

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Date et heure :	Le 14 septembre 2021 à 08:30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Zoom
Présidente :	Claire Savoie		
Secrétaire de direction :	Lucie Francoeur		

Participants**Membres votants**

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

Membres d'office

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

Membres invitées

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

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujets	Pages	Action
8 h 30	1. Ouverture de la réunion		Décision
8 h 31	2. Constatation de la régularité de la réunion		
8 h 32	3. Adoption de l'ordre du jour	1	Décision
8 h 33	4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels		
8 h 34	5. Résolutions en bloc		Décision
	5.1 Adoption des résolutions en bloc		
	5.2 Adoption du procès-verbal du 1 ^{er} juin 2021	3 - 5	
	5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 1 juin 2021	6	
	5.3.1 Temps d'attente en chirurgie	6	
	5.3.2 Mise à jour du cadre de référence de la qualité et de la sécurité des patients	7	
	5.4 Mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	8 - 11	
	5.5 Plan de travail 2021-2022	12 - 13	
	5.6 Rapport de plaintes – T1	14 - 26	
	5.7 Rapport d'incidents – T1	27 - 46	
	5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1	47 - 49	
	5.9 Recommandations des Comités de revues	50 - 53	
	5.10 Rapport d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T1	54 - 60	
	5.11 Rapport sur les dossiers ouverts HIROC (litiges, réclamations et autres)	61 - 74	
	5.12 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles	75	
9 h 05	6. Affaires nouvelles		
	6.1 Présentation : Aide médicale à mourir (AMM)	76 - 93	Information
9 h 25	6.2 Mise à jour de la démarche d'agrément	94 - 96	Information
9 h 45	7. Affaires permanentes		
	7.1 Tableaux de bord stratégique et équilibré – T1	97 - 170	Information
10 h 15	8. Date de la prochaine réunion : 16 novembre 2021 à 08:30		Information
10 h 16	9. Levée de la réunion		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Date et heure :	Le 1 ^{er} juin 2021 à 08:30
		Endroit :	Zoom
But de la réunion :	Réunion régulière		
Présidente :	Claire Savoie		
Secrétaire :	Lucie Francoeur		
Participants			
Claire Savoie	✓	Anne Soucie	✓
Michelyne Paulin	✓	Justin Morris	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	A
		Sonia A. Roy	✓
		Diane Mignault	✓
		Dre France Desrosiers	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Claire Savoie à 08:32.

2. Constatation de la régularité de la réunion

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

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2021-06-01 / 01QSSP**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

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

Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

5. Résolutions en bloc

5.1 Adoption des résolutions en bloc

5.2 Adoption du procès-verbal du 30 mars 2021

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 30 mars 2021

5.3.1 Gestion des lits d'attente en période de pandémie – soins spécialisés et ambulatoires

5.3.2 Temps d'attente en chirurgie

5.3.3 Césariennes à faible risque – Zone Acadie-Bathurst

5.3.4 Coût d'opération des laboratoires

5.4 Plan de travail 2020-2021

5.5 Rapport annuel - Plaintes

5.6 Rapport annuel - Gestion des risques

5.7 Rapport annuel - Langues officielles

5.8 Rapport annuel - Accès à l'information

5.9 Rapport annuel - Bureau de l'éthique

5.10 Rapport annuel - Confidentialité et protection de la vie privée

5.11 Rapport annuel - Expérience des patients hospitalisés

5.12 Recommandations des Comités de revues

5.13 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles

5.14 Note d'information – Indicateurs de performance présentés sur le site Web du Réseau

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 :

5.3.1 Gestion des lits d'attente en période de pandémie – soins spécialisés et ambulatoires

5.3.2 Temps d'attente en chirurgie

- 5.3.4 Coût d'opération des laboratoires
- 5.5 Rapport annuel - Plaintes
- 5.10 Rapport annuel - Confidentialité et protection de la vie privée

MOTION 2021-06-01 / 02QSSP

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A. Roy

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

- 5.3.1 Gestion des lits d'attente en période de pandémie – soins spécialisés et ambulatoires
- 5.3.2 Temps d'attente en chirurgie
- 5.3.4 Coût d'opération des laboratoires
- 5.5 Rapport annuel - Plaintes
- 5.10 Rapport annuel - Confidentialité et protection de la vie privée

Adopté à l'unanimité.

5.3.1 Gestion des lits d'attente en période de pandémie – soins spécialisés et ambulatoires

Un membre demande si les listes d'attente de patients électifs vont diminués grandement en post pandémie dans les secteurs d'imagerie par résonance magnétique, de CT Scan, d'ultrason, d'écho cardiaque et de santé respiratoire ? Il a été établi dans le plan de ralentissement d'activités cliniques qu'en phase jaune, les activités cliniques seraient de 70 % à 85 % des capacités habituelles et maximisées à 100 % ou plus, lorsque possible. De façon générale, tous les secteurs ont été en mesure de faire un rattrapage des retards accumulés reliés à la pandémie par le biais de diverses stratégies, entre autres maximiser les visites virtuelles, demander l'aide des médecins pour reprioriser les requêtes et certains types d'examen, diriger les patients vers d'autres établissements de la zone ou du Réseau où l'attente est moins longue, etc. Pour ce qui est du secteur d'écho cardiaque, la pénurie de personnel est le facteur dominant de la liste d'attente de 90 semaines. Le vice-président concerné continue à mettre en place des mécanismes par le biais de diverses stratégies, afin de rattraper les retards accumulés reliés à la pandémie.

Il semble y avoir une longue attente pour obtenir une consultation en fonction respiratoire à la Zone Nord-Ouest aussi lors de l'interprétation des tests complétés. La santé respiratoire fut une des premières Unités cliniques apprenante qui a été mise sur pied, par contre les solutions ont été retardées en raison de la pandémie. Certaines initiatives seront mises en place pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

5.3.2 Temps d'attente en chirurgie

Un membre demande la définition provinciale du temps d'attente en chirurgie ? En fait, il y a deux définitions, une sur le temps d'attente pour obtenir une consultation auprès d'un chirurgien, puis une autre sur le temps d'attente pour procéder à l'intervention chirurgicale. Le délai d'attente se termine lorsque la chirurgie est complétée. Il y a plusieurs mesures d'amélioration qui ont été mises en place, afin de réduire le temps d'attente pour ces deux composantes. Les temps d'attente sur cette note d'information et sur le tableau de bord vous fournissent des informations sur les délais d'attente pour procéder à l'intervention chirurgicale. Pour ce qui est du temps d'attente pour obtenir une consultation auprès d'un chirurgien, les mesures d'amélioration pourront être présentées à une prochaine réunion.

5.3.4 Coût d'opération des laboratoires

Le logiciel Medinet a été mis en œuvre il y a quelques années. Ce logiciel permet le transfert électronique des requêtes et des résultats interzones. Cette solution réduit considérablement le temps de la gestion des requêtes et l'entrée des résultats.

5.5 Rapport annuel - Plaintes

Une augmentation de 18 % est notée dans le nombre total de plaintes liées au comportement comparé à l'année dernière. Les plaintes de cette catégorie sont majoritairement attribuables à la COVID-19 puisque nous comptons 111 plaintes dans la dernière année en lien avec la pandémie.

Un membre partage son appréciation à toute l'équipe pour le nombre de plaintes résolu à l'intérieur de 60 jours qui augmente graduellement depuis les deux dernières années. Le pourcentage s'élève maintenant à 80 %. Bravo !

5.10 Rapport annuel - Confidentialité et protection de la vie privée

Le nombre d'incidents rapportés à la Zone Beauséjour est 165 en 2020-2021, comparativement à 123 en 2019-2020. La Zone Beauséjour est une zone où le personnel rapporte beaucoup d'incidents à la protection de la vie privée en lien majoritairement avec le courrier.

Le nombre d'incidents rapportés liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée a augmenté progressivement au cours des trois dernières années. Par conséquent, le pourcentage des incidents dont l'évaluation a permis de conclure à une atteinte à la vie privée a diminué en 2020-2021 comparativement à 2019-2020.

MOTION 2021-06-01 / 03QSSP

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A. Roy

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

5.3.1 Gestion des lits d'attente en période de pandémie – soins spécialisés et ambulatoires

5.3.2 Temps d'attente en chirurgie

5.3.4 Coût d'opération des laboratoires

5.5 Rapport annuel - Plaintes

5.10 Rapport annuel - Confidentialité et protection de la vie privée

Adopté à l'unanimité.

6. Affaires nouvelles

6.1 Révision du cadre de référence de la qualité et de la sécurité des patients

Une consultante spécialisée en gestion intégrée de la qualité-performance de la firme Convergence santé a été embauchée en avril dernier pour accompagner le Réseau dans la révision de son cadre de référence de la qualité et de la sécurité des patients. Cette initiative découle du Plan stratégique 2020-2023.

Plusieurs consultations ont eu lieu au cours des dernières semaines. Des entrevues semi-dirigées, individuelles et de groupe ont été organisées pour échanger sur les forces et les défis du Réseau par rapport à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients. Aussi, environ 500 employés ont participé à un court sondage sur le Boulevard.

Essentiellement, les grands constats préliminaires qui ressortent sont l'épuisement lié à la pandémie, le manque de ressources, le manque de communication des priorités, la multiplication de projets, initiatives, rencontres, etc. Malgré tout, la consultante a remarqué l'engagement soutenu des employés/médecins en constatant leur grande participation aux rencontres de consultations.

L'analyse des données se poursuit. Le rapport final sera présenté à l'Équipe de leadership à la fin juin.

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

7. Affaires permanentes

7.1 Tableaux de bord stratégique et équilibré – T4

Les tableaux de bord stratégique et équilibré du quatrième trimestre sont présentés aux membres. Certains indicateurs sont disponibles seulement jusqu'au troisième trimestre entre autres, les indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de 3M. Toutefois, ces données seront disponibles à la prochaine réunion ce qui complètera les données de l'année 2020-2021.

L'équipe des Ressources humaines est en train d'élaborer un plan stratégique des Ressources humaines qui sera ensuite intégré au processus de gestion dans le Réseau, ce qui permettra d'adresser des éléments importants touchants entre autres, les initiatives de recrutement et de rétention de personnel. Le plan stratégique des Ressources humaines sera présenté à une réunion du Conseil d'administration. Aussi, nous sommes à considérer la mise sur pied d'un groupe de travail ad hoc relevant du Conseil d'administration dans le but de superviser la mise en œuvre du plan stratégique des Ressources humaines.

En ce qui a trait à l'indicateur du nombre de cas de soins de longue durée, les données démontrent que la cible est atteinte, toutefois la prise en charge des autres niveaux de soins dans la province est toujours

problématique. Certaines cibles d'indicateurs feront l'objet d'une révision pour la prochaine année fiscale y compris celle touchant les autres niveaux de soins.

Un plan d'affaires du projet d'Hôpital de jour gériatrique a été approuvé en janvier dernier à l'Équipe de leadership. Il sera intégré dans le Plan régional de santé et d'affaires du Réseau. L'objectif principal de ce projet est d'améliorer l'accès aux services d'évaluation gériatrique globale et aux services de réadaptation ambulatoires de la clientèle gériatrique de 65 ans et plus, et ce, de façon uniforme dans tout le Réseau de santé Vitalité. Dans un premier temps, nous avons choisi de développer ce projet dans les Zones Beauséjour et Restigouche, ensuite le même service sera offert dans les Zones Nord-Ouest et Acadie-Bathurst.

La Présidente-directrice générale souhaite tenir une réunion conjointe en présentiel avec l'arrivée des nouveaux membres du Conseil d'administration les 21 et 22 juin 2021 à Moncton. Ainsi, les nouveaux et les anciens membres pourront faire connaissance et passer en revue les principaux dossiers en cours.

La présidente du comité remercie les membres qui permettent des réflexions intéressantes sur les nombreux sujets et de leur précieuse collaboration.

8. Date de la prochaine réunion : à confirmer

9. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Sonia A. Roy à 09:37.

Claire Savoie
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance et Qualité

Note couverture

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

Date : le 14 septembre 2021

Objet : **Suivis du procès-verbal du 1^{er} juin 2021**

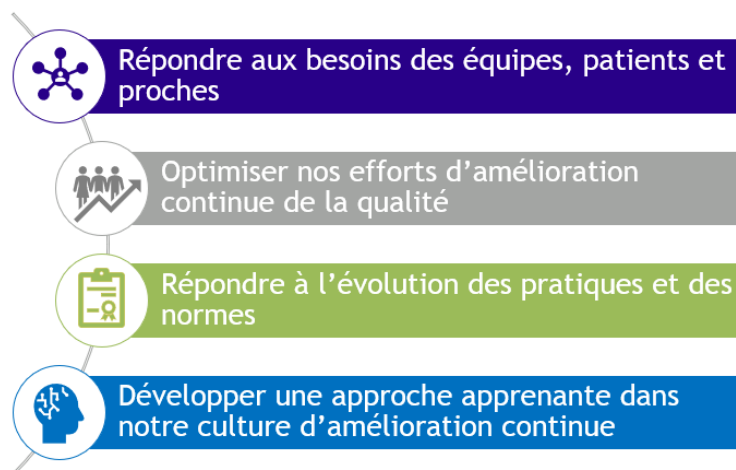
Les suivis au procès-verbal de la dernière rencontre du 1^{er} juin 2021 sont indiqués à l'ordre du jour de la rencontre, entre autres le temps d'attente en chirurgie et la mise à jour du cadre de référence de la qualité et de la sécurité des patients.

5.3.1 Temps d'attente en chirurgie

- Afin de clarifier les questions de la dernière réunion en lien avec les temps d'attente pour les chirurgies, vous trouverez ci-après les informations pertinentes à cet effet.
- En 2004, les premiers ministres du Canada ont convenu de travailler à réduire les temps d'attente dans 5 domaines prioritaires : traitement du cancer, soins coronariens, imagerie diagnostique, remplacements articulaires et restauration de la vue. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a reçu le mandat de recueillir l'information sur les temps d'attente et de suivre les progrès des provinces par rapport aux temps de référence.
- En 2005, le sous-comité national sur les indicateurs comparables de l'accès a mis au point une définition pancanadienne pour mesurer les temps d'attente, que les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux ont adoptée.
- La définition de la *date de début de la mesure du temps d'attente* est la suivante : la période d'attente d'un service de santé commence à la prise de rendez-vous, c'est-à-dire au moment où le patient et le médecin conviennent d'un service et où le patient est prêt à le recevoir.
- La définition de la *date de fin de la mesure du temps d'attente* est la suivante : la période d'attente d'un service de santé prend fin lorsque le patient reçoit le service ou le premier d'une série de services.
- L'ICIS prévoit mesurer dans le futur le temps d'attente entre la date de réception de la demande de consultation au bureau du chirurgien et la date à laquelle le patient voit le spécialiste. Présentement, il n'y a pas de méthodologie définie encore pour capter ce temps d'attente 1 (*Wait time 1*) bien que quelques provinces aient débuté des démarches pour capter cette donnée (ex. : Nouvelle-Écosse). Un projet pilote est en développement au N.-B. dans les zones 3 et 6 pour le secteur de l'orthopédie afin de créer un modèle d'entrée unique des demandes de consultations initiales. Sur le plan chirurgical, l'outil de priorisation comporte 3 champs de date (date de réception de la demande de consultation, date à laquelle le patient a été vu pour la première fois et date de la décision pour la chirurgie). De ces trois champs, seule la date de décision pour la chirurgie est obligatoire. Alors que certains chirurgiens remplissent tous les trois champs, la majorité ne le font pas. Pour cette raison, nous n'avons pas de portrait complet du parcours des patients. Le projet *Wait Time 1* est encore en phase de test et le modèle d'entrée unique pour la chirurgie orthopédique est prévu être en place avant 2022.

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

Le *Cadre de référence d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des patients* (2017) est dans ses dernières étapes de révision et validation. Il a été transformé en *Guide* pratique évolutif et vivant en alignement avec les orientations du plan stratégique et les objectifs du [Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé](#) afin de répondre aux objectifs suivants :



Afin que le *Guide* soit utile et mobilisateur, sa mise à jour a été réalisée dans une démarche participative de consultation et de co-construction avec les acteurs concernés, incluant des patients.

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

Le *Guide* sera présenté au Comité de gestion intégrée de la qualité, sécurité et performance de la direction générale pour approbation et recommandation au Comité de la qualité et des soins et de la sécurité des patients du Conseil à sa réunion du 16 novembre 2021.

Soumis le 3 septembre 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 14 septembre 2021

Objet : Mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Le mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients qui est annexé à la présente note couverture est présenté à titre d'information en début d'année.

Chaque membre est invité à faire part de ses besoins de formation et d'accompagnement dès le début de l'année afin qu'il puisse assumer pleinement son rôle et remplir le mandat du comité. Une attestation par écrit est requise en lien avec la lecture et la compréhension du mandat. Le membre devra retourner le mandat daté et signé au président du Comité.

Soumis le 3 septembre 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS	N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

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

Composition et fonctionnement

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

Responsabilités

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

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

Rapport

1. Le comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, ce qui comprend une revue annuelle de la qualité, de la sécurité des patients, des risques et de l'éthique. Les rapports réguliers peuvent comprendre, entre autres :
 - 1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, les risques, la sécurité des patients et les services à la clientèle;

- 1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients;
- 1.3 Analyse des causes profondes soumises par le comité;
- 1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables;
- 1.5 Satisfaction/perception des patients;
- 1.6 Satisfaction/perception des médecins;
- 1.7 Satisfaction/perception des employés;
- 1.8 Culture de sécurité des patients;
- 1.9 Agrément;
- 1.10 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats;
- 1.11 Rapport des activités en éthique.

Plan de travail et objectifs annuels du comité

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

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

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 14 septembre 2021

Objet : Plan de travail 2021-2022

Un plan de travail 2021-2022 est proposé afin que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients puisse voir les progrès réalisés par le Réseau de santé Vitalité envers l'atteinte de ses objectifs en matière de soins centrés sur les usagers et leur famille, et les responsabilités du conseil à l'égard de l'amélioration de la qualité, de la sécurité des usagers et des membres de l'équipe, et d'un milieu de travail positif.

Proposé par

Appuyé

Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients approuve le plan de travail pour l'année 2021-2022.

Adopté

Soumis le 16 août 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

PLAN DE TRAVAIL

2021-2022

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

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

Note couverture

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 14 septembre 2021

Objet : Rapport trimestriel sur les plaintes (T1 2021-22)

Le présent rapport comprend les données du premier trimestre de l'année financière 2021-2022, ainsi que les données comparatives pour les deux années précédentes. Les graphiques et les données détaillées sur les plaintes sont en annexe.

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

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

Soumis le 24 août 2021 par Lynne Lévesque, gestionnaire régionale, Service qualité et sécurité des patients



Rapport sur les plaintes T1 (2021-2022)

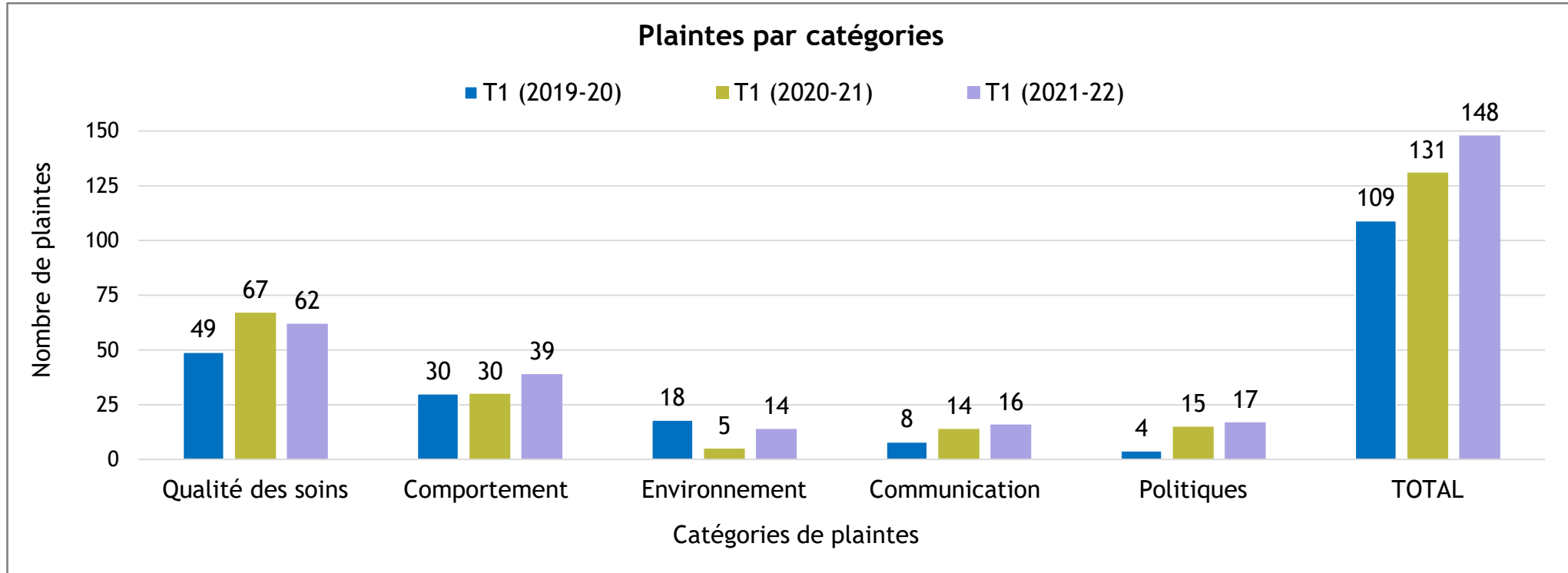


Plan de la présentation

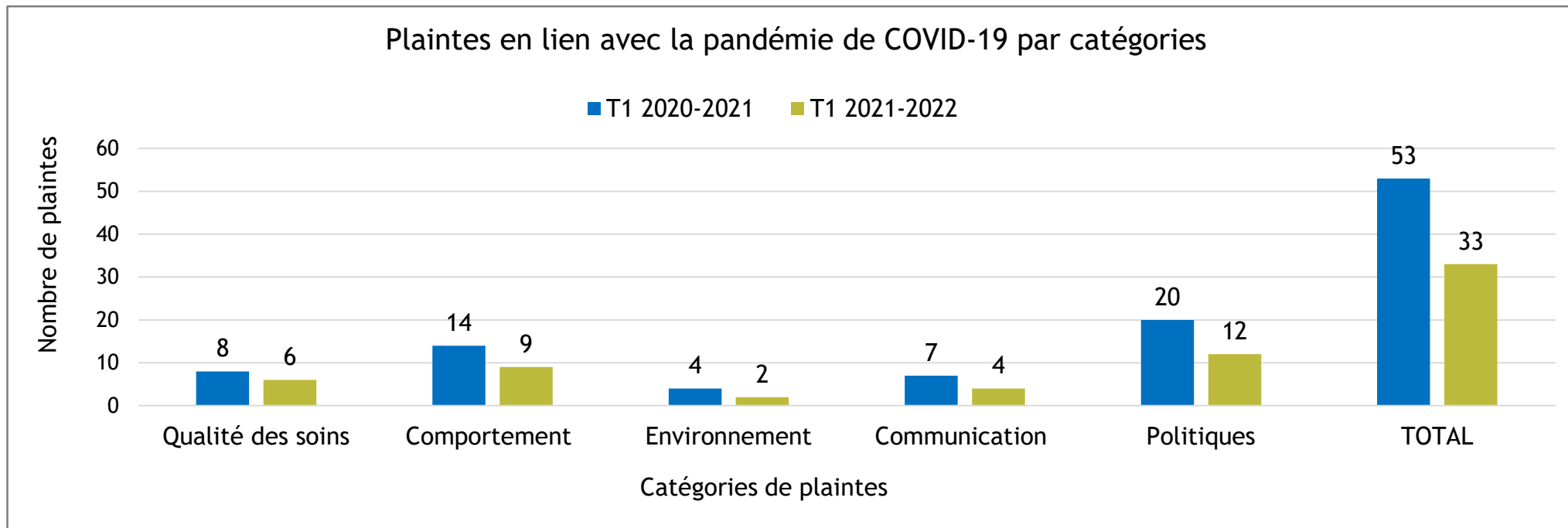
- Définitions
- Plaintes par catégories
- Plaintes liées à la pandémie COVID-19
- Plaintes liées à la qualité
- Plaintes liées au comportement
- Plaintes liées à la communication
- Plaintes liées à l'environnement
- Délais de résolution des plaintes
- Exemples d'amélioration découlant des plaintes

Définitions

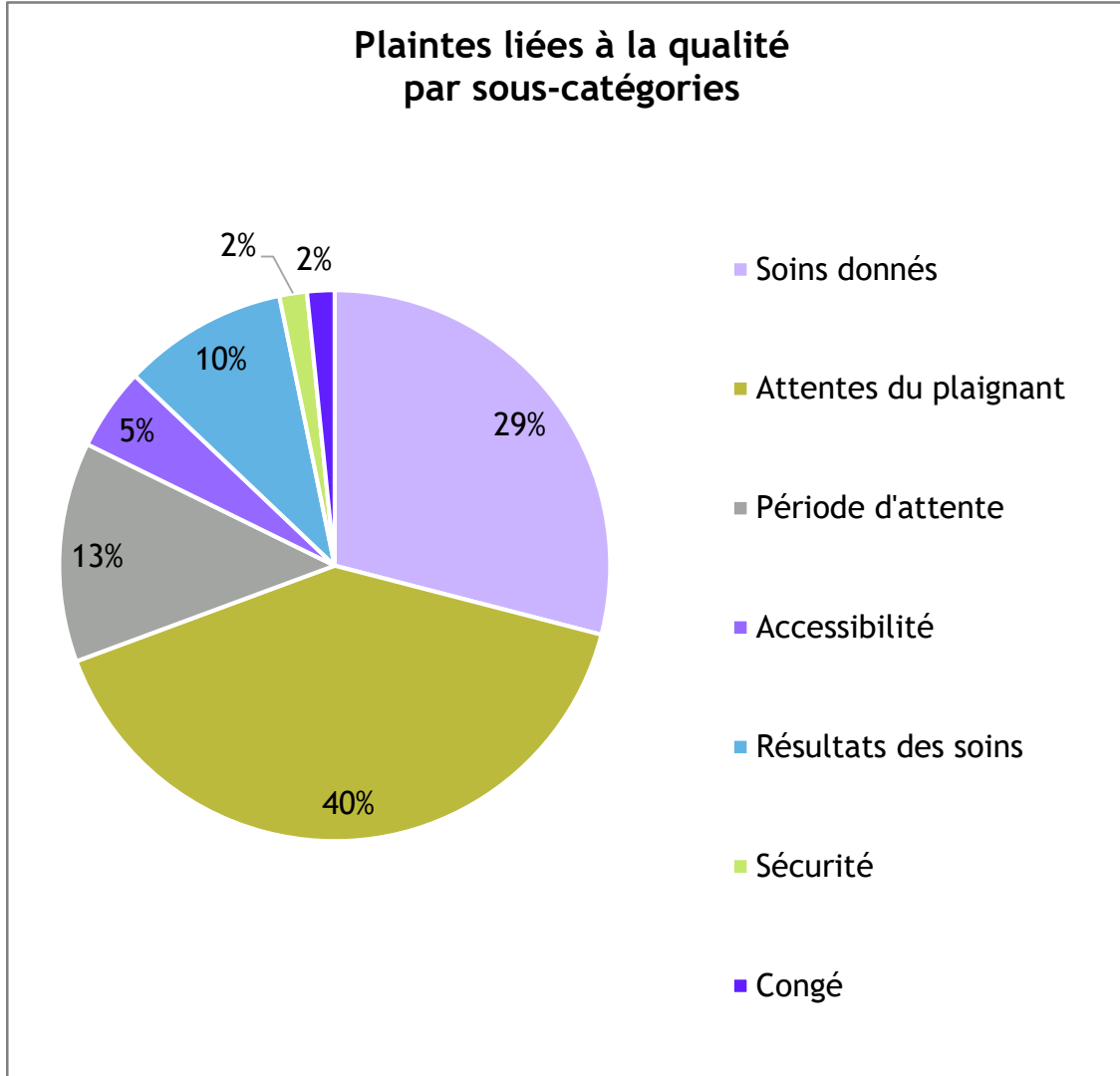
- Plainte - manifestation verbale (en personne ou par téléphone) ou écrite d'insatisfaction de la part d'un patient, d'un membre de la famille ou du public au sujet des soins ou services reçus, qui exige une étude ou un suivi.
- Les plaintes sont classées selon les catégories et sous-catégories provinciales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



- Dans l'ensemble du Réseau, on note une augmentation de 13 % dans le nombre total de plaintes comparativement au même trimestre l'an dernier (T1 de 2020-2021).
- Cette augmentation est attribuable au nombre plus élevé de plaintes dans les catégories : comportement, environnement, communication et politiques.
- On note une légère diminution dans le nombre de plaintes dans la catégorie Qualité passant de 67 à 62 plaintes. Ces plaintes proviennent en grande partie des services de l'urgence (27 %) et des soins ambulatoires/cliniques (29 %).

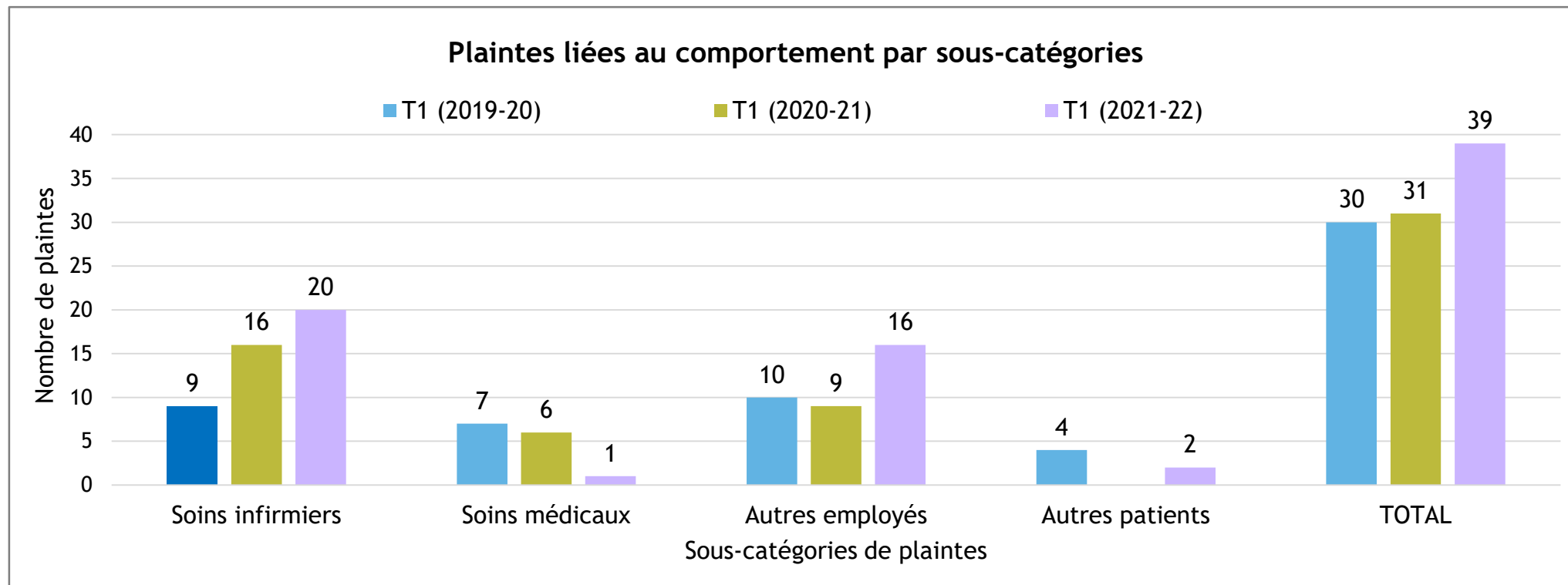


- Depuis le début de la pandémie de la COVID-19, le Service de qualité et sécurité des patients comptabilise les insatisfactions face à cette réalité. Parmi toutes les catégories de plaintes confondues, on compte 173 plaintes liées à la pandémie depuis mars 2020.
- Au T1 de 2021-2022, on note une diminution de 30% du nombre total des plaintes en lien avec la pandémie comparativement au même trimestre de l'an dernier.
- Cette diminution est attribuable à l'assouplissement des restrictions des visites, des directives concernant l'échange d'effets personnels, des restrictions d'accompagnement et des sorties/privilèges.
- Dans la catégorie comportement, on retrouve majoritairement des insatisfactions concernant les préposés et agents de sécurité au contrôle des établissements embauchés pour la période de la pandémie.

