

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	<b>Date et heure :</b>	Le 19 novembre 2019 à 08:30
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	<b>Endroit :</b>	Vidéoconférence
<b>Présidente :</b>	Claire Savoie	Bathurst (siège social) : grande salle	(Gilles, Claire)
<b>Secrétaire de direction :</b>	Lucie Francoeur	Moncton : salle du conseil	(Janie, Michelyne)
		Edmundston : local 2281	(Gisèle, Anne)
		Campbellton : salle du conseil	(Diane, Sonia)
		Jabber : 123028	(Dre LeBlanc)

**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	<b>1. Ouverture de la réunion</b>		Décision
8 h 31	<b>2. Constatation de la régularité de la réunion</b>		
8 h 32	<b>3. Adoption de l'ordre du jour</b>	1	Décision
8 h 33	<b>4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b>		
8 h 35	<b>5. Résolutions en bloc</b> 5.1 Adoption des résolutions en bloc 5.2 Adoption du procès-verbal du 18 septembre 2019 5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 18 septembre 2019 5.4 Expérience des patients hospitalisés – T1 5.5 Plaintes – T2 5.6 Incidents – T2 5.7 Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T2 5.8 Recommandations des Comités de revues 5.9 Rapport du Comité consultatif des patients et familles 5.10 Démarche d'agrément	2 - 6 7 8 - 10 11 - 15 16 - 20 21 - 25 26 - 31 32 33 - 34	Décision
8 h 45	<b>6. Autres</b> 6.1 Présentation – Stratégie régionale en matière d'accident vasculaire cérébral (Invité : Stéphane Legacy)	35 - 52	Information
9 h 05	6.2 Profil de compétences d'un partenaire de l'expérience patient	53 - 59	Discussion
9 h 15	<b>7. Affaires permanentes</b> 7.1 Tableau de bord équilibré T2	60 - 128	Information
9 h 45	<b>8. Date de la prochaine réunion : le 17 mars 2020 à 08:30</b>		Information
9 h 47	<b>9. Levée de la réunion</b>		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	<b>Date et heure :</b> <b>Endroit :</b>	<b>Le 18 septembre 2019 à 08:30</b> <b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : salle du conseil	(Gilles, Claire) (Gisèle) (Michelyne)
<b>Présidente :</b> <b>Secrétaire :</b>	Claire Savoie Lucie Francoeur	Campbellton : salle du conseil Jabber : Téléconférence :	(Diane, Sonia) (Dre LeBlanc) (Anne)
<b>Participants</b>			
Claire Savoie ✓	Anne Soucie ✓	Sonia A. Roy ✓	
Gilles Lanteigne ✓	Janie Levesque A	Diane Mignault ✓	
Gisèle Beaulieu ✓	Dre Nicole LeBlanc ✓	Michelyne Paulin ✓	
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

**1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Claire Savoie à 08:32. Elle souhaite la bienvenue à tous.

En tant que présidente du Comité, elle invite les membres à faire part de leur rétroaction sur une base continue, même si le protocole d'évaluation de la performance se fait annuellement.

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

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

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2019-09-18 / 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. Déclaration de conflit d'intérêt**

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

**5. Résolutions en bloc**

5.1 Adoption des résolutions en bloc

5.2 Adoption du procès-verbal du 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

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

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 4 juin 2019

5.6 Plaintes – T1

5.10 Rapport du Comité consultatif des patients et familles

## **MOTION 2019-09-18 / 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 :

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 4 juin 2019

5.6 Plaintes – T1

5.10 Rapport du Comité consultatif des patients et familles

**Adopté à l'unanimité.**

### 5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 4 juin 2019

En ce qui concerne les postes de médecins à pourvoir au sein du Comité d'éthique clinique, un processus est en cours pour faire l'inventaire de tous les médecins, sur des comités tant au niveau local, régional que provincial. Une discussion aura lieu sur ce qui doit être approuvé par le Comité médical consultatif versus par un autre mécanisme. L'inventaire permettra de voir qui participe à quoi et de solliciter la participation d'autre médecin lorsque requis. Un suivi sera apporté à la prochaine réunion. Pour ce qui est du poste à titre d'infirmier(ère), celui-ci a été comblé.

Dans le passé, le processus de recrutement des membres du Comité d'éthique clinique a toujours été de bouche à oreille incluant une sollicitation d'intérêt lancée à l'interne. Toutefois au fil des années, il y a eu plusieurs demandes de participations médicales au sein de différents comités, c'est pour cette raison qu'une révision a été enclenchée, afin de répertorier tous les comités régionaux et provinciaux auxquels les membres du personnel médical y participent. Nous poursuivons les efforts pour trouver une représentation médicale au Comité d'éthique.

#### Recommandations des Comités de revue

L'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations fait partie d'un autre rapport qui sera soumis pour information lors de la prochaine réunion.

### 5.6 Plaintes – T1

Nous remarquons une hausse du pourcentage de plaintes dans la catégorie de l'environnement qui est attribuable à une augmentation dans les plaintes liées au stationnement au CHUDGLD. Au niveau régional, nous notons une diminution dans le nombre total de plaintes depuis les trois (3) dernières années.

### 5.10 Rapport du Comité consultatif des patients et familles

Madame Thérèse Tremblay a été nommée présidente du Comité consultatif des patients et familles.  
Bravo !

## **6. Autres**

### 6.1 Présentation – Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients

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.

Les politiques, mandats 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.

Les principaux éléments de la présentation sont :

- Définition – incident lié à la sécurité d'un patient ;
- Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients ;
- Règlements de la Loi sur la qualité ;
- Divulgation des événements ;
- Incident lié à la sécurité (règlements) ;
- Avis au patient ;
- Interdiction de représailles ;

- Confidentialité et inadmissibilité de la preuve ;
- Excuses ;
- Opinion juridique suite à la mise en œuvre de la Loi sur la qualité ;
- Conseils du représentant légal.

Une présentation détaillée de la Loi sur la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients sera effectuée par une avocate lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration prévue le 7 octobre 2019.

## 6.2 Présentation – Loi de Vanessa

La Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (aussi appelée Loi de Vanessa) modifie la Loi sur les aliments et drogues. Cette Loi introduit de nouvelles exigences réglementaires relatives à la déclaration des réactions indésirables graves à un médicament, ainsi qu'à la déclaration des incidents relatifs aux instruments médicaux par les établissements de soins de santé canadiens.

Actuellement, les réactions indésirables graves à un médicament et les incidents relatifs aux instruments médicaux ne sont pas déclarés par le Réseau de santé Vitalité à Santé Canada.

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.

Les prochaines étapes sont d'établir un plan de communication, de développer et d'offrir de la formation aux différents services et professionnels concernés et de finaliser le mécanisme de signalement et de déclaration des réactions indésirables graves à un médicament et les incidents relatifs aux instruments médicaux et définir les rôles et responsabilités des différents services et professionnels.

## 6.3 Plan de qualité et sécurité 2019-2020 et plan de communication

Le plan de qualité et de sécurité du Réseau de santé Vitalité a été élaboré en complément au plan stratégique. Celui-ci est effectif jusqu'au 31 mars 2020. Il 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. Le plan a également été développé en consultation avec les médecins-chefs et la direction médicale. Le travail se poursuit, afin de peaufiner le contexte clinique et obtenir l'engagement des médecins dans la mise en œuvre du plan.

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.

### **MOTION 2019-09-18 / 03SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le plan de qualité et sécurité 2019-2020 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

## 6.4 Code d'éthique

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. En février 2018, le Comité d'éthique clinique a entrepris une révision en profondeur du code, afin de mieux refléter les valeurs du Réseau et les meilleures pratiques.

Le contenu du code d'éthique a fait l'objet de nombreuses consultations incluant les membres du Comité consultatif des patients et familles.

Les membres félicitent tous ceux qui ont participé à l'élaboration du code d'éthique. C'est un excellent document.

**MOTION 2019-09-18 / 04SCGQS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que le code d'éthique soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

**6.5 Participation – partenaire de l'expérience patient**

La mise sur pied du Comité consultatif des patients et familles 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 partenaire de l'expérience patient à titre de membre permanent au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil.

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 doivent participer aux comités, aux équipes de projets et aux groupes de planification.

Gisèle Beaulieu commente que le rôle d'un partenaire de l'expérience patient à la table est d'apporter son expérience de vie dans les soins de santé.

Le sujet sera discuté en profondeur à la réunion du Conseil d'administration prévue le 8 octobre 2019, puis une décision sera prise quant à la participation d'un partenaire de l'expérience patient à titre de membre permanent au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

**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**

**7. Affaires permanentes**

**7.1 Tableau de bord équilibré – T1**

Le tableau de bord équilibré du premier trimestre est présenté aux membres. Des fiches explicatives ont été développées, afin de suivre la progression de tous les indicateurs. Certaines données sont manquantes, toutefois des mécanismes ont été mis en place pour rectifier les échanciers.

En ce qui concerne le pourcentage de lits occupés par des cas de soins de longue durée (SLD), la cible est établie à 20.90 %. Au premier trimestre 19-20, la Zone 4 présentait un pourcentage de lits occupés par des cas de SLD beaucoup plus faible que la Zone 5 (12 % versus 43 %). Bien qu'un programme de consultation multidisciplinaire en résidence de niveau 2 et foyer de niveau 3 sera mis en place, le Réseau a tout de même besoin de support externe pour diminuer ces cas.

Le processus d'évaluation pour lequel des SLD sont jugés appropriés appartient au ministère du Développement social. La liste d'attente pour une place en foyer de soins au Nouveau-Brunswick ne cesse de s'allonger. Des discussions ministérielles sont en cours, afin de trouver des pistes d'amélioration entourant ce dossier complexe.

Une correction sera apportée dans l'analyse des résultats de la fiche explicative reliée au coût en salaires du Service de l'environnement par pied carré où il semble y avoir eu une erreur.

La présidente du Conseil d'administration questionne la mesure de base pour la variance en salaires et bénéfices de 13 M\$, puis celle de la variance en dépenses des médicaments qui est de 1.3 M\$. Le chef des Services financiers explique que certains montants ne sont pas nécessairement représentatifs, puisque les données financières n'étaient pas disponibles au moment de la conception du rapport. Ces montants seront résolus lors du prochain trimestre. Il serait toutefois intéressant qu'à l'avenir cette précision soit reflétée dans la fiche explicative.

**8. Date de la prochaine réunion : le 19 novembre 2019 à 08:30.**

**9. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Anne Soucie à 09:30.

---

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 19 novembre 2019

**Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 18 septembre 2019**

Il n'y a aucun suivi découlant du procès-verbal, sauf ceux indiqués à l'ordre du jour de la rencontre.

Soumis le 1<sup>er</sup> novembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

## Note d'information

**Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés**  
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Item 5.4  
Date : le 19 novembre 2019

### Rapport T1 – 2019-20

- Rapport présenté à titre d'information et appui des recommandations.

### Résultats

- **Taux de participation** : Un total de 681 questionnaires ont été remplis dans le T1 2019-20. Le taux régional de participation au sondage est 13 % (T1 2019-20), comparativement à 16 % pour le premier trimestre de l'année 2018-19. Aucune zone n'a rencontré la cible visée de 20 %. Comparativement à T1 2018-19, on note une diminution dans les taux de participation dans toutes les zones, sauf la Zone 6 qui a eu une légère augmentation.
- La diminution dans les taux de participation au sondage des patients hospitalisés est en partie attribuable à la mise en œuvre du nouveau questionnaire pour les unités de psychiatrie et les services de traitement des dépendances. Ces deux secteurs avaient des taux de participation très favorable (surtout dans la Zone 4) et ne sont plus inclus dans le calcul du taux de participation des patients hospitalisés, puisqu'ils utilisent leur propre sondage depuis avril.

	T1 2018-19	T1 2019-20
Réseau	16%	13%
Z1B	11%	10%
Z4	29%	16%
Z5	17%	8%
Z6	11%	16%

- Le tableau en annexe démontre les résultats par question pour le premier trimestre de l'année 2019-20 ainsi que les données comparatives pour la même période en 2018-19. Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du NB (CSNB) effectué en 2016 ont également été inclus à titre de référence. Il est à noter qu'il faut comparer les résultats du Réseau à ceux du CSNB avec prudence, puisque la méthodologie et l'échantillonnage étaient différents dans les deux sondages.
- Lorsqu'on compare les données de 2019 et 2018 pour le T1, on remarque une faible augmentation du taux régional de satisfaction pour 15 des 20 questions. Pour une question le taux est demeuré le même. Pour 4 questions sur 20 on remarque une faible diminution du taux régional de satisfaction (obtention de l'aide, propreté de la salle de bain, tranquillité et nourriture).
- Les questions avec le plus haut taux de satisfaction ( $\geq 85\%$ ) sont en lien avec : la courtoisie, les explications, les heures de visite, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité, la vérification du bracelet d'identité, la langue de service et l'expérience globale.
- Les questions avec le plus faible taux de satisfaction ( $< 70\%$ ) sont en lien avec : le respect des valeurs culturelles, la tranquillité et la nourriture.

---

## Pistes d'amélioration / Recommandations

---

- **Taux de participation** : Les taux pour le T1 2019-20 sont à la baisse. Les démarches et les suivis se poursuivent dans le but d'augmenter les taux de participation.
  - La révision du sondage/questions fait partie du plan de travail 2019-2020 du Comité consultatif des patients et familles.
  - Revoir la méthodologie, l'échantillonnage, le type de sondage, la fréquence de distribution, etc. avec le secteur d'Intelligence d'affaires du Réseau et identifier des occasions d'amélioration.

Soumis le 2019/10/28 par Nicole Frigault, directrice Qualité, Risques et Expérience patient

## Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés

Rapport régional – T1 2018-19 vs 2019-20

QUESTIONS	CSNB 2016 (%)		Vitalité 2018-19 (%)	Vitalité 2019-20 (%)
	NB	Vitalité	Q1	Q1
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	20.5	17.4	12	9
Q2) Traiter avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.8 MD 79.9 RN	87 MD 81.8 RN	90	90
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	74.8 MD 69.4 RN	79.5 MD 74.1 RN	82	85
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	61.3	69.4	78	76
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	67.7	68.0	79	83
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	60.3	60.0	72	75
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	71.7	70.7	72	75
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	60.4	63.3	65	70
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	36.4	41.8	34	38
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	51.7	55.8	74	71
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	41.7	50.1	65	62
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent + Très bonne)	19.5	23.0	40	37
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	80.1	74.3	87	91
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	69.7	72.7	86	88
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.8	84.3	91	93
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	81.9	80.7	85	90
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	65.2	74.2	66	76
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.7	80	81
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	91.1	86.9	90	93
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	78.9	82.5	89	90

Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)							
Z1B		Z4		Z5		Z6	
Q1 2018-19	Q1 2019-20	Q1 2018-19	Q1 2019-20	Q1 2018-19	Q1 2019-20	Q1 2018-19	Q1 2019-20
90%	88%	87%	94%	89%	94%	92%	87%

## Note d'information

### Rapport sur les plaintes : T2 2019-20

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Item 5.5

Date : le 19 novembre 2019

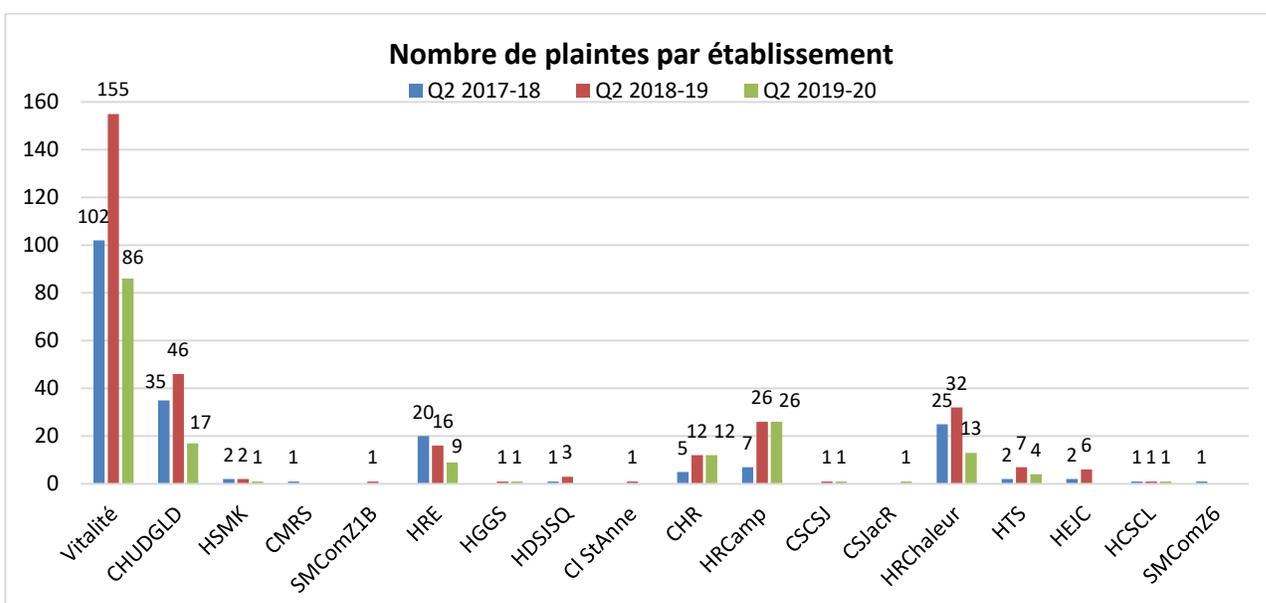
#### Rapport T2 2019-20

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

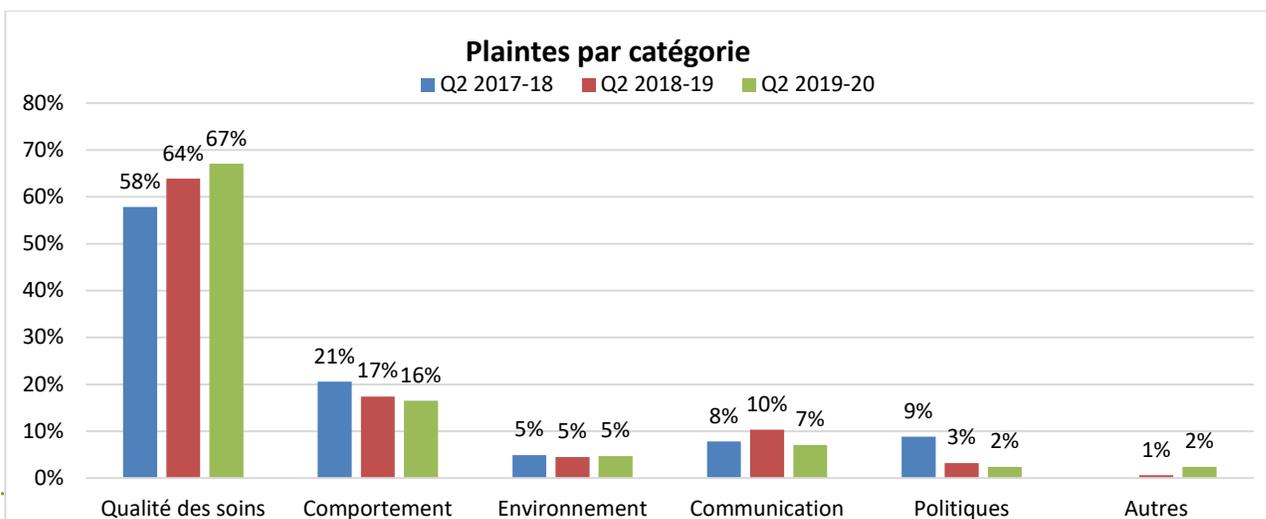
#### Contexte

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

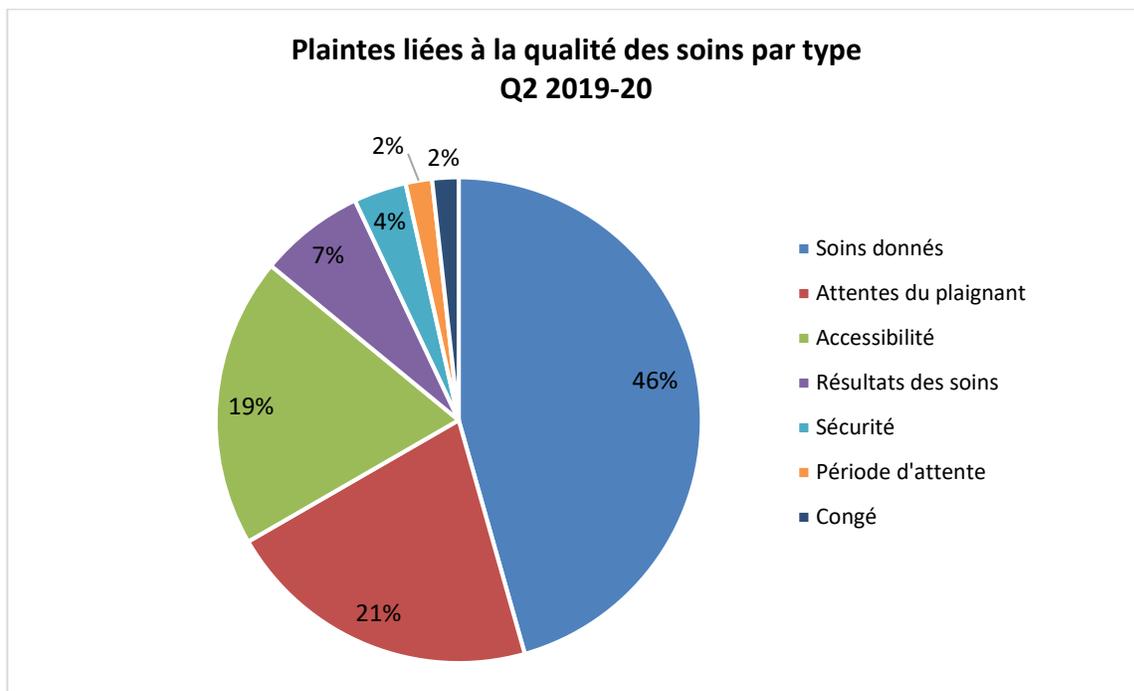
#### Résultats



- Au niveau régional, on note une diminution dans le nombre total de plaintes depuis l'année passée (86 dans le T2 2019-20 vs 155 en 2018-19). Cette diminution est surtout attribuable à une réduction dans le nombre de plaintes dans les catégories *qualité des soins* (57 dans le T2 2019-20 vs 99 en 2018-19), *comportement* (14 dans le T2 2019-20 vs 27 en 2018-19) et *communication* (6 dans le T2 2019-20 vs 16 en 2018-19).

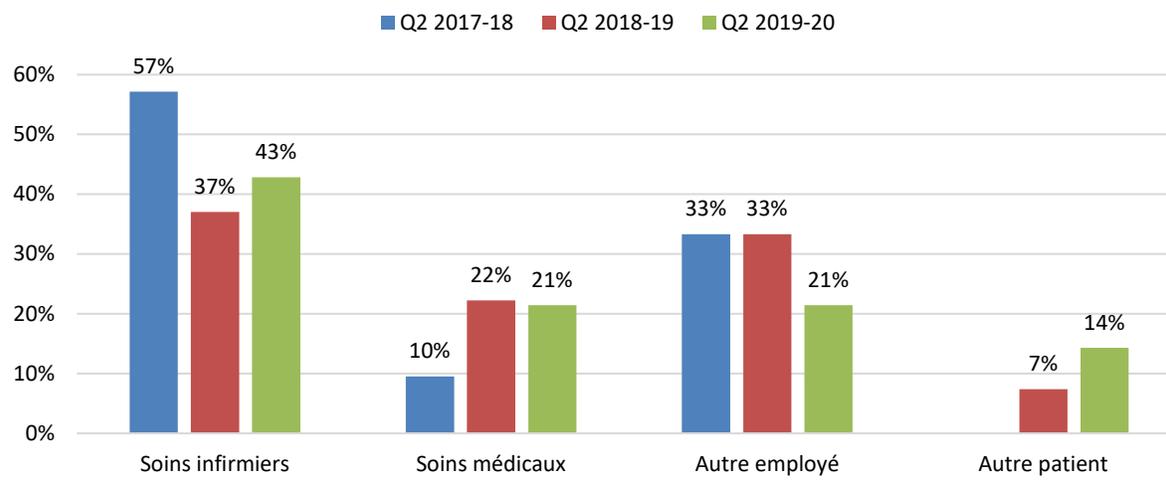


- Malgré la diminution dans le nombre total de plaintes, la proportion de plaintes dans la catégorie *qualité des soins* a connu une légère hausse au cours des trois dernières années.
- Les plaintes liées à la qualité des soins proviennent en grande partie des services suivants : urgence (32 %), unités de psychiatrie aiguë et tertiaires (18 %), soins palliatifs (11 %) et soins de longue durée (9 %).



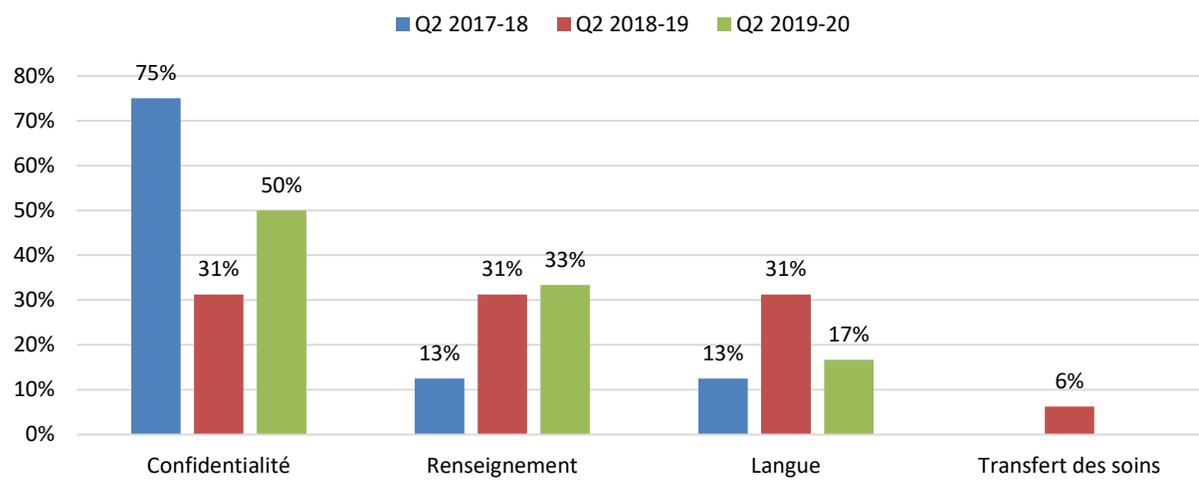
- Ce tableau démontre la répartition des plaintes par type dans la catégorie liée à la qualité des soins. 86 % des plaintes liées à la qualité des soins sont réparties dans trois catégories, soit :
  - les soins donnés en général (46 %)
  - les attentes du patient qui n'ont pas été rencontrées 21 % (ex. attentes au niveau du type de traitement, examen diagnostique, etc.)
  - l'accessibilité (19 %) aux services
- Les plaintes liées à l'accessibilité sont en grande partie en lien avec l'accès à l'unité et aux lits de soins palliatifs (i.e. le transfert des lits à l'unité de gériatrie à l'Hôpital régional de Campbellton).

