dans la catégorie autre patient, 3 des 4 plaintes sont en lien avec des patients du CHR.

Plaintes liées à la communication par type



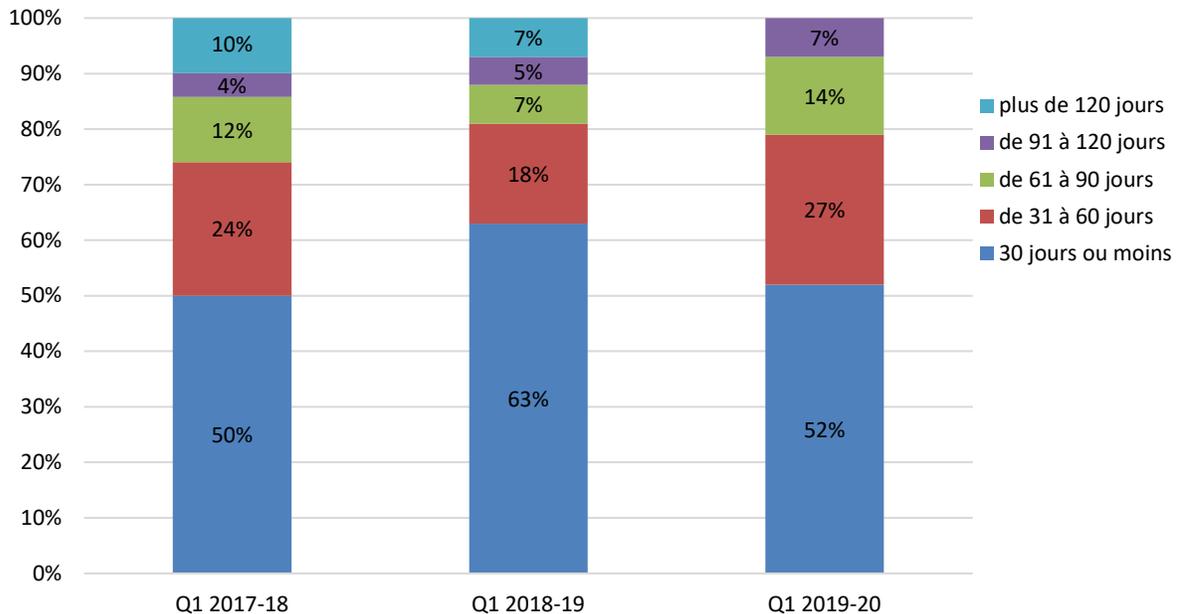
- Les plaintes liées à la confidentialité sont le type de plainte avec le plus haut volume dans la catégorie communication. Par contre, depuis les trois dernières années on note une diminution dans le nombre de plaintes dans cette catégorie pour le T1 (14 en 2017-18 vs 8 en 2019-20).
- Les plaintes dans la catégorie renseignement sont en lien avec le manque de directives claires ou le manque d'information sur les soins partagés avec les patients.

Plaintes liées à l'environnement par type Q1 2019-20



- Comparativement au T1 2018-19, on note une augmentation dans le nombre de plaintes liées au stationnement. Ces plaintes sont toutes en lien avec le manque de stationnement au CHUDGLD. Les efforts se poursuivent afin d'améliorer l'accès au stationnement.
- Les plaintes en lien avec l'accès sont en lien avec le manque d'accès aux fauteuils roulants à l'entrée principale et à des stationnements pour les personnes à mobilité réduite.

Délais de résolution des plaintes



- Des suivis étroits sont faits pour tenter de régler les plaintes dans un délai de trente jours. Comparé au T1 2018-19, on note une diminution dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours et aucune plainte non résolue de plus de 120 jours.

Exemples d'améliorations découlant des plaintes

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

- Petite équipe formée pour revoir et améliorer le programme d'accès pour les malentendants. Processus de nettoyage de l'équipement (Pocket Talker) pour les malentendants révisé et communiqué aux employés.
- Améliorations apportées au processus de prélèvement de biopsie en imagerie médicale et au processus de transport des spécimens au laboratoire.
- Un banc a été placé entre le stationnement et l'entrée principale afin de donner une place aux patients pour prendre du repos.
- Modifications apportées aux chaises en dialyse afin d'améliorer le confort pour les patients.
- Sensibilisation faite au personnel sur les méthodes de communication avec les patients en situation d'urgence pour bien comprendre leurs attentes et besoins et sur l'importance de bien expliquer les traitements aux patients.

Soumis le 29 août 2019 par Nicole Frigault, Directrice – Qualité, Risques et Expérience patient

Rapport d'incidents : T1 2019-2020
 Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
 Item 5.7
 Date : le 18 septembre 2019

Décision recherchée

Le rapport des incidents (T1 – avril à juin 2019) est présenté à titre d'information et avis.

Contexte / Problématique

Le rapport trimestriel des tendances est présenté au Comité selon le calendrier de présentation des rapports.

Éléments à considérer dans la prise de décision

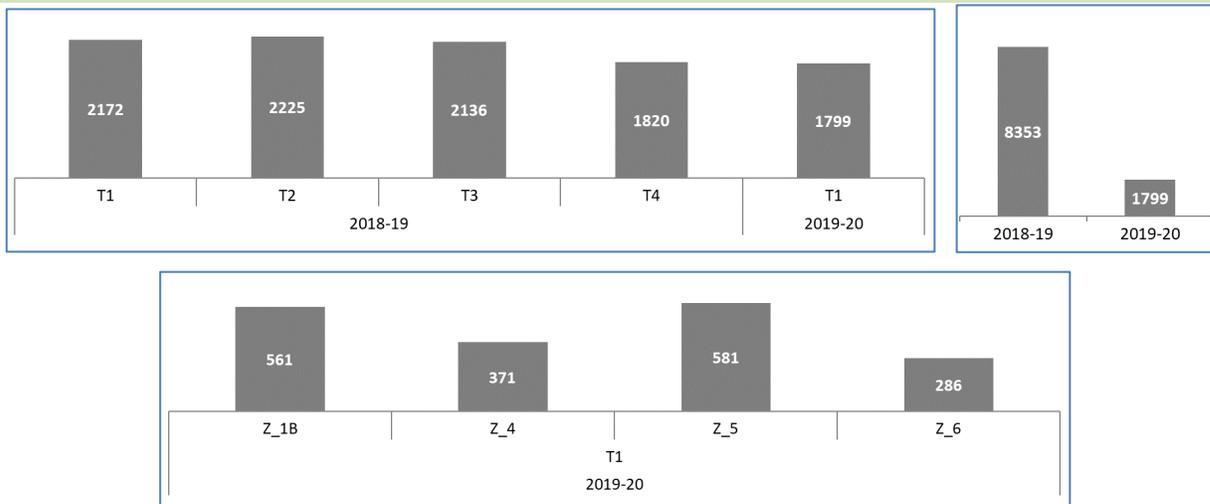
Les statistiques et graphiques représentent les données extraites des incidents « rapportés ». Il est important de considérer que les données peuvent varier d'un rapport à l'autre en raison de la mise à jour qui est faite sur une base mensuelle. Les gravités des incidents peuvent également varier, car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

Considérations importantes

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

Résultats :

1- Total des incidents rapportés



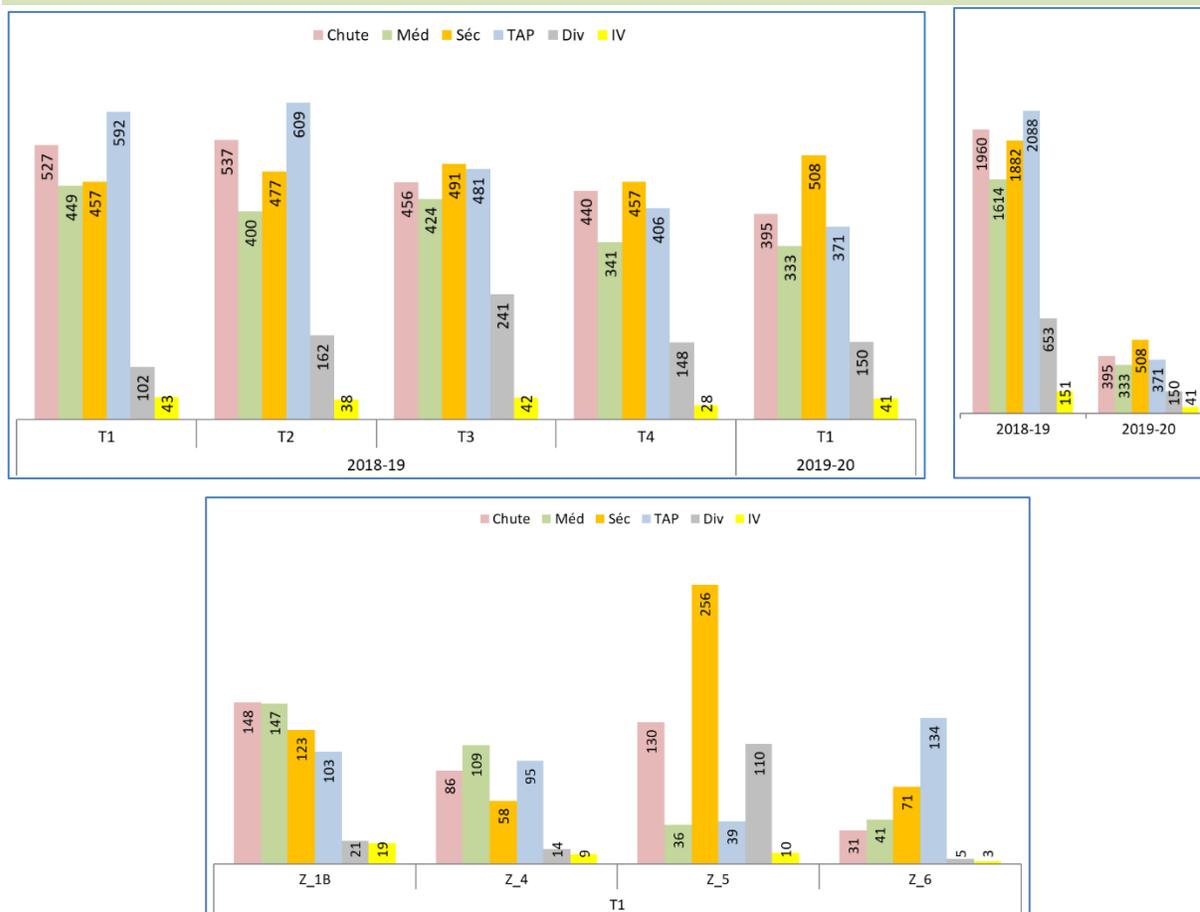
Observations / Explications :

- Ces données représentent le total des incidents rapportés par trimestre pour l'ensemble du Réseau.
- À noter qu'une baisse du nombre d'incidents rapportés dans la Zone 6 pour les deux derniers trimestres est observée (443 incidents rapportés en T3 de 2018-2019 alors qu'en T4 seulement 220 et 286 ce trimestre-ci). Des problèmes techniques majeurs avec l'envoi du formulaire Excel par courriel ont été rencontrés depuis la mise en œuvre d'Office 365. L'envoi du rapport d'incident par courriel a dû être interrompu et remplacé par l'envoi par courrier ce qui a ralenti considérablement tout le processus entourant le signalement et le suivi des incidents. SNB est ~~présentement en~~ recherche de solutions.

Mesures prises :

- 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. C'est un travail en continu.

2- Catégories des incidents rapportés.



Observations / Explications :

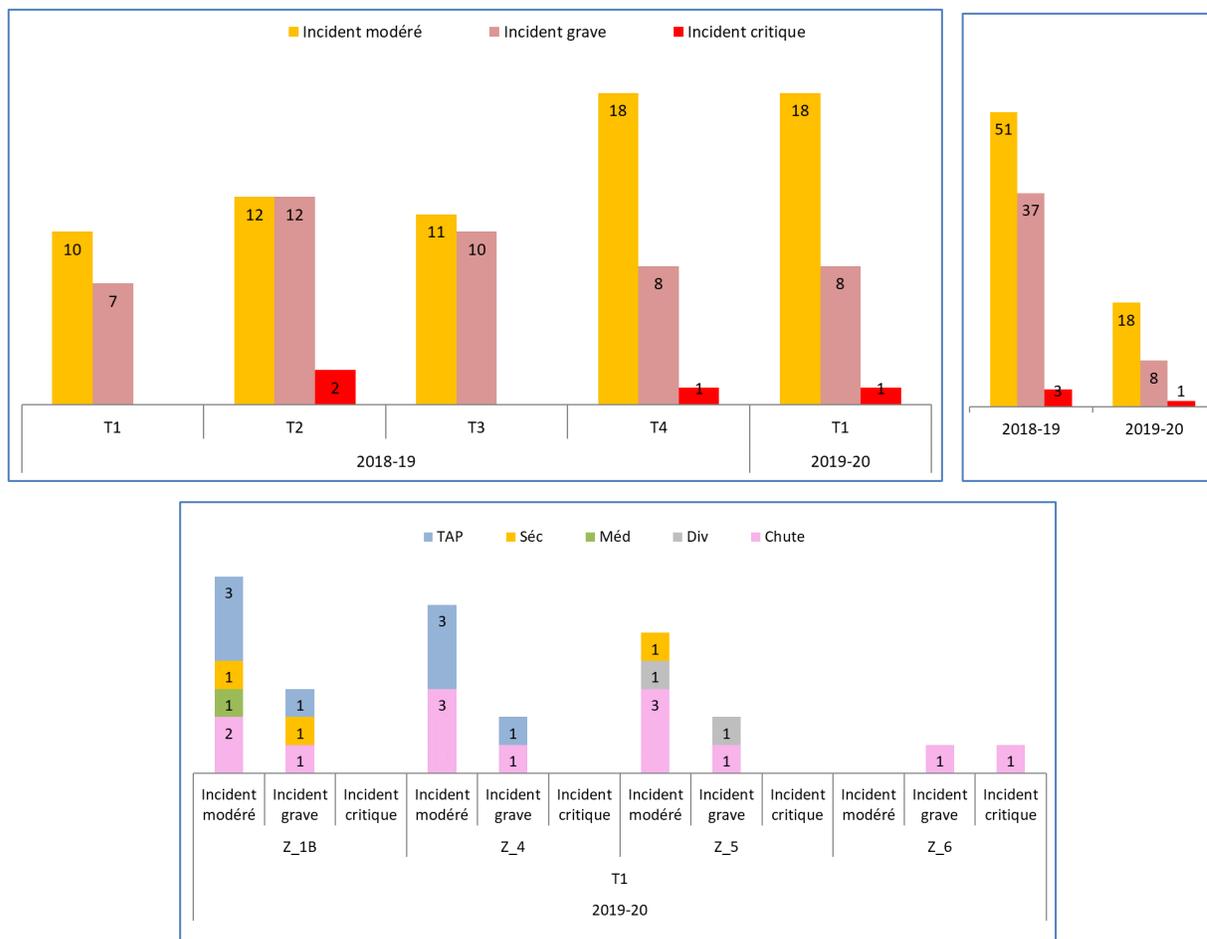
- Globalement, on remarque une diminution du nombre d'incidents de chutes (-45) et ceux de type Traitement/analyse/procédé (-35) pour le T1 par rapport au T4 alors que ceux de type Sécurité ont augmenté (+51).
- La Zone 6 a vu le nombre d'incidents de Sécurité augmenter en T1 comparativement en T4 (+31). La majorité de ces incidents sont en lien avec un patient admis à l'unité de pédiatrie de l'HRC de Bathurst dont la condition a fait en sorte qu'il présente un caractère violent. La gestionnaire a envoyé un courriel à ce sujet et une rencontre sera planifiée pour discuter de ce cas particulier.
- Les incidents de sécurité sont encore une fois beaucoup plus fréquents dans la Zone 5 qu'ailleurs, plus spécifiquement au CHR (50 % du nombre global d'incidents de sécurité). Rappelons que cette clientèle présente des besoins et défis particuliers. Les principaux types rapportés sont les agressions et les altercations/abus verbaux. Les efforts se continuent, afin de réduire ce nombre. Les données sont cependant stables par rapport au dernier trimestre.

- Les incidents de type Divers sont également plus élevés dans la Zone 5 qu'ailleurs, et ce, plus précisément au CHR. Plus spécifiquement, ce sont des incidents d'automutilation sur une unité en particulier.

Mesures prises :

Les mesures prises sont identifiées suite aux analyses de tendance. C'est un travail en continu.

3- Incidents modérés, graves et critiques



Observations / Explications :

- Les données globales sont identiques à celles du dernier trimestre.
- Du nombre d'incidents modérés, 8 sont des chutes et 7 sont des traitements/analyse/procédé (dont 3 plaies de pression).
- Du nombre d'incidents graves, 4 sont des chutes et 2 sont de type traitement/analyse/procédé.
- Un incident critique est survenu suite à une chute. Le patient est décédé quelques jours après sa chirurgie. Sa condition médicale était déjà précaire avant sa chute.

Mesures prises :

- Tous ces incidents ont fait l'objet d'un suivi, certains sont encore en cours, et des pistes d'améliorations ont été identifiées et mises en place ou sont en voie de l'être.
- Tous les incidents graves sont référés au Service de la qualité pour une revue des causes profondes.

4- Suivis suite aux analyses de tendances

- En mai 2019, on note une diminution du nombre de chutes (Urgence-HRC-Zone 5) : De l'éducation faite auprès du personnel par l'infirmière ressource sur l'évaluation du risque de chute et la mise en place de mesures d'atténuation a contribué à cette baisse.
- En juin 2019, augmentation du nombre d'incidents de type traitement/analyse/procédé, la plupart étant des omissions de tests ou des ordonnances non entrées (2Nord-HTS-Zone 6) : Ces incidents seraient en lien avec le travail collaboratif. Un suivi sera fait afin de pallier au manque de formation et de supervision pour les inf. auxiliaires pour ainsi mieux les guider dans leurs nouvelles tâches. L'ajout d'une infirmière ressource à l'unité permettra d'assurer un meilleur suivi afin de régler la situation.
- En juin 2019, diminution du nombre de chutes (3E Gériatrie-CHU Dumont-Zone 1B) : De la sensibilisation faite auprès du personnel par la gestionnaire concernant l'identification des patients les plus à risques de chute et la mise en place de mesures d'atténuation a contribué à cette baisse.

5- Recommandations suite à des analyses des risques

- Des analyses plus approfondies sont souvent effectuées suite à des incidents ayant causé une conséquence modérée ou suite à un incident évité de justesse qui aurait pu avoir des conséquences graves ou même lorsqu'il y a une tendance à la hausse d'un même type d'incident sur une même unité.
- Les recommandations émises suite à ces analyses effectuées pour des incidents survenus à l'intérieur du T1 vous sont présentées dans le document en annexe.

Suivi à la décision

Poursuivre l'analyse des tendances.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 2019-08-26 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques

Tableau des recommandations émises suite aux analyses des risques – T1 2019-2020

Type d'incident	Gravité	Brève description	Recommandations
Médicament	Léger	Patient en observation à l'urgence. Le BCM est débuté en consultation avec le dossier de santé électronique (DSE). Lors de la validation du BCM par la tech. en pharmacie, elle s'aperçoit que les m-x inscrits au DSE ne coïncident pas avec ceux de la pharmacie communautaire. Le patient aurait reçu 10 médicaments par erreur.	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer une communication efficace des informations pertinentes à la gestion sécuritaire des médicaments du patient. - Faire un rappel au personnel infirmier de l'importance d'être attentif aux commentaires du patient lors de l'administration des médicaments. - Envoyer une lettre à l'équipe du Système d'information sur les médicaments du N. B. concernant nos inquiétudes reliées aux risques d'incident grave. - Faire un rappel au personnel infirmier d'utiliser une source fiable de renseignements pour établir la collecte de médicaments tels que le profil de la pharmacie, l'entrevue avec le patient/famille ou le contenant/étiquettes des médicaments. Le DSÉ devrait seulement être utilisé en dernier recours. - Revoir la pratique actuelle d'établir le BCM pour les patients en observation et/ou en consultation avec un chirurgien. - Faire un rappel au personnel infirmier concernant l'importance de renseigner les patients au sujet de leurs médicaments.
Traitement	Modéré	Patient nécessite un taux d'oxygène à 4 litres et il désature sans oxygène. Patient est amené avec oxygène pour une bronchoscopie à la salle d'opération. À l'arrivée, il a été observé que la bonbonne d'oxygène était vide. La saturation d'oxygène du patient a baissé à 78% et a augmenté graduellement après lui avoir administré de l'oxygène.	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer et offrir une formation concernant la manipulation et l'installation de l'oxygène pour les préposés de l'unité et circulant. - Mettre en place la liste de vérification quotidienne des bonbonnes d'O2 et s'assurer que tous les préposés de l'unité et circulants soient formés pour l'utiliser. - S'assurer que l'infirmière de la clinique de bronchoscopie avise l'infirmière de l'unité de soins à l'avance de l'heure de la procédure. - S'assurer que l'infirmière de la clinique de bronchoscopie appelle directement à l'unité de soins si le préposé du bloc n'est pas disponible pour aller chercher le patient afin qu'il assigne un préposé pour descendre le patient. - S'assurer que les patients hospitalisés soient préparés (soluté, jaquette) par les employés du relais de nuit pour les bronchoscopies si l'heure de l'examen n'a pas été spécifiée au préalable.
Traitement	Modéré	Patient qui a eu une aspiration à aiguille fine pour la thyroïde et le contenant du spécimen n'a pas été identifié. Le contenant non identifié a été apporté au laboratoire et laissé sur le comptoir sans aviser le personnel. Le contenant a été refusé par le laboratoire.	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier le contenant du spécimen avant la procédure suite à la double identification avec le patient. - S'assurer que la personne qui transporte le spécimen au laboratoire vérifie avec la technologue que l'identification du spécimen concorde avec la réquisition. - Remettre le spécimen en main propre au personnel du laboratoire et documenter l'identification et les renseignements nécessaires. - Modifier la politique de "Demande d'analyses, identification des échantillons et inscription des résultats" afin d'assurer la vérification de la conformité aux deux identificateurs uniques et l'heure et la date de la réception au laboratoire. - Revoir la classification du spécimen d'aspiration (thyroïde, sein) afin de voir à la possibilité de le considérer comme un spécimen de pathologie. - Faire un rappel à l'ensemble du personnel de l'importance de faire un rapport d'incident le plus tôt que possible après la découverte. - S'assurer que tout le personnel de l'imagerie reçoit l'information concernant la procédure à suivre pour le transport sécuritaire des spécimens au laboratoire. - Rappeler l'importance de finir une procédure, suite à l'avoir commencé sauf en cas d'urgence.

Tableau des recommandations émises suite aux analyses des risques – T1 2019-2020

Type d'incident	Gravité	Brève description	Recommandations
Chute	Modéré	Patiente âgée avec des problèmes cognitifs s'est levée seule de son fauteuil et a fait une chute. Fracture du bassin.	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les interventions mises en place à l'endos de l'échelle de chute Morse pour les patients à risque élevés de chute telle que mentionnée dans la politique de prévention des chutes. - Utiliser une chaise gériatrique pour les patients confus, à risque de chute et qui ont tendance à se lever lorsqu'ils sont sans surveillance directe. - Établir un plan avec la famille pour les patients atteints de Parkinson ou de démence afin de les informer du risque de chute et d'obtenir leur accord pour utiliser une chaise gériatrique. - Aider les patients pour leur besoin d'élimination avant de les installer pour les repas.

Recommandations des Comités de revues

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 5.8

Date : le 18 septembre 2019

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, ce rapport présente les recommandations des comités de revues pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, soit en mai 2019.
- Ce rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des comités de revues qui ont été effectués avant cette période.
- Dans la période de mai 2019 à août 2019 un total de 4 revues ont été effectuées (3 incidents préjudiciables et 1 incident évité de justesse) et un total de 20 recommandations ont été émises.
- De ces 20 recommandations : 17 (85%) sont en place et 3 sont en voie d'implantation (la plupart avec échéanciers dans les prochains mois). Voir tableau en annexe « Résumé des recommandations - Comités de revues, mai à août 2019 ».

État d'avancement des recommandations (revues avant mai 2019)

- Il y a 20 revues effectuées avant mai 2019 avec recommandations incomplètes. Pour ces 20 revues, 73% (80/109) des recommandations sont implantées et il reste 29 recommandations à mettre en place.
- Les 20 revues incomplètes concernent des incidents liés à des traitements/procédures, des suicides en communauté, des chutes avec blessure, un patient manquant, une fugue, et un décès non attendu (voir tableau en annexe).
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

- Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité accepte cette note d'information et appui le suivi/mise en œuvre des recommandations.

Adoption

Soumis le 11 septembre 2019 par Nicole Frigault, directrice qualité, risque et expérience patient

Résumé des recommandations – Comités de revues, mai à août 2019

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Chute avec blessure sérieuse	<ul style="list-style-type: none"> - Faire l'achat de chaussettes antidérapantes et s'assurer que le personnel les offre aux patients qui n'ont pas de chaussures sécuritaires ou qui ne peuvent pas mettre leurs chaussures due à l'œdème ou autre condition. - S'assurer que le personnel offre des protège-hanches aux patients à risque de chute et qu'il documente les refus à l'endo de l'échelle de chute Morse. - Demander le support des physiothérapeutes afin de renforcer l'utilisation des protège-hanches auprès des patients à risque de chute. - Faire un rappel au personnel infirmier concernant l'importance de l'évaluation des critères de l'échelle de Morse. - S'assurer que le personnel documente les interventions mises en place à l'endo de l'échelle de chute Morse pour les patients à risque élevé de chute. - S'assurer que tout le personnel a effectué la formation annuelle de la prévention des chutes. - Évaluer les coûts d'achats et la faisabilité d'installer un revêtement de sol souple et capable d'absorber les chocs en cas de chute.
Plaies de pression et chute avec blessure moyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un rappel au personnel infirmier d'inscrire la date de la réévaluation de l'échelle de Braden au plan de soins et que l'évaluation initiale doit être faite par une infirmière immatriculée. - Faire un rappel au personnel infirmier sur la politique de prévention des plaies de pression et sur l'importance d'avoir un plan de soins à jour avec des interventions préventives pour les patients à risque élevé de lésion de pression. - Utiliser les lits vacants qui sont sur les unités pour les patients admis à l'urgence. - Consulter l'équipe régionale de prévention des plaies de pression sur l'état d'avancement du plan de remplacement et d'achat des surfaces thérapeutiques. - Consulter l'équipe régionale concernant la révision et la régionalisation du formulaire "Soins des plaies – évolution des plaies". - Aviser le personnel que les échelles de Morse et Braden doivent être faites dans les 24h après l'admission et de remplir le formulaire post chute même si personne n'a été témoin de la chute. - Voir à la possibilité de réviser l'énoncé en lien avec la perfusion intraveineuse sur l'échelle de Morse et en attendant, envoyer un mémo au personnel infirmier pour clarifier cet élément de l'échelle.
Incident évité de justesse en lien avec le transport inapproprié d'un culot de sang	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un rappel au personnel infirmier que l'administration d'un produit sanguin doit être commencée dans les 30 minutes suivant sa sortie du réfrigérateur du secteur de médecine transfusionnelle. - Ajouter un identificateur visuel sur la carte d'émission et de transfusion pour les demandes de culots d'urgence afin d'identifier clairement l'heure limite que le culot peut être administré sécuritairement. - Faire un rappel au personnel infirmier de l'importance de communiquer avec le personnel du laboratoire si le culot de sang doit être transféré dans un autre établissement en urgence avec le patient, afin de s'assurer d'avoir la boîte de la Société canadienne du sang (SCS) et suivre la grille de préparation du produit pour le transport. - S'assurer que tous les culots de sang demandés en urgence soient emballés dans une boîte SCS selon la grille de préparation du produit pour le transport. - S'assurer d'avoir une boîte SCS de prête au laboratoire avec toutes les instructions pour faciliter la tâche des surveillantes de nuit et afin d'assurer le transport sécuritaire de culot entre établissements.