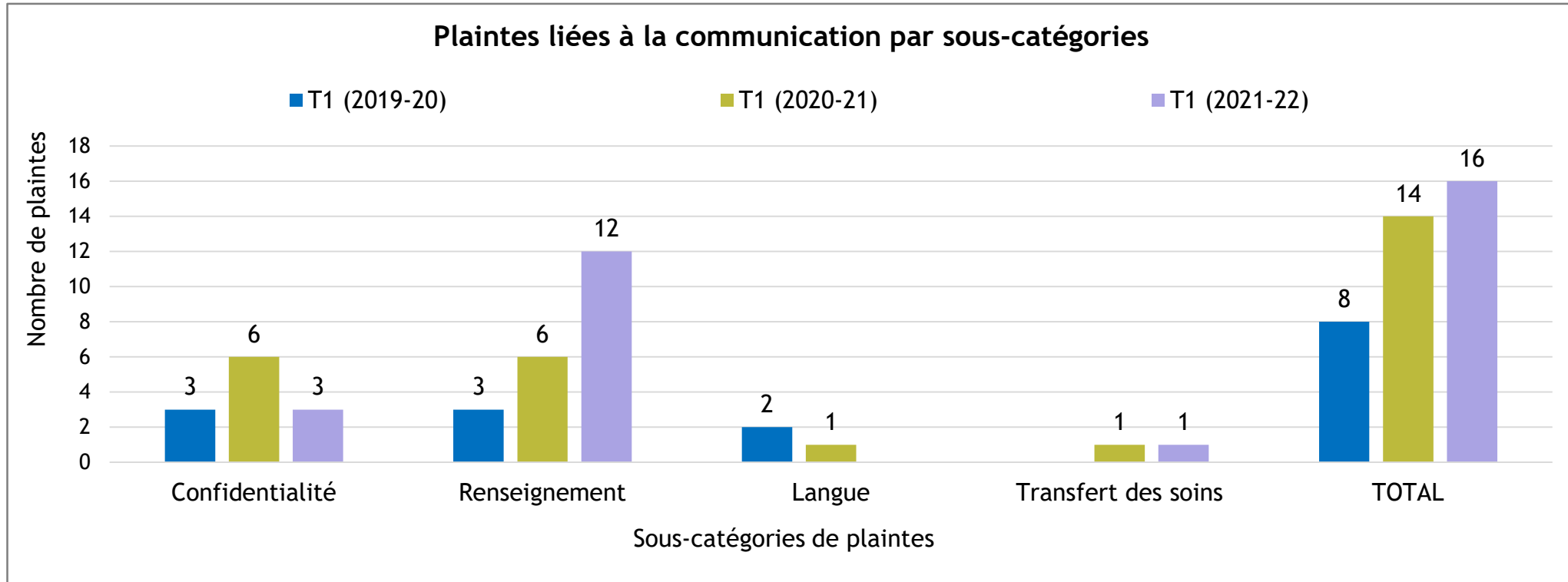


Ce tableau démontre la répartition des plaintes par sous-catégories dans la catégorie liée à la qualité des soins. 82 % des plaintes liées à la qualité des soins sont réparties dans trois catégories, soit :

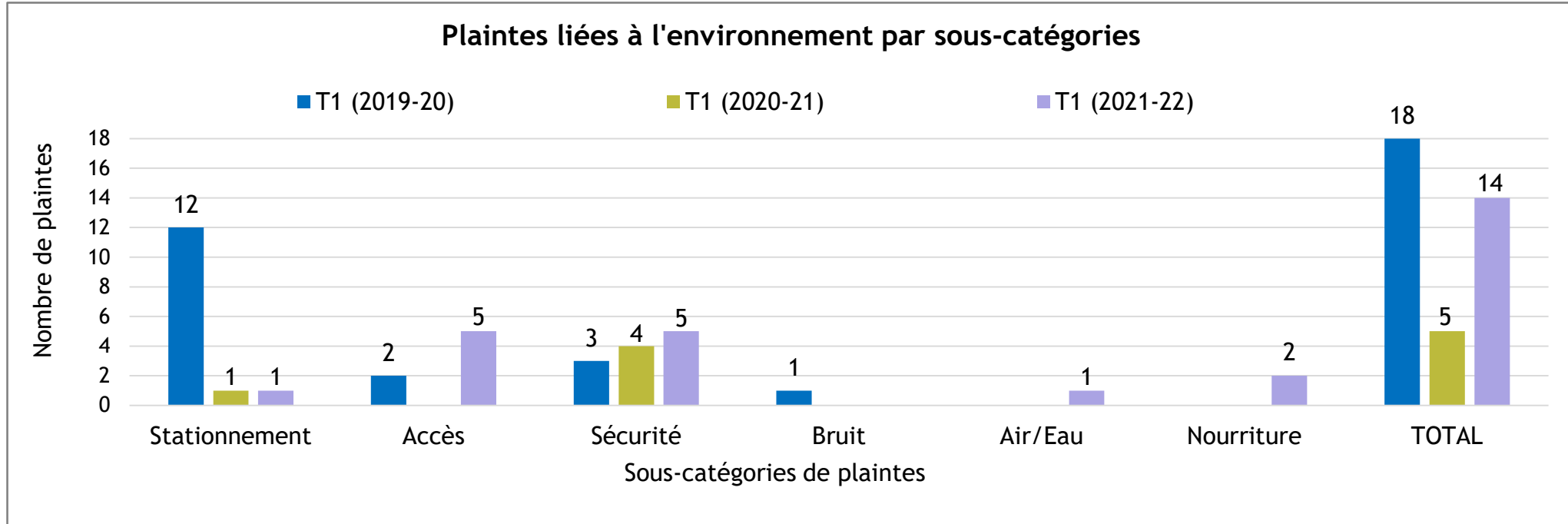
1. Les attentes du patient qui n'ont pas été satisfaites pour 40 % (ex. attentes au niveau du type de traitement, examen diagnostique, des soins offerts, etc.).
2. Les soins donnés en général pour 29 % (ex. aux unités de soins et aux cliniques ambulatoires).
3. La période d'attente pour un service pour 13% (ex. à l'urgence et aux cliniques ambulatoires)



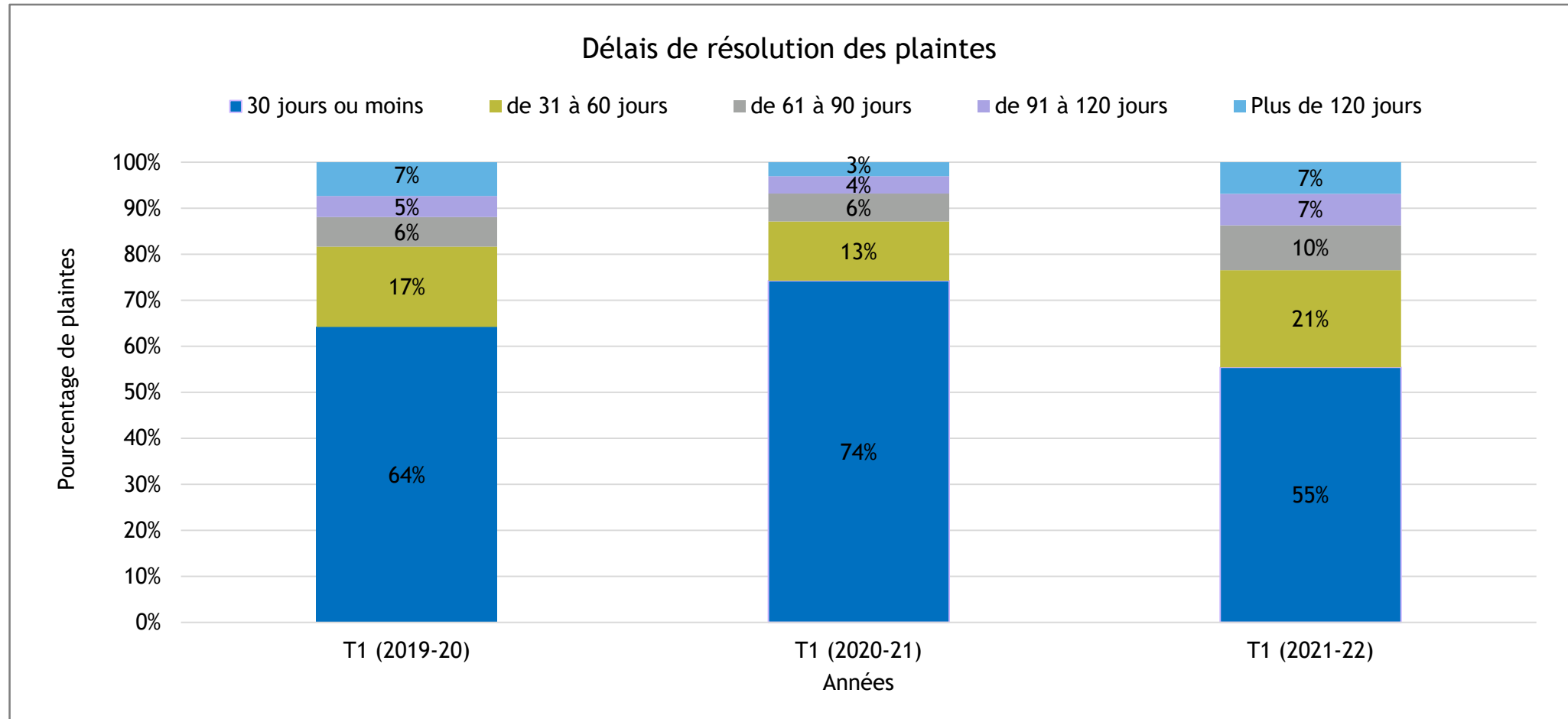
- Les plaintes liées au comportement représentent 26 % de l'ensemble des plaintes pour le T1 de 2021-2022. On note une légère augmentation comparativement au T1 de 2020-2021.
- On note une diminution significative dans le nombre total de plaintes liées au comportement dans la sous-catégorie soins médicaux.
- Dans la sous-catégorie des soins infirmiers, on remarque une augmentation du nombre de plaintes en lien avec le comportement depuis les deux dernières années.
- À la base des plaintes en lien avec le comportement, on retrouve souvent des commentaires spécifiques faits par le personnel qui ont marqué le patient et brimé la relation de confiance. Des suivis étroits et de la sensibilisation sont faits avec le membre du personnel visé par la plainte.



- Les plaintes liées à la communication représentent 11% de l'ensemble des plaintes pour le T1 de 2021-2022. Le nombre a légèrement augmenté comparativement à la même période de l'année 2020-2021.
- Dans la sous-catégorie renseignements, plusieurs plaintes sont en lien avec le manque de communication et de renseignements par rapport aux directives liées à la COVID (permission de visite, modification de certains processus dus à la pandémie, isolement des patients).



- Comparativement au T1 2020-2021, on note une augmentation considérable dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement passant de 5 à 14 au T1 2021-2022.
- Cette augmentation est surtout attribuable à la hausse dans le nombre de plaintes dans la catégorie accès, majoritairement en lien avec les difficultés des patients à rejoindre le centre de santé. Des suivis sont en cours afin d'identifier des solutions pour améliorer l'accès aux lignes téléphoniques.
- Du côté de la sécurité, on note des inquiétudes de patients liées aux processus de nettoyage en lien avec la pandémie. Les normes de prévention et contrôle des infections en lien avec la fréquence du nettoyage sont suivies.



- Ce graphique représente les délais de résolution pour les plaintes fermées au T1. Comparé au T1 2020-2021, on note une diminution dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours et une augmentation dans les autres catégories. Le processus de révision des lettres de suivi aux plaignants a été modifié afin d'assurer une rigueur et une uniformité dans les réponses. Des efforts additionnels ont été déployés afin de fermer plus de 40 plaintes qui dataient de plus de 60 jours. Des plaintes reçues dans le T1 2021-2022, 68% ont été fermées dans un délai de 30 jours ou moins.

Exemples d'amélioration découlant des plaintes

Chaque plainte reçue est portée à l'attention du chef de service pour fin d'examen et d'amélioration. Selon la gravité de la plainte, une analyse des causes profondes peut être effectuée. Voici quelques exemples d'amélioration qui découlent des plaintes pour le T1:

- Rappels au personnel sur l'importance d'assurer l'implication du partenaire de soins/famille dans l'élaboration des plans de soins pour les patients (ex. patient avec allergies multiples, retour à domicile, etc.).
- Rappel auprès des employés au sujet des soins centrés sur le patient et la famille et l'approche préconisée afin d'assurer des soins de qualité.
- Clarification des rôles de la curatelle auprès de la famille en ce qui a trait aux décisions de fin de vie lorsque la famille n'est pas ou est peu impliquée dans le dossier du patient.
- Assouplissement de certaines règles en lien avec la pandémie (ex. politique d'accompagnement, visites, reprises des cliniques, etc.).
- Augmentation du nombre d'affiches indiquant que l'usage des téléphones cellulaires et d'autres appareils pour l'enregistrement de la voix et des images dans les hôpitaux est strictement interdit.
- Élaboration d'une liste de vérification des instruments nécessaires pour le transfert en ambulance lors d'un accouchement.



Une plainte est une occasion d'améliorer la qualité des services et de rétablir la confiance des patients et des familles envers les soins et les services offerts.

Note couverture

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : Le 14 septembre 2021

Objet : Rapport trimestriel sur les incidents (T1 2021-2022)

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

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

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. Les incidents graves et critiques sont transmis aux comités de revue pour une analyse des causes profondes et une mise en place de mesures pour prévenir que les incidents se reproduisent.

La province et les deux réseaux de santé ont récemment fait l'achat d'un nouveau logiciel de gestion des incidents. Le système actuel était devenu trop désuet et en fin de vie. Le nouveau logiciel acquis sera plus facile d'utilisation pour les employés, ce qui facilitera la déclaration des incidents et des incidents évités de justesse. Les gestionnaires auront plus facilement accès aux rapports d'incidents pour lesquels un suivi est requis et pourront suivre eux-mêmes les tendances des incidents rapportés à leur unité/service.

Nous avons profité de l'occasion pour réviser la taxonomie provinciale sur les incidents et avons ajouté de nouvelles catégories d'incidents comme les incidents reliés à la vie privée et les incidents reliés à la prévention des infections. Nous avons également ajouté de nouveaux types d'incidents dans certaines catégories. Ces changements nous permettront de mieux rapporter ces types d'incidents et de mieux suivre les tendances et de raffiner nos analyses de tendances ou multi-incidents.

La conception du nouveau système est en cours et le déploiement est prévu pour le début novembre pour le Réseau. Le déploiement se fera de façon séquentielle (une zone à la fois) afin de permettre une intégration graduelle de l'outil et de corriger les problématiques au fur et à mesure. Un plan de communication fut développé. Des messages seront diffusés dès septembre et des séances d'informations pour les employés et les gestionnaires sont prévues avant le déploiement.

Soumis le 25 août 2021 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques



Rapport sur les incidents T1 2021-2022



Plan de la présentation

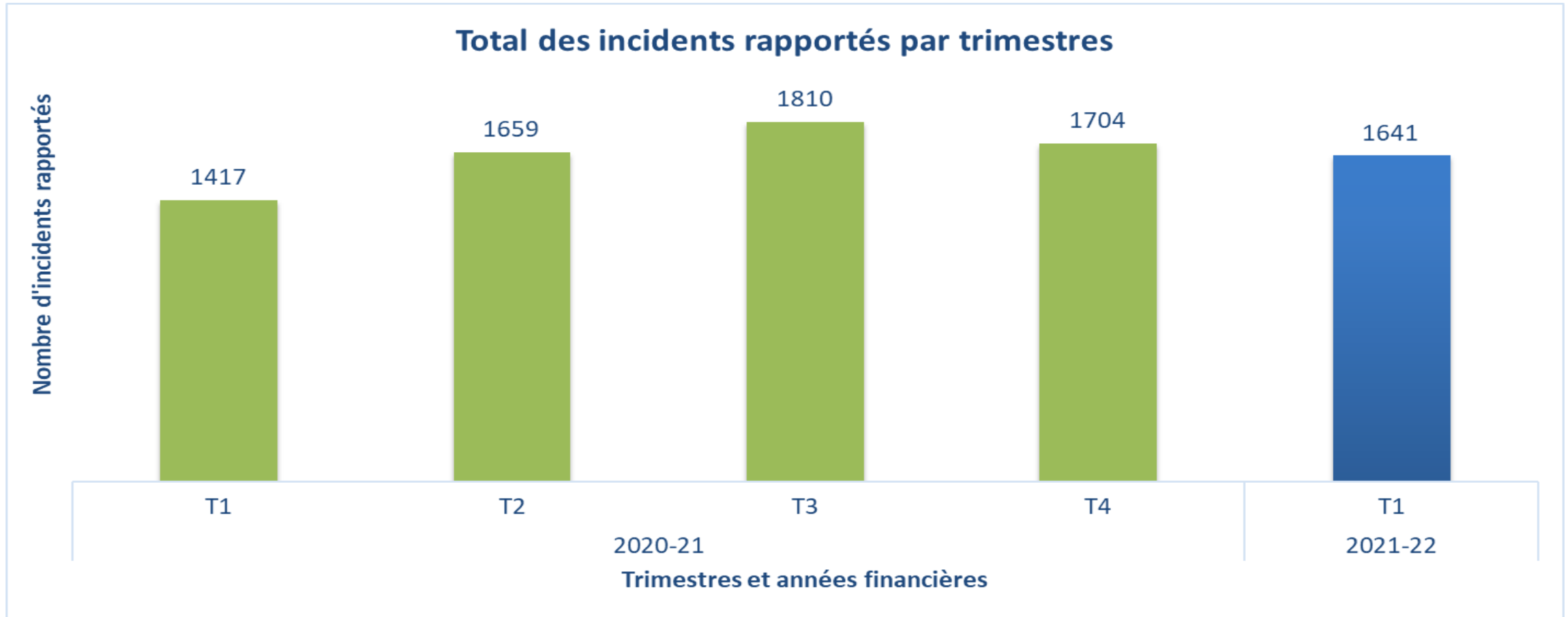
- Définitions (types d'incidents)
- Graphiques:
 - Incidents rapportés par trimestre
 - Incidents rapportés par zone - T1
 - Incidents évités de justesse par trimestre
 - Comparaison des types d'incidents entre T1 (2020-2021 et 2021-2022)
 - Incidents rapportés par trimestre:
 - Chutes
 - Médicaments
 - Sécurité
 - Traitement/Analyse/Procédé (TAP)
 - Divers
 - Intraveineux

Plan de la présentation (suite)

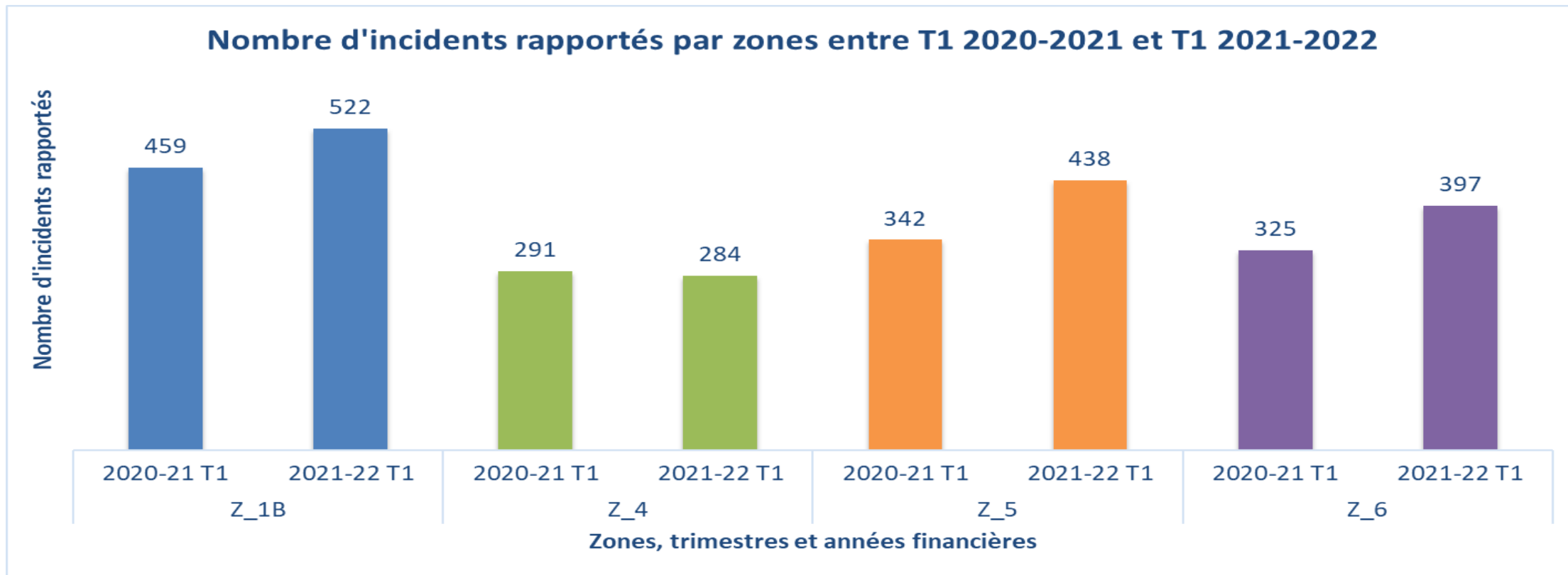
- Graphiques:
 - Incidents rapportés par catégories et par zones
 - Proportion des gravités en T1
 - Incidents modérés, graves et critiques par trimestres
 - Incidents modérés, graves et critiques par zones et par types
- Suivis découlant des analyses de tendances

Définitions

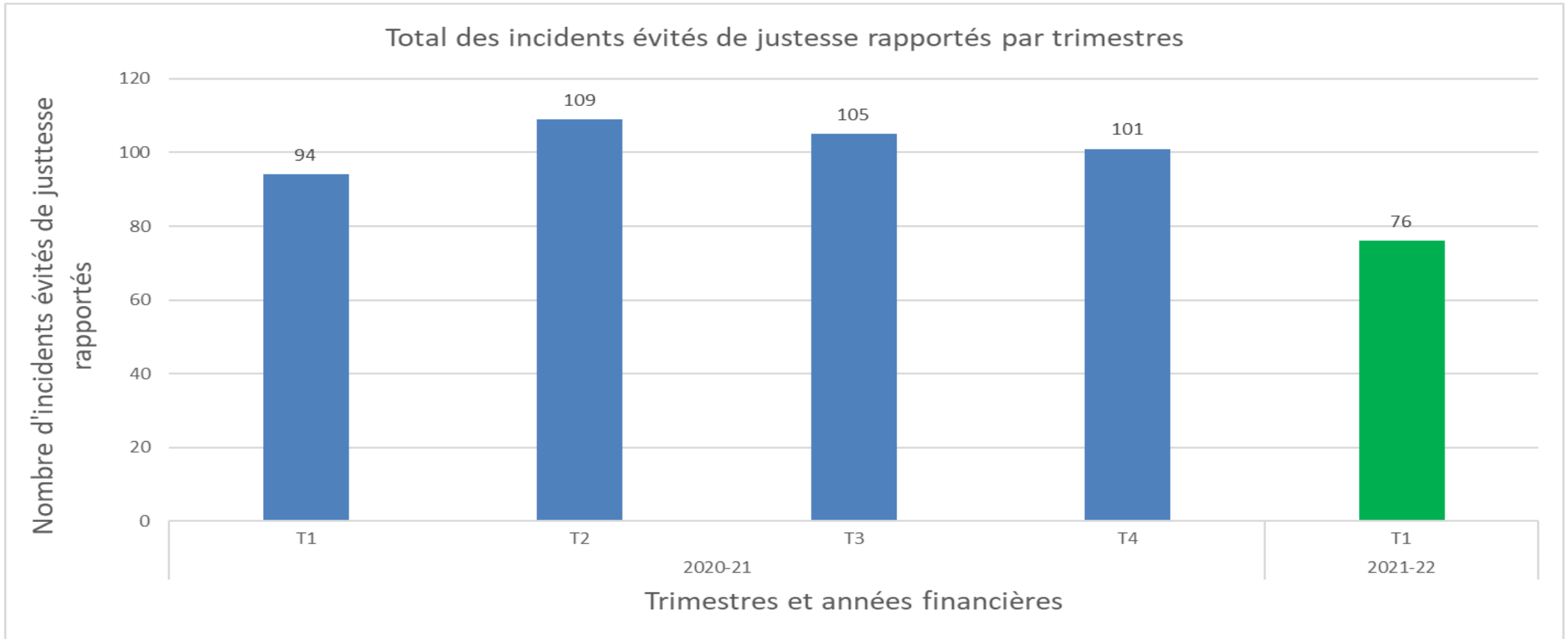
- Les incidents sont classés selon des catégories (types) et des définitions provinciales:
- Chutes (lit, debout, ambulant, commode, etc.)
- Solutions intraveineuses (infiltration, omission, allergie, posologie, etc.)
- Sang et produits sanguins (débit, omission, mauvais groupe sanguin, etc.)
- Médicaments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



- On remarque une légère diminution du nombre d'incidents rapportés en T1 comparativement au trimestre précédent.
- Le nombre d'incidents rapportés est au-dessus (16%) du T1 de l'année précédente. On note une augmentation du nombre d'incidents dans toutes les catégories.

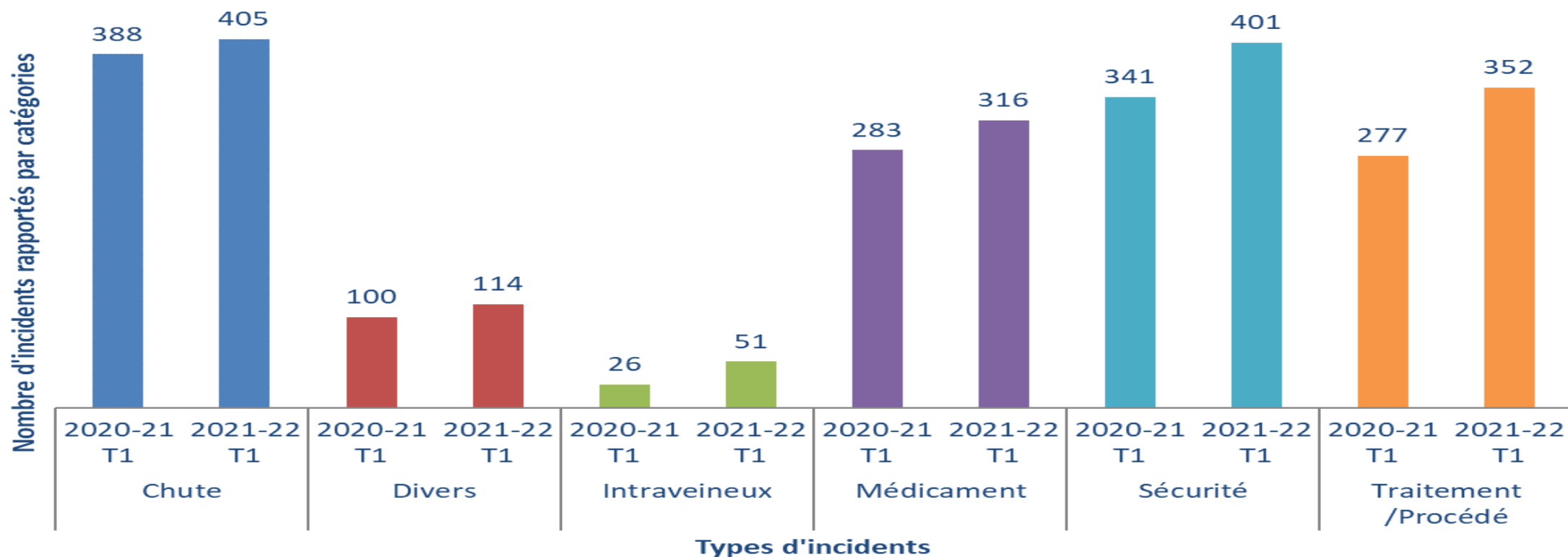


- La Zone 1B est celle qui a rapporté le plus d'incidents, comme pour le trimestre précédent. Ceci est attribuable au fait que le volume d'activités est plus élevé que dans les autres zones.
- La Zone 5 a rapporté 28% plus d'incidents qu'au même trimestre en 2020-2021. Ceci est attribuable à l'augmentation des incidents du type sécurité.
- La Zone 6 a rapporté 22% plus d'incidents qu'au même trimestre en 2020-2021. Ceci est attribuable à l'augmentation des incidents dans la catégorie traitements/analyses/procédés.



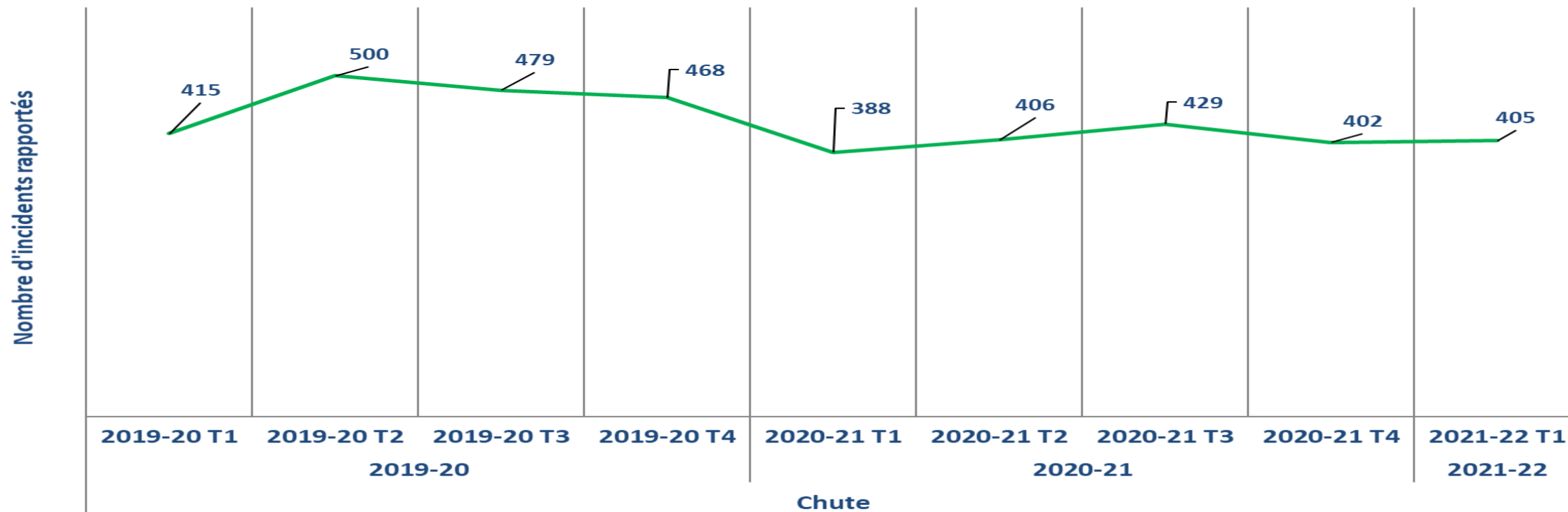
- Au T1 (2021-22), les incidents évités de justesse (IEJ) représentent 5% du total des incidents rapportés soit 76 sur les 1641 incidents.
- Les zones 1B (28.5%) et 4 (49.5%) demeurent celles qui rapportent le plus les IEJ. Toutes les zones (à l'exception de la Zone 5) ont eu une diminution des incidents évités de justesse. Ceci pourrait être attribuable à la charge de travail du personnel et au manque de temps pour signaler les incidents évités de justesse.