### Plaintes liées au comportement par type



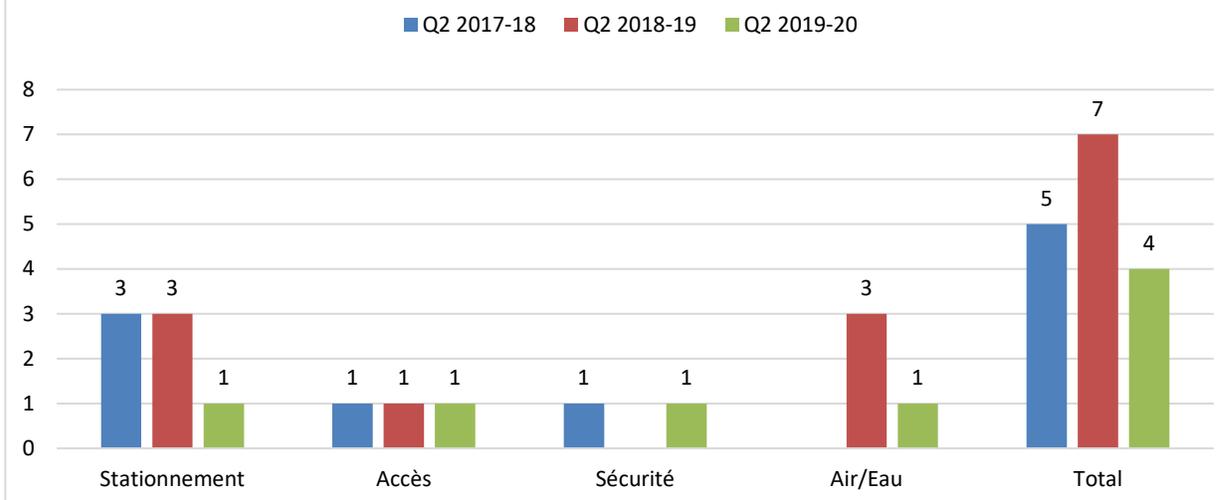
- Dans son ensemble, la proportion des plaintes liées au comportement est demeurée stable depuis l'année passée (17 % en 2018-19 à 16 % en 2019-20). Le nombre total de plaintes dans cette catégorie est passé de 27 en T2 2018-19 à 14 en 2019-20.
- Lorsqu'on compare le T2 2019-20 à 2018-19, on note une légère augmentation dans le pourcentage des plaintes liées au comportement dans la catégorie des soins infirmiers et autre patient et une légère diminution dans les catégories soins médicaux et autre employé.
- Dans la catégorie autre patient, les plaintes étaient en lien avec des patients du CHR.

### Plaintes liées à la communication par type



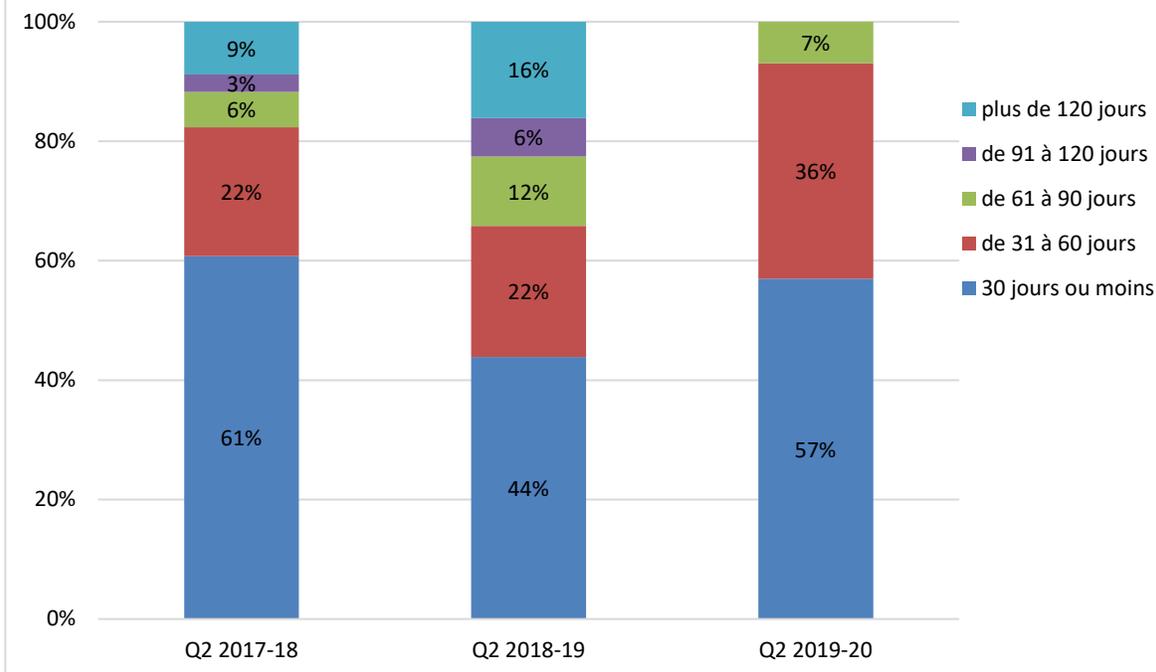
- Les plaintes liées à la confidentialité sont le type de plaintes avec le plus haut volume dans la catégorie communication. Par contre, depuis les trois dernières années on note une diminution dans le nombre de plaintes dans cette catégorie pour le T2 (6 en 2017-18 vs 3 en 2019-20).
- Les plaintes dans la catégorie renseignement sont en lien avec le manque de directives claires ou le manque d'information sur les soins partagés avec les patients.
- Au T2 2019-20, il y a eu seulement une plainte en lien avec l'offre de service dans la langue du choix du patient. La plainte était en lien avec les services offerts par un bénévole.

## Plaintes liées à l'environnement par type



- Comparativement au T2 2018-19, on note une diminution dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement. Les plaintes en lien avec le stationnement au CHUDGLD sont à la baisse.
- La plainte sur l'accès était en lien avec le manque d'accès aux fauteuils roulants à l'entrée principale et la plainte en lien avec l'air/eau était par rapport à l'odeur de boucane/présence de fumeurs à l'entrée principale.

## Délais de résolution des plaintes



- Comparé au T2 2018-19, on note une amélioration dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours, 31-60 jours, 61-90 jours et aucune plainte non résolue de plus de 91 jours. Des suivis étroits sont faits pour tenter de régler les plaintes dans un délai de trente 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 :

- Améliorations apportées au processus en phlébotomie : formulaire de notification avec une copie de l'ordonnance initiale expirée est retournée au médecin afin de faciliter le renouvellement des tests/examens.
- Chaise bariatrique commandée et installée dans la salle d'attente à l'urgence.
- En processus de voir à la possibilité d'offrir une formation pour les agents de sécurité sur l'approche et la gestion des comportements difficiles.

---

Soumis le 29 octobre 2019 par Nicole Frigault, directrice – Qualité, Risques et Expérience patient

---

**Rapport d'incidents : T2 2019-2020**

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

Date : le 19 novembre 2019

**Décision recherchée**

Le rapport des incidents (T2 – juillet à septembre 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**

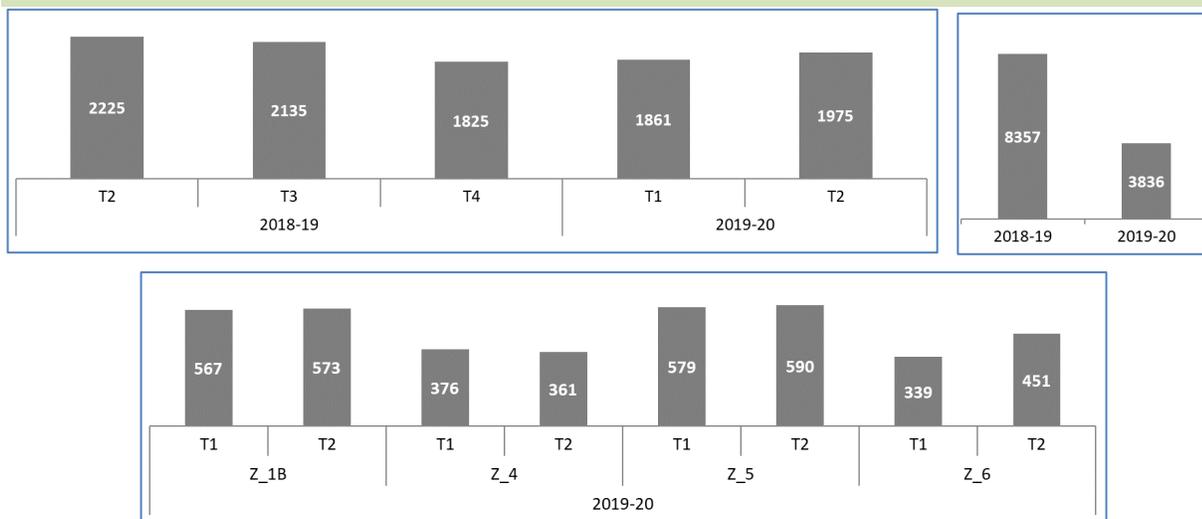
Les statistiques et graphiques représentent les données extraites des incidents « rapportés ». Il est important de considérer que les données peuvent varier d'un rapport à l'autre en raison de la mise à jour qui est faite sur une base mensuelle. Les gravités des incidents peuvent également varier, car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



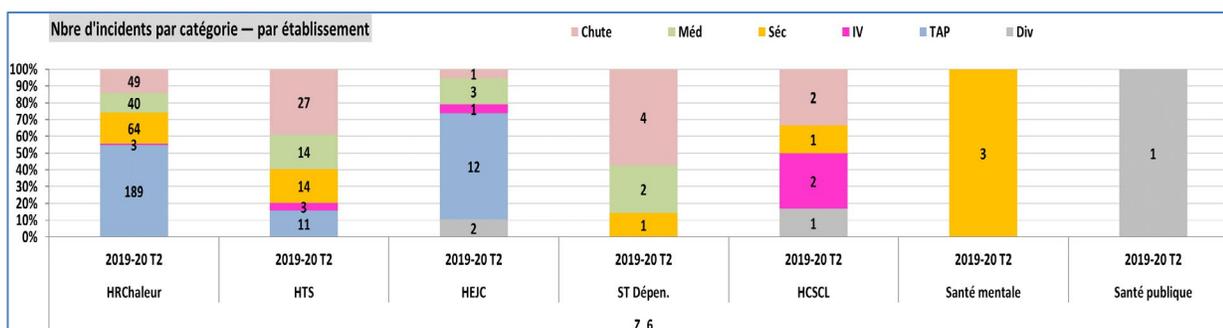
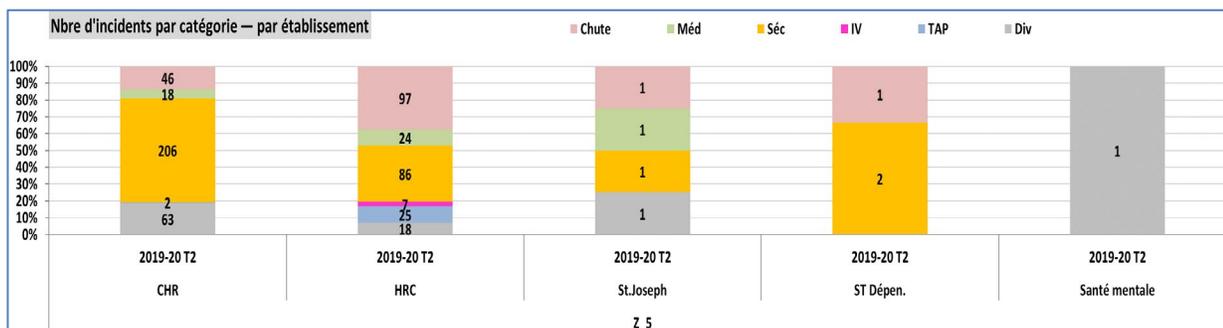
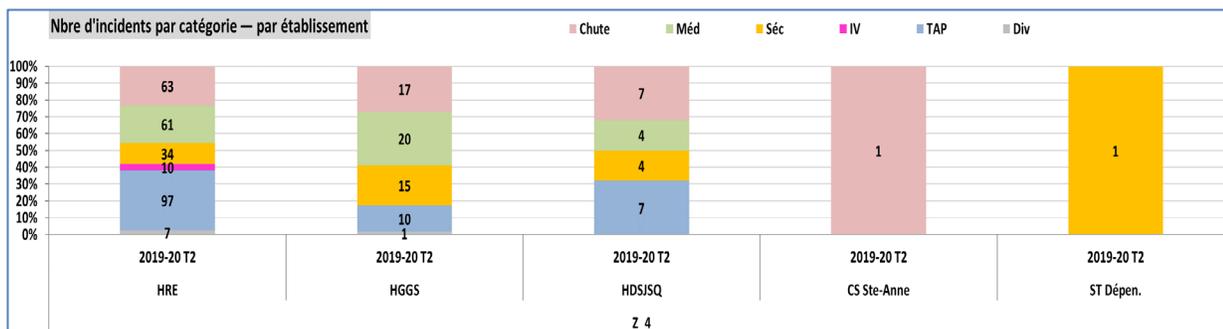
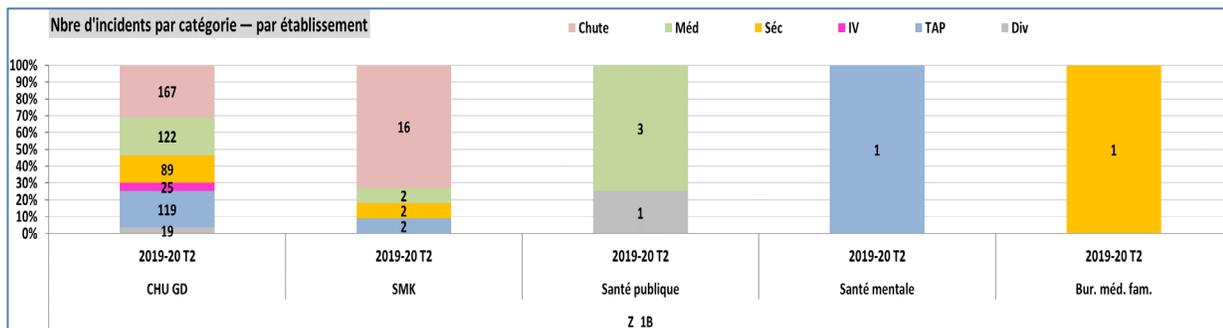
**Observations / Explications :**

- Ces données représentent le total des incidents rapportés par trimestre pour l'ensemble du Réseau.
- On remarque une légère hausse du nombre d'incidents rapportés en T2 comparativement en T1. Les mesures prises suite aux problèmes d'envoi des rapports d'incidents de la zone 6 expliquent cette hausse. À noter que le problème d'envoi est maintenant résolu et que les incidents sont maintenant rapportés sensiblement au même rythme qu'ils l'étaient auparavant. Le prochain trimestre devrait se comparer à celui de l'année précédente.

## 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.



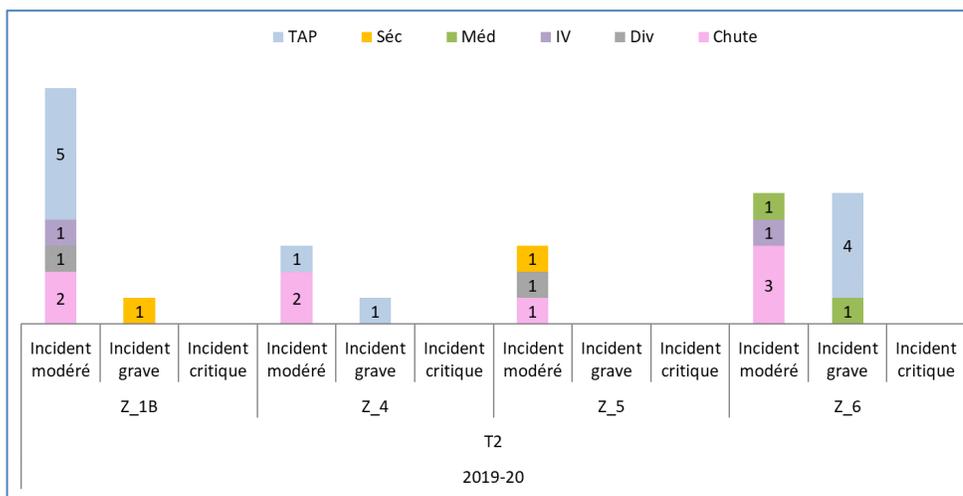
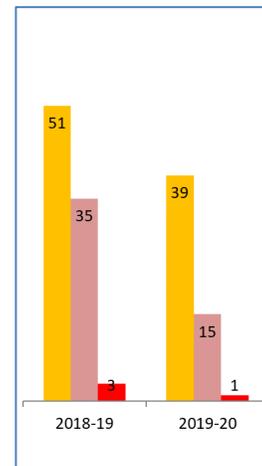
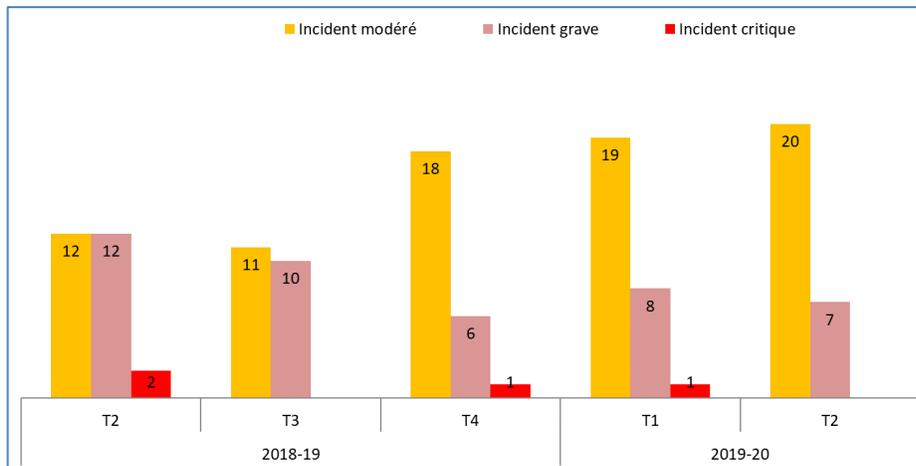
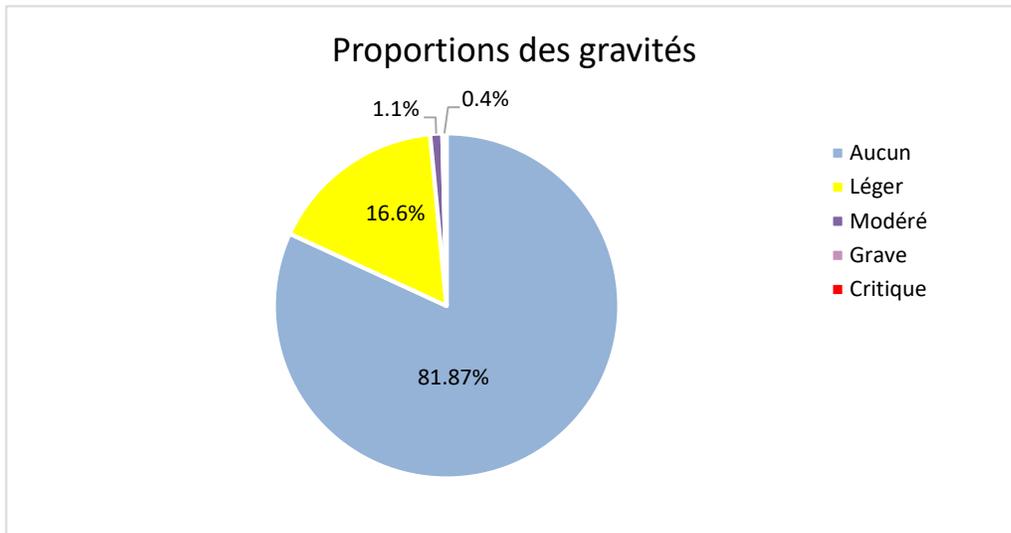
### Observations / Explications :

- La majorité des incidents rapportés sont dans les hôpitaux régionaux compte tenu des volumes.
- 21.5 % du nombre global d'incidents rapportés dans la zone Beauséjour étaient des incidents évités de justesse alors qu'il était de 13% dans la zone Nord-Ouest, 2% dans la zone Restigouche et 0.7% dans la zone Acadie-Bathurst.
- Le nombre de chutes global a augmenté par rapport au premier trimestre (T1) dans la zone Beauséjour (+35) et dans la zone Restigouche (+15) alors qu'il est demeuré stable dans la région Nord-Ouest.
- Dans la zone Beauséjour, 73 % des patients qui ont chuté étaient âgés de 65 et plus et 51 % des chutes se produisent alors que le patient est debout ou en marchant. Alors que dans la zone Restigouche, 67 % des chutes se produisent à l'HR de Campbellton alors que 32 % se produisent au CHR. 69 % des patients qui ont chuté étaient âgés de 65 et plus. 76 % des chutes au CHR se sont produites alors que les patients étaient debout ou en marchant alors que 35% des chutes du côté de l'hôpital régionale se sont produites de cette façon et 25 % d'un lit.
- Les incidents liés aux médicaments ont diminué de 20 dans la zone Beauséjour et de 24 dans la zone Nord-Ouest comparativement au premier trimestre (T1). Les types d'incidents les plus fréquents sont les omissions, les incidents de posologie/concentration et les aucunes ordonnances.
- Les incidents de type *sécurité* ont également diminué de 31 dans la zone Beauséjour et augmenté de 39 dans la zone Restigouche comparativement au premier trimestre (T1). Les incidents d'*agression, bris de confidentialité, altercations/abus verbaux* sont les types d'incidents les plus rapportés dans cette période.
- Le nombre d'incidents de traitement/analyse/procédé a augmenté de 19 dans la zone Nord-Ouest. La majorité des incidents rapportés sont des omissions (19 %), des aucune ordonnance (16 %) et des délais inhabituels (15 %).
- Dans la zone Acadie Bathurst, tous les types d'incidents ont augmenté ce trimestre-ci car la déclaration et la soumission des rapports d'incidents a recommencé à reprendre son rythme attendu. Il est donc difficile d'en ressortir une tendance dans l'analyse.

### 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 incidents modérés, graves et critiques représentent une très faible proportion des incidents rapportés (1.5 %).
- Les données globales sont presque identiques à celles du dernier trimestre.
- Aucun incident grave ou critique dans la zone Restigouche.
- Du nombre d'incidents modérés, 8 sont des chutes, 6 sont des traitements/analyse/procédé (dont 3 plaies de pression), 2 divers, 1 sécurité et 1 médicament.
- Du nombre d'incidents graves, 5 sont de type traitement/analyse/procédé et 1 relié aux médicaments.
- Un incident critique est survenu à la suite d'une fugue d'un patient dans une des zones. (NB : apparaît grave dans le tableau actuel).

### 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 et critiques sont référés au Service de la qualité pour revue.

---

#### Suivi à la décision

Poursuivre l'analyse des tendances.

---

#### Proposition et résolution

Aucune.

---

Soumis le 2019-10-28 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques

---

Note d'information

**Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T2**  
 Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
 Item 5.7  
 Date : le 19 novembre 2019

**Objet :** Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T2

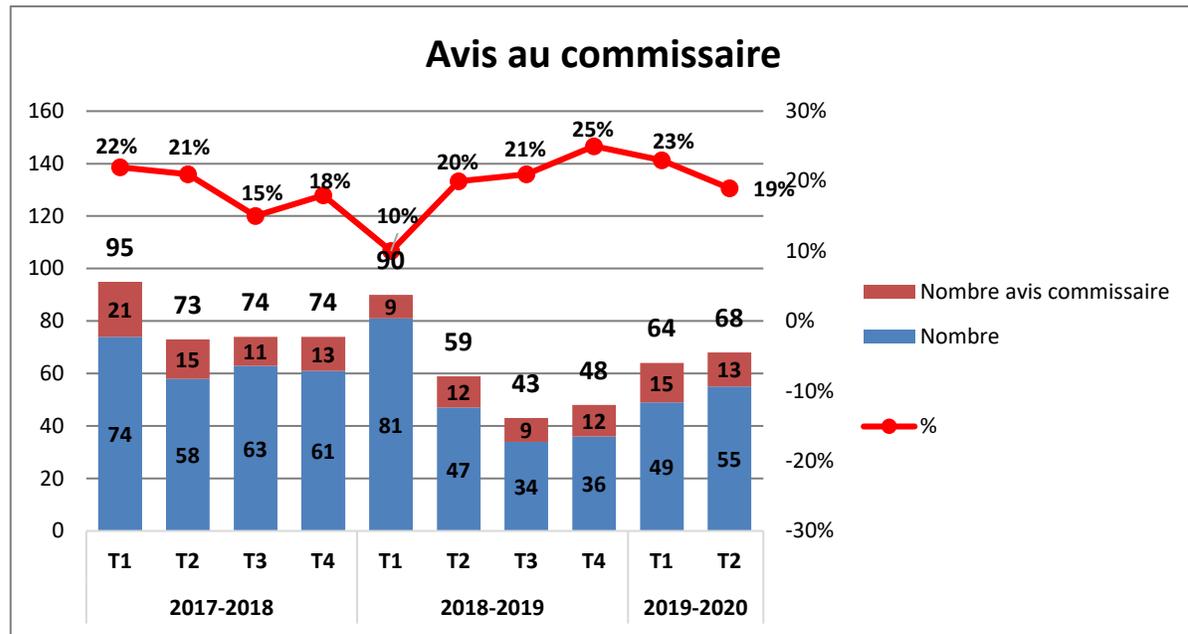
**Décision recherchée**

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

**Contexte / Problématique**

- Les graphiques suivants incluent les Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée du deuxième trimestre de 2019-2020.

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



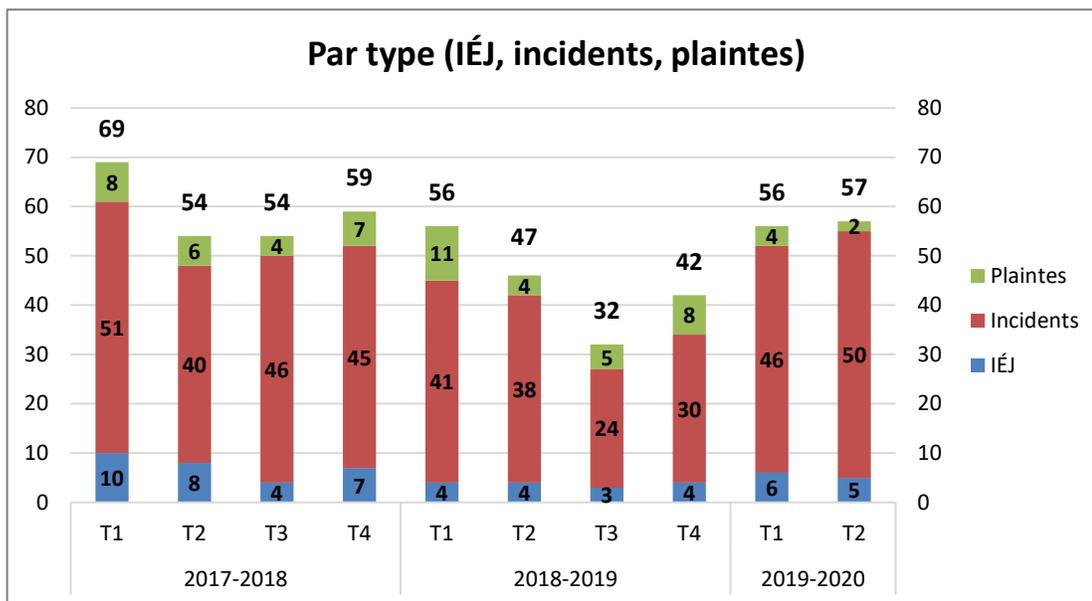
Il est à noter que seules les atteintes à la vie privée sont rapportées au Commissaire à l'intégrité. Un avis peut inclure plusieurs victimes. On note que le nombre d'incidents rapportés augmente progressivement depuis le troisième trimestre de 2018-2019, mais qu'il se situe en deçà des résultats de 2017-2018.