Note d'information

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T1

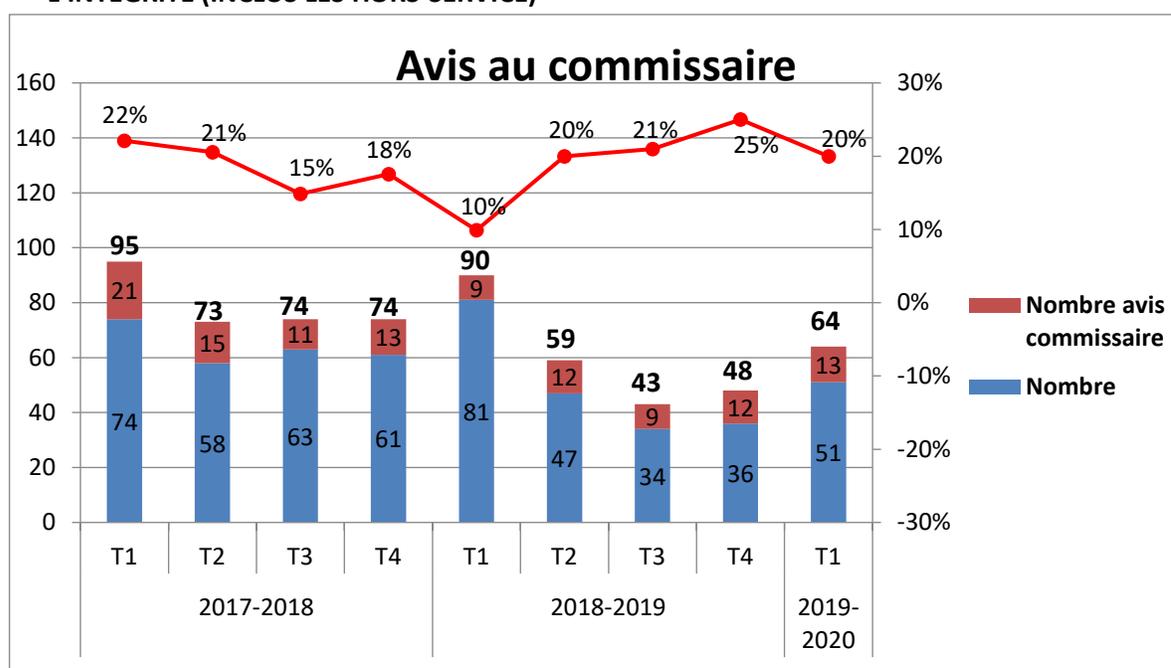
Décision recherchée

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

Contexte / Problématique

- Les graphiques suivants illustrent les Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée pour le premier trimestre de 2019-2020.

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



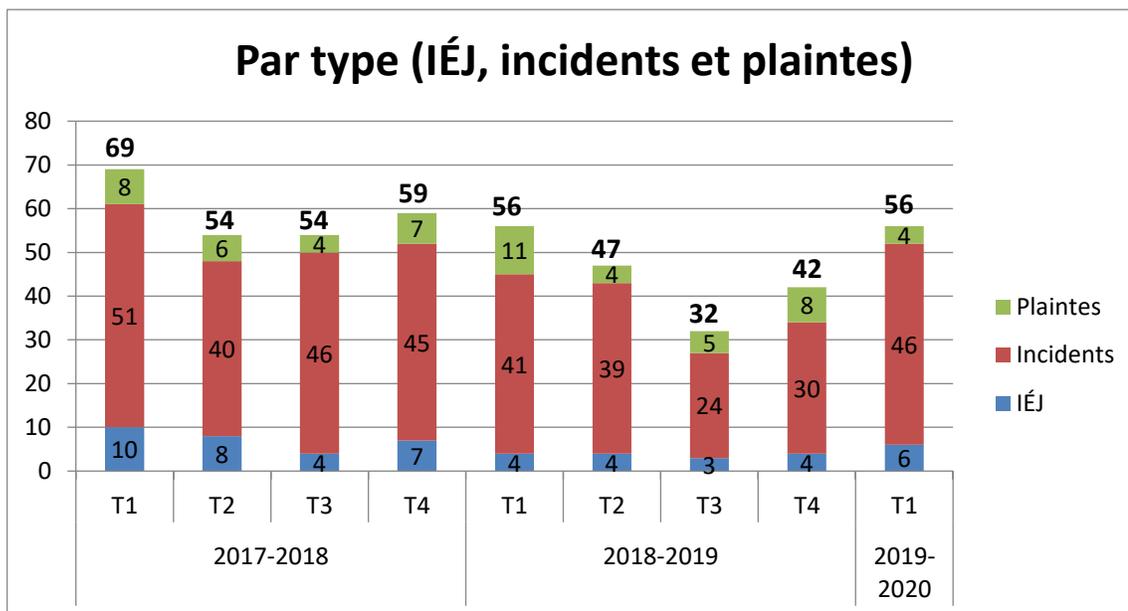
Il est à noter que seules les atteintes à la vie privée sont rapportées au Commissaire à l'intégrité. Un avis peut inclure plusieurs victimes. On note que le nombre d'incidents rapportés en T1 est généralement supérieur à celui des autres trimestres. Toutefois, ce nombre a diminué graduellement au cours des trois dernières années, passant de 95 à 64.

2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE

Zone	2018-2019				2019-2020	
	T1	T2	T3	T4	T1	
z1b	27 48%	25 53%	14 44%	14 33%	29 52%*	
z4	17 31%	7 15%	3 9%	10 24%	9 16%	
z5	8 14%	5 11%	10 31%	10 24%	8 14%	
z6	4 7%	10 21%	5 16%	8 19%	10 18%	

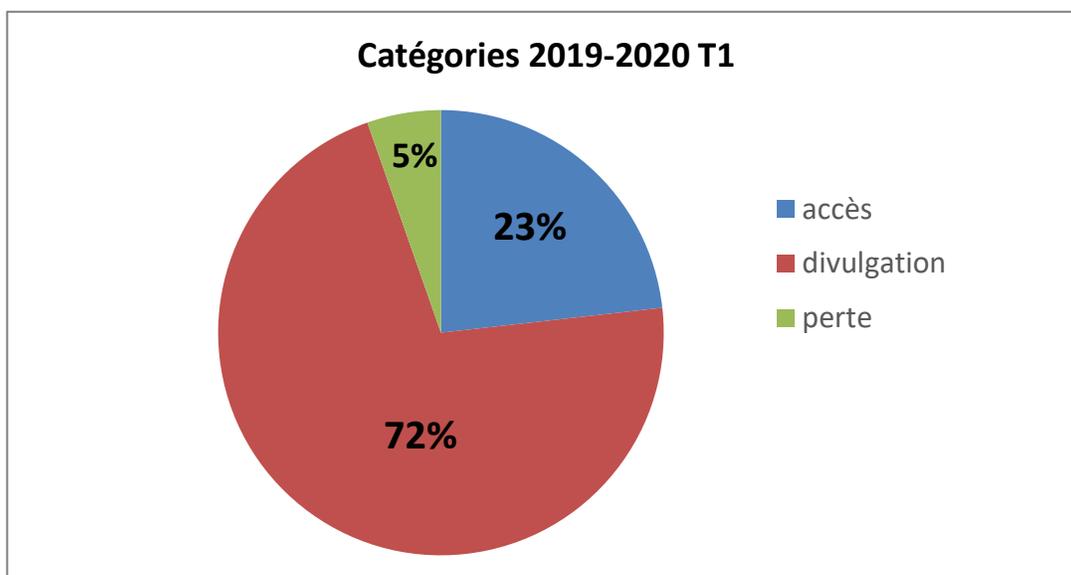
- Voir commentaire à l'item 5 pour la Zone 1B

3. INCIDENTS PAR TYPE (EXCLUS LES HORS SERVICES)



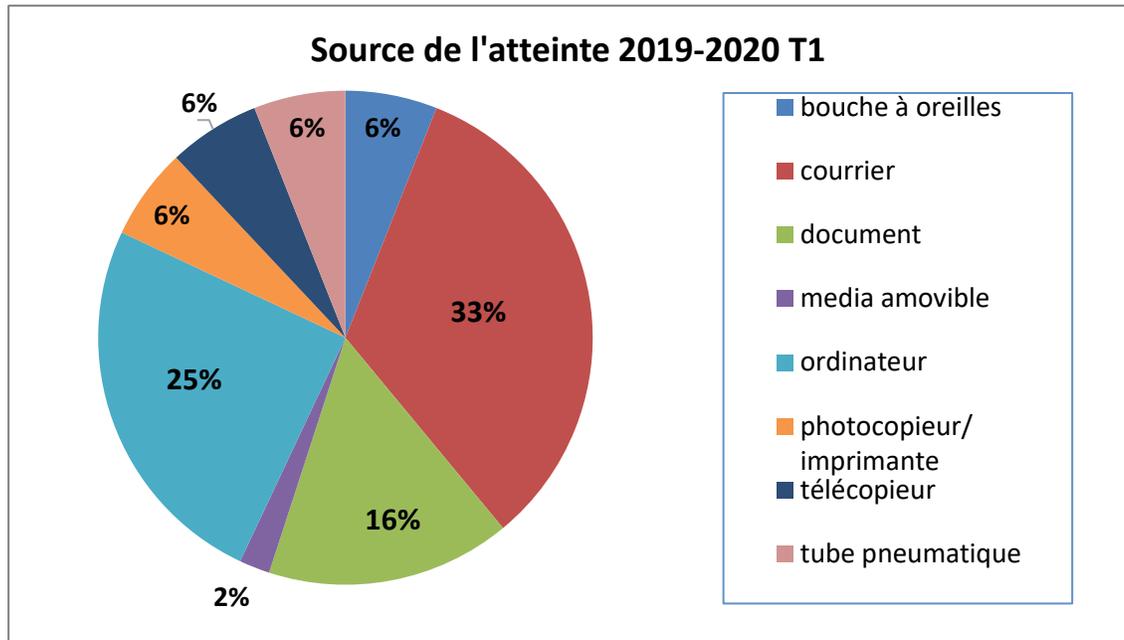
Lors du premier trimestre, le suivi des plaintes et des incidents a mené ou peut mener à la notification de 24 victimes versus 54 au quatrième trimestre, 10 au troisième trimestre et 95 au deuxième trimestre de 2018-2019. Il est à noter que les notifications peuvent ne pas avoir lieu dans le même trimestre où l'incident ou la plainte a été rapporté.

4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE



La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (72 %) ou un accès non-authorized (23 %).

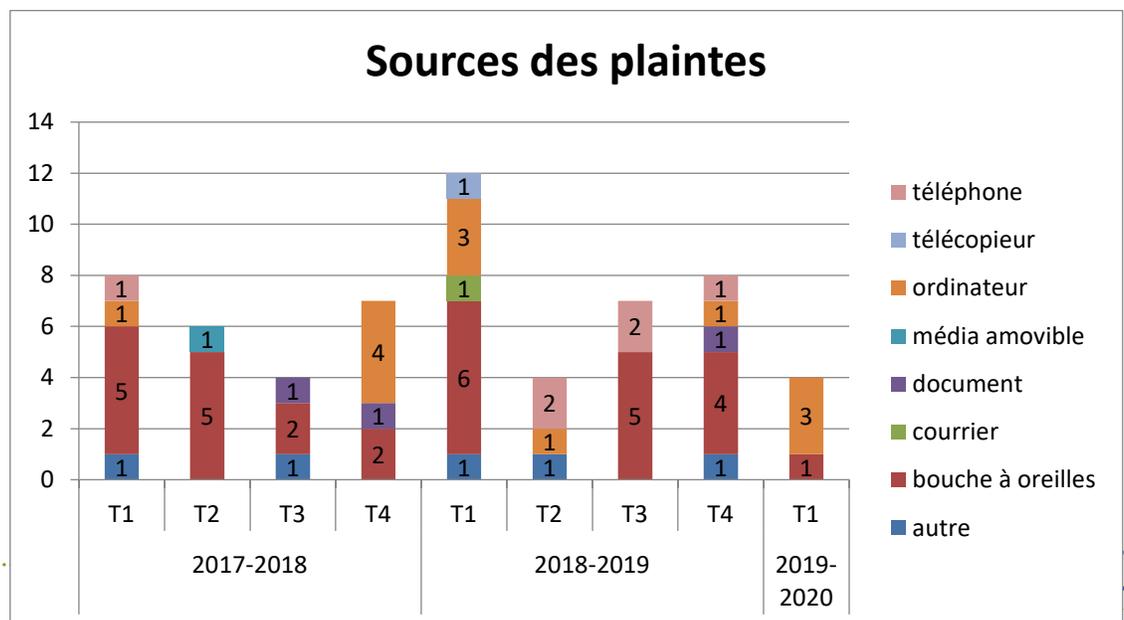
5. INCIDENTS PAR SOURCE DE L'ATTEINTE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



Les sources principales de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée lors du premier trimestre sont le courrier (33 %), ordinateur (25 %) et les documents (16%). On note une augmentation de 14 % des incidents en lien avec le courrier et une diminution de 10 % des incidents en lien avec l'ordinateur.

Proportionnellement, la Zone 1B rapporte davantage d'incidents en lien avec le courrier que les autres zones. En effet, 76 % de tous les incidents en lien avec le courrier proviennent de la Zone 1B et ces derniers représentent 45 % de tous les incidents rapportés dans cette zone au cours du 1^{er} trimestre en lien avec la vie privée.

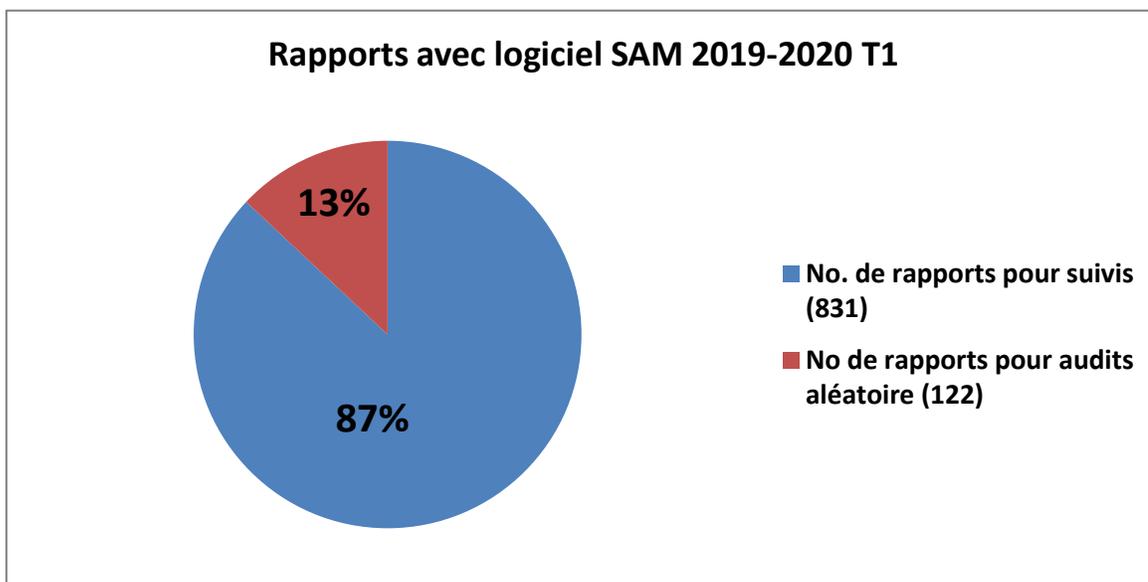
6. SOURCES DES PLAINTES (INCLUS LES HORS-SERVICE)



Pour le premier trimestre de 2019-2020, la source principale de toutes les plaintes en lien à la confidentialité et la protection de la vie privée est l'ordinateur.

7. VÉRIFICATION DES ACCÈS

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



Il est à noter que les rapports d'audits aléatoires démontrent généralement plusieurs activités douteuses qui doivent être analysées individuellement afin de valider s'il y a eu une atteinte à la vie privée ou non. Le nombre de rapports d'audits aléatoires produits est en fonction du nombre de dossiers actifs en cours. Lorsque le résultat des audits aléatoires démontre des accès appropriés, les employés visés sont informés par courriel et leur gestionnaire est placé en copie.

Une demande de projet a été préparée pour une initiative visant à uniformiser la gestion des accès des adjointes administratives des cabinets privés. De plus, une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée est en cours afin de compléter la phase 2 de la mise en œuvre du logiciel d'audit. Cette évaluation va permettre d'identifier des processus sécuritaires pour l'obtention des NAS des non-employés ainsi que de leurs données démographiques.

Suivi à la décision

- Promouvoir la lecture de la politique portant sur la confidentialité et la signature de la déclaration de confidentialité et de non-divulgaration par les non-employés;

-
- Poursuivre la sensibilisation des médecins sur l'importance de la protection de la vie privée;
 - Finaliser la politique sur la communication aux représentants des forces de l'ordre et planifier la formation du personnel ciblé;
 - Réviser les lignes directrices internes pour la nomenclature des incidents (Bureau de la vie privée).

Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

Soumis le 22 août 2019 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée et Michelle Bernard, conseillère à la Protection des renseignements personnels – Accès

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Rapport du Comité consultatif des patients et familles

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une journée de planification le 5 septembre 2019. Lors de cette journée, une présentation sur les soins centrés sur le patient et la famille a été effectuée par Mesdames Hélène Campbell, patiente-partenaire avec Agrément Canada et Mireille Brosseau, consultante avec Agrément Canada.

Les membres ont également procédé à l'élection d'un président et vice-président pour la prochaine année. Madame Thérèse Tremblay a été nommée présidente du Comité et M. Pandurang Ashrit agira à titre de vice-président.

Une séance de travail a eu lieu dans le but de développer un plan de travail pour la prochaine année. Trois domaines d'actions ont été ressortis : la formation, le recrutement et l'éducation. Le plan de travail sera finalisé d'ici les prochaines semaines.

Des discussions ont également eu lieu sur les stratégies de recrutement d'autres patients-partenaires et de l'implication de ceux-ci dans les autres secteurs/paliers de l'organisation, y inclus au niveau du Comité médical consultatif. Des actions plus concrètes seront développées et feront partie du plan de travail.

La prochaine réunion est prévue le 29 octobre 2019.

Soumis le 9 septembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 6.1
Date : le 18 septembre 2019

Décision recherchée

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

Contexte / Problématique

- La *Loi sur la Qualité des soins de santé et de la sécurité des patients* et ses règlements est en vigueur depuis juillet 2018. Cette loi encadre les organismes de soins de santé en ce qui concerne la divulgation et l'analyse des incidents liés à la sécurité des patients, les rapports au conseil, la présentation d'excuse relativement à l'incident, et l'inadmissibilité de la preuve.
- La loi exige que :
 - les organismes de soins de santé établissent un comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients qui procède à l'analyse des incidents liés à la sécurité des patients;
 - le comité fasse rapport au conseil de l'organisme des faits pertinents concernant l'incident et des recommandations en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé;
 - l'organisme divulgue les incidents aux patients concernés et les avise des recommandations découlant de l'analyse des incidents et des améliorations mises en œuvre.
- La loi permet également aux professionnels des soins de santé de présenter leurs excuses aux patients et à leur famille à la suite d'un incident sans craindre que ces excuses servent à les incriminer devant les tribunaux.
- La loi protège de la divulgation publique les renseignements recueillis aux fins de l'analyse de l'incident et les opinions exprimées par les professionnels des soins de santé au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.
- Les politiques, mandat de comités et processus en lien avec cette loi sont conformes aux exigences de la loi et des règlements. Certaines précisions seront apportées aux politiques et processus internes à la lumière des expériences vécues de la dernière année.
- Des comités de revue et des mécanismes sont en place pour l'analyse des incidents et pour rapporter les recommandations découlant des analyses au conseil.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Les exigences de la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* et ses règlements.

Considérations importantes

Impacts	Négligeables	Modérés	Significatifs
Éthique			X
Qualité et sécurité			X
Partenariats	X		
Gestion des risques			X
Allocation des ressources	X		

Suivi à la décision

- Finaliser les modifications requises aux documents.

Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 26 août 2019 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients et les règlements

Septembre 2019

Plan

- Survol des articles de la loi et des règlements
- Impact sur nos processus, politiques et mandat de comités.
- Suivis et modifications nécessaires

Définition - Incident lié à la sécurité d'un patient

La Loi définit un Incident lié à la sécurité d'un patient: « Événement involontaire qui, à la fois :

- a) se produit lorsque le patient reçoit des soins de santé;
- b) soit lui cause ou aurait pu lui causer un préjudice ou cause ou aurait pu causer son décès, soit y contribue ou aurait pu y contribuer. »

Les pratiques du Réseau sont conformes à la définition.

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

La Loi prévoit la mise en place d'un Comité de qualité et de la sécurité des patients qui doit:

- Faire l'analyse des incidents liés à la sécurité des patients et autres incidents signalés.
- Faire un rapport au Conseil sur les faits pertinents de l'incident et des recommandations en vue d'améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients. Le rapport ne doit contenir aucun renseignement personnel ou renseignement personnel sur la santé.
- Le rapport doit être soumis au Conseil au plus tard 180 jours après que l'incident lié à la sécurité d'un patient ou autre incident lui a été signalé (Règlements).

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (suite)

Pratique en place

- Tous les incidents font l'objet d'un suivi peu importe la gravité.
- Les *incidents préjudiciables ainsi que les incidents évités de justesse (IEJ) sont analysés par le Comité de revue (si potentiel d'une conséquence grave)*.
- Les recommandations qui découlent des analyses de causes profondes sont présentées au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la direction et du Conseil à l'intérieur de 180 jours suivant l'événement.
- Des rapports trimestriels sur les tendances et les analyses de l'ensemble des incidents sont également présentés à ces deux comités.

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Règlements de la Loi sur la Qualité)

- Le directeur général nomme au moins cinq membres au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.
- Le directeur général veille à ce que le comité comprenne des membres ayant des compétences et de l'expérience dans les domaines suivants :
 - a) médecine;
 - b) qualité des soins et sécurité;
 - c) soins cliniques;
 - d) gestion des risques;
 - e) gestion des soins de santé.

Situation actuelle

- La composition du Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité inclut les membres proposés par la *Loi*. Le comité mandate des comités de revue adhoc pour l'analyse des causes profondes suite à des événements préjudiciables ou qui auraient pu avoir des conséquences graves.

Divulcation des événements

Les règlements de la Loi prévoient:

- Dans les plus brefs délais après que se produit un incident lié à la sécurité des patients, le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients **ainsi que le patient en question doivent être avisés.**
- Si l'incident aurait pu entraîner un incident lié à la sécurité d'un patient et qu'il juge qu'une menace permanente se pose pour la sécurité des patients, le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients en est avisé.
- L'organisme peut aviser le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients de tout autre incident qui aurait pu entraîner un incident lié à la sécurité d'un patient.

Situation actuelle

- Politique de divulgation en place. Les patients sont avisés des incidents causant un préjudice et des incidents qui les ont atteints. La divulgation en lien avec les événements évités de justesse est à préciser.
- Le Comité régional est informé des incidents lors de ses rencontres. Les informations spécifiques à un incident préjudiciable sont communiquées dans le rapport du Comité de revue.
- Préciser délais acceptable pour la notification dans la politique.

Incident lié à la sécurité (Règlements)

- Lorsque, dans le cadre de son analyse d'un incident, le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients détermine que l'incident n'est pas un incident lié à la sécurité d'un patient selon la définition, il en avise dès que les circonstances le permettent l'organisme de santé concerné.

Situation actuelle

- La politique « Incidents préjudiciables » rencontre les exigences de la *Loi*.

Avis au patient

Suite à l'analyse de l'incident par le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, l'organisme avise le patient :

- a) des faits pertinents concernant l'incident;
- b) des recommandations du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients;
- c) des mesures qui seront prises pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, le cas échéant.

Situation actuelle

- Politique sur la divulgation inclut la divulgation. Précision à faire pour la rendre obligatoire suite à l'analyse du Comité de revue.

Interdiction de représailles

- Interdit d'imposer des représailles (ex. congédier, suspendre) une personne pour avoir divulgué des renseignements à l'organisme ou au comité concernant un incident.

Situation actuelle

- Aucune représailles appliquées.

Confidentialité et inadmissibilité de la preuve

- Les déclarations ou les documents qu'une personne fournit au comité dans le cadre du processus d'analyse demeurent confidentiels et ne peuvent être communiqués à qui que ce soit.
- Les déclarations et documents apportés dans le cadre du processus d'analyse sont inadmissibles en preuve devant un tribunal ou dans le cadre d'une enquête ou de toute autre instance.

Situation actuelle

- Lors de la revue, les membres qui participent sont avisés de ces éléments et de la *Loi*.
- Politiques en place et inadmissibilité de la preuve à préciser suite à des avis légaux.

Excuses

Les règlements de la Loi prévoient que:

Des excuses relativement à un incident peuvent être présentées et cette présentation d'excuses :

- n'emporte pas en droit aveu, même implicite, de faute ou de responsabilité de sa part;
- ne doit pas peser dans la détermination de la faute ou de la responsabilité liée à l'incident.
- est inadmissible dans le cadre d'une instance civile, d'une instance administrative ou d'un arbitrage pour établir la faute ou la responsabilité de qui que ce soit liée à l'incident.

Situation actuelle

- Cette pratique est déjà adoptée.
- Clarification de la terminologie (excuse vs regret) à effectuer dans la politique

Opinion juridique suite à la mise en oeuvre de la Loi sur la Qualité

- La loi n'exige pas que la divulgation soit faite sous forme écrite.
- Articles 6 : *...les déclarations, les dossiers ou les documents qu'une personne fournit au comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans le cadre du processus d'analyse demeurent confidentiels et ne peuvent être communiqués à qui que ce soit.*
- Article 7: *...la déclaration faite, la réponse donnée ou la preuve apportée par elle ou par une autre personne dans le cadre du processus d'analyse auquel procède le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients sont inadmissibles en preuve contre quiconque devant un tribunal ou dans le cadre d'une enquête ou de toute autre instance.*
- Le rapport émis suite au Comité de revue n'est pas protégé.

Conseils du représentant légal

- Demander la nomination d'un avocat avant de procéder à une analyse de l'incident lié à la sécurité d'un patient (Comité de revue);
- Suite au Comité de revue, préférable de faire une divulgation verbale au patient. Si pas possible, limiter les informations fournies à celle qui sont nécessaires pour se conformer à la législation et ne rien inclure qui pourrait être considéré comme une opinion;
- Continuer à soutenir et maintenir que le rapport sur l'analyse de l'incident est confidentiel et qu'il ne doit pas être divulgué. En cas de demande pour sa divulgation, s'assurer d'impliquer l'avocat nommé pour assurer une réponse cohérente.

Questions?

Note d'information

Déclaration obligatoire des réactions indésirables graves aux médicaments et des incidents reliés aux instruments médicaux

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Item 6.2

Date : le 18 septembre 2019

Décision recherchée

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

Contexte / Problématique

- La *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses* (aussi appelée Loi de Vanessa) modifie la *Loi sur les aliments et drogues* afin d'introduire la capacité de prendre des règlements relatifs à la déclaration des réactions indésirables graves à un médicament (RIM) et celle des incidents relatifs aux instruments médicaux (IIM) par les établissements de soins de santé canadiens.
- Ces modifications permettront d'améliorer la qualité et augmenter la quantité des déclarations concernant les RIM graves et les IIM signalées à Santé Canada afin que suffisamment d'information soit disponible pour détecter les problèmes liés à l'innocuité des produits.
- Une **Réaction indésirable à un médicament** (RIM) grave est une réaction nocive et non intentionnelle à un médicament qui survient peu importe la dose et qui :
 - nécessite l'hospitalisation du patient;
 - prolonge l'hospitalisation existante;
 - entraîne une malformation congénitale;
 - entraîne une invalidité ou une incapacité persistante ou importante;
 - menace le pronostic vital ou entraîne la mort.
- Un **Incident relatif aux instruments médicaux** (IIM) est lié à une défaillance de l'instrument, une dégradation de son efficacité ou à un étiquetage ou mode d'emploi inadéquat, ayant entraîné la mort ou une détérioration grave de l'état de santé d'un patient, utilisateur ou autre personne, ou serait susceptible de le faire s'il se reproduisait.
- De plus amples informations sont disponibles via le lien suivant :
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada/declaration-effets-indesirables/declaration-obligatoire-hopitaux/medicaments-instruments.html>.
- Actuellement, les RIM et IIM ne sont pas déclarés par le Réseau à Santé Canada.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Le règlement final encadrant ces modifications fut publié dans la Gazette du Canada en juin dernier. Une période d'entrée en vigueur de 6 mois est prévue afin de permettre aux établissements de soins de santé de se préparer.
- Ces nouvelles exigences entreront officiellement en vigueur le 16 décembre 2019.
- Santé Canada a mis à la disposition des hôpitaux des outils permettant la préparation et la déclaration.
- Des mécanismes internes de déclaration à Santé Canada doivent être développés.
- Le rapport d'incident servira à capter les RIM et IIM qui devront être déclarés.