Comparaions des types d'incidents entre T1 (2020-2021) & T1 (2021-2022)



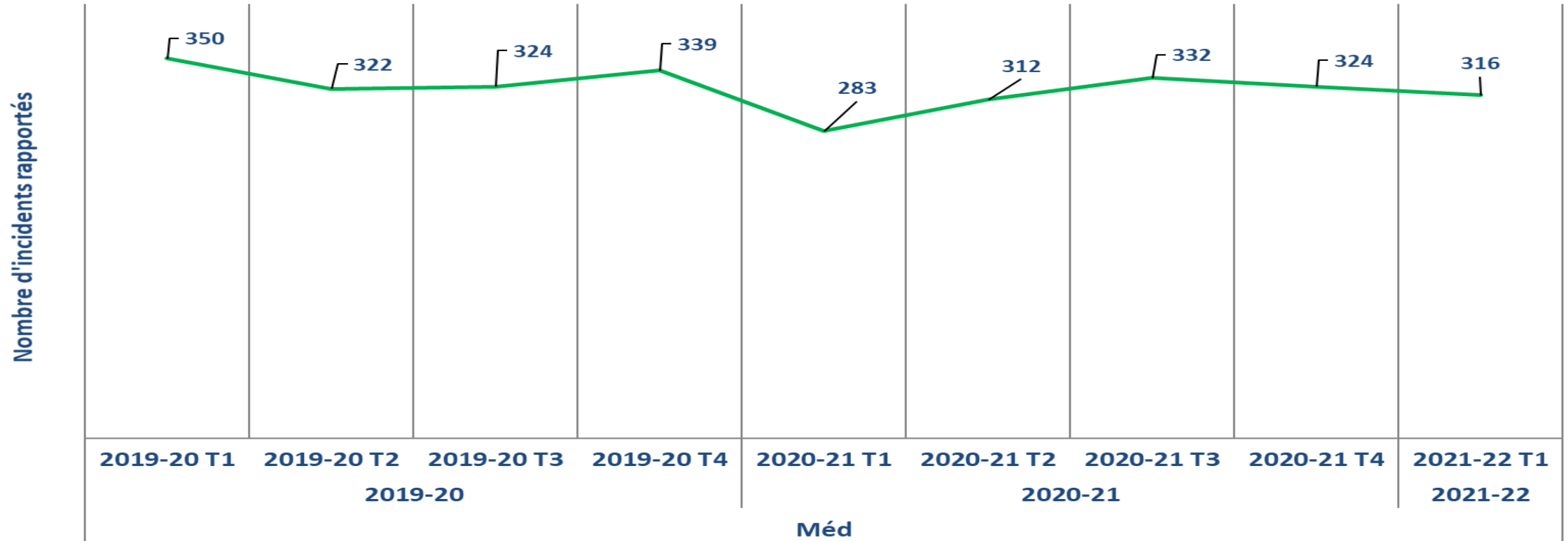
- L'augmentation des incidents de sécurité est liée à une hausse des incidents dans la sous-catégorie «altercation entre les patients». Il y a une augmentation de 33% des incidents de sécurité au CHR (les agressions et altercations verbales sont les principales sous-catégories).
- L'augmentation des incidents traitements/analyses /procédés est liée à une augmentation d'incidents dans la sous-catégorie «omission». Cette augmentation est notée dans le secteur d'imagerie médicale et est liée à l'omission d'envoyer des rapports aux médecins additionnels sur les requêtes. Un processus a été mis en place afin de capter ces omissions et le rapport est envoyé aux médecins additionnels dans un délai d'environ 48h.

Chutes- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



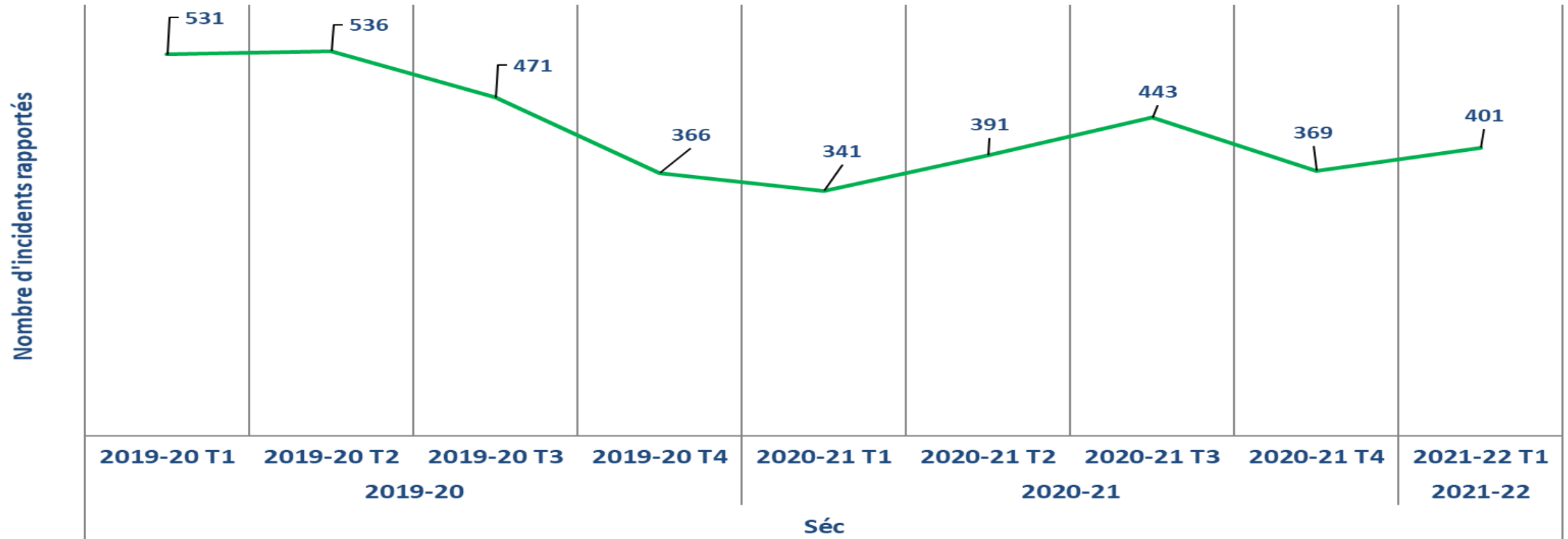
- De façon générale, les chutes se produisent le plus fréquemment alors que le patient est debout (25%), en marchant/ambulant (24%) et au lit/civière (21%).
- 1% des chutes pour T1 2021-2022 ont occasionné une blessure grave causant des fractures. Un programme de prévention des chutes est en place afin de réduire le nombre de chutes et de chutes avec blessures graves. Le taux de chutes avec blessures graves par 1000 jours patients est 0.06 (la cible est 0).
- Il y a eu une légère augmentation (4%) des chutes pour T1 2021-2022 comparativement au T1 2020-2021. On note une hausse dans les secteurs de la réadaptation, la gériatrie et les anciens combattants.

Médicaments- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



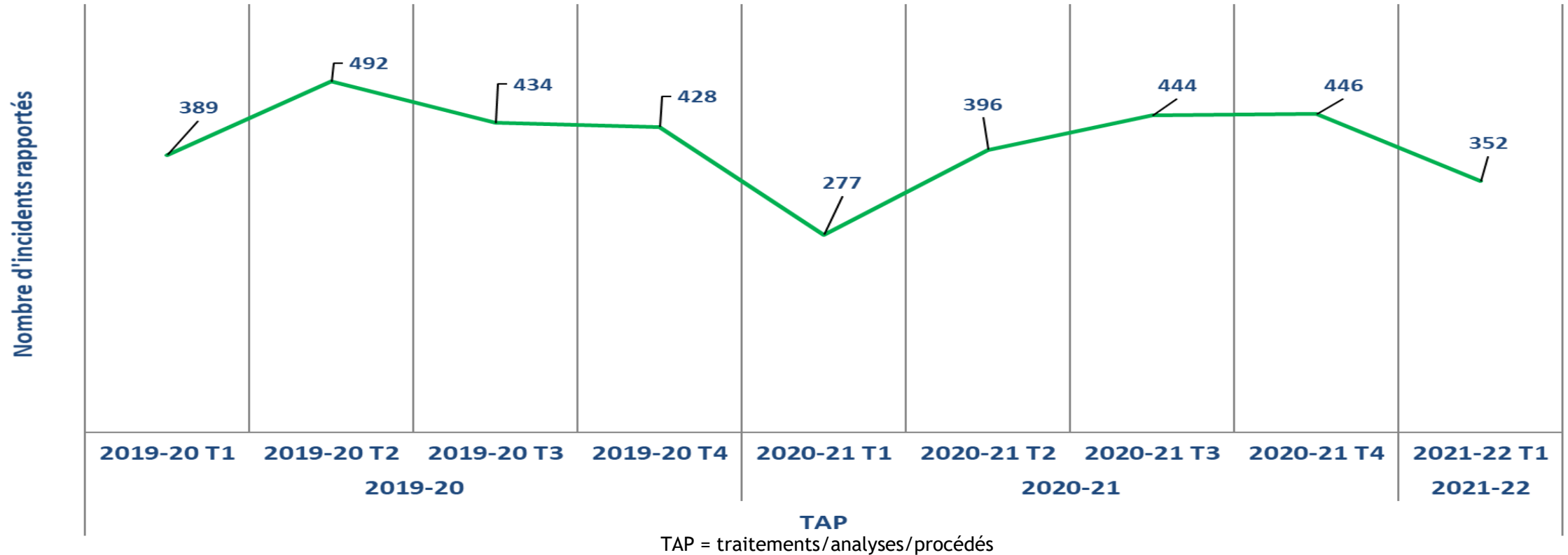
- Le nombre d'incidents de médicaments est légèrement plus bas que le trimestre précédent.
- Les incidents liés aux médicaments les plus fréquents sont les omissions (37%), ceux liés à la posologie/concentration (23%) et avec aucune ordonnance (17%).
- Le nombre d'incidents rapportés est à la hausse (12%) par rapport à T1 2020-2021. Les incidents d'omission et les médicaments émis sans ordonnance sont à la hausse.

Sécurité- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



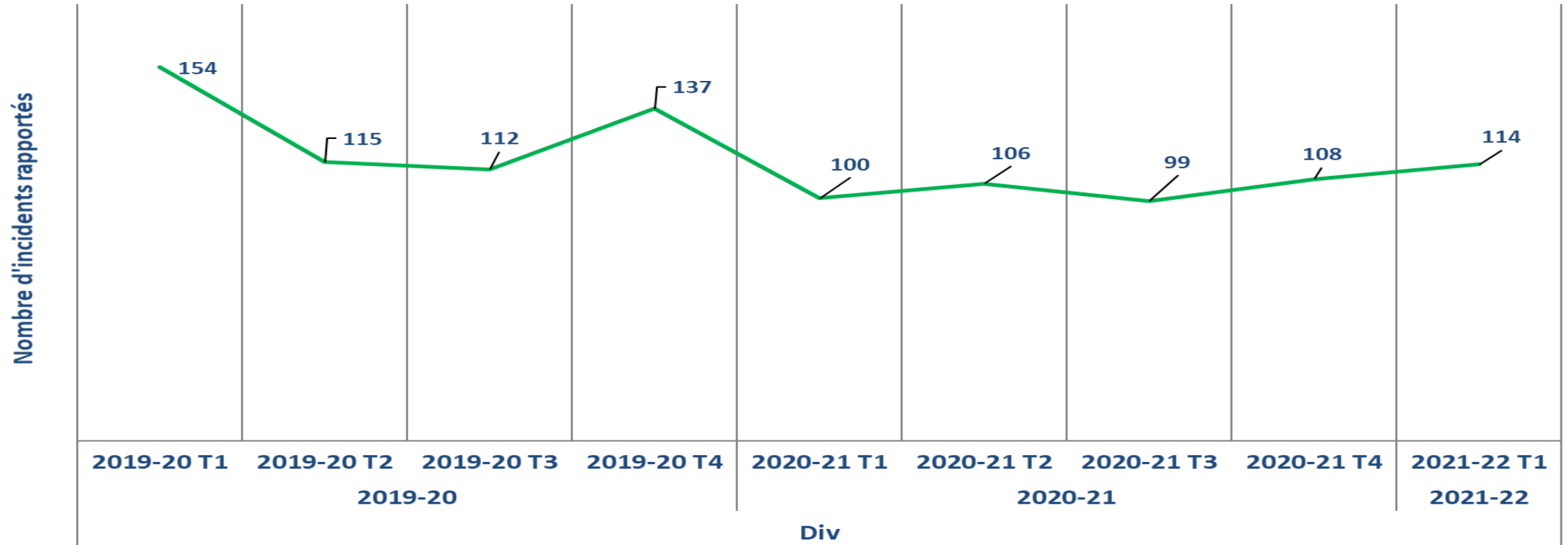
- Il y a une augmentation des incidents de sécurité (9%) par rapport au trimestre précédent.
- Les incidents liés à la sécurité les plus fréquents sont les agressions (28%), les altercations/abus verbal (15%) et les bris de confidentialité (13%).
- La Zone 5 demeure la zone rapportant le plus d'incidents d'agressions/altercations, dus à la clientèle au CHR.

TAP- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



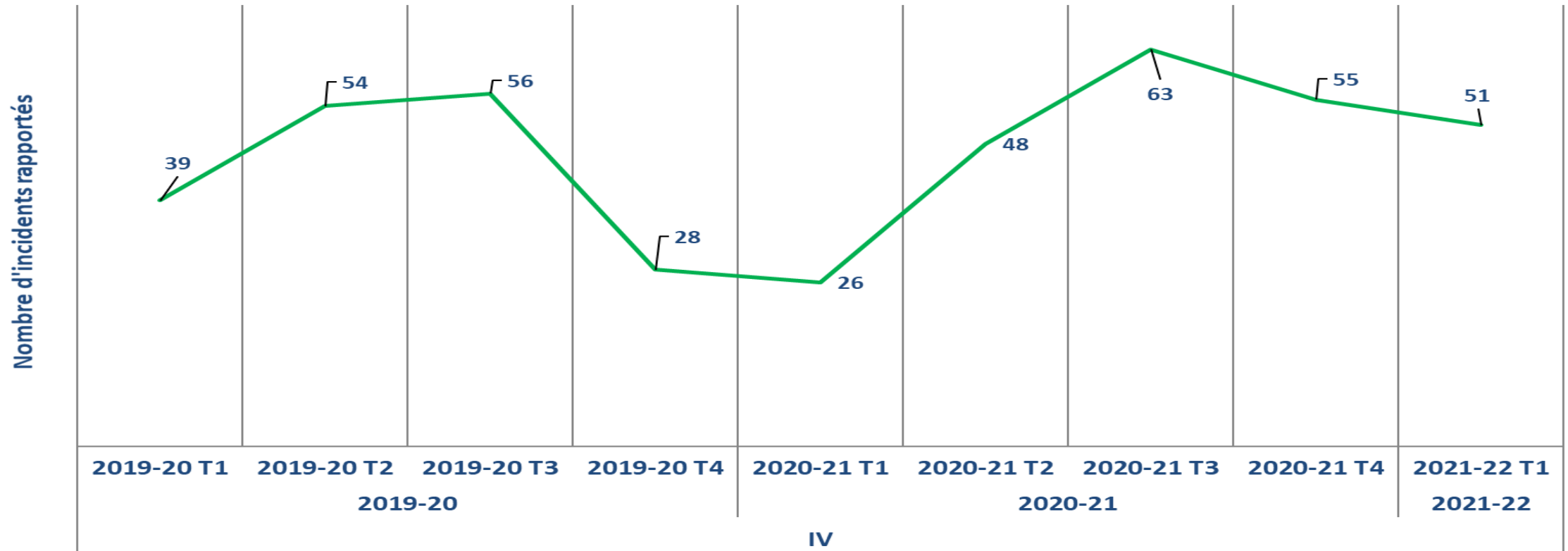
- Il y a une diminution (21%) des incidents liés aux traitements/analyses/procédés (TAP) comparativement au trimestre précédent. Ceci est attribuable à la diminution des incidents d'omission dans les secteurs de l'imagerie médicale, la chirurgie et la médecine.
- Les incidents de TAP les plus fréquents sont les omissions (48%), les politiques et procédures non suivies (14%) et les délais inhabituels (10%).

Divers- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



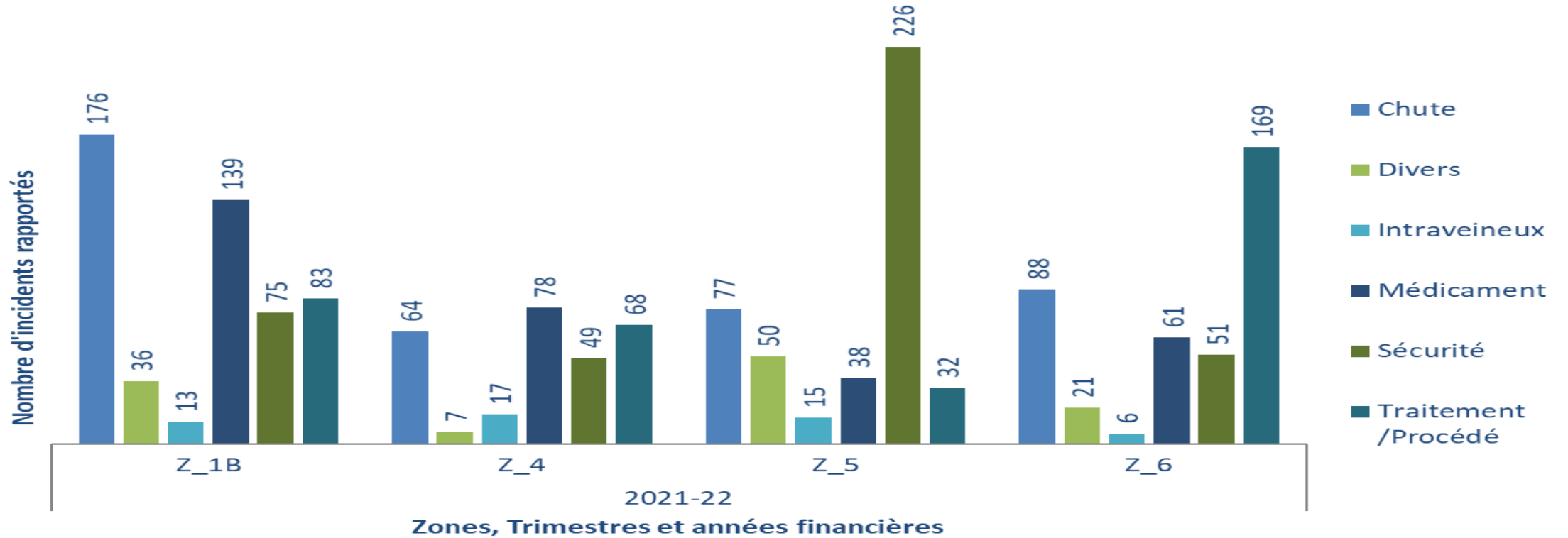
- On note une légère augmentation des incidents (6%) par rapport au trimestre précédent. Ceci est attribuable à la hausse des incidents dans le secteur de la psychiatrie (incidents d'automutilation et tentative de suicide).
- Il y a également une augmentation des incidents (14%) par rapport à T1 2020-2021. Les mêmes sous-catégories sont en cause (automutilation et tentative de suicide).

Intraveineux- Nombre d'incidents rapportés par trimestres



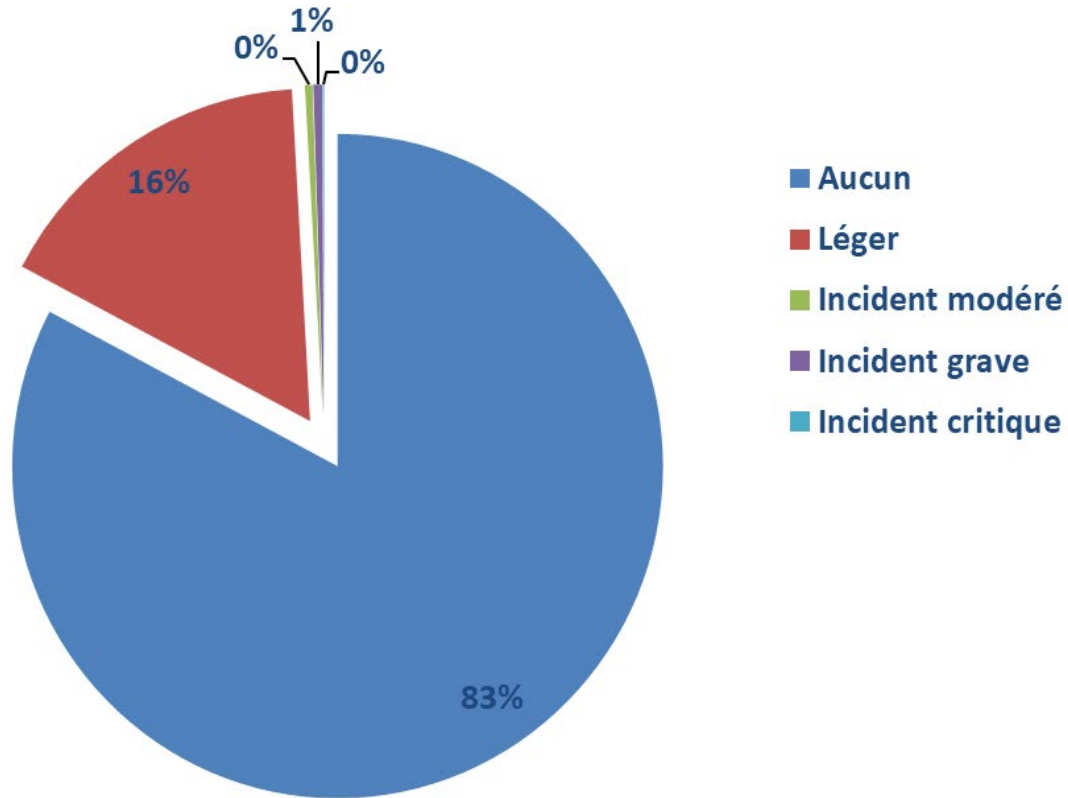
- Il y a une légère diminution des incidents rapportés par rapport au trimestre précédent. On note, une augmentation des incidents d'infiltration et une diminution des incidents de réaction allergique.
- Les incidents liés aux intraveineuses les plus fréquents sont les infiltrations (51%), omissions (12%), et posologies (10%).
- Il y a une augmentation des incidents rapportés par rapport à T1 2020-2021. On note une augmentation des incidents d'infiltration et d'omission. Les infiltrations sont plus fréquentes dans le secteur de l'imagerie médicale où le débit des intraveineuses est plus élevé. Un processus de suivi/mentorat a été mis en place pour les technologues junior dans la Zone 6.

Nombre d'incidents rapportés par catégories et par zones



- L'augmentation des incidents de chutes dans la Zone 1B est attribuable à la hausse de chutes ambulantes et debout.
- L'augmentation des incidents intraveineux dans la Zone 4 est attribuable à une augmentation des infiltrations.
- L'augmentation des incidents de sécurité dans la Zone 5 est attribuable à une augmentation des incidents d'agression et d'altercations verbales.
- On note une diminution des incidents traitements/analyses/procédés suite à une diminution des omissions dans la Zone 6.

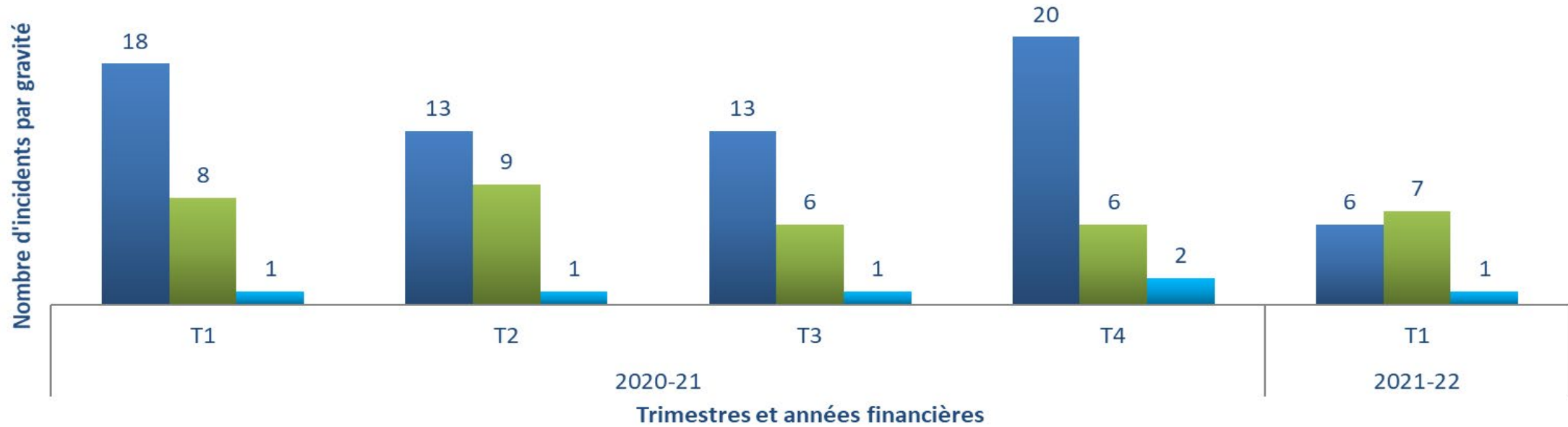
Proportion des gravités en T1 pour 2021-2022 Vitalité



Les incidents modérés, graves et critiques représentent une très faible proportion des incidents rapportés (1%).

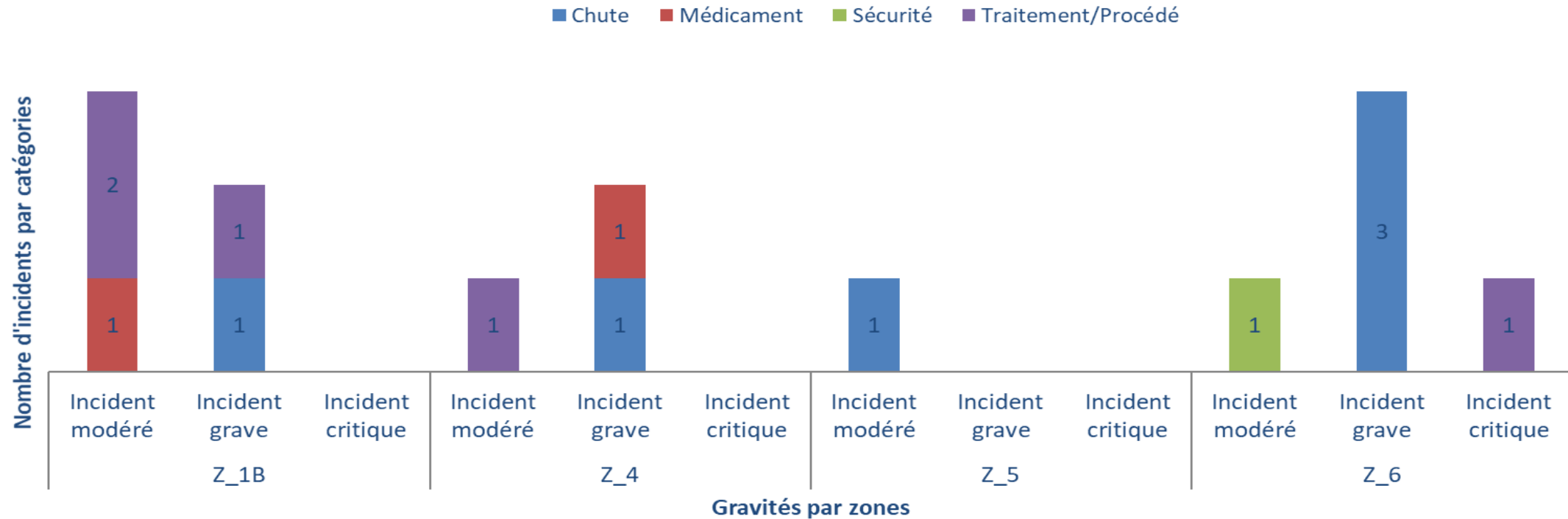
Incidents modérés, graves et critiques par trimestres

■ Incident modéré ■ Incident grave ■ Incident critique



- On remarque une baisse considérable du nombre d'incidents modérés.
- Cette baisse est liée à la diminution du nombre de plaies de pression et de chutes causant des blessures moyennes.

Incidents modérés, graves et critiques par zones et par types (T1 2021-2022)



- Zone 1B: Incident modéré: 2 plaies de pression et 1 incident médicament (heure). Incidents graves: 1 chute (ambulante) et 1 traitement (délai).
- Zone 4: Incident modéré: traitement (délai). Incident grave: 1 chute (toilette) et 1 médicament (réaction allergique).
- Zone 5: Incident modéré: 1 chute (inconnue).
- Zone 6: Incident modéré: sécurité (agresseur). Incidents graves: 2 chutes (debout) et 1 chute (inconnue). Incident critique: traitement (résultat inattendu).

Suivis découlant des analyses de tendances

- En juin 2021, augmentation de chute sur une unité.
 - Cause: patients avec problèmes cognitifs.
 - Pistes d'amélioration: enseignement aux patients, lever les ridelles de lit et installer des alarmes de lit.
- En juin 2021, augmentation d'incidents reliés aux médicaments sur une unité.
 - Cause: Transcription
 - Pistes d'amélioration: réitérer la vérification/ transcription des médicaments, réviser FADM post administration des médicaments.

Note d'information

Point 5.8

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

Date : 14 septembre 2021

Objet : Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1 2021-22

Décision recherchée

Le rapport sur l'expérience des patients hospitalisés (T1 2021-22) est présenté à titre d'information, selon le calendrier de présentation des rapports.

Contexte/problématique

- Le taux régional de participation au sondage est de 13 % (535 répondants) pour le T1 2021-22, comparativement à 12 % (431 répondants) pour le même trimestre de l'année précédente. Malgré une légère augmentation du taux de participation, la pandémie continue d'avoir un impact sur la distribution des sondages.
- Le tableau en annexe démontre les résultats par question pour le premier trimestre de l'année 2021-22 ainsi que les données comparatives pour la même période en 2020-21. Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du NB (CSNB) effectué en 2019, ont également été inclus à titre de référence. Il est à noter qu'il faut comparer les résultats du Réseau à ceux du CSNB avec prudence, puisque la méthodologie et l'échantillonnage étaient différents dans les deux sondages.
- Lorsqu'on compare les données de 2021 et 2020 pour le T1 du sondage du Réseau, on remarque une augmentation du taux régional de satisfaction pour 10 des 20 questions.
- Dix questions ont eu un taux de satisfaction $\geq 85\%$. Elles sont en lien avec : le temps d'attente pour obtenir un lit, la courtoisie du personnel, les explications données d'une façon que le patient pouvait comprendre, les explications sur les nouveaux médicaments, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité du patient, la vérification du bracelet d'identité, la connaissance sur les médicaments au congé, la langue de service et l'expérience globale.
- On note une diminution dans le taux régional de satisfaction pour sept questions en lien avec le temps d'attente pour obtenir un lit, l'obtention d'aide, la participation du patient aux soins, contrôle de la douleur, le respect des valeurs culturelles, la propreté et les renseignements écrits reçus sur les symptômes à surveiller après congé. La question sur les renseignements écrits reçus sur les symptômes à surveiller après congé a subi la plus importante baisse ; soit de 89% au T1 2020 à 76% au T1 2021. Des rappels et de la sensibilisation ont été faits auprès du personnel des soins infirmiers afin d'assurer une attention particulière aux signes et symptômes à surveiller afin d'améliorer la prise en charge du patient à la suite de son congé.
- Les questions avec le plus faible taux de satisfaction ($< 70\%$) sont en lien avec le contrôle de la douleur, le respect des valeurs culturelles, la propreté, la tranquillité et les heures des visites. Le service d'entretien ménager a augmenté la fréquence et développé des procédures plus détaillées du nettoyage à certains endroits tels que les surfaces fréquemment touchées et les endroits où il y a plus d'achalandage. Il convient également de noter, qu'il y a eu assouplissement des heures de visites et des permissions pour les visiteurs hors bulle depuis le dernier mois.

Note d'information

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet – rapport présenté à titre d'information.

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

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

Proposition et résolution

Aucune – rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 26 août 2021 par Lynne Levesque, gestionnaire régional du service Qualité et Sécurité des patients.

Annexe – Tableau des résultats
Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés
T1 2020-21 vs 2021-22

QUESTIONS	CSNB 2019 (%)		Vitalité 2020-21 (%)	Vitalité 2021-22 (%)
	NB	Vitalité	T1	T1
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	22.8	19.8	4	11
Q2) Traiter avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.9 MD 81.0 RN	87.9 MD 82.2 RN	91	95
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	73.8 MD 69.7 RN	77.1 MD 74.6 RN	88	88
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	59.2	68.6	88	82
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	69.2	69.6	86	89
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	61.1	58.7	81	80
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	72.2	70.9	71	77
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	61.1	63.3	70	68
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	37.9	41.4	46	42
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	50.4	55.0	65	64
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	40.7	48.8	54	57
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent, Très bonne et Bonne)	53.7	53.3	67	71
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	85.6	85.0	49	67
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	72.5	73.2	84	93
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.1	81.1	95	95
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	84.2	83.6	80	90
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	67.0	73.2	89	76
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.0	88	88
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	90.8	86.5	91	92
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	82.3	83.9	89	91

Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)							
Z1B		Z4		Z5		Z6	
T1 2020-21	T1 2021-22	T1 2020-21	T1 2021-22	T1 2020-21	T1 2021-22	T1 2020-21	T1 2021-22
84	90	95	94	86	95	91	91

Note d'information

Point 5.9

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

Date : 14 septembre 2021

Objet : Recommandations des Comités de revues

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

- Conformément aux exigences de la *Loi sur la Qualité des soins de santé et la sécurité des patients*, ce rapport présente les recommandations des comités de revues pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, soit en avril 2021.
- Ce rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des comités de revues qui ont été effectués avant cette période.
- Dans la période de mai à août 2021 un total de 9 revues ont été effectuées (7 incidents préjudiciables et 2 suicides en communauté) et un total de 41 recommandations ont été émises.
- De ces 41 recommandations : 6 (14%) sont en place, 35 (85%) sont en voie d'implantation (la plupart avec des échéanciers dans les prochains mois). Voir tableau en annexe « Recommandations des comités de revues mai - août 2021 ».
- Il y a eu 12 revues effectuées avant mai 2021 avec recommandations incomplètes. Pour ces 12 revues, 71% (36/51) des recommandations sont implantées et il reste 15 recommandations à mettre en place.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

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

Adoption

Soumis le 25 août 2021 par Lynne Levesque, gestionnaire régional – Qualité et Sécurité des patients.