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

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

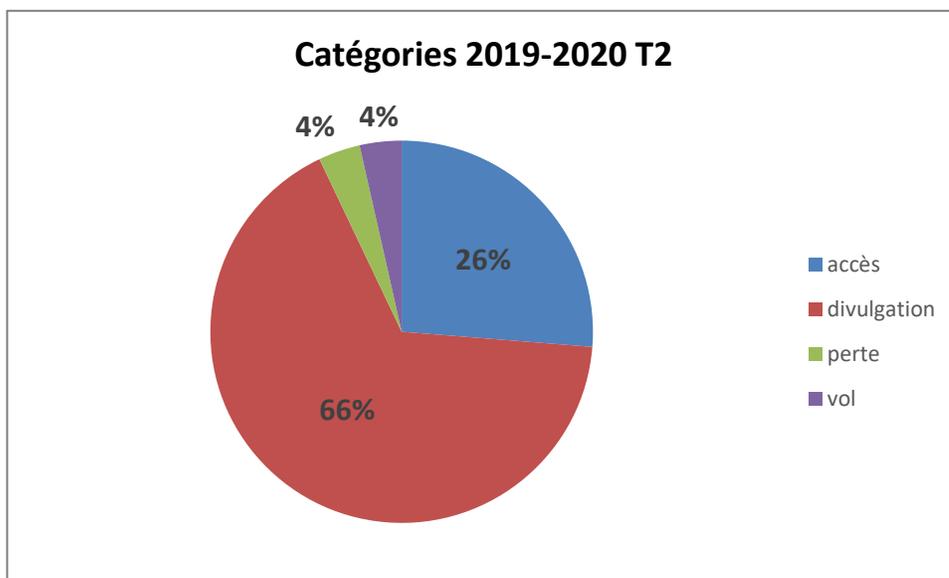
• Voir commentaire à l'item 5 pour la Zone 1B

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



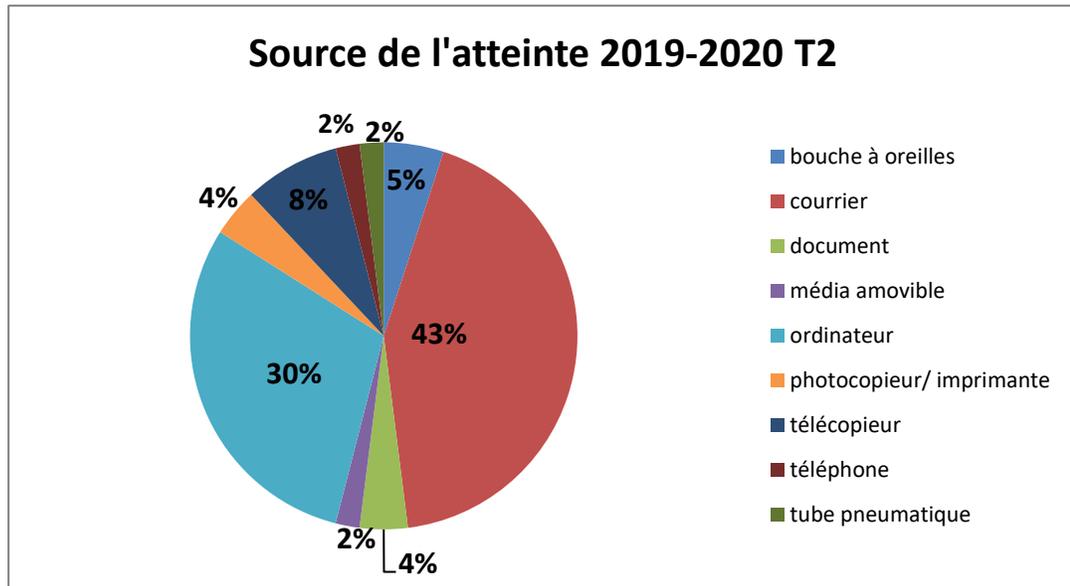
Lors du deuxième trimestre, le suivi des plaintes et des incidents a mené ou mènera à la notification de 10 victimes contre 26 au premier trimestre et 97 au troisième trimestre de 2018-2019. Il est à noter que les notifications peuvent ne pas avoir lieu dans le même trimestre où l'incident ou la plainte a été rapporté.

### 4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE



La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (66 %) ou un accès non-autorisé (26 %). Ces deux catégories comptent pour 92 % des incidents rapportés.

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

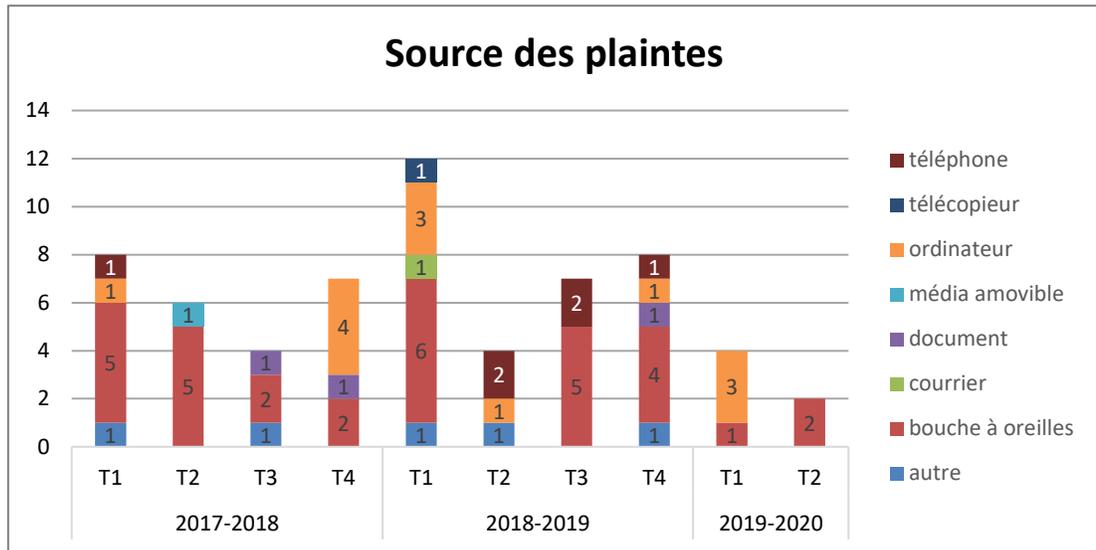


Les sources principales de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée lors du deuxième trimestre sont le courrier (43 %), l'ordinateur (30 %) et les télécopieurs (8 %). On note une augmentation des incidents en lien avec le courrier (10 %) et l'ordinateur (5 %).

Proportionnellement, la Zone 1B rapporte encore davantage d'incidents en lien avec le courrier que les autres zones. En effet, 54 % de tous les incidents en lien avec le courrier proviennent de la Zone 1B et ces derniers représentent 74 % de tous les incidents rapportés dans cette zone au cours du 2<sup>ième</sup> trimestre en lien avec la vie privée.

Suite au suivi de deux incidents dans la Zone 1b qui étaient en lien avec une station de tubes pneumatiques située dans un corridor ouvert à la circulation du public, un système de protection a été fabriqué par le Service des installations. La station de tubes pneumatiques est maintenant munie d'une porte avec fenêtre givrée, ainsi que d'une affiche bilingue qui indique que seulement le personnel autorisé a le droit d'y accéder.

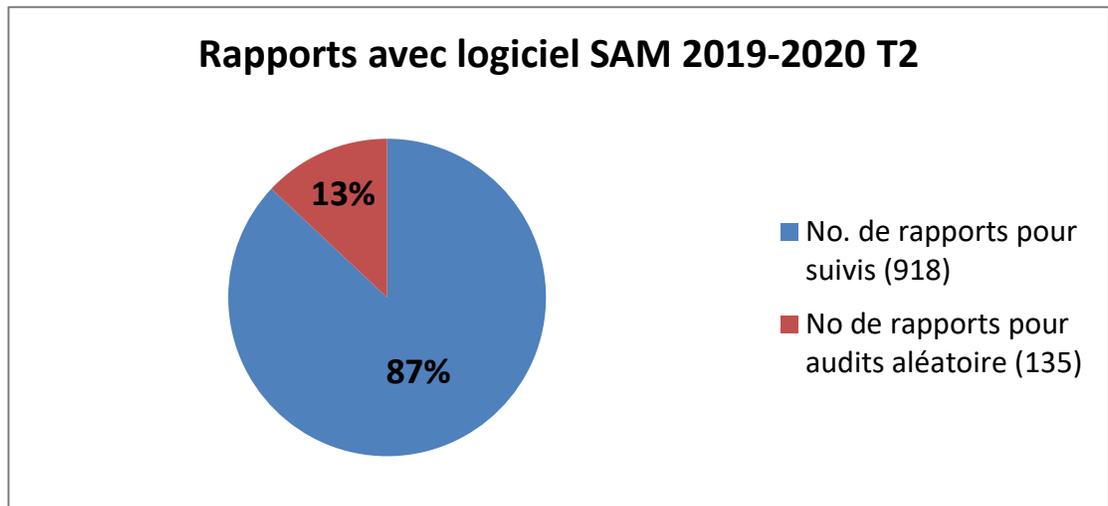
## 6. SOURCES DES PLAINTES (INCLUS LES HORS-SERVICE)



On note qu'au deuxième trimestre de 2019-2020 le nombre de plaintes a continué à chuter. La source des deux plaintes reçues était en lien avec le bouche à oreilles.

## 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 ou non une atteinte à la vie privée. Le nombre de rapports d'audits aléatoires produits est inversement proportionnel au 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 note de service a été distribuée récemment aux employés pour leur faire un rappel du processus suivi par le Bureau de la vie privée. Cette note devrait permettre de sensibiliser davantage les employés au fait qu'il y a une surveillance des accès et de l'importance d'accéder seulement aux renseignements requis pour faire leur travail.

Une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée a été complétée en vue de l'obtention des NAS et données démographiques des non-employés. Celle-ci sera soumise sous peu pour approbation.

Le suivi des rapports d'audits a permis d'apporter des améliorations au niveau des processus utilisés par les utilisateurs du module « Schedule ». De plus, le suivi a aussi permis de mettre en lumière le fait que certains comptes d'accès sont inactifs depuis une longue période et que certains usagers ont plusieurs comptes d'accès, particulièrement dans la Zone 6.

---

#### **Suivi à la décision**

---

- Soumettre pour approbation l'ÉFVP qui a été préparée afin d'être en mesure de compléter la Phase 2 du projet d'audit;
- Débuter la révision de la liste des comptes inactifs afin d'identifier ceux qui pourraient être fermés ou consolidés;
- Harmoniser les accès électroniques des adjointes administratives des cabinets privés.

---

#### **Proposition et résolution**

---

Le rapport est présenté à titre d'information.

---

**Soumis le 30 octobre 2019 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée et Michelle Bernard, conseillère à la Protection des renseignements personnels – Accès**

---

**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 19 novembre 2019

**Décision recherchée**

- Approuver les recommandations des comités de revues pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport présenté au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité, soit le 18 septembre 2019.
- Informer les membres du Comité de l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations approuvées précédemment.

**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 septembre 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 d'août 2019 à octobre 2019 un total de 8 revues ont été effectuées (4 incidents préjudiciables et 4 suicides en communauté) et un total de 32 recommandations ont été émises.
- De ces 30 recommandations : 6 (20%) sont en place et 5 (17%) sont en voie d'implantation (la plupart avec échéanciers dans les prochains mois). Voir tableau en annexe « Résumé des recommandations - Comités de revues août à octobre 2019 ».

**État d'avancement des recommandations (revues avant août 2019)**

- Il y a 20 revues effectuées avant août 2019 avec recommandations incomplètes. Pour ces vingt revues, 69% (77/112) des recommandations sont implantées et il reste 35 recommandations à mettre en place.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir. Les délais sont un peu plus longs pour quelques recommandations qui nécessitent l'implantation de technologie ou un soutien informatique.

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

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

**Considérations importantes**

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique		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 approuve les recommandations pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport présenté au Comité le 18 septembre 2019.

Adoption

Soumis le 8 novembre 2019 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient



Types d'incidents	Résumé des recommandations
Délai dans l'intervention du code bleu	<ul style="list-style-type: none"> <li>(V) Assurer que le personnel suit la politique - Code bleu - Arrêt cardiaque (MUR.3.10.01).</li> <li>(V) Faire de l'enseignement au personnel sur la politique - Code bleu - Arrêt cardiaque.</li> <li>(J) Aviser l'équipe du code bleu et les médecins de l'urgence des particularités entourant un code bleu en salle d'opération.</li> </ul>
Suicide en communauté (x 4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(V) Voir à l'élaboration d'un dépliant des ressources en santé mentale pour offrir aux patients qui se présentent à la salle d'urgence avec des facteurs de risques ou ayant besoin de soutien en communauté.</li> <li>(R) Assurer que le personnel du Centre de santé mentale (CSM) inscrit toujours au dossier la date et heure pour chaque tentative de contact avec le client.</li> <li>(R) Assurer qu'une lettre soit envoyée au client après plusieurs tentatives de contact sans réponse.</li> <li>(R) Voir à la possibilité de « flagger » le dossier du client qui aurait fait une tentative de suicide pour une période de deux ans.</li> <li>(R) Voir à la possibilité d'ajouter sur le formulaire régional du triage la question « Avez-vous des idées suicidaires » et que cette question soit demandée à chaque client peu importe la raison de sa visite à l'urgence.</li> <li>(R) Assurer qu'après une consultation avec un client pour l'évaluation de risque du suicide, le dossier soit présenté au comité d'orientation clinique (COC) et que l'intervenant avise son coordinateur clinique (CC) ou sa gestionnaire du nouveau dossier dans les 24 hrs qui suit la consultation.</li> <li>(R) Assurer qu'en cas d'absence non planifiée, l'intervenant doit aviser son coordinateur clinique (CC) de ses dossiers qui sont classés urgents. Si pas possible le CC doit réviser les dossiers de l'intervenant pour en assurer le suivi.</li> <li>(R) Assurer que toute demande de consultation pour le CSM provenant de l'urgence soit faxée et non envoyée par courriel, durant la fin de semaine ou sur un jour férié.</li> <li>(R) Aviser le personnel de l'unité de psychiatrie que pour toute demande de consultation durant la fin de semaine et les jours fériés qu'un appel soit fait au CSM pour vérifier la destination de la télécopie (fax).</li> <li>(R) Faire un rappel au personnel du Service de crise mobile que pour toutes les consultations provenant de l'urgence, que le client doit être vu en face à face au Service d'urgence la même journée.</li> <li>(R) Assurer qu'un intervenant du Service de crise mobile se présente à l'unité psychiatrique de l'hôpital chaque jeudi ou vendredi afin de recevoir la liste possible des congés durant la fin de semaine.</li> <li>(R) Offrir une session de formation obligatoire sur l'utilisation du formulaire RC-116 (Évaluation continue de l'urgence suicidaire) au personnel des Centres de santé mentale, aux intervenants du Service de crise mobile et aux Services de traitement des dépendances.</li> <li>(R) Assurer que toutes demandes de consultations soient envoyées au CSM pour que le Service de crise mobile assigne un intervenant.</li> <li>(R) Assurer que le personnel de l'unité de psychiatrie appelle au Service de crise mobile pour donner un rapport verbal des patients qui sont congédiés après 16h ou les fins de semaine et qui sont suivis par le CSM et pour les nouvelles consultations.</li> </ul>
Délai dans la réception d'un résultat de biopsie cancéreuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>(J) Voir avec Meditech la possibilité d'ajouter une règle à une visite fantôme afin de ne pas avoir l'option d'associer un spécimen.</li> <li>(J) Voir avec Meditech la possibilité d'ajouter un message "Pop-up" demandant à l'employé s'il a choisi la bonne visite.</li> <li>(J) Réviser la politique afin de s'assurer qu'on mentionne l'importance de choisir la bonne visite lorsqu'on y associe un spécimen.</li> <li>(V) Faire un rappel au personnel concernant l'importance de choisir la bonne visite ainsi que des conséquences possibles.</li> <li>(V) Ajouter un indicateur visuel comme aide-mémoire pour assurer le bon choix de visite.</li> <li>(J) S'assurer d'imprimer le rapport de Meditech en cas d'absence prolongée de l'agent qualité.</li> </ul>
Décès inattendu	<ul style="list-style-type: none"> <li>(V) Faire un rappel au personnel de vérifier et d'inscrire l'excreta du tube nasogastrique aux 8 heures sur le formulaire graphique.</li> </ul>

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Erreur (surdose) de médicament de chimiothérapie	<p><b>(R)</b> Faire un rappel aux pharmaciens que la double vérification par deux différents pharmaciens doit être faite de façon indépendante en tout temps.</p> <p><b>(R)</b> Renforcer l'importance aux techniciens et assistants en pharmacie que l'estimation mentale et l'utilisation de la calculatrice doivent toujours être faites pour la préparation des "bacs" et pour la préparation des médicaments. Développer un outil de formation qui touche cet élément et l'inclure dans le programme d'orientation pour les nouveaux employés.</p> <p><b>(R)</b> Voir avec le Service des soins ambulatoires à la possibilité de modifier l'horaire des installations intra vésicaux en après-midi, pour réduire la charge de travail durant les matins des journées d'oncologie.</p> <p><b>(R)</b> Passer en revue les options relatives aux logiciels permettant des calculs informatiques et une réduction de la quantité de texte libre lors de la saisie de la commande.</p> <p><b>(R)</b> Établir un processus d'audit pour évaluer chaque membre du personnel qui travaille avec la chimiothérapie intraveineuse par rapport aux normes définies par le département et utiliser les données d'audit pour mesurer et améliorer les responsabilités professionnelles.</p> <p><b>(R)</b> Vérifier avec l'équipe régionale l'avancement de la révision des feuilles de travail avec la liste de contrôle intégrée.</p>

### Légende – État d'avancement

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

**État d'avancement des recommandations des revues effectuées avant août 2019**

Type d'incident et Date de la revue	No. total de recommandations	Taux d'avancement	Recommandations non complétées	Commentaires	Échéanciers
Traitement 10/05/2018	6	83%	Examiner et standardiser les pratiques de désinfection et de nettoyage des appareils de dialyse dans l'ensemble du Réseau.	Suivi en cours	Octobre 2018
Traitement 20/02/2019	11	91%	Assurer que la formation sur les endoscopes (EBUS) soit donnée aux médecins qui font les procédures endoscopiques.	Suivi en cours	Septembre 2019
Chute 14/02/2019	5	80%	Explorer les possibilités d'avoir des bas antidérapants pour les patients.	Suivi en cours. Voir à un enlignement régional	Avril 2019
Traitement 01/05/2019	8	0%	1) Poursuivre les efforts de recrutement 2) Faire un rappel sur la prise des signes vitaux selon le protocole établi 3) Assurer une documentation complète des notes infirmières dans les dossiers 4) Faire un rappel sur l'évaluation de la douleur selon la politique et effectuer des audits 5) Faire un rappel sur la possibilité de faire appel à l'équipe d'intervention rapide au besoin 6) Avoir un mécanisme de rappel spécifique pour le département d'orthopédie en situation d'urgence 7) Augmenter les connaissances au niveau des médicaments utilisés pour la gestion de la douleur (co-analgésie) 8) Assurer que la procédure du BCM d'admission est bien suivie et savoir quoi faire quand les patients ont des médicaments en leur possession	Suivi en cours.	Décembre 2019
Suicide 10/01/2018	4	75%	Offrir une présentation au médecin concernant les services de santé mentale communautaires offerts à la population.	La formation est prévue en novembre 2019.	Avril 2018
Médicaments 12/04/2018	9	89%	Vérifier avec le service informatique la possibilité d'ajouter une notification (un FLAG) pour informer les utilisateurs que le patient est sous dialyse rénale.	Demande envoyée au Service informatique et plusieurs relances.	Juin 2018
Suicide 19/09/2018	1	0%	Voir à la possibilité d'adapter les moyens de communication aux tendances actuelles telles que courrier électronique et textos pour rejoindre la clientèle à risque dans le cadre des lignes directrices opérationnelles des Centres de santé mentale et traitement des dépendances.	Dossier en cours. Révision des lignes directrices se fait conjointement avec le Réseau de santé Horizon annuellement.	Mai 2019
Traitement 01/05/2019	11	91%	Voir à la possibilité d'avoir un système d'appel à l'aide tel que l'unité de psychiatrie ou système de pagette comme code blanc	Dossier en cours.	Septembre 2019

Suicide 08/04/2019	3	0%	<p>1) Faire un rappel de ne pas hésiter d'envoyer une demande de service au CSMC au besoin.</p> <p>2) Poursuivre les initiatives du projet pilote, afin d'assurer que les intervenants sont bien outillés pour référer les patients aux services appropriés selon leur condition.</p> <p>3) Réitérer l'importance d'offrir les services de la crise mobile aux clients et familles.</p>	Dossier en cours. La formation aux médecins est prévue en novembre 2019.	Automne 2019
Chute 03/06/2019	7	86%	Évaluer les coûts d'achats d'un revêtement de sol souple, doté d'une certaine élasticité (tel que le caoutchouc) ayant des propriétés antidérapantes et capable d'absorber les chocs en cas de chutes.	Dossier en cours. Demande d'estimation envoyée au directeur des installations.	Automne 2019
Code/Fracture 08/2017	7	71%	<p>1) Effectuer des simulations de code blanc à des intervalles réguliers</p> <p>2) Mettre en place une équipe de code blanc spécialisée avec mise à jour des interventions physiques sécuritaires</p>	Suivis en cours	Juin 2019
Tentative de suicide 01/12/2017	6	83%	Ajouter la formation de l'utilisation du couteau J au cours de recyclage de la prévention du suicide.	Ajouter formation au processus d'orientation.	Juin 2018
Pt manquant 17/01/2018	6	67%	<p>1) Réviser la partie 3.2.1 de la politique du code jaune afin de clarifier la responsabilité d'appeler la GRC au besoin.</p> <p>2) Réviser la politique du code jaune afin de clarifier la définition d'une personne disparue et différencier un patient qui fugue d'une personne manquante, ainsi que la procédure à suivre dans chacun des cas.</p>	Révision de la politique en cours.	Janvier 2019
Décès inattendu 20/09/2018	6	50%	<p>1) Revoir les outils de communication (rapports d'unité à l'infirmier, rapport de l'infirmier, rapport du surveillant), leur pertinence et harmoniser au besoin afin d'améliorer les communications.</p> <p>2) Faire des audits, communiquer les résultats au personnel et cerner des pistes d'amélioration sur : l'outil SBAR, la documentation interdisciplinaire, la prévention des chutes, l'évaluation du statut mental</p> <p>3) Voir à mettre en place des simulations au CHR (ex. scénarios de conditions médicales, simulations de code bleu, etc.)</p>	Outils en développement	<p>1) Jan 2019</p> <p>2) Mars 2019</p> <p>3) Jan 2019</p>
Mortinatalité 16/01/2019	6	67%	<p>1) Donner accès aux médecins accoucheurs et obstétriciens aux tracés du cœur fœtal à partir de la maison et du cabinet de pratique</p> <p>2) Standardiser la politique / procédure sur la gestion d'une mortinatalité / décès d'un nouveau-né.</p>	<p>1) Accès sera bientôt disponible</p> <p>2) Politique locale en place, en processus de révision et de régionalisation.</p>	Septembre 2019

Suicide 26/02/2019	2	50%	Assurer que les évaluations aux heures (rondes) sont bien effectuées et documentées sur toutes les unités.	L'outil de documentation est développé et prêt à mettre en œuvre. Enseignement à suivre.	Septembre 2019
Traitement 01/11/2018	5	60%	1) Voir à la possibilité d'harmoniser l'approche de prise en charge d'un patient psychiatrique au Service de l'urgence 2) Assurer que les portes de chambre d'isolement rencontrent les normes de sécurité pour ce type de chambre et clients.	1) Suivi en cours 2) Suivi en cours	1) Juin 2019 2) Jan 2019
Traitement 27/03/2019	5	80%	Regarder à la possibilité d'installer des portes magnétiques qui donnent accès au CSRV, afin que les patients soient vus par l'infirmière de la salle d'examen en premier.	Suivi en cours	Mai 2019
Suicide 22/02/2019	1	0%	Explorer avec les partenaires la possibilité de mettre sur pied un programme éducatif public pour les parents et les jeunes concernant l'utilisation des appareils électroniques.	Suivi en cours	Décembre 2019
Suicide 27/03/2019	3	67%	Avoir une séance d'information pour les médecins urgentologues concernant le formulaire "évaluation continue de l'urgence suicidaire"	Formation prévue pour le 3 décembre 2019.	Juin 2019

**Note couverture**

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Date : le 19 novembre 2019

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

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une réunion régulière le 29 octobre dernier. Les sujets discutés lors de cette réunion sont :

- Code d'éthique et plan de communication ;
- Plan de travail du comité ;
- Exercice de planification stratégique du Réseau : résumé de la retraite du 16 et 17 octobre ;
- Partenaire de l'expérience patient au Comité médical consultatif régional ;
- Articles et Sites Web d'intérêt.

Les membres ont passé en revue le plan de travail du comité. Une réunion de travail sera fixée à la fin novembre, afin de discuter en profondeur des actions/initiatives d'amélioration du plan de travail 2019-2020.

Le plan de communication relié au code d'éthique a été partagé aux membres. Thérèse Tremblay participera au processus de consultation pour la conception d'affiches qui indiqueront les grandes lignes du code d'éthique.

Pandurang Ashrit a accepté de participer à titre de partenaire de l'expérience patient aux réunions du Comité médical consultatif régional.

La prochaine réunion est prévue le 20 février 2020.

Soumis le 5 novembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

**Démarche d'agrément**

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

Item 5.10

Date : le 19 novembre 2019

**Décision recherchée**

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

**Contexte**

- La dernière visite d'agrément s'est déroulée en juin 2017. Suite à cette visite, le Réseau a dû soumettre des mesures de suivis et des preuves à Agrément Canada en lien avec 68 critères (normes et pratiques organisationnelles requises). Ces suivis ont permis au Réseau de conserver son statut d'organisme agréé.
- Le sondage Pulse sur la qualité de vie au travail a été effectué en octobre-novembre 2018 et les résultats du sondage ont été utilisés pour appuyer le développement de la stratégie du mieux-être du Réseau. En novembre, le sondage Pulse sera relancé auprès du personnel du Centre Hospitalier Restigouche dans le cadre de sa démarche d'amélioration.
- Le sondage sur la culture de sécurité a été effectué en mai-juin 2019. Les résultats n'ont pas encore été diffusés puisque Agrément Canada a eu des difficultés techniques avec leur portail (entre juin et septembre). Lors de cette période, nous n'avons pas accès aux outils, sondages et normes sur le portail. Nous sommes en processus de faire la compilation des résultats par secteurs et ils seront diffusés en décembre.
- Le cycle d'agrément se poursuit et les préparatifs pour la prochaine visite en 2021 sont débutés. Le schéma du parcours à haut niveau se trouve en annexe.

**Prochaines étapes**

- Effectuer le sondage Pulse auprès du personnel du CHR (Novembre 2019).
- Finaliser la préparation et lancer les auto-évaluations pour tous les cahiers de normes (Novembre 2019).
- Effectuer le sondage de la gouvernance (Décembre 2019).
- Effectuer l'auto-évaluation de la gouvernance (Décembre 2019).
- Finaliser le plan de communication et débiter les activités de communication dans le but d'engager le personnel dans la démarche d'agrément (Novembre 2019).
- Diffuser les résultats du sondage sur la culture de sécurité et élaborer un plan d'action pour le Réseau (Décembre 2019).

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

- Sans objet – note présentée à titre d'information.

**Considérations importantes**

- Sans objet – note présentée à titre d'information.

**Suivi à la décision**

- Poursuivre la démarche d'agrément.