Considérations importantes

Impacts	Négligeables	Modérés	Significatifs
Éthique	x		
Qualité et sécurité			x
Partenariats		x	
Gestion des risques			x
Allocation des ressources		x	

Suivi à la décision

- Établir un plan de communication;
- Développer et offrir de la formation aux différents services et professionnels concernés;
- Finaliser le mécanisme de signalement et de déclaration des RIM et IIM et définir les rôles et responsabilités des différents services et professionnels.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 2019-08-26 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques

The background of the slide features a pattern of overlapping circles in various shades of blue and white, creating a bokeh effect. The circles are of different sizes and are scattered across the entire page.

Loi de Vanessa

Déclaration obligatoire pour les hôpitaux

Septembre 2019

Loi de Vanessa

- Vanessa Young est décédée en 2000, à l'âge de 15 ans, à la suite d'une arythmie cardiaque après avoir pris du cisapride (PrepulsidMD) comme prescrit.
- Une campagne en faveur d'une réglementation accrue des produits thérapeutiques a permis à Santé Canada d'obtenir des hôpitaux et de l'industrie des données sur l'innocuité des médicaments et des instruments médicaux.
- La **Loi de Vanessa** a été promulguée en 2014. Les exigences de déclaration obligatoire entrent en vigueur le 16 décembre 2019.



Loi de Vanessa

- Modifie la *Loi sur les aliments et drogues* relativement aux produits thérapeutiques.
- Cette loi vise à :
 - protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses;
 - renforcer la surveillance de l'innocuité des produits thérapeutiques après leur mise en marché ;
 - améliorer la déclaration des réactions indésirables par les établissements de soins de santé;
 - favoriser une confiance accrue dans la surveillance des produits thérapeutiques en augmentant la transparence.

Éléments clés de la loi

- Permet à Santé Canada d'intervenir plus rapidement et adéquatement quand un risque grave pour la santé est établi.
- Capacité d'exiger une surveillance étroite (déclaration des réactions indésirables aux médicaments et des incidents liés aux instruments médicaux).
- Possibilité de rappel des produits thérapeutiques dangereux.
- Capacité à imposer des amendes et des peines plus sévères.
- Capacité de diriger la modification d'étiquette ou du paquet.

Déclaration obligatoire

QUI : Tous les hôpitaux, tels qu'ils sont régis par les lois provinciales et territoriales.

QUOI : Réactions indésirables graves aux médicaments (RIM) et incidents liés aux instruments médicaux (IIM)

QUAND: Les hôpitaux sont tenus de déclarer par écrit les RIM et les IIM à Santé Canada, dans les **30 jours civils** suivant la première documentation de la réaction ou de l'incident.

Définitions

Une ***réaction indésirable à un médicament (RIM) grave*** est une réaction nocive et non intentionnelle à une drogue qui est provoquée par toute dose de celle-ci et qui:

- nécessite ou prolonge l'hospitalisation
- entraîne une malformation congénitale ou une invalidité ou incapacité persistante ou importante,
- met la vie en danger ou
- entraîne la mort.

Un **incident lié à un instrument médical (IIM)** est un incident lié à une défaillance d'un instrument médical, à une dégradation de l'efficacité d'un tel instrument, ou à un étiquetage ou un mode d'emploi défectueux, qui a entraîné le décès ou une détérioration grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou de toute autre personne, ou qui serait susceptible de le faire s'il se reproduisait.

Déclaration obligatoire

PRODUITS VISÉS:

- les produits pharmaceutiques (produits pharmaceutiques sur ordonnance et produits pharmaceutiques en vente libre)
- les produits biologiques (produits biotechnologiques, produits sanguins fractionnés, protéines plasmatiques, ainsi que les vaccins, à l'exclusion de ceux administrés dans le cadre d'un programme d'immunisation systématique d'une province ou d'un territoire)
- les produits radiopharmaceutiques
- les désinfectants
- les instruments médicaux

PRODUITS EXCLUS:

- les vaccins administrés dans le cadre d'un programme d'immunisation d'une province
- les produits de santé naturels
- le cannabis
- le sang et les composants sanguins
- les cellules, les tissus et les organes
- les spermatozoïdes et les ovules
- les médicaments et les instruments utilisés dans le cadre du Programme d'accès spécial (PAS), d'essais cliniques ou d'essais expérimentaux

Types d'instruments médicaux visés

- Le terme instrument médical désigne un large éventail d'instruments médicaux ou de santé utilisés pour le diagnostic, le traitement, le soulagement ou la prévention des maladies ou de troubles physiques.
- Toutes les classes d'instruments médicaux sont visées par la déclaration obligatoire des hôpitaux.
 - Classe I — lits d'hôpital, fauteuils roulants, prothèses de jambe
 - Classe II — équipement d'infusion, seringues, tube de trachéotomie, sondes urétrales
 - Classe III — pompes à perfusion, doseurs de gaz anesthésiant, dispositifs intra-utérins
 - Classe IV — stimulateurs cardiaques, défibrillateurs, implants mammaires, greffes osseuses



Classe I (lit d'hôpital)



Classe IV
(défibrillateur)

Renseignements qui « relèvent » de l'hôpital

La réglementation exige que les hôpitaux déclarent les RIM graves et les IIM documentés en fournissant les renseignements qui **relèvent de l'hôpital**.

- Les renseignements qui relèvent de l'hôpital correspondent aux renseignements qui seraient raisonnablement accessibles au sein de l'hôpital.
- Les hôpitaux sont encouragés à prendre toutes les mesures raisonnables pour recueillir les renseignements nécessaires à une déclaration aussi exhaustive que possible. Toutefois, il n'est pas nécessaire d'effectuer une enquête approfondie pour les obtenir.

Prochaines étapes

- Finaliser le mécanisme de signalement et de déclaration des RIM et IIM à Santé Canada (le rapport d'incident servira à capter les RIM et IIM qui devront être déclarés).
- Définir les rôles et responsabilités des différents services et professionnels.
- Établir un plan de communication et diffuser l'information aux publics cibles.
- Développer et offrir de la formation aux différents services et professionnels concernés.

Secteurs visés

- Gestion des risques
- Pharmacie
- Communications
- Perfectionnement du personnel
- Soins Infirmiers
- Personnel médical
- Qualité et sécurité des patients

Questions?

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Plan de qualité et sécurité 2019-2020 et plan de communication

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

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

Le plan de qualité et sécurité 2019-2020 ainsi que le plan de communication sont annexés pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que le plan de qualité et sécurité 2019-2020, ainsi que le plan de communication soient approuvés tels que présentés.

Adoption

Soumis le 19 août 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

PLAN DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ 2019-2020



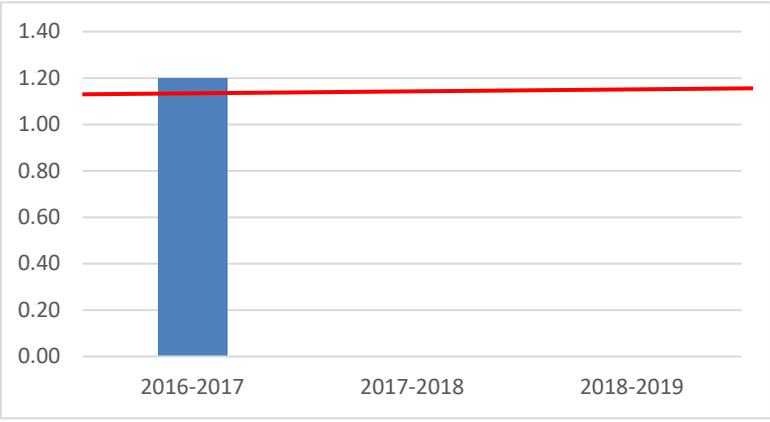
Plan de qualité et de sécurité 2019-2020



Dimensions de la qualité	Priorité	Objectifs	Mesures/indicateurs	Cibles	VP Lead
Sécurité	Améliorer la sécurité de nos soins	Réduire le nombre de plaies de pression acquises à l'hôpital de 5 %	Taux global de plaies de pression (nombre de cas par mille congés)	1.15 (Base 1.2 : 2016-17)	Johanne Roy
			Pourcentage de plaies de pression de stade 4	0% (Base : 1.7% : 2012-18)	
			Pourcentage de plaies de pression non spécifiées	25% (Base 66.7% : 2012-18)	
		Éliminer les chutes avec blessures graves	Taux de chute avec blessures graves (par 1000 jours patients)	0 (Base : 0,046 : 2017-2018)	
Soins centrés sur les patients et les familles	Travailler en partenariat avec les patients et familles	Augmenter le nombre de patients partenaires qui participent à des équipes/comités	Nombre d'équipes/comités (UCA, Équipe d'agrément et Équipe des services/unités) ayant un patient partenaire	15 à valider	Gisèle Beaulieu
Milieu de travail	Prévenir la violence en milieu de travail	Réduire de 20 % le nombre d'incidents et d'accidents de violence en milieu de travail	Nombre total d'incident de violence verbal et physique de patients envers des employés	510 incidents (Résultat 2018-19: 637)	Gisèle Beaulieu
			Nombre total d'accidents de travail signalés liés à la violence	288 accidents rapportés (Résultat 2018-19: 360)	

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX GLOBAL DE PLAIES DE PRESSION (NOMBRE DE CAS PAR MILLE CONGÉS)

PRIORITÉS	Améliorer la sécurité de nos soins
OBJECTIFS	Réduire le nombre de plaies de pression acquises à l'hôpital de 5 %
VP RESPONSABLE	Johanne Roy
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Archives
CONTEXTE / DÉFINITION	<p><u>Contexte clinique</u> : Les plaies de pression ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des patients puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque d'infection. Un lien a aussi été établi entre les plaies de pression et une augmentation de la durée des séjours, des coûts et de la mortalité. Plusieurs facteurs peuvent contribuer au développement d'une plaie de pression : âge, antécédents médicaux, incontinence, déshydratation, dénutrition, problème de mobilité, friction, humidité, médication, tabagisme, etc. Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression exigent une approche interdisciplinaire et peuvent réduire l'incidence des plaies de pression.</p> <p>Cet indicateur reflète le taux global de plaie de pression, soit le nombre de cas par mille congés. Les définitions des différents stades sont les suivantes: stade 1 (peau intacte avec une rougeur qui ne blanchit pas à la pression), stade 2 (perte d'épaisseur partielle de la peau avec derme exposé), stade 3 (perte d'épaisseur totale de la peau), stade 4 (perte d'épaisseur totale de la peau et des tissus), stade indéterminé (perte d'épaisseur de la peau et des tissus dont l'étendue des dommages est voilée) et stade non spécifié (aucune mention du stade ou de la sévérité de la plaie au dossier).</p>
RÉSULTATS	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le nombre de plaies de pression a diminué de 2014-2015 à 2017-2018, passant de 44 à 21 plaies de pression. Malgré cette diminution, les plaies de pression acquises à l'hôpital devraient être évitées.
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les stades ne sont pas bien documentés, ce qui signifie que la majorité des stades ne sont pas spécifiés.
INITIATIVES	Voir à la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention des plaies de pression Améliorer la documentation <input type="checkbox"/>

Légende

✓ Conforme à l'objectif de rendement

☑ Atteint

● En attente d'une décision

◆ Sans objet

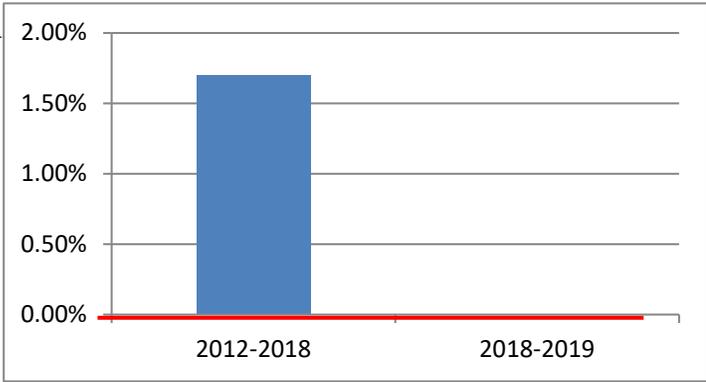
☒ Inférieur au rendement de référence

Données supplémentaires

Fiscal Yr	Stage II	Stage III	Stage IV	Unstageable	Unspecified	Total
2012-2013	11	4	0	1	21	39
2013-2014	5	0	0	0	14	24
2014-2015	6	0	0	0	21	28
2015-2016	8	1	1	2	31	44
2016-2017	2	1	1	1	26	31
2017-2018	3	2	1	1	12	21
Grand Total	35	8	3	5	125	187

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DE PLAIE DE PRESSION DE STADE 4

PRIORITÉS	Améliorer la sécurité de nos soins						
OBJECTIFS	Réduire le nombre de plaies de pression acquises à l'hôpital de 5 %						
VP RESPONSABLE	Johanne Roy						
FRÉQUENCE	Trimestrielle						
SOURCE DE DONNÉES	Archives						
CONTEXTE / DÉFINITION	<p><u>Contexte clinique</u> : Les plaies de pression ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des patients puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque d'infection. Un lien a aussi été établi entre les plaies de pression et une augmentation de la durée des séjours, des coûts et de la mortalité. Plusieurs facteurs peuvent contribuer au développement d'une plaie de pression : âge, antécédents médicaux, incontinence, déshydratation, dénutrition, problème de mobilité, friction, humidité, médication, tabagisme, etc. Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression exigent une approche interdisciplinaire et peuvent réduire l'incidence des plaies de pression.</p> <p>Les définitions des différents stades sont les suivantes: stade 1 (peau intacte avec une rougeur qui ne blanchit pas à la pression), stade 2 (perte d'épaisseur partielle de la peau avec derme exposé), stade 3 (perte d'épaisseur totale de la peau), stade 4 (perte d'épaisseur totale de la peau et des tissus), stade indéterminé (perte d'épaisseur de la peau et des tissus dont l'étendue des dommages est voilée) et stade non spécifié (aucune mention du stade ou de la sévérité de la plaie au dossier).</p>						
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Données du graphique</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2012-2018</td> <td>~1.75%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>0.00%</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Pourcentage	2012-2018	~1.75%	2018-2019	0.00%
Période	Pourcentage						
2012-2018	~1.75%						
2018-2019	0.00%						
ANALYSE DES RÉSULTATS	Cet indicateur est difficile à interpréter puisque les stades des plaies de pression sont mal documentés. Cet indicateur doit être interpréter avec prudence.						
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les stades ne sont pas bien documentés, ce qui signifie que la majorité des stades ne sont pas spécifiés. Certaines plaies de pression de stade 4 peuvent être mal identifiées.						
INITIATIVES	Voir à la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention des plaies de pression Améliorer la documentation <input type="checkbox"/>						

Légende

✓ Conforme à l'objectif de rendement

☑ Atteint

● En attente d'une décision

◆ Sans objet

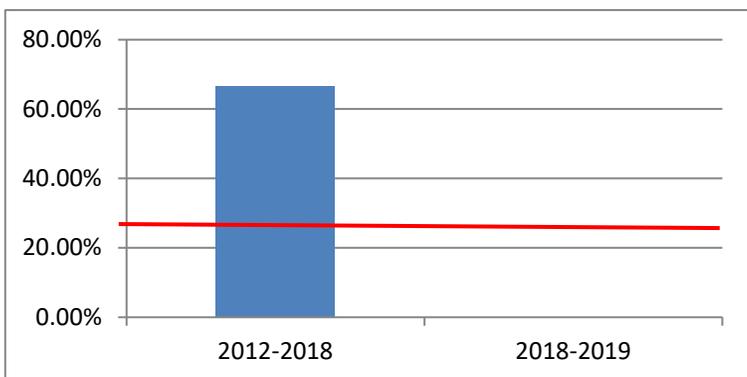
☒ Inférieur au rendement de référence

Données supplémentaires

Fiscal Yr	Stage II	Stage III	Stage IV	Unstageable	Unspecified	Total
2012-2013	11	4	0	1	21	39
2013-2014	5	0	0	0	14	24
2014-2015	6	0	0	0	21	28
2015-2016	8	1	1	2	31	44
2016-2017	2	1	1	1	26	31
2017-2018	3	2	1	1	12	21
Grand Total	35	8	3	5	125	187

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DE PLAIES DE PRESSION NON SPÉCIFIÉES

PRIORITÉS	Améliorer la sécurité de nos soins
OBJECTIFS	Réduire le nombre de plaies de pression acquises à l'hôpital de 5 %
VP RESPONSABLE	Johanne Roy
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Service de gestion des risques
CONTEXTE / DÉFINITION	<p><u>Contexte clinique</u> : Les plaies de pression ont d'importantes répercussions sur la qualité de vie des patients puisqu'elles causent de la douleur, ralentissent la guérison et augmentent le risque d'infection. Un lien a aussi été établi entre les plaies de pression et une augmentation de la durée des séjours, des coûts et de la mortalité. Plusieurs facteurs peuvent contribuer au développement d'une plaie de pression : âge, antécédents médicaux, incontinence, déshydratation, dénutrition, problème de mobilité, friction, humidité, médication, tabagisme, etc. Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression exigent une approche interdisciplinaire et peuvent réduire l'incidence des plaies de pression.</p> <p>Cet indicateur peut refléter une mauvaise documentation/codification concernant le stade des plaies de pression. Les données du Réseau depuis 2012 démontrent une proportion importante de plaies de pression dont le stade n'a pu être spécifié au congé lors du codage du séjour. Les définitions des différents stades sont les suivantes: stade 1 (peau intacte avec une rougeur qui ne blanchit pas à la pression), stade 2 (perte d'épaisseur partielle de la peau avec derme exposé), stade 3 (perte d'épaisseur totale de la peau), stade 4 (perte d'épaisseur totale de la peau et des tissus), stade indéterminé (perte d'épaisseur de la peau et des tissus dont l'étendue des dommages est voilée) et stade non spécifié (aucune mention du stade ou de la sévérité de la plaie au dossier).</p>
RÉSULTATS	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2012-2013, 125/187 (67 %) des plaies de pression n'ont aucune spécification quant au grade.
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les stades ne sont pas bien documentés, ce qui signifie que la majorité des stades ne sont pas spécifiés.
INITIATIVES	<p>Voir à la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention des plaies de pression</p> <p>Améliorer la documentation <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

Légende

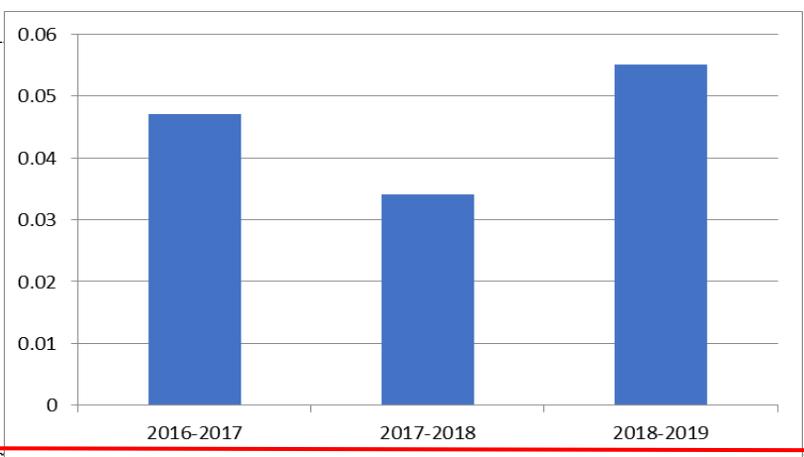
- ✓ Conforme à l'objectif de rendement
- ✔ Atteint
- En attente d'une décision
- ◆ Sans objet
- ☒ Inférieur au rendement de référence

Données supplémentaires

Fiscal Yr	Stage II	Stage III	Stage IV	Unstageable	Unspecified	Total
2012-2013	11	4	0	1	21	39
2013-2014	5	0	0	0	14	24
2014-2015	6	0	0	0	21	28
2015-2016	8	1	1	2	31	44
2016-2017	2	1	1	1	26	31
2017-2018	3	2	1	1	12	21
Grand Total	35	8	3	5	125	187

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CHUTE AVEC BLESSURES GRAVE (PAR 1000 JOURS PATIENTS)

PRIORITÉS	Améliorer la sécurité de nos soins
OBJECTIFS	Éliminer les chutes avec blessures graves
VP RESPONSABLE	Johanne Roy
FRÉQUENCE	Mensuelle
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients
CONTEXTE / DÉFINITION	<p><u>Contexte clinique</u> : Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. 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. Les chutes sont classées selon la gravité.</p> <p>Le Réseau de santé Vitalité a mis en place un programme de prévention des chutes dans l'ensemble de ses établissements et services. Malgré ce programme, 1955 chutes ont été rapportées en 2018-2019 ce qui représente 23.5% de tous les incidents rapportés au sein du Réseau. Au cours de la même période, 19 de ces incidents ont été catégorisées graves ou critiques, ce qui représente 49% de tous les incidents de ces catégories. Il est à noter que ce nombre a augmenté au cours des trois dernières années.</p>
RÉSULTATS	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le taux de chute avec blessures grave a augmenté de 2017-2018 à 2018-2019, passant de 0.034 à 0.055. En 2018-2019, ce taux était particulièrement élevé dans la Zone 4 (0.105).
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur ne tient pas compte de la fragilité du patient ou des circonstances de la chute.
INITIATIVES	

Légende

- ✓ Conforme à l'objectif de rendement
- ✗ Atteint
- En attente d'une décision
- ◆ Sans objet
- ☒ Inférieur au rendement de référence

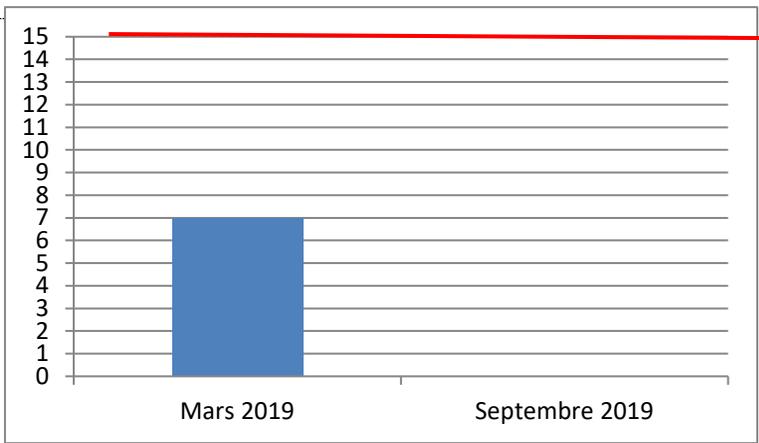
Données supplémentaires

Incidents graves et critiques (décès) rapportés par catégorie :

	Incidents graves et critiques														
	Zone 1B			Zone 4			Zone 5			Zone 6			Réseau		
	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Chutes	3	5	5	2	0	8	2	6	3	7	5	3	14	16	19
Médicaments	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Intraveineuse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Traitements	0	3	6	1	1	6	1	0	1	1	0	4	3	4	17
Sécurité	0	0	1	1	0	1	0	2	0	1	0	0	2	2	2
Divers	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Total	4	8	12	4	1	15	4	9	4	9	5	4	21	23	39

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE D'ÉQUIPES/COMITÉS AYANT UN PATIENT PARTENAIRE

PRIORITÉS	Travailler en partenariat avec les patients et familles						
OBJECTIFS	Augmenter le nombre de patients partenaires qui participent à des équipes/comités						
VP RESPONSABLE	Gisèle Beaulieu						
FRÉQUENCE	Trimestrielle						
SOURCE DE DONNÉES	Données internes du Réseau						
CONTEXTE / DÉFINITION	<p>Les soins centrés sur le résident et la famille constituent une approche qui oriente tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services. L'accent est mis sur la création et l'entretien de partenariats mutuellement bénéfiques entre les membres de l'organisation et les patients / familles qu'ils desservent. Agrément Canada a intégré les composantes des soins centrés sur le patient et la famille (SCPF) dans ces cahiers de normes sur le leadership, la gouvernance, ainsi qu'à l'ensemble des normes de l'excellence des services. Concrètement, elle a adopté quatre principes fondamentaux dont le partenariat et la participation qui vise à favoriser la participation des patients et des familles à la prestation de soins et à la prise de décisions, et les encourager en ce sens dans la mesure qui leur convient.</p> <p><u>Contexte administratif</u>; l'approche patient-partenaire est une priorité du Réseau qui a été identifiée dans le Plan stratégique 2017-2020 (résultat stratégique).</p>						
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Données du graphique</caption> <thead> <tr> <th>Mois</th> <th>Nombre de patients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mars 2019</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Septembre 2019</td> <td>15 (cible)</td> </tr> </tbody> </table>	Mois	Nombre de patients	Mars 2019	7	Septembre 2019	15 (cible)
Mois	Nombre de patients						
Mars 2019	7						
Septembre 2019	15 (cible)						
ANALYSE DES RÉSULTATS	En mars 2019, il y avait 7 patients partenaires au sein du Réseau de santé Vitalité.						
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur ne reflète pas le nombre d'équipes/comités qui n'ont pas de patient partenaire.						
INITIATIVES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

Légende

✓ Conforme à l'objectif de rendement

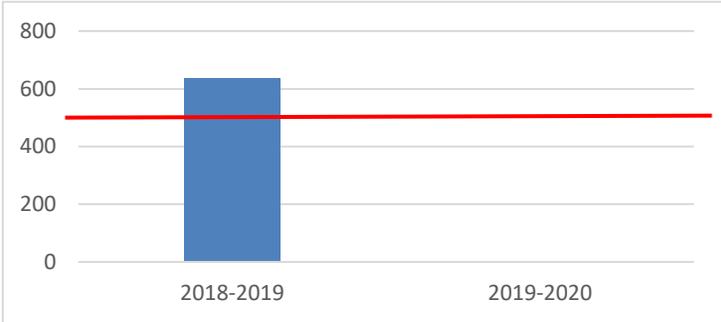
● En attente d'une décision

☒ Inférieur au rendement de référence

☑ Atteint

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE TOTAL D'INCIDENT DE VIOLENCE VERBALE ET PHYSIQUE DE PATIENTS ENVERS DES EMPLOYÉS

PRIORITÉS	Prévenir la violence en milieu de travail						
OBJECTIFS	Réduire de 20 % le nombre d'incidents et d'accidents de violence en milieu de travail						
VP RESPONSABLE	Gisèle Beaulieu						
FRÉQUENCE	Trimestrielle						
SOURCE DE DONNÉES	Données internes du Réseau de santé Vitalité						
CONTEXTE / DÉFINITION	<p>La violence en milieu de travail est plus courante dans les établissements de soins de santé que dans de nombreux autres milieux de travail. Un quart de tous les incidents liés à la violence au travail ont lieu dans des organismes de santé. Les incidents de violence verbale et physique de patients envers les employés ont un impact direct sur leur mieux-être, la qualité de vie au travail et sur leur sécurité.</p> <p>Cet indicateur reflète le nombre d'incident de violence verbale et physique de patients envers des employés.</p>						
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Données du graphique</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre d'incidents</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>637</td> </tr> <tr> <td>2019-2020 (Cible)</td> <td>500</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Nombre d'incidents	2018-2019	637	2019-2020 (Cible)	500
Période	Nombre d'incidents						
2018-2019	637						
2019-2020 (Cible)	500						
ANALYSE DES RÉSULTATS	En 2018-2019, le Réseau de santé Vitalité a comptabilisé 637 incidents de violence de patients envers les employés dont 397 physiques et 240 verbaux.						
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur peut sous-estimer le nombre réel d'incident de violence verbale et physique de patients envers des employés.						
INITIATIVES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