Résumé des recommandations – Comités de revues de mai à août 2021

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Médicament x 2	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un rappel au personnel sur la double vérification indépendante lors de l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé. (V) - Faire l'ajout d'un tableau en ml au protocole d'héparine IV pour faciliter la préparation du médicament. (J) - Placer une étiquette informative sur toutes les pochettes contenant des sachets de Pico-Salax dans les Accudoses afin d'informer le personnel des directives à suivre lors de l'administration du médicament. (J) - Évaluer la pertinence d'avoir du Pico-Salax dans l'Acudose de tous les départements et si jugée non nécessaire, le retirer. (J) - Assurer l'accès à une solution de réhydratation équilibrée en électrolytes lors d'une ordonnance de Pico-Salax. (J) - Faire la révision de l'ordonnance pour préparation intestinale afin de se conformer aux meilleures pratiques. (J) - Faire un rappel aux chirurgiens quant aux meilleures pratiques en lien avec le Pico-Salax et l'importance de l'utilisation de l'ordonnance préremplie pour préparation intestinale. (J)
Intraveineuse	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer des audits de vérification des compétences et de conformité aux procédures auprès du personnel de la banque de sang afin d'identifier les besoins éducatifs de l'équipe. (J) - Offrir un renforcement éducatif au personnel de la banque de sang quant à l'application des processus à suivre pour des situations hors commun (par ex. : non-disponibilité du produit sanguin requis, blocage d'impression de la carte d'émission, situations où l'émission manuelle de la carte est acceptée). (J) - Voir à la possibilité de modifier les tableaux de compatibilité de la politique Produits sanguins et dérivés : administration dans le but de faciliter leur compréhension et utilisation. (J) - Voir à la possibilité d'ajouter à la procédure de la politique Produits sanguins et dérivés : administration « vérification du tableau de compatibilité (en hyperlien) ». (J) - Ajouter les tableaux de compatibilité des produits sanguins au guide de référence rapide de l'unité de soins intensifs afin de faciliter l'accès rapide. (V)
Suicide en communauté x 2	<ul style="list-style-type: none"> - Développer un algorithme afin d'assurer un accès opportun à un professionnel de la santé mentale (PSM) au département d'urgence afin d'évaluer et, au besoin, intervenir auprès des usagers qui se présentent avec des inquiétudes de santé mentale. (J) - Impliquer le PSM de l'urgence auprès de l'utilisateur avec des inquiétudes de santé mentale dès le triage au service d'urgence, sans qu'une demande de consulte soit faite auprès du psychiatre. (J) - Voir à la possibilité d'ajouter une composante de dépistage du risque suicidaire au processus de triage de l'urgence. (J) - Réitérer à l'équipe stratégique scolaire de l'école, l'importance de signaler tout changement ou inquiétude de bien-être chez les jeunes à l'agent de liaison de l'équipe. (J) - Faire un rappel au personnel de l'équipe enfants-jeunes d'accomplir une évaluation globale de tous les services impliqués auprès du client, afin d'avoir une meilleure coordination et collaboration interservices. (J) - Procéder à une révision des dossiers afin d'assurer une prise en charge adéquate des clients à besoins urgents en cas d'absence prolongée du professionnel responsable. (J)
Chutes	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que le personnel de l'unité complète la section "Specify" dans la demande de consultation en ergothérapie/physiothérapie afin de préciser la raison de la consultation. (V) - Demander à l'infirmière de liaison de l'unité de présenter à chaque réunion multi hebdomadaire les noms des patients à risque de chutes dont une consultation en ergo/physio a été demandée, mais pas encore reçue. (V) - Offrir une mini-session éducative au personnel soignant sur l'utilisation du «Posey Sitter Elite» qui pourrait être utilisé pour les patients agités à risque de chutes au lieu de l'alarme de lit. (V)

Résumé des recommandations – Comités de revues de mai à août 2021

Délai de traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier l'offre de services obstétricaux. (J) - Établir clairement le processus de transfert des patientes à risque d'accouchement ou autres complications obstétricales à partir du 2e trimestre vers l'autre hôpital. (J) - Offrir une formation aux infirmières de l'urgence sur les évaluations et interventions de base à prodiguer aux femmes enceintes et s'assurer de la disponibilité de l'équipement nécessaire à l'urgence. (J) - Établir le plan de communication à l'interne et à l'externe sur l'offre des services obstétricaux et le processus de transfert des patientes à risque d'accouchement ou autres complications obstétricales à partir du 2e trimestre vers l'autre hôpital. (J) - Mettre en place le code lilas indiquant la possibilité d'un accouchement urgent. (J)
Plaie de pression	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier le point 2.1 de la politique Prévention des lésions de pression avec la pratique professionnelle afin d'assurer une interprétation exacte du moment d'instaurer le plan de soins préventifs et en s'assurant que cette consigne soit indiquée sur l'évaluation de la feuille de l'Échelle de Braden. (J) - Préciser clairement dans la politique le rôle initial de l'infirmière immatriculée dans l'évaluation du risque et dans l'élaboration du plan de soin. (J) - Faire un rappel au personnel qu'il est de la responsabilité de l'infirmière immatriculée, d'initier le plan de soin préventif dans les premières 24 heures suite à l'admission du patient et d'identifier et de documenter le stade de la lésion de pression. (J) - Informer le personnel infirmier de consulter l'infirmière spécialisée aux soins des plaies pour confirmer le stade d'une plaie ou pour valider un plan de soin, au besoin. (J) - Vérifier auprès de la pratique professionnelle s'il est possible d'inclure la Fiche d'évaluation et traitements des plaies dans la politique Prévention des lésions de pression comme outil de documentation dans les dossiers non informatisés. (J) - Consulter le service d'éducation pour vérifier s'il est possible d'obtenir une formation en ligne déjà existante destinée au personnel infirmier sur les différents types de plaies, les différentes modalités de soins et les divers pansements. (J) - S'assurer de la visibilité sur chaque unité de soins de l'algorithme d'implication du service d'ergothérapie pour les patients présentant des risques de plaie et d'en informer le personnel soignant. (J)
Décès inattendu	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que le personnel médical des départements de pédiatrie et d'urgence détient les exigences minimales en réanimation pédiatrique (PALS). (J) - S'assurer que le personnel infirmier des départements de soins intensifs, pédiatrie et urgence détient les exigences minimales en réanimation pédiatrique (PALS). (J) - Revoir la politique d'observation pédiatrique à l'urgence. (J) - Voir à l'harmonisation du code bleu pédiatrique par le comité régional des mesures d'urgence. (J) - Assurer une standardisation dans la révision des dossiers du résident par le médecin superviseur pour les patients à haut risque à l'urgence. (J) - Offrir des exercices de simulations (blitz) de situations pédiatriques afin d'outiller le personnel infirmier et médical au niveau de l'identification précoce d'une instabilité clinique, de la communication interdisciplinaire verbale et écrite efficace et de déterminer des rôles de chacun dans l'équipe. (J) - Présenter à la réunion des chefs des départements d'urgence la feuille «Ordonnances pharmaceutiques et médicales de l'urgentologue» du CIUSSS de l'Estrie afin d'explorer la possibilité d'harmoniser les ordonnances pharmaceutiques et médicales à l'urgence. (J) - Valider les outils disponibles pour la gestion de médicaments pédiatriques en situation de réanimation et les rendre disponibles dans toutes les zones. (J)

Légende – État d'avancement

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

Note d'information

Point 5.10

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

Date : 2021-09-14

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

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

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

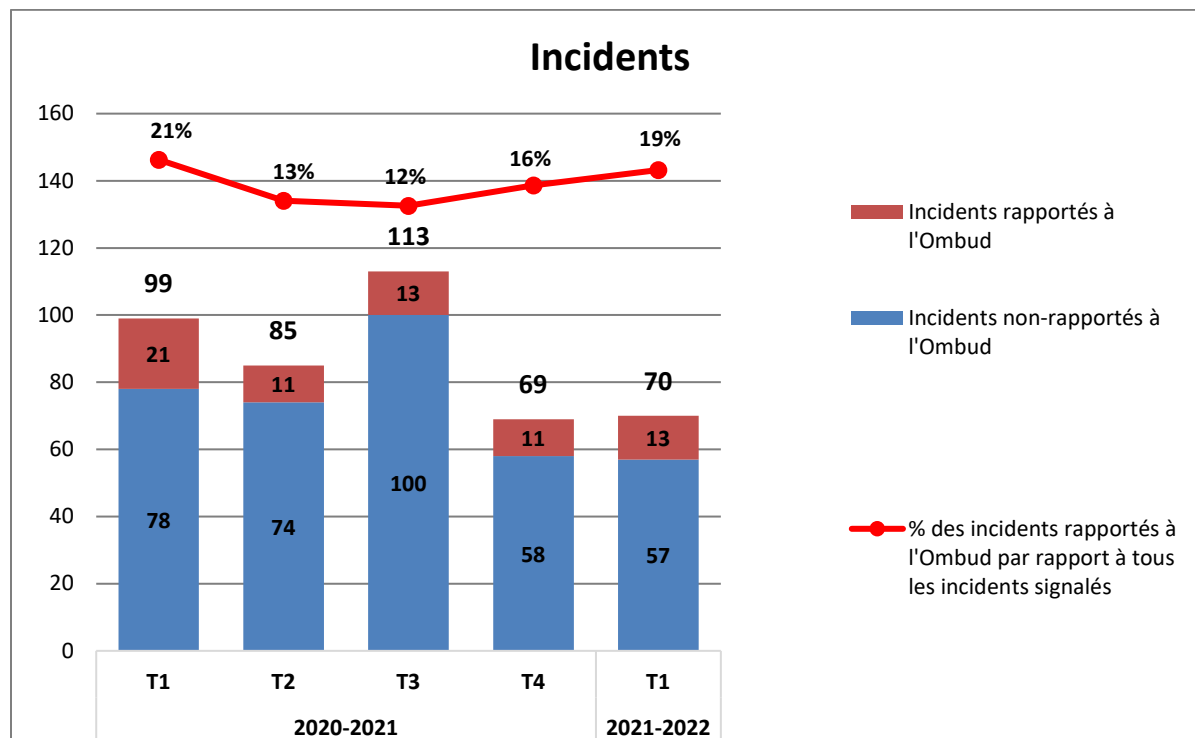
Les graphiques suivants incluent les Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée du premier trimestre de 2021-2022. Ces incidents ont été rapportés au Bureau de la vie privée par l'entremise soit d'un rapport d'incident ou d'une plainte interne ou externe ou découlent de la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

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

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

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

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



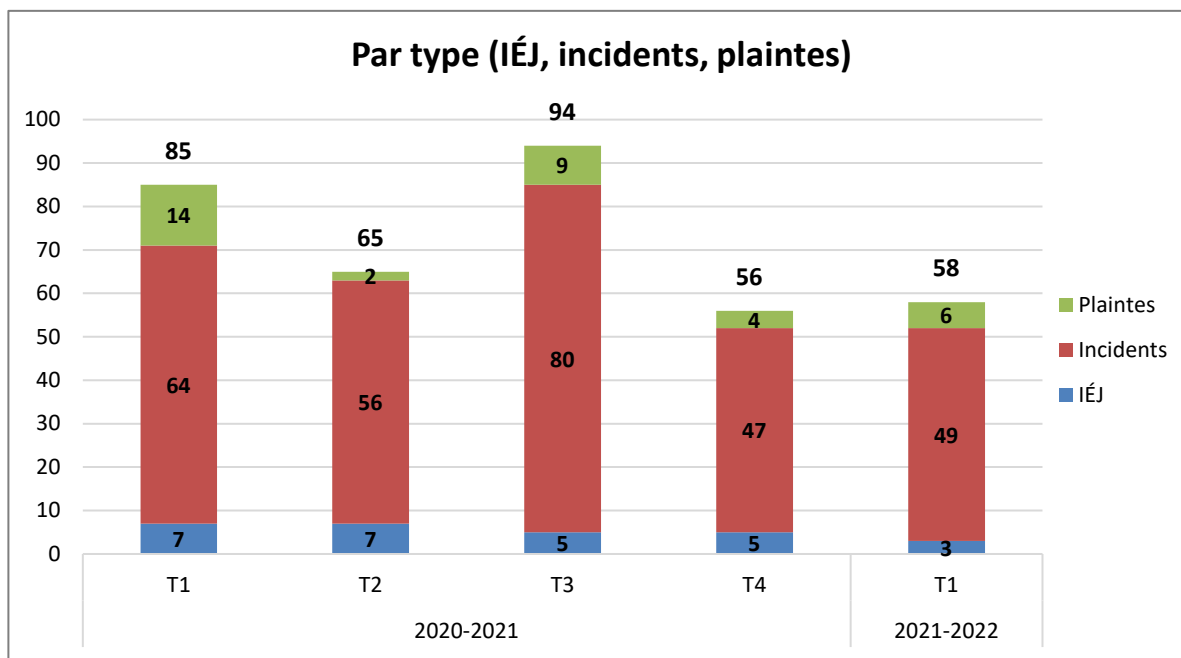
Le nombre d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée est à la baisse depuis les deux derniers trimestres. Cependant, la tendance pour la proportion des incidents rapportés à l'Ombud est légèrement à la hausse pour la même période.

2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE*

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

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

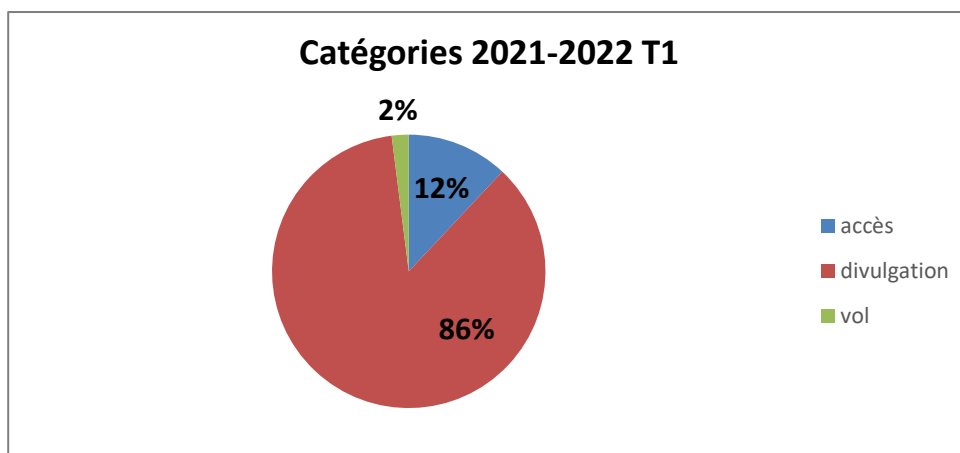
3. INCIDENTS PAR TYPE (EXCLUS LES HORS SERVICES)



*IÉJ : Incident évité de justesse

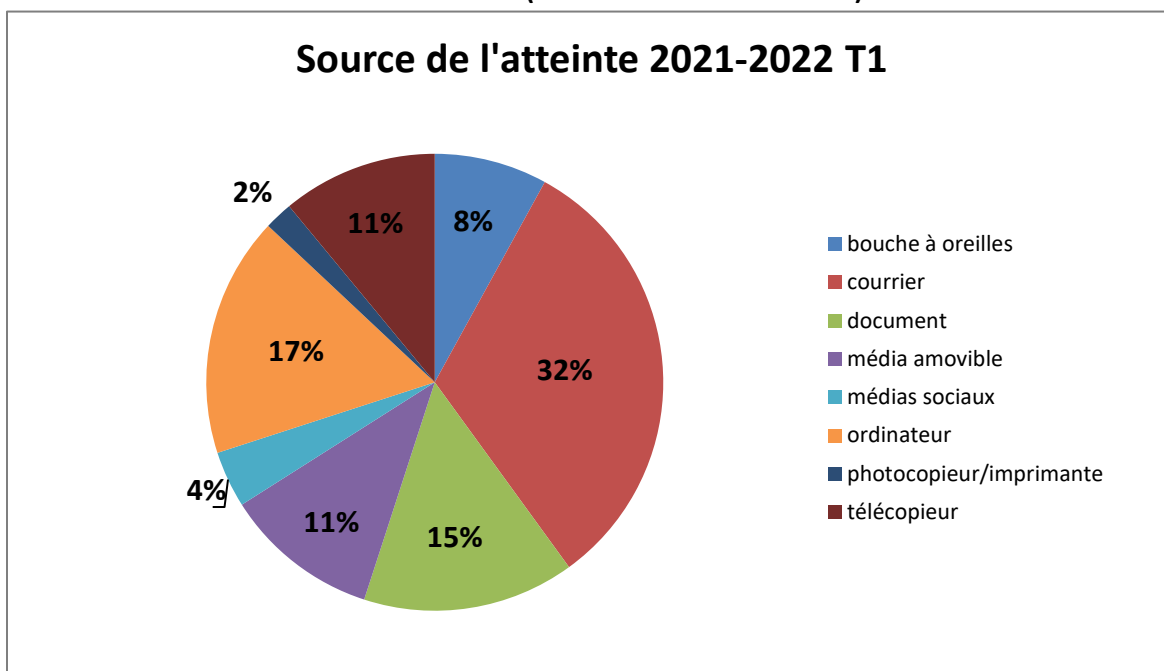
Lors du premier trimestre de 2021-2022, le suivi des plaintes et des incidents implique la notification de 139 victimes comparativement à 210 au dernier trimestre de 2020-2021 et à 27 au troisième trimestre de 2020-2021. Il est à noter que les notifications peuvent ne pas avoir lieu dans le même trimestre où l'incident ou la plainte a été rapporté. De plus, certains incidents peuvent être encore en investigation à la fin d'un trimestre, par conséquent, le nombre de notifications rapporté pourrait varier d'un rapport à l'autre.

4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (86 %) ou un accès non autorisé (12 %). Ces deux catégories comptent pour 98 % des incidents rapportés. Parmi les incidents en lien avec une divulgation, 28% sont des rapports adressés à un autre médecin que celui prévu. Dans tous ces cas, de la sensibilisation (erreur humaine) est effectuée et lorsque possible des mesures correctives sont appliquées.

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

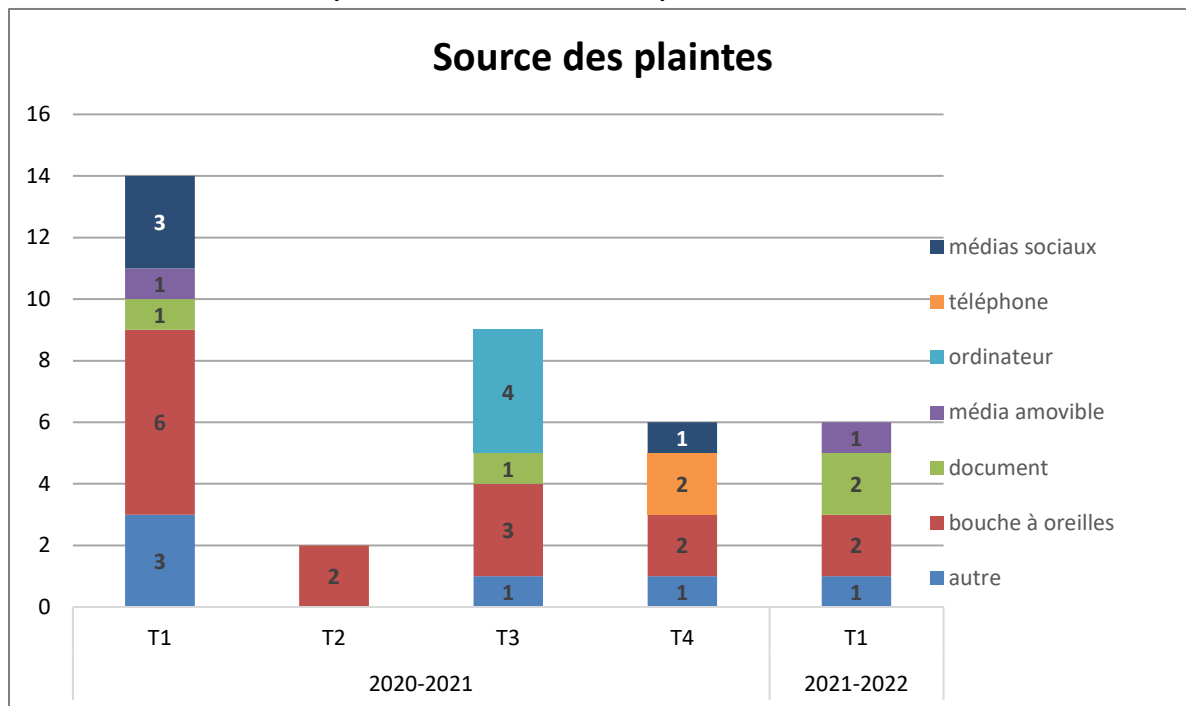


Les sources principales de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée lors du premier trimestre sont le courrier (32 %), l'ordinateur (17 %) et les documents (15%).

Le nombre d'incidents rapportés en lien avec le courrier est à la baisse pour les deux derniers trimestres avec 17 incidents pour le premier trimestre de 2021-2022 et 20 incidents pour le dernier trimestre de 2020-2021, comparativement à 42 incidents pour le troisième trimestre de 2020-2021.

Les incidents en lien avec les ordinateurs incluent des accès ou des divulgations non-autorisés.

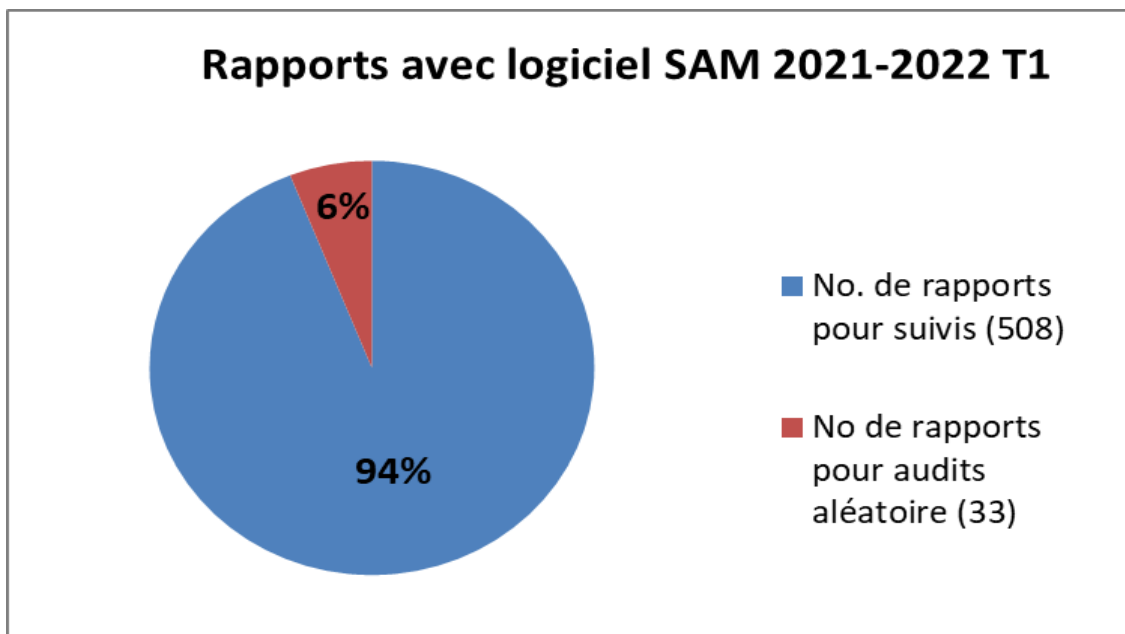
6. SOURCES DES PLAINTES (INCLUS LES HORS-SERVICE)



Le nombre de plaintes reçues au premier trimestre de 2021-2022 est comparable au dernier trimestre de 2020-2021 toutefois, il y a une diminution de 57% du total de plaintes par rapport au même trimestre de 2020-2021. Plusieurs plaintes reçues au premier trimestre de 2020-2021 étaient en lien avec la pandémie.

7. VÉRIFICATION DES ACCÈS

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



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

Un projet d’harmonisation des accès pour les adjointes administratives des cabinets privés a été réactivé à la suite du passage à la phase verte de la pandémie. De plus, des démarches sont en cours en vue de développer une politique pour le Réseau pour la gestion des demandes d’accès. Cette politique sera mise en œuvre dans le cadre du projet.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

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

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

Suivi à la décision

- Finaliser la politique pour la gestion des accès électroniques incluant les demandes d'accès en provenance des non-employés.
- Identifier une solution en ligne sécuritaire pour la collecte d'information pour les non-employés afin de permettre l'accès aux formations du Réseau pour la protection de la vie privée et de faciliter les audits des accès.

Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

Soumis le 17 août 2021 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée et Michelle Bernard, conseillère à la Protection des renseignements personnels – Accès.

Note d'information

Point 5.11

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

Date : 2021-09-14

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

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les informations concernant les dossiers ouverts HIROC qui sont sous la responsabilité du service de gestion des risques.
- HIROC Management Ltd est le gestionnaire du régime d'assurance responsabilité des services de santé (Protection de responsabilité civile et professionnelle).
- Tous les sinistres impliquant des préjudices personnels de même que tous les sinistres impliquant des dommages matériels dont la valeur est supérieure à 6000\$ doivent être rapportés et gérés par le gestionnaire du programme de protection de responsabilité civile.
- La province du Nouveau-Brunswick assume toute responsabilité pour les sinistres couverts par l'attestation de protection de responsabilité civile.
- Il y a présentement 80 dossiers ouverts. De ce nombre, 29 sont des cas de litiges (poursuite), 6 sont des réclamations pour blessures corporelles et 45 sont des dossiers qui représentent un fort potentiel de poursuite ou de réclamation.
- Voir en annexe le tableau complet des dossiers ouverts. Les avancements, les dossiers fermés depuis le dernier rapport ainsi que les nouveaux dossiers sont surlignés en jaune.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

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

Suivi à la décision

Poursuivre le signalement des incidents ou situations ayant le potentiel de mener à une poursuite ou une réclamation.

Poursuivre le support à HIROC pour les dossiers actifs.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 24 août 2021 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques.

Rapport - Dossiers HIROC - Réseau santé Vitalité

Date de révision: 2021-08-20

Zone	Date incident	Lieu	Catégorie	Brève description	Date signalé / ouverture	Type de dossier	# HIROC	Mise à jour	Statut
6	1991-03-20	HEJC	Soins obstétriques	Bébé avec paralysie cérébrale suite à un accouchement d'urgence par césarienne.	2011-02-21	Litige - poursuite signifiée	720 451	Interrogatoires au préalable ont eu lieu et les suivis aux engagements sont complétés. Rapport d'expert obtenu et sommes en attente des rapports des parties adverses.	Ouvert
1B	2007-09-11	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications à la naissance d'un bébé (ne respirait pas à la naissance et a nécessité une transfusion sanguine).	2007-09-17	Potential de réclamation ou poursuite	720 278	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2007-12-25	HRC	Soins Obstétriques	Bébé avec paralysie cérébrale suite à accouchement par césarienne urgente.		Potential de réclamation ou poursuite	720 397	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2008-09-05	HRC	Traitement/ analyse/ procédé	Bébé né par césarienne avec complications sévères.	2015-05-14	Litige - poursuite signifiée	720 562	Interrogatoires au préalables annulés en raison de la COVID-19 et autres raisons.	Ouvert
1B	2010-05-06	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications suite à un accouchement par césarienne nécessitant un transfert dans un autre établissement.	2010-05-10	Potential de réclamation ou poursuite	720 427	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2010-08-15	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Bébé échappé accidentellement en le berçant (aucune blessure notée)		Potential de réclamation ou poursuite	720 456	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

4	2011-09-05	HRE	Soins Obstétriques	Bébé né par césarienne avec détresse respiratoire. Congé à la maison après quelques jours.	2011-09-16	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 465	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2011-12-08	HL'EJ HL PEM LA	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'omission de traitement et de mauvais soins.	2013-12-12	Litige - poursuite signifiée	720 524	Interrogatoire au préalable complété et nous sommes en attente des engagements et des suivis.	Ouvert
1B	2012-05-13	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Accouchement difficile par césarienne.	2012-05-16	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 477	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2012-07-31	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de mauvais traitements (patient a développé des complications entraînant une incapacité)	2020-01-22	Litige - poursuite signifiée	720 752	Plaidoiries échangées entre les parties ainsi que l'affidavit de documents. En attente des dates de disponibilités pour l'interrogatoire au préalable.	Ouvert
6	2013-09-16	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de blessures au bras nécessitant greffe de peau lors d'une chirurgie.	2017-05-04	Litige - poursuite signifiée	720 646	Interrogatoires au préalable ont eu lieu.	Ouvert
4	2013-12-18	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un faux diagnostique suite à une lecture d'un CT scan sternum/clavicule	2016-09-02	Litige - poursuite signifiée	720 616	Interrogatoires au préalable ont eu lieu. Suivis des engagements envoyés le 26 août 2020 à notre avocate. En attente de suivis.	Ouvert
5	2014-02	CHR	Sécurité	Allégation d'abus durant son hospitalisation au CHR. Demande de réclamation.	2019-05-21	Réclamation - blessure corporelle	720 738	Fait maintenant partie du recours collectif déposé envers le CHR.	Ouvert
6	2014-12-25	HRC	Traitement/ analyse/ procédé	Allégation de mauvais traitement et omission de diagnostic (bébé décédé quelques jours après le congé de l'hôpital).	2018-01-08	Litige - poursuite signifiée	720 668	Ordonnance par consentement pour désistement signée.	Ouvert

6	2014-12-25	HRC	Soins Obstétriques	Délai pour procéder à une césarienne d'urgence.		Potential de réclamation ou poursuite	720 545	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2015-03-08	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Bébé vu à l'urgence pour vomissements et congédié après évaluation. Réadmis à l'urgence le jour-même, avec choc septique possible et hypothermie. Intubé et transféré dans un autre établissement.	2015-03-10	Potential de réclamation ou poursuite	720 556	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2015-03-15	CHUDGLD	Chute	Chute d'un visiteur dans la salle d'attente de l'urgence.	2017-07-07	Litige - poursuite signifiée	720 645	Procédures en cours, interrogatoires au préalable ont eu lieu. Engagements finalisés et recommandations données à HIROC pour règlement.	Ouvert
5	2015-04-01	HRC	Traitement/ analyse/ procédé	Allégation d'un diagnostique manqué et des soins reçus à l'urgence. Suite à plusieurs visites patient a subi une chirurgie de la vésicule biliaire.	2016-08-06	Litige - poursuite signifiée	720 588	Motion pour jugement sommaire déposée par le médecin. Avocate en voie de finaliser notre motion. Audience prévue le 10 novembre 2021.	Ouvert
4	2015-06-14	HGGS	Traitement/ Analyse/ Procédé	Patient admis pour brûlures suite à un accident. Poursuit différents intervenants car celui-ci aurait perdu la vue.	2017-11-17	Litige - poursuite signifiée	720 665	Motion pour rejet pour cause de retard gagnée. Dossier fermé.	Fermé
6	2015-06-15	H/CSCL	Chute	Allégation d'invalidité totale suite à une chute dans le corridor de l'établissement.	2015-12-18	Litige - poursuite signifiée	720 588	L'interrogatoire au préalable a eu lieu. Les engagements ont été reçus et un rapport préparer pour HIROC.	Ouvert
1B	2015-06-16	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications durant l'accouchement du bébé (nécrose de la graisse et paralysie Erb's).	2015-06-19	Potential de réclamation ou poursuite	720 571	Dossier en suspens pour l'instant vu qu'aucune poursuite n'a été déposée. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