**Proposition et résolution**

- Aucune – rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 8 novembre 2019 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient

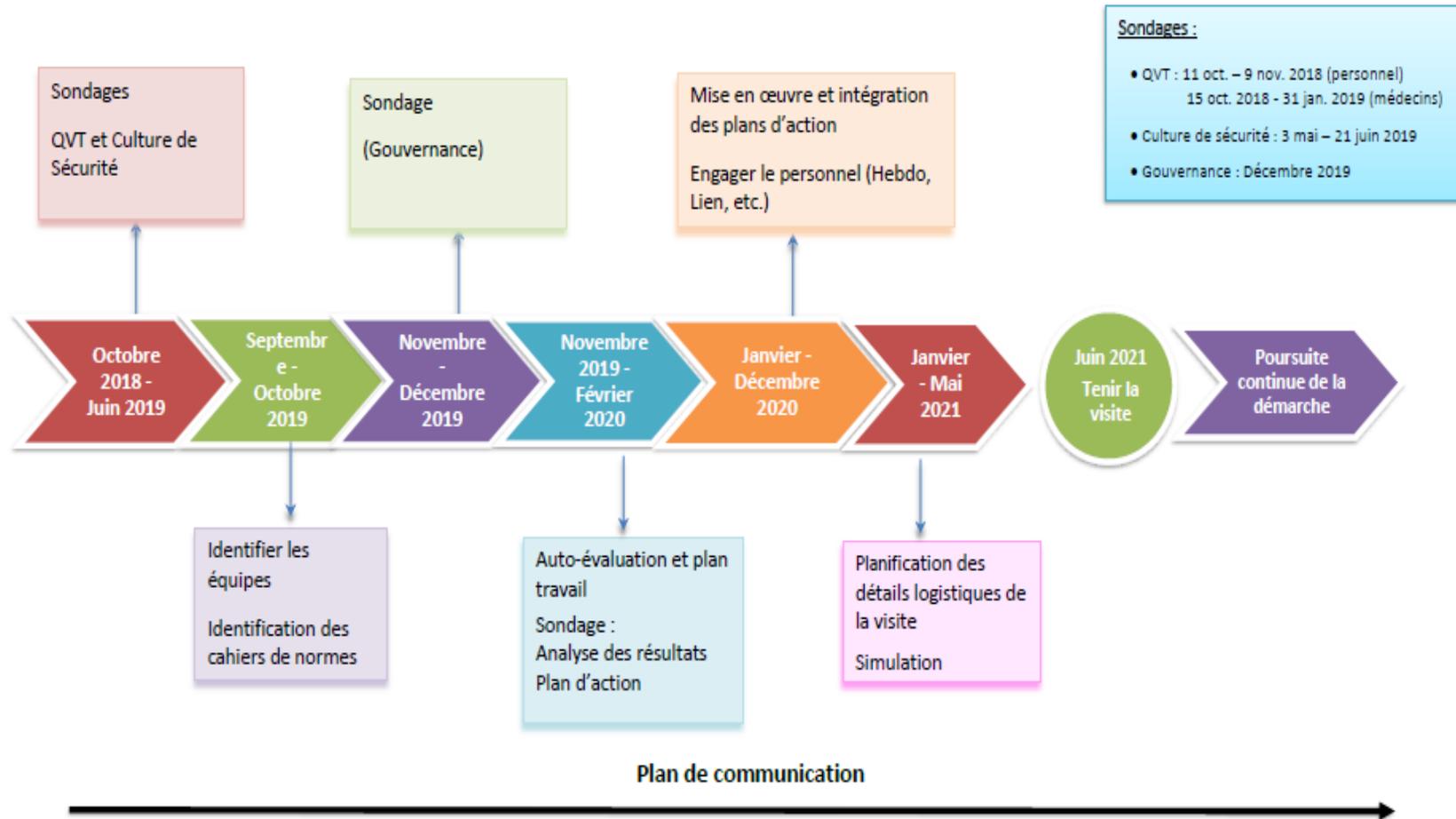


**AGRÉMENT  
CANADA**

Meilleure qualité. Meilleure santé.



## NOTRE PARCOURS



## Note couverture

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Date : le 19 novembre 2019

### **Objet : Stratégie régionale en matière d'accident vasculaire cérébral (AVC)**

Monsieur Stéphane Legacy, V.-P. – Services de consultation externe et Services professionnels présentera une initiative d'amélioration de la qualité des soins aux patients en matière d'AVC et répondra aux questions des membres.

Vous trouverez en annexe une présentation PowerPoint.

Soumis le 25 octobre 2019 par Stéphane Legacy, V.-P. – Services de consultation externe et Services professionnels



RÉSEAU DE SANTÉ

vitalité

HEALTH NETWORK



# Stratégie régionale en matière d'accident vasculaire cérébral

Présentation au  
Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la  
sécurité  
12 Novembre 2019



# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

En 2006, un comité consultatif provincial ("stroke advisory committee") a guidé l'élaboration d'une stratégie globale intégrée en matière d'AVC qui englobe 5 piliers.

- Mieux être, promotion de la santé et prévention de l'AVC
- Soins d'urgences et soins actifs aux patients ayant subi un AVC
- Services de réadaptation
- Réinsertion sociale
- L'autogestion

La stratégie est disponible en format PDF si intéressé

# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

Le comité consultatif provincial se rencontre 2 fois par année et se compose de:

- ❖ Fondation des maladies du cœur et AVC du NB-directeur AVC
- ❖ Département de la santé
- ❖ Réseau de santé Horizon
- ❖ Réseau de santé Vitalité

# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

## Comité consultatif provincial

- Développe des plans d'actions spécifiques aux 5 piliers.
- Fait la promotion d'une approche intégrée pour l'implantation de la stratégie intégrée du NB
- Offre un soutien et guide envers cette implantation
- Développe un processus d'évaluation afin de monitorer l'implantation de la stratégie et d'évaluer l'efficacité des soins de l'AVC à travers du continuum du NB

# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

Du comité consultatif provincial découle un comité régional pour le réseau de santé Vitalité, ce dernier se rencontre deux fois par année.

Le comité a un mandat; quelques exemples:

- Mettre en place les stratégies provinciales et nationales en matière d'AVC dans l'ensemble du Réseau de santé Vitalité.
- Élaborer des plans d'actions et des stratégies de mise en œuvre pour chacun des cinq piliers de la SINBAVC.
- Cibler, uniformiser et intégrer les meilleures pratiques canadiennes à l'échelle du Réseau de santé Vitalité.

# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

Vitalité travaille de près avec chaque zone pour l'intégration des 5 piliers dans nos plans de travail

## 1. Mieux être, promotion de la santé et prévention de l'AVC

- Vitalité s'implique dans diverse campagnes de sensibilisation et promotion de la santé, entre autres:
  - Campagne VITE
  - Journée sur le tabagisme
  - Clinique d'hypertension
  - Programme de nutrition
  - Coeur en santé, etc.

# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

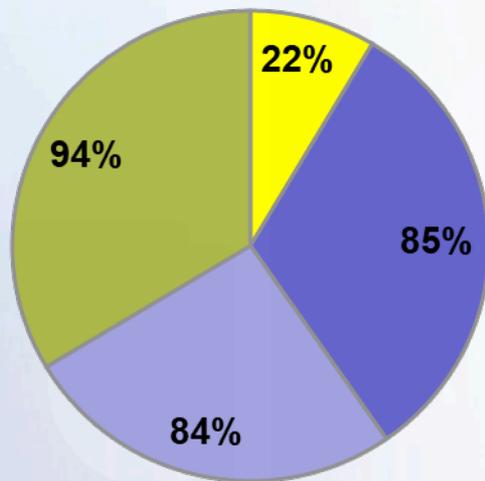
## 2. Soins d'urgences et soins actifs aux patients ayant subi un AVC

- Algorithme présent dans la plupart de nos urgences pour la prise en charge aigue du patient atteint d'un AVC
  - Objectif 2020- Tout les urgences ont un algorithme Alerte AVC
- Outil de dépistage de la dysphagie
  - Accomplissement- TORbbst maintenant implanté à la zone 1B et est l'outil régional pour le dépistage de la dysphagie
- Régionalisation du protocole d'admission sans thrombolyse pour AVC- en cours
- Régionalisation du protocole de thrombolyse pour patient AVC- prévue 2020
- Unités ciblées pour patients admis AVC
  - Juillet 2019-la zone 1B assigne un unité pour patient AVC phase aigue, soit le 3F
- Algorithme pour patient admis qui développent des symptomes AVC
  - Accomplissement 2019- Maintenant présent dans tout les hôpitaux du réseau Vitalité

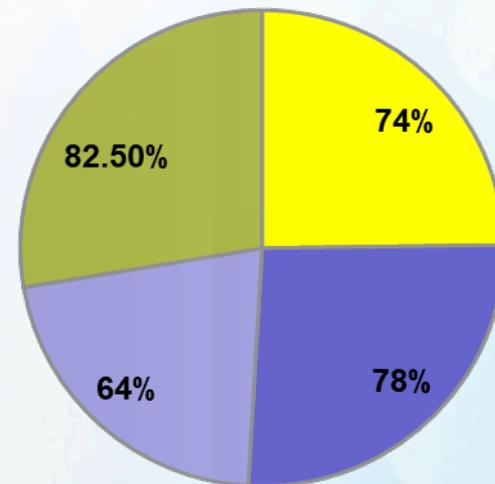
# % patients admis unité ciblée pour AVC aiguë

Target >74%

2018-2019



Juillet-Sept 2019



■ Zone 1B ■ Zone 4 ■ Zone 5 ■ Zone 6

# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

## 3. Services de réadaptation

- Adoption de l'instrument FIM (functional independent measure) afin d'améliorer les services de réadaptation chez le patient
  - Objectif: Implantation de l'outil FIM dans la zone 1B et 4 (2020-2021)
- Équipes interdisciplinaires (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, diététiste, travail social) consultées dans les premier 48 heures
- Soutien chez les équipes interdisciplinaires sur les AVC (possibilités de développement, formation, perfectionnement, etc.)
- Évaluation et traitement de réadaptatoïn de l'AVC sur les évidences actuelles (meilleures pratiques, données probantes, etc.)

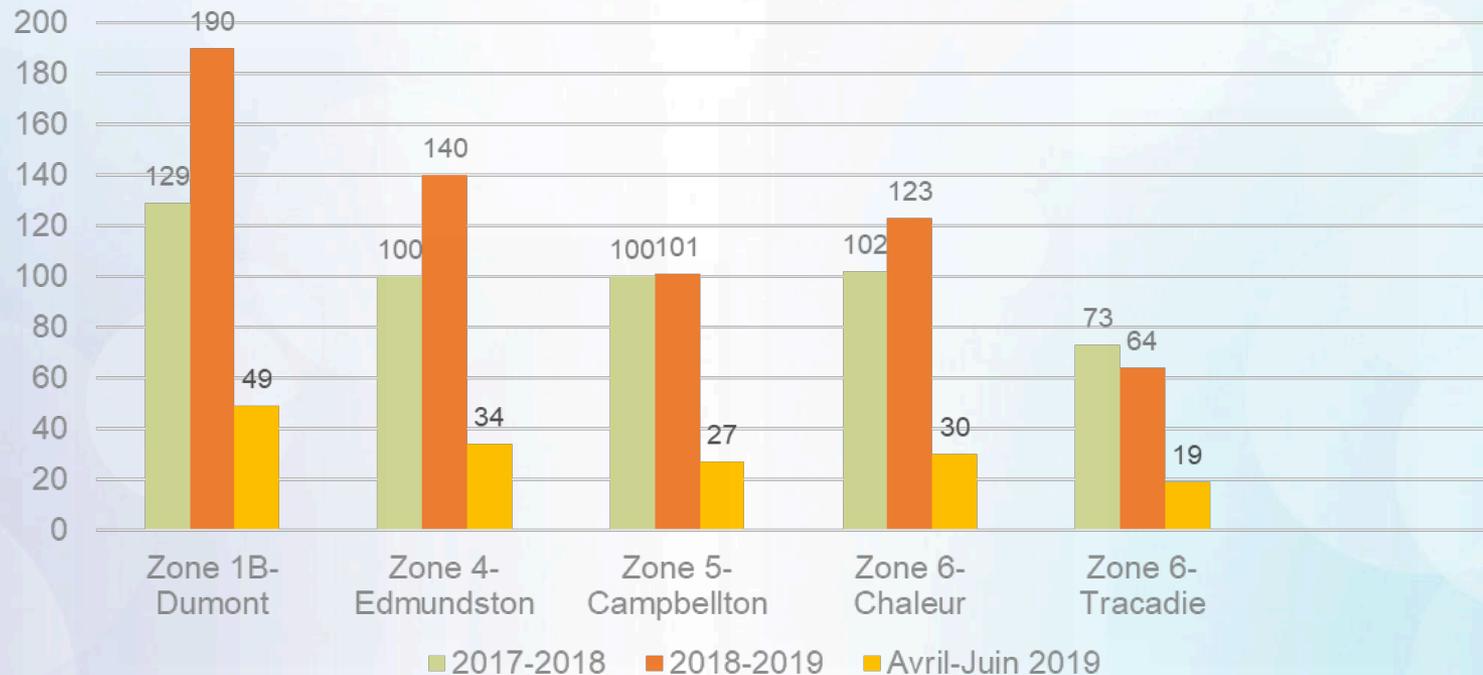
# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

## 4 et 5. Réinsertion sociale et autogestion

- Suivis 6 semaines post congé par travailleuse social
- Projet pilote "Bien vivre avec un AVC" région Campbellton et Tracadie
- Groupe de travail de réintégration communautaire avec certains membres du comité provincial y compris coordinatrice AVC de Vitalité
- Autres comités, groupe de travail, projet de recherche

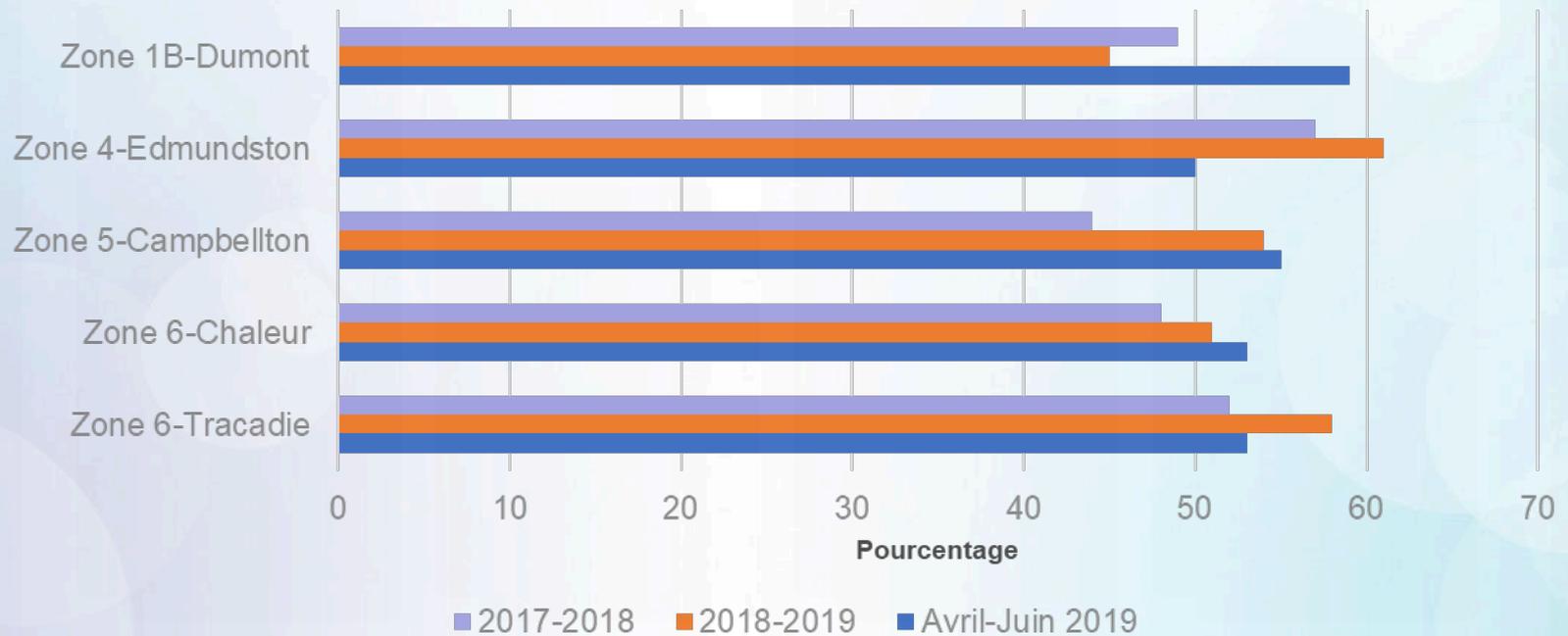
# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

Nombre de projet 340 enregistré- diagnostic AVC et ICT



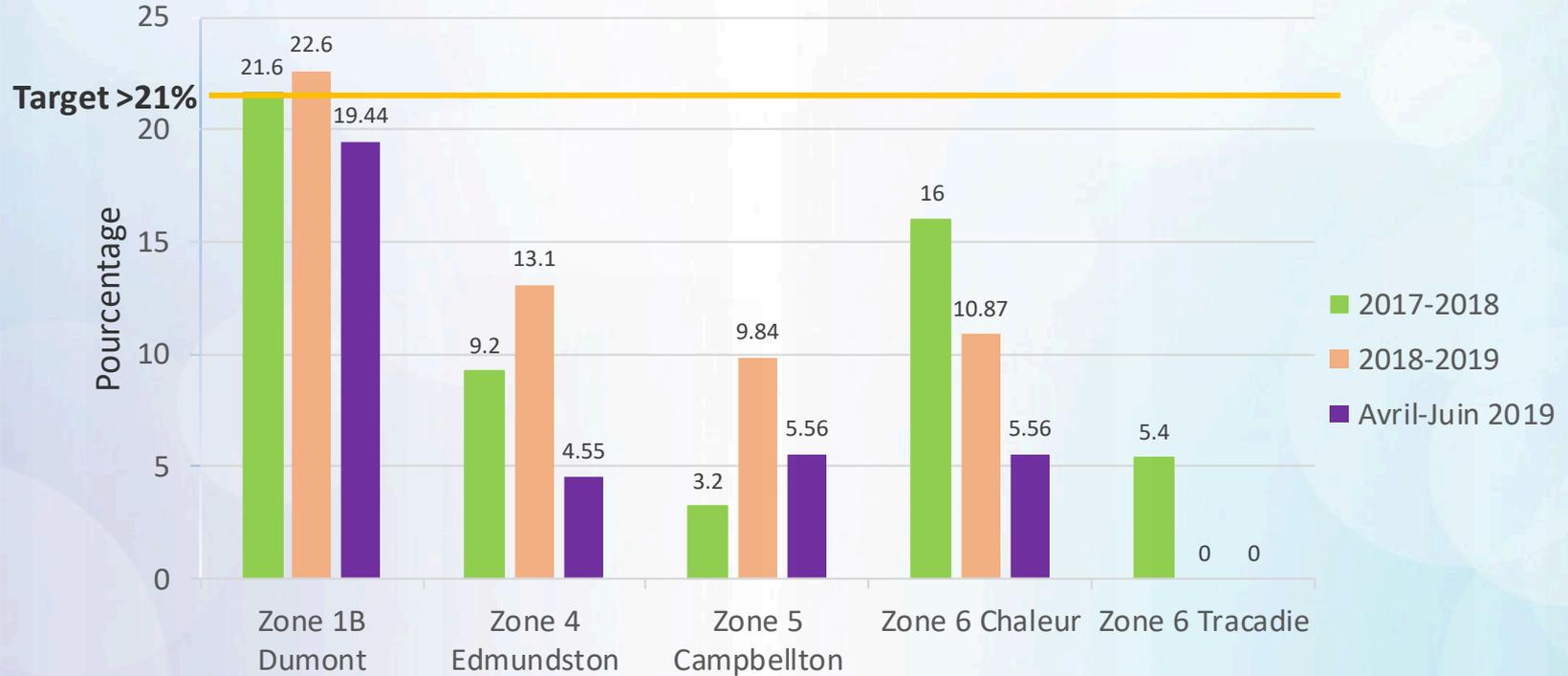
# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

Pourcentage de patients ayant consulté l'urgence dans le premier 4.5 hrs post début des symptômes



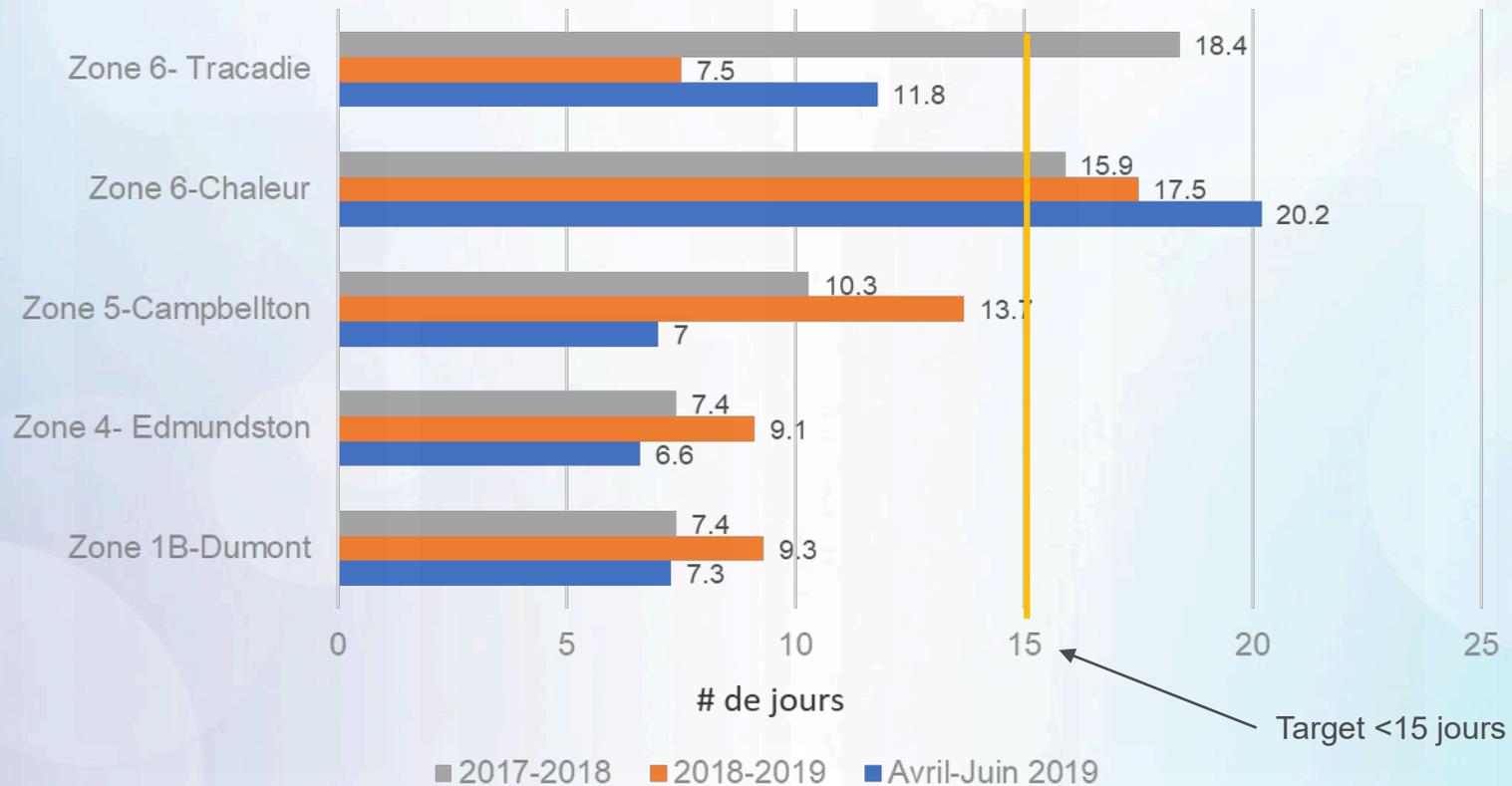
# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

% rTpa (Altéplase) administré patient AVC



# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

## Moyenne de jours admis-soins aigus



# Stratégie intégrée du Nouveau-Brunswick en matière d'accident vasculaire cérébral

<https://www.coeuretavc.ca/>

<https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/prise-en-charge-de-lavc-en-phase-aigue>

**V**ISAGE Est-il affaissé?  
**I**NCAPACITÉ Pouvez-vous lever les deux bras normalement?  
**T**ROUBLE DE LA PAROLE Trouble de prononciation?  
**E**XTRÊME URGENCE Composez le 9-1-1.

APPRENEZ À RECONNAÎTRE LES SIGNES. PLUS **V I T E** VOUS RÉAGISSEZ,  
PLUS **V I T E** VOUS SAUVEZ LA PERSONNE.



RÉSEAU DE SANTÉ

**vitalité**

HEALTH NETWORK



**Note couverture**

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité  
Date : le 19 novembre 2019

**Objet : Profil de compétences d'un partenaire de l'expérience patient**

Pour faire suite à la dernière réunion du Conseil d'administration et à la résolution d'entreprendre les démarches nécessaires pour intégrer un patient partenaire au Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité, vous trouverez ci-joint un référentiel de compétences des Patients-partenaires suggéré.

Ce profil devrait servir de base pour la discussion du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité. L'intention est de le bonifier et de le finaliser, afin que nous puissions l'utiliser pour faire une représentation en temps approprié sur les compétences recherchées.

Lorsque le profil sera complété, l'intention consiste à évaluer les compétences des membres du Comité consultatif des patients et des familles ainsi que des nouveaux patients partenaires qui seront recrutés au sein du Réseau.