Légende

✓ Conforme à l'objectif de rendement

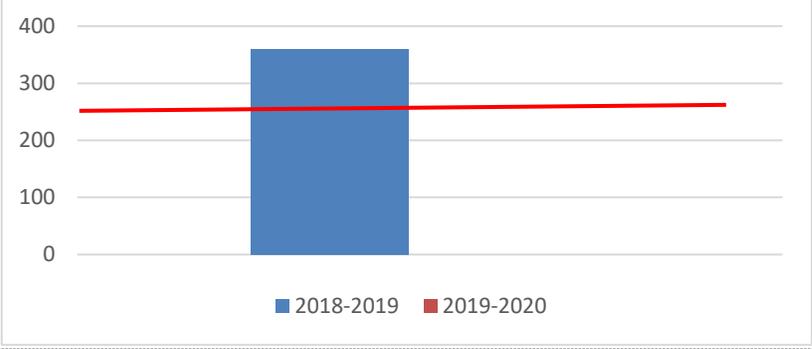
● En attente d'une décision

☒ Inférieur au rendement de référence

☑ Atteint

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE TOTAL D'ACCIDENTS DE TRAVAIL SIGNALÉS LIÉS À LA VIOLENCE

PRIORITÉS	Prévenir la violence en milieu de travail						
OBJECTIFS	Réduire de 20 % le nombre d'incidents et d'accidents de violence en milieu de travail						
VP RESPONSABLE	Gisèle Beaulieu						
FRÉQUENCE	Trimestrielle						
SOURCE DE DONNÉES							
CONTEXTE / DÉFINITION	<p>La violence en milieu de travail est plus courante dans les établissements de soins de santé que dans de nombreux autres milieux de travail. Un quart de tous les incidents liés à la violence au travail ont lieu dans des organismes de santé. Les accidents en lien avec la violence au travail ont un impact direct sur le mieux-être, la qualité de vie au travail et sur la sécurité des employés. Ces accidents ont également un impact direct sur les soins aux patients puisque les travailleurs blessés doivent souvent s'absenter du travail pour récupérer de leurs blessures. Dans un contexte de pénurie de ressources., ceci affecte directement la capacité du Réseau à fournir des soins.</p> <p>Cet indicateur reflète le nombre total d'accidents de travail signalés liés à la violence.</p>						
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Données du graphique</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre d'accidents</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>360</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>250</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Nombre d'accidents	2018-2019	360	2019-2020	250
Période	Nombre d'accidents						
2018-2019	360						
2019-2020	250						
ANALYSE DES RÉSULTATS	En 2018-2019, le Réseau de santé Vitalité a comptabilisé 637 incidents de violence de patients envers les employés dont 397 physiques et 240 verbaux, ayant requis 360 rapports d'accidents.						
LIMITES DE L'INDICATEUR	cet indicateur peut sous-estimer le nombre réel d'accidents de travail liés à la violence.						
INITIATIVES	<table border="1"> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						

Légende

✓ Conforme à l'objectif de rendement
 Atteint

● En attente d'une décision

Inférieur au rendement de référence

Plan de communication

Ébauche



Objet :	Plan de qualité et sécurité 2019-2020	Préparé par :	Nicole Frigault et Diane Mignault
Date :	2019-08-27	Date de révision :	
Contexte :	Mise en œuvre du plan de qualité et sécurité des patients 2019-2020		
Objectif général :	Communiquer les objectifs du plan afin d'engager le personnel et les médecins		
Objectifs de communication :	<p>Faire connaître les priorités du Réseau en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité</p> <p>Favoriser l'intégration des objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les plans opérationnels des secteurs et services</p> <p>Appuyer la mise en œuvre d'initiatives qui permettront l'atteinte des objectifs fixés dans le plan</p> <p>Améliorer la livraison de soins de santé de qualité et sécuritaires</p>		
Publics visés :	<p>Employés</p> <p>Médecins</p> <p>Conseil d'administration</p> <p>Public</p>		

Stratégies	Messages principaux	Publics visés	Moyens	Responsables	Fréquence/échancier	% terminé
Communication de masse	<ul style="list-style-type: none"> Le Réseau a identifié ses priorités en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Les priorités sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Améliorer la sécurité de nos soins Travailler en partenariat avec les 	Employés	<p>Hebdo, Lien, Boulevard</p> <p>Affiches avec pictogrammes, messages clés</p>	Service de qualité et des communications		

Stratégies	Messages principaux	Publics visés	Moyens	Responsables	Fréquence/échancier	% terminé
	<p>patients et les familles</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévenir la violence en milieu de travail ● Ensemble pour des soins de qualité en toute sécurité! 		<p>Comité stratégique des opérations (dirigeants)</p>			
	<p>Idem aux employés +</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Saviez-vous que (contexte clinique et actions): ● Votre collaboration est essentielle à l'atteinte des objectifs. 	Médecins	<p>Rencontres médicales (CMCL, CMC, etc.)</p> <p>Messages sur PétalMD</p> <p>Messages sur le site Web du Réseau (section médicale)</p>	<p>Chefferie médicale, Service de qualité et Service des communications</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ensemble pour des soins de qualité en toute sécurité! ● Les priorités sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer la sécurité de nos soins ○ Travailler en partenariat avec les patients et les familles ○ Prévenir la violence en milieu de travail 	Public	<p>Site Web du Réseau</p> <p>Affiches avec pictogramme dans les différents établissements (par ex : porte d'ascenseur, banderoles, etc.)</p>	<p>Service de qualité et des communications</p>		

Stratégies	Messages principaux	Publics visés	Moyens	Responsables	Fréquence/échancier	% terminé
Communication ciblée	<ul style="list-style-type: none"> • Le Réseau a identifié ses priorités en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité. • Les priorités sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer la sécurité de nos soins ○ Travailler en partenariat avec les patients et les familles ○ Prévenir la violence en milieu de travail 	Conseil d'administration	Plan présenté lors d'une rencontre du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du CA	V-P, Performance, Qualité et Affaires médicales		

Échéanciers	
Activités réalisées	
Porte-parole et personnes ressources	
Messages clés pour les médias	

Évaluation du plan de communication

Termes ou acronymes	Définitions

Note d'information

Code d'éthique

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Item 6.4

Date : le 18 septembre 2019

Décision recherchée

- Cette note d'information est présentée afin d'obtenir l'approbation du comité pour le nouveau code d'éthique.

Contexte / Problématique

- Le code d'éthique du Réseau a été mis en œuvre initialement en mars 2010. Ce code a été développé en tenant compte des codes d'éthique qui étaient en vigueur dans chacune des régions avant la mise en œuvre du Réseau.
- Le code d'éthique a fait l'objet d'une révision mineure en septembre 2014.
- En février 2018, le Comité d'éthique clinique du Réseau a entrepris une révision en profondeur du code. Les principales améliorations souhaitées par les membres étaient :
 - o Amélioration du texte en général (simplification et allègement des énoncés, temps de verbe uniforme, type de message communiqué et destinataire, etc.)
 - o Ajout d'un engagement du CA et d'un mot du p-d g.
 - o Ajout de la notion de patient-partenaire
 - o Ajout de la notion d'aidant naturel
 - o Ajout de la notion de directives préalables
 - o Amélioration de l'apparence générale du code (ajout de couleur, de photos, de portion de textes en encadré, etc.)
- Le contenu du code d'éthique a fait l'objet de nombreuses consultations incluant le Comité consultatif des patients et familles.
- La version qui est proposée a donc subi plusieurs modifications par rapport à celle actuellement en vigueur.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Une mise à jour du code d'éthique était nécessaire afin de mieux refléter les valeurs du Réseau, mais aussi les meilleures pratiques.

Considérations importantes

- La norme d'agrément 1.0 du cahier de normes de Leadership stipule que :
« Les services sont fournis et les décisions sont prises en fonction des valeurs et du code d'éthique de l'organisme ».
- Le code d'éthique est un outil puissant pour communiquer aux patients leurs droits et responsabilités, mais aussi les comportements qu'ils sont en droit de s'attendre des intervenants.
- Le code d'éthique est aussi un outil de communication important pour communiquer aux membres du personnel, médecins et bénévoles leurs responsabilités ainsi que les attentes du Réseau.
- Le code d'éthique s'appuie sur les valeurs du Réseau.

- Lorsque le code sera approuvé, le Service des communications fera l'achat des photographies contenues dans le code et la mention « IStock » sur chacune d'elles pourra alors être enlevée.
- Un plan de communication a été développé.

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

Suivi à la décision

- Développer les outils de communication tel que prévu dans le plan de communication;
- Obtenir la rétroaction des membres du Comité consultatif des patients et familles sur les outils de communication spécialement ceux destinés aux patients et familles (par ex : affiches);
- Mettre en inventaire et distribuer le nouveau code d'éthique.

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité approuve le nouveau code d'éthique du Réseau tel que présenté.

Adoption

Soumis le 29 août 2019 par Diane Mignault, directrice principale – Performance, Qualité et Vie privée

Stock
by Getty Images™

Code d'éthique

iStock
by Getty Images™

iSt
by Ge

Stock
by Getty Images™

iSto
by Getty

Table des matières

Déclaration d'engagement du Conseil d'administration	4
Avant-propos : mot du président-directeur général	4
Introduction	5
1. DROITS DU PATIENT	6
1.1 Droit à des soins et à des services	6
1.2 Droit à la dignité, à la bienveillance et à la bienfaisance.	6
1.3 Droit à l'autonomie	6
1.4 Droit à l'équité	6
1.5 Droit à l'information pour consentir à vos soins et à vos services 6	
1.6 Droit de vos proches de participer à vos soins	6
1.7 Droit au respect de votre vie privée	7
2. RESPONSABILITÉS DU PATIENT	7
2.1 Partenariat et collaboration	7
2.2 Relations interpersonnelles	7
2.3 Respect des biens	7
2.4 Consentement	7
2.5 Directives en cas d'incapacité	7

3. RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS	8
3.1 Soins et services de santé de qualité	8
3.2 Respect de la dignité	8
3.3 Respect de l'équité	8
3.4 Respect de la vie privée	8
3.5 Respect du droit à l'information	9
3.6 Respect de l'intimité	9
3.7 Consentement et refus	9
4. AUTRES RENSEIGNEMENTS	9
4.1 Mission d'enseignement	9
4.2 Mission de recherche	9
4.3 Demande de consultation en éthique clinique	10
4.4 Questions ou préoccupations	10
4.5 Conclusion	11
LEXIQUE	12

Remerciements

Nous remercions les membres du Comité régional d'éthique clinique pour leur contribution à la révision du code d'éthique du Réseau de santé Vitalité. De plus, nous adressons un merci tout spécial aux membres du Comité consultatif des patients et des familles pour leur rétroaction et leur engagement à l'égard de la mise en œuvre du nouveau code d'éthique.

Déclaration d'engagement du Conseil d'administration



Michelyne Paulin

Présidente du Conseil d'administration

Au nom du Conseil d'administration, je témoigne du plein engagement de celui-ci envers le code d'éthique du Réseau de santé Vitalité. Les droits et les responsabilités partagées par nos patients, notre personnel, nos médecins et nos bénévoles sont à la base de la prestation de soins et de services de qualité. Le code d'éthique établit les conditions nécessaires à un partenariat fondé sur le respect.

Le mieux-être des patients est au cœur des valeurs et de la culture organisationnelle du Réseau de santé Vitalité; il s'agit du point de mire de nos activités quotidiennes ainsi que de notre planification.

Voilà pourquoi le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité soutient l'application du présent code d'éthique.

Avant-propos : mot du président-directeur général



Gilles Lanteigne

Président-directeur général

Chaque jour, les employés, les médecins et les bénévoles du Réseau de santé Vitalité sont à l'œuvre pour offrir à nos patients des services de santé sécuritaires de qualité. Ils appliquent avec professionnalisme les principes de notre code d'éthique pour établir un climat sain de collaboration et de confiance avec vous et vos proches.

Pour nous permettre de réunir les conditions gagnantes d'un partenariat actif, votre participation et celle de vos proches, votre confiance et votre engagement à l'égard de vos soins sont essentiels.

En résumé, ce code d'éthique exprime la reconnaissance et le respect des droits et des responsabilités que nous partageons.

Bonne lecture!

Introduction

Ce code d'éthique définit les droits et les responsabilités des patients. Il définit également les responsabilités du personnel, du corps médical et des bénévoles qui s'engagent à respecter les valeurs, les principes et les règles énoncés dans ce code.

Les valeurs sont ancrées dans la culture organisationnelle. Elles encadrent et guident les comportements, les pratiques et les actions quotidiennes du personnel, du corps médical et des bénévoles. Les six valeurs du Réseau de santé Vitalité sont :

- **Respect** : Nous protégeons la dignité des gens. Nous faisons preuve d'ouverture et d'écoute, et nous favorisons le dialogue. Nous tenons compte des différences individuelles, culturelles et intergénérationnelles.
- **Compassion** : Nous faisons preuve d'empathie envers les autres, et nous adoptons une approche réconfortante et sans jugement.
- **Intégrité** : Nous sommes honnêtes et dignes de confiance, et nous protégeons la vie privée.
- **Imputabilité** : Nous sommes transparents, responsables et redevables de nos actions.
- **Équité** : Nous offrons des soins et des services de qualité tout en assurant le meilleur accès possible.
- **Engagement** : Nous sommes fiers de nous investir et de viser l'excellence. Nous valorisons nos efforts et notre travail accompli. Nous célébrons nos succès.

Les principes de base en éthique façonnent notre culture, renforcent notre réputation et doivent être reconnus par le personnel, le corps médical et les bénévoles du Réseau. Les principes endossés par le Réseau de santé Vitalité sont les suivants : dignité humaine, autonomie, bienveillance, bienfaisance, équité et respect des relations affectives.

1. DROITS DU PATIENT

Le Réseau de santé Vitalité reconnaît vos droits et s'assure qu'ils sont respectés par le personnel, le corps médical et les bénévoles.

1.1. Droit à des soins et à des services

Nous vous offrons des soins et des services de santé de qualité et dans la langue officielle de votre choix.

Nous vous informons sur les soins et les services qui existent, l'endroit où les obtenir, la façon d'y accéder et la période d'attente prévue.

1.2. Droit à la dignité, à la bienveillance et à la bienfaisance

Nous vous traitons avec respect, courtoisie, compréhension et compassion. Nous respectons votre dignité et vos besoins en vous offrant un milieu de soins sécuritaire.

Nous reconnaissons votre besoin d'être entouré et soutenu par vos proches et vos aidants naturels.

Lorsque vous êtes en situation de vulnérabilité, nous nous engageons à être encore plus attentifs à vos besoins.

1.3. Droit à l'autonomie

Nous respectons votre autonomie et vos connaissances à l'égard de votre état de santé, et nous vous reconnaissons comme partenaire de soins. De là découle l'importance de votre participation aux soins et aux services qui vous sont prodigués.

Si votre état ne vous permet pas de prendre des décisions, une personne désignée, un mandataire ou votre plus proche parent peut le faire à votre place, et ce, en respectant vos directives médicales préalables et votre intérêt.

1.4. Droit à l'équité

Nous vous offrons les soins et les services les plus appropriés pour répondre à vos besoins, et ce, en tenant compte de vos particularités individuelles et de vos préférences.

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

Nous vous donnons toute l'information dont vous avez besoin pour consentir à vos soins et à vos services, notamment les solutions de rechange à ceux-ci et les conséquences d'un refus éventuel. Lorsque c'est possible, nous vous fournissons cette information par écrit afin que vous puissiez vous y référer. Nous nous assurons que vous comprenez l'information transmise, et ce, afin que vous puissiez consentir de façon libre et éclairée, sans aucune contrainte.

Nous souhaitons que vous participiez aux décisions concernant vos soins et vos services. Dans le cas où vous refusez des soins ou des services, nous respectons vos choix en tentant de comprendre vos motifs et en nous assurant de répondre à vos besoins exprimés.

1.6. Droit de vos proches de participer à vos soins

Nous respectons votre décision qu'une personne de votre choix vous accompagne lorsque vous recevez des renseignements ou entreprenez une démarche concernant des soins ou des services offerts.

Nous reconnaissons vos proches comme des partenaires de soins. L'implication de vos proches dans vos décisions liées à vos traitements et dans votre suivi est importante pour votre mieux-être global. Nous respectons toutefois votre préférence quant à leur niveau de participation.

1.7. Droit au respect de votre vie privée

Nous respectons votre vie privée et traitons vos renseignements de façon confidentielle, et ce, conformément aux limites prévues par la loi. Par conséquent, vos renseignements, y compris votre présence et la raison de votre présence, sont des renseignements de nature confidentielle qui ne sont communiqués qu'aux personnes à qui vous avez donné l'accès et aux personnes qui vous offrent des soins et des services.

2. RESPONSABILITÉS DU PATIENT

Vous avez des responsabilités à assumer afin que nous puissions vous offrir les meilleurs soins et services possible.

2.1. Partenariat et collaboration

Vous êtes partenaire de vos soins et de vos services. Vous participez activement, avec le personnel, le corps médical et les étudiants, en vue d'évaluer et d'améliorer votre santé, et ce, dans un climat de confiance. Vous communiquez les renseignements sur votre santé (maladies, hospitalisations, médicaments, etc.) qui peuvent nous aider à déterminer les soins et les services dont vous avez besoin.

Vous participez aux soins et aux services qui vous sont offerts en parlant ouvertement de vous, de votre expérience de vie et de vos besoins, tout en participant à votre plan de traitement.

Vous respectez les directives reçues par rapport aux divers aspects de vos soins.

Vous vous présentez à vos rendez-vous à temps et vous nous avisez de toute absence.

2.2. Relations interpersonnelles

Vous manifestez de la politesse et de la compréhension envers les autres patients, le personnel, le corps médical, les étudiants et les bénévoles en adoptant un comportement respectueux et non menaçant à leur égard.

2.3. Respect des biens

Vous faites preuve de respect à l'égard des biens de l'établissement en veillant à conserver le matériel intact et en bon état et à maintenir les lieux sécuritaires.

Vous respectez aussi le bien des autres.



2.4. Consentement

Le consentement éclairé exige un processus de communication entre vous-même ou votre mandataire spécial et un membre de l'équipe de soins de santé. Après cette discussion, vous êtes en mesure d'accepter ou de refuser une intervention ou une procédure donnée. Le consentement est éclairé si, avant d'accepter le traitement, vous avez obtenu l'information pour prendre une décision éclairée et que vous avez obtenu des réponses à vos demandes de renseignements supplémentaires relatifs au traitement.

Si vous changez d'idée ou décidez de refuser des soins, des services ou des traitements, veuillez nous en informer.

2.5. Directives en cas d'incapacité

Vous discutez avec votre médecin, votre équipe de soins, votre famille et vos proches de vos volontés à l'égard des soins et des services que vous souhaitez recevoir dans l'éventualité où vous ne seriez plus en mesure de prendre vos décisions par vous-même.

Vous nous fournissez une copie de vos directives préalables en matière de soins de santé (testament de vie) ainsi qu'une copie de votre procuration pour soins personnels afin que nous soyons en mesure de les respecter.

Lorsque vous êtes en fin de vie, nous nous assurons de respecter votre dignité tout en vous accompagnant dans cette étape de votre vie.

3. RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS

Les intervenants du Réseau de santé Vitalité ont des responsabilités à assumer afin de vous offrir les meilleurs soins et services possible.

3.1. Soins et services de santé de qualité

Nous maintenons nos compétences à jour afin de vous offrir des services de santé de qualité dans un milieu sécuritaire, et ce, dans la langue officielle de votre choix.

Nous travaillons en équipe et établissons des partenariats pour assurer une bonne coordination de vos soins et de vos services.

3.2. Respect de la dignité

Nous vous traitons avec bienveillance et nous nous abstenons de tout abus et de toute attitude dégradante. Aucune forme d'intimidation, de harcèlement et de violence ne sera tolérée à votre égard.

Lorsque nous vous offrons des soins et des services, nous nous présentons et nous précisons les raisons de notre intervention.

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

Nous vous témoignons de la politesse et de la compréhension, entre autres, en vous incluant dans les conversations et en vous écoutant. Nous vous invitons donc à exprimer vos besoins et vos attentes. Nous souhaitons ainsi développer une relation de confiance avec vous.

3.3. Respect de l'équité

Nous vous traitons équitablement, en tenant compte de vos besoins, de vos particularités et, dans la mesure du possible, de vos préférences.

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



3.4. Respect de la vie privée

Tous les renseignements à votre sujet sont confidentiels.

Les renseignements pertinents qui vous concernent ne sont consultés que par le personnel, le corps médical et les étudiants qui vous offrent des soins et des services. Nous ne sommes pas autorisés à dévoiler vos renseignements ou à en communiquer le contenu à d'autres à moins d'avoir obtenu votre consentement implicite ou écrit ou à moins d'y être autorisés par la loi.

Nous faisons preuve de discrétion en tout temps en ne discutant pas, dans les lieux publics, de votre état de santé, de votre situation sociale et de vos réactions ni de votre plan de soins, de services ou de traitement.

3.5. Respect du droit à l'information

Nous reconnaissons votre droit de participer à toute décision affectant votre état de santé ainsi qu'à la planification de vos soins et de vos services. En étant à l'écoute de vos besoins et de vos préoccupations, nous vous communiquons l'information sur votre état de santé ainsi que sur les soins et les services que vous recevez.

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

À votre demande, nous vous facilitons l'accès à votre dossier clinique, et ce, conformément à ce qui est prévu dans la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé.

3.6. Respect de l'intimité

Le respect de votre intimité est une priorité. Lorsque la porte de votre chambre ou celle d'une salle d'examen ou de traitement est fermée ou que le rideau de votre lit est tiré, nous cognons à la porte ou manifestons notre présence, puis nous attendons votre permission ou marquons un temps d'arrêt avant d'entrer.

Nous faisons également preuve de réserve et de délicatesse lorsque nous vous donnons des soins et des services. Nous nous tenons à l'écart des conversations privées que vous avez avec vos proches et vos aidants naturels.

3.7. Consentement et refus

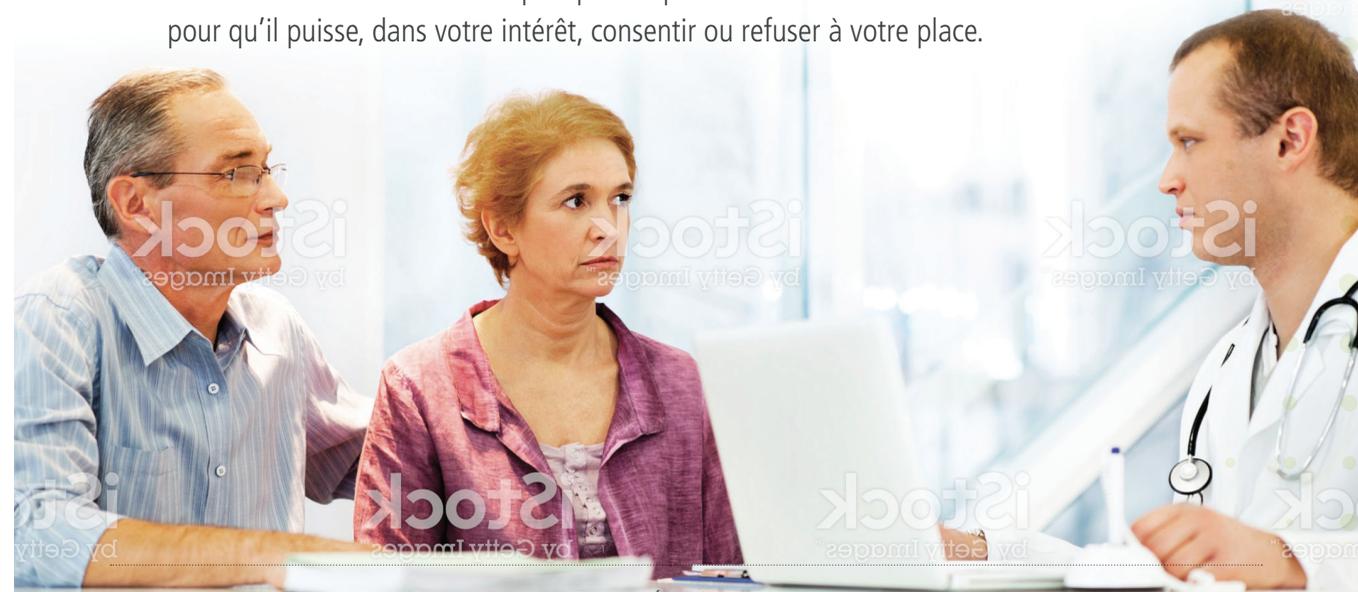
L'obtention de votre consentement éclairé ne se résume pas à votre signature sur un formulaire.

Nous nous engageons à vous fournir toute l'information sur votre état de santé et sur les soins, les services et les traitements que nous vous proposons afin que vous soyez en mesure de consentir à ceux-ci ou de les refuser. Nous nous engageons à répondre à vos questions si vous ne comprenez pas.

Nous vous informons de la disponibilité des ressources et des solutions de rechange pour vous aider à prendre une décision éclairée.

Si vous changez d'idée ou décidez de refuser des soins, des services ou des traitements, nous respectons votre décision.

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



4. AUTRES RENSEIGNEMENTS

4.1. Mission d'enseignement

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

4.2. Mission de recherche

Notre Réseau a une mission de recherche qui contribue à l'avancement de la science et qui favorise l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Les projets des chercheurs sont évalués par le Comité d'éthique de la recherche avant d'être autorisés. Vous pouvez être sollicité par un chercheur ou un membre de l'équipe soignante pour participer à un projet. Vous recevrez alors les renseignements nécessaires pour être en mesure de consentir à participer ou de refuser. Nous tenons à vous assurer qu'un refus de participer ne nuira pas à la qualité des soins et des services que vous recevrez.

4.3. Demande de consultation en éthique clinique

Un service de consultation en éthique clinique est disponible sur demande. Le but de ce service est de vous éclairer ou de vous aider lorsque vous avez à prendre une décision difficile. Si vous avez besoin d'un tel service, veuillez en discuter avec un membre de votre équipe soignante, qui vous fournira l'information nécessaire pour l'obtenir.

Vous pouvez aussi communiquer directement avec le Bureau régional de l'éthique par l'un des moyens suivants :

- Par écrit : **Bureau régional de l'éthique**
Réseau de santé Vitalité, 275, rue Main, bureau 600, Bathurst (N.-B.) E2A 1A9
- Par courriel : ethique.ethics@vitalitenb.ca
- Par téléphone : 506-544-2398

4.4. Questions ou préoccupations

Le Réseau s'engage à vous offrir des soins et des services de qualité pour répondre à vos besoins et à ceux de votre famille. Vos commentaires concernant votre expérience de soins sont importants pour nous et nous permettent d'améliorer la qualité des soins et des services que nous vous offrons.

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet des soins ou des services que vous avez reçus ou que vous recevez ou sur vos droits et vos responsabilités, veuillez nous en informer. Nous vous suggérons d'en discuter d'abord avec un membre de votre équipe soignante, y compris le gestionnaire du secteur.