5	2015-07-20	HRC	Traitement/ analyse/ procédé	Allégation d'un diagnostic manqué et des soins reçus à l'urgence. Suite à plusieurs visites patient décédé d'un embolie pulmonaire.	2017-07-17	Litige - poursuite signifiée	720 651	Interrogatoires au préalable débutés. Demandeur a l'intention de modifier ses plaidoiries. En attente d'un suivi.	Ouvert
6	2016-01-30	HTS	M-x	Allégation de dommages permanents suite à l'administration d'un médicament auquel la personne était allergique.	jan 2016 signalé 2018-03-26 avis	Litige - poursuite signifiée	720 631	Interrogatoires au préalable ont eu lieu.	Ouvert
6	2016-02-12 au 18	HRC	Plainte	Allégation d'avoir été placé dans l'unité de psychiatrie contre sa volonté.	2017-11-17	Litige - poursuite signifiée	720 662	Démarches avec la cour pour rejet de l'action en raison des délais.	Ouvert
1B	2016-03-19	CHUDGLD	Plainte - traitement	Allégation de mauvais soins et infection à l'incision chirurgicale lors du changement de pansements.	2018-07-27	Litige - poursuite signifiée	720 694	En attente de l'affidavit des documents de la part du demandeur.	Ouvert
6	2016-05-19	CSC Lamèque		Plainte avec sortie médiatique concernant les soins reçus par son enfant dans 2 établissements du Réseau.	2016-06-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 610	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2016-06-20	CHUDGLD et Moncton City Hospital (Horizon)	Plainte	Suicide en communauté	2018-07-12	Litige - poursuite signifiée	720 689	Ordonnance par consentement pour désistement sans dépens obtenue.	Ouvert
6	2016-07-11	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'une fracture cervicale non diagnostiquée (patient paraplégique)	2018-09-12	Litige - poursuite signifiée	720 691	Ordonnance par consentement pour désistement obtenue. Dossier fermé.	Fermé
4	2016-07-12	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Bébé né avec diagnostic d'hypoxie et lésion cérébrale ischémique.	2017-03-17	Litige - poursuite signifiée	720 641	Défense du Réseau déposée. En attente de la Défense du médecin. Dates d'interrogatoires au préalable fixées en octobre et novembre 2021.	Ouvert

4	2016-11-19	HGGS	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'une fracture cervicale non diagnostiquée. Patient allègue souffrance et blessure permanentes au cou avec baisse de mobilité.	2019-08-08	Litige - poursuite signifiée	720 743	Demandeur a argumenté une motion pour ajouter les médecins (le 16 août 2021). À l'attente de la décision.	Ouvert
6	2017 et 2019 NB aucun RI	HEJC ? Bureau md	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de manquement au niveau des soins (atteinte rénale, doit avoir recours à la dialyse maintenant).	2020-10-13	Litige - poursuite signifiée	720 776	Une demande de précisions a été faite pour connaître les faits entourant les allégations.	Ouvert
4	2017-03-08	HRE	Soins Obstétriques	Complications suite à accouchement vaginal avec utilisation de ventouse. Condition du bébé s'est ensuite stabilisée.	2017-03-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 637	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2017-03-21	HRE	Soins Obstétriques	Accouchement d'urgence par césarienne. Bébé né avec complications et transféré dans un autre établissement.	2017-03-22	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 642	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2017-08-02	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Demande d'une césarienne d'une patiente non compliant et refusée par le médecin. Accouchement dans un autre hôpital.	2017-08-03	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 654	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2017-09-22	HEJC	Chute? Bris quipement	Allégation de blessure au dos suite au bris d'une table de traitement	2019-02-01	Litige - poursuite signifiée	720 719	Cause réglée et Ordonnance par consentement pour désistement et Quittance obtenues. Fermeture du dossier.	Fermé
6	2017-11-25	PEM Lamèque	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de mauvais traitement (déhiscence de la plaie suite au retrait des agrafes).	2020-07-13	Litige - poursuite signifiée	720 768	Défense déposée. En processus de préparer l'Affidavit des documents.	Ouvert

1B	2018-02-02	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complication lors de l'accouchement et bébé transféré à un autre établissement.	2018-03-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 671	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2018-03-16	CHUDGLD	CHUTE	Chute dans le stationnement de l'hôpital.	2018-04-24	Litige - poursuite signifiée	720 681	Règlement du dossier. Ordonnance par consentement pour désistement obtenue ainsi que quittance. Fermeture du dossier.	Fermé
1B	2018-03-29	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Réclamation pour faire payer médicaments à la suite d'une complication.	2018-04-30	Réclamation - blessure corporelle	720 682	Expiration du délai de prescription sans dépôt d'une action alors avocate recommande à Hiroc de fermer le dossier.	Ouvert
6	2018-03-30	HTS	Traitement/ Analyse/ Procédé	Décès inattendu	1905-07-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 696	L'expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
5	2018-04-17	HRC	Sécurité/ Bris de confidentialité	Accès non autorisé à des dossiers médicaux.	2018-04-24	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 679	L'expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
5	2018-05-01	CHR	Divers	Décès inattendu au CHR (décédé d'une pneumonie).	2018-09-13	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 703	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
4	2018-06-01	HRE	Sécurité/ Bris de confidentialité	Plainte en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-06-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 687	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
4	2018-06-01	HRE	Sécurité/ Bris de confidentialité	Plainte en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-06-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 687	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert

5	2018-06-04	CHR	Sécurité /agression par un autre patient	Patient agressé par un autre patient et a subi fracture du bras.	2020-06-05	Litige - poursuite signifiée	720 764	Recommandations données à HIROC. Défense et réclamation entre défenseurs déposée et signifiée. En attente de la décision de la motion en certification du CHR car si certifiée, cette cause devrait être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
1B	2018-06-05	CHUDGLD	Plainte	Intervention chirurgicale non nécessaire suite à un mélange au niveau des prélèvements.	2019-04-23	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 730	La revue du dossier est complétée. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2018-06-11	CHUDGLD	Plaie de pression/ plainte	Plainte et menace de poursuite en lien avec plaie de pression.	2018-07-04	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 690	Expiration du délai de prescription sans dépôt d'une action alors avocate recommande à HIROC de fermer le dossier.	Ouvert
4	2018-07-16	HRE	Sécurité/ Bris de confidentialité	Incident en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-07-19	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 693	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
4	2018-07-25	HRE	Plainte	Allégation d'un manque au niveau de l'évaluation d'une blessure (tendon déchiré) et des soins prodigués.	2018-10-25	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 708	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
4	2018-08-01	HRE	Sécurité/ Bris de confidentialité	Plainte en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-09-25	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 704	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier.	Ouvert
4	2018-08-16	HRE	Plainte	Plaintes multiples - famille allègue manquement au niveau des soins.	2019-05-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 737	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	20 août et 23 octobre 2018	HEJC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Délai de diagnostic	2021-03-23	Litige - poursuite signifiée	730 084	Renonciation à la défense obtenue pour l'instant.	Ouvert

6	2018-09-06	HEJC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un manquement au niveau du diagnostique et soins reçus à l'urgence. Après plusieurs visites - patiente a subi une amputation sous le genou droit	2021-02-19	Litige - poursuite signifiée	730 076	Ordonnance par consentement pour désistement rédigée. En attente du document signé par l'avocat du demandeur.	Ouvert
5	2018-10-22	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Réclamation d'un travailleur de la santé suite à une réaction après avoir reçu son vaccin.	2019-03-22	Réclamation - blessure corporelle	720 728	Dossier évalué et réclamation refusée. Dossier demeurera ouvert en cas de poursuite jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2019-02-01	CHUDGLD	Plainte / Bris de confidentialité	Plainte et menace de poursuite pour soins reçus et bris de confidentialité.	2019-02-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 722	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. Recommandation à HIROC pour fermer le dossier.	Ouvert
5	2019-02-09	CHR	Sécurité	Suicide au Centre Hospitalier de Restigouche.	2019-02-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 720	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
5	2019-03-02	CHR	Sécurité	Blessure au patient lors d'un code blanc.	2019-04-11	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 727	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
1B	2019-03-14	CHUDGLD	Sécurité	Plaignant a fait une demande à la cour pour avoir une copie d'un enregistrement vidéo. Demande refusée.	2019-04-02 2019-05-02	Litige - poursuite signifiée	720 733	Une action a été intentée uniquement contre Garda et non contre Vitalité. Garda a défendu sa cause sans ajouter Vitalité comme mis en cause.	Ouvert
1B	2019-03-29	CHUDGLD	Frais hospitaliers	Réclamation à la cour des petites créances concernant des frais payés en lien avec le congé médical.	2019-04-01	Litige - Cour petites créances	720 724	Règlement obtenu. Avis de retrait déposé à la cour.	Ouvert

4	2019-04-01	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Accouchement d'un bébé mort-né. Réclamation en lien avec perte du fœtus (disposé par erreur).	2019-04-08	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 726	Violation de la clause de confidentialité: rapport donné à HIROC et Vitalité. Recommandation à HIROC de fermer le dossier.	Ouvert
4	2019-04-18	Bureau de md. Implique I.P.	Traitement	Plainte en lien avec délai pour être transféré au spécialiste. Patient a nécessité une chirurgie extensive pour un cancer.	2019-04-18	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 729	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2019-04-24	HRE	Soins Obstétriques	Césarienne électorale avec complications.	2019-04-26	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 732	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2019-04-29	CHR	Plainte	Pt transgenre se plainte de discrimination et d'abus lors d'une admission au CHR.	2019-05-06	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 734	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
5	2019-05-24	CHR	Traitement/ Analyse/Procédé	Recours collectif: Allégations de négligence systémique dans le traitement de patients au Centre Hospitalier de Restigouche.	2019-06-xx	Litige - poursuite signifiée	720 723	Motion en certification a eu lieu en avril 2021. En attente de la décision.	Ouvert
1B	2019-06-09	CHUDGLD	Plainte	Plainte en lien avec les soins à la clinique d'OBS. Patiente a accouché dans un autre établissement et fait mention d'avoir retenu les services d'un avocat.	2021-02-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 075	Revue du dossier faite par l'avocate. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2019-07-03	CHUDGLD	Traitement	Traces de sang aperçues à l'intérieur de la machine (hémodialyse) pendant la maintenance (potentiel de contamination croisée entre les patients).	2019-07-05	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 740	En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2019-07-11	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Douleur et perte de fonction du MSG suite à l'installation sur la table de chirurgie.	2021-07-19	Litige - poursuite signifiée	730 095	Nouveau dossier Dossier révisé par l'avocate et rapport donné à HIROC. Renonciation à la défense obtenue pour l'instant.	Ouvert

4	2019-08-20	HRE	Soins Obstétriques	Complications à 28 semaines de grossesse (échographie démontre retard croissance sévère). Patiente transférée dans un hôpital tertiaire.	2019-08-21	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 744	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2019-08-30	HRC Bathurst	Plainte	Allégations que des délais de traitement et ses complications sont liés à des problèmes administratifs.	2020-02-26	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 758	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2019-09-22	HTS et HRC Ba	Plainte	Plainte concernant qualité des soins reçus. Allégation de manquements qui auraient pu contribuer à la quadraplégie.		Potentiel de réclamation ou poursuite	720 749	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2019-11	HTS	Autre	Blessure à un pied en manipulant un fauteuil gériatrique (bénévole).	2021-03-11	Réclamation - blessure corporelle	730 082	Nouveau dossier Réclamation acceptée par Hiroc (189\$), paiement à venir.	Ouvert
5	2019-12-10	HRC	Incident m-x	Réclamation pour support émotionnel et aide financière suite à un incident relié aux médicaments.	2020-01-31	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 755	Pas de poursuite ni réclamation reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'une poursuite ou expiration du délai.	Ouvert
1B	2019-12-21	CHUDGLD	Blessure corporelle	Blessure lors d'une visite à l'hôpital (morceau de métal provenant d'une porte aurait tombé sur sa tête).	2020-02-13	Réclamation - blessure corporelle	720 756	Cause réglée et quittance obtenue. Fermeture du dossier.	Fermé
5	2019-12-29	HRC	Securite	Fugue d'un patient et a été retrouvé sans vie à la maison (suicide).	2019-12-30	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 753	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2020-01-20	HRE	Soins Obstétriques	Accouchement difficile avec multiples tentatives de tractions avec ventouse. Bébé admis en néonatalogie.	2020-01-23	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 754	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

4	2020-04-07	HRE	Plainte	Réclamation pour remboursement d'une chaise roulante. Allègue que le personnel lui a causé des blessures aux épaules lors d'un code blanc.	2020-08-12	Réclamation - blessure corporelle	720 771	Dossier de réclamation toujours en cours avec les avocats.	Ouvert
5	2020-05-21	HRC		Travailleur de la santé suspendu suite à un bris de procédures en lien avec la Covid au retour d'un voyage	2020-06-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 763	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription	Ouvert
5	2020-05-28	HRC	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisés à 48 dossiers de patients.	2021-07-13	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 092-01	Nouveau dossier. Lettre de divulgation revue. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2020-08-20	Hors lieu	Réclamation	Réclamation pour remboursement de frais liés à une chirurgie au dos faite au Maine. Pt allègue des manquements au niveau des soins qui ont mené à cette chirurgie au Maine.	2020-08-27	Réclamation - blessure corporelle	720 772	Réclamation refusée. Plaintes liées au manquement de traitement sont pour services reçus dans l'autre Réseau et par son médecin de famille. Recommandation à HIROC de fermer le dossier.	Ouvert
6	2020-09-02	HRC	Chute	Chute à l'extérieur de l'établissement.	2021-03-19	Réclamation - blessure corporelle	730 083	Cause réglée et quittance obtenue. Fermeture du dossier.	Fermé
5	2020-12-03	CHR	Demande accès info	Requête déposée à la Cour du banc de la Reine afin qu'une ordonnance soit émise envers le Réseau de conserver et remettre des enregistrements vidéo.	2021-03-04 2021-03-08	Litige - poursuite signifiée	730 080	Décision rendue de remettre les enregistrements au demandeur avec les visages de toutes personnes, sauf le requérant, embrouillées. Ordonnance reçue pour repousser le délai pour remettre les enregistrements jusqu'au 5 novembre 2021 afin de permettre au Réseau d'embrouiller les visages.	Ouvert
5	2020-12-21	HRC	Perte biens	Réclamation à la cour des petites créances pour remboursement de frais de remplacement pour un dentier perdu.	2021-03-08	Litige - Cour petites créances	730 081	Date d'audience à la cour prévue le 7 octobre 2021.	Ouvert

1B	2021-01-05	CHUDGLD	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisés à des dossiers de patients.	2021-03-02	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 079	Lettre de divulgation a été revue pas nnos représentants légaux. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2021-03-18	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à 80 dossiers de patients.	2021-04-20	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 086	Nouveau dossier Lettre de divulgation revue. En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2021-04-05	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à 120 dossiers de patients.	2021-07-22	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 096	Nouveau dossier Lettre de divulgation revue. En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B		CHUDGLD	Autre	Réseau et médecins poursuivis en lien avec la gestion du rendement et impact sur la clientèle.	2020-10-30	Litige - poursuite signifiée	730 069	Exposé de la défense préparé mais pas encore déposé. En attente de la documentation de l'avocat de l'autre partie. Renonciation de la défense obtenue pour l'instant.	Ouvert

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 14 septembre 2021

Objet : Rapport du Comité consultatif des patients et familles

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une réunion régulière le 1^{er} septembre dernier. Les principaux sujets discutés lors de cette réunion sont :

- Présentation sur l'aide médicale à mourir (AMM) ;
- Suivi de l'exercice d'évaluation de la performance du Réseau ;
- Mandat du Comité consultatif des patients et familles ;
- Élection d'un(e) président(e) et vice-président(e) ;
- Plan de travail 2021-2022 et état d'avancement ;
- Plan de recrutement/communication ;
- Implication des partenaires du comité dans les activités stratégiques du Réseau en lien avec la qualité, la performance et sécurité des patients.

Une présentation sur l'aide médicale à mourir (AMM) a été effectuée par Martine McIntyre, coordonnatrice du Bureau de l'éthique et Pierrette Fortin (éthicienne). Celles-ci ont expliqué brièvement les changements apportés à la Loi, puis elles ont partagé quelques statistiques sur les demandes d'AMM complétées au Réseau de santé Vitalité, les décès selon le lieu et le total de décès par l'AMM déclarés au Canada entre 2016-2019. Les membres du comité ont également été consultés et ont donné leur rétroaction sur un dépliant d'information destiné aux patients en lien avec l'aide médicale à mourir.

Le mandat du Comité a été présenté aux membres à titre d'information en ce début d'année. Il a été suggéré d'ajouter au mandat que la composition du comité inclut des partenaires avec des expériences de maladie et de vie variées, afin de refléter les divers groupes desservis par le Réseau.

Les membres ont procédé à l'élection d'un président et d'un vice-président pour la prochaine année. Monsieur Pandurang Ashrit a été nommé président du Comité et Madame Lise Malenfant agira à titre de vice-présidente. En tant que président du Comité consultatif des patients et familles, M. Pandurang siègera au Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients du Conseil, comme membre permanent sans droit de vote.

Les membres ont passé en revue le plan de travail du comité y compris le plan de recrutement/communication et les diverses sources d'information et rapports nécessaires au bon fonctionnement du comité. Un blitz d'information a été diffusé dans les médias sociaux en août et se poursuivra en septembre pour faire connaître le rôle et le besoin de partenaires de l'expérience patient au grand public. Aussi, l'information a été placée sur la bannière du site Web du Réseau avec un lien à la page « Devenez partenaire de l'expérience patient ». Bref, les stratégies de communication pour aider au recrutement se poursuivent.

La prochaine réunion du Comité consultatif des patients et familles est prévue le 16 novembre 2021.

Soumis le 2 septembre 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note couverture

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 14 septembre 2021

Objet : Aide médicale à mourir

Le 17 mars 2021, des modifications à la loi canadienne en matière d'aide médicale à mourir (AMM) sont entrées en vigueur. Ces modifications au Code criminel permettent aux personnes admissibles de recourir à l'AMM, que leur mort naturelle soit raisonnablement prévisible ou non.

La présentation ci-jointe fait état des principaux changements législatifs au Code criminel du Canada par rapport à l'aide médicale à mourir ainsi que des actions prises par le Réseau pour satisfaire les nouvelles exigences, et ce, en collaboration avec le Réseau de santé Horizon.

Soumis le 2021-09-07 par Diane Mignault, directrice principale – Performance, Qualité et Vie privée



Aide médicale à mourir

Changements apportés à la *Loi* en mars 2021



L'aide médicale à mourir

Avant mars 2021

- La mort naturelle DOIT être raisonnablement prévisible.
- Le consentement final DOIT être fourni avant de recevoir l'AMM.
- Entre la date de la demande et le date de l'AMM, 10 jours francs doivent s'écouler
- 2 témoins indépendants

Après mars 2021

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

Critères d'admissibilité

- être âgée d'au moins 18 ans et avoir la capacité de prendre des décisions;
- être admissible à des services de santé financés par l'État;
- faire une demande de son plein gré sans pressions externes;
- donner son consentement éclairé à recevoir l'AMM, ce qui signifie que la personne a consenti à recevoir l'AMM après avoir reçu toute l'information nécessaire pour prendre cette décision;
- être atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable et se trouver à un stade avancé de déclin des capacités qui est irréversible;
- ressentir des souffrances physiques ou psychologiques insupportables qui ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que la personne juge acceptables.
- **Les personnes atteintes uniquement d'une maladie mentale ne sont pas admissibles.**

Mort naturelle raisonnablement prévisible

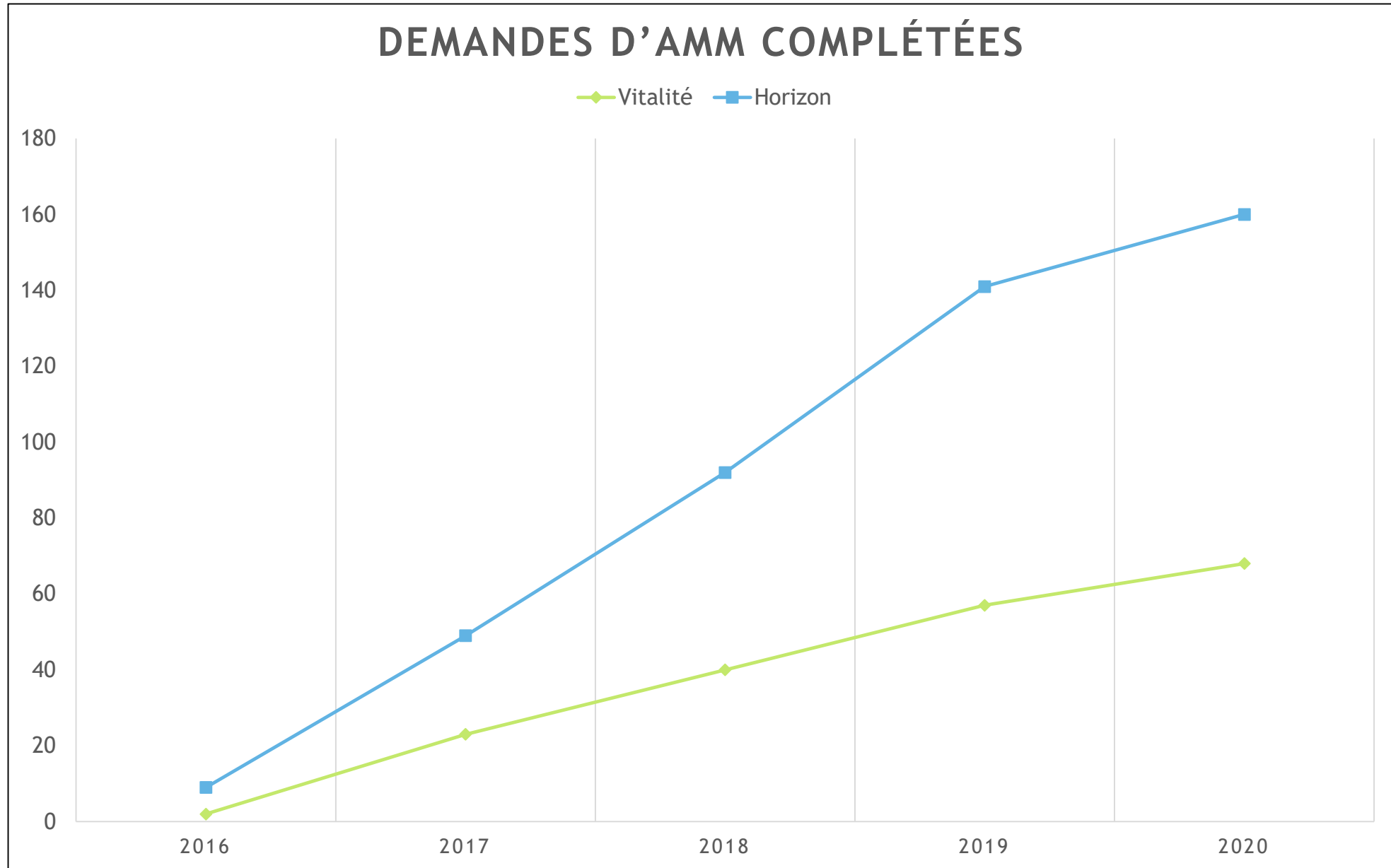
- Le patient doit présenter une demande d'AMM par écrit et celle-ci doit être signée par un témoin indépendant.
- Deux médecins ou infirmières praticiennes doivent faire une évaluation et confirmer que tous les critères d'admissibilité sont respectés.
- Le patient doit donner son consentement immédiatement avant de recevoir l'AMM sauf s'il a signé une entente de renonciation au consentement final.
- L'AMM peut être administrée dès que les différentes procédures sont terminées.

Mort naturelle non raisonnablement prévisible

Les mêmes critères de la diapositive précédente s'appliquent, sauf la renonciation au consentement finale, en plus de:

- Le patient doit connaître les moyens disponibles pouvant soulager ses souffrances, y compris les services de counseling, les services de soutien, les services communautaires et les soins palliatifs, et il doit se voir offrir de tels services.
- Le patient et les praticiens doivent avoir discuté des moyens raisonnables disponibles pour soulager ses souffrances et convenir que cette personne a sérieusement envisagé ces moyens.
- Le patient doit attendre une période de 90 jours avant de recevoir l'AMM à partir de la date de la première évaluation.
- Si le médecin ou IP procédant à l'évaluation de l'admissibilité n'ont pas l'expertise de la condition du patient, une consultation doit être faite auprès d'un médecin ou IP possédant cette expertise.

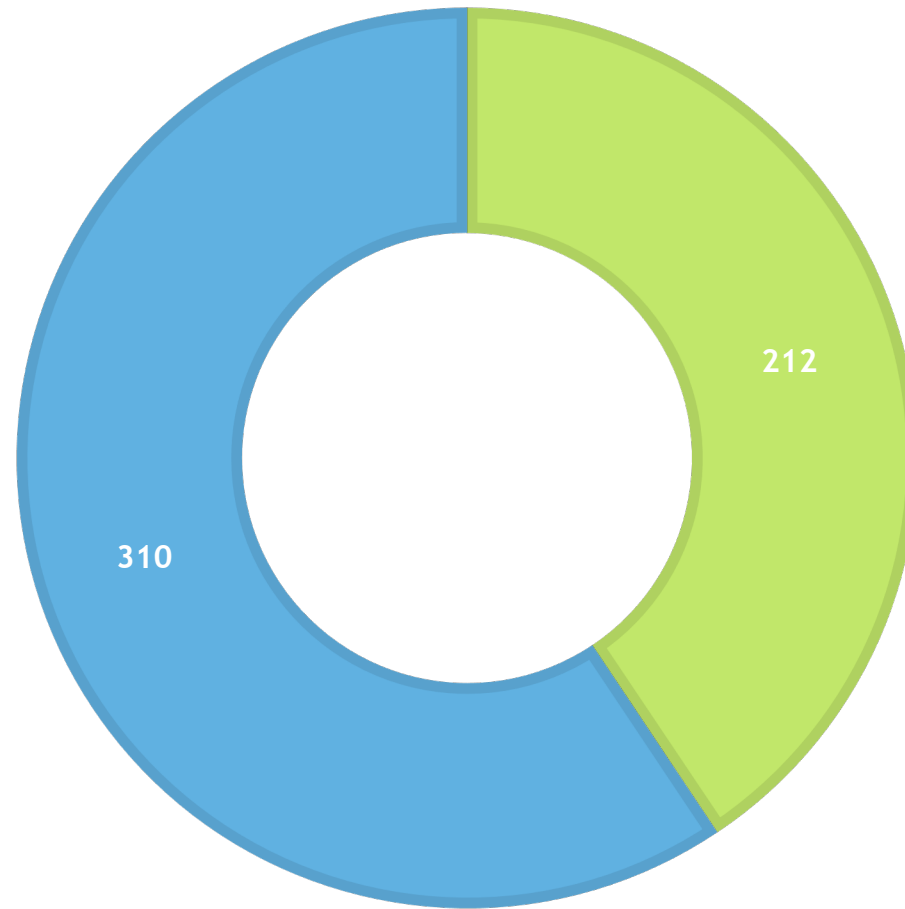
Données du Nouveau-Brunswick



Selon les dernières données disponibles.

DEMANDE D'AMM COMPLÉTÉES

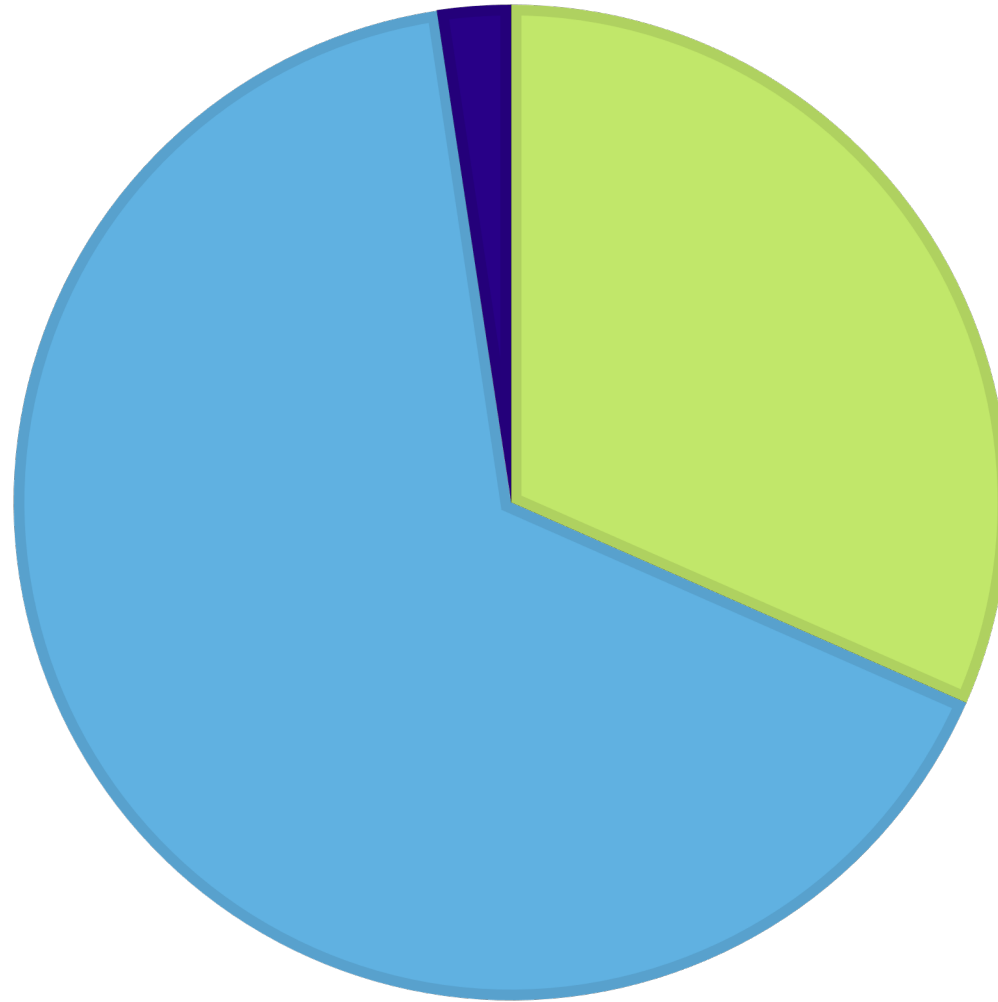
■ Vitalité ■ Horizon



Selon les dernières données disponibles.

DÉCÈS PAR L'AMM SELON LE LIEU

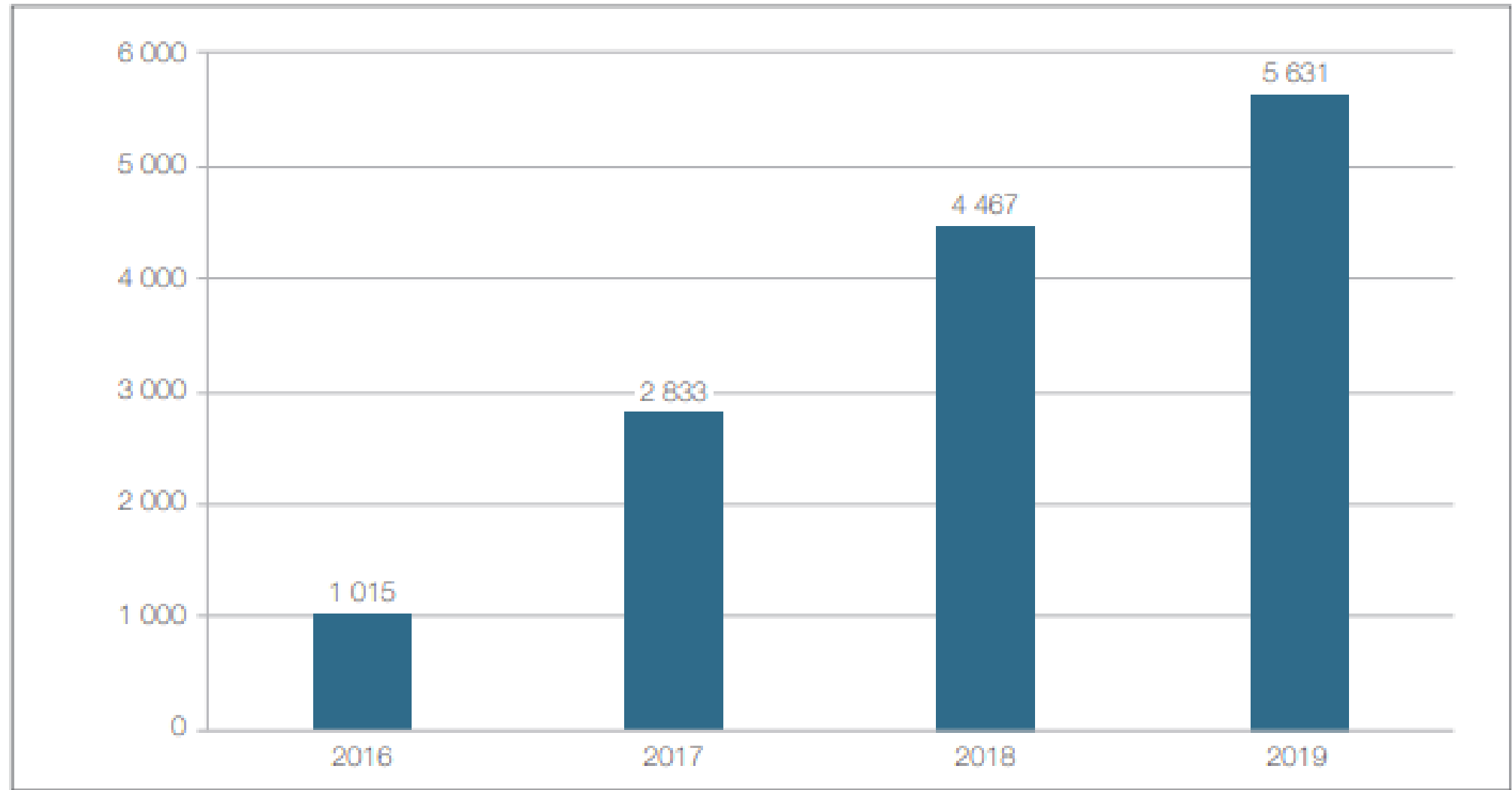
■ Domicile ■ Hôpital ■ Foyer



Selon les dernières données disponibles.