Soumis le 12 novembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

## Référentiel de compétences

Compétences	Capacités Associées à la compétence	Exemples de manifestations (comportements et attitudes observables)
<b>1. FONDEMENTS DE L'EXPERTISE : DEVENIR DES PARTENAIRES DE SOINS</b>		
<i>1.1 SE CONNAÎTRE DANS LA VIE AVEC LA MALADIE</i>	1.1.1 Identifier les émotions engendrées par la maladie et les gérer de façon efficace	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déceler les situations qui déclenchent des émotions</li> <li>Reconnaître les effets négatifs et positifs des émotions dans la vie avec la maladie</li> <li>Identifier les émotions qui paralysent</li> <li>Préciser les comportements favorables à son bien-être émotionnel</li> <li>Expérimenter des solutions concrètes de gestion de ses émotions</li> </ul>
	1.1.2 Mobiliser ses forces et tenir compte de ses limites en fonction de son état de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobiliser au quotidien des solutions efficaces de gestion de ses émotions</li> <li>Évaluer les différents champs d'action qui bénéficient de son expérience de la vie avec la maladie</li> <li>Recenser les ressources externes (réseau de partenaires) nécessaires à l'amélioration de son expérience de la vie avec la maladie</li> <li>Expérimenter les actions qui améliorent son expérience de la vie avec la maladie</li> <li>Solliciter les ressources d'aide fiables et appropriées et leur déléguer des interventions</li> </ul>
	1.1.3 Développer et appliquer des stratégies de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer dans sa vie quotidienne des actions de soins nécessaires à la gestion de la vie avec la maladie</li> <li>Évaluer ses expériences de la vie avec la maladie en fonction de l'évolution de son contexte personnel et de son environnement immédiat</li> <li>Expérimenter des stratégies d'autodiagnostic et les évaluer avec ses partenaires (aidants et professionnels)</li> <li>Expérimenter des stratégies d'auto-soins et les évaluer avec ses partenaires (aidants et professionnels)</li> <li>Organiser sa vie en y intégrant l'ensemble des soins : médicaments et autres interventions de soins</li> </ul>
<i>1.2 REDONNER UN SENS À SA VIE AU TRAVERS DE SES EXPÉRIENCES</i>	1.2.1 Reconnaître son impuissance dans certains contextes de vie avec la maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconnaître le trouble que provoque en soi un sentiment d'impuissance</li> <li>Exprimer son impuissance par rapport à certains aspects de la vie avec la maladie</li> <li>Accomplir un processus de deuil à l'égard des pertes liées à la maladie</li> <li>Solliciter son environnement en situation d'impuissance</li> <li>Utiliser les moments d'espoir pour s'investir dans son rétablissement</li> </ul>
	1.2.2 Mettre en perspective les événements de la vie avec la maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Classer chronologiquement les épisodes liés à la maladie</li> <li>Reconnaître et situer par ordre d'importance les répercussions négatives et positives de la maladie sur son quotidien</li> <li>Se questionner de façon constructive sur son expérience de la vie avec la maladie, individuellement, avec son entourage et avec ses accompagnateurs</li> <li>Prendre conscience des processus d'ajustement inhérents à la vie avec la maladie</li> <li>Reconnaître les nouveaux savoirs issus de sa vie avec la maladie</li> </ul>
	1.2.3 Associer diverses expériences de vie avec la maladie et y donner un sens	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en perspective les événements de son histoire personnelle selon une vision qui donne du sens à sa vie</li> <li>Composer avec les événements du quotidien à partir de ce nouveau sens</li> <li>Se réapproprier sa capacité de prise de décision en fonction des limites de son contexte de vie</li> </ul>
<i>1.3 ÉLABORER SON PROJET DE VIE ET L'ADAPTER AU CHANGEMENT</i>	1.3.1 Se projeter au travers de ses objectifs de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définir ses besoins et ses aspirations</li> <li>Constater sa difficulté à se projeter et exprimer cette difficulté afin de se faire aider</li> <li>Reconnaître l'évolution de ses besoins et de ses aspirations</li> <li>Se fixer des objectifs de vie concrets et les réviser en fonction de l'évolution de son contexte</li> <li>Déterminer les moyens et les ressources nécessaires pour atteindre ses objectifs en les mobilisant en temps opportun</li> </ul>

Compétences	Capacités Associées à la compétence	Exemples de manifestations (comportements et attitudes observables)
	1.3.2 Mobiliser ses mécanismes d'adaptation au changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre conscience de ses forces et de ses faiblesses par rapport à ses capacités d'adaptation</li> <li>• Admettre que des étapes sont nécessaires à l'élaboration et à l'actualisation d'un projet de vie</li> <li>• Reconnaître et analyser les moments critiques de changement dans l'ensemble de son expérience de vie</li> <li>• Cerner ses mécanismes naturels d'adaptation au changement issus de l'ensemble de son expérience de vie</li> <li>• Expérimenter ses mécanismes d'adaptation au changement dans des situations spécifiques liées à la vie avec la maladie</li> </ul>
	1.3.3 Expliciter son projet de vie et participer à sa réalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détailler ses objectifs de vie dans le cadre d'un projet de vie structurant</li> <li>• S'exprimer sur l'ajustement de ses mécanismes d'adaptation au changement en fonction des défis liés à la réalisation de son projet de vie</li> <li>• Se faire aider pour permettre à ses partenaires de comprendre et de maintenir les objectifs de son projet de vie</li> <li>• Entendre le point de vue de ses partenaires pour reformuler son projet de vie sans se renier</li> <li>• Maintenir sa détermination par rapport à son projet de vie, tout en l'adaptant à son contexte personnel</li> </ul>
<i>1.4 MOBILISER SES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS</i>	1.4.1 Prendre conscience de ses moyens d'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliciter le développement de ses savoirs expérientiels</li> <li>• S'ouvrir aux savoirs de ses partenaires</li> <li>• Expliciter ses savoirs auprès de ses partenaires</li> <li>• Développer la confiance en soi en s'appuyant sur l'ensemble de ses savoirs expérientiels</li> <li>• Mobiliser l'ensemble des savoirs pour faire face à une situation</li> </ul>
	1.4.2 Définir, hiérarchiser et renouveler ses processus d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir ses processus d'apprentissage et les savoirs qui en découlent</li> <li>• Hiérarchiser ses différents processus d'apprentissage</li> <li>• Actualiser au fur et à mesure ses processus d'apprentissage</li> <li>• Mettre à profit les modalités d'apprentissage appropriées dans la construction de ses savoirs</li> <li>• Mettre à profit les modalités d'apprentissage appropriées pour construire ensemble des savoirs de soin avec ses partenaires</li> </ul>
<i>1.5 DÉVELOPPER SA RÉSILIENCE</i>	1.5.1 Se mobiliser et mobiliser son environnement de façon constructive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerner les ressources internes, relationnelles ou environnementales spécifiques à la situation</li> <li>• Mobiliser ses ressources dans l'instant</li> <li>• S'appuyer sur ses ressources pour agir dans le temps</li> <li>• Mobiliser ses ressources pour expliciter ses besoins auprès des partenaires afin que ceux-ci adaptent leur intervention en conséquence</li> <li>• Entretenir la mobilisation de l'ensemble de ses ressources en dehors des situations de changement</li> </ul>
	1.5.2 Respecter ses limites du moment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître ses forces et ses limites dans un contexte déstabilisant</li> <li>• Respecter ses forces et ses limites dans un contexte déstabilisant</li> <li>• Comprendre intellectuellement, intuitivement ou physiquement la complexité d'un contexte déstabilisant</li> <li>• Exprimer ses forces et ses limites pour permettre à son environnement de s'adapter</li> <li>• Faire respecter ses forces et ses limites</li> </ul>
	1.5.3 S'adapter en fonction du moment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître la variabilité de ses forces et de ses limites</li> <li>• Reconnaître le caractère spécifique et temporaire d'un contexte déstabilisant</li> <li>• Adapter ses forces et ses limites dans un contexte déstabilisant</li> <li>• Se positionner par rapport à soi-même et aux autres dans un contexte déstabilisant</li> <li>• Prévoir les moyens de se sortir d'un contexte déstabilisant</li> </ul>

Compétences	Capacités Associées à la compétence	Exemples de manifestations (comportements et attitudes observables)
<b>2. MOBILISATION DE L'EXPERTISE : TRANSMETTRE SES EXPÉRIENCES À SES PARTENAIRES</b>		
<i>2.1 FAIRE PREUVE D'ALTRUISME</i>	2.1.1 S'intéresser aux autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se montrer cordial</li> <li>• Se montrer attentionné envers autrui</li> <li>• Faire preuve d'empathie</li> <li>• Utiliser avec profit sa sensibilité et son affectivité</li> <li>• Adapter ses attitudes et ses comportements en fonction de la réceptivité de l'autre</li> </ul>
	2.1.2 Faire preuve de générosité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner de son temps</li> <li>• Aller au-delà de son intérêt personnel</li> <li>• Faire preuve de solidarité</li> <li>• Donner en fonction de ses capacités afin de ne pas se perdre et de garantir la qualité du don</li> <li>• Engendrer du bonheur chez ceux qu'il côtoie</li> </ul>
	2.1.3 Faire preuve d'humanité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se montrer bienveillant</li> <li>• Respecter autrui dans sa dignité d'être humain</li> <li>• Montrer de la compassion</li> <li>• Expliciter les valeurs qui sous-tendent ses actions</li> <li>• Utiliser le partage comme une forme de ressourcement</li> </ul>
<i>2.2 ÊTRE RÉFLEXIF ET TRANSMETTRE</i>	2.2.1 Se situer dans le processus de vie avec la maladie (par rapport à son état de santé psychologique, physique, voire spirituel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyser de façon rétrospective les actions entreprises et les situations vécues durant les phases de sa maladie</li> <li>• Se situer dans son parcours de vie avec la maladie</li> <li>• Situer l'expérience du moment dans l'éventail de ses savoirs expérientiels</li> <li>• Se situer dans sa relation aux autres, à l'environnement, en fonction des transformations qu'engendre la vie avec la maladie</li> <li>• Développer une analyse de ses relations avec ses intervenants et avec le système de santé</li> </ul>
	2.2.2 Se distancier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopter des techniques personnelles (corporelles, psychologiques, sociales, spirituelles) qui permettent de se distancier</li> <li>• Prendre de la distance par rapport à ses propres représentations</li> <li>• Prendre de la distance par rapport à ses représentations vis-à-vis autrui</li> <li>• Aller au-delà de ses épisodes de santé ou de ses émotions afin de tendre vers l'objectivité</li> <li>• Analyser d'un point de vue critique la situation pour agir de manière adaptée</li> </ul>
	2.2.3 Transmettre l'expérience d'un vécu avec la maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire la distinction entre le vécu et l'expérience</li> <li>• Analyser les situations vécues en mobilisant l'enseignement tiré d'autres expériences</li> <li>• Distinguer et exprimer la singularité de son expérience</li> <li>• Utiliser son expérience de la vie avec la maladie dans une variété de contextes</li> <li>• Expliciter et mettre à profit son expérience de la vie avec la maladie</li> </ul>
<i>2.3 ÊTRE À L'ECOUTE</i>	2.3.1 Se rendre disponible	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mettre à l'écoute de l'autre, du groupe, de l'environnement</li> <li>• Créer un climat de confiance avec l'autre, avec le groupe</li> <li>• Accompagner l'autre ou les membres du groupe dans leur processus réflexif</li> <li>• Respecter le rythme de l'autre, celui du groupe</li> <li>• Conclure ses interactions de façon respectueuse en fonction du temps disponible, et des limites de l'autre ou du groupe</li> </ul>
	2.3.2 Entendre ce qui est dit (et plus)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un contexte favorable à l'expression</li> <li>• Déplacer son centre d'intérêt pour écouter et entendre ce qui se dit</li> <li>• Être attentif à ce qui s'exprime de façon non verbale</li> <li>• Distinguer l'ensemble de ce qui est exprimé par autrui de ses propres représentations et comportements</li> <li>• Intégrer l'ensemble de ce qui est exprimé en dépassant ses propres représentations</li> </ul>

Compétences	Capacités Associées à la compétence	Exemples de manifestations (comportements et attitudes observables)
	2.3.3 Se situer par rapport à ce qui est exprimé et en tirer des enseignements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuer à l'objectivation de ce qui a été exprimé</li> <li>• Mobiliser son esprit d'analyse dans toutes les dimensions</li> <li>• Revenir sur les situations, les attitudes, et en tirer des enseignements</li> <li>• Réintroduire son expérience directe ou indirecte pour légitimer ces enseignements</li> <li>• Exprimer ses conclusions à bon escient</li> </ul>
2.4 COMMUNIQUER	2.4.1 Établir une relation de confiance et de partenariat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un lieu d'échange approprié au contexte de communication</li> <li>• Se présenter de façon claire et concise et expliquer son rôle dans le contexte</li> <li>• Faire preuve d'attention, d'écoute et de respect</li> <li>• Exprimer sa volonté de collaborer, d'aider, d'accompagner</li> <li>• Susciter chez ses interlocuteurs l'expression d'idées, de préoccupations et d'émotions</li> </ul>
	2.4.2 Échanger de l'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'exprimer dans un langage clair et adapté, propice à un échange constructif</li> <li>• Prendre appui sur des valeurs communes pour organiser son discours et ses attitudes</li> <li>• Tenir compte de l'expression verbale et non verbale de ses interlocuteurs, tenir compte de l'ambiance et de l'environnement</li> <li>• Chercher à comprendre la situation qui lui est présentée par des demandes d'éclaircissement, au besoin</li> <li>• Démontrer qu'il comprend la situation présentée tout en exprimant ses limites, s'il y a lieu</li> </ul>
	2.4.3 Adapter son mode de communication en fonction de son auditoire et du contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir compte des besoins, des émotions et des préoccupations de ses partenaires</li> <li>• Évaluer la réception de ses propos et leur portée sur l'interlocuteur, et s'ajuster en conséquence</li> <li>• Reformuler si le message ne semble pas être bien compris ou perçu</li> <li>• Répondre aux questions et aux interrogations complémentaires avec le souci de s'adapter aux particularités de l'interlocuteur</li> <li>• Faire preuve de tact dans la formulation de ses propos, particulièrement dans les situations tendues ou délicates</li> </ul>
2.5 SE RACONTER DE FAÇON PÉDAGOGIQUE	2.5.1 Restituer son expérience	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre conscience de son registre d'expériences</li> <li>• Exprimer clairement ses épisodes expérientiels</li> <li>• Exprimer de façon cohérente son expérience au travers d'épisodes expérientiels</li> <li>• Capter l'attention de l'auditoire en adaptant son discours aux particularités du ou des interlocuteurs</li> <li>• Répondre aux questions et aux interrogations complémentaires</li> </ul>
	2.5.2 Généraliser l'expérience de la vie avec la maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situer dans son contexte l'expérience qui est partagée</li> <li>• Utiliser son expérience pour expliciter et illustrer un message précis</li> <li>• Expliciter une stratégie à partir d'un exemple tiré de son expérience</li> <li>• Aider à dégager ce qui est généralisable de ce qui reste de l'ordre du particulier</li> <li>• Extraire de son expérience individuelle un ou plusieurs concepts de la vie avec la maladie</li> </ul>
	2.5.3 Choisir le moment opportun pour transmettre son expérience	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerner les attentes du public et ses demandes</li> <li>• Trouver dans son registre expérientiel le ou les épisodes les plus appropriés</li> <li>• Choisir le moment opportun pour parler de son expérience</li> <li>• Reconnaître sur-le-champ les moments inappropriés à l'expression de son expérience et s'adapter en conséquence</li> <li>• Varier ses stratégies pédagogiques en fonction des contextes pour transmettre son expérience</li> </ul>
		•

Compétences	Capacités Associées à la compétence	Exemples de manifestations (comportements et attitudes observables)
<b>3. MATURITÉ DE L'EXPERTISE : ASSUMER UN LEADERSHIP TRANSFORMATIONNEL</b>		
<i>3.1 MOBILISER SES EXPÉRIENCES SOCIALES ET PROFESSIONNELLES AU SERVICE DU PARTENARIAT</i>	3.1.1 Prendre conscience de ses capacités sociales et professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconnaître les savoirs développés dans ses expériences sociales et professionnelles</li> <li>Déterminer les savoirs socioprofessionnels qui peuvent être utiles pour renforcer son leadership</li> <li>Reconnaître des croisements possibles entre son expérience de la vie avec la maladie et les autres types d'expériences vécues</li> <li>Mobiliser des savoirs socioprofessionnels au service du partenariat</li> <li>Améliorer ses savoirs socioprofessionnels grâce à son expérience de la vie avec la maladie</li> </ul>
	3.1.2 Développer et entretenir une pratique réflexive relative à son rôle de leadership	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenir compte des enjeux liés à la mobilisation de ses savoirs socioprofessionnels dans le cadre de son rôle de leadership</li> <li>Développer des mécanismes de rétroaction de soi à soi</li> <li>Développer des mécanismes de rétroaction en équipe</li> <li>Entretenir une routine de rétroaction de soi à soi</li> <li>Entretenir une routine de rétroaction en équipe</li> </ul>
	3.1.3 Transposer ses expériences sociales et professionnelles dans l'expérience de partenariat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expliciter la nature des expériences socioprofessionnelles pertinentes dans l'exercice de son leadership</li> <li>Choisir le moment opportun pour mobiliser les expériences socioprofessionnelles utiles au renforcement de son leadership</li> <li>Moduler l'importance de la contribution de ses expériences socioprofessionnelles en fonction de ses besoins de leadership</li> <li>Mettre ses expériences socioprofessionnelles au service de l'enrichissement de l'expertise patient</li> <li>Transmettre ce savoir de manière adaptée</li> </ul>
<i>3.2 ANALYSER DES SITUATIONS RELATIONNELLES DE DIFFÉRENTS NIVEAUX DE COMPLEXITÉ</i>	3.2.1 Analyser une dynamique relationnelle de partenariat avec le patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre connaissance de la situation</li> <li>Enquêter et analyser pour clarifier la situation</li> <li>Valider la perception de la situation auprès de tiers</li> <li>Expliciter son analyse de la situation</li> <li>S'assurer du niveau d'adhésion à cette analyse et de son appropriation en vue des actions à mettre en oeuvre</li> </ul>
	3.2.2 Analyser une dynamique relationnelle de partenariat au sein d'une équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre connaissance de la situation</li> <li>Enquêter et analyser pour clarifier la situation</li> <li>Valider la perception de la situation auprès de tiers</li> <li>Expliciter son analyse de la situation</li> <li>S'assurer du niveau d'adhésion à cette analyse et de son appropriation en vue des actions à mettre en oeuvre</li> </ul>
	3.2.3 Analyser un contexte de partenariat au sein d'une organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre connaissance de la situation</li> <li>Enquêter et analyser pour clarifier la situation</li> <li>Valider la perception de la situation auprès de tiers</li> <li>Expliciter son analyse de la situation</li> <li>S'assurer du niveau d'adhésion à cette analyse et de son appropriation en vue des actions à mettre en oeuvre</li> </ul>
<i>3.3 TISSER ET ENTRETENIR DES RÉSEAUX</i>	3.3.1 Développer des relations	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choisir des moments et des lieux propices au réseautage</li> <li>Être à l'affût de relations utiles à son réseau</li> <li>Élaborer un message clair pour orienter le développement de ses relations</li> <li>Créer des occasions propices et établir un premier contact</li> <li>Solliciter ses contacts afin qu'ils participent à la vie d'un réseau</li> </ul>
	3.3.2 Affirmer son rôle dans un réseau	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expliquer son rôle et ses objectifs de réseautage</li> <li>Adapter le message au public cible</li> <li>Participer à la vie du réseau en agissant à titre de personne ressource au sein du réseau</li> <li>Participer à la vie du réseau en augmentant sa visibilité</li> <li>Moduler ses actions de façon à préserver la dynamique du réseau</li> </ul>
	3.3.3 Participer à l'organisation et à l'entretien de réseaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la cohérence entre la vie interne et externe du réseau</li> <li>Identifier les acteurs clés à inclure dans le réseau</li> <li>Assurer l'intégration des nouveaux acteurs clés dans le réseau</li> <li>Veiller à l'enrichissement du réseau</li> <li>Animer ou co-animer la dynamique du réseau en vue de son évolution</li> </ul>

Compétences	Capacités Associées à la compétence	Exemples de manifestations (comportements et attitudes observables)
3.4 ACCOMPAGNER UN INDIVIDU OU UN GROUPE	3.4.1 Coacher un individu ou un groupe dans le cadre de ses fonctions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoriser les initiatives de l'individu ou du groupe dans le cadre de leurs fonctions</li> <li>• Favoriser les apprentissages de l'individu ou du groupe à l'aide d'outils appropriés</li> <li>• Accompagner l'individu ou le groupe vers la résolution de problème survenant dans le cadre de leurs fonctions</li> <li>• Guider l'individu ou le groupe vers la maturité de leurs compétences dans le cadre de leurs fonctions</li> <li>• Veiller à développer l'autonomie de l'individu ou du groupe dans le cadre de leurs fonctions</li> </ul>
	3.4.2 Mentorner un individu ou un groupe dans le développement de son identité professionnelle et personnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspirer par la transmission de ses attitudes, en particulier de son enthousiasme et de ses actions</li> <li>• Encourager l'autoréflexion et la rétroaction sur les expériences vécues</li> <li>• Valoriser les attitudes et les comportements adaptés et adoptés par le ou les mentorés</li> <li>• Accompagner le processus d'aide à la décision</li> <li>• Accompagner l'individu ou les membres d'un groupe vers la plénitude de leurs compétences de partenaires</li> </ul>
	3.4.3 Co-animer une dynamique de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer une complicité et s'ajuster en fonction de l'autre animateur</li> <li>• Organiser en amont le plan d'action</li> <li>• Définir le cadre de travail et le maintenir de manière souple</li> <li>• S'adapter au fur et à mesure pour maintenir la dynamique de travail</li> <li>• Déceler les leviers et les freins à la dynamique de travail</li> </ul>
3.5 ASSUMER UN CO-LEADERSHIP	3.5.1 Porter une vision commune	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formuler et partager la vision de manière claire et pédagogique</li> <li>• Co-transmettre la vision par différents moyens</li> <li>• Investir de son temps et de son énergie pour faire vivre cette vision</li> <li>• Matérialiser la vision commune dans au moins une action concrète</li> <li>• Étendre la visibilité des actions qui portent la vision partagée</li> </ul>
	3.5.2 Rassembler et mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir des principes directeurs, lesquels ont du sens pour l'ensemble des parties prenantes</li> <li>• Susciter l'intérêt de plusieurs parties prenantes envers la vision ou les actions associées</li> <li>• Créer un environnement de confiance favorable par des attitudes et des communications appropriées</li> <li>• Accompagner dans la prise de décision ou décider selon la situation</li> <li>• Soutenir l'intérêt des parties prenantes stratégiques envers la vision ou les actions associées</li> </ul>
	3.5.3 Créer les conditions gagnantes pour assurer une pérennité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-développer une perspective d'ensemble (politique, économique, etc.) de l'environnement dans lequel le réseau évolue en détectant les leviers et les freins à son développement</li> <li>• Co-définir les termes d'une situation « gagnant-gagnant » pour entretenir des dynamiques de travail propices au développement du réseau</li> <li>• Actualiser la stratégie de développement du réseau en fonction de l'évolution de son environnement et le maintien d'une situation « gagnant-gagnant » en partenariat de co-leadership</li> <li>• Optimiser les bénéfices des actions du réseau</li> <li>• Prévoir les événements et les ressources qui peuvent influencer sur la pérennité du réseau</li> </ul>
	3.5.4 Définir et communiquer des pratiques communes émergentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir les paramètres d'une pratique émergente qui serait appropriable</li> <li>• Différencier ce qui est de l'ordre du particulier de ce qui est de l'ordre du reproductible dans cette pratique émergente</li> <li>• Mobiliser l'attention et l'intention sur des valeurs communes et convergentes pour ce modèle de partenariat émergent</li> <li>• Modéliser la pratique émergente</li> <li>• Mobiliser les réseaux pour diff user cette pratique commune émergente</li> </ul>

## Note d'information

**Tableau de bord équilibré – T2 2019-2020**

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

Comité des finances et de vérification

Date : le 19 novembre 2019

**Décision recherchée**

Le deuxième trimestre (T2) du tableau de bord équilibré 2019-2020 est présenté à titre d'information et avis.

**Contexte / Problématique**

- 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 fut proposé en septembre 2019.
- Une mise à jour du Tableau de bord et du Rapport trimestriel sont présentées pour le T2 2019-2020.

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

- Certaines données cliniques sont incomplètes à cause de problèmes techniques avec les systèmes qui servent à la codification des dossiers des patients (ICIS et 3M). Ces problèmes qui étaient hors de notre contrôle sont en voie d'être résolus et les données seront mises à jour pour le prochain rapport trimestriel.
- Il est donc difficile de tirer des conclusions pour le dernier trimestre.
- Des améliorations de performance sont remarquées avec des baisses substantielles des taux d'infections SARM, ERV, et C. Difficile au dernier trimestre.
- Les indicateurs financiers sont relativement stables. Par ailleurs, bien que ces indicateurs soient mis à jour pour la plus récente période disponible, il faut tenir compte des modifications apportées à la formule budgétaire 2019-2020 qui limite leur comparabilité.
- Par ailleurs, il est à noter que les données des indicateurs mis à jour pour le deuxième trimestre de l'année fiscale 2019-2020 reflètent des tendances qui couvrent la période estivale qui entraîne un ralentissement de certaines activités.

**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**

Le tableau de bord équilibré ainsi que le rapport trimestriel regroupant l'ensemble des fiches explicatives seront révisés dès que les indicateurs cliniques provenant du portail de l'ICIS et 3M seront à jour.

**Proposition et résolution**

Aucune.

Soumis le 8 novembre 2019 par l'équipe de la Planification et de l'Aide à la décision

# Réseau de santé Vitalité

## Tableau de bord équilibré 2019-2020

### Rapport trimestriel (T2)



## 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) .....	6
CSM - % DE PATIENTS TRAITÉS DANS LES 40 JOURS - PRIORITÉ MODÉRÉE .....	7
% DE RÉADMISSION À L'INTÉRIEUR DE 30 JOURS SUITE À UN CONGÉ DE SANTÉ MENTALE .....	8
TAUX BRUT DE CONGÉ EN SANTÉ MENTALE PAR 100 000 HABITANT .....	9
TAUX DE RÉADMISSION 30 JOURS.....	10
% DE CONGÉS POUR DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES .....	11
NOMBRE DE PATIENTS QUI ONT QUITTÉ SANS AVOIR VU LE MÉDECIN (URGENCE) .....	12
COÛT PAR HABITANT POUR LES SOINS DE SANTÉ.....	13
COÛT PAR JOUR PATIENT/UNITÉS SOINS INFIRMIERS.....	14
VARIANCE ENTRE LE BUDGET ET LES DÉPENSES ACTUELLES.....	15
COÛT PAR JOUR REPAS .....	16
COÛT EN SALAIRES DU SERVICE DE L'ENVIRONNEMENT PAR PIED CARRÉ .....	17
% DES DÉPENSES ADMINISTRATIVES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES .....	18
% DES DÉPENSES DE SOUTIEN PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES .....	19
% DES DÉPENSES DANS LES PROGRAMMES CLINIQUES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES.....	20
COÛT D'OPÉRATION DES LABORATOIRES/UNITÉ DE CHARGE DE TRAVAIL.....	21
VARIANCE EN SALAIRES ET BÉNÉFICES .....	22
VARIANCE EN DÉPENSES MÉDICAMENTS .....	23
VARIANCE EN FOURNITURES MÉDICALES ET CHIRURGICALES, AUTRES DÉPENSES .....	24
COÛT EN ÉNERGIE PAR PIED CARRÉ .....	25

% DE JOURS D'HOSPITALISATION AU-DELÀ DE CEUX PRÉVUS PAR L'ICIS POUR LES CAS TYPIQUES .....	26
NOMBRE MOYEN DE JOUR D'HOSPITALISATION EN SOINS AIGUS CHEZ LES 65 ANS ET PLUS .....	27
TAUX DE CÉSARIENNE À FAIBLES RISQUES .....	28
TAUX DE CHUTES .....	29
TAUX DE CHUTES AVEC BLESSURES GRAVES .....	30
TAUX D'INCIDENT AVEC BLESSURES GRAVES (EXCLUANT LES CHUTES).....	31
TAUX D'ERREURS DES MÉDICAMENTS.....	32
TAUX DE CONFORMITÉ À L'HYGIÈNE DES MAINS.....	33
TAUX D'INFECTION CLOSTRIDIUM DIFFICILE .....	34
TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION AU SARM .....	35
TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION ERV.....	36
RATIO NORMALISÉ DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE .....	37
DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (DMS).....	38
JOURS-PATIENTS .....	39
NOMBRE DE PROCÉDURES AUX LABORATOIRES .....	40
NOMBRE D'EXAMENS EN IMAGERIE MÉDICALE .....	41
NOMBRE DE CAS AU BLOC OPÉRATOIRE .....	42
NOMBRE DE VISITES EN HÉMODIALYSE.....	43
NOMBRE DE VISITES EN ONCOLOGIE .....	44
% DE VISITES 4 et 5.....	45
NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE .....	46
% DE PATIENTS NSA AVEC PLUS DE 90 JOURS DANS DES LITS DE SOINS AIGUS .....	47
TAUX D'HOSPITALISATION POUR DÉMENCE PAR 100 000 DE POPULATION.....	48
POURCENTAGE DE JOURS NIVEAUX DE SOINS ALTERNATIFS (NSA) .....	49

POURCENTAGE DE LITS OCCUPÉS PAR DES CAS DE SLD .....	50
NOMBRE DE CONSULTATIONS CLINIQUES EFFECTUÉES EN TÉLÉSANTÉ .....	51
CHIRURGIE EN ATTENTE PLUS DE 12 MOIS.....	52
% DE CHIRURGIES D'ARTHROPLASTIE DU GENOU EFFECTUÉES (26 SEMAINES) .....	53
% DE CHIRURGIES D'ARTHROPLASTIE TOTALE DE LA HANCHE EFFECTUÉES (26 SEMAINES).....	54
TAUX GLOBAL AUX MODULES E-APPRENTISSAGE.....	55
MOYENNE DE JOURS DE MALADIE PAYÉS PAR EMPLOYÉ.....	56
POURCENTAGE DE POSTE PERMANENTS VACANTS .....	57
NOMBRE D'ACCIDENT AVEC PERTE DE TEMPS X 200 000 / # HEURES TOTALES TRAVAILLÉES.....	58
TAUX DE CONFORMITÉ DANS LES APPRÉCIATIONS DE RENDEMENT.....	59
NOMBRE DE NOUVEAUX GRIEFS .....	60
% D'HEURES DE MALADIE .....	61
% D'HEURES DE SURTEMPS.....	62
HEURES TRAVAILLÉES PPU/JOURS-PATIENTS .....	63
# DE DÉPART PT ET TP/# MOYEN D'EMPLOYÉ PT ET TP .....	64

# 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



INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Dernier trimestre)	T1	T2	T3	T4
Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial) <b>Données incomplètes</b>	Dre.Desrosiers	T1 2019-20	189	199	196	140	140	✓			
CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	Jacques Duclos	T2 2019-20	50,8%	50,8%	-	52,0%	52,0%	!	!		
% de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé de santé mentale <b>Données incomplètes</b>	Jacques Duclos	T1 2019-20	8,9%	8,6%	6,0%	11,7%	11,7%	✗			
Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitant <b>Données incomplètes</b>	Jacques Duclos	T1 2019-20	249,5	258,6	-	221,0	221,0	ND			
Taux de réadmission 30 jours <b>Données incomplètes</b>	Jacques Duclos, Dre Desrosiers, Johanne Roy	T1 2019-20	9,0	9,1	8,6	7,5	7,5	✓			
% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires <b>Données incomplètes</b>	Stéphane Legacy, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T1 2019-20	6,59%	6,31%	6,19%	5,16%	5,16%	✓			
Nombre de patients qui ont quitté sans avoir vu le médecin	Dre.Desrosiers	T2 2019-20	15 971	8 492	-	7 945	4 061	ND	ND		
Coût par habitant pour les soins de santé	Gisèle Beaulieu	Sept. 2019	\$ 2 881	\$ 2 802	\$ 2 781	\$ 2 840	\$ 2 869	✗	!		
Coût par jour patient / unités soins infirmiers	Johanne Roy	T1 2019-20	\$ 359	\$ 358	\$ 352	\$ 363	\$ 363	✗	!		
Variance entre le budget et les dépenses actuelles	Gisèle Beaulieu	Sept. 2019	\$ 9 255 059	\$ 363 731	-	\$ (6 474 523)	\$ (117 268)	✗	✗		
Coût par jour repas	Stéphane Legacy	Sept. 2019	\$ 38,04	\$ 36,82	\$ 34,85	\$ 39,99	\$ 41,24	✗	✗		
Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Stéphane Legacy	Sept. 2019	\$ 4,70	\$ 4,77	\$ 4,66	\$ 4,85	\$ 4,87	✓	!		
% des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales	Gisèle Beaulieu	Sept. 2019	2,69%	2,38%	2,56%	2,40%	2,46%	✓	!		
% des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales	Stéphane Legacy	Sept. 2019	16%	16%	16%	16%	17%	✓	!		
% des dépenses dans les programmes cliniques par rapport aux dépenses totales	Stéphane Legacy, Jacques Duclos, Johanne Roy	Sept. 2019	55%	56%	55%	55%	53%	✓	!		
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Stéphane Legacy	T1 2019-20	\$ 1,20	\$ 1,15	\$ 1,20	\$ 1,18	\$ 1,18	✓	!		

INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Dernier trimestre)	T1	T2	T3	T4
Variance en salaires et bénéfices	Gisèle Beaulieu	Sept. 2019	\$ 4 526 777	\$ 259 889 217	-	\$ (244 109)	\$ 1 177 804	✗	✗		
Variance en dépenses médicaments	Stéphane Legacy	Sept. 2019	\$ 425 510	\$ 15 600 602	-	\$ (2 680 133)	\$ (865 624)	✗	✗		
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Johanne Roy	Sept. 2019	\$ 6 964 618	\$ 81 736 182	-	\$ (5 141 944)	\$ (417 224)	✗	✗		
Coût en énergie par pied carré	Stéphane Legacy	Sept. 2019	\$ 5,42	\$ 4,93	\$ 5,54	\$ 5,43	\$ 6,20	✓	✗		
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques <b>Données incomplètes</b>	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T1 2019-20	6,5%	8,9%	0,0%	5,4%	5,4%	✗			
Nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus <b>Données incomplètes</b>	Johanne Roy	T1 2019-20	8,7	8,8	12,0	8,7	8,7	✓			
Taux de césarienne à faibles risques <b>Données incomplètes</b>	Dre.Desrosiers	T1 2019-20	10,9%	9,5%	15,2%	11,3%	11,3%	✓			
Taux de chutes	Johanne Roy	T2 2019-20	5,09	5,55	4,50	4,92	5,40	⚠	✗		
Taux de chutes avec blessures graves	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T2 2019-20	0,045	0,045	0,000	0,025	0,000	✗	✓		
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers	T2 2019-20	0,047	0,060	0,000	0,055	0,038	✓	⚠		
Taux d'erreurs des médicaments	Tous	T2 2019-20	3,36	3,47	3,05	2,87	2,95	✓	⚠		
Taux de conformité à l'hygiène des mains	Tous	T2 2019-20	81,4%	79,7%	90,0%	77,6%	78,4%	✗	✗		
Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T2 2019-20	2,00	1,94	3,57	1,68	1,68	✓	✓		
Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T2 2019-20	0,24	0,31	1,29	0,45	0,16	✓	✓		
Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T2 2019-20	0,105	0,064	0,050	0,064	0,000	✗	✓		
Ratio normalisé de mortalité hospitalière <b>Données incomplètes</b>	Gisèle Beaulieu	T1 2019-20	111	109	89	115	115	✗			
Durée moyenne de séjour (DMS) <b>Données incomplètes</b>	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T1 2019-20	8,8	8,5	8,4	10,2	10,2	✗			
Jours-Patients	Jacques Duclos, Johanne Roy	T2 2019-20	374 079	182 685	91 649	182 685	90 975	⚠	⚠		
Nombre de procédures aux laboratoires	Stéphane Legacy	T2 2019-20	8 911 305	4 400 795	-	4 595 686	2 168 148	ND	ND		

INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Dernier trimestre)	T1	T2	T3	T4
Nombre d'examens en imagerie médicale	Stéphane Legacy	T2 2019-20	425 436	212 245	-	208 419	100 667	ND	ND		
Nombre de cas au bloc opératoire	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T2 2019-20	20 312	9 992	-	9 678	4 461	ND	ND		
Nombre de visites en hémodialyse	Johanne Roy	T2 2019-20	62 628	30 832	-	32 266	16 263	ND	ND		
Nombre de visites en oncologie	Johanne Roy	T2 2019-20	46 181	23 589	-	24 559	12 098	ND	ND		
% de visites 4 et 5	Jacques Duclos, Johanne Roy	T1 2019-20	61,2%	61,1%	63,1%	60,5%	60,5%	!			
Nombre de visites à l'urgence	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T2 2019-20	224 282	114 736	-	109 700	55 087	ND	ND		
% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus <b>Données incomplètes</b>	Jacques Duclos, Johanne Roy	T1 2019-20	11,6%	9,8%	-	15,3%	15,3%	ND			
% de patients NSA avec + de 30 jours dans des lits de soins aigus	Dre.Desrosiers, Johanne Roy										
Taux d'hospitalisation pour démence par 100 000 de population <b>Données incomplètes</b>	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T1 2019-20	87	85	196	115	115	✗			
Pourcentage de jours niveaux de soins alternatifs (NSA) <b>Données incomplètes</b>	Jacques Duclos, Johanne Roy	T1 2019-20	21,0%	18,2%	16,0%	26,0%	26,0%	✗			
% de lits occupés par des cas de SLD	Gisèle Beaulieu, Stéphane Legacy, Dre.Desrosiers	T2 2019-20	28,7%	27,7%	20,9%	29,1%	29,9%	✗	✗		
Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T2 2019-20	3 650	1 764	2 327	1 326	573	✓	✗		
Chirurgie en attente plus de 12 mois (Moyenne mensuelle) <b>Données incomplètes</b>	Dre.Desrosiers, Johanne Roy	T2 2019-20 (juillet et août)	20	23	0	22	22	✗	✗		
% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) <b>Données incomplètes</b>	Dre. Desrosiers, Johanne Roy	T2 2019-20 (juillet et août)	65,5%	64,3%	75,0%	66,5%	63,4%	✗	✗		
% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuée (26 semaines) <b>Données incomplètes</b>	Dre. Desrosiers, Johanne Roy	T2 2019-20 (juillet et août)	68,7%	70,4%	85,0%	73,5%	67,5%	✗	✗		
Taux global aux modules e-apprentissage	Gisèle Beaulieu	T2 2019-20	66,59%	67,36%	100,00%	66,22%	66,22%	✗	✗		
Moyenne de jours de maladie payés par employé	Gisèle Beaulieu	T2 2019-20	12,4	11,84	11,45	11,89	11,62	✗	!		
% de poste permanents vacants	Gisèle Beaulieu	T2 2019-20	3,7%	3,1%	-	5,8%	6,2%	ND	ND		
# d'accident avec perte de temps x 200 000/ # heures totales travaillées	Gisèle Beaulieu	T1 2019-20	4,19	4,13	4,11	3,50	3,50	✓			
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Gisèle Beaulieu	T2 2019-20	46,0%	46,4%	65,0%	43,9%	45,2%	✗	✗		

INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	DERNIER TRIMESTRE DISPONIBLE	ANNÉE PRÉCÉDENTE	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD	PÉRIODE CONSIDÉRÉE (Dernier trimestre)	T1	T2	T3	T4
Nombre de nouveaux griefs	Gisèle Beaulieu	T2 2019-20	118	83	9,6	24	0	✗	✓		
% d'heures de maladie	Gisèle Beaulieu	T2 2019-20	6,3%	6,1%	5,4%	6,1%	6,0%	✗	✗		
% d'heures de surtemps	Gisèle Beaulieu	T2 2019-20	3,0%	2,9%	2,1%	3,5%	3,5%	✓	✗		
Heures travaillées PPU/jours-patients	Gisèle Beaulieu, Jacques Duclos, Johanne Roy	T2 2019-20	6,05	6,04	6,09	6,13	6,19	ND	!		
# de départ PT et TP/# moyen d'employé PT et TP	Gisèle Beaulieu	T1 2019-20	4,4%	2,0%	4,2%	1,8%	1,8%	✓			

### Légende

- ✓ Conforme à l'objectif de rendement
- ! En attente d'une décision
- ✗ Inférieur au rendement de référence
- ND Non disponible

# 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 : la MPOC, l'insuffisance cardiaque et le diabète. Une bonne prise en charge de ces patients dans la communauté permettrait de prévenir ou à tout le moins de réduire les hospitalisations tout en libérant des ressources hospitalières pour le traitement des maladies aiguës. La cible est établie à 196.																					
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Province - 2016-17, 2017-18, 2018-19</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux (par 100 000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-17</td> <td>~200</td> </tr> <tr> <td>2017-18</td> <td>~200</td> </tr> <tr> <td>2018-19</td> <td>~190</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-20 - T1</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux (par 100 000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1</td> <td>111</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>178</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>220</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>123</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>140</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Taux (par 100 000)	2016-17	~200	2017-18	~200	2018-19	~190	Zone	Taux (par 100 000)	Zone 1	111	Zone 4	178	Zone 5	220	Zone 6	123	Province	140
Année	Taux (par 100 000)																					
2016-17	~200																					
2017-18	~200																					
2018-19	~190																					
Zone	Taux (par 100 000)																					
Zone 1	111																					
Zone 4	178																					
Zone 5	220																					
Zone 6	123																					
Province	140																					
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le taux d'hospitalisation du Réseau Vitalité était sous la cible pour l'année fiscale 2018-2019. La Zone 5 présentait le taux le plus élevé tandis que la Zone 1B présente le taux le plus faible au premier trimestre 2019-2020.																					
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*

## CSM -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. Une prise en charge rapide des patients peut éviter des hospitalisations ou des réadmissions. Cet indicateur se calcule en divisant le nombre de clients de catégorie modérée vu dans les 40 jours divisés par le nombre total de clients dans cette catégorie.																									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>2019-20</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>T1 (%)</th> <th>T2 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>53%</td> <td>42%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>48%</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>87%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>48%</td> <td>43%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>56%</td> <td>47%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>58%</td> <td>44%</td> </tr> <tr> <td>N.-B.</td> <td>58%</td> <td>45%</td> </tr> </tbody> </table>		Catégorie	T1 (%)	T2 (%)	Zone 1B	53%	42%	Zone 4	48%	23%	Zone 5	87%	80%	Zone 6	48%	43%	Vitalité	56%	47%	Horizon	58%	44%	N.-B.	58%	45%
Catégorie	T1 (%)	T2 (%)																								
Zone 1B	53%	42%																								
Zone 4	48%	23%																								
Zone 5	87%	80%																								
Zone 6	48%	43%																								
Vitalité	56%	47%																								
Horizon	58%	44%																								
N.-B.	58%	45%																								
ANALYSE DES RÉSULTATS	La Zone 5 présente le pourcentage au T2 le plus élevé (80 %) tandis que la Zone 4 présente le pourcentage le plus faible (23 % au T2). Le Réseau de santé Vitalité présente un pourcentage plus élevé que le Réseau de santé Horizon, respectivement 47 % versus 44 % au T2.																									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'inclus que les adultes seulement.																									
INITIATIVES	Adopter une approche intégrée 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 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 peuvent 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		
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le pourcentage le plus élevé (21.9 %) tandis que la Zone 1B présente le pourcentage le plus faible (7.5 %). 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 incluent 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, et certains troubles de personnalité et du comportement chez l'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 par les patients ayant des problèmes de santé mentale. Pour le patient, une prise en charge rapide par les services communautaires permettrait de réduire les besoins d'hospitalisation. 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	<table border="1"> <caption>Vitalité - Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~235</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~255</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>~245</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - T1 - Taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants</caption> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Taux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>127.4</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>331.8</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>~325</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>~230</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>221</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>89</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>~130</td> </tr> <tr> <td>Canada</td> <td>~60</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux	2016-2017	~235	2017-2018	~255	2018-2019	~245	Région	Taux	Zone 1B	127.4	Zone 4	331.8	Zone 5	~325	Zone 6	~230	Vitalité	221	Horizon	89	Province	~130	Canada	~60
Période	Taux																											
2016-2017	~235																											
2017-2018	~255																											
2018-2019	~245																											
Région	Taux																											
Zone 1B	127.4																											
Zone 4	331.8																											
Zone 5	~325																											
Zone 6	~230																											
Vitalité	221																											
Horizon	89																											
Province	~130																											
Canada	~60																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le taux brut de congé en santé mentale est à la hausse depuis 2016-2017. Les résultats du premier trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 4 présente le taux moyen le plus élevé (331.8) tandis que la Zone 1B présente le taux le plus faible (127.4). Le Réseau de santé Horizon présente un taux moyen significativement plus faible que le Réseau de santé Vitalité, soit 89 vs 221.																											
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

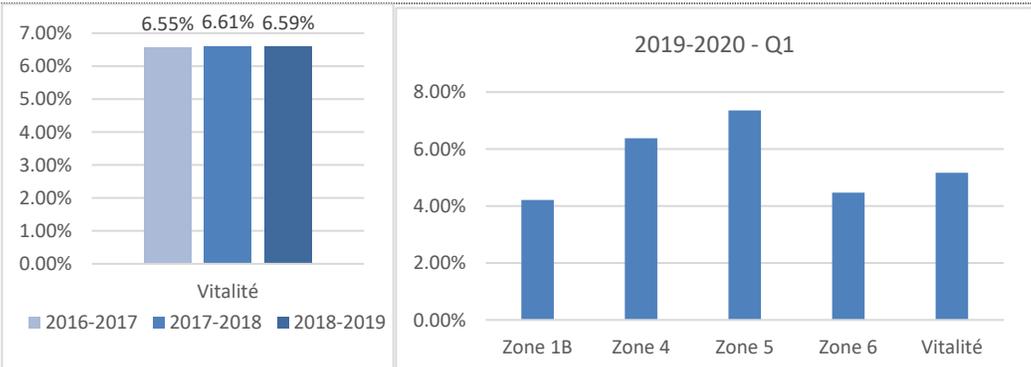
## TAUX DE RÉADMISSION 30 JOURS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Population en santé																											
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Dre.Desrosiers, Johanne Roy																											
FRÉQUENCE	Trimestrielle																											
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS																											
DÉFINITION	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 puissent pas être évitées, le taux peut être réduit par un meilleur suivi et une bonne coordination des soins dispensés aux patients après leur sortie.																											
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>8.7</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>8.8</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>9.0</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Taux	2016-2017	8.7	2017-2018	8.8	2018-2019	9.0	<table border="1"> <caption>2019-2020 - T1</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Taux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>6.2</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>8.1</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>10.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>7.4</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>7.5</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>7.5</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>7.5</td> </tr> <tr> <td>Canada</td> <td>9.1</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Taux	Zone 1B	6.2	Zone 4	8.1	Zone 5	10.0	Zone 6	7.4	Vitalité	7.5	Horizon	7.5	Province	7.5	Canada	9.1
Année	Taux																											
2016-2017	8.7																											
2017-2018	8.8																											
2018-2019	9.0																											
Catégorie	Taux																											
Zone 1B	6.2																											
Zone 4	8.1																											
Zone 5	10.0																											
Zone 6	7.4																											
Vitalité	7.5																											
Horizon	7.5																											
Province	7.5																											
Canada	9.1																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2016-2017, le taux de réadmission à l'intérieur de 30 jours est légèrement à la hausse au sein du Réseau de santé Vitalité. Le premier trimestre 2019-2020 montre un taux de réadmission équivalent entre les Réseaux Vitalité et Horizon.																											
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. Un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins primaires appropriés.	
RÉSULTATS		
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présente le pourcentage moyen le plus élevé (7.4 %) tandis que la Zone 1B présente le pourcentage le plus faible (4.2 %). Depuis 2015-2016, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires demeure relativement stable 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	<p>Cette mesure reflète le nombre de patients ayant quitté l'urgence sans avoir vu le médecin. Le patient qui quitte l'urgence sans avoir été vu est généralement insatisfait et peut être à risque de complications pour son état de santé. Il est donc important d'offrir des alternatives communautaires aux patients pour l'accessibilité aux soins.</p>	
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the number of patients for three periods: 2016-2017 (approx. 13,500), 2017-2018 (approx. 15,500), and 2018-2019 (approx. 16,000). The right chart shows patient numbers by zone for two time periods, T1 and T2. Zone 1B: T1 (approx. 950), T2 (approx. 1,000). Zone 4: T1 (approx. 600), T2 (approx. 700). Zone 5: T1 (approx. 550), T2 (approx. 600). Zone 6: T1 (approx. 1,700), T2 (approx. 1,750).</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats montrent qu'au deuxième trimestre de 2019-2020, 4,061 patients ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin tandis qu'au premier trimestre de 2019-2020, ce chiffre montait à 3,884. La Zone 6 a le plus grand nombre de patients qui ont quittés sans voir le médecin.</p>	
LIMITES DE L'INDICATEUR	<p>Le nombre de patients qui ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin est un indicateur suivi depuis peu.</p>	
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 les soins de santé est une mesure de l'efficacité des ressources dépensées pour la prestation de services au sein du Réseau de santé Vitalité. Cet indicateur est calculé en prenant le ratio du coût total des opérations, incluant les amortissements et l'assurance maladie, et de la population desservie. La cible est calculée à partir du budget pour chaque période et divisé par la population.									
RÉSULTATS	<p>The chart displays the cost per resident for two periods: Q2 2018-2019 and Q2 2019-2020. The y-axis represents the cost in dollars, ranging from 0 to 3,500. The x-axis shows the two periods. A red horizontal line indicates the target (Cible) at approximately 2,780 dollars. The cost for Q2 2018-2019 is 2,881 dollars, and for Q2 2019-2020, it is 2,869 dollars.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Coût par habitant (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q2 2018-2019</td> <td>2,881</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>2,869</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>~2,780</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Coût par habitant (\$)	Q2 2018-2019	2,881	Q2 2019-2020	2,869	Cible	~2,780
Période	Coût par habitant (\$)									
Q2 2018-2019	2,881									
Q2 2019-2020	2,869									
Cible	~2,780									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats des deuxièmes trimestres de 2018-2019 et 2019-2020 sont présentés. Le coût des soins de santé par habitant s'élevait à 2,869 \$ en 2019-2020 alors qu'il était de 2,881 \$ en 2018-2019, soit un peu moins de 100 \$ au-dessus de la cible.									
LIMITES DE L'INDICATEUR	Le coût par habitant exclu les dépenses liées 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	L'objectif de cet indicateur est de déterminer le coût des soins dispensés pour chaque jour de présence en mesurant le coût direct des unités de soins par jour de présence des patients hospitalisés. Spécifiquement, cet indicateur se calcule en divisant les dépenses directes de fonctionnement des unités de soins infirmiers dans une période donnée (salaires et bénéfices du personnel infirmiers, médicaments, fournitures médicales et chirurgicales et autres fournitures d'opération) par le nombre de jours de présence des patients hospitalisés durant la même période. Cette mesure permet de faire l'évaluation comparative du niveau d'efficacité des unités de soins.																									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Coût par jour patient - Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Coût (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>\$353.38</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>\$365.59</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>\$358.61</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Coût par jour patient - 2019-2020 - T1</caption> <thead> <tr> <th>Unité</th> <th>Coût (\$)</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>Province</td> <td>\$392.23</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Coût (\$)	2016-2017	\$353.38	2017-2018	\$365.59	2018-2019	\$358.61	Unité	Coût (\$)	Zone 1B	\$372.01	Zone 4	\$427.16	Zone 5	\$303.55	Zone 6	\$363.72	Vitalité	\$362.62	Horizon	\$409.68	Province	\$392.23
Période	Coût (\$)																									
2016-2017	\$353.38																									
2017-2018	\$365.59																									
2018-2019	\$358.61																									
Unité	Coût (\$)																									
Zone 1B	\$372.01																									
Zone 4	\$427.16																									
Zone 5	\$303.55																									
Zone 6	\$363.72																									
Vitalité	\$362.62																									
Horizon	\$409.68																									
Province	\$392.23																									
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 4 présente le coût par jour patient le plus élevé (427 \$) tandis que la Zone 5 présente le coût le moins élevé (304 \$). Le Réseau de santé Vitalité présente un coût moins élevé que le Réseau de santé Horizon.																									
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

## 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	<p>The chart displays the variance between budget and actual expenses for two quarters. The y-axis represents the amount in dollars, ranging from -2,000,000 \$ to 10,000,000 \$. A red horizontal line at 0 \$ represents the target. The bar for Q2 2018-2019 (light blue) is above the target line, indicating a surplus of 9,255,059 \$. The bar for Q2 2019-2020 (dark blue) is below the target line, indicating a deficit of 117,268 \$.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Variance (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q2 2018-2019</td> <td>9,255,059</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>-117,268</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Variance (\$)	Q2 2018-2019	9,255,059	Q2 2019-2020	-117,268	Cible	0
Trimestre	Variance (\$)								
Q2 2018-2019	9,255,059								
Q2 2019-2020	-117,268								
Cible	0								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du deuxième trimestre 2019-2020 présentent un léger déficit de 177,268 \$. En comparaison, le Réseau de santé Vitalité présentait un surplus de 9,255,059 \$ au deuxième 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	<p>The chart displays the cost per meal in dollars for two quarters. The y-axis ranges from 0.00 \$ to 45.00 \$ in increments of 5.00 \$. The x-axis shows Q2 2018-2019 and Q2 2019-2020. A red horizontal line represents the target (Cible) at 35.00 \$. The bar for Q2 2018-2019 is light blue and reaches 38.04 \$. The bar for Q2 2019-2020 is dark blue and reaches 41.24 \$.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Coût par jour repas (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q2 2018-2019</td> <td>38.04</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>41.24</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>35.00</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Coût par jour repas (\$)	Q2 2018-2019	38.04	Q2 2019-2020	41.24	Cible	35.00
Trimestre	Coût par jour repas (\$)								
Q2 2018-2019	38.04								
Q2 2019-2020	41.24								
Cible	35.00								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le deuxième trimestre 2019-2020 montrait un coût par jour repas de 41.24 \$ alors que le coût au deuxième trimestre 2018-2019 s'élevait à 38.04 \$, toujours au-dessus de la cible des 35 \$.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	Cet indicateur n'inclus pas l'ensemble des coûts des services alimentaires.								
INITIATIVES	Optimiser les services d'alimentation. <span style="float: right;">✓</span>								

# 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	<p>The chart displays salary costs per square foot for two quarters. The y-axis ranges from 0.00 \$ to 6.00 \$ in increments of 1.00 \$. The x-axis shows Q2 2018-2019 and Q2 2019-2020. A red horizontal line represents the target (Cible) at 4.66 \$. The bar for Q2 2018-2019 is light blue and reaches 4.70 \$. The bar for Q2 2019-2020 is dark blue and reaches 4.87 \$.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Coût en salaires par pied carré (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q2 2018-2019</td> <td>4.70</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>4.87</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>4.66</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Coût en salaires par pied carré (\$)	Q2 2018-2019	4.70	Q2 2019-2020	4.87	Cible	4.66
Trimestre	Coût en salaires par pied carré (\$)									
Q2 2018-2019	4.70									
Q2 2019-2020	4.87									
Cible	4.66									
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les coûts en salaires du service d'environnement ont subi une légère augmentation au Q2 2019-2020 pour s'établir à 4.87 \$. Ce coût au deuxième trimestre 2018-2019 s'établissait à 4.70 \$. La cible du coût en salaires du service de l'environnement par pied carré au sein du Réseau Vitalité est de 4.66 \$.</p>									
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	<p>The chart displays the percentage of administrative expenses relative to total expenses for two quarters. The y-axis ranges from 0.00% to 5.00% in 1.00% increments. A red horizontal line represents the target at 2.50%. The bar for Q2 2018-2019 is light blue and reaches 2.69%. The bar for Q2 2019-2020 is dark blue and reaches 2.46%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q2 2018-2019</td> <td>2.69%</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>2.46%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>2.50%</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Pourcentage	Q2 2018-2019	2.69%	Q2 2019-2020	2.46%	Cible	2.50%
Trimestre	Pourcentage								
Q2 2018-2019	2.69%								
Q2 2019-2020	2.46%								
Cible	2.50%								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales du Réseau au deuxième trimestre de 2019-2020 était de 2.46 % tandis que ce pourcentage était de 2.69 % au deuxième trimestre de 2018-2019 pour s'établir sous la cible du Réseau Vitalité.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	À déterminer. <span style="float: right;">✓</span>								

# 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>Q2 2018-2019</td> <td>15.79%</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>16.58%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>16.20%</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Pourcentage	Q2 2018-2019	15.79%	Q2 2019-2020	16.58%	Cible	16.20%
Trimestre	Pourcentage								
Q2 2018-2019	15.79%								
Q2 2019-2020	16.58%								
Cible	16.20%								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses de soutien par rapport aux dépenses totales du Réseau au deuxième trimestre de 2019-2020 était de 16.58 % tandis que ce pourcentage était de 15.79 % au premier trimestre de 2018-2019. Ce pourcentage est juste au-dessus de la barre cible de 16.20 %.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	À déterminer. <span style="float: right;">✓</span>								

# 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	<p>The chart displays two bars representing the percentage of clinical program expenses relative to total expenses. The first bar, for Q2 2018-2019, is light blue and reaches 54.65%. The second bar, for Q2 2019-2020, is dark blue and reaches 53.22%. A red horizontal line at the top of the chart indicates the target value of 55.33%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q2 2018-2019</td> <td>54.65%</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>53.22%</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>55.33%</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Pourcentage	Q2 2018-2019	54.65%	Q2 2019-2020	53.22%	Cible	55.33%
Trimestre	Pourcentage								
Q2 2018-2019	54.65%								
Q2 2019-2020	53.22%								
Cible	55.33%								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage des dépenses des programmes cliniques par rapport aux dépenses totales du Réseau au deuxième trimestre de 2019-2020 est de 53.22 % tandis que ce pourcentage était de 54.65 % au deuxième trimestre de 2018-2019. La cible du Réseau 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	<p>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.</p>																									
RÉSULTATS	 <table border="1"> <caption>Vitalité - Coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Coût (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>\$1.11</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>\$1.22</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>\$1.20</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - T1 - Coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail par zone</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>Province</td> <td>\$1.06</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Coût (\$)	2016-2017	\$1.11	2017-2018	\$1.22	2018-2019	\$1.20	Zone	Coût (\$)	Zone 1B	\$1.30	Zone 4	\$1.21	Zone 5	\$1.12	Zone 6	\$1.03	Vitalité	\$1.18	Horizon	\$0.99	Province	\$1.06
Période	Coût (\$)																									
2016-2017	\$1.11																									
2017-2018	\$1.22																									
2018-2019	\$1.20																									
Zone	Coût (\$)																									
Zone 1B	\$1.30																									
Zone 4	\$1.21																									
Zone 5	\$1.12																									
Zone 6	\$1.03																									
Vitalité	\$1.18																									
Horizon	\$0.99																									
Province	\$1.06																									
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>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 \$).</p>																									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																									
INITIATIVES	<p>Poursuivre le processus de restructuration des laboratoires avec un arrimage entre la clinique et le médical.</p>	✓																								

# 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>The chart displays the variance in salaries and benefits for two quarters. The y-axis represents the amount in dollars, ranging from 0.00 \$ to 5,000,000.00 \$. A red horizontal line at the bottom represents the target at 0.00 \$. The bar for Q2 2018-2019 is light blue and reaches 4,526,777.00 \$. The bar for Q2 2019-2020 is dark blue and reaches 1,177,804.00 \$.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Variance (en \$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q2 2018-2019</td> <td>4,526,777.00</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>1,177,804.00</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Variance (en \$)	Q2 2018-2019	4,526,777.00	Q2 2019-2020	1,177,804.00	Cible	0.00
Trimestre	Variance (en \$)								
Q2 2018-2019	4,526,777.00								
Q2 2019-2020	1,177,804.00								
Cible	0.00								
ANALYSE DES RÉSULTATS	La variance en salaires et bénéfices au deuxième trimestre de 2019-2020 est de (1,177,804) \$ tandis que la variance en salaires et bénéfices était de 4,526,777 \$ au deuxième trimestre de 2018-2019.								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.								
INITIATIVES	À déterminer. <span style="float: right;">✓</span>								