Si vous n'avez pas obtenu une réponse satisfaisante à vos questions ou à vos préoccupations ou si vous désirez déposer une plainte, veuillez appeler au Service de la qualité et de la sécurité des patients :

- Région de Moncton : 506-862-3767
- Région d'Edmundston : 506-739-2221
- Région de Campbellton : 506-789-5023
- Région de Bathurst et Péninsule acadienne : 506-544-2057
- Numéro sans frais (ailleurs au Canada) : 1-877-286-1311

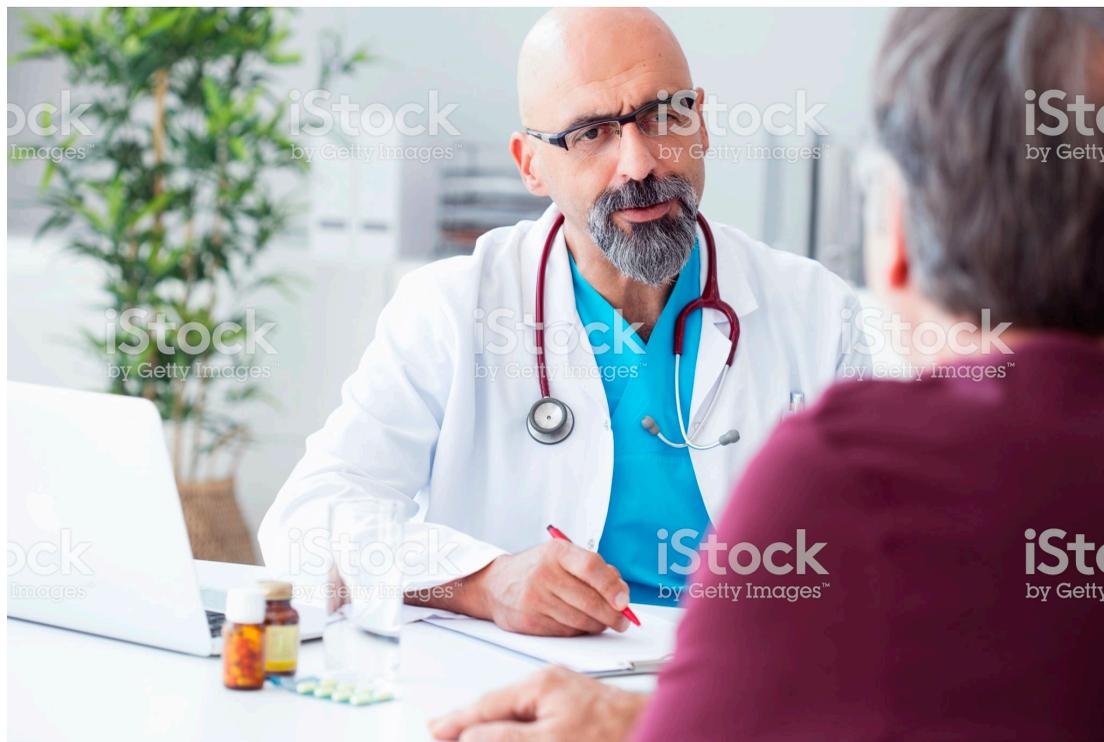
Vous pouvez aussi utiliser l'un des moyens suivants :

- Par écrit : **Service régional de la qualité et de la sécurité des patients**
Réseau de santé Vitalité, 275, rue Main, bureau 600, Bathurst (N.-B.) E2A 1A9
- Par courriel : qualite.quality@vitalitenb.ca

4.5. Conclusion

En terminant, nous tenons à rappeler l'importance de la participation des patients et des familles aux soins.

Nous espérons que les valeurs et les principes énoncés dans ce document sont une source d'inspiration et de motivation pour les patients. Nous visons à offrir des soins et des services de santé de qualité qui répondent aux besoins des patients.



LEXIQUE

Autonomie : Elle désigne l'indépendance d'une personne. L'autonomie du patient consiste à sa capacité de penser, de décider, d'agir librement et de consentir à ses soins et à ses traitements. Le patient est maître de son corps et peut refuser ou accepter toute intervention proposée. En tant que norme morale, l'autonomie correspond au respect du droit de l'autre d'adopter une ligne de conduite différente qui lui est propre.

Bienfaisance : La bienfaisance est la bienveillance en action. Elle est la qualité de celui qui prodigue ses bienfaits à autrui. La bienfaisance exprime également le souhait que les décisions qui sont prises soient prises dans l'intérêt du patient.

Bienveillance : La bienveillance est le souci de l'autre. Elle suggère de pencher vers ce qui, pour l'autre, est considéré comme étant bien, sans pour autant que ce bien coïncide avec notre bien être personnel. C'est le mieux-être du patient qui motive nos comportements bienveillants à son égard, de même qu'entre nous, employés, membres du personnel soignant et médecins du Réseau.

Dignité humaine : Elle désigne le droit d'une personne d'être respectée indépendamment de ses différences.

Directives préalables : Il s'agit d'un document dans lequel un patient précise ses volontés relativement à ses soins de santé et à ses soins personnels futurs et nomme un mandataire pour prendre des décisions à son sujet lorsqu'il ne sera plus apte à les prendre lui-même.

Équité : Les personnes sont toutes égales entre elles et doivent recevoir les mêmes possibilités de traitement. Par contre, dans certaines circonstances, il faut, pour être équitable, traiter les personnes différemment pour qu'elles obtiennent les mêmes chances et possibilités.

Intimité : Il s'agit du caractère de ce qui est personnel, qui appartient à la vie privée d'une personne.

Mandataire spécial : Il s'agit de la personne nommée pour donner, refuser ou soustraire son consentement relativement à un soin personnel d'une personne incapable. Cette personne est nommée dans une procuration pour soins personnels, nommée par un tribunal compétent ou nommée par le patient dans ses directives préalables lorsque celui-ci est capable ou est le plus proche parent du patient.

Partenaire de soins : Il s'agit de la personne chère ou du mandataire spécial que le patient souhaite inclure dans ses soins de santé, y compris un membre de la famille immédiate ou de la famille élargie, un ami, un soignant, etc.

Respect des relations affectives : L'implication des proches dans les décisions liées aux traitements à prodiguer et dans le suivi est important pour le mieux-être global des personnes. Il faut, dans la mesure du possible, respecter les liens affectifs en tenant compte des préoccupations des proches.

Soins de qualité : La qualité est le degré d'excellence ou la mesure sur laquelle un organisme répond aux besoins des clients et surpasse leurs attentes (Agrément Canada). Des soins de qualité comportent plusieurs dimensions, notamment l'accessibilité, la sécurité, la continuité, l'efficacité et la pertinence.



Plan de communication

{Code d'éthique}



Objet :	Code d'éthique	Préparé par :	Joanie Gagnon
Date :	19 août 2019 (ébauche)	Date de révision :	27 août 2019
Contexte :	Le Code d'éthique définit les droits et responsabilités des patients ainsi que les responsabilités des intervenants. Le Réseau de santé Vitalité s'engage à respecter les valeurs, les principes et les règles énoncés dans le Code d'éthique. Le code d'éthique du Réseau de santé Vitalité a été révisé et a subi plusieurs changements.		
Objectif général :	<p>Communiquer la révision du Code d'éthique aux membres du personnel du Réseau de santé Vitalité</p> <p>Communiquer le nouveau Code d'éthique aux patients du Réseau de santé Vitalité</p> <p>Communiquer la révision du Code d'éthique aux partenaires du Réseau de santé Vitalité</p>		
Objectifs de communication :	<p>Informers les différents publics que le code d'éthique du Réseau de santé Vitalité a été révisé et a subi des changements majeurs.</p> <p>Communiquer comment se procurer une copie du code d'éthique révisé ou y accéder.</p>		
Publics visés :	<p>Membres du personnel du Réseau de santé Vitalité (infirmières, intervenants, médecins, etc.)</p> <p>Patients du Réseau de santé Vitalité et la population</p> <p>Partenaires (Ministère de la santé, Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Institutions d'enseignement, les Universités, le Réseau de santé Horizon, les médecins, etc.)</p>		

Stratégies	Messages principaux	Publics visés	Moyens	Responsables	Fréquence/échancier	% terminé
Communication de masse	<p>À compter du (date), le nouveau Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité sera en vigueur et il remplacera l'ancien Code d'éthique régional.</p> <p>Le nouveau code éthique a subi des changements</p>	Membres du personnel du Réseau	<p>Boulevard (Manuel général des politiques et procédures & section « Bibliothèque »)</p> <p>Hebdo / Courriel</p> <p>Le Lien</p>	<p>Coordonnatrice du Bureau de l'éthique</p> <p>Communications</p> <p>Ressources humaines</p>	<p>Automne/Hiver 2019-2020</p> <p>Ressources humaines : en continu</p>	

Plan de communication

{Code d'éthique}



Stratégies	Messages principaux	Publics visés	Moyens	Responsables	Fréquence/échancier	% terminé
	<p><i>majeurs; il est plus dynamique et la présentation a été améliorée.</i></p> <p><i>Le Code d'éthique définit les droits et les responsabilités des patients ainsi que les responsabilités des intervenants (infirmières, médecins, professionnels de la santé, etc.).</i></p> <p><i>Le Réseau de santé Vitalité s'engage à respecter les valeurs, les principes et les règles énoncés dans le Code d'éthique.</i></p>		<p>Orientation des nouveaux employés (remise du dépliant et ajout au formulaire RA-156)</p>			
Communication de masse	<p><i>À compter du (date), le nouveau Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité sera en vigueur et il remplacera l'ancien Code d'éthique régional.</i></p> <p><i>Le nouveau code éthique a subi des changements majeurs; il est plus dynamique et la</i></p>	Patients et familles	<p>Affiches incluant les grandes lignes du Code d'éthique et indiquant que le code d'éthique est disponible sur le site internet du Réseau (ajouter le lien)</p>	<p>Coordonnatrice du Bureau de l'éthique Communications</p>	<p>Automne/Hiver 2019-2020</p>	

Plan de communication

{Code d'éthique}



Stratégies	Messages principaux	Publics visés	Moyens	Responsables	Fréquence/échancier	% terminé
	<p><i>présentation a été améliorée.</i></p> <p><i>Le Code d'éthique définit les droits et les responsabilités des patients ainsi que les responsabilités des intervenants (infirmières, médecins, professionnels de la santé, etc.).</i></p> <p><i>Les Réseau de santé Vitalité s'engage à respecter les valeurs, les principes et les règles énoncés dans le Code d'éthique.</i></p>					
Communication ciblée	<p><i>À compter du (date), le nouveau Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité sera en vigueur et il remplacera l'ancien Code d'éthique régional.</i></p> <p><i>Le nouveau code éthique a subi des changements majeurs; il est plus dynamique et la présentation a été améliorée.</i></p>	Partenaires du Réseau de santé Vitalité (Ministère de la santé, Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Institutions d'enseignement, les Universités, le Réseau de santé Horizon, les médecins, etc.)	<p>Lettre incluant le lien au site internet du Réseau de santé Vitalité.</p> <p>Nb : Une copie papier du code sera jointe à l'envoi lorsque celui-ci sera fait par la poste.</p>	Coordonnatrice du Bureau de l'éthique Communications	Automne/Hiver 2019-2020	

Plan de communication

{Code d'éthique}



Stratégies	Messages principaux	Publics visés	Moyens	Responsables	Fréquence/échancier	% terminé
	<p><i>Le Code d'éthique définit les droits et les responsabilités des patients ainsi que les responsabilités des intervenants (infirmières, médecins, professionnels de la santé, etc.).</i></p> <p><i>Les Réseau de santé Vitalité s'engage à respecter les valeurs, les principes et les règles énoncés dans le Code d'éthique.</i></p>					

Plan de communication

{Code d'éthique}



Échéanciers	Hiver 2020
Activités réalisées	
Porte-parole et personnes ressources	Pierrette Fortin
Messages clés pour les médias	<p>À compter du (date), le nouveau Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité sera en vigueur et il remplacera l'ancien Code d'éthique régional. Le nouveau code éthique a subi des changements majeurs; il est plus dynamique et la présentation a été améliorée.</p> <p>Le Code d'éthique définit les droits et les responsabilités des patients ainsi que les responsabilités des intervenants (infirmières, médecins, professionnels de la santé, etc.). Les Réseau de santé Vitalité s'engage à respecter les valeurs, les principes et les règles énoncés dans le Code d'éthique.</p> <p>Le Code d'éthique s'adresse donc à tous les intervenants en santé ainsi qu'à tous les patients du Réseau de santé Vitalité.</p>

Évaluation du plan de communication

Termes ou acronymes	Définitions

Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Date : le 18 septembre 2019

Objet : Participation – partenaire de l'expérience patient

La mise sur pied du Comité consultatif des patients-partenaires et les discussions sur l'intégration du rôle de patient-partenaire au sein de l'organisation, amène à se questionner sur la participation d'un patient-partenaire à titre de membre permanent au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration.

Les normes d'Agrément encouragent le partenariat avec les usagers et leurs familles pour tous les aspects de leurs soins, mais également dans leur participation aux processus qui visent à améliorer la sécurité des usagers et la qualité générale des soins.

Les normes de Gouvernance et de Leadership recommandent que la structure organisationnelle et la culture soutiennent la mise en œuvre des soins centrés sur les personnes. Des patients partenaires et des familles doivent participer aux comités, aux équipes de projets et aux groupes de planification.

Le sujet est apporté pour discussions et avis.

Soumis le 10 septembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

Note d'information

Tableau de bord équilibré – T1
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
Comité des finances et de vérification
Date : 18 septembre 2019

Nom du sujet : Tableau de bord équilibré – T1

Décision recherchée

Ce rapport est présenté à titre d'information.

Contexte/Problématique

- En complémentarité avec le schéma stratégique du Réseau adopté pour la prochaine année, la direction de la Planification et de l'Amélioration de la performance a procédé en 2018-2019 à une révision des tableaux de bord du Réseau afin de simplifier leur suivi et leur compréhension.
- Un nouveau tableau de bord intitulé « tableau de bord équilibré » ainsi qu'un modèle de fiche explicative pour chaque indicateur ont été approuvés au mois d'avril 2019.
- Un rapport trimestriel regroupant le tableau de bord équilibré, le schéma stratégique 2019-2020 ainsi que l'ensemble des fiches explicatives pour tous les indicateurs est proposé.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Indicateurs/mesure présentant un résultat au T1 inférieurs à la cible	Indicateurs/mesures présentant un résultat au T1 supérieurs à la cible
<ul style="list-style-type: none">-Coût par habitant pour les soins de santé-Coût par jour patient / unités soins infirmiers-Variance entre le budget et les dépenses actuelles-Coût par jour repas-Variance en salaires et bénéfices-Variance en dépenses médicaments-Variance en fournitures médicales et chirurgicales-Taux de chutes avec blessures graves-Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)-Taux de conformité à l'hygiène des mains-Taux d'infection et de colonisation ERV-% de visites 4 et 5-% de lits occupés par des cas de SLD-Nombre de consultations cliniques en télésanté-Chirurgie en attente plus de 12 mois-% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées-% de chirurgies d'arthroplastie de la hanche effectuées-Taux global aux modules e-apprentissage-Moyenne de jours de maladie payés par employé-# d'accident avec perte de temps x 200 000 / # heures-Taux de conformité dans les appréciations de rendement-% d'heures de maladie-% d'heures de surtemps	<ul style="list-style-type: none">-CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée-Nombre de patients qui ont quitté sans avoir vu le médecin-Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré-% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales-% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales-% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales-Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail-Coût en énergie par pied carré-Taux de chutes-Taux d'erreurs des médicaments-Taux d'infection Clostridium difficile-Taux d'infection et de colonisation au SARM-Jours-patients-Nombre de nouveaux griefs-Heures travaillées PPU/jours-patients-# de départ PT et TP/# moyen d'employé PT et TP

Considérations importantes

- Certaines données des patients hospitalisés sont manquantes ce qui empêche de présenter les résultats du trimestre. Des mécanismes ont été mis en place pour rectifier les échéanciers.

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

Suivi à la décision

- Le tableau de bord équilibré ainsi que le rapport trimestriel regroupant l'ensemble des fiches explicatives seront révisés dès que les indicateurs provenant du portail de l'ICIS seront à jour.

Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 28 août 2019 par l'équipe de la Planification et Amélioration de la performance

Réseau de santé Vitalité

Tableau de bord équilibré 2019-2020

Rapport trimestriel (T1)



Table des matières

Schéma stratégique du Réseau de santé Vitalité 2019-2020	5
Tableau de bord équilibré.....	6
TAUX D'HOSPITALISATIONS - MPOC, INS. CARDIAQUE ET DIABÈTE - POPULATION DE 20 ANS ET PLUS (PAR 100 000 DE POPULATION)	12
CSM - % DE PATIENTS TRAITÉS DANS LES 40 JOURS - PRIORITÉ MODÉRÉE	13
% DE RÉADMISSION À L'INTÉRIEUR DE 30 JOURS SUITE À UN CONGÉ DE SANTÉ MENTALE	14
TAUX BRUT DE CONGÉ EN SANTÉ MENTALE PAR 100 000 HABITANT	15
TAUX DE RÉADMISSION 30 JOURS.....	16
% DE CONGÉS POUR DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES	17
NOMBRE DE PATIENTS QUI ONT QUITTÉ SANS AVOIR VU LE MÉDECIN (URGENCE)	18
COÛT PAR HABITANT POUR LES SOINS DE SANTÉ.....	19
COÛT PAR JOUR PATIENT/UNITÉS SOINS INFIRMIERS.....	20
VARIANCE ENTRE LE BUDGET ET LES DÉPENSES ACTUELLES.....	21
COÛT PAR JOUR REPAS	22
COÛT EN SALAIRES DU SERVICE DE L'ENVIRONNEMENT PAR PIED CARRÉ	23
% DES DÉPENSES ADMINISTRATIVES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES	24
% DES DÉPENSES DE SOUTIEN PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES	25
% DES DÉPENSES DANS LES PROGRAMMES CLINIQUES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES.....	26
COÛT D'OPÉRATION DES LABORATOIRES/UNITÉ DE CHARGE DE TRAVAIL.....	27
VARIANCE EN SALAIRES ET BÉNÉFICES	28
VARIANCE EN DÉPENSES MÉDICAMENTS	29
VARIANCE EN FOURNITURES MÉDICALES ET CHIRURGICALES, AUTRES DÉPENSES.....	30
COÛT EN ÉNERGIE PAR PIED CARRÉ	31

% DE JOURS D'HOSPITALISATION AU-DELÀ DE CEUX PRÉVUS PAR L'ICIS POUR LES CAS TYPIQUES.....	32
NOMBRE MOYEN DE JOUR D'HOSPITALISATION EN SOINS AIGUS CHEZ LES 65 ANS ET PLUS	33
TAUX DE CÉSARIENNE À FAIBLES RISQUES	34
TAUX DE CHUTES	35
TAUX DE CHUTES AVEC BLESSURES GRAVES	36
TAUX D'INCIDENT AVEC BLESSURES GRAVES (EXCLUANT LES CHUTES).....	37
TAUX D'ERREURS DES MÉDICAMENTS.....	38
TAUX DE CONFORMITÉ À L'HYGIÈNE DES MAINS.....	39
TAUX D'INFECTION CLOSTRIDIUM DIFFICILE	40
TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION AU SARM	41
TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION ERV	42
RATIO NORMALISÉ DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE.....	43
DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (DMS).....	44
JOURS-PATIENTS	45
NOMBRE DE PROCÉDURES AUX LABORATOIRES	46
NOMBRE D'EXAMENS EN IMAGERIE MÉDICALE.....	47
NOMBRE DE CAS AU BLOC OPÉRATOIRE	48
NOMBRE DE VISITES EN HÉMODIALYSE.....	49
NOMBRE DE VISITES EN ONCOLOGIE	50
% DE VISITES 4 et 5.....	51
NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE	52
% DE PATIENTS NSA AVEC PLUS DE 90 JOURS DANS DES LITS DE SOINS AIGUS	53
TAUX D'HOSPITALISATION POUR DÉMENCE PAR 100 000 DE POPULATION	54
POURCENTAGE DE JOURS NIVEAUX DE SOINS ALTERNATIFS (NSA).....	55

POURCENTAGE DE LITS OCCUPÉS PAR DES CAS DE SLD	56
NOMBRE DE CONSULTATIONS CLINIQUES EFFECTUÉES EN TÉLÉSANTÉ	57
CHIRURGIE EN ATTENTE PLUS DE 12 MOIS	58
% DE CHIRURGIES D'ARTHROPLASTIE DU GENOU EFFECTUÉES (26 SEMAINES)	59
% DE CHIRURGIES D'ARTHROPLASTIE TOTALE DE LA HANCHE EFFECTUÉES (26 SEMAINES).....	60
TAUX GLOBAL AUX MODULES E-APPRENTISSAGE.....	61
MOYENNE DE JOURS DE MALADIE PAYÉS PAR EMPLOYÉ.....	62
POURCENTAGE DE POSTE PERMANENTS VACANTS	63
NOMBRE D'ACCIDENT AVEC PERTE DE TEMPS X 200 000 / # HEURES TOTALES TRAVAILLÉES.....	64
TAUX DE CONFORMITÉ DANS LES APPRÉCIATIONS DE RENDEMENT.....	65
NOMBRE DE NOUVEAUX GRIEFS	66
% D'HEURES DE MALADIE	67
% D'HEURES DE SURTEMPS	68
HEURES TRAVAILLÉES PPU/JOURS-PATIENTS	69
# DE DÉPART PT ET TP/# MOYEN D'EMPLOYÉ PT ET TP	70

Légende

-  Conforme à l'objectif de rendement
-  En attente d'une décision
-  Inférieur au rendement de référence
-  Atteint
-  Sans objet ou à titre d'information seulement
- ND Non disponible

Schéma stratégique du Réseau de santé Vitalité 2019-2020



VISION DU GNB POUR 2019 :
Remettre le Nouveau-Brunswick en marche

OBJECTIFS SMART À ATTEINDRE :
 Croissance de l'emploi
 Disponibilité de la main-d'œuvre
 Accès aux services et qualité de ceux-ci
 Renforcement des partenariats
 Équilibrer le budget d'ici 2020-2021

Résultats pour nos citoyens

- « Populations en santé »
- « Meilleures expériences de soins »
- « Investissements ciblés »

Orientations stratégiques

- Nous contribuerons à l'augmentation du niveau de santé de la population
- Nous offrirons des services de santé primaire en continu le plus près que possible du milieu de vie de la personne
- Nous assurons l'équité dans l'accès des soins et des services sur l'ensemble du territoire du Réseau
- Nous optimiserons la mission universitaire et la recherche

Nos catalyseurs

- La culture**
Nous ferons la promotion d'une culture d'excellence
- Les gens**
Nous favoriserons l'épanouissement et le développement du personnel et du corps médical du Réseau
- L'information**
Nous favoriserons la transparence dans les communications et la participation des communautés

Fonctions de base

- Définir les besoins
- Livrer les services
- Mesurer les résultats
- Maximiser l'utilisation des ressources

Tableau de bord équilibré

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S, A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
Indicateurs/Mesures											
Population en santé	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population)	Dre.Desrosiers	T	801	393	ND	ND				
	CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Adultes à priorité modérée	Jacques Duclos	T	ND	ND	47.80%	47.80%	✓			
	% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale	Jacques Duclos	T	10.00%	6.00%	ND	ND				
	Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitant	Jacques Duclos	T	266	ND	ND	ND				
	Taux de réadmission 30 jours	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	8.70%	8.60%	ND	ND				
	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	6.60%	6.20%	ND	ND				
	Nombre de patients qui ont quitté sans avoir vu le médecin	Dre.Desrosiers	T	4253	ND	3623	3623	✓			

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
Indicateurs/Mesures											
Investissements ciblés	Coût par habitant pour les soins de santé	Gisèle Beaulieu	M	2,820 \$	1,925 \$	2,943 \$	2,943 \$	✗			
	Coût par jour patient / unités soins infirmiers	Johanne Roy	T	358 \$	342 \$	363 \$	363 \$	✗			
	Variance entre le budget et les dépenses actuelles	Gisèle Beaulieu	M	3,903,428 \$	0 \$	(177,489,093)	(177,489,093) \$	✗			
	Coût par jour repas	Stéphane Legacy	M	35.98 \$	34.85 \$	39.44 \$	39.44 \$	✗			
	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Stéphane Legacy	M	4.74 \$	4.75 \$	4.83 \$	4.83 \$	✓			
	% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	Gisèle Beaulieu	M	2.32%	3.40%	2.51%	2.51%	✓			
	% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	Stéphane Legacy	M	15.85%	16.20%	16.40%	16.40%	✓			
	% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	Stéphane Legacy, Jacques Duclos, Johanne Roy	M	56.43%	55.33%	55.71%	55.71%	✓			
	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Stéphane Legacy	M	1.15	1.20	1.18	1.18	✓			
	Variance en salaires et bénéfices	Gisèle Beaulieu	M	13,069,919 \$	0 \$	(116,046,946)	(116,046,946)\$	✗			
	Variance en dépenses médicaments	Stéphane Legacy	M	(1,295,672) \$	0 \$	(9,295,842)\$	(9,295,842)\$	✗			
	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Johanne Roy	M	(833,645) \$	0 \$	(36,496,431)	(36,496,431)\$	✗			
	Coût en énergie par pied carré	Stéphane Legacy	M	4.76 \$	5.54 \$	5.08 \$	5.08 \$	✓			

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
	Indicateurs/Mesures										
Meilleures expériences de soins	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	5.80%	0.00%	ND	ND				
	Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus	Johanne Roy	T	8.5	12	ND	ND				
	Taux de césarienne à faibles risques	Dre.Desrosiers	T	12.70%	15.20%	ND	ND				
	Taux de chutes	Johanne Roy	M	5.42	4.50	4.13	4.13	✓			
	Taux de chutes avec blessures graves	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	0.01	0	0.053	0.053	✗			
	Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers	M	0.062	0	0.043	0.043	✗			
	Taux d'erreurs des médicaments	Tous	M	4.48	3.50	3.39	3.39	✓			
	Taux de conformité à l'hygiène des mains	Tous	M	84.40%	90.00%	75.90%	75.90%	✗			
	Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	2.19	3.57	2.04	2.04	✓			
	Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	0.21	1.29	0.65	0.65	✓			
	Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	0.31	0.05	0.11	0.11	✗			

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
Meilleures expériences de soins	Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Gisèle Beaulieu	T	99	89	ND	ND				
	Durée moyenne de séjour (DMS)	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	10.4	10.2	ND	ND				
	Jours-Patients	Jacques Duclos, Johanne Roy	M	94169	91649	91710	91710	✓			
	Nombre de procédures aux laboratoires	Stéphane Legacy	M	2293371	ND	2427538	2427538	◆			
	Nombre d'examens en imagerie médicale	Stéphane Legacy	M	110610	ND	107752	107752	◆			
	Nombre de cas au bloc opératoire	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	5429	ND	5217	5217	◆			
	Nombre de visites en hémodialyse	Johanne Roy	M	15301	ND	16003	16003	◆			
	Nombre de visites en oncologie	Johanne Roy	M	11850	ND	12461	12461	◆			
	% de visites 4 et 5	Jacques Duclos, Johanne Roy	T	61.10%	53.00%	60.50%	60.50%	✗			
	Nombre de visites à l'urgence	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	57480	ND	54613	54613	◆			
	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Jacques Duclos, Johanne Roy	T	7.0%	ND	ND	ND				
	Taux d'hospitalisation pour démence par 100 000 de population	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	79	50	ND	ND				
	Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA)	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T	19.80%	ND	ND	ND				

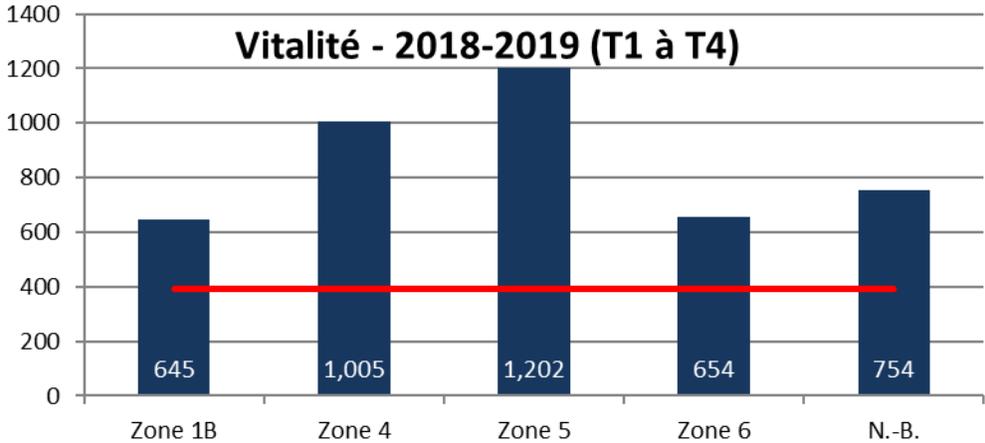
RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
Meilleures expériences de soins	% de lits occupés par des cas de SLD	Jacques Duclos, Johanne Roy	M	26.20%	20.90%	28.30%	28.30%	✘			
	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	Gisèle Beaulieu, Stéphane Legacy, Dre.Desrosiers	T	999	1164	753	753	✘			
	Chirurgie en attente plus de 12 mois	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	90	0	85	85	✘			
	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	M	61.50%	75.00%	67.70%	67.70%	✘			
	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines)	Dre. Desrosiers, Johanne Roy	M	68.60%	85.00%	75.70%	75.70%	✘			