Données du Canada

Graphique 3.1 : Total des décès par l'AMM déclarés au Canada, 2016 à 2019



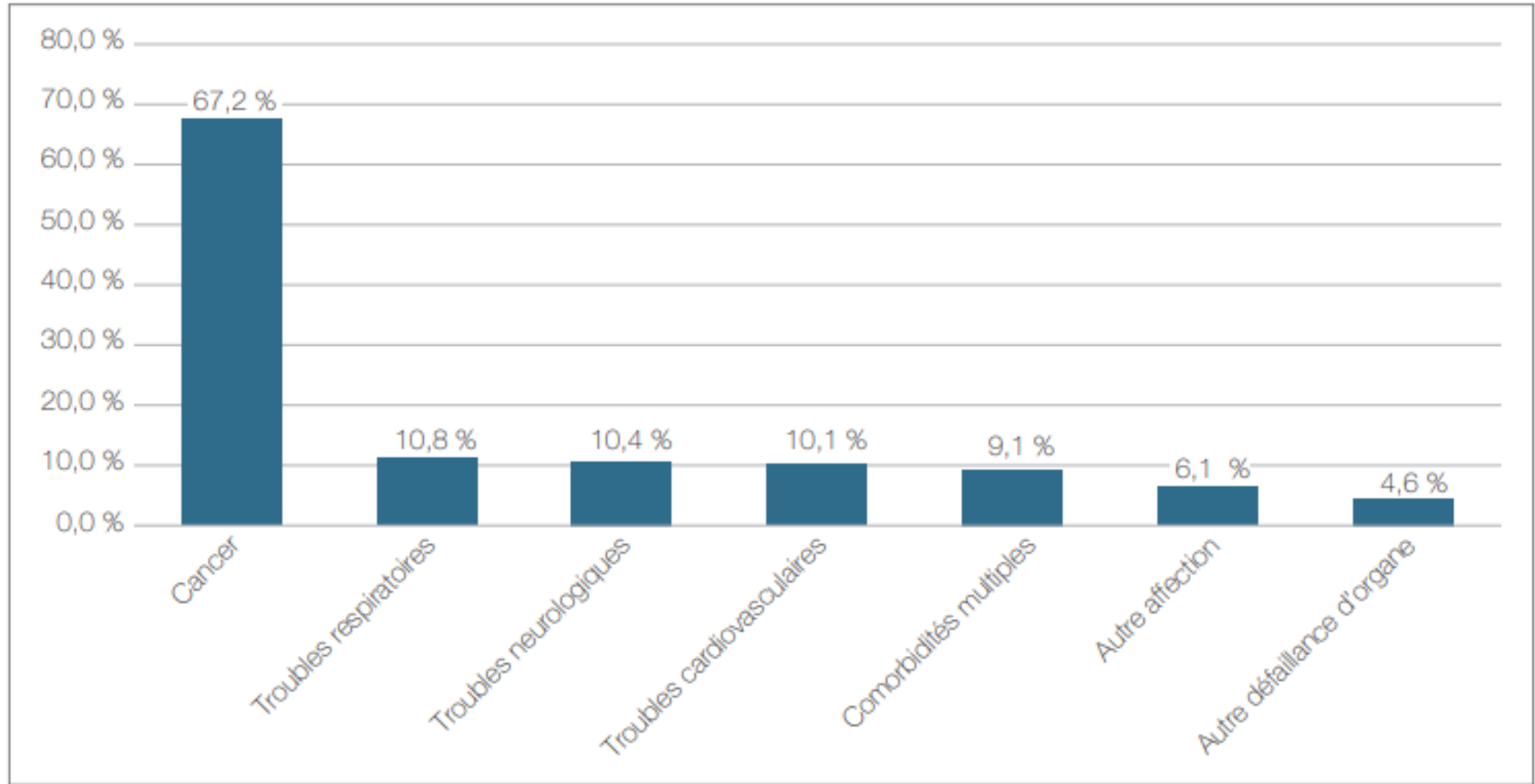
Santé Canada. (2019). Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada.

Tableau 3.1 : Total des décès par l'AMM déclarés au Canada par administration, 2016 à 2019

AMM	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt	Canada
2016	–	–	23	7	494	191	24	11	63	194	–	–	–	1 015
2017	–	–	62	47	853	839	63	57	205	677	–	–	–	2 833
2018	22	8	126	82	1 236	1 500	138	85	307	951	10	–	–	4 467
2019	16	17	147	129	1 589	1 788	177	97	377	1 280	13	–	–	5 631
Total 2016 à 2019	55	31	358	265	4 172	4 318	402	250	952	3 102	37	–	–	13 946

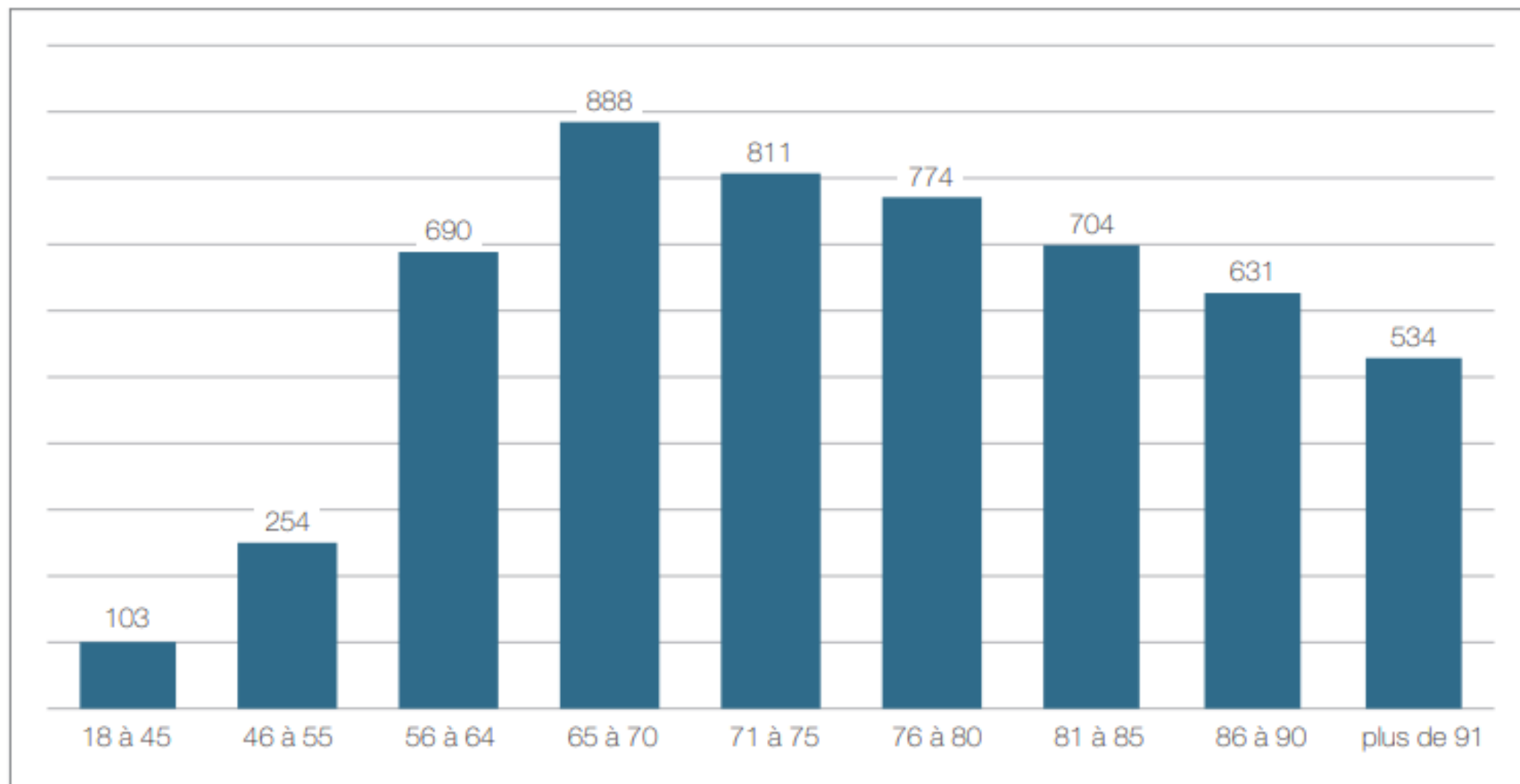
Santé Canada. (2019). Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada.

Graphique 4.1 : AMM par affection principale, 2019

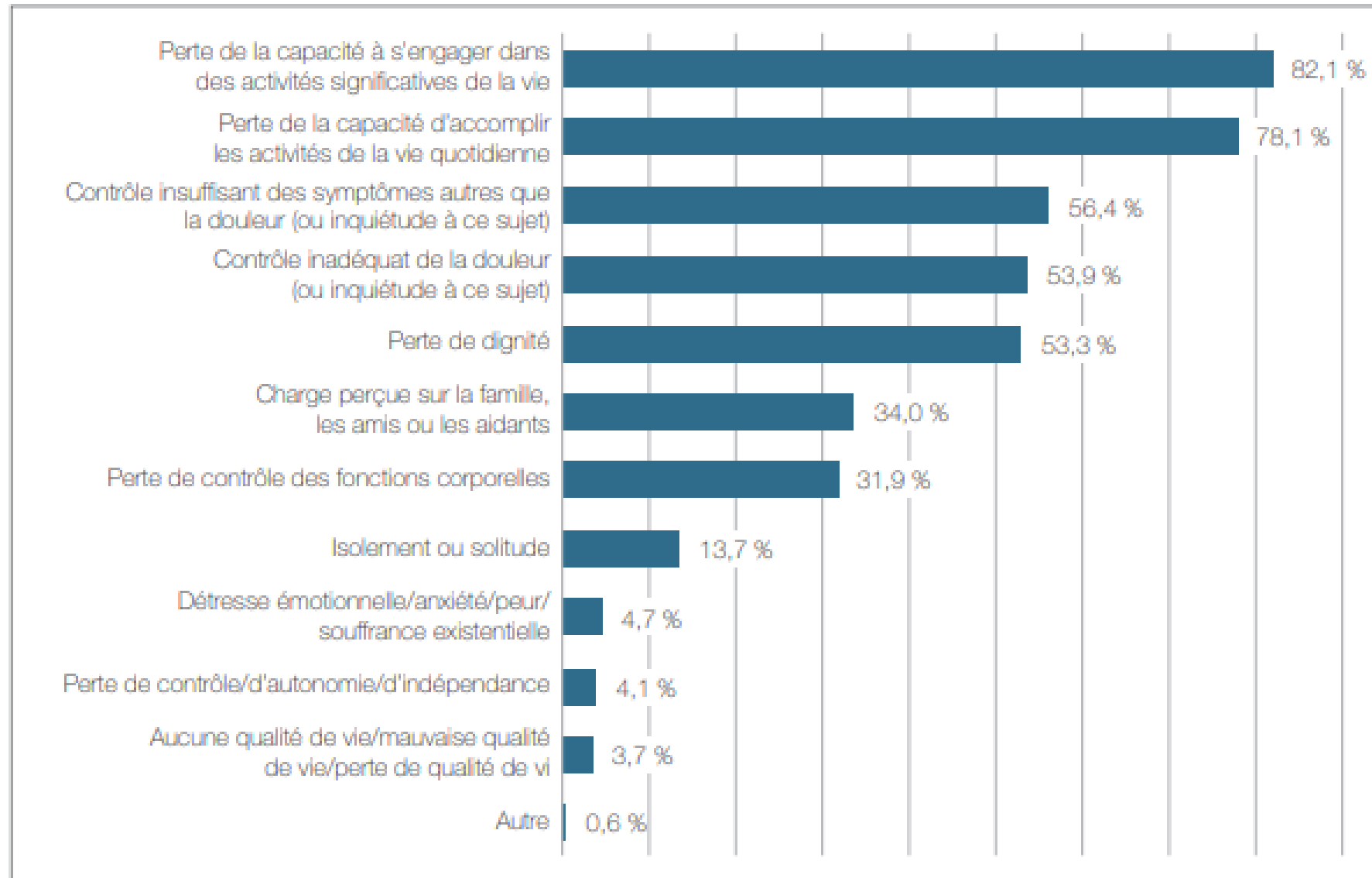


Santé Canada. (2019). Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada.

Graphique 4.2 : AMM par catégorie d'âge, 2019



Santé Canada. (2019). Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada.

Graphique 6.1 : Nature de la souffrance des bénéficiaires de l'AMM, 2019


Démarches du Réseau

- Afin de se conformer à la *Loi*, le Réseau a entamé un processus exhaustif de mise à jour de sa politique, de ses formulaires et de tous ses documents concernant l'AMM.
- La nouvelle politique et les formulaires devraient être mis en vigueur d'ici la fin octobre 2021.



Période de questions



Note d'information

Point 6.2

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

Date : 14 septembre 2021

Objet : Mise à jour de la démarche d'agrément

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

- La prochaine visite d'agrément est prévue pour juin 2022 et les préparatifs pour cette visite sont en cours. Agrément Canada est en processus de définir le modèle de la visite. Le schéma du parcours à haut niveau se trouve en annexe.
- Les équipes poursuivent l'implantation de leur plan d'action pour adresser les non-conformités. Elles ciblent en priorité les pratiques organisationnelles requises et les normes à priorité élevée.
- Les membres du conseil d'administration ont complété en janvier 2020 un exercice de révision des normes du cahier de gouvernance. Ils ont ressorti les grands éléments de preuves en lien avec chaque norme et certaines actions. Le plan d'action, découlant de cet exercice, a été mis à jour et sera présenté au Comité de gouvernance, qui est responsable de voir à sa mise en œuvre.
- Le sondage Pulse sur la Qualité de vite au travail (QVT) a été effectué en décembre 2020, les résultats ont été communiqués aux directeurs et gestionnaires. Ils ont été demandés de partager les résultats avec leur personnel, et d'identifier des pistes d'amélioration. Les résultats du sondage Pulse serviront également à la révision de la stratégie de mieux-être du Réseau qui sera diffusée à l'automne 2021.
- Les équipes en lien avec les pratiques organisationnelles requises (POR) poursuivent leur travail afin d'assurer la conformité aux exigences en lien avec les PORs. Il y a des défis au niveau de l'implantation de la POR sur le bilan comparatif des médicaments (BCM). Cette POR doit être en place dans tous les services à travers le Réseau par la visite. Étant donné le manque de ressource au secteur de la pharmacie, il sera difficile de mettre en œuvre cette POR dans tous les services par 2022.
- Un plan de communication a été élaboré afin d'engager le personnel et les médecins dans la démarche d'agrément.

Prochaines étapes

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

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.

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

Suivi à la décision

- Poursuivre la démarche d'agrément et les préparatifs pour la visite de 2021.

Proposition et résolution

- Aucune – rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 24 août 2021 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient.



**AGRÉMENT
CANADA**

Meilleure qualité. Meilleure santé.



NOTRE PARCOURS



Note d'information

Point 7.1

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

Date : 14 septembre 2021

Objet : Tableaux de bord stratégique et équilibré 2021-2022 – Premier trimestre (T1)

Décision recherchée

Ce rapport est présenté à titre d'information seulement.

Contexte/problématique

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

- Les indicateurs du tableau de bord stratégique sont présentés par objectif stratégique tandis que les indicateurs du tableau de bord équilibré sont présentés par quadrant (Qualité/Satisfaction de la clientèle, Financiers, Opérationnel, Ressources Humaines).
- Une fiche par indicateur est présentée.
- **La majorité des indicateurs sont produits pour le premier trimestre de 2021-2022, mais certains indicateurs sont seulement disponibles jusqu'au quatrième trimestre de 2020-2021 (indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de 3M). Ces données seront seulement disponibles à la fin du mois de septembre 2021.**
- Les données de 2020-2021 et de 2021-2022 doivent être interprétées avec prudence puisque la pandémie de la COVID-19 peut avoir un impact sur les statistiques présentées.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Tableau de bord stratégique

- L'indicateur « Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale » a été ajouté en 2020-2021. L'indicateur présente des résultats positifs comparativement à l'année précédente.
- Plusieurs autres indicateurs montrent des résultats positifs au quatrième trimestre de 2020-2021 ou au premier trimestre de 2021-2022, notamment les jours patients normalisés associés à une maladie mentale, le nombre de patients NSA, le pourcentage de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques, le taux de roulement, le taux d'achèvement du plan stratégique des TI, le nombre d'unités cliniques apprenantes, etc.
- L'indicateur « Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé » ne présente aucune donnée puisqu'aucun sondage n'a été complété au premier trimestre de 2021-2022.
- L'indicateur « Nombres d'initiatives approuvées du plan stratégique des TI mises en œuvre » ne présente aucune donnée puisque le plan n'est pas encore officiellement approuvé. Les initiatives débiteront une fois que le plan sera approuvé.
- La cible n'a pas été atteinte pour l'indicateur « Nombre de patients partenaires » en raison de la pandémie et puisque les bénévoles ne pouvaient pas entrer dans les établissements du Réseau en phases orange et rouge.

Tableau de bord équilibré

- Quadrant qualité/satisfaction à la clientèle : Au quatrième trimestre de 2020-2021, le taux d'hospitalisations pour des maladies chroniques est plus élevé dans la Zone 5. Le Réseau présente toutefois des résultats supérieurs à la cible, et ce, pour toutes les zones. La tendance

du taux d'hospitalisation pour ces maladies chroniques est à la baisse au sein de la province, passant de 189 en 2018-2019 à 130 en 2020-2021.

- Quadrant financier : Après le premier trimestre de 2021-2022, le Réseau de santé Vitalité affiche un déficit de 8.4 M \$ comparativement à un surplus de 6.9 M \$ l'année dernière. Ce déficit inclut principalement une baisse du revenu patient de 2.7 M \$ dû aux restrictions aux frontières du Québec et des États-Unis et des dépenses totales engagées en lien avec la COVID-19 de 5.4 M \$ après 3 mois d'opération.
- Quadrant opérationnel : Plusieurs indicateurs sont affectés par la pandémie de la COVID-19. Le pourcentage de chirurgies effectuées dans les délais présente un résultat de 52.2 % pour le premier trimestre (cible : 53.1 %). Toutefois, cet indicateur présente une amélioration comparativement à l'année dernière. Les indicateurs « % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées » et « % de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées » ne respectent également pas la cible mais présentent une amélioration dans les résultats comparativement à l'année 2021-2022.
- Quadrant ressources humaines : Plusieurs indicateurs n'ont pas atteint la cible souhaitée au premier trimestre, notamment le pourcentage de postes permanents vacants, le taux de conformité dans les appréciations de rendement, le pourcentage d'heures de maladie et le pourcentage d'heures de surtemps. Il est à noter que 4 indicateurs ont été ajoutés dans le tableau de bord équilibré pour l'année 2021-2022. Il s'agit du nombre d'accidents de travail, le nombre d'arrêts de travail et perte de temps associée, le nombre de blessures par catégorie associées aux accidents de travail et le taux d'accidents de violence. Ces 4 indicateurs respectent la cible au premier trimestre de 2021-2022.

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Aucun.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 3 septembre 2021 par Vanessa Fillion, directrice Planification et Amélioration de la performance.

Réseau de santé Vitalité

Tableaux de bord du Réseau

Rapport trimestriel (T1)



Tableau de bord stratégique (T1)



Sommaire	4
Schéma	7
État d'avancement	8
Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	9
Jours patients normalisés associés à une maladie mentale	10
Nombre de patients NSA	11
Nombre de jours NSA	12
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	13
Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence	14
Nombre de départs volontaires des employés	15
Taux de roulement	16
Moyenne de jours de maladie payés par employé	17
Nombre de patients-partenaires	18
Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé	19
Nombre de nouveaux partenariats	20
Taux d'achèvement du plan stratégique des TI	21
Nombres d'initiatives approuvées du plan stratégique des TI mises en œuvre	22
Nombre de consultations cliniques effectuées avec des technologies virtuelles	23
Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements	24
Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)	25
Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les UCA	26

	OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	ÉTAT D'AVANCEMENT			
								T1	T2	T3	T4
Enjeu relié à la santé de la population											
1.1	Intégrer le mieux-être et la santé mentale(SM) dans l'ensemble de nos stratégies	Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	Jacques Duclos	7.50%	7.50%	6.95%	6.95%	✓	✓	✓	✓
1.2		Jours patients normalisés associés à une maladie mentale	Jacques Duclos	1,251	1,226	1,180	1,095	✗	✓	✓	✓
Enjeu relié aux services que nous offrons à la population											
2.1	Assurer un continuum pertinent et efficace de soins et de services aux aînés	Nombre de patients NSA	Sharon Smyth-Okana	2,315	2,269	1,989	546	✓	✓	!	✓
2.2		Nombre de jours NSA	Sharon Smyth-Okana	117,337	114,990	78,992	23,713	✓	✓	✓	✓
2.3	Améliorer le continuum de soins des patients	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Sharon Smyth-Okana	7.88%	0%	3.32%	1.84%	!	✗	!	!
2.4		Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence	Sharon Smyth-Okana	59.2%	57.2%	58.6%	57.6%	!			
Catalyseur 1 : Le capital humain											
3.1	Développer et mettre en œuvre une stratégie pour le mieux-être et la rétention de nos équipes	Nombre de départs volontaires des employés	Johanne Roy	47	69	72	72	✗			
3.2		Taux de roulement	Johanne Roy	1.58	1.67	1.66	1.66	✓			
3.3		Moyenne de jours de maladie payés par employé	Johanne Roy	9.97	12.00	12.43	12.43	!			

	OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	ÉTAT D'AVANCEMENT			
								T1	T2	T3	T4
Catalyseur 2 : Les partenaires											
4.1	Intégrer le patient, le client et leurs proches comme partenaires de décisions à tous les niveaux de l'organisation.	Nombre de patients-partenaires	Gisèle Beaulieu	S.O.	22	16	16	✗			
4.2		Taux de patients-partenaires avec une perception positive de leur implication dans le système de santé	Gisèle Beaulieu	S.O.	80%	ND	ND	Non débuté			
4.3	Engager nos partenaires afin de développer une vision commune des besoins et services à offrir pour des populations cibles.	Nombre de nouveaux partenariats	Gisèle Beaulieu	S.O.	3	0	0	✗			
Catalyseur 3 : Les infrastructures											
5.1	Élaborer et mettre en œuvre un plan de développement et de gestion de technologies de l'information (TI)	Taux d'achèvement du plan stratégique des TI	Gisèle Beaulieu	0%	100%	98%	98%	✓			
5.2		Nombres d'initiatives approuvées du plan stratégique des TI mises en œuvre	Gisèle Beaulieu	S.O.	ND	ND	ND	Non débuté			
5.3	Augmenter les soins virtuels	Nombre de consultations cliniques effectuées avec des technologies virtuelles	Gisèle Beaulieu	892	N.A.	5,520	5,520	✓			
5.4	Poursuivre l'amélioration des infrastructures	Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements	Stéphane Legacy	100%	25%	30%	30%	✓			

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

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

Schéma stratégique 2021-2024 du Réseau de santé Vitalité



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

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

État d'avancement des initiatives

Orientations	Total initiatives	Non débuté	Conforme au plan	Non conforme au plan	Non conforme au plan et interventions requises	Complété
		○	✓	●	✘	☑
Nous contribuerons à optimiser la santé et le mieux-être de la population	5	0	4	1	0	0
Nous favoriserons la participation du patient, client et de leurs proches à l'amélioration des soins et services continus et intégrés	9	1	8	0	0	0
Nous assurerons un environnement attrayant pour la rétention et le recrutement	8	1	6	1	0	0
Nous adopterons une approche proactive avec nos partenaires pour mieux répondre aux besoins de la population	4	0	4	0	0	0
Nous optimiserons nos immobilisations, équipements et technologies	7	2	5	0	0	0
Nous appliquerons une approche apprenante dans notre culture organisationnelle d'amélioration continue de la qualité	3	0	3	0	0	0
Total	36	4	30	2	0	0

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale

LEADERSHIP	Jacques Duclos																										
FRÉQUENCE	Trimestrielle																										
SOURCE DE DONNÉES	3M (données trimestrielles) et portail de l'ICIS (données annuelles)																										
CIBLE	7.5% (résultat de l'année précédente, ajusté par trimestre)																										
DESCRIPTION	<p>Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale. On le calcule en divisant le nombre total de personnes ayant connu au moins 3 épisodes de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée au cours d'une année par le nombre total de personnes ayant connu au moins un épisode de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée au cours d'une année fiscale donnée. Des hospitalisations fréquentes peuvent indiquer des difficultés à obtenir des soins, des médicaments et un soutien adéquat dans la collectivité.</p>																										
RÉSULTATS CIBLE	<p>7.50%</p> <table border="1"> <caption>Données des graphiques de résultats</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2020-2021 - T1 - Pourcentage</th> <th>2020-2021 - T1-T2 - Pourcentage</th> <th>2020-2021 - T1-T3 - Pourcentage</th> <th>2020-2021 - T1-T4 - Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1.09%</td> <td>3.30%</td> <td>4.80%</td> <td>6.13%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1.44%</td> <td>5.42%</td> <td>5.59%</td> <td>8.66%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>2.44%</td> <td>4.40%</td> <td>5.79%</td> <td>5.99%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>3.77%</td> <td>5.06%</td> <td>5.83%</td> <td>6.77%</td> </tr> </tbody> </table>		Zone	2020-2021 - T1 - Pourcentage	2020-2021 - T1-T2 - Pourcentage	2020-2021 - T1-T3 - Pourcentage	2020-2021 - T1-T4 - Pourcentage	Zone 1B	1.09%	3.30%	4.80%	6.13%	Zone 4	1.44%	5.42%	5.59%	8.66%	Zone 5	2.44%	4.40%	5.79%	5.99%	Zone 6	3.77%	5.06%	5.83%	6.77%
Zone	2020-2021 - T1 - Pourcentage	2020-2021 - T1-T2 - Pourcentage	2020-2021 - T1-T3 - Pourcentage	2020-2021 - T1-T4 - Pourcentage																							
Zone 1B	1.09%	3.30%	4.80%	6.13%																							
Zone 4	1.44%	5.42%	5.59%	8.66%																							
Zone 5	2.44%	4.40%	5.79%	5.99%																							
Zone 6	3.77%	5.06%	5.83%	6.77%																							
INTERPRÉTATION	<p>Un faible nombre de jours est souhaitable. Il est important d'interpréter les données de 2020-2021 avec prudence puisque la pandémie de COVID-19 peut avoir un impact important sur les statistiques présentées. À noter que les données de 3M ne sont pas encore disponibles pour l'année 2021-2022. Dans la Zone 4, sur 35 patients ayant au moins 3 congés durant l'année 2020-2021, il y en a 17 uniquement pour le T4 2020-2021, ce qui a augmenté beaucoup le pourcentage pour cette zone comparé aux trimestres précédents.</p>																										
INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale	✓																									
	Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire	✓																									
	Promouvoir une santé mentale positive chez les jeunes	●																									
	Harmoniser le modèle clinique des services en santé mentale pour jeunes	✓																									

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Jours patients normalisés associés à une maladie mentale

LEADERSHIP	Jacques Duclos	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS	
CIBLE	Diminution du nombre de cas de 2 % (année de référence 2019-2020)	
DESCRIPTION	<p>Cet indicateur mesure le taux ajusté selon l'âge représentant le nombre total de jours passés dans les hôpitaux généraux pour une maladie mentale sélectionnée*, par 10 000 personnes. Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les suivantes : troubles liés à la consommation de psychotropes, schizophrénie, troubles délirants et troubles psychotiques non organiques, troubles de l'humeur ou affectifs, troubles anxieux, certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.</p>	
RÉSULTAT CIBLE 1,226	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart shows the number of standardized patient days from 2018-2019 to 2020-2021. The values are 1,223 for 2018-2019, 1,251 for 2019-2020, and 1,123 for 2020-2021. A red horizontal line indicates the target value of 1,226. The right chart shows the number of standardized patient days for four zones (Zone 1B, Zone 4, Zone 5, Zone 6) across four quarters (T1, T2, T3, T4) in 2020-2021. The values are: Zone 1B (840, 848, 704, 1061), Zone 4 (1086, 1486, 1143, 1219), Zone 5 (2775, 1479, 1694, 1370), and Zone 6 (555, 726, 939, 730). A red horizontal line indicates the target value of approximately 1,226.</p>	
INTERPRÉTATION	<p>Un faible nombre de jours est souhaitable. Les données du Réseau pour 2020-2021 (1,123) montrent une diminution du nombre de jours comparativement aux deux années précédentes. La Zone 5 présentait le plus haut nombre de jours patients normalisés associés à une maladie mentale au quatrième trimestre de 2020-2021 (1370). À noter que les données de l'ICIS ne sont pas encore disponibles pour l'année 2021-2022.</p>	
INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale	✓
	Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire	✓
	Promouvoir une santé mentale positive chez les jeunes	●
	Harmoniser le modèle clinique des services en santé mentale pour jeunes	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de patients NSA																										
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana																									
FRÉQUENCE	Trimestrielle																									
SOURCE DE DONNÉES	3M																									
CIBLE	Diminution du nombre de cas de 2 % (année de référence 2019-2020)																									
DESCRIPTION	Les niveaux de soins alternatifs (NSA) représentent un enjeu de taille pour notre système de santé ainsi que pour le patient lui-même. Au Canada, il y a de plus en plus de lits de soins de courte durée et de soins prolongés occupés par des personnes âgées en attente de transfert vers un milieu de soins plus approprié. Les cas NSA limitent la capacité des hôpitaux, en réduisant la disponibilité des lits pour des admissions, des transferts entre établissements et des opérations chirurgicales non urgentes et en augmentant le temps d'attente à l'urgence pour un lit d'hospitalisation.																									
RÉSULTAT CIBLE 2,269	<table border="1"> <caption>Data for NSA Cases (2020-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>170</td> <td>140</td> <td>224</td> <td>173</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>67</td> <td>89</td> <td>84</td> <td>122</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>52</td> <td>66</td> <td>91</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>145</td> <td>124</td> <td>191</td> <td>194</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	T1	T2	T3	T4	Zone 1B	170	140	224	173	Zone 4	67	89	84	122	Zone 5	52	66	91	57	Zone 6	145	124	191	194
Zone	T1	T2	T3	T4																						
Zone 1B	170	140	224	173																						
Zone 4	67	89	84	122																						
Zone 5	52	66	91	57																						
Zone 6	145	124	191	194																						
INTERPRÉTATION	Un nombre peu élevé est préférable afin de pouvoir offrir à toute la population et particulièrement aux personnes âgées un continuum pertinent et efficace de soins. Un nombre élevé de patients NSA peut indiquer un besoin d'augmentation des capacités en soins communautaires, en établissements résidentiels pour adultes et en foyers de soins niveaux 3-4. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 6 présentait le nombre de patients NSA le plus élevé (194). À noter que les données de 3M ne sont pas encore disponibles pour l'année 2021-2022.																									
INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓																								
	Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète	✓																								
	Instaurer une approche gériatrique	✓																								
	Cibler à l'urgence des patients potentiels à devenir NSA	✓																								
	Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgences	○																								
	Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓																								