# 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	<table border="1"> <caption>Data for Variance in Drug Expenses Chart</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Variance (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q2 2018-2019</td> <td>\$425,510.00</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>\$(865,624.00)</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>\$0</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Variance (\$)	Q2 2018-2019	\$425,510.00	Q2 2019-2020	\$(865,624.00)	Cible	\$0
Trimestre	Variance (\$)									
Q2 2018-2019	\$425,510.00									
Q2 2019-2020	\$(865,624.00)									
Cible	\$0									
ANALYSE DES RÉSULTATS	La variance en dépenses de médicaments au deuxième trimestre de 2019-2020 est négative à (865,624) \$ alors que cette variance au deuxième trimestre 2018-2019 était de 425,510 \$.									
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>The chart displays the variance in medical and surgical supplies for two quarters compared to a target of 0. The Y-axis represents the amount in dollars, ranging from -1,000,000.00 \$ to 8,000,000.00 \$. The X-axis shows the quarters: Q2 2018-2019 and Q2 2019-2020. A red horizontal line at 0.00 \$ represents the target. The bar for Q2 2018-2019 is light blue and reaches 6,964,618.00 \$. The bar for Q2 2019-2020 is dark blue and reaches -417,224.00 \$.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Variance (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q2 2018-2019</td> <td>6,964,618.00</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>-417,224.00</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Variance (\$)	Q2 2018-2019	6,964,618.00	Q2 2019-2020	-417,224.00	Cible	0.00
Trimestre	Variance (\$)								
Q2 2018-2019	6,964,618.00								
Q2 2019-2020	-417,224.00								
Cible	0.00								
ANALYSE DES RÉSULTATS	La variance en fournitures médicales et chirurgicales au deuxième trimestre de 2019-2020 était sous la cible de 0 et s'établissait à (417,224) \$ tandis que cette variance était de 6,964,618 \$ au deuxième 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, de l'huile et du gaz naturel dans les hôpitaux par pied carré. La cible pour le Réseau de santé Vitalité est établie à 5.54 \$.								
RÉSULTATS	<p>The chart displays the energy cost per square foot in dollars for two periods: Q2 2018-2019 and Q2 2019-2020. The y-axis ranges from 0.00 \$ to 7.00 \$ in increments of 1.00 \$. A red horizontal line represents the target at 5.54 \$. The bar for Q2 2018-2019 is light blue and reaches 5.42 \$. The bar for Q2 2019-2020 is dark blue and reaches 6.20 \$.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Coût en énergie par pied carré (\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q2 2018-2019</td> <td>5.42</td> </tr> <tr> <td>Q2 2019-2020</td> <td>6.20</td> </tr> <tr> <td>Cible</td> <td>5.54</td> </tr> </tbody> </table>	Trimestre	Coût en énergie par pied carré (\$)	Q2 2018-2019	5.42	Q2 2019-2020	6.20	Cible	5.54
Trimestre	Coût en énergie par pied carré (\$)								
Q2 2018-2019	5.42								
Q2 2019-2020	6.20								
Cible	5.54								
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le coût en énergie par pied carré s'élevait à 6.20 \$ au deuxième trimestre 2019-2020 alors que ce cout était de 5.42 \$ au deuxième trimestre 2018-2019. Le cout en énergie par pied carré est maintenant au-dessus de la barre cible de 5.54 \$.								
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	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the percentage of hospitalizations exceeding the expected duration for three consecutive periods: 2016-2017 (approximately 5.5%), 2017-2018 (approximately 6.8%), and 2018-2019 (approximately 6.5%). The right chart, titled '2019-2020 - T1', shows the percentage for four zones: Zone 1B (12.3%), Zone 4 (approximately 6.0%), Zone 5 (approximately 9.5%), and Zone 6 (-8.0%).</p>
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de l'année 2019-2020 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 1B présente le pourcentage le plus élevé (12.3 %).
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.
INITIATIVES	<p>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. ✓</p> <p>La cogestion de la durée de séjour sera mise en place. ✓</p>

# 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 s'établit à 12 pour les 65 ans et plus.</p>																					
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Valeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>8.5</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Valeur	2016-2017	8.5	2017-2018	8.5	2018-2019	8.5	<table border="1"> <caption>2019-2020 - T1</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Valeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>10.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>8.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>7.2</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Valeur	Vitalité	8.5	Zone 1B	10.0	Zone 4	8.0	Zone 5	9.0	Zone 6	7.2
Période	Valeur																					
2016-2017	8.5																					
2017-2018	8.5																					
2018-2019	8.5																					
Zone	Valeur																					
Vitalité	8.5																					
Zone 1B	10.0																					
Zone 4	8.0																					
Zone 5	9.0																					
Zone 6	7.2																					
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 chez les 65 ans et plus 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	Portail																		
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>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>~13.0</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>~12.5</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>~11.0</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020 - T1</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>~9.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>~23.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>~11.0</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>~8.0</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Taux (%)	2016-2017	~13.0	2017-2018	~12.5	2018-2019	~11.0	Zone	Taux (%)	Zone 1B	~9.0	Zone 4	~23.0	Zone 5	~11.0	Zone 6	~8.0
Période	Taux (%)																		
2016-2017	~13.0																		
2017-2018	~12.5																		
2018-2019	~11.0																		
Zone	Taux (%)																		
Zone 1B	~9.0																		
Zone 4	~23.0																		
Zone 5	~11.0																		
Zone 6	~8.0																		
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	<p>À déterminer.</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>																		

# 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	<p>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.</p>																									
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données du graphique à barres</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>TAD 2018-19</th> <th>TAD 2019-20</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.12</td> <td>5.14</td> <td>5.00</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>5.29</td> <td>5.10</td> <td>4.25</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>6.40</td> <td>5.70</td> <td>4.85</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3.82</td> <td>2.48</td> <td>3.50</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>5.15</td> <td>4.57</td> <td>4.50</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Cible	Zone 1B	5.12	5.14	5.00	Zone 4	5.29	5.10	4.25	Zone 5	6.40	5.70	4.85	Zone 6	3.82	2.48	3.50	Vitalité	5.15	4.57	4.50
Zone	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Cible																							
Zone 1B	5.12	5.14	5.00																							
Zone 4	5.29	5.10	4.25																							
Zone 5	6.40	5.70	4.85																							
Zone 6	3.82	2.48	3.50																							
Vitalité	5.15	4.57	4.50																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>En Septembre 2019, la Zone 5 présentait le taux de chutes le plus élevé (5.70) tandis que la Zone 6 présentait le taux de chutes le plus faible (2.48). Au cours de la même période, les Zones 1B et 6 présentaient un résultat inférieur à la cible. Le Réseau Vitalité montre en moyenne une légère baisse du taux de chutes qui s'établit maintenant à 4.57 en Septembre 2019.</p>																									
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	<p>Contexte clinique: 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. 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>TAD 2018-19</th> <th>TAD 2019-20</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>0.062</td> <td>0.016</td> <td>0.000</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>0.056</td> <td>0.030</td> <td>0.000</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>0.039</td> <td>0.021</td> <td>0.000</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>0.020</td> <td>0.039</td> <td>0.000</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>0.045</td> <td>0.025</td> <td>0.000</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Cible	Zone 1B	0.062	0.016	0.000	Zone 4	0.056	0.030	0.000	Zone 5	0.039	0.021	0.000	Zone 6	0.020	0.039	0.000	Vitalité	0.045	0.025	0.000
Zone	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Cible																							
Zone 1B	0.062	0.016	0.000																							
Zone 4	0.056	0.030	0.000																							
Zone 5	0.039	0.021	0.000																							
Zone 6	0.020	0.039	0.000																							
Vitalité	0.045	0.025	0.000																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>En Septembre 2019, la Zone 6 présentait le taux de chutes avec blessures graves le plus élevé (0.039) tandis que la zone 1B présentait le taux le plus faible (0.016). Au cours de la même période, la moyenne du Réseau Vitalité s'élevait à 0.025, une baisse sensible par rapport à Septembre 2018 (0.045). Toutes les zones présentent un résultat supérieur à la cible.</p>																									
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	<p>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.</p>																									
RÉSULTATS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>TAD 2018-19</th> <th>TAD 2019-20</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>0.031</td> <td>0.047</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>0.195</td> <td>0.060</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>0.019</td> <td>0.021</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>0.040</td> <td>0.098</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>0.060</td> <td>0.056</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Cible	Zone 1B	0.031	0.047	0	Zone 4	0.195	0.060	0	Zone 5	0.019	0.021	0	Zone 6	0.040	0.098	0	Vitalité	0.060	0.056	0
Zone	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Cible																							
Zone 1B	0.031	0.047	0																							
Zone 4	0.195	0.060	0																							
Zone 5	0.019	0.021	0																							
Zone 6	0.040	0.098	0																							
Vitalité	0.060	0.056	0																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>En Septembre 2019, la Zone 6 présentait le taux d'incident avec blessures graves le plus élevé avec 0.098 tandis que la Zone 5 présentait le taux le plus faible avec 0.021. Le taux moyen d'incident avec blessures graves est resté sensiblement le même au cours de la période analysée. Toutes les zones présentent un résultat supérieur à la cible.</p>																									
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	<p>The chart displays medication error rates (TAD) for five zones: Zone 1B, Zone 4, Zone 5, Zone 6, and Vitalité. For each zone, two bars represent the TAD for 2018-19 (darker blue) and 2019-20 (lighter blue). A red horizontal line indicates the target (Cible). The y-axis ranges from 0.00 to 6.00. The data points are as follows:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>TAD 2018-19</th> <th>TAD 2019-20</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>4.08</td> <td>3.67</td> <td>3.00</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>4.82</td> <td>4.89</td> <td>4.20</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>2.00</td> <td>1.38</td> <td>2.10</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3.22</td> <td>1.95</td> <td>3.20</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>3.47</td> <td>2.87</td> <td>3.10</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Cible	Zone 1B	4.08	3.67	3.00	Zone 4	4.82	4.89	4.20	Zone 5	2.00	1.38	2.10	Zone 6	3.22	1.95	3.20	Vitalité	3.47	2.87	3.10
Zone	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Cible																							
Zone 1B	4.08	3.67	3.00																							
Zone 4	4.82	4.89	4.20																							
Zone 5	2.00	1.38	2.10																							
Zone 6	3.22	1.95	3.20																							
Vitalité	3.47	2.87	3.10																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	En Septembre 2019, la Zone 4 présentait le taux d'erreurs des médicaments le plus élevé (4.89) tandis que la Zone 5 présentait le taux le plus faible (1.38). Depuis septembre 2018, le taux moyen d'erreurs de médicaments a diminué de près d'un point de pourcentage, pour s'établir à 2.887 en septembre 2019.																									
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																									
INITIATIVES	La gestion des ordonnances pharmacologiques sera informatisée.	✓																								

# FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

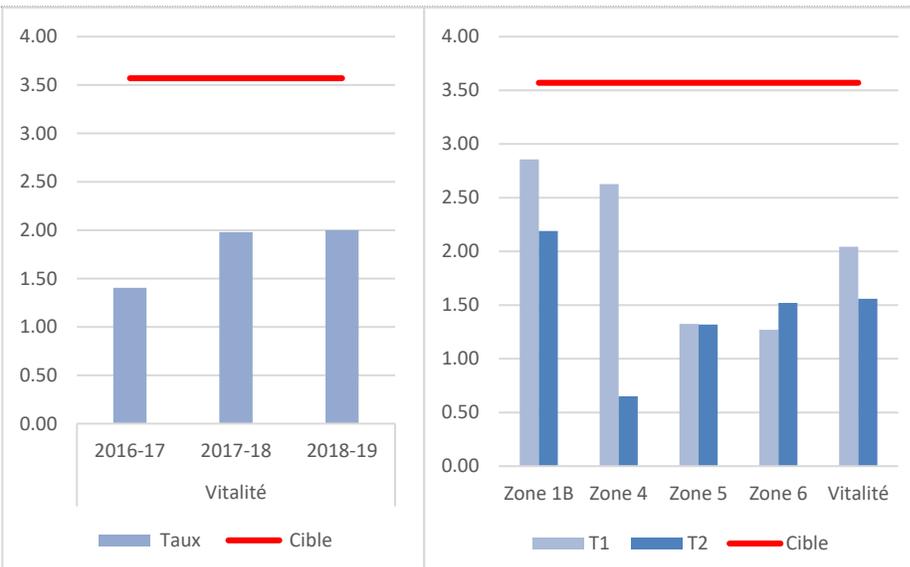
## TAUX DE CONFORMITÉ À L'HYGIÈNE DES MAINS

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	<p>The figure consists of two side-by-side bar charts. Both charts have a vertical axis representing the percentage of compliance, ranging from 0.0% to 100.0% in 20.0% increments. A horizontal red line at the 90.0% mark indicates the target. The x-axis for both charts lists five categories: Zone 1B, Zone 4, Zone 5, Zone 6, and Vitalité. The left chart shows data for two periods: 2017-2018 (light blue bars) and 2018-2019 (dark blue bars). The right chart shows data for two periods: 2019-2020 T1 (light blue bars) and 2019-2020 T2 (dark blue bars). In both charts, compliance rates are generally below the 90% target, with Zone 5 showing the highest compliance in both periods.</p> <table border="1"> <caption>Approximate data from the charts</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2017-2018 - % conformité</th> <th>2018-2019 - % conformité</th> <th>2019-2020 - T1 - % conformité</th> <th>2019-2020 - T2 - % conformité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>82%</td> <td>78%</td> <td>60%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>85%</td> <td>85%</td> <td>78%</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>82%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>86.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>72%</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>82%</td> <td>80%</td> <td>78%</td> <td>78.4%</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	2017-2018 - % conformité	2018-2019 - % conformité	2019-2020 - T1 - % conformité	2019-2020 - T2 - % conformité	Zone 1B	82%	78%	60%	60%	Zone 4	85%	85%	78%	78%	Zone 5	82%	80%	85%	86.4%	Zone 6	80%	80%	72%	78%	Vitalité	82%	80%	78%	78.4%
Zone	2017-2018 - % conformité	2018-2019 - % conformité	2019-2020 - T1 - % conformité	2019-2020 - T2 - % conformité																											
Zone 1B	82%	78%	60%	60%																											
Zone 4	85%	85%	78%	78%																											
Zone 5	82%	80%	85%	86.4%																											
Zone 6	80%	80%	72%	78%																											
Vitalité	82%	80%	78%	78.4%																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein du Réseau de santé Vitalité demeure sous la barre des 90% au T2 2019-2020 (78.4 %) bien qu'ayant augmenté depuis le T1 2019-2020. La Zone 5 est la plus près de la cible avec 86.4 % au T2 2019-2020.																														
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	À déterminer.																														

# 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	<p>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 ou immunosupprimées 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.</p>	
RÉSULTATS	 <p>The figure consists of two bar charts. The left chart shows the infection rate (Taux) for Vitalité across three periods: 2016-17 (approx. 1.4), 2017-18 (approx. 2.0), and 2018-19 (approx. 2.0). A red horizontal line indicates a target (Cible) at 3.5. The right chart compares Vitalité (approx. 1.56) with four zones: Zone 1B (approx. 2.8), Zone 4 (approx. 2.6), Zone 5 (approx. 1.3), and Zone 6 (approx. 1.5). A red horizontal line indicates a target (Cible) at 3.5. Legend: Taux (blue bars), T1 (light blue bars), T2 (dark blue bars), Cible (red line).</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2016-2017, le taux d'infection au Clostridium difficile est à la hausse, et s'établissait à environ 2 % en 2018-2019. Par ailleurs, au deuxième trimestre de 2019-2020 le taux de Vitalité est de 1.56, ce qui représente une amélioration.	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.	
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques pour la gestion des antimicrobiens par 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	<p>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.</p>	
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the rate of SARM infection and colonization for three periods: 2016-17, 2017-18, and 2018-19. The y-axis ranges from 0.00 to 1.40. A red horizontal line indicates a target rate of approximately 1.30. The blue bars represent the actual rates, which are consistently low, around 0.05. The right chart shows the rate for various zones: Zone 1B, Zone 4, Zone 5, Zone 6, and Vitalité. The y-axis also ranges from 0.00 to 1.40. A red horizontal line indicates a target rate of approximately 1.30. The blue bars represent the actual rates for each zone, which are also low, around 0.10. A legend at the bottom identifies 'Taux' as blue bars and 'Cible' as a red line.</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2016-2017, le taux d'infection et de colonisation au SARM est stable. Aucun cas d'infection n'a été enregistré au deuxième trimestre de l'année 2019-2020.	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.	
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques pour la gestion des antimicrobiens par la chefferie médicale.	✓

# FICHE EXPLICATIVE

Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement

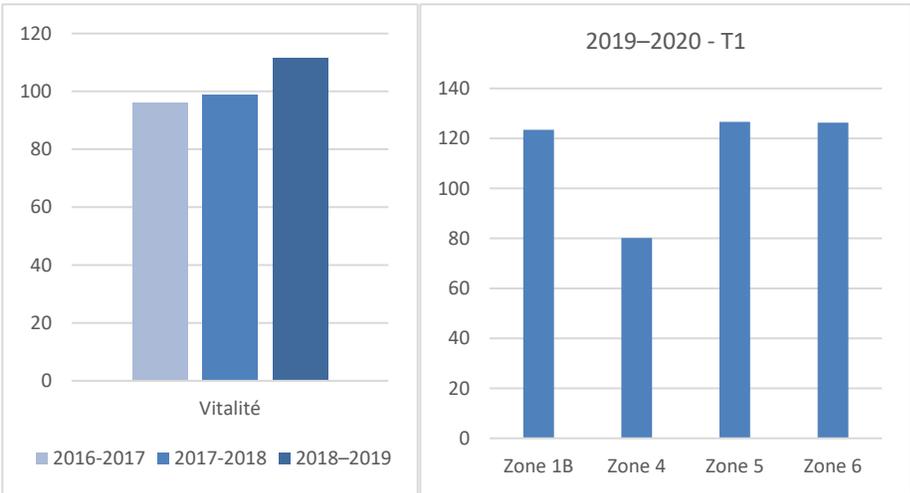
## TAUX D'INFECTION ET DE COLONISATION ERV

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	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the rate of ERV infection and colonization for three periods: 2016-17 (approx. 0.025), 2017-18 (0.00), and 2018-19 (approx. 0.105). A red horizontal line indicates a target rate of 0.05. The right chart shows the rate for different zones: Zone 1B (approx. 0.32), Zone 4 (0.00), Zone 5 (0.00), Zone 6 (0.00), and Vitalité (approx. 0.10). A red horizontal line indicates a target rate of 0.05. Legend for both: Taux (blue bars), Cible (red line).</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Au cours du premier trimestre de l'année 2019-2020, le taux d'infection et de colonisation ERV fut minime et seul la Zone 1B a été affecté. Aucun cas d'infection n'a été rapporté au deuxième trimestre 2019-2020.</p>	
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.	
INITIATIVES	Harmonisation des pratiques pour la gestion des antimicrobiens par la chefferie médicale.	✓

# FICHE EXPLICATIVE

*Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement*

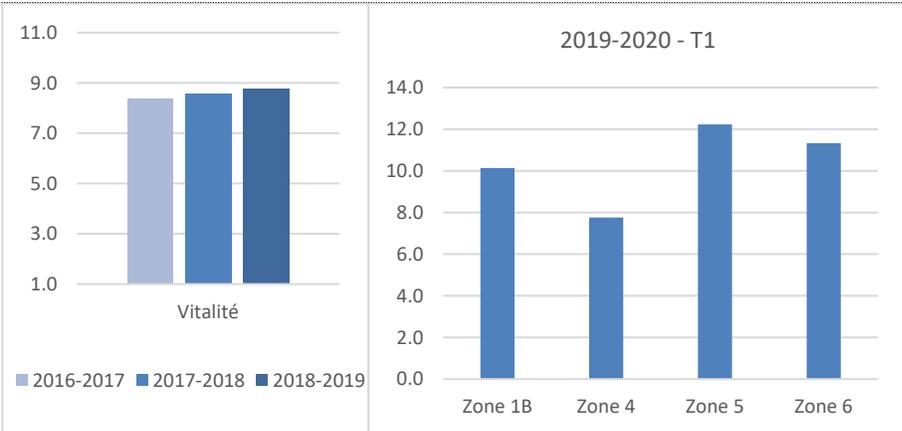
## RATIO NORMALISÉ DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE

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		
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats du premier trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 4 présente un ratio normalisé de mortalité hospitalière plus faible (80) et la Zone 5 présente le ratio le plus élevé (127).	
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	<p>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.</p>	
RÉSULTATS		
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 5 présente la durée moyenne de séjour la plus élevée (12.2) et la Zone 4 présente la DMS la plus basse (7.8).</p>	
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	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows patient days for three periods: 2016-2017 (approx. 380,000), 2017-2018 (approx. 375,000), and 2018-2019 (approx. 370,000). The right chart shows patient days for four zones (1B, 4, 5, 6) in two time periods: 2019-2020 - T1 and 2019-2020 - T2. Zone 1B shows an increase from T1 to T2, while other zones show slight decreases.</p> <table border="1"> <caption>Vitalité - Jours-patients</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> <table border="1"> <caption>Jours-patients par zone (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>31,630</td> <td>31,630</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>15,000</td> <td>15,000</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>22,500</td> <td>22,500</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>22,500</td> <td>21,500</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Jours-patients	2016-2017	379,893	2017-2018	374,079	2018-2019	374,079	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	31,630	31,630	Zone 4	15,000	15,000	Zone 5	22,500	22,500	Zone 6	22,500	21,500
Période	Jours-patients																							
2016-2017	379,893																							
2017-2018	374,079																							
2018-2019	374,079																							
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																						
Zone 1B	31,630	31,630																						
Zone 4	15,000	15,000																						
Zone 5	22,500	22,500																						
Zone 6	22,500	21,500																						
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2016-2017 et 2018-2019, les jours-patients ont légèrement diminué, passant de 379,893 jours-patients en 2016-2017 à 374,079 jours-patients en 2018-2019. La Zone 1B montrait au deuxième trimestre 2019-2020 un total de 31,630 jours-patients, une augmentation par rapport au premier trimestre 2019-2020.																							
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cette mesure.																							
INITIATIVES	À déterminer. <span style="float: right;">✓</span>																							

# 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>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>8,757,475</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>8,911,305</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Zone 1B, Zone 4, Zone 5, Zone 6 (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1,230,000</td> <td>1,088,582</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>280,000</td> <td>250,000</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>230,000</td> <td>216,084</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>680,000</td> <td>610,000</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de procédures	2016-2017	8,730,270	2017-2018	8,757,475	2018-2019	8,911,305	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	1,230,000	1,088,582	Zone 4	280,000	250,000	Zone 5	230,000	216,084	Zone 6	680,000	610,000
Période	Nombre de procédures																								
2016-2017	8,730,270																								
2017-2018	8,757,475																								
2018-2019	8,911,305																								
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																							
Zone 1B	1,230,000	1,088,582																							
Zone 4	280,000	250,000																							
Zone 5	230,000	216,084																							
Zone 6	680,000	610,000																							
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. Les données comparatives par zone montrent que la Zone 1B avait le nombre le plus élevé de procédures au T2 2019-2020 avec 1,088,582 alors que la Zone 5 avait le plus bas avec 216,084.																								
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'examen en imagerie médicale. Il s'agit d'une mesure importante pour la planification des ressources.																								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre d'examen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>421,756</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>419,870</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>425,436</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Examen par zone (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>40,000</td> <td>37,055</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>20,000</td> <td>20,000</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>12,000</td> <td>12,000</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>34,000</td> <td>31,000</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre d'examen	2016-2017	421,756	2017-2018	419,870	2018-2019	425,436	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	40,000	37,055	Zone 4	20,000	20,000	Zone 5	12,000	12,000	Zone 6	34,000	31,000
Période	Nombre d'examen																								
2016-2017	421,756																								
2017-2018	419,870																								
2018-2019	425,436																								
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																							
Zone 1B	40,000	37,055																							
Zone 4	20,000	20,000																							
Zone 5	12,000	12,000																							
Zone 6	34,000	31,000																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2017-2018 et 2018-2019, le nombre d'examen en imagerie médicale a augmenté, passant de 419,870 examens en 2017-2018 à 425,436 examens en 2018-2019. Au deuxième trimestre 2019-2020, la Zone 1B montrait le plus grand nombre d'examen avec 37,055, une baisse par rapport au premier trimestre 2019-2020.																								
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>Vitalité - Nombre de cas au bloc opératoire</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>20,828</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>20,312</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Nombre de cas au bloc opératoire par zone (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>~2,100</td> <td>~1,850</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>~1,000</td> <td>~800</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>~700</td> <td>~600</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>~1,450</td> <td>~1,300</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de cas	2016-2017	21,068	2017-2018	20,828	2018-2019	20,312	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	~2,100	~1,850	Zone 4	~1,000	~800	Zone 5	~700	~600	Zone 6	~1,450	~1,300
Période	Nombre de cas																								
2016-2017	21,068																								
2017-2018	20,828																								
2018-2019	20,312																								
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																							
Zone 1B	~2,100	~1,850																							
Zone 4	~1,000	~800																							
Zone 5	~700	~600																							
Zone 6	~1,450	~1,300																							
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. Cette diminution est aussi démontrée par trimestre en 2019; il faut toutefois tenir compte que le second trimestre couvre la période estivale pendant laquelle les activités dans les blocs opératoires sont généralement réduites.																								
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	<table border="1"> <caption>Vitalité - Nombre de visites en hémodialyse</caption> <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>61,622</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>62,628</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Nombre de visites en hémodialyse par Zone et trimestre (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>~10,500</td> <td>~10,800</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>~1,500</td> <td>~1,400</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>~800</td> <td>~700</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>~3,800</td> <td>~3,649</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	61,026	2017-2018	61,622	2018-2019	62,628	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	~10,500	~10,800	Zone 4	~1,500	~1,400	Zone 5	~800	~700	Zone 6	~3,800	~3,649
Période	Nombre de visites																								
2016-2017	61,026																								
2017-2018	61,622																								
2018-2019	62,628																								
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																							
Zone 1B	~10,500	~10,800																							
Zone 4	~1,500	~1,400																							
Zone 5	~800	~700																							
Zone 6	~3,800	~3,649																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>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. Par ailleurs, la comparaison par Zone et trimestre pour l'année fiscale 2019-2020 montre une baisse partout sauf à la Zone 6. La Zone 6 a vu le nombre d'hémodialyse augmenté pour s'établir à 3,649 au deuxième trimestre 2019-2020.</p>																								
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>Vitalité - Nombre de visites en oncologie</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de visites</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>41,363</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>41,318</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>46,181</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Nombre de visites en oncologie par zone (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>8,665</td> <td>8,526</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>~1,500</td> <td>~1,500</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>~500</td> <td>~500</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>~1,800</td> <td>~1,800</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	41,363	2017-2018	41,318	2018-2019	46,181	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	8,665	8,526	Zone 4	~1,500	~1,500	Zone 5	~500	~500	Zone 6	~1,800	~1,800
Période	Nombre de visites																								
2016-2017	41,363																								
2017-2018	41,318																								
2018-2019	46,181																								
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																							
Zone 1B	8,665	8,526																							
Zone 4	~1,500	~1,500																							
Zone 5	~500	~500																							
Zone 6	~1,800	~1,800																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	La Zone 1B a le plus grand nombre de visites en oncologie avec 8,526 au deuxième trimestre 2019-2020, une légère diminution par rapport au nombre du trimestre précédent qui s'établissait à 8,665.																								
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	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the percentage of level 4 and 5 emergency visits for three periods: 2016-2017 (approx. 62%), 2017-2018 (approx. 61%), and 2018-2019 (approx. 61%). The right chart shows the percentage for the first trimester of 2019-2020 across four zones: Zone 1B (approx. 58%), Zone 4 (approx. 63%), Zone 5 (approx. 51%), and Zone 6 (approx. 62%).</p>
ANALYSE DES RÉSULTATS	Entre 2014-2015 et 2017-2018, le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence a diminué très légèrement. Au premier trimestre de 2019 la zone 4 présente le plus grand pourcentage de visites de niveau 4 et 5.
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>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>233,369</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>224,282</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Visites par zone (2019-2020)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>16,416</td> <td>17,043</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>15,000</td> <td>15,000</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5,000</td> <td>5,000</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>17,763</td> <td>17,763</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de visites	2016-2017	237,827	2017-2018	233,369	2018-2019	224,282	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	16,416	17,043	Zone 4	15,000	15,000	Zone 5	5,000	5,000	Zone 6	17,763	17,763
Période	Nombre de visites																								
2016-2017	237,827																								
2017-2018	233,369																								
2018-2019	224,282																								
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																							
Zone 1B	16,416	17,043																							
Zone 4	15,000	15,000																							
Zone 5	5,000	5,000																							
Zone 6	17,763	17,763																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	La Zone 1B a connu une augmentation des visites à l'urgence entre le premier et deuxième trimestre 2019-2020, passant de 16,416 à 17,043. La Zone 6 enregistre encore le plus grand nombre de visites avec 17,763 au deuxième trimestre 2019-2020.																								
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