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	FRÉQ. (M,T,S,A)	MESURE DE BASE (Q1 18-19)	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Q1)	T1	T2	T3	T4
	Indicateurs/Mesures										
Catalyseurs (Culture, gens et information)	Taux global aux modules e-apprentissage	Gisèle Beaulieu	M	67.90%	100.00%	66.50%	66.50%	✗			
	Moyenne de jours de maladie payés par employé	Gisèle Beaulieu	T	11.96	11.45	12.15	12.15	✗			
	% de poste permanents vacants	Gisèle Beaulieu	M	2.00%	ND	5.50%	5.50%	◆			
	# d'accident avec perte de temps x 200 000/ # heures totales travaillées	Gisèle Beaulieu	T	4.13	4.11	4.13	4.13	✗			
	Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Gisèle Beaulieu	M	45.80%	65.00%	43.60%	43.60%	✗			
	Nombre de nouveaux griefs	Gisèle Beaulieu	M	49	28	24	24	✓			
	% d'heures de maladie	Gisèle Beaulieu	M	5.93%	5.40%	6.11%	6.11%	✗			
	% d'heures de surtemps	Gisèle Beaulieu	M	2.66%	2.10%	3.20%	3.20%	✗			
	Heures travaillées PPU/jours-patients	Gisèle Beaulieu, Jacques Duclos, Johanne Roy	M	6.00	6.09	6.05	6.05	✓			
	# de départ PT et TP/# moyen d'employé PT et TP	Gisèle Beaulieu	T	2.00%	4.20%	1.80%	1.80%	✓			

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX D'HOSPITALISATIONS - MPOC, INS. CARDIAQUE ET DIABÈTE - POPULATION DE 20 ANS ET PLUS (PAR 100 000 DE POPULATION)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé													
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS													
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation pour trois maladies chroniques spécifiques qui pourraient être traitées de manière plus appropriée et plus rentable dans un établissement de soins ambulatoires ou continuels. Les réductions des entrées pour ces trois conditions indiqueront l'efficacité des interventions axées sur la communauté et aideront à utiliser les ressources hospitalières pour des maladies aiguës moins évitables. Les conditions chroniques sont la MPOC, l'insuffisance cardiaque et le diabète. La cible est établie à 393.													
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Vitalité - 2018-2019 (T1 à T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux d'hospitalisation (par 100 000 de population)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>645</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,005</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1,202</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>654</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>754</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux d'hospitalisation (par 100 000 de population)	Zone 1B	645	Zone 4	1,005	Zone 5	1,202	Zone 6	654	N.-B.	754
Zone	Taux d'hospitalisation (par 100 000 de population)													
Zone 1B	645													
Zone 4	1,005													
Zone 5	1,202													
Zone 6	654													
N.-B.	754													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats représentent le cumulatif du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019. La Zone 5 présente le taux le plus élevé tandis que la Zone 1B présente le taux le plus faible. Les zones 4 et 5 présentent des taux plus élevés que le moyenne du Nouveau-Brunswick.													
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées.													
INITIATIVES	Deux campagnes de promotion de la santé sur l'obésité et le tabagisme auront été menées en collaboration avec les partenaires concernés.	✓												
	Intensifier des solutions de rechange à l'hospitalisation pour la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque.	✓												
	Déploiement du Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac (MOAT) à l'échelle régionale	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DE PATIENTS TRAITÉS DANS LES 40 JOURS – ADULTES À PRIORITÉ MODÉRÉE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé																	
LEADERSHIP	Jacques Duclos																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																	
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. Cet indicateur se calcule en divisant le nombre de clients de catégorie modérée vu dans les jours divisés par le nombre total de clients dans cette catégorie.																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>40.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>28.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>87.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>40.0%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>47.8%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>45.9%</td> </tr> <tr> <td>N-B</td> <td>46.8%</td> </tr> </tbody> </table>		Catégorie	Pourcentage	Zone 1B	40.4%	Zone 4	28.3%	Zone 5	87.5%	Zone 6	40.0%	Vitalité	47.8%	Horizon	45.9%	N-B	46.8%
Catégorie	Pourcentage																	
Zone 1B	40.4%																	
Zone 4	28.3%																	
Zone 5	87.5%																	
Zone 6	40.0%																	
Vitalité	47.8%																	
Horizon	45.9%																	
N-B	46.8%																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (87.5 %) tandis que la Zone 4 présente le pourcentage le plus faible (28.3 %). Le Réseau de santé Vitalité présente un pourcentage plus élevé que le Réseau de santé Horizon (47.8 % vs 45.9 %).																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur inclus les adultes seulement.																	
INITIATIVES	Adopter une approche intégrer dans le continuum de soins comme alternative à l'hospitalisation en psychiatrie.	✓																
	Un processus de planification de congé sera établi avec le ministère du Développement social et nos autres partenaires concernés pour la clientèle du CHR	✓																
	L'utilisation des unités de crise mobile déjà en place sera augmentée de 20%.	✓																

FICHE EXPLICATIVE

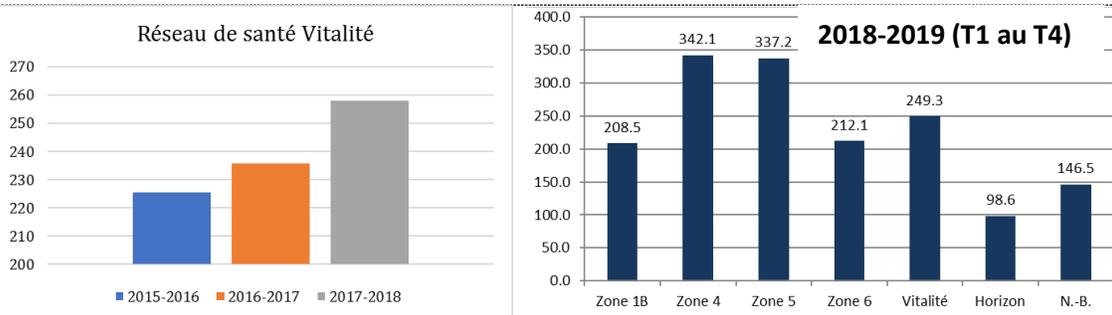
Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DE RÉADMISSION À L'INTÉRIEUR DE 30 JOURS SUITE À UN CONGÉ DE SANTÉ MENTALE																											
RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé																										
LEADERSHIP	Jacques Duclos																										
FRÉQUENCE	Trimestrielle																										
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS																										
DÉFINITION	<p>Une réadmission aux soins pour patients hospitalisés peut constituer un indicateur de rechute ou de complications après une hospitalisation. Les soins aux patients hospitalisés qui vivent avec une maladie mentale visent à stabiliser les symptômes aigus. Une fois son état stabilisé, la personne obtient son congé; elle reçoit des soins ultérieurs dans le cadre de programmes de traitement offerts dans la collectivité ou en consultation externe afin de prévenir une rechute ou des complications. Des taux élevés de réadmission dans les 30 jours pourraient être interprétés comme une conséquence directe d'une lacune au niveau de la coordination des services ou comme une conséquence indirecte d'un manque au niveau de la continuité des services offerts après la sortie du patient.</p>																										
RÉSULTATS	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Réseau de santé Vitalité</p> <table border="1"> <tr><th>Période</th><th>Pourcentage</th></tr> <tr><td>2015-2016</td><td>8.0%</td></tr> <tr><td>2016-2017</td><td>9.8%</td></tr> <tr><td>2017-2018</td><td>10.0%</td></tr> <tr><td>2018-2019</td><td>8.0%</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>2018-2019 (T1 au T4)</p> <table border="1"> <tr><th>Zone</th><th>Pourcentage</th></tr> <tr><td>Zone 1B</td><td>7.0%</td></tr> <tr><td>Zone 4</td><td>7.1%</td></tr> <tr><td>Zone 5</td><td>10.8%</td></tr> <tr><td>Zone 6</td><td>8.7%</td></tr> <tr><td>Vitalité</td><td>8.1%</td></tr> <tr><td>Horizon</td><td>8.3%</td></tr> <tr><td>N.-B.</td><td>8.2%</td></tr> </table> </div> </div>	Période	Pourcentage	2015-2016	8.0%	2016-2017	9.8%	2017-2018	10.0%	2018-2019	8.0%	Zone	Pourcentage	Zone 1B	7.0%	Zone 4	7.1%	Zone 5	10.8%	Zone 6	8.7%	Vitalité	8.1%	Horizon	8.3%	N.-B.	8.2%
Période	Pourcentage																										
2015-2016	8.0%																										
2016-2017	9.8%																										
2017-2018	10.0%																										
2018-2019	8.0%																										
Zone	Pourcentage																										
Zone 1B	7.0%																										
Zone 4	7.1%																										
Zone 5	10.8%																										
Zone 6	8.7%																										
Vitalité	8.1%																										
Horizon	8.3%																										
N.-B.	8.2%																										
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (10.8 %) tandis que la Zone 1B présente le pourcentage le plus faible (7.0 %). Depuis 2017-2018, le pourcentage de réadmission semble diminuer au sein du Réseau de santé Vitalité.</p>																										
LIMITES DE L'INDICATEUR	<p>Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont : les troubles liés à la consommation de substances, la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques, les troubles d'humeur ou affectifs, les troubles anxieux, certains troubles de personnalité et du comportement chez adulte.</p>																										
INITIATIVES	<p>Les taux d'admission et de réadmission des patients en santé mentale auront atteint 9%. ✓</p>																										
	<p>Les services de télésanté seront développés en psychiatrie. ✓</p>																										
	<p>Le programme de prévention dans le traitement des dépendances chez les jeunes sera révisé. ✓</p>																										

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX BRUT DE CONGÉ EN SANTÉ MENTALE PAR 100 000 HABITANT

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé	
LEADERSHIP	Jacques Duclos	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS	
DÉFINITION	Cet indicateur est une mesure de l'utilisation des services hospitaliers. Il s'agit du nombre total de sorties des hôpitaux de patients hospitalisés en raison d'une maladie mentale dans une région donnée au cours d'une période déterminée.	
RÉSULTATS		
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le taux brut de congé en santé mental est à la hausse depuis 2015-2016. Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 4 présente le taux le plus élevé (342.1) tandis que la Zone 1B présente le taux le plus faible (208.5). Le Réseau de santé Horizon présente un taux significativement plus faible que le Réseau de santé Vitalité.	
LIMITES DE L'INDICATEUR	La population de la Zone 1B utilisée représente 43 % de la population totale de la Zone 1 de Statistiques Canada.	
INITIATIVES	Les taux d'admission et de réadmission des patients en santé mentale auront atteint 9%.	✓
	Les services de télésanté seront développés en psychiatrie.	✓
	Le programme de prévention dans le traitement des dépendances chez les jeunes sera révisé.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

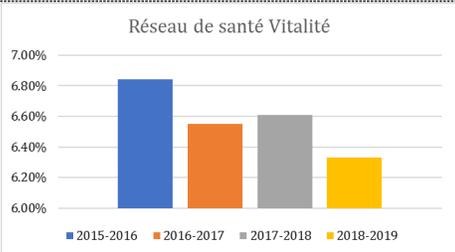
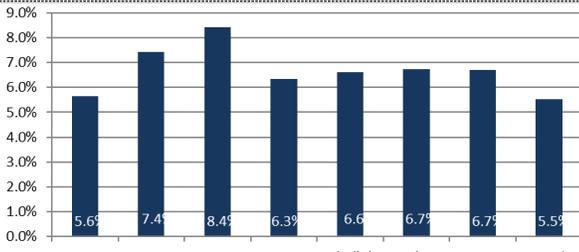
TAUX DE RÉADMISSION 30 JOURS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé									
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Trimestrielle									
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS									
DÉFINITION	<p>Cet indicateur concerne le nombre de patients réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie initiale. Il se calcule en divisant le nombre de réadmissions observées par le nombre de réadmissions prévues, puis en multipliant par le taux moyen au Canada. La réadmission d'urgence à l'hôpital est pénible pour le patient et coûteuse pour le système de santé. Bien que toutes les réadmissions ne peuvent pas être évitées, le taux peut être réduit par un meilleur suivi et une bonne coordination des soins dispensés aux patients après leur sortie.</p>									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité - Taux de réadmission à l'intérieur de 30 jours</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de réadmission</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015-2016</td> <td>~8.52</td> </tr> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~8.70</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~8.70</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux de réadmission	2015-2016	~8.52	2016-2017	~8.70	2017-2018	~8.70
Période	Taux de réadmission									
2015-2016	~8.52									
2016-2017	~8.70									
2017-2018	~8.70									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2015-2016, le taux de réadmission à l'intérieur de 30 jours est demeuré stable au sein du Réseau de santé Vitalité.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur ne précise pas les raisons des réadmissions.									
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.	✓								
	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓								
	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% DE CONGÉS POUR DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé																													
LEADERSHIP	Stéphane Legacy, Dre.Desrosiers, Johanne Roy																													
FRÉQUENCE	Trimestrielle																													
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS																													
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. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins primaires appropriés.																													
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015-2016</td> <td>6.8%</td> </tr> <tr> <td>2016-2017</td> <td>6.5%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>6.5%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>6.3%</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Pourcentage	2015-2016	6.8%	2016-2017	6.5%	2017-2018	6.5%	2018-2019	6.3%	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.6%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>7.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>8.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>6.3%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>6.6%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>6.7%</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>6.7%</td> </tr> <tr> <td>Canada</td> <td>5.5%</td> </tr> </tbody> </table>	Région	Pourcentage	Zone 1B	5.6%	Zone 4	7.4%	Zone 5	8.4%	Zone 6	6.3%	Vitalité	6.6%	Horizon	6.7%	N.-B.	6.7%	Canada	5.5%
Année	Pourcentage																													
2015-2016	6.8%																													
2016-2017	6.5%																													
2017-2018	6.5%																													
2018-2019	6.3%																													
Région	Pourcentage																													
Zone 1B	5.6%																													
Zone 4	7.4%																													
Zone 5	8.4%																													
Zone 6	6.3%																													
Vitalité	6.6%																													
Horizon	6.7%																													
N.-B.	6.7%																													
Canada	5.5%																													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (8.4 %) tandis que la Zone 1B présente le pourcentage le plus faible (5.6 %). Depuis 2015-2016, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires semble diminuer au sein du Réseau de santé Vitalité.																													
LIMITES DE L'INDICATEUR	Il y a 7 conditions propices aux soins ambulatoires: épilepsie et autre état de mal épileptique; maladies pulmonaires obstructives chroniques; asthme; insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire; hypertension; angine, diabète.																													
INITIATIVES	Établir une initiative visant à déterminer la durée de séjour lors de l'hospitalisation ou une gestion de l'épisode de soins pour les maladies chroniques (MPOC).	✓																												
	Les cliniques de MPOC seront décentralisées dans la communauté.	✓																												
	Les cliniques de diabète seront décentralisées dans la communauté.	✓																												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE DE PATIENTS QUI ONT QUITTÉ SANS AVOIR VU LE MÉDECIN (URGENCE)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé							
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers							
FRÉQUENCE	Trimestrielle							
SOURCE DE DONNÉES	Ipeople							
DÉFINITION	Cette mesure reflète le nombre de patients ayant quitté l'urgence sans avoir vu le médecin au sein du Réseau de santé Vitalité.							
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Nombre de patients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>4,253</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>3,623</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Nombre de patients	T1 2018-2019	4,253	T1 2019-2020	3,623
Trimestre	Nombre de patients							
T1 2018-2019	4,253							
T1 2019-2020	3,623							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats montrent qu'au premier trimestre de 2019-2020, 3,623 patients ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin tandis qu'au premier trimestre de 2018-2019, ce chiffre montait à 4,253.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	Le nombre de patients qui ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin est un nouvel indicateur. Les comparaisons ainsi que les tendances possibles sont limitées pour le moment. Les données sont présentées pour l'ensemble du Réseau de santé Vitalité.							
INITIATIVES	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓						
	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓						
	Régionaliser la programmation des services d'urgence.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT PAR HABITANT POUR LES SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés																	
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																	
FRÉQUENCE	Mensuelle																	
SOURCE DE DONNÉES	Système financier Meditech Réseau de santé Vitalité																	
DÉFINITION	Le coût par habitant pour le Réseau de santé Vitalité est le ratio entre le coût total des opérations (incluant les amortissements et l'assurance maladie) et la population. Il s'agit d'une mesure de l'efficacité des ressources dépensés en santé offerts à la population. La cible est calculée à partir du budget pour chaque période et divisé sur la population.																	
RÉSULTATS	<p style="text-align: right;">2019-2020 (T1)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Réseau de santé Vitalité</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Coût par habitant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1 2018-2019</td> <td>~\$2,820</td> </tr> <tr> <td>Q1 2019-2020</td> <td>~\$2,940</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>2019-2020 (T1)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût par habitant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>\$2,833</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>\$2,630</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>\$3,647</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>\$2,570</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>		Période	Coût par habitant	Q1 2018-2019	~\$2,820	Q1 2019-2020	~\$2,940	Zone	Coût par habitant	Zone 1B	\$2,833	Zone 4	\$2,630	Zone 5	\$3,647	Zone 6	\$2,570
Période	Coût par habitant																	
Q1 2018-2019	~\$2,820																	
Q1 2019-2020	~\$2,940																	
Zone	Coût par habitant																	
Zone 1B	\$2,833																	
Zone 4	\$2,630																	
Zone 5	\$3,647																	
Zone 6	\$2,570																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 4 présente le coût par habitant le moins élevé (2,630 \$) tandis que la Zone 5 présente le coût le plus élevé (3,646 \$).																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	Le coût par habitant exclu les dépenses reliées au Centre hospitalier Restigouche.																	
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.	✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

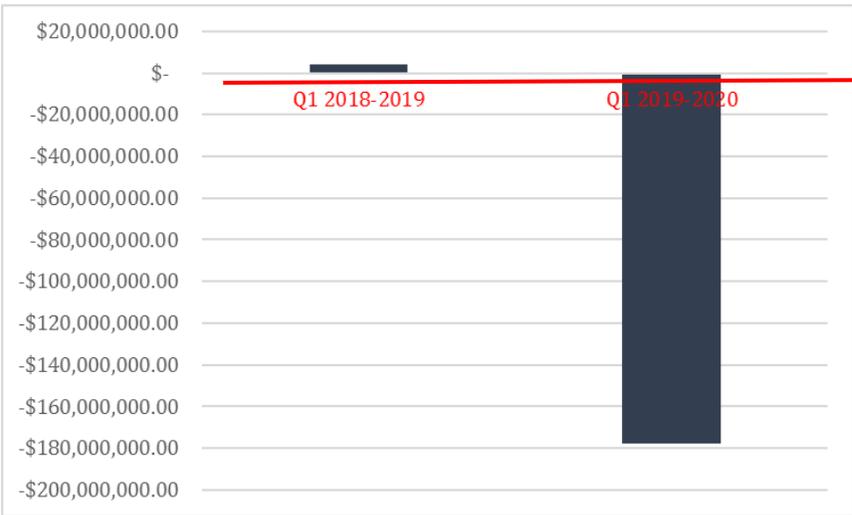
COÛT PAR JOUR PATIENT/UNITÉS SOINS INFIRMIERS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés																	
LEADERSHIP	Johanne Roy																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																	
SOURCE DE DONNÉES	MIS																	
DÉFINITION	<p>Cet indicateur reflète le coût direct des unités de soins (salaires et bénéfices du personnel infirmiers, médicaments, fournitures médicales et chirurgicales et autres fournitures d'opération) par jour de présence des patients hospitalisés. Cette donnée permet d'évaluer le niveau d'efficacité des unités de soins comparativement avec le Nouveau-Brunswick. L'objectif est de déterminer le coût des soins dispensés pour chaque jour de présence. Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses directes de fonctionnement des unités de soins infirmiers dans une période donnée par le nombre de jours de présence des patients hospitalisés durant la même période.</p>																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût par jour patient (en \$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>372.01</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>427.16</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>303.55</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>363.72</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>362.62</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>409.68</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>392.23</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Coût par jour patient (en \$)	Zone 1B	372.01	Zone 4	427.16	Zone 5	303.55	Zone 6	363.72	Vitalité	362.62	Horizon	409.68	N.-B.	392.23
Zone	Coût par jour patient (en \$)																	
Zone 1B	372.01																	
Zone 4	427.16																	
Zone 5	303.55																	
Zone 6	363.72																	
Vitalité	362.62																	
Horizon	409.68																	
N.-B.	392.23																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier trimestre de 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 4 présente le coût par habitant le moins élevé (2,630 \$) tandis que la Zone 5 présente le coût le plus élevé (3,646 \$). Le Réseau de santé Vitalité présente un coût moins élevé que le Réseau de santé Horizon.</p>																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																	
INITIATIVES	<p>Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.</p>	✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

VARIANCE ENTRE LE BUDGET ET LES DÉPENSES ACTUELLES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés						
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu						
FRÉQUENCE	Mensuelle						
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	 <table border="1"> <caption>Données du graphique de variance</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Variance (Budget - Dépenses)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1 2018-2019</td> <td>Surplus (positive)</td> </tr> <tr> <td>Q1 2019-2020</td> <td>Déficit (negative)</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Variance (Budget - Dépenses)	Q1 2018-2019	Surplus (positive)	Q1 2019-2020	Déficit (negative)
Période	Variance (Budget - Dépenses)						
Q1 2018-2019	Surplus (positive)						
Q1 2019-2020	Déficit (negative)						
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de 2019-2020 présentent un déficit tandis que le Réseau de santé Vitalité présentait un surplus au premier trimestre de 2018-2019.						
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'indique pas les raisons possibles du surplus ou du déficit présenté.						
INITIATIVES	À déterminer. ✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT PAR JOUR REPAS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés															
LEADERSHIP	Stéphane Legacy															
FRÉQUENCE	Mensuelle															
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech															
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les coûts des services alimentaires (salaires, bénéfices et fournitures d'opération) excluant les cafétérias par le nombre de jour repas (1 jour-repas = 3 repas).															
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût par jour repas (\$)</th> <th>Coût par jour repas (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>\$36.85</td> <td>30.42</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>\$47.74</td> <td>42.93</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>\$34.96</td> <td>31.10</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>\$41.83</td> <td>39.48</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Coût par jour repas (\$)	Coût par jour repas (%)	Zone 1B	\$36.85	30.42	Zone 4	\$47.74	42.93	Zone 5	\$34.96	31.10	Zone 6	\$41.83	39.48
Zone	Coût par jour repas (\$)	Coût par jour repas (%)														
Zone 1B	\$36.85	30.42														
Zone 4	\$47.74	42.93														
Zone 5	\$34.96	31.10														
Zone 6	\$41.83	39.48														
ANALYSE DES RÉSULTATS	La Zone 5 présente le coût par jour repas le moins élevé (34.96 \$) tandis que la Zone 4 présente le coût le plus élevé (47.74 \$).															
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'inclus pas l'ensemble des coûts des services alimentaires.															
INITIATIVES	Optimiser les services d'alimentation. ✓															

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT EN SALAIRES DU SERVICE DE L'ENVIRONNEMENT PAR PIED CARRÉ

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés												
LEADERSHIP	Stéphane Legacy												
FRÉQUENCE	Mensuelle												
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	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût en salaires par pied carré (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.64</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>5.48</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>3.71</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>4.86</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>4.83</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Coût en salaires par pied carré (\$)	Zone 1B	5.64	Zone 4	5.48	Zone 5	3.71	Zone 6	4.86	Vitalité	4.83
Zone	Coût en salaires par pied carré (\$)												
Zone 1B	5.64												
Zone 4	5.48												
Zone 5	3.71												
Zone 6	4.86												
Vitalité	4.83												
ANALYSE DES RÉSULTATS	La Zone 5 présente le coût par jour repas le moins élevé (3.63 \$) tandis que la Zone 1B présente le coût le plus élevé (5.64 \$). Dans la Zone 1B, le coût en salaires du service de l'environnement par pied carré au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont est de 5.72 \$.												
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.												
INITIATIVES	Optimiser les services de l'environnement ✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DES DÉPENSES ADMINISTRATIVES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés								
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech								
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses administratives (administration générale, gestion de la qualité, gestion de risques, etc.) par les dépenses totales.								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données du graphique</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1 2018-2019</td> <td>2.32%</td> </tr> <tr> <td>Q1 2019-2020</td> <td>2.51%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>3.40%</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Pourcentage	Q1 2018-2019	2.32%	Q1 2019-2020	2.51%	Cible	3.40%
Trimestre	Pourcentage								
Q1 2018-2019	2.32%								
Q1 2019-2020	2.51%								
Cible	3.40%								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales du Réseau au premier trimestre de 2019-2020 était de 2,51 % tandis que ce pourcentage était de 2.32 % au premier trimestre de 2018-2019. La cible est de 3.40 %.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	À déterminer. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DES DÉPENSES DE SOUTIEN PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés								
LEADERSHIP	Stéphane Legacy								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech								
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses des services de soutien (services alimentaires, entretien ménager, entretien des installations, admission, archives, ressources humaines, services financiers, etc.) par les dépenses totales.								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données du graphique</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1 2018-2019</td> <td>15.85%</td> </tr> <tr> <td>Q1 2019-2020</td> <td>16.40%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>16.20%</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Pourcentage	Q1 2018-2019	15.85%	Q1 2019-2020	16.40%	Cible	16.20%
Trimestre	Pourcentage								
Q1 2018-2019	15.85%								
Q1 2019-2020	16.40%								
Cible	16.20%								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales du Réseau au premier trimestre de 2019-2020 était de 16.40 % tandis que ce pourcentage était de 15.85 % au premier trimestre de 2018-2019. La cible est de 16.20 %.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	À déterminer. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DES DÉPENSES DANS LES PROGRAMMES CLINIQUES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés									
LEADERSHIP	Stéphane Legacy, Jacques Duclos, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech									
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant les dépenses des programmes cliniques (services aux patients hospitalisés, services diagnostiques, thérapeutiques, tertiaires, services ambulatoires, etc.) par les dépenses totales.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données du graphique à barres</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage des dépenses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1 2018-2019</td> <td>56.43%</td> </tr> <tr> <td>Q1 2019-2020</td> <td>55.71%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>55.33%</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Pourcentage des dépenses	Q1 2018-2019	56.43%	Q1 2019-2020	55.71%	Cible	55.33%
Trimestre	Pourcentage des dépenses									
Q1 2018-2019	56.43%									
Q1 2019-2020	55.71%									
Cible	55.33%									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales du Réseau au premier trimestre de 2019-2020 était de 55.71 % tandis que ce pourcentage était de 56.43 % au premier trimestre de 2018-2019. La cible est de 55.33 %.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.									
INITIATIVES	Procéder à l'élaboration d'un plan directeur pour la planification fonctionnelle de nos établissements.	✓								
	Des unités de cliniques apprenantes seront créées.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT D'OPÉRATION DES LABORATOIRES/UNITÉ DE CHARGE DE TRAVAIL

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés																
LEADERSHIP	Stéphane Legacy																
FRÉQUENCE	Mensuelle																
SOURCE DE DONNÉES	MIS																
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le coût direct moyen par unité de charge de travail dans les services de laboratoire. Les coûts d'opération des laboratoires représentent une proportion importante des coûts d'opération pour des services diagnostiques et ceux-ci sont affectés par la productivité des équipements et du personnel. Un coût par charge de travail permet de comparer la performance des divers services de laboratoire et d'évaluer leur efficience.																
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1.30</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1.21</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1.12</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>1.03</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>1.18</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>0.99</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>1.06</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Coût (\$)	Zone 1B	1.30	Zone 4	1.21	Zone 5	1.12	Zone 6	1.03	Vitalité	1.18	Horizon	0.99	N.-B.	1.06
Zone	Coût (\$)																
Zone 1B	1.30																
Zone 4	1.21																
Zone 5	1.12																
Zone 6	1.03																
Vitalité	1.18																
Horizon	0.99																
N.-B.	1.06																
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 6 présente le coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail le moins élevé (1.03 \$) tandis que la Zone 1B présente le coût le plus élevé (1.30 \$). Le réseau de santé Vitalité présente un coût plus élevé que le Réseau de santé Horizon (1.18 \$ vs 0.99 \$).																
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																
INITIATIVES	Poursuivre le processus de restructuration des laboratoires avec un arrimage entre la clinique et le médical. ✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

VARIANCE EN SALAIRES ET BÉNÉFICES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés						
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu						
FRÉQUENCE	Mensuelle						
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. La cible est établie à 0 \$.						
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Variance (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>13,069,919</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>(116,046,946)</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Variance (\$)	T1 2018-2019	13,069,919	T1 2019-2020	(116,046,946)
Trimestre	Variance (\$)						
T1 2018-2019	13,069,919						
T1 2019-2020	(116,046,946)						
ANALYSE DES RÉSULTATS	La variance en salaires et bénéfices au premier trimestre de 2019-2020 était de (116,046,946) \$ tandis que la variance en salaires et bénéfices était de 13,069,919 \$ (surplus) au premier trimestre de 2018-2019.						
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.						
INITIATIVES	À déterminer. ✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