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de jours NSA																										
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana																									
FRÉQUENCE	Trimestrielle																									
SOURCE DE DONNÉES	3M																									
CIBLE	Diminution du nombre de jours (2 % comparativement à 2019-2020)																									
DESCRIPTION	<p>Les jours NSA est un indicateur bien connu relié à l'efficacité du système de santé. Même si le nombre de cas NSA est plus ou moins stable, il est important d'analyser le nombre de jours NSA afin de s'assurer que ces patients soient transférés vers un milieu de soins plus approprié et ce, le plus rapidement possible. Il a été prouvé que plus les jours NSA augmentent, plus le temps d'attente à l'urgence pour un lit d'hospitalisation est long. De plus, au cours des dernières années, il a été établi que les personnes âgées en attente de placement risquent de voir leur santé générale et leur bien-être se détériorer lors d'hospitalisations prolongées.</p>																									
RÉSULTAT CIBLE	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>RÉSULTAT CIBLE</p> <p>114,990</p> </div> </div> <table border="1" style="margin-top: 10px; width: 100%; border-collapse: collapse;"> <caption>Données des barres (2020-2021 - Jours NSA)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>7,554</td> <td>5,279</td> <td>10,743</td> <td>7,184</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,189</td> <td>2,378</td> <td>3,004</td> <td>4,881</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1,948</td> <td>4,747</td> <td>2,415</td> <td>3,173</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>6,064</td> <td>3,097</td> <td>6,861</td> <td>8,475</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	T1	T2	T3	T4	Zone 1B	7,554	5,279	10,743	7,184	Zone 4	1,189	2,378	3,004	4,881	Zone 5	1,948	4,747	2,415	3,173	Zone 6	6,064	3,097	6,861	8,475
Zone	T1	T2	T3	T4																						
Zone 1B	7,554	5,279	10,743	7,184																						
Zone 4	1,189	2,378	3,004	4,881																						
Zone 5	1,948	4,747	2,415	3,173																						
Zone 6	6,064	3,097	6,861	8,475																						
INTERPRÉTATION	<p>Un nombre peu élevé est préférable. Les données de 2020-2021 montrent une diminution du nombre de jours NSA comparativement aux deux dernières années. Au quatrième trimestre de 2020-2021, le nombre de jours NSA était plus élevé dans la Zone 6 (8,475). À noter que les données de 3M ne sont pas encore disponibles pour l'année 2021-2022.</p>																									
INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓																								
	Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète	✓																								
	Instaurer une approche gériatrique	✓																								
	Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓																								
	Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgence	○																								
	Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓																								

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	3M	
CIBLE	0%	
DESCRIPTION	<p>L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du Réseau. Il est important de surveiller les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon efficiente. Cet indicateur représente l'efficacité de la durée de séjour dans nos hôpitaux pour les cas typiques. Il représente en pourcentage la différence entre la durée de séjour en soins de courte durée pour l'ensemble des hôpitaux du Réseau de santé Vitalité et la durée prévue de séjour de l'ICIS. Les cas typiques excluent les décès, les transferts entre établissements de soins de courte durée, les sorties contre l'avis du médecin et les séjours prolongés (au-delà du point de démarcation). Les jours NSA sont aussi exclus du calcul pour cet indicateur.</p>	
RÉSULTAT CIBLE		
INTERPRÉTATION	<p>Un faible pourcentage est souhaitable. Il y a eu une diminution pour 2020-2021 par rapport aux deux années précédentes. La pandémie de COVID-19 a pu influencer les résultats. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 4 et la Zone 6 présentaient une performance satisfaisante par rapport à la cible. Certaines initiatives ont été mises en place afin de réduire la durée moyenne de séjour. À noter que les données de 3M ne sont pas encore disponibles pour l'année 2021-2022.</p>	
INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
	Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
	Favoriser un retour à domicile propice et rapide	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence																											
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana																										
FRÉQUENCE	Trimestrielle																										
SOURCE DE DONNÉES	MIS																										
CIBLE	57.20%																										
DESCRIPTION	<p>Cet indicateur reflète le pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence. Lors d'une visite à l'urgence, la gravité de la visite est codée selon l'échelle de triage et de gravité canadienne. Les visites à l'urgence de niveaux 4 et 5 sont considérées comme moins urgentes. Les visites codées 4 (moins urgentes) sont définies comme des conditions liées à l'âge du client, à la détresse ou au potentiel de détérioration ou de complication. Les clients bénéficieraient d'une intervention ou d'un réconfort dans les 1 à 2 heures. Les visites codées 5 (non urgentes) sont définies comme des conditions qui peuvent être aiguës, mais non urgentes et qui peuvent faire partie d'un problème chronique avec ou sans signes de détérioration. L'investigation ou les interventions pour certaines de ces maladies ou blessures pourraient être retardées ou même référées à d'autres secteurs de l'hôpital ou du système de santé.</p>																										
RÉSULTAT CIBLE	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;">57.2%</div> </div> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <caption>Données des graphiques</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>2018-2019 - % 4 et 5</th> <th>2019-2020 - % 4 et 5</th> <th>2020-2021 - % 4 et 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>61.2%</td> <td>60.6%</td> <td>59.2%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>56.2%</td> <td>54.5%</td> <td>51.1%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>58.1%</td> <td>56.9%</td> <td>54.1%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 - 2021-2022 - % 4 et 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>54.2%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>63.9%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>47.4%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>62.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	2018-2019 - % 4 et 5	2019-2020 - % 4 et 5	2020-2021 - % 4 et 5	Vitalité	61.2%	60.6%	59.2%	Horizon	56.2%	54.5%	51.1%	Province	58.1%	56.9%	54.1%	Zone	T1 - 2021-2022 - % 4 et 5	Zone 1B	54.2%	Zone 4	63.9%	Zone 5	47.4%	Zone 6	62.0%
Catégorie	2018-2019 - % 4 et 5	2019-2020 - % 4 et 5	2020-2021 - % 4 et 5																								
Vitalité	61.2%	60.6%	59.2%																								
Horizon	56.2%	54.5%	51.1%																								
Province	58.1%	56.9%	54.1%																								
Zone	T1 - 2021-2022 - % 4 et 5																										
Zone 1B	54.2%																										
Zone 4	63.9%																										
Zone 5	47.4%																										
Zone 6	62.0%																										
INTERPRÉTATION	<p>Un faible nombre de jours de visites 4 et 5 est souhaitable. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 4 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus élevé (63.9 %) tandis que la Zone 5 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus faible (47.4 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir eu un impact sur cet indicateur.</p>																										
INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓																									
	Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓																									
	Favoriser un retour à domicile propice et rapide	✓																									

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de départs volontaires des employés

LEADERSHIP	Johanne Roy																					
FRÉQUENCE	Trimestrielle																					
SOURCE DE DONNÉES	Méditech																					
CIBLE	276 (Résultat de 2020-2021)																					
DESCRIPTION	<p>Cet indicateur représente le nombre des employés temps plein et temps partiel ayant quitté l'organisation de leur propre initiative en raison de déménagements, avancement professionnels, raisons personnelles etc. Il inclut les employés permanents temps partiel et permanent temps plein. Il exclut les départs à la retraite, les congédiements, les étudiants, temporaires, occasionnels et emplois saisonniers.</p>																					
RÉSULTAT CIBLE 276	 <table border="1"> <caption>Tendance des départs volontaires (Vitalité)</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Nombre de départs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>199</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>235</td> </tr> <tr> <td>2020-2021</td> <td>276</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Distribution des départs volontaires par zone (T1 - 2021-2022)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Nombre de départs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Siège social</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Nombre de départs	2018-2019	199	2019-2020	235	2020-2021	276	Zone	Nombre de départs	Siège social	17	Zone 1B	34	Zone 4	12	Zone 5	14	Zone 6	12
Période	Nombre de départs																					
2018-2019	199																					
2019-2020	235																					
2020-2021	276																					
Zone	Nombre de départs																					
Siège social	17																					
Zone 1B	34																					
Zone 4	12																					
Zone 5	14																					
Zone 6	12																					
INTERPRÉTATION	<p>Un nombre peu élevé est souhaitable. Le nombre de départs volontaires est à la hausse depuis les trois dernières années. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 1B présentait le nombre de départs volontaires le plus élevé (34). La Zone 4 et la Zone 6 présentaient le nombre le moins élevé (12).</p>																					
INITIATIVES	<p>Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale</p>	✓																				
	<p>Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle</p>	✓																				
	<p>Réviser le programme de reconnaissance, développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle</p>	✓																				
	<p>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé</p>	✓																				
	<p>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail</p>	✓																				
	<p>Favoriser une culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail</p>	✓																				

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de roulement													
LEADERSHIP	Johanne Roy												
FRÉQUENCE	Trimestrielle												
SOURCE DE DONNÉES	Meditech												
CIBLE	1.67 selon les résultats de 2020-2021												
DESCRIPTION	Cet indicateur mesure le nombre de départs à temps plein et à temps partiel sur la moyenne des employés temps plein et temps partiel pour cette même période. Les départs incluent tous les employés qui ont quitté l'organisation pour les raisons suivantes: départs volontaires, retraites, congédiements, fin de contrat et manque de travail.												
RÉSULTAT CIBLE 1.67	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart shows the turnover rate (Taux de roulement) for three periods: 2018-2019 (1.65), 2019-2020 (1.57), and 2020-2021 (1.84). A red horizontal line indicates the target (Cible) at 1.67. The right chart shows the turnover rate for 2021-2022 across five zones: Siège social (0.00), Zone 1B (1.83), Zone 4 (1.66), Zone 5 (2.15), and Zone 6 (1.19). A red horizontal line indicates the target (Cible) at 1.67.</p>												
INTERPRÉTATION	Un taux peu élevé est souhaitable. On observe une augmentation du taux de roulement en 2020-2021 par rapport aux deux années précédentes. Au premier trimestre de 2021-2022, le taux de roulement était le plus élevé dans la Zone 5 (2.15).												
INITIATIVES	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Réviser le programme de reconnaissance, développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓	Réviser le programme de reconnaissance, développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle	✓	Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé	✓	Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail	✓	Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓
Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓												
Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓												
Réviser le programme de reconnaissance, développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle	✓												
Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé	✓												
Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail	✓												
Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓												

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Moyenne de jours de maladie payés par employé

LEADERSHIP	Johanne Roy																												
FRÉQUENCE	Trimestrielle																												
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech																												
CIBLE	12.00																												
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète la moyenne de jours de maladie payés par employé du Réseau de santé Vitalité. L'absentéisme peut être causé par des problèmes de santé physique, de santé psychologique, de l'environnement de travail et des situations familiales.																												
RÉSULTAT CIBLE 12.00	<table border="1"> <caption>Vitalité - Moyenne de jours de maladie payés par employé</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Jours par employé</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018-2019</td> <td>12.62</td> <td>12.00</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>12.54</td> <td>12.00</td> </tr> <tr> <td>2020-2021</td> <td>11.58</td> <td>12.00</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2021-2022 - Moyenne de jours de maladie payés par employé par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Jours par employé</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>11.36</td> <td>12.00</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>13.20</td> <td>12.00</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>13.69</td> <td>12.00</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>12.67</td> <td>12.00</td> </tr> </tbody> </table>		Période	Jours par employé	Cible	2018-2019	12.62	12.00	2019-2020	12.54	12.00	2020-2021	11.58	12.00	Zone	Jours par employé	Cible	Zone 1B	11.36	12.00	Zone 4	13.20	12.00	Zone 5	13.69	12.00	Zone 6	12.67	12.00
Période	Jours par employé	Cible																											
2018-2019	12.62	12.00																											
2019-2020	12.54	12.00																											
2020-2021	11.58	12.00																											
Zone	Jours par employé	Cible																											
Zone 1B	11.36	12.00																											
Zone 4	13.20	12.00																											
Zone 5	13.69	12.00																											
Zone 6	12.67	12.00																											
INTERPRÉTATION	Un nombre peu élevé est souhaitable. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 5 présentait la moyenne de jours de maladie payés par employé la plus élevée (13.69). Seule la Zone 1B présentait un résultat inférieur à la cible.																												
INITIATIVES	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓																											
	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓																											
	Réviser le programme de reconnaissance, développer et rendre disponible des outils pour faciliter la reconnaissance informelle	✓																											
	Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé	✓																											
	Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail	✓																											
	Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, la santé et la sécurité psychologique au travail	✓																											

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de patients-partenaires		
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Direction Qualité, Risques et Expérience patient	
CIBLE	22 patients partenaires	
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le nombre de patients-partenaires recrutés au sein du Réseau de santé Vitalité qui peuvent ou qui pourront participer à des équipes/comités. Le partenaire de l'expérience patient (PEP) est une personne qui a une expérience récente et significative avec le Réseau de santé Vitalité comme un patient, un membre de sa famille, un proche ou un aidant naturel. Il travaille en partenariat avec la direction et les équipes du Réseau et apporte son expertise et ses connaissances pour aider à améliorer l'expérience de soins et les services.	
RÉSULTAT	Le Réseau de santé compte présentement 16 patients partenaires et la cible est de 22 pour l'année 2021-2022. Les comités/équipes qui incluent des PEP sont les suivants: comité consultatif des patients et familles, comité médical consultatif, comité des soins de santé primaires local (Zone 4), unité clinique apprenante sur le service de chirurgie, comité de travail Récupération rapide après chirurgie, comité gouvernance régional (service de chirurgie), groupe de travail sur la transformation des soins de santé primaire, unité clinique apprenante sur la santé respiratoire, groupe de travail sur l'accès aux services/soins de santé respiratoire, groupe de travail sur la prévention et cessation du tabac et initiative amis des bébés (Zone 4).	
INTERPRÉTATION	L'atteinte de la cible est souhaitable (22 patients partenaires) puisque l'expertise et la compréhension du système de santé acquise lors d'expériences vécues au sein du Réseau des patients partenaires aide le Réseau à comprendre ce qui compte le plus pour les patients et les familles. La cible n'a pas été atteinte en raison de la pandémie et puisque les bénévoles ne pouvaient pas entrer dans les établissements du Réseau en phases oranges et rouges.	
INITIATIVES	Mettre en place des outils pour favoriser l'intégration des patients partenaires au sein des équipes	✓
	Poursuivre le recrutement de partenaire de l'expérience patient (PEP)	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

FICHE EXPLICATIVE

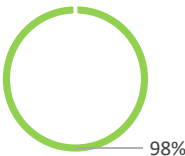
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de nouveaux partenariats		
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Données internes du Réseau	
CIBLE	3	
DESCRIPTION	Cette mesure reflète le nombre de nouveaux partenariats avec le Réseau de santé Vitalité et ayant signé un contrat ou un engagement avec des objectifs clairs à atteindre. Les partenariats sont avec des organismes légalement constitués. Le partenariat peut avoir lieu à l'échelle de l'organisme ou d'une équipe spécifique de travail.	
RÉSULTAT	Au premier trimestre de 2021-2022, le Réseau compte 0 nouveau partenariat.	
INTERPRÉTATION	Le Réseau de santé Vitalité vise de conclure une entente avec 3 nouveaux partenariats en 2021-2022.	
INITIATIVES	Développer des ententes avec les universités et autres organismes affiliés	✓
	Intégrer des partenaires dans les initiatives du Réseau	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'achèvement du plan stratégique des TI

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

5.2

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombres d'initiatives approuvées du plan stratégique des TI mises en œuvre	
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications
CIBLE	À déterminer
DESCRIPTION	Il s'agit du nombre d'initiatives approuvées du plan stratégique spécifique au secteur des technologies de l'information et des télécommunications mis en œuvre. Cet indicateur sera mesuré à partir du deuxième trimestre de 2021-2022.
RÉSULTATS	
INTERPRÉTATION	Un nombre élevé est souhaitable.
INITIATIVES	Élaborer et mettre en œuvre un plan de développement et de gestion de technologies de l'information ✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

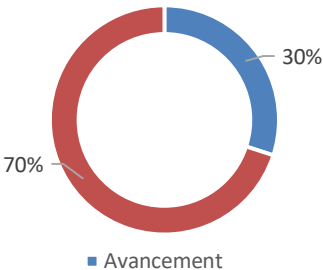
Nombre de consultations cliniques effectuées avec des technologies virtuelles

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu											
FRÉQUENCE	Trimestrielle											
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications											
CIBLE	Augmentation de 10 % par trimestre											
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le nombre de fois où les technologies virtuelles sont utilisées par le Réseau de santé Vitalité (Zoom et vidéoconférence). Les statistiques présentées incluent l'utilisation clinique de la vidéoconférence ainsi que l'utilisation clinique et administrative de la plateforme Zoom.											
RÉSULTAT CIBLE	<p style="text-align: center;">Nombre d'heures d'utilisation</p> <table border="1"> <caption>Nombre d'heures d'utilisation par trimestre (2021-2022)</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Nombre d'heures d'utilisation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 - 2021-2022</td> <td>5,520.00</td> </tr> <tr> <td>T2 - 2021-2022</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>T3 - 2021-2022</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>T4 - 2021-2022</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Nombre d'heures d'utilisation	T1 - 2021-2022	5,520.00	T2 - 2021-2022	0.00	T3 - 2021-2022	0.00	T4 - 2021-2022	0.00
Trimestre	Nombre d'heures d'utilisation											
T1 - 2021-2022	5,520.00											
T2 - 2021-2022	0.00											
T3 - 2021-2022	0.00											
T4 - 2021-2022	0.00											
INTERPRÉTATION	Cet indicateur ne distingue pas le nombre d'utilisation clinique seulement pour le moment. L'indicateur distinguera les heures d'utilisation cliniques et les heures d'utilisation administratives à partir du deuxième trimestre de 2021-2022.											
INITIATIVES	Développer les soins virtuels	✓										

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Stéphane Legacy	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des infrastructures	
CIBLE	25 % par trimestre	
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements.	
RÉSULTAT	<p>Pourcentage d'avancement</p>  <p>70% 30%</p> <p>■ Avancement</p>	
INTERPRÉTATION	Cet indicateur inclut uniquement les équipements de plus de 100 000 \$.	
INITIATIVES	Compléter les travaux pour le nouveau bloc opératoire et les soins intensifs au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	○
	Voir à la mise en œuvre du plan directeur du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les UCA

LEADERSHIP	Brigitte Sonier Ferguson	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Recherche, développement scientifique et formation	
CIBLE	9	
DESCRIPTION	Il s'agit du nombre de meilleures pratiques mises en œuvre suite aux recommandations des UCAs.	
RÉSULTAT	Depuis le début de l'année 2020-2021, deux meilleures pratiques a été mises en œuvre via les unités cliniques apprenantes (ERAS et outil de dépistage pour les aînés vulnérables).Il est également à noter que le Plan d'affaires pour l'hôpital de jour gériatrique a été approuvé en janvier 2021. Aucune nouvelle meilleure pratique n'a été mise en oeuvre au premier trimestre de 2021-2022.	
INTERPRÉTATION	Un nombre élevé est souhaitable.	
INITIATIVES	Mise en œuvre d'une philosophie d'organisation apprenante	✓
	Poursuivre le développement des trois piliers de la mission universitaire afin de soutenir l'approche apprenante: Soins spécialisés et surspécialisés, formation et recherche	✓

Table des matières

Pages

Sommaire	3
Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	7
CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	8
Taux de réadmission 30 jours	9
% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	10
Variance entre le budget et les dépenses actuelles	11
Coût par jour repas	12
Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	13
Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	14
Variance en salaires et bénéfices	15
Variance en dépenses médicaments	16
Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	17
Coût en énergie par pied carré	18
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	19
Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus	20
Taux de césarienne à faibles risques	21
Taux de chutes	22
Taux de chutes avec blessures graves	23
Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	24
Taux d'incidents médicamenteux	25
Taux de conformité à l'hygiène des mains	26
Taux d'infection Clostridium difficile	27
Taux d'infection et de colonisation au SARM	28
Taux d'infection et de colonisation ERV	29
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	30
% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	31
% chirurgies urgentes effectuées dans les délais	32
% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	33
% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	34
Taux global aux modules e-apprentissage	35
% de postes permanents vacants	36
Taux d'accidents du travail	37
Taux de conformité dans les appréciations de rendement	38
Nombre de nouveaux griefs	39
% d'heures de maladie	40
% d'heures de surtemps	41
Heures travaillées PPU/jours-patients	42
Nombre d'accidents de travail	43
Nombre d'arrêts de travail et perte de temps associée	44
Nombre de blessures par catégorie associés aux accidents de travail	45
Taux d'accident de violence	46

Réseau de santé Vitalité

Tableau de bord équilibré 2021-2022

Rapport trimestriel (T1)



ÉTAT D'AVANCEMENT

	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
Quadrant: Qualité/ Satisfaction à la clientèle										
1.1	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	Dre.Banville	181	196	130	130	✓	✓	✓	✓
1.2	CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	Jacques Duclos	42%	100%	47%	47%	✗			
1.3	Taux de réadmission 30 jours	Dre. Banville	8.39	8.17	8.96	8.48	✗	✗	!	!
1.4	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy	5.78%	5.66%	4.89%	4.78%	✓	✓	✓	✓
Quadrant: Financiers										
2.1	Variance du surplus (déficit) d'opération	Gisèle Beaulieu	\$6,929,815	\$0	-\$8,447,070	-\$8,447,070	✗			
2.2	Coût par jour repas	Stéphane Legacy	\$44.58	\$33.12	\$40.51	\$40.51	✗			
2.3	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Stéphane Legacy	\$5.28	\$4.66	\$5.27	\$5.27	✗			
2.4	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Stéphane Legacy	\$1.22	\$1.22	\$1.08	\$1.08	✓			
2.5	Variance en salaires et bénéfices	Gisèle Beaulieu	\$1,568,083	\$0	-\$763,653	-\$763,653	✗			
2.6	Variance en dépenses médicaments	Gisèle Beaulieu	\$324,775	\$0	-\$505,797	-\$505,797	✗			

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

ÉTAT D'AVANCEMENT

	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
Quadrant: Financiers										
2.7	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Gisèle Beaulieu	\$4,970,755	\$0	-\$4,070,771	-\$4,070,771	✗			
2.8	Coût en énergie par pied carré	Stéphane Legacy	\$4.37	\$5.54	\$4.71	\$4.71	✓			
Quadrant: Opérationnel										
3.1	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Dre.Banville	7.9%	0.0%	3.3%	1.7%	⚠	✗	⚠	⚠
3.2	Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus	Sharon Smyth-Okana	8.91	12.00	8.75	8.82	✓	✓	✓	✓
3.3	Taux de césarienne à faibles risques	Dre.Banville	9.9%	15.2%	9.7%	9.7%	✓	✓	✓	✓
3.4	Taux de chutes	Sharon Smyth-Okana	5.23	5.00	4.65	4.65	✓			
3.5	Taux de chutes avec blessures graves	Gisèle Beaulieu	0.05	0.00	0.06	0.06	✗			
3.6	Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Gisèle Beaulieu	0.000	0.000	0.012	0.012	⚠			
3.7	Taux d'incidents médicamenteux	Gisèle Beaulieu	3.51	3.32	3.11	3.11	✓			
3.8	Taux de conformité à l'hygiène des mains	Gisèle Beaulieu	85.1%	90.0%	84.5%	84.5%	⚠			

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

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Opérationnel										
3.9	Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu	1.68	3.57	1.60	1.60	✓			
3.10	Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu	0.42	1.29	0.00	0.00	✓			
3.11	Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu	0.00	0.05	0.00	0.00	✓			
3.12	Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Gisèle Beaulieu	115	100	121	128	✗	✗	✗	✗
3.13	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Sharon Smyth-Okana	11.9%	11.7%	8.9%	11.0%	✓	✓	✓	✓
3.14	% chirurgies urgentes effectuées dans les délais	Sharon Smyth-Okana	48.3%	53.1%	52.2%	52.2%	✗			
3.15	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	50.0%	75.0%	58.2%	58.2%	✗			
3.16	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	38.9%	85.0%	65.2%	65.2%	✗			
Quadrant: Ressources Humaines										
4.1	Taux global aux modules e-apprentissage	Johanne Roy	68.7%	70.0%	56.1%	56.1%	✗			

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

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
	INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4
Quadrant: Ressources Humaines										
4.2	% de postes permanents vacants	Johanne Roy	6.1%	7.1%	8.4%	8.4%	✗			
4.3	Taux d'accidents du travail	Johanne Roy	2.61	4.11	3.68	3.68	✓			
4.4	Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Johanne Roy	43.6%	65.0%	43.6%	43.6%	✗			
4.5	Nombre de nouveaux griefs	Johanne Roy	15	47	8	8	✓			
4.6	% d'heures de maladie	Johanne Roy	4.8%	5.5%	5.9%	5.9%	✗			
4.7	% d'heures de surtemps	Johanne Roy	2.6%	2.5%	3.3%	4.1%	✗			
4.8	Heures travaillées PPU/jours-patients	Sharon Smyth-Okana	7.74	6.09	6.16	6.16	!			
4.9	Nombre d'accidents de travail	Johanne Roy	N/D	N/D	265	265	✓			
4.10	Nombre d'arrêts de travail et perte de temps associée	Johanne Roy	N/D	N/D	39	39	✓			
4.11	Nombre de blessures par catégorie associés aux accidents de travail	Johanne Roy	N/D	N/D	265.00	265.00	✓			
4.12	Taux d'accidents de violence	Johanne Roy	N/D	0.98	0.47	0.47	✓			

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Dre.Banville	INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Améliorer le continuum de soins des patients	✓
DÉFINITION	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation pour trois maladies chroniques : 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.			
RÉSULTATS CIBLE 196	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart shows the provincial hospitalization rate per 100,000 population for three chronic conditions (MPOC, heart failure, and diabetes) from 2018-19 to 2020-21. The rates are 189 in 2018-19, 181 in 2019-20, and 130 in 2020-21. A red horizontal line indicates a target rate of 196. The right chart shows the quarterly hospitalization rates for six zones (Zone 1, Zone 4, Zone 5, and Zone 6) in 2020-21. The rates are: Zone 1 (112, 103, 111, 118), Zone 4 (194, 142, 181, 124), Zone 5 (136, 168, 154, 164), and Zone 6 (89, 94, 108, 105). Red horizontal lines indicate quarterly targets for each zone: Zone 1 (196), Zone 4 (196), Zone 5 (196), and Zone 6 (196).</p>			
ANALYSE ET INTERPRÉTATION	Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées. Le taux provincial d'hospitalisation était de 130 et était sous la cible pour l'année fiscale 2020-2021. La tendance du taux d'hospitalisation pour ces maladies chroniques est généralement à la baisse au sein de la province. Au quatrième trimestre de 2020-2021, le taux d'hospitalisation était le plus élevé dans la Zone 5 (164) et le plus bas dans la Zone 6 (105). À noter que les données provenant de l'ICIS sont disponibles seulement jusqu'à l'année 2020-2021.			

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Jacques Duclos	INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale	✓																																																																
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire	✓																																																																
SOURCE DE DONNÉES	CSDC-SPSC																																																																			
DÉFINITION	Cet indicateur permet aux services de santé mentale aux adultes et de traitement des dépendances de déterminer si les clients reçoivent des services dans les délais souhaités. Une prise en charge rapide des patients peut éviter des hospitalisations ou des réadmissions. Cet indicateur se calcule en divisant le nombre de clients de catégorie modérée vu dans les 40 jours divisés par le nombre total de clients dans cette catégorie.																																																																			
RÉSULTATS CIBLE 100%	<p>Tableau 1: Résultats par réseau de santé</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réseau de santé</th> <th>% 40 jours - 2018-19</th> <th>% 40 jours - 2019-20</th> <th>% 40 jours - 2020-21</th> <th>Cible - 2020-21</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>45%</td> <td>47%</td> <td>45%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>40%</td> <td>40%</td> <td>40%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>42%</td> <td>43%</td> <td>42%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tableau 2: Résultats par zone (2021-22)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>% 40 jours - T1</th> <th>Cible - T1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>53%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>29%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>93%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>44%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tableau 3: Résultats par établissement (2021-22)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Établissement</th> <th>T1 - % 40 jours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Zone 1B</td> <td>Beauséjour</td> <td>51%</td> </tr> <tr> <td>Richibucto</td> <td>56%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 4</td> <td>Edmundston</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>Grand-Sault</td> <td>32%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 5</td> <td>Kedgwick</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>Camp.</td> <td>93%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Zone 6</td> <td>Bathurst</td> <td>51%</td> </tr> <tr> <td>Caraquet</td> <td>22%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Shippagan</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tracadie</td> <td>40%</td> </tr> </tbody> </table>				Réseau de santé	% 40 jours - 2018-19	% 40 jours - 2019-20	% 40 jours - 2020-21	Cible - 2020-21	Vitalité	45%	47%	45%	100%	Horizon	40%	40%	40%	100%	Province	42%	43%	42%	100%	Zone	% 40 jours - T1	Cible - T1	Zone 1B	53%	100%	Zone 4	29%	100%	Zone 5	93%	100%	Zone 6	44%	100%	Zone	Établissement	T1 - % 40 jours	Zone 1B	Beauséjour	51%	Richibucto	56%	Zone 4	Edmundston	21%	Grand-Sault	32%	Zone 5	Kedgwick	64%	Camp.	93%	Zone 6	Bathurst	51%	Caraquet	22%		Shippagan	33%		Tracadie	40%
Réseau de santé	% 40 jours - 2018-19	% 40 jours - 2019-20	% 40 jours - 2020-21	Cible - 2020-21																																																																
Vitalité	45%	47%	45%	100%																																																																
Horizon	40%	40%	40%	100%																																																																
Province	42%	43%	42%	100%																																																																
Zone	% 40 jours - T1	Cible - T1																																																																		
Zone 1B	53%	100%																																																																		
Zone 4	29%	100%																																																																		
Zone 5	93%	100%																																																																		
Zone 6	44%	100%																																																																		
Zone	Établissement	T1 - % 40 jours																																																																		
Zone 1B	Beauséjour	51%																																																																		
	Richibucto	56%																																																																		
Zone 4	Edmundston	21%																																																																		
	Grand-Sault	32%																																																																		
Zone 5	Kedgwick	64%																																																																		
	Camp.	93%																																																																		
Zone 6	Bathurst	51%																																																																		
	Caraquet	22%																																																																		
	Shippagan	33%																																																																		
	Tracadie	40%																																																																		
ANALYSE ET INTERPRÉTATION	Un pourcentage élevé est souhaitable. Les résultats du premier trimestre de l'année 2021-2022 sont présentés par zone et par établissement. La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (93 %) au premier trimestre de 2021-2022 tandis que la Zone 4 présentait le pourcentage le plus faible (29 %). Le Réseau de santé Vitalité présentait, en 2020-2021, un pourcentage plus élevé de patients à priorité modérée traités dans les 40 jours que le Réseau de santé Horizon (45 % comparativement à 40 %).																																																																			

FICHE EXPLICATIVE

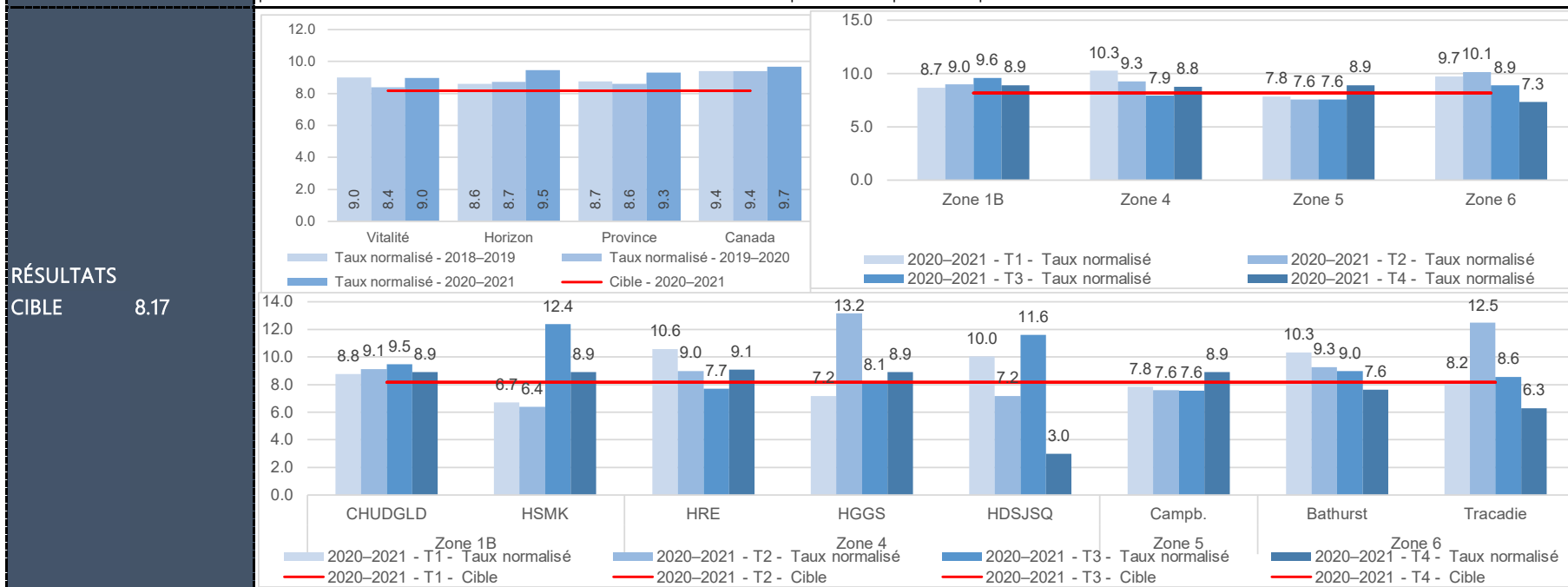
Indicateur: 1.3

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de réadmission 30 jours

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un faible résultat est favorable puisqu'il signifie qu'un faible pourcentage de patients ont été réadmis d'urgence dans le mois suivant leur congé de l'hôpital. Cette mesure peut contribuer à évaluer combien de patients présentent des problèmes de santé ou des complications à la suite d'un séjour à l'hôpital, et à quel point le système de santé réussit à offrir aux patients les soins de suivi nécessaires dès leur retour à la maison. La mesure est ajustée pour tenir compte de certaines différences quant aux types de patients traités dans un hôpital. Néanmoins, comme tous les indicateurs, elle ne peut pas être ajustée en fonction de toutes les différences. Lorsqu'on compare le taux de réadmission à l'hôpital, il est important de tenir compte du type d'hôpital. Par exemple, les grands hôpitaux d'enseignement traitent souvent des cas de patients plus complexes qui sont plus susceptibles de retourner à l'hôpital. Dans les petits hôpitaux en région rurale, il arrive que moins de services soient disponibles hors de l'hôpital pour veiller à ce que les patients reçoivent des soins de suivi adéquats. En 2020-2021, le Réseau de santé Vitalité présentait un taux de réadmission 30 jours moins élevé que le Réseau de santé Horizon et le Canada. Au quatrième trimestre, le taux de réadmission 30 jours était le plus élevé dans la Zone 1B et dans la Zone 5 (8.9). Le taux était le plus faible dans la Zone 6 (7.3). À noter que les données de l'ICIS sont disponibles seulement jusqu'à l'année 2020-2021.