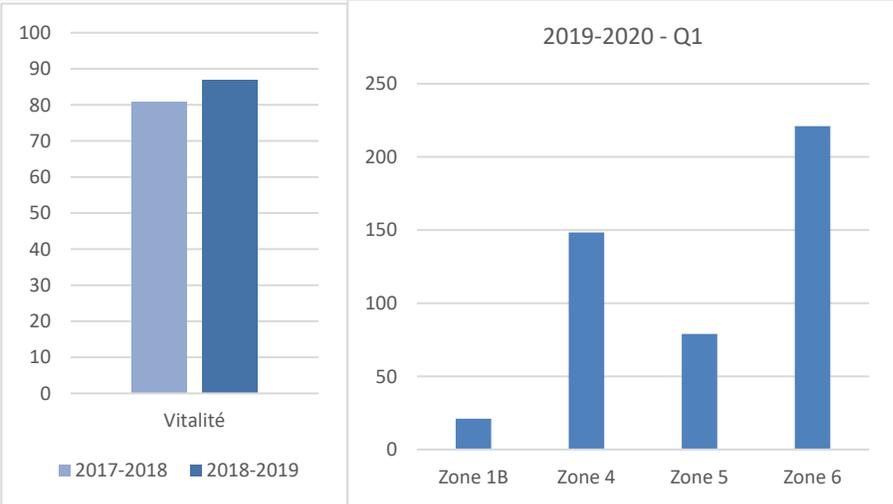
## % DE PATIENTS NSA AVEC PLUS DE 90 JOURS DANS DES LITS DE SOINS AIGUS

RÉSULTATS POUR NOS CITOYENS	Meilleures expériences de soins																			
LEADERSHIP	Jacques Duclos, Johanne Roy																			
FRÉQUENCE	Trimestrielle																			
SOURCE DE DONNÉES	3M																			
DÉFINITION	<p>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.</p>																			
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>6.2%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>9.7%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>11.6%</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Taux (%)	2016-2017	6.2%	2017-2018	9.7%	2018-2019	11.6%	<table border="1"> <caption>2019-2020 - T1</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Taux (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>12.9%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>16.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>16.4%</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Taux (%)	Zone 1B	12.9%	Zone 4	16.0%	Zone 5	15.2%	Zone 6	16.4%
Période	Taux (%)																			
2016-2017	6.2%																			
2017-2018	9.7%																			
2018-2019	11.6%																			
Zone	Taux (%)																			
Zone 1B	12.9%																			
Zone 4	16.0%																			
Zone 5	15.2%																			
Zone 6	16.4%																			
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Les résultats du premier trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. La Zone 6 présentait le pourcentage de patients NSA le plus élevé (16.4 %) tandis que la Zone 1B présentait le pourcentage le plus faible avec 12.9 %).</p>																			
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie pour cet indicateur.																			
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>	✓																		

# FICHE EXPLICATIVE

*Respect- Compassion- Intégrité- Imputabilité-Équité-Engagement*

## TAUX D'HOSPITALISATION POUR DÉMENGE 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 nombre de patients hospitalisés pour démence par 100 000 de population. Les réductions des admissions pour cette condition indiquent l'efficacité des stratégies de gestion communautaires des maladies chroniques et aident à s'assurer que les ressources de l'hôpital sont optimisées pour les affections aiguës.	
RÉSULTATS		
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les données du premier trimestre pour l'année 2019-2020 sont présentées. Les zones 4 et 6 présentent des taux d'hospitalisation pour démence plus élevés avec respectivement 148 et 221 cas par 100,000 de population. Il faut noter toutefois que ces deux zones ont une population plus âgée.	
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 limitent 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>Vitalité - Pourcentage de jours NSA</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>6.2%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>9.7%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>11.6%</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Pourcentage	2016-2017	6.2%	2017-2018	9.7%	2018-2019	11.6%	<table border="1"> <caption>2019-2020 - Q1 - Pourcentage de jours NSA par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>12.9%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>16.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>16.4%</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	Pourcentage	Zone 1B	12.9%	Zone 4	16.0%	Zone 5	15.2%	Zone 6	16.4%
Année	Pourcentage																			
2016-2017	6.2%																			
2017-2018	9.7%																			
2018-2019	11.6%																			
Zone	Pourcentage																			
Zone 1B	12.9%																			
Zone 4	16.0%																			
Zone 5	15.2%																			
Zone 6	16.4%																			
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Le pourcentage de jours NSA s'est accru sensiblement dans les trois dernières années fiscales, passant de 6.2 % à 11.6 %. Les résultats du premier trimestre de l'année 2019-2020 sont présentés par zone. Les zones 4 et 6 présentent les pourcentages de jours NSA les plus élevés avec plus de 16 %.</p>																			
LIMITES DE L'INDICATEUR	Aucune cible n'a été établie.																			
INITIATIVES	Améliorer la prise en charge des autres niveaux de soins à travers l'embauche de préposés à la marche dans tous nos hôpitaux	✓																		
	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 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 en processus d'évaluation ou en attente de placement au dernier jour ouvrable du mois. 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>Data for Vitalité (Left Chart)</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>25.0%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>24.0%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>28.7%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Data for Zones and Vitalité (Right Chart)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>25.0%</td> <td>30.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>12.0%</td> <td>15.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>43.0%</td> <td>48.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>35.0%</td> <td>30.0%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>28.0%</td> <td>30.0%</td> </tr> </tbody> </table>		Année	Pourcentage	2016-2017	25.0%	2017-2018	24.0%	2018-2019	28.7%	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	25.0%	30.0%	Zone 4	12.0%	15.0%	Zone 5	43.0%	48.3%	Zone 6	35.0%	30.0%	Vitalité	28.0%	30.0%
Année	Pourcentage																											
2016-2017	25.0%																											
2017-2018	24.0%																											
2018-2019	28.7%																											
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																										
Zone 1B	25.0%	30.0%																										
Zone 4	12.0%	15.0%																										
Zone 5	43.0%	48.3%																										
Zone 6	35.0%	30.0%																										
Vitalité	28.0%	30.0%																										
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage de lits occupés par des cas de SLD s'établissait à 28.7 % pendant l'année fiscale 2018-2019. Au deuxième 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 (15.4 % vs 48.3 %).																											
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	<p>The left chart shows Vitalité consultations for three periods: 2016-2017 (approx. 2900), 2017-2018 (approx. 2700), and 2018-2019 (approx. 3600). The right chart shows consultations by zone for two periods: 2019-2020 - T1 and 2019-2020 - T2. Zone 1B shows a decrease from approx. 340 to 250. Zone 4 shows a decrease from approx. 160 to 140. Zone 5 shows a decrease from approx. 60 to 50. Zone 6 shows a decrease from approx. 170 to 120.</p>
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le nombre de consultations en télésanté est à la baisse dans toutes les Zones au deuxième trimestre de l'année 2019-2020, comparativement au premier trimestre.
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.
INITIATIVES	Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie. <span style="float: right;">✓</span>

# 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 le patient décident 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 la chirurgie est complétée.																																
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Données des barres (estimations)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2016-2017</th> <th>2017-2018</th> <th>2018-2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>450</td> <td>150</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>1050</td> <td>1000</td> <td>1400</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>1500</td> <td>1200</td> <td>1500</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données des barres (estimations)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>juil. - août</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>65</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>145</td> <td>185</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>40</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Vitalité	450	150	80	Horizon	1050	1000	1400	Province	1500	1200	1500	Zone	T1	juil. - août	Zone 1B	65	95	Zone 4	0	0	Zone 5	145	185	Zone 6	40	70
Zone	2016-2017	2017-2018	2018-2019																														
Vitalité	450	150	80																														
Horizon	1050	1000	1400																														
Province	1500	1200	1500																														
Zone	T1	juil. - août																															
Zone 1B	65	95																															
Zone 4	0	0																															
Zone 5	145	185																															
Zone 6	40	70																															
ANALYSE DES RÉSULTATS	On note une hausse des chirurgies en attente pour la période de juillet et août 2019, laquelle est probablement dû au ralentissement des activités pendant la période estivale.																																
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>Données des graphiques à barres</caption> <thead> <tr> <th>Entité</th> <th>Période</th> <th>2016-2017</th> <th>2017-2018</th> <th>2018-2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Vitalité</td> <td>2016-2017</td> <td>60.0%</td> <td>63.0%</td> <td>65.0%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>63.0%</td> <td>65.0%</td> <td>65.5%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>65.5%</td> <td>65.5%</td> <td>65.5%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Horizon</td> <td>2016-2017</td> <td>52.0%</td> <td>46.0%</td> <td>29.7%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>46.0%</td> <td>46.0%</td> <td>29.7%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>46.0%</td> <td>46.0%</td> <td>29.7%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Province</td> <td>2016-2017</td> <td>55.0%</td> <td>52.0%</td> <td>42.0%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>52.0%</td> <td>52.0%</td> <td>42.0%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>52.0%</td> <td>52.0%</td> <td>42.0%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>71.0%</td> <td>90.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>48.0%</td> <td>60.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>60.0%</td> <td>17.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>80.0%</td> <td>69.0%</td> </tr> </tbody> </table>		Entité	Période	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Vitalité	2016-2017	60.0%	63.0%	65.0%	2017-2018	63.0%	65.0%	65.5%	2018-2019	65.5%	65.5%	65.5%	Horizon	2016-2017	52.0%	46.0%	29.7%	2017-2018	46.0%	46.0%	29.7%	2018-2019	46.0%	46.0%	29.7%	Province	2016-2017	55.0%	52.0%	42.0%	2017-2018	52.0%	52.0%	42.0%	2018-2019	52.0%	52.0%	42.0%	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	71.0%	90.3%	Zone 4	48.0%	60.0%	Zone 5	60.0%	17.0%	Zone 6	80.0%	69.0%
Entité	Période	2016-2017	2017-2018	2018-2019																																																									
Vitalité	2016-2017	60.0%	63.0%	65.0%																																																									
	2017-2018	63.0%	65.0%	65.5%																																																									
	2018-2019	65.5%	65.5%	65.5%																																																									
Horizon	2016-2017	52.0%	46.0%	29.7%																																																									
	2017-2018	46.0%	46.0%	29.7%																																																									
	2018-2019	46.0%	46.0%	29.7%																																																									
Province	2016-2017	55.0%	52.0%	42.0%																																																									
	2017-2018	52.0%	52.0%	42.0%																																																									
	2018-2019	52.0%	52.0%	42.0%																																																									
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																																																											
Zone 1B	71.0%	90.3%																																																											
Zone 4	48.0%	60.0%																																																											
Zone 5	60.0%	17.0%																																																											
Zone 6	80.0%	69.0%																																																											
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au cours de l'année de 2018-2019, le Réseau de santé Vitalité présentait un pourcentage de chirurgies du genou effectués supérieur à celui du Réseau de santé Horizon (65.5 % vs 29.7 %). La Zone 1B présentait le pourcentage le plus élevé (90.3 %) au deuxième trimestre 2019-2020.																																																												
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>Data for Vitalité, Horizon, Province (Left Chart)</caption> <thead> <tr> <th>Region</th> <th>2016-2017</th> <th>2018-2019</th> <th>2017-2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>60.0%</td> <td>68.7%</td> <td>62.5%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>59.0%</td> <td>39.8%</td> <td>57.0%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>59.0%</td> <td>50.0%</td> <td>59.0%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Data for Zones (Right Chart)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>66.0%</td> <td>64.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>76.0%</td> <td>61.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>53.0%</td> <td>66.0%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>94.0%</td> <td>80.0%</td> </tr> </tbody> </table>		Region	2016-2017	2018-2019	2017-2018	Vitalité	60.0%	68.7%	62.5%	Horizon	59.0%	39.8%	57.0%	Province	59.0%	50.0%	59.0%	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	66.0%	64.0%	Zone 4	76.0%	61.0%	Zone 5	53.0%	66.0%	Zone 6	94.0%	80.0%
Region	2016-2017	2018-2019	2017-2018																														
Vitalité	60.0%	68.7%	62.5%																														
Horizon	59.0%	39.8%	57.0%																														
Province	59.0%	50.0%	59.0%																														
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																															
Zone 1B	66.0%	64.0%																															
Zone 4	76.0%	61.0%																															
Zone 5	53.0%	66.0%																															
Zone 6	94.0%	80.0%																															
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au cours de l'année 2018-2019, le Réseau de santé Vitalité présentait un pourcentage de chirurgies de la hanche effectués supérieur à celui du Réseau de santé Horizon (68.7 % vs 39.8 %). La Zone 6 présente le pourcentage le plus élevé avec 80 % au deuxième trimestre de 2019-2020.																																
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	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows completion rates for 2017-18 (approx. 71%) and 2018-19 (approx. 68%). The right chart shows completion rates for four zones: Zone 1B (approx. 58% T1, 58% T2), Zone 4 (approx. 71% T1, 71% T2), Zone 5 (approx. 71% T1, 72.8% T2), and Zone 6 (approx. 68% T1, 68% T2). Legend: 2017-18 (light blue), 2018-19 (dark blue), 2019-20 - T1 (light blue), 2019-20 - T2 (dark blue).</p>
ANALYSE DES RÉSULTATS	Depuis 2017-2018, le taux global aux modules e-apprentissage est à la baisse au sein du Réseau de santé Vitalité. Les Zones 4 et 5 montrent des taux globaux aux modules de e-apprentissage de 71.1 % et 72.8 % respectivement au deuxième trimestre de 2019-2020.
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.
INITIATIVES	À déterminer. <span style="float: right;">✓</span>

# 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	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the average number of paid sick days per employee for three periods: 2016-17 (approximately 12.0), 2017-18 (approximately 11.8), and 2018-19 (approximately 12.5). The right chart, also titled 'Vitalité', shows the average number of paid sick days per employee for two periods: 2019-20 - T1 (approximately 12.05) and 2019-20 - T2 (approximately 11.62). Both charts have a y-axis ranging from 0.00 to 14.00.</p>
ANALYSE DES RÉSULTATS	La moyenne de jours de maladie payé par employé au deuxième trimestre de 2019-2020 était de 11.62 alors qu'elle était de 12.05 au premier trimestre de 2019-2020, soit juste au-dessus de la cible qui s'établit 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. <span style="float: right;">✓</span>

# 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	<table border="1"> <caption>2018-2019</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>3.5%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>3.8%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>5.1%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>2.9%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>3.7%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2019-2020</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.5%</td> <td>7.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>4.8%</td> <td>6.3%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>7.2%</td> <td>7.1%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>4.5%</td> <td>4.2%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>5.4%</td> <td>6.2%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Pourcentage	Zone 1B	3.5%	Zone 4	3.8%	Zone 5	5.1%	Zone 6	2.9%	Vitalité	3.7%	Zone	T1	T2	Zone 1B	5.5%	7.2%	Zone 4	4.8%	6.3%	Zone 5	7.2%	7.1%	Zone 6	4.5%	4.2%	Vitalité	5.4%	6.2%
Zone	Pourcentage																															
Zone 1B	3.5%																															
Zone 4	3.8%																															
Zone 5	5.1%																															
Zone 6	2.9%																															
Vitalité	3.7%																															
Zone	T1	T2																														
Zone 1B	5.5%	7.2%																														
Zone 4	4.8%	6.3%																														
Zone 5	7.2%	7.1%																														
Zone 6	4.5%	4.2%																														
Vitalité	5.4%	6.2%																														
ANALYSE DES RÉSULTATS	Le pourcentage de poste vacants a augmenté du premier trimestre au deuxième trimestre de 2019-2020, passant de 5.5 % à 6.2 %. Les Zones 1B et 5 étant les plus affectées avec plus de 7 %.																															
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 à la suite duquel 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 lignes directrices. La constante standard utilisée est 200 000 heures travaillées représentant le travail de 100 travailleurs pendant une année (2000 heures travaillées/travailleur/année). La cible a été établie à 4.11.	
RÉSULTATS	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows accident rates for three periods: 2016-2017 (approx. 5.5), 2017-2018 (approx. 4.0), and 2018-2019 (approx. 4.2). The right chart, titled '2019-2020 T1', shows accident rates for five categories: Zone 1B (approx. 5.0), Zone 4 (approx. 7.8), Zone 5 (approx. 11.5), Zone 6 (approx. 7.5), and Vitalité (approx. 7.5). The y-axis for both charts ranges from 0.00 to 6.00 (left) and 0.00 to 14.00 (right).</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats demeurent stables et se situent près de la cible. La Zone 5 a encore le plus grand nombre d'accidents avec 11.52 au premier trimestre 2019-2020.	
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 reçue une appréciation du rendement. La cible est établie à 65.00%.																											
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité - Taux de conformité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de conformité (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>40.00%</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>58.00%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>46.00%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Zone 1B, Zone 4, Zone 5, Zone 6, Vitalité - Taux de conformité</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1 (%)</th> <th>2019-2020 - T2 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>37.00%</td> <td>44.00%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>47.00%</td> <td>45.00%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>45.00%</td> <td>44.00%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>48.00%</td> <td>47.00%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>44.00%</td> <td>45.17%</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Taux de conformité (%)	2016-2017	40.00%	2017-2018	58.00%	2018-2019	46.00%	Zone	2019-2020 - T1 (%)	2019-2020 - T2 (%)	Zone 1B	37.00%	44.00%	Zone 4	47.00%	45.00%	Zone 5	45.00%	44.00%	Zone 6	48.00%	47.00%	Vitalité	44.00%	45.17%
Période	Taux de conformité (%)																											
2016-2017	40.00%																											
2017-2018	58.00%																											
2018-2019	46.00%																											
Zone	2019-2020 - T1 (%)	2019-2020 - T2 (%)																										
Zone 1B	37.00%	44.00%																										
Zone 4	47.00%	45.00%																										
Zone 5	45.00%	44.00%																										
Zone 6	48.00%	47.00%																										
Vitalité	44.00%	45.17%																										
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les résultats présentés sont inférieurs à la cible. Au deuxième trimestre 2019-2020, le taux de conformité dans les appréciations de rendement était de 45.17 % 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	<p>Cette mesure indique le nombre de griefs reçus au cours de la période (un grief compte une seule fois, peu importe s'il fait plusieurs paliers). La cible est établie à 28.</p>																								
RÉSULTATS	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de griefs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016-2017</td> <td>112</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>118</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Zone 1B, Zone 4, Zone 5, Zone 6</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2019-2020 - T1</th> <th>2019-2020 - T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>11</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>4</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de griefs	2016-2017	112	2017-2018	84	2018-2019	118	Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2	Zone 1B	11	5	Zone 4	4	2	Zone 5	4	1	Zone 6	4	7
Période	Nombre de griefs																								
2016-2017	112																								
2017-2018	84																								
2018-2019	118																								
Zone	2019-2020 - T1	2019-2020 - T2																							
Zone 1B	11	5																							
Zone 4	4	2																							
Zone 5	4	1																							
Zone 6	4	7																							
ANALYSE DES RÉSULTATS	<p>Le nombre de nouveaux griefs a diminué dans toutes les Zones au deuxième trimestre de 2019-2020 comparativement au premier trimestre de 2019-2020, sauf dans la Zone 6 (7 griefs vs 4 griefs).</p>																								
LIMITES DE L'INDICATEUR	À déterminer.																								
INITIATIVES	<p>Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse.</p>	✓																							

# 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>Données du graphique à barres : % d'heures de maladie payées</caption> <thead> <tr> <th>Service</th> <th>Anne précédente</th> <th>TAD 2018-19</th> <th>TAD 2019-20</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Services clinique</td> <td>6.2%</td> <td>5.8%</td> <td>5.8%</td> </tr> <tr> <td>Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.</td> <td>6.3%</td> <td>5.9%</td> <td>5.9%</td> </tr> <tr> <td>Perf., Qualité et Serv. généraux</td> <td>6.1%</td> <td>5.9%</td> <td>6.2%</td> </tr> <tr> <td>Ressources humaines</td> <td>4.0%</td> <td>4.5%</td> <td>3.7%</td> </tr> <tr> <td>Serv. comm. et Santé mentale</td> <td>7.0%</td> <td>6.8%</td> <td>6.8%</td> </tr> <tr> <td>Services médicaux</td> <td>6.6%</td> <td>8.8%</td> <td>8.3%</td> </tr> <tr> <td>Président directeur général</td> <td>3.5%</td> <td>4.0%</td> <td>1.8%</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>6.3%</td> <td>6.0%</td> <td>6.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Legend: Anne précédente (light blue), TAD 2018-19 (dark blue), TAD 2019-20 (medium blue), Cible (red line at 5.40%)</p>	Service	Anne précédente	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Services clinique	6.2%	5.8%	5.8%	Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	6.3%	5.9%	5.9%	Perf., Qualité et Serv. généraux	6.1%	5.9%	6.2%	Ressources humaines	4.0%	4.5%	3.7%	Serv. comm. et Santé mentale	7.0%	6.8%	6.8%	Services médicaux	6.6%	8.8%	8.3%	Président directeur général	3.5%	4.0%	1.8%	Vitalité	6.3%	6.0%	6.0%
Service	Anne précédente	TAD 2018-19	TAD 2019-20																																		
Services clinique	6.2%	5.8%	5.8%																																		
Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	6.3%	5.9%	5.9%																																		
Perf., Qualité et Serv. généraux	6.1%	5.9%	6.2%																																		
Ressources humaines	4.0%	4.5%	3.7%																																		
Serv. comm. et Santé mentale	7.0%	6.8%	6.8%																																		
Services médicaux	6.6%	8.8%	8.3%																																		
Président directeur général	3.5%	4.0%	1.8%																																		
Vitalité	6.3%	6.0%	6.0%																																		
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les services médicaux présentent le pourcentage d'heures de maladie le plus élevé au deuxième trimestre de 2019-2020 avec 8.83 % mais sont en légère baisse par rapport au premier trimestre 2019-2020 (8.42 %).																																				
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	<p>The chart displays overtime percentages for eight categories: Services clinique, Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof., Perf., Qualité et Serv. généraux, Ressources humaines, Serv. comm. et Santé mentale, Services médicaux, and Président directeur général. The y-axis ranges from 0.00% to 6.00%. A red horizontal line marks the target at 2.10%. The legend indicates: Anne précédente (light blue), TAD 2018-19 (dark blue), and TAD 2019-20 (medium blue).</p> <table border="1"> <caption>Approximate data from the overtime chart</caption> <thead> <tr> <th>Service</th> <th>Anne précédente (%)</th> <th>TAD 2018-19 (%)</th> <th>TAD 2019-20 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Services clinique</td> <td>4.7</td> <td>4.45</td> <td>5.49</td> </tr> <tr> <td>Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.</td> <td>1.6</td> <td>1.5</td> <td>1.7</td> </tr> <tr> <td>Perf., Qualité et Serv. généraux</td> <td>0.9</td> <td>1.0</td> <td>1.1</td> </tr> <tr> <td>Ressources humaines</td> <td>0.4</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> </tr> <tr> <td>Serv. comm. et Santé mentale</td> <td>4.1</td> <td>4.0</td> <td>4.9</td> </tr> <tr> <td>Services médicaux</td> <td>0.5</td> <td>0.8</td> <td>0.4</td> </tr> <tr> <td>Président directeur général</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>3.0</td> <td>2.9</td> <td>3.5</td> </tr> </tbody> </table>	Service	Anne précédente (%)	TAD 2018-19 (%)	TAD 2019-20 (%)	Services clinique	4.7	4.45	5.49	Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	1.6	1.5	1.7	Perf., Qualité et Serv. généraux	0.9	1.0	1.1	Ressources humaines	0.4	0.3	0.4	Serv. comm. et Santé mentale	4.1	4.0	4.9	Services médicaux	0.5	0.8	0.4	Président directeur général	0.0	0.0	0.0	Vitalité	3.0	2.9	3.5
Service	Anne précédente (%)	TAD 2018-19 (%)	TAD 2019-20 (%)																																		
Services clinique	4.7	4.45	5.49																																		
Serv. de cons. Ext. et Serv. Prof.	1.6	1.5	1.7																																		
Perf., Qualité et Serv. généraux	0.9	1.0	1.1																																		
Ressources humaines	0.4	0.3	0.4																																		
Serv. comm. et Santé mentale	4.1	4.0	4.9																																		
Services médicaux	0.5	0.8	0.4																																		
Président directeur général	0.0	0.0	0.0																																		
Vitalité	3.0	2.9	3.5																																		
ANALYSE DES RÉSULTATS	Les services cliniques présentaient le pourcentage de surtemps le plus élevé au deuxième trimestre de 2019-2020 avec 5.49 %, en hausse par rapport à la même période l'année dernière (4.45 %).																																				
LIMITES DE L'INDICATEUR	Les heures de surtemps ne sont pas toutes comptabilisées (heures supplémentaires pour éducation et téléphone sont exclus).																																				
INITIATIVES	<p>Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10 % via les résultats de sondage Pulse. ✓</p> <p>Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires sera effectuée. ✓</p> <p>Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du NB. ✓</p>																																				

# 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 inclut les heures travaillées par le personnel dont le rôle principal est d'exécuter les activités qui contribuent directement à la réalisation du mandat du service. Ce groupe comprend notamment les infirmières autorisées et les autres professionnels de la santé (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	<table border="1"> <caption>Données du graphique des heures travaillées PPU/Jours-Patients</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Année précédente</th> <th>TAD 2018-19</th> <th>TAD 2019-20</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>~5.8</td> <td>~5.7</td> <td>~5.7</td> <td>6.09</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>~6.7</td> <td>~6.6</td> <td>~7.0</td> <td>6.09</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>~5.7</td> <td>~5.6</td> <td>~5.8</td> <td>6.09</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>~6.2</td> <td>~6.3</td> <td>~6.2</td> <td>6.09</td> </tr> <tr> <td>Vitalité</td> <td>~6.0</td> <td>~6.0</td> <td>~6.0</td> <td>6.09</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	Année précédente	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Cible	Zone 1B	~5.8	~5.7	~5.7	6.09	Zone 4	~6.7	~6.6	~7.0	6.09	Zone 5	~5.7	~5.6	~5.8	6.09	Zone 6	~6.2	~6.3	~6.2	6.09	Vitalité	~6.0	~6.0	~6.0	6.09
Zone	Année précédente	TAD 2018-19	TAD 2019-20	Cible																												
Zone 1B	~5.8	~5.7	~5.7	6.09																												
Zone 4	~6.7	~6.6	~7.0	6.09																												
Zone 5	~5.7	~5.6	~5.8	6.09																												
Zone 6	~6.2	~6.3	~6.2	6.09																												
Vitalité	~6.0	~6.0	~6.0	6.09																												
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au deuxième trimestre de 2019-2020, les Zones 4 et 6 présentaient des résultats au-delà de la cible.																															
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>The left chart shows Vitalité departure rates for three periods: 2016-2017 (approx. 3.2%), 2017-2018 (approx. 4.7%), and 2018-2019 (approx. 4.4%). The right chart shows Vitalité departure rates for 2019-2020 - T1 across five zones: Zone 1B (approx. 1.6%), Zone 4 (approx. 2.0%), Zone 5 (approx. 2.2%), Zone 6 (approx. 1.5%), and Vitalité (approx. 1.8%).</p>	
ANALYSE DES RÉSULTATS	Au premier trimestre de 2019-2020, le résultat du Réseau de santé Vitalité était au-delà de la cible souhaitée avec un taux de 1.8%.	
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.	✓