VARIANCE EN DÉPENSES MÉDICAMENTS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés						
LEADERSHIP	Stéphane Legacy						
FRÉQUENCE	Mensuelle						
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech						
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les médicaments comparativement au budget. La cible est établie à 0 \$.						
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Variance (en \$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>-1,295,672</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>-9,295,842</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Variance (en \$)	T1 2018-2019	-1,295,672	T1 2019-2020	-9,295,842
Trimestre	Variance (en \$)						
T1 2018-2019	-1,295,672						
T1 2019-2020	-9,295,842						
ANALYSE DES RÉSULTATS	La variance en dépenses médicaments au premier trimestre de 2019-2020 était de (9,295,842) \$ tandis que la variance en dépenses médicaments était de (1,295,672) \$ au premier trimestre de 2018-2019.						
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.						
INITIATIVES	La gestion des ordonnances pharmacologiques sera informatisée. ✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

VARIANCE EN FOURNITURES MÉDICALES ET CHIRURGICALES, AUTRES DÉPENSES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés							
LEADERSHIP	Johanne Roy							
FRÉQUENCE	Mensuelle							
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech							
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les fournitures médicales et chirurgicales et autres dépenses comparativement au budget. La cible est établie à 0 \$.							
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité - T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Variance (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>833,645</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>(36,496,431)</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Variance (\$)	T1 2018-2019	833,645	T1 2019-2020	(36,496,431)
Trimestre	Variance (\$)							
T1 2018-2019	833,645							
T1 2019-2020	(36,496,431)							
ANALYSE DES RÉSULTATS	La variance en fournitures médicales et chirurgicales au premier trimestre de 2019-2020 était de (36,496,431) \$ tandis que la variance en fournitures médicales et chirurgicales était de (833,645) \$ au premier trimestre de 2018-2019.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.							
INITIATIVES	Sortir les chirurgies de cataracte et cystoscopie de la salle d'opération et diriger les patients en clinique externe dans la Zone 4.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

COÛT EN ÉNERGIE PAR PIED CARRÉ

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Investissements ciblés																		
LEADERSHIP	Stéphane Legacy																		
FRÉQUENCE	Mensuelle																		
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech																		
DÉFINITION	Cet indicateur reflète les coûts de l'électricité, l'huile et gaz naturel dans les hôpitaux par pied carré. La cible pour le Réseau de santé Vitalité est établie à 5.54 \$.																		
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Coût en énergie par pied carré (\$)</th> <th>Cible (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>4.90</td> <td>5.83</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>5.55</td> <td>6.51</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5.02</td> <td>4.29</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>5.06</td> <td>5.94</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>5.58</td> <td>5.54</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Coût en énergie par pied carré (\$)	Cible (\$)	Zone 1B	4.90	5.83	Zone 4	5.55	6.51	Zone 5	5.02	4.29	Zone 6	5.06	5.94	Vitalité	5.58	5.54
Zone	Coût en énergie par pied carré (\$)	Cible (\$)																	
Zone 1B	4.90	5.83																	
Zone 4	5.55	6.51																	
Zone 5	5.02	4.29																	
Zone 6	5.06	5.94																	
Vitalité	5.58	5.54																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	La Zone 1B présente le coût en énergie par pied carré le moins élevé (4.90 \$) tandis que la Zone 4 présente le coût le plus élevé (5.55 \$).																		
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																		
INITIATIVES	À déterminer. ✓																		

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

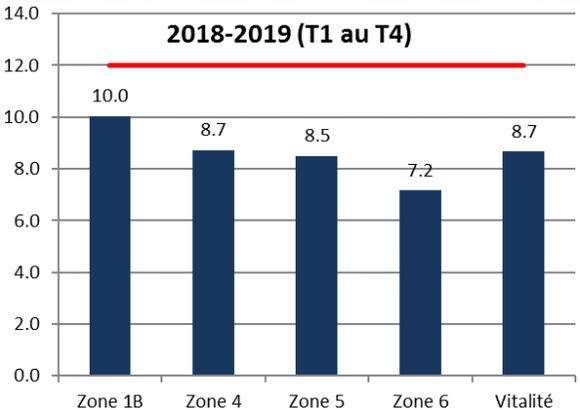
% DE JOURS D'HOSPITALISATION AU-DELÀ DE CEUX PRÉVUS PAR L'ICIS POUR LES CAS TYPIQUES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	3M													
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.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>4.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>12.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>-5.7%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>5.5%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Pourcentage	Zone 1B	10.4%	Zone 4	4.5%	Zone 5	12.4%	Zone 6	-5.7%	Vitalité	5.5%
Zone	Pourcentage													
Zone 1B	10.4%													
Zone 4	4.5%													
Zone 5	12.4%													
Zone 6	-5.7%													
Vitalité	5.5%													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. Seule la Zone 6 présente un pourcentage de jours d'hospitalisation inférieur de celui prévu par l'ICIS pour les cas typiques. La Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (12.4 %).													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	Établir une initiative visant à déterminer la durée de séjour lors de l'hospitalisation ou une gestion de l'épisode de soins pour les MPOC.	✓												
	Intensifier des solutions de rechange à l'hospitalisation pour la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque.	✓												
	La cogestion de la durée de séjour sera mise en place.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE MOYEN DE JOUR D'HOSPITALISATION EN SOINS AIGUS CHEZ LES 65 ANS ET PLUS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	3M													
DÉFINITION	<p>La durée moyenne de séjour fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une même période par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. La DMS est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité. Un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients vers des services moins onéreux. Toutefois, un séjour plus court exige généralement une intensité de services plus élevée et coûte plus cher par journée d'hospitalisation. Un séjour trop court peut aussi compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. La cible est établie à 12.</p>													
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Moyenne de jours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>8.7</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>7.2</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>8.7</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Moyenne de jours	Zone 1B	10.0	Zone 4	8.7	Zone 5	8.5	Zone 6	7.2	Vitalité	8.7
Zone	Moyenne de jours													
Zone 1B	10.0													
Zone 4	8.7													
Zone 5	8.5													
Zone 6	7.2													
Vitalité	8.7													
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 6 présente la moyenne de jours d'hospitalisations en soins aigus la plus basse (7.2) tandis que la Zone 1B présente la moyenne la plus haute (10.0).</p>													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	Assurer une meilleure prise en charge de la clientèle gériatrique.	✓												
	Les pratiques exemplaires des services aux aînés seront appliqués.	✓												
	Un programme de consultation multidisciplinaire en résidence de niveau 2 et foyer de niveau 3 sera mis en place.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CÉSARIENNE À FAIBLES RISQUES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins																	
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																	
SOURCE DE DONNÉES	3M																	
DÉFINITION	<p>Cet indicateur mesure le taux d'accouchements par césarienne pour les grossesses qui ne sont pas à risque (à terme, présentation du sommet, naissance unique) chez des femmes ne souffrant pas de placenta prævia et sans antécédents de césarienne. Puisque les accouchements par césarienne non nécessaires entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et sont associés à des coûts plus élevés, le taux de césariennes sert souvent à surveiller les pratiques cliniques. Il est implicitement entendu que des taux faibles signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. Cependant, les variations dans les taux peuvent signaler la nécessité d'examiner la pertinence des soins et les résultats pour la mère et le nouveau-né.</p>																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Taux de césarienne par zone (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>11.9%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>10.1%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>6.6%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>13.0%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité Horizon</td> <td>10.9%</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>8.1%</td> </tr> <tr> <td>Canada</td> <td>8.9%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux (%)	Zone 1B	11.9%	Zone 4	10.1%	Zone 5	6.6%	Zone 6	13.0%	Vitalité Horizon	10.9%	N.-B.	8.1%	Canada	8.9%
Zone	Taux (%)																	
Zone 1B	11.9%																	
Zone 4	10.1%																	
Zone 5	6.6%																	
Zone 6	13.0%																	
Vitalité Horizon	10.9%																	
N.-B.	8.1%																	
Canada	8.9%																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier au quatrième trimestre de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le taux de césarienne le plus faible (6.6 %) tandis que la Zone 6 présente le taux le plus élevé (13.0 %). Comparativement au Réseau de santé Horizon ainsi qu'au Canada, le Réseau de santé Vitalité présente un taux de césarienne plus élevé.</p>																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																	
INITIATIVES	À déterminer.	✓																
		✓																
		✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CHUTES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Mensuelle													
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. Les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Elles présentent également un potentiel de litige. La cible est de 5 % selon le benchmark national.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Mars 2019 - Taux de chutes par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux de chutes (par 1 000 jours patients)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>6.12</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>6.36</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>7.28</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3.84</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>5.86</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux de chutes (par 1 000 jours patients)	Zone 1B	6.12	Zone 4	6.36	Zone 5	7.28	Zone 6	3.84	Vitalité	5.86
Zone	Taux de chutes (par 1 000 jours patients)													
Zone 1B	6.12													
Zone 4	6.36													
Zone 5	7.28													
Zone 6	3.84													
Vitalité	5.86													
ANALYSE DES RÉSULTATS	En mars 2019, la Zone 5 présentait le taux de chutes le plus élevé (7.28) tandis que la Zone 6 présentait le taux de chutes le plus faible (3.84). Seule la Zone 6 présentait un résultat inférieur à la cible.													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	À déterminer.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CHUTES AVEC BLESSURES GRAVES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Mensuelle													
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients													
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le nombre de chute avec blessures graves 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. Les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Elles présentent également un potentiel de litige. La cible est établie à 0.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Mars 2019</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux de chutes avec blessures graves</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>0.047</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>0.103</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>0.042</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>0.040</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>0.053</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux de chutes avec blessures graves	Zone 1B	0.047	Zone 4	0.103	Zone 5	0.042	Zone 6	0.040	Vitalité	0.053
Zone	Taux de chutes avec blessures graves													
Zone 1B	0.047													
Zone 4	0.103													
Zone 5	0.042													
Zone 6	0.040													
Vitalité	0.053													
ANALYSE DES RÉSULTATS	En mars 2019, la Zone 4 présentait le taux de chutes avec blessures graves le plus élevé (0.103) tandis que la zone 6 présentait le taux le plus faible (0.040). Toutes les zones présentaient un résultat supérieur à la cible.													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	À déterminer.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

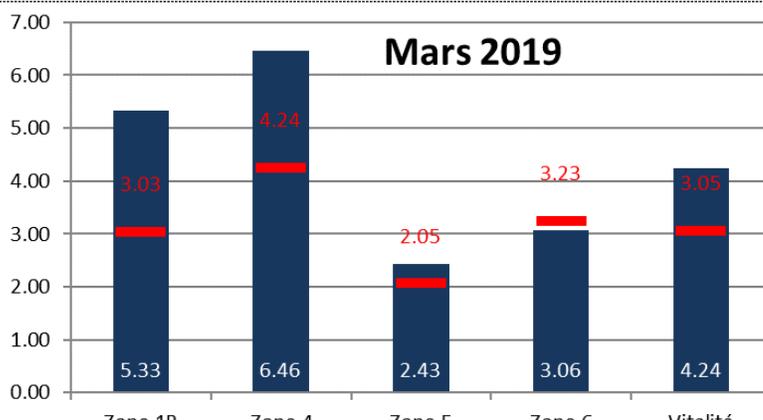
TAUX D'INCIDENT AVEC BLESSURES GRAVES (EXCLUANT LES CHUTES)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins												
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers												
FRÉQUENCE	Mensuelle												
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients												
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'incidents avec blessures graves à l'hôpital par 10 000 jours patients. Un incident est un événement qui résulte ou peut résulter en une blessure ou perte pour: patient, employés, médecins, visiteurs, étudiants, ou dommage aux biens. Chaque incident est assigné une catégorie de gravité. La cible est établie à 0.												
RÉSULTATS	<p>Mars 2019</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Taux d'incident</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>0.078</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>0.103</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>0.021</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>0.060</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>0.064</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Taux d'incident	Zone 1B	0.078	Zone 4	0.103	Zone 5	0.021	Zone 6	0.060	Vitalité	0.064
Catégorie	Taux d'incident												
Zone 1B	0.078												
Zone 4	0.103												
Zone 5	0.021												
Zone 6	0.060												
Vitalité	0.064												
ANALYSE DES RÉSULTATS	En mars 2019, la Zone 4 présentait le taux d'incident avec blessures graves le plus élevé (0.103) tandis que la Zone 5 présentait le taux le plus faible (0.021). Toutes les zones présentaient un résultat supérieur à la cible.												
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'inclus pas nécessairement tous les incidents.												
INITIATIVES	À déterminer. ✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX D'ERREURS DES MÉDICAMENTS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Stéphane Legacy, Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy, Gisèle Beaulieu													
FRÉQUENCE	Mensuelle													
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients													
DÉFINITION	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. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins des santé.													
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Mars 2019</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux d'erreurs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.33</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>6.46</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>2.43</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3.06</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>4.24</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux d'erreurs	Zone 1B	5.33	Zone 4	6.46	Zone 5	2.43	Zone 6	3.06	Vitalité	4.24
Zone	Taux d'erreurs													
Zone 1B	5.33													
Zone 4	6.46													
Zone 5	2.43													
Zone 6	3.06													
Vitalité	4.24													
ANALYSE DES RÉSULTATS	En mars 2019, la Zone 4 présentait le taux d'erreurs des médicaments le plus élevé (6.46) tandis que la Zone 5 présentait le taux le plus faible (2.43).													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	La gestion des ordonnances pharmacologiques sera informatisée.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CONFORMITÉ À L'HYGIÈNE DES MAINS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins							
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Stéphane Legacy, Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy							
FRÉQUENCE	Mensuelle							
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. La cible est établie à 90 %.							
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de conformité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>81%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux de conformité	2017-2018	83%	2018-2019	81%
Période	Taux de conformité							
2017-2018	83%							
2018-2019	81%							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein du Réseau de santé Vitalité a diminué depuis 2017-2018.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les audits incluent non seulement l'observation de l'hygiène des mains (fait ou non) mais aussi le respect de la procédure (ex. friction au moins 15 secondes, fermer robinet avec papier) et aussi le port de bijoux/bagues. Donc si la procédure ou le port de bijoux/bagues n'est pas respecté ceci compte comme une non-conformité.							
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques régionale au niveau de la chefferie médicale.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX D'INFECTION CLOSTRIDIUM DIFFICILE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins								
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
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. Les personnes âgées ayant des problèmes de santé et hospitalisées sont plus à risque d'être infectées. La prise d'antibiotiques est, dans la majorité des cas, le facteur précipitant. Afin de procurer un environnement sécuritaire, on doit monitorer le taux de cette infection et agir pour en prévenir la transmission.								
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Réseau de santé Vitalité</p> <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité - Taux d'infection au Clostridium difficile</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~1.4</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>2.0</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Taux	2016-2017	~1.4	2017-2018	2.0	2018-2019	2.0
Période	Taux								
2016-2017	~1.4								
2017-2018	2.0								
2018-2019	2.0								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2016-2017, le taux d'infection au Clostridium difficile est à la hausse.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques régionale au niveau de la chefferie médicale. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

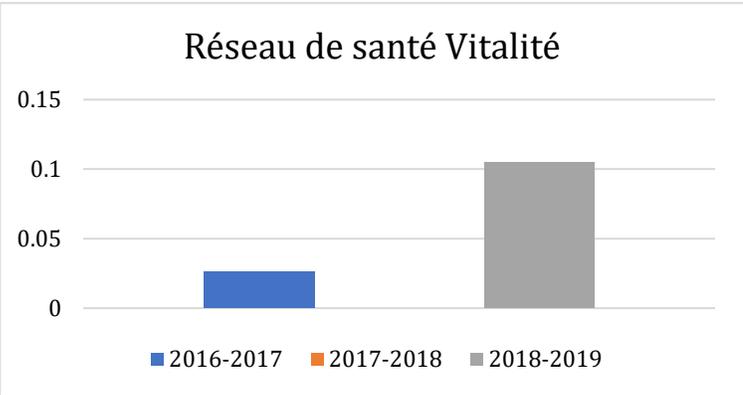
TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION AU SARM

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
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	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>0.10</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>0.16</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>0.24</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux	2016-2017	0.10	2017-2018	0.16	2018-2019	0.24
Période	Taux									
2016-2017	0.10									
2017-2018	0.16									
2018-2019	0.24									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2016-2017, le taux d'infection et de colonisation au SARM est à la hausse.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.									
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques régionale au niveau de la chefferie médicale.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION ERV

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé									
DÉFINITION	<p>Les bactéries entérocoques résistantes à la vancomycine (ERV) sont des bactéries qu'on trouve habituellement dans l'intestin et les selles ou sur les parties génitales des personnes. En général, les entérocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections urinaires, des infections de plaies et, plus rarement, des infections du sang. Ces infections sont acquises lors d'un séjour dans un établissement de soins et sont difficilement traitables par les antibiotiques. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.</p>									
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux d'infection et de colonisation ERV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~0.03</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~0.03</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>~0.11</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux d'infection et de colonisation ERV	2016-2017	~0.03	2017-2018	~0.03	2018-2019	~0.11
Période	Taux d'infection et de colonisation ERV									
2016-2017	~0.03									
2017-2018	~0.03									
2018-2019	~0.11									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2016-2017, le taux d'infection et de colonisation ERV est à la hausse.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.									
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques régionale au niveau de la chefferie médicale.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

RATIO NORMALISÉ DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS													
DÉFINITION	Il s'agit du ratio entre le nombre réel de décès en soins de courte durée et le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections responsables de 80 % de la mortalité hospitalière. Un ratio de 100 signifie qu'il n'y a pas de différence entre le taux de mortalité de l'établissement et le taux de mortalité moyen. La cible est de 89 %.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>T1 au T4</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Ratio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>124</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>116</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>111</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Ratio	Zone 1B	124	Zone 4	116	Zone 5	98	Zone 6	99	Vitalité	111
Zone	Ratio													
Zone 1B	124													
Zone 4	116													
Zone 5	98													
Zone 6	99													
Vitalité	111													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats de l'année 2018-2019 (premier trimestre au quatrième trimestre) sont présentés par zone. La Zone 5 présente le ratio normalisé de mortalité hospitalière le plus faible (98) et la Zone 1B présente le ratio le plus élevé (124).													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	Effectuer les revues de mortalité et morbidité à l'échelle du Réseau.	✓												
	Mettre en place le programme ERAS afin de diminuer les complications chirurgicales et le temps de séjour.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (DMS) DE L'ENSEMBLE DES CAS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins																		
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy																		
FRÉQUENCE	Trimestrielle																		
SOURCE DE DONNÉES	3M																		
DÉFINITION	La durée moyenne de séjour (DMS) fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est généralement obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une même période par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. La DMS est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité. Un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients vers des services moins onéreux. Toutefois, un séjour plus court exige généralement une intensité de services plus élevée et coûte plus cher par journée d'hospitalisation. Un séjour trop court peut aussi compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission.																		
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>DMS (Valeur)</th> <th>Cible (Valeur)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10.99</td> <td>10.56</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>9.73</td> <td>10.03</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>12.29</td> <td>9.90</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>10.45</td> <td>10.11</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>10.73</td> <td>10.22</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	DMS (Valeur)	Cible (Valeur)	Zone 1B	10.99	10.56	Zone 4	9.73	10.03	Zone 5	12.29	9.90	Zone 6	10.45	10.11	Vitalité	10.73	10.22
Zone	DMS (Valeur)	Cible (Valeur)																	
Zone 1B	10.99	10.56																	
Zone 4	9.73	10.03																	
Zone 5	12.29	9.90																	
Zone 6	10.45	10.11																	
Vitalité	10.73	10.22																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats de l'année 2018-2019 (premier trimestre au quatrième trimestre) sont présentés par zone. La Zone 5 présente la durée moyenne de séjour la plus élevée (12.29) et la Zone 4 présente la DMS la plus basse (9.73).																		
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																		
INITIATIVES	<p>Mettre en place le programme ERAS afin de diminuer les complications chirurgicales et le temps de séjour.</p> <p>La cogestion de la durée de séjour sera mise en place.</p>																		

FICHE EXPLICATIVE

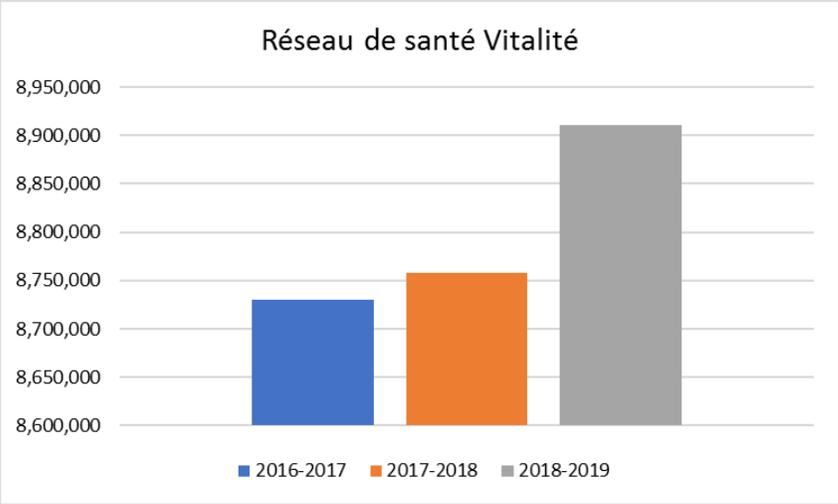
Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

JOURS-PATIENTS									
RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins								
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Johanne Roy								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	MIS								
DÉFINITION	Cette mesure indique les jours-patients au sein du Réseau de santé Vitalité. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Jours-patients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>379,893</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>374,079</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>374,079</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Jours-patients	2016-2017	379,893	2017-2018	374,079	2018-2019	374,079
Période	Jours-patients								
2016-2017	379,893								
2017-2018	374,079								
2018-2019	374,079								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, les jours-patients ont diminué, passant de 379,893 jours-patients en 2016-2017 à 374,079 jours-patients en 2018-2019.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.								
INITIATIVES	À déterminer. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

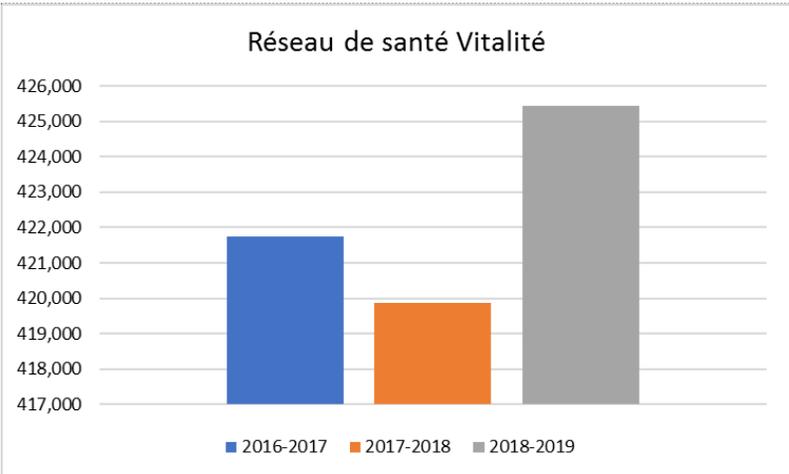
NOMBRE DE PROCÉDURES AUX LABORATOIRES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Stéphane Legacy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de procédures effectuées aux laboratoires. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de procédures</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>8,730,270</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>8,750,000</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>8,911,305</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de procédures	2016-2017	8,730,270	2017-2018	8,750,000	2018-2019	8,911,305
Période	Nombre de procédures									
2016-2017	8,730,270									
2017-2018	8,750,000									
2018-2019	8,911,305									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de procédures aux laboratoires a légèrement augmenté, passant de 8,730,270 procédures en 2016-2017 à 8,911,305 procédures en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	Poursuivre le processus de restructuration des laboratoires avec un arrimage entre la clinique et le médical.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

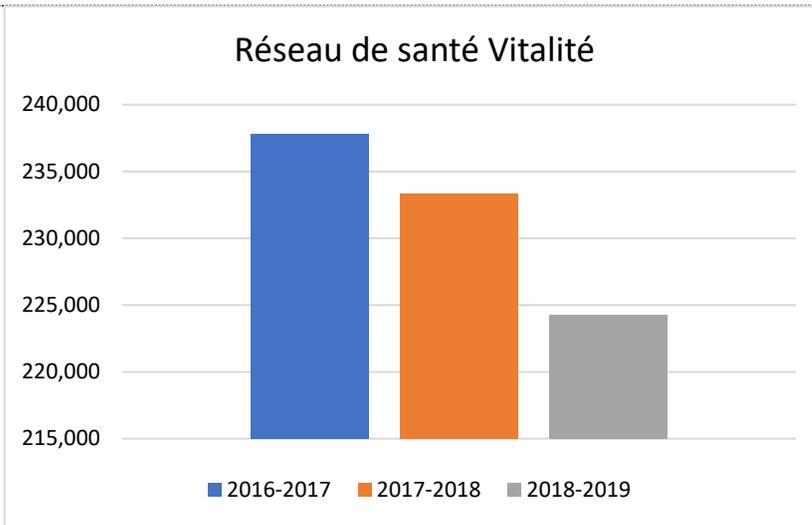
NOMBRE D'EXAMENS EN IMAGERIE MÉDICALE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Stéphane Legacy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre d'examens en imagerie médicale. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre d'examens</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~421,800</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>419,870</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>425,436</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre d'examens	2016-2017	~421,800	2017-2018	419,870	2018-2019	425,436
Période	Nombre d'examens									
2016-2017	~421,800									
2017-2018	419,870									
2018-2019	425,436									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2017-2018 et 2018-2019, le nombre d'examens en imagerie médicale a augmenté, passant de 419,870 examens en 2017-2018 à 425,436 examens en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	À déterminer.	✓								
		✓								
		✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

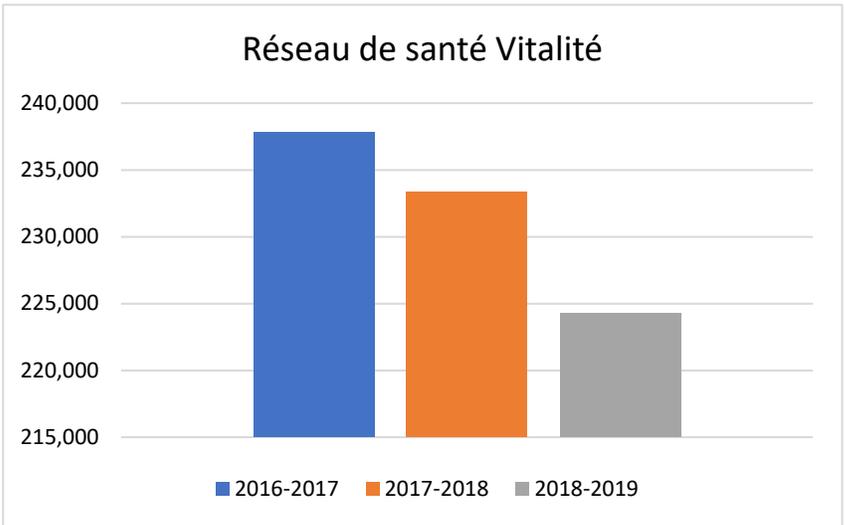
NOMBRE DE CAS AU BLOC OPÉRATOIRE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de cas au bloc opératoire. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de cas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>21,068</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>20,312</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>20,312</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de cas	2016-2017	21,068	2017-2018	20,312	2018-2019	20,312
Période	Nombre de cas									
2016-2017	21,068									
2017-2018	20,312									
2018-2019	20,312									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de cas au bloc opératoire a diminué, passant de 21,068 cas en 2016-2017 à 20,312 cas en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓								
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE DE VISITES EN HÉMODIALYSE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins								
LEADERSHIP	Johanne Roy								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	MIS								
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de visites en hémodialyse. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.								
RÉSULTATS	 <p>The chart displays the number of dialysis visits in the Vitalité health network for three consecutive periods. The y-axis represents the number of visits, ranging from 215,000 to 240,000 in increments of 5,000. The x-axis lists the periods: 2016-2017 (blue bar), 2017-2018 (orange bar), and 2018-2019 (grey bar). The number of visits shows a slight downward trend over the three periods.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>61,026</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~233,000</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>62,628</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Nombre de visites	2016-2017	61,026	2017-2018	~233,000	2018-2019	62,628
Période	Nombre de visites								
2016-2017	61,026								
2017-2018	~233,000								
2018-2019	62,628								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de visites en hémodialyse a légèrement augmenté, passant de 61,026 visites en 2016-2017 à 62,628 visites en 2018-2019.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.								
INITIATIVES	À déterminer.								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