FICHE EXPLICATIVE

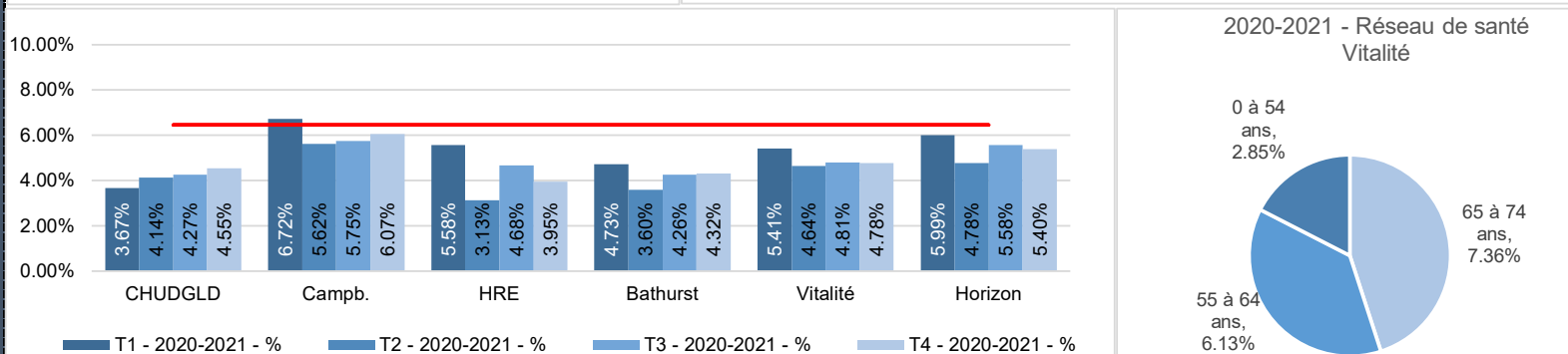
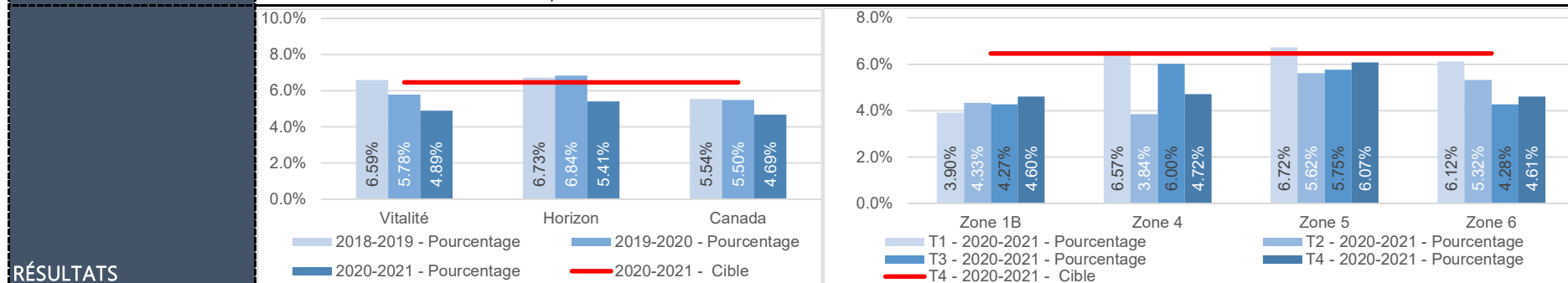
Indicateur: 1.4

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un faible taux est souhaitable. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins de santé primaire appropriés. Le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires a diminué au sein du Réseau de santé Vitalité depuis les trois dernières années. Au quatrième trimestre de 2020-2021, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires était le plus élevé dans la Zone 5 (6.07 %) et le plus bas dans la Zone 1B (4.60 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur. Les patients peuvent avoir hésité de consulter dans les soins de santé primaires initialement, ce qui a pu mener à des hospitalisations par la suite. À noter que les données de l'ICIS sont disponibles seulement jusqu'à l'année 2020-2021.

FICHE EXPLICATIVE

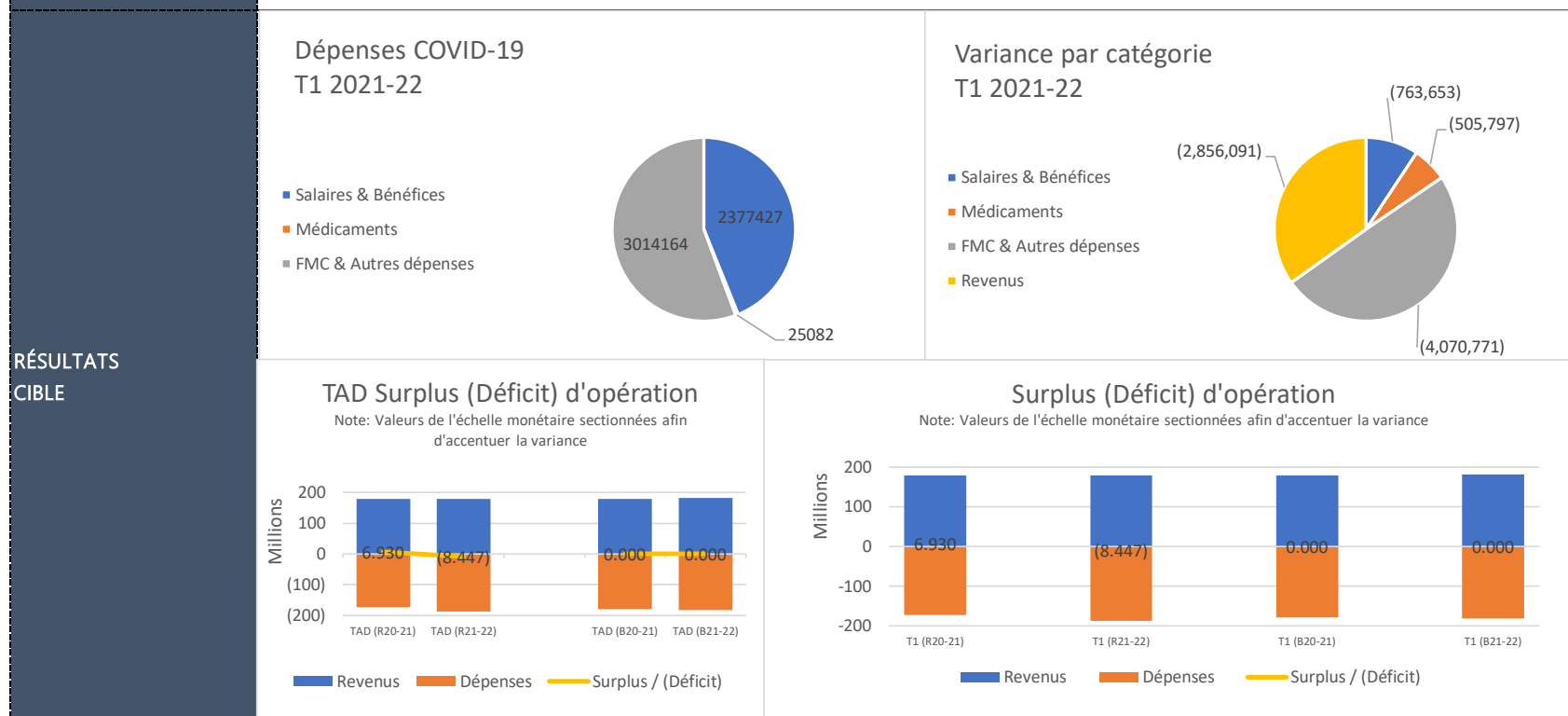
Indicateur: 2.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance entre le budget et les dépenses actuelles

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Après le premier trimestre 2021-2022, le Réseau de santé Vitalité affiche un déficit de 8.4 M\$ comparativement à un surplus de 6.9 M\$ l'année dernière. Ce déficit inclut principalement une baisse du revenu patient de 2.7 M\$ dû aux restrictions aux frontières du Québec et des États-Unis et des dépenses totales engagées en lien avec la COVID-19 de 5.4 M\$ après 3 mois d'opération.

FICHE EXPLICATIVE

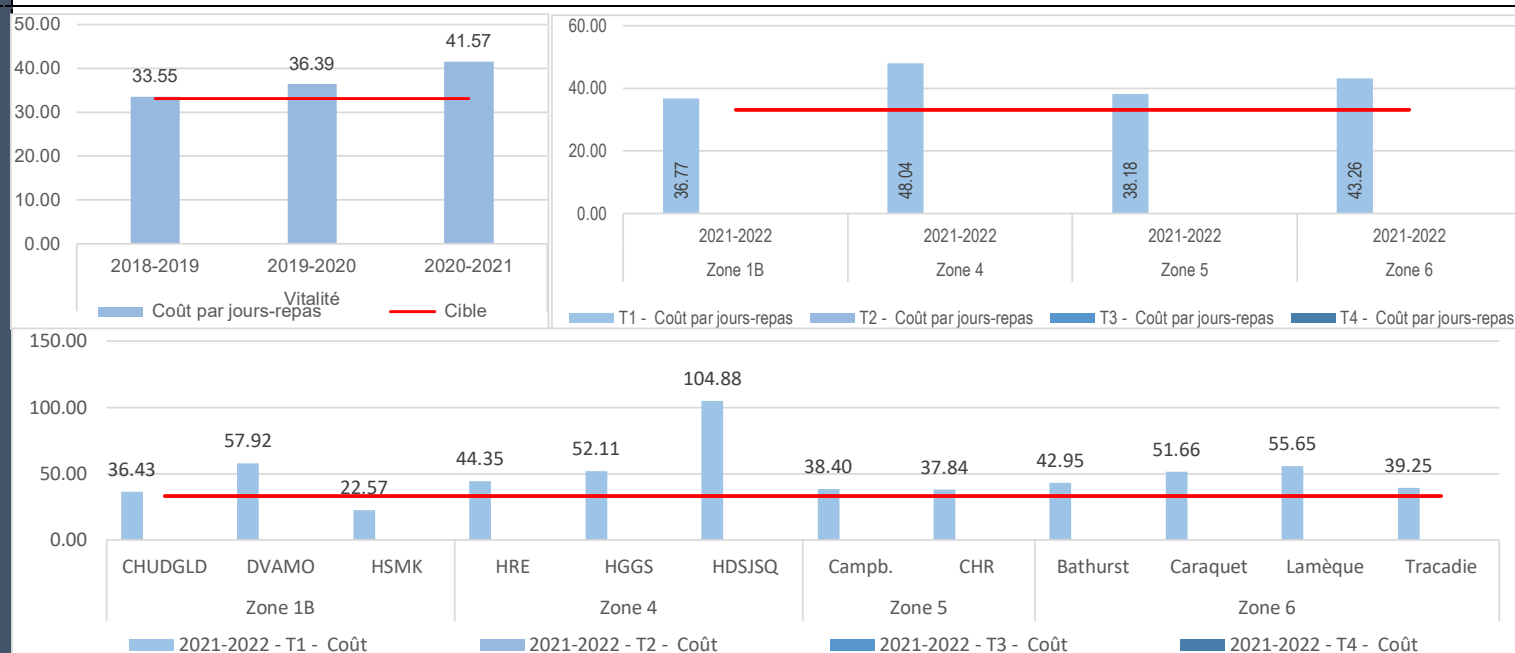
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Coût par jour repas

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

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

RÉSULTATS CIBLE 33.12



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Les résultats comparatifs à date pour les trois dernières années sont présentés. Le coût par jour repas est à la hausse depuis les trois dernières années. Le coût par jour repas est toujours au-dessus de la cible de 33.12 \$. L'analyse par zone montre que les coûts sont les plus élevés au premier trimestre dans la Zone 4 (48.04 \$).

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.3

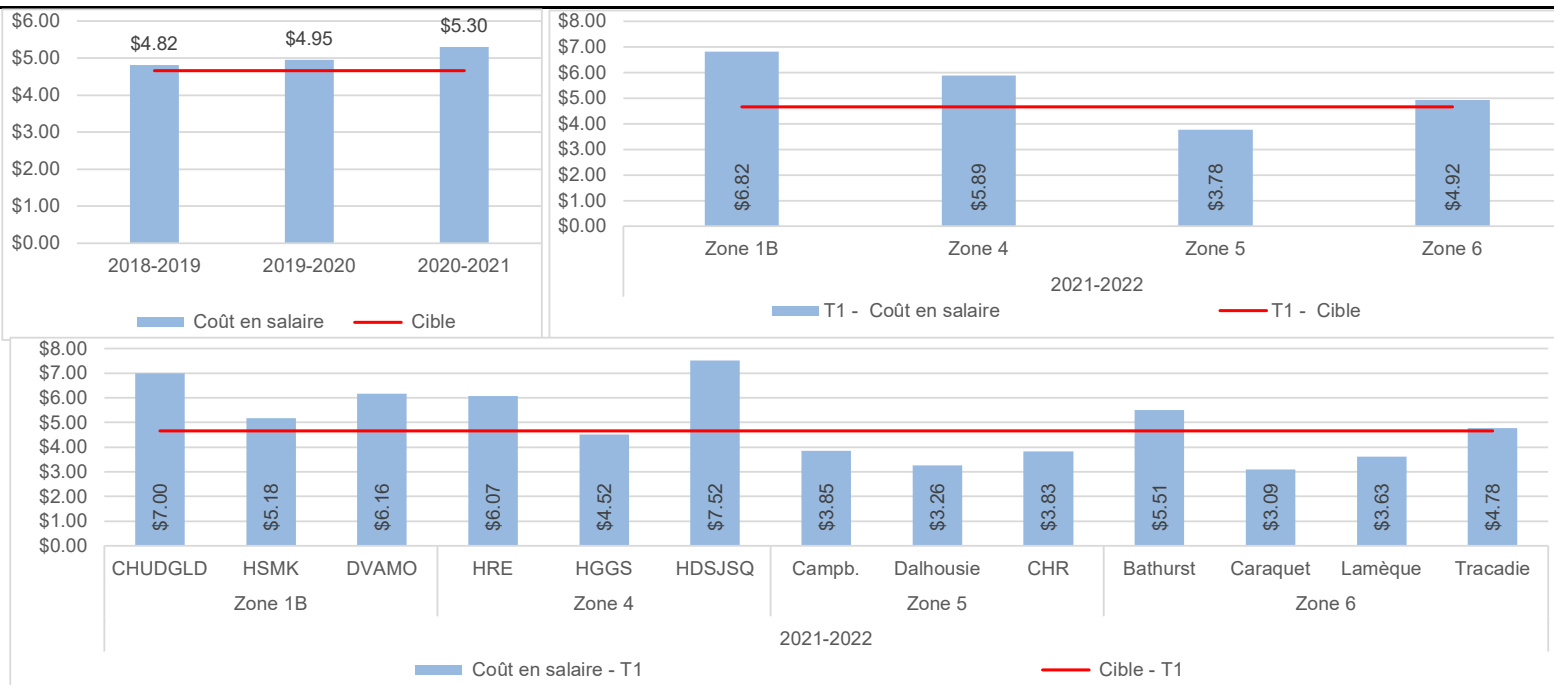
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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

RÉSULTATS CIBLE \$4.66



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Les coûts en salaires du service d'environnement sont à la hausse depuis les dernières années. L'analyse par zone montre que les coûts étaient les plus élevés dans la Zone 1B (6.82) au premier trimestre de 2021-2022.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.4

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Les résultats du premier trimestre de 2021-2022 par zone et par établissement sont présentés. La Zone 4 présentait le coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail le plus élevé (1.30 \$) tandis que la Zone 6 présente le coût le plus faible (0.96 \$). Le Réseau de santé Vitalité présentait un coût plus élevé que le Réseau de santé Horizon pour l'année 2020-2021 (1.22 \$ comparativement à 1.12 \$).

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance en salaires et bénéfices

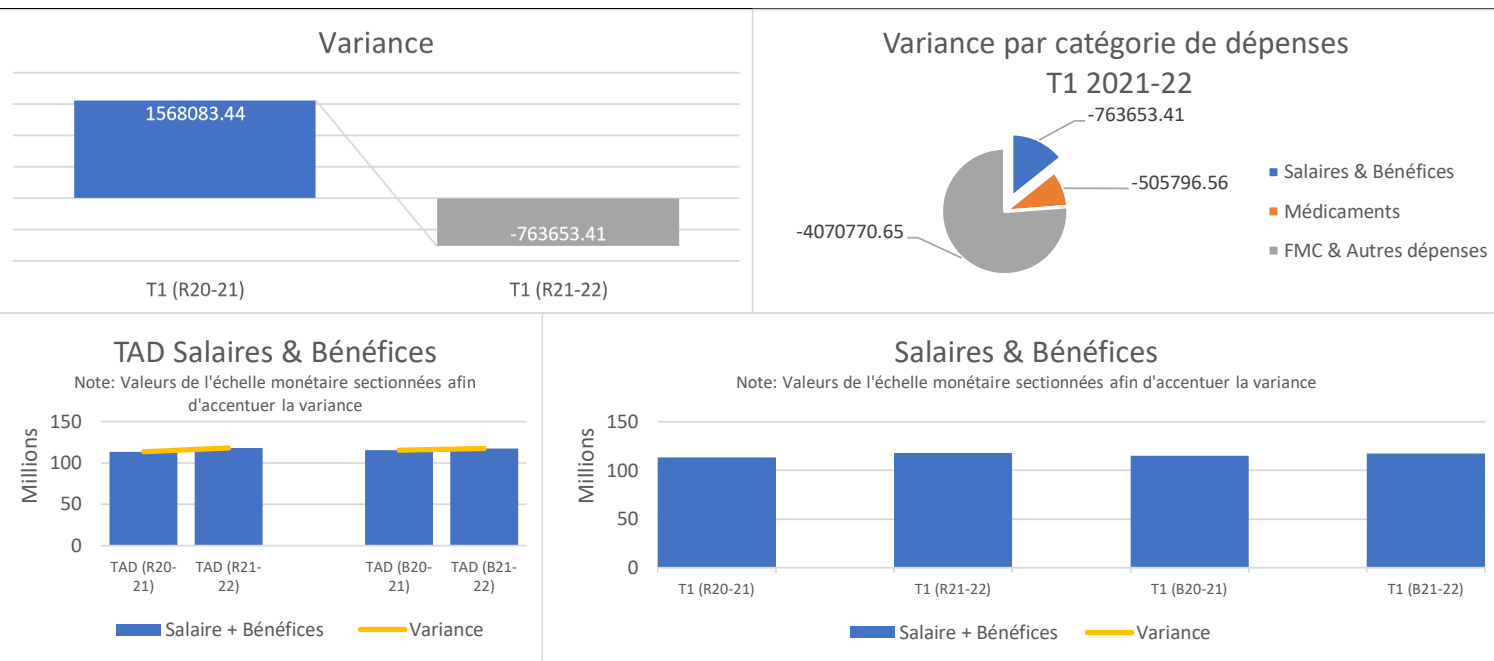
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech			

DÉFINITION

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

RÉSULTATS

CIBLE \$0.00



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Comparativement à l'année dernière, la variation au niveau des salaires et bénéfices est passé de 1.6 M\$ favorable dû au ralentissement des activités à une variance de 764 K\$ défavorable. Notons que les dépenses de salaires et bénéfices en lien avec la COVID-19 est de 2.4M \$ pour le premier trimestre. Si ces dépenses supplémentaires occasionnent un déficit d'opération au 31 mars 2022, ce déficit sera couvert par le Ministère.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.6

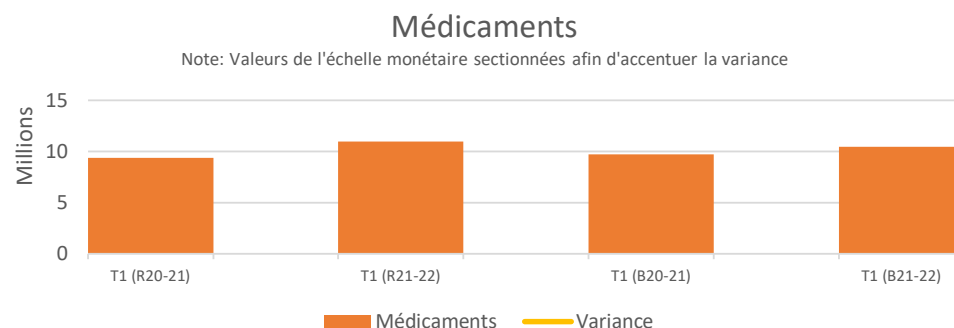
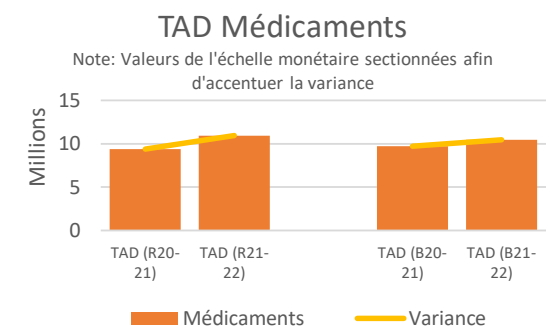
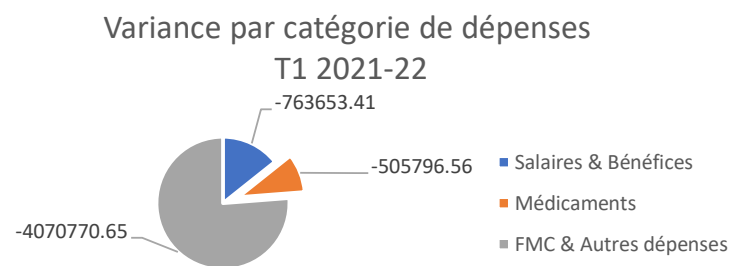
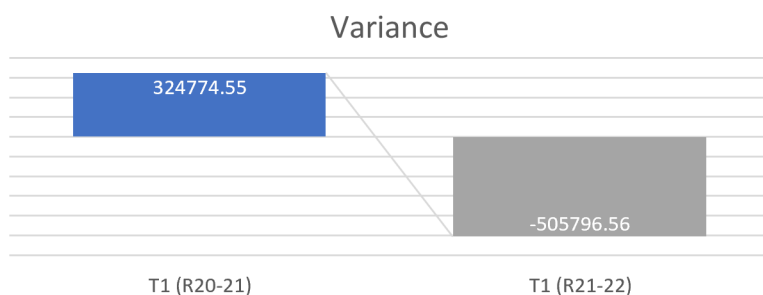
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance en dépenses médicaments

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

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

RÉSULTATS CIBLE \$0.00



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

L'écart défavorable de 506 K\$ au niveau des médicaments est principalement relié à la reprise des activités au niveau des services de l'oncologie (+29.4 % des visites comparativement à l'année dernière). La portion des dépenses en médicaments d'oncologie récupérables par amendements budgétaires sont supérieures aux projections de 931,500 \$ après le premier trimestre.

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses

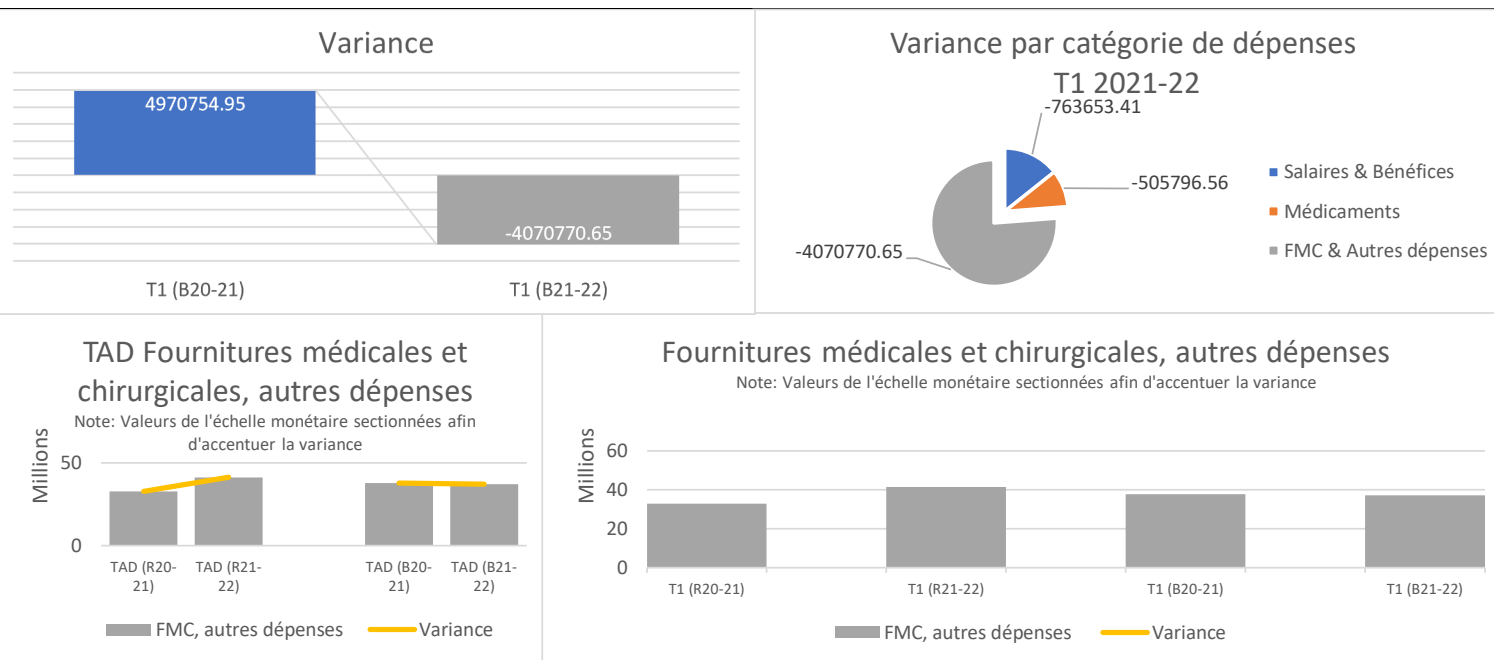
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Voir à la mise en œuvre du plan directeur du CHUDGLD	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Compléter les travaux pour le nouveau bloc opératoire et les soins intensifs au CHUDGLD	○
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech		Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓

DÉFINITION

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

RÉSULTATS

CIBLE \$0.00



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Comparativement à l'année dernière, la variation au niveau des fournitures médicales et chirurgicales et des autres dépenses est passée de 5 M\$ favorable dû au ralentissement des activités à une variance de 4.1 M\$ défavorable. Notons que les dépenses en lien avec la COVID-19 est de 3 M\$ pour le premier trimestre. Si ces dépenses supplémentaires occasionnent un déficit d'opération au 31 mars 2022, ce déficit sera couvert par le Ministère.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.8

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Coût en énergie par pied carré

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

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

RÉSULTATS CIBLE \$5.54



ANALYSE ET INTERPRÉTATION Le coût en énergie par pied carré était plus bas en 2020-2021 (4.83) comparativement au deux années précédentes. Au premier trimestre de 2021-2022, le coût était le plus élevé dans la Zone 1B (5.29) et le plus faible dans la Zone 5 (3.50).

FICHE EXPLICATIVE

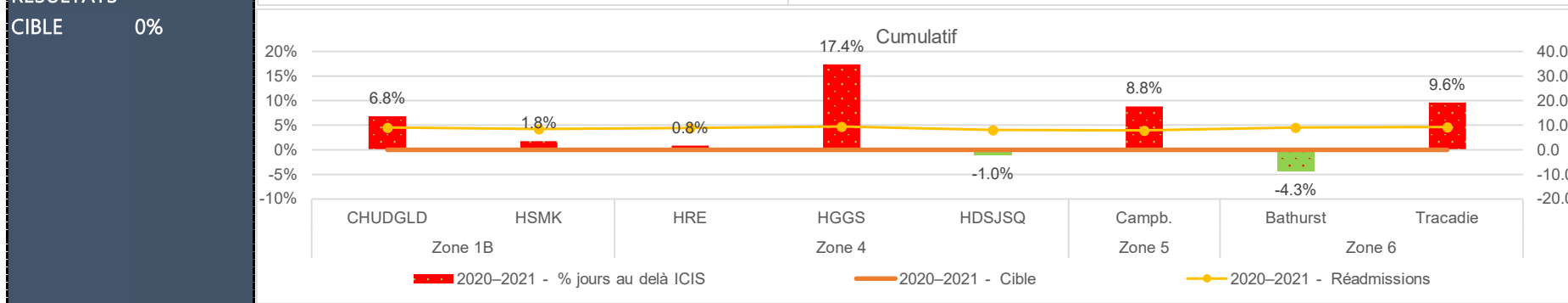
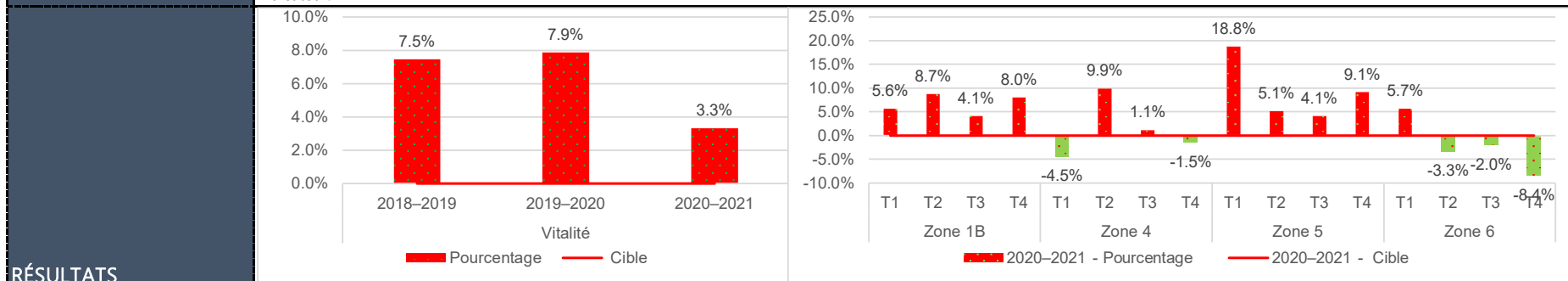
Indicateur: 3.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Si le pourcentage est peu élevé, c'est un signe d'efficacité dans notre durée de séjour. Il devrait donc y avoir une réduction dans les temps d'attente, un taux d'occupation stable et une augmentation dans la possibilité d'admettre et de traiter plus de patients. Cependant, il est possible qu'un pourcentage très peu élevé entraîne une augmentation du taux de réadmission. Les données ci-dessus sont présentées par zone et par établissement. Le graphique par établissement met en relation le pourcentage de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques avec le taux de réadmission. À noter que les données de 3M sont disponibles seulement jusqu'à l'année 2020-2021.

FICHE EXPLICATIVE