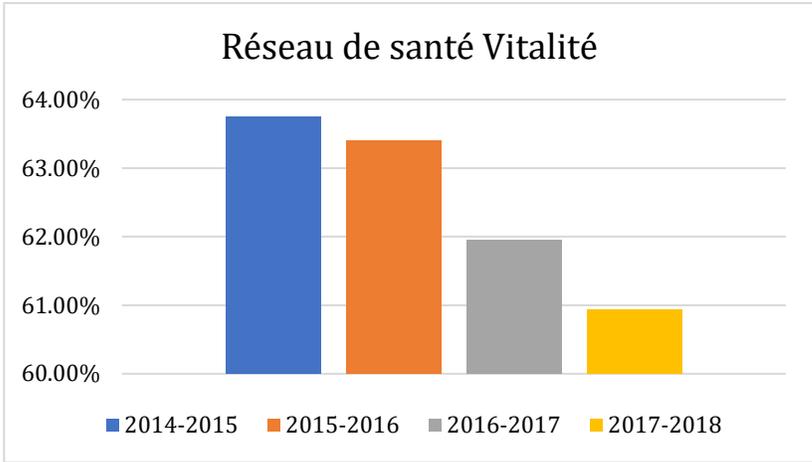
NOMBRE DE VISITES EN ONCOLOGIE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de visites en oncologie. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>238 000</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>233 000</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>224 000</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	238 000	2017-2018	233 000	2018-2019	224 000
Période	Nombre de visites									
2016-2017	238 000									
2017-2018	233 000									
2018-2019	224 000									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de visites en oncologie a augmenté, passant de 41,363 visites en 2016-2017 à 46,181 visites en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.	✓								
	Ajuster l'offre de services aux besoins populationnels grandissants en matière d'oncologie et influencer l'approche provinciale.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% DE VISITES 4 et 5

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins											
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Johanne Roy											
FRÉQUENCE	Trimestrielle											
SOURCE DE DONNÉES	MIS											
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence. Lors d'une visite à l'urgence, la gravité de la visite sera codée selon l'échelle de triage et de gravité canadienne. Les visites à l'urgence de niveaux 4 et 5 sont considérées comme moins urgentes. Les soins d'urgence sont des services de santé servant à évaluer et à traiter des conditions médicales dont les symptômes sont apparus subitement et lesquels sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau moyen de connaissance en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire.											
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014-2015</td> <td>~63.8%</td> </tr> <tr> <td>2015-2016</td> <td>~63.4%</td> </tr> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~62.0%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~61.0%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Pourcentage	2014-2015	~63.8%	2015-2016	~63.4%	2016-2017	~62.0%	2017-2018	~61.0%
Période	Pourcentage											
2014-2015	~63.8%											
2015-2016	~63.4%											
2016-2017	~62.0%											
2017-2018	~61.0%											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2014-2015 et 2017-2018, le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence a diminué.											
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.											
INITIATIVES	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓										
	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓										
	Régionaliser la programmation des services d'urgence.	✓										

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins									
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy									
FRÉQUENCE	Mensuelle									
SOURCE DE DONNÉES	MIS									
DÉFINITION	Cette mesure présente le nombre total de visites à l'urgence, incluant le triage 1 à 5. Cette mesure est importante pour la planification des ressources.									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>237,827</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>233,000</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>224,282</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	237,827	2017-2018	233,000	2018-2019	224,282
Période	Nombre de visites									
2016-2017	237,827									
2017-2018	233,000									
2018-2019	224,282									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, le nombre de visites à l'urgence a diminué, passant de 237,827 visites en 2016-2017 à 224,282 visites en 2018-2019.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.									
INITIATIVES	Élaborer une stratégie d'accès pour les patients orphelins en médecine familiale.	✓								
	Améliorer l'accès aux médecins de famille à l'intérieur de 48 heures.	✓								
	Régionaliser la programmation des services d'urgence.	✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% DE PATIENTS NSA AVEC PLUS DE 90 JOURS DANS DES LITS DE SOINS AIGUS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	3M													
DÉFINITION	La grande majorité des jours NSA sont associés aux personnes âgées. Le NB a l'un des taux NSA les plus élevés dans le pays. Cela reflète l'utilisation médiocre des lits d'hôpitaux qui ont des répercussions négatives importantes tant pour le patient que pour le système hospitalier, y compris une détérioration de l'état de santé des patients ayant une durée de séjour plus longue, une disponibilité réduite des lits de soins actifs, ce qui a entraîné un surpeuplement des urgences et des temps d'attente chirurgicaux plus longs.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>7.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>6.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>10.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>7.2%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>7.8%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux (%)	Zone 1B	7.4%	Zone 4	6.3%	Zone 5	10.5%	Zone 6	7.2%	Vitalité	7.8%
Zone	Taux (%)													
Zone 1B	7.4%													
Zone 4	6.3%													
Zone 5	10.5%													
Zone 6	7.2%													
Vitalité	7.8%													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. La Zone 5 présentait le pourcentage de patients NSA le plus élevé (10.5 %) tandis que la Zone 4 présentait le pourcentage le plus faible (6.3 %).													
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cet indicateur.													
INITIATIVES	Améliorer la prise en charge des autres niveaux de soins à travers l'embauche de préposés à la marche dans tous nos hôpitaux	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX D'HOSPITALISATION POUR DÉMENCE PAR 100 000 DE POPULATION

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS													
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation chez les patients atteints de démence. Les réductions des admissions pour cette condition indiqueront l'efficacité des stratégies de gestion des maladies axées sur la communauté et aideront à s'assurer que les ressources de l'hôpital sont utilisées pour les affections aiguës.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux d'hospitalisation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>149</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>127</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>74</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Taux d'hospitalisation	Zone 1B	46	Zone 4	70	Zone 5	149	Zone 6	127	N.-B.	74
Zone	Taux d'hospitalisation													
Zone 1B	46													
Zone 4	70													
Zone 5	149													
Zone 6	127													
N.-B.	74													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les données pour l'année 2018-2019 sont présentées. Les zones 5 et 6 présentent des taux d'hospitalisation chez les patients atteints de démence supérieurs que la moyenne au Nouveau-Brunswick.													
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie.													
INITIATIVES	Les pratiques exemplaires de services aux aînés en milieu hospitalier seront appliquées dans tous les hôpitaux.	✓												
		✓												
		✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DE JOURS NIVEAUX DE SOINS ALTERNATIFS (NSA)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Trimestrielle													
SOURCE DE DONNÉES	3M													
DÉFINITION	<p>Il est reconnu que de nombreux lits en milieu hospitalier sont occupés par des patients qui n'ont plus besoin de services de courte durée et qui, par conséquent, se trouvent à utiliser des ressources limitées et coûteuses en attendant d'être transférés dans un milieu plus approprié. Ces journées d'hospitalisation pour des soins autres que de courte durée sont consignées dans les données des hôpitaux en tant que patients en attente d'un niveau de soins alternatif (ou patients NSA). Les cas de NSA limite la capacité des hôpitaux, en réduisant la disponibilité des lits pour des admissions aux services d'urgence, des transferts entre établissements et des opérations chirurgicales non urgentes.</p>													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2018-2019 (T1 au T4)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>12.7%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>8.9%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>34.6%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>31.8%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>21.0%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Pourcentage	Zone 1B	12.7%	Zone 4	8.9%	Zone 5	34.6%	Zone 6	31.8%	Vitalité	21.0%
Zone	Pourcentage													
Zone 1B	12.7%													
Zone 4	8.9%													
Zone 5	34.6%													
Zone 6	31.8%													
Vitalité	21.0%													
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats de l'année 2018-2019 sont présentés par zone. Les zones 5 et 6 présentaient les pourcentages de jours NSA les plus élevés.</p>													
LIMITES DE L'INDICATEUR	<p>Aucune cible n'a été établie.</p>													
INITIATIVES	<p>Améliorer la prise en charge des autres niveaux de soins à travers l'embauche de préposés à la marche dans tous nos hôpitaux</p>	✓												
	<p>Les pratiques exemplaires de services aux aînés en milieu hospitalier seront appliquées dans tous les hôpitaux.</p>	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

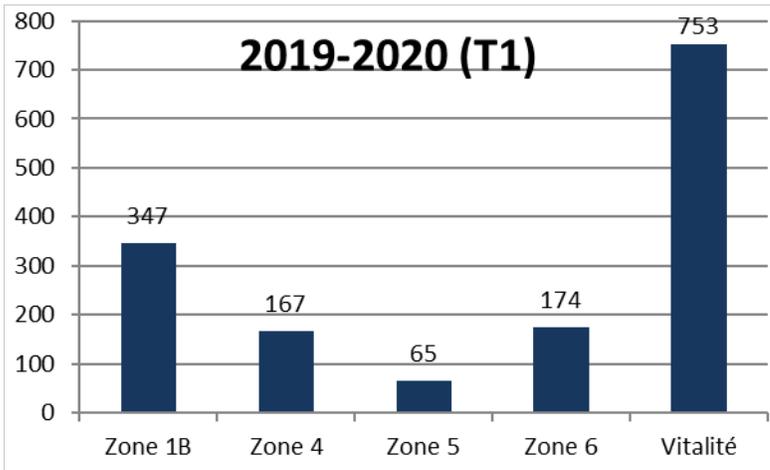
POURCENTAGE DE LITS OCCUPÉS PAR DES CAS DE SLD

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins													
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Johanne Roy													
FRÉQUENCE	Mensuelle													
SOURCE DE DONNÉES	Établissements hospitaliers													
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le nombre total de patients le dernier jour du mois en processus d'évaluation ou en attente de placement. Les lits occupés par les cas de soins de longue durée (SLD) comprennent tous les patients qui sont en attente ou en processus d'évaluation de soins de longue durée et les patients ayant reçu leur congé médical et qui occupent des lits de soins aigus à la fin de chaque mois. Il s'agit d'une mesure de l'impact des patients des soins de longue durée sur le système. La cible est établie à 20.90 %.													
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1)</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>43%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>28%</td> </tr> </tbody> </table>		Catégorie	Pourcentage	Zone 1B	25%	Zone 4	12%	Zone 5	43%	Zone 6	35%	Vitalité	28%
Catégorie	Pourcentage													
Zone 1B	25%													
Zone 4	12%													
Zone 5	43%													
Zone 6	35%													
Vitalité	28%													
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, la Zone 4 présentait un pourcentage de lits occupés par des cas de SLD beaucoup plus faible que la Zone 5 (12 % vs 43 %).													
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.													
INITIATIVES	Les pratiques exemplaires de services aux aînés en milieu hospitalier seront appliquées dans tous les hôpitaux.	✓												
	Un programme de consultation multidisciplinaire en résidence de niveau 2 et foyer de niveau 3, guidé par les soins infirmiers gérontopsychiatriques spécialisés, sera mis en place.	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

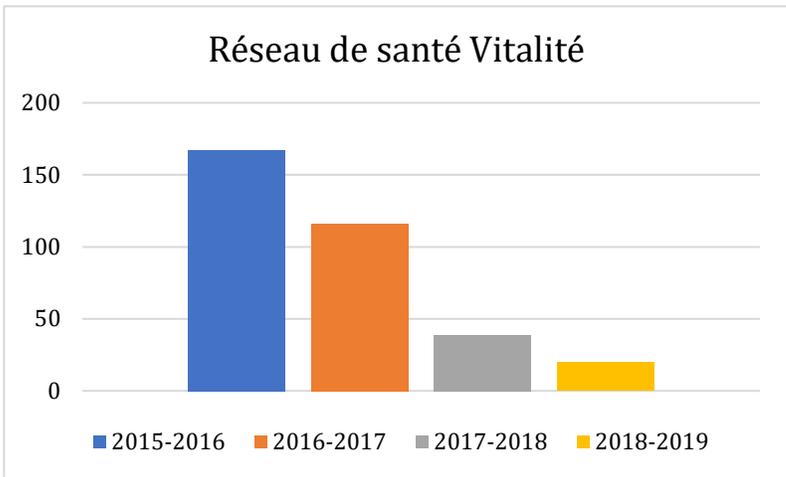
NOMBRE DE CONSULTATIONS CLINIQUES EFFECTUÉES EN TÉLÉSANTÉ

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins												
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Stéphane Legacy, Dre.Desrosiers												
FRÉQUENCE	Trimestrielle												
SOURCE DE DONNÉES	Base de données de Cybersanté Vitalité												
DÉFINITION	<p>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.</p> <p>Le fonctionnement en réseau 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. La cible est établie à 1164 pour le premier trimestre.</p>												
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>2019-2020 (T1)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Nombre de consultations</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>347</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>167</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>174</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>753</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Nombre de consultations	Zone 1B	347	Zone 4	167	Zone 5	65	Zone 6	174	Vitalité	753
Zone	Nombre de consultations												
Zone 1B	347												
Zone 4	167												
Zone 5	65												
Zone 6	174												
Vitalité	753												
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, le Réseau de santé Vitalité présentait un nombre de consultation inférieur à la cible. Effectivement, le Réseau a effectué 753 consultations tandis que la cible est de 1164 consultations.												
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.												
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie. ✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

CHIRURGIE EN ATTENTE PLUS DE 12 MOIS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins											
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy											
FRÉQUENCE	Mensuelle											
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux											
DÉFINITION	Cet indicateur présente la moyenne mensuelle des patients qui sont en attente pour une chirurgie depuis plus d'un an. Au Nouveau-Brunswick, on mesure le délai d'attente pour une intervention chirurgicale à partir du moment où le chirurgien et vous vous décidez ensemble que la chirurgie est nécessaire et que la demande est reçue au service de rendez-vous à l'hôpital. Le délai d'attente se termine lorsque votre chirurgie est complétée.											
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de chirurgies</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015-2016</td> <td>~170</td> </tr> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~115</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~40</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>~20</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de chirurgies	2015-2016	~170	2016-2017	~115	2017-2018	~40	2018-2019	~20
Période	Nombre de chirurgies											
2015-2016	~170											
2016-2017	~115											
2017-2018	~40											
2018-2019	~20											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2015-2016, les chirurgies en attente plus de 12 mois sont à la baisse.											
LIMITES DE L'INDICATEUR	Plusieurs facteurs peuvent avoir une incidence sur le délai d'attente d'un patient.											
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓										
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓										

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% DE CHIRURGIES D'ARTHROPLASTIE DU GENOU EFFECTUÉES (26 SEMAINES)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins																	
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy																	
FRÉQUENCE	Mensuelle																	
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux																	
DÉFINITION	Il s'agit du 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. La cible est établie à 75 %.																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>71.7%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>47.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>60.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>79.7%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>67.7%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>34.4%</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>46.3%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Pourcentage	Zone 1B	71.7%	Zone 4	47.5%	Zone 5	60.0%	Zone 6	79.7%	Vitalité	67.7%	Horizon	34.4%	N.-B.	46.3%
Zone	Pourcentage																	
Zone 1B	71.7%																	
Zone 4	47.5%																	
Zone 5	60.0%																	
Zone 6	79.7%																	
Vitalité	67.7%																	
Horizon	34.4%																	
N.-B.	46.3%																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, le Réseau de santé Vitalité présentait un pourcentage de chirurgies du genou effectués supérieur à celui du Réseau de santé Horizon. La Zone 6 présentait le pourcentage le plus élevé (79.7 %).																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																	
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓																
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% DE CHIRURGIES D'ARTHROPLASTIE TOTALE DE LA HANCHE EFFECTUÉES (26 SEMAINES)

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins																	
LEADERSHIP	Dre.Desrosiers, Johanne Roy																	
FRÉQUENCE	Mensuelle																	
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux																	
DÉFINITION	Il s'agit du 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. La cible est établie à 85 %.																	
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1)</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>66.7%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>76.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>53.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>94.7%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>75.7%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>35.1%</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>49.7%</td> </tr> </tbody> </table>		Catégorie	Pourcentage	Zone 1B	66.7%	Zone 4	76.5%	Zone 5	53.3%	Zone 6	94.7%	Vitalité	75.7%	Horizon	35.1%	N.-B.	49.7%
Catégorie	Pourcentage																	
Zone 1B	66.7%																	
Zone 4	76.5%																	
Zone 5	53.3%																	
Zone 6	94.7%																	
Vitalité	75.7%																	
Horizon	35.1%																	
N.-B.	49.7%																	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, le Réseau de santé Vitalité présentait un pourcentage de chirurgies du genou effectués supérieur à celui du Réseau de santé Horizon. La Zone 6 présentait le pourcentage le plus élevé (94.7 %).																	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																	
INITIATIVES	Développer l'évaluation préopératoire dans tout le Réseau et explorer les modalités de décentralisation des activités.	✓																
	Faire le suivi postopératoire dans les communautés.	✓																

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX GLOBAL AUX MODULES E-APPRENTISSAGE

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)							
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu							
FRÉQUENCE	Mensuelle							
SOURCE DE DONNÉES	Itacit et Meditech							
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. Les modules inclus sont: mains propres (bonne hygiène), vie privée, sécurité des patients, langues officielles.							
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Réseau de santé Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux global</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>71.00%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>67.50%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux global	2017-2018	71.00%	2018-2019	67.50%
Période	Taux global							
2017-2018	71.00%							
2018-2019	67.50%							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2017-2018, le taux global aux modules e-apprentissage est à la baisse au sein du Réseau de santé Vitalité.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.							
INITIATIVES	À déterminer.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

MOYENNE DE JOURS DE MALADIE PAYÉS PAR EMPLOYÉ

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)								
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu								
FRÉQUENCE	Trimestrielle								
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech								
DÉFINITION	Cet indicateur reflète la moyenne de jours de maladie payés par employé du Réseau de santé Vitalité. La cible est de 11.45 jours.								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Moyenne de jours de maladie payés par employé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>11.96</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>12.15</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>11.45</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Moyenne de jours de maladie payés par employé	T1 2018-2019	11.96	T1 2019-2020	12.15	Cible	11.45
Période	Moyenne de jours de maladie payés par employé								
T1 2018-2019	11.96								
T1 2019-2020	12.15								
Cible	11.45								
ANALYSE DES RÉSULTATS	La moyenne de jours de maladie payé par employé au premier trimestre de 2019-2020 était de 12.15 tandis qu'elle était de 11.96 au premier trimestre de 2018-2018. La cible est établie à 11.45 jours.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

POURCENTAGE DE POSTE PERMANENTS VACANTS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)							
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu							
FRÉQUENCE	Mensuelle							
SOURCE DE DONNÉES	Ressources humaines - Meditech							
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le pourcentage de postes permanents vacants.							
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage de postes permanents vacants</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>2.00%</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>5.50%</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Pourcentage de postes permanents vacants	T1 2018-2019	2.00%	T1 2019-2020	5.50%
Trimestre	Pourcentage de postes permanents vacants							
T1 2018-2019	2.00%							
T1 2019-2020	5.50%							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage de poste vacants a augmenté du premier trimestre de 2018-2019 au premier trimestre de 2019-2020, passant de 2.00 % à 5.50 %.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'est établie pour cet indicateur.							
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓						
	Faire une analyse de la disparité salariale entre les catégories professionnelles et aussi faire une comparaison avec le privé et d'autres provinces.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE D'ACCIDENT AVEC PERTE DE TEMPS X 200 000 / # HEURES TOTALES TRAVAILLÉES

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)							
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu							
FRÉQUENCE	Trimestrielle							
SOURCE DE DONNÉES	MIS et cueillette de données ressources humaines							
DÉFINITION	La fréquence d'accidents avec perte de temps comprend tout accident dont un employé s'absente lors du quart de travail suivant son accident. La formule du nombre d'accident avec perte de temps n'inclus pas les récurrences selon les guidelines. Le chiffre 200,000 est un standard canadien. La cible a été établie à 4.11.							
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Valeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>~4.1</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>~4.1</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Valeur	T1 2018-2019	~4.1	T1 2019-2020	~4.1
Période	Valeur							
T1 2018-2019	~4.1							
T1 2019-2020	~4.1							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats demeurent stables et se situent près de la cible.							
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.							
INITIATIVES	Le taux d'accidents reliés à la violence en milieu de travail sera diminué de 20 %.	✓						
	Le taux d'accidents de travail reliés aux incidents musculosquelettiques sera réduit de 30 %.	✓						

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

TAUX DE CONFORMITÉ DANS LES APPRÉCIATIONS DE RENDEMENT

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)								
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	Meditech								
DÉFINITION	La donnée démontre le taux de conformité, soit le pourcentage d'employé ayant reçu une appréciation du rendement. La cible est établie à 65.00%.								
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Taux de conformité (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>43.60%</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>43.60%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>65.00%</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Taux de conformité (%)	T1 2018-2019	43.60%	T1 2019-2020	43.60%	Cible	65.00%
Trimestre	Taux de conformité (%)								
T1 2018-2019	43.60%								
T1 2019-2020	43.60%								
Cible	65.00%								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats présentés sont inférieurs à la cible. Effectivement, au premier trimestre 2019-2020, le taux de conformité dans les appréciations de rendement était de 43.60 % tandis que la cible est établie à 65 %.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

NOMBRE DE NOUVEAUX GRIEFS									
RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)								
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu								
FRÉQUENCE	Mensuelle								
SOURCE DE DONNÉES	Cueillette de données ressources humaines								
DÉFINITION	Cette mesure indique le nombre de grief reçu au cours de la période (un grief compte une seule fois, peu importe s'il fait plusieurs paliers). La cible est établie à 28.								
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Data for Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Nombre de nouveaux griefs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>49</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>28</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Nombre de nouveaux griefs	T1 2018-2019	49	T1 2019-2020	24	Cible	28
Trimestre	Nombre de nouveaux griefs								
T1 2018-2019	49								
T1 2019-2020	24								
Cible	28								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le nombre de nouveaux griefs a diminué au premier trimestre de 2019-2020, comparativement au premier trimestre de 2018-2019.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓								

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% D'HEURES DE MALADIE																			
RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)																		
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																		
FRÉQUENCE	Mensuelle																		
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)																		
DÉFINITION	Cet indicateur représente les heures de maladies payées qui sont déduites directement de la banque de maladies de l'employé. La cible est établie à 5.40 %.																		
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1) - % d'heures de maladie par département</caption> <thead> <tr> <th>Département</th> <th>% d'heures de maladie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Services cliniques</td> <td>6.2%</td> </tr> <tr> <td>Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.</td> <td>5.8%</td> </tr> <tr> <td>Perf., Qualité et Serv. généraux</td> <td>6.2%</td> </tr> <tr> <td>Ressources humaines</td> <td>5.2%</td> </tr> <tr> <td>Serv. comm. et Santé mentale</td> <td>6.8%</td> </tr> <tr> <td>Services médicaux</td> <td>7.8%</td> </tr> <tr> <td>PDG</td> <td>2.8%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>6.2%</td> </tr> </tbody> </table>	Département	% d'heures de maladie	Services cliniques	6.2%	Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	5.8%	Perf., Qualité et Serv. généraux	6.2%	Ressources humaines	5.2%	Serv. comm. et Santé mentale	6.8%	Services médicaux	7.8%	PDG	2.8%	Vitalité	6.2%
Département	% d'heures de maladie																		
Services cliniques	6.2%																		
Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	5.8%																		
Perf., Qualité et Serv. généraux	6.2%																		
Ressources humaines	5.2%																		
Serv. comm. et Santé mentale	6.8%																		
Services médicaux	7.8%																		
PDG	2.8%																		
Vitalité	6.2%																		
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les services médicaux présentent le pourcentage d'heures de maladie le plus élevé au premier trimestre de 2019-2020.																		
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les heures d'absences en maladie longue durée ainsi que les heures de maladies payées par Travail sécuritaire NB ne sont pas incluses.																		
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓																		
	Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires sera effectuée. ✓																		
	Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du NB. ✓																		

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

% D'HEURES DE SURTEMPS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)																			
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu																			
FRÉQUENCE	Mensuelle																			
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)																			
DÉFINITION	Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'heures de surtemps par le nombre d'heures travaillées. La cible est établie à 2.10 %.																			
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-2020 (T1) - % D'HEURES DE SURTEMPS</caption> <thead> <tr> <th>Service</th> <th>% D'heures de surtemps</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Services clinique</td> <td>~5.2%</td> </tr> <tr> <td>Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.</td> <td>~1.6%</td> </tr> <tr> <td>Perf., Qualité et Serv. généraux</td> <td>~0.7%</td> </tr> <tr> <td>Ressources humaines</td> <td>~0.5%</td> </tr> <tr> <td>Serv. comm. et Santé mentale</td> <td>~4.4%</td> </tr> <tr> <td>Services médicaux</td> <td>~0.8%</td> </tr> <tr> <td>PDG</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>~3.2%</td> </tr> </tbody> </table>		Service	% D'heures de surtemps	Services clinique	~5.2%	Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	~1.6%	Perf., Qualité et Serv. généraux	~0.7%	Ressources humaines	~0.5%	Serv. comm. et Santé mentale	~4.4%	Services médicaux	~0.8%	PDG	0%	Vitalité	~3.2%
Service	% D'heures de surtemps																			
Services clinique	~5.2%																			
Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	~1.6%																			
Perf., Qualité et Serv. généraux	~0.7%																			
Ressources humaines	~0.5%																			
Serv. comm. et Santé mentale	~4.4%																			
Services médicaux	~0.8%																			
PDG	0%																			
Vitalité	~3.2%																			
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les services cliniques présentaient le pourcentage de surtemps le plus élevé au premier trimestre de 2019-2020.																			
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les heures de surtemps ne sont pas toutes comptabilisées.																			
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓																		
	Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires sera effectuée.	✓																		
	Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du NB.	✓																		

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

HEURES TRAVAILLÉES PPU/JOURS-PATIENTS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)												
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu, Jacques Duclos, Johanne Roy												
FRÉQUENCE	Mensuelle												
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)												
DÉFINITION	Cet indicateur inclus 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. Ce groupe comprend notamment les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les technologues de laboratoire, les commis aux comptes créditeurs, les pharmaciens, le personnel de l'entretien ménager, les travailleurs en services à domicile et les agents de santé publique (exclus les médecins exerçants, les résidents, les internes, les étudiants et, dans la plupart des cas, les étudiants en formation dans les services diagnostiques, thérapeutiques, de soins infirmiers et de soutien). La cible est de 6.09.												
RÉSULTATS	<p>2019-2020 (T1)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Heures travaillées PPU/Jours-Patients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.59</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>7.05</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5.81</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>6.23</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>6.05</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Heures travaillées PPU/Jours-Patients	Zone 1B	5.59	Zone 4	7.05	Zone 5	5.81	Zone 6	6.23	Vitalité	6.05
Zone	Heures travaillées PPU/Jours-Patients												
Zone 1B	5.59												
Zone 4	7.05												
Zone 5	5.81												
Zone 6	6.23												
Vitalité	6.05												
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, seule la Zone 4 présentait un résultat n'atteignant pas la cible souhaitée.												
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.												
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

DE DÉPART PT ET TP / # MOYEN D'EMPLOYÉ PT ET TP

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Catalyseurs (Culture, gens et information)									
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu									
FRÉQUENCE	Trimestrielle									
SOURCE DE DONNÉES	HRDB et Meditech									
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. 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. La cible est établie à 4.20 %.									
RÉSULTATS	<p style="text-align: center;">Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</p> <table border="1"> <caption>Vitalité- T1 2018-2019 et T1 2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Résultat (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 2018-2019</td> <td>~2.00%</td> </tr> <tr> <td>T1 2019-2020</td> <td>~1.80%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>4.20%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Résultat (%)	T1 2018-2019	~2.00%	T1 2019-2020	~1.80%	Cible	4.20%
Période	Résultat (%)									
T1 2018-2019	~2.00%									
T1 2019-2020	~1.80%									
Cible	4.20%									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, le résultat du Réseau de santé Vitalité était au-delà de la cible souhaitée.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.									
INITIATIVES	Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.	✓								
	Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires sera effectuée.	✓								
	Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du NB.	✓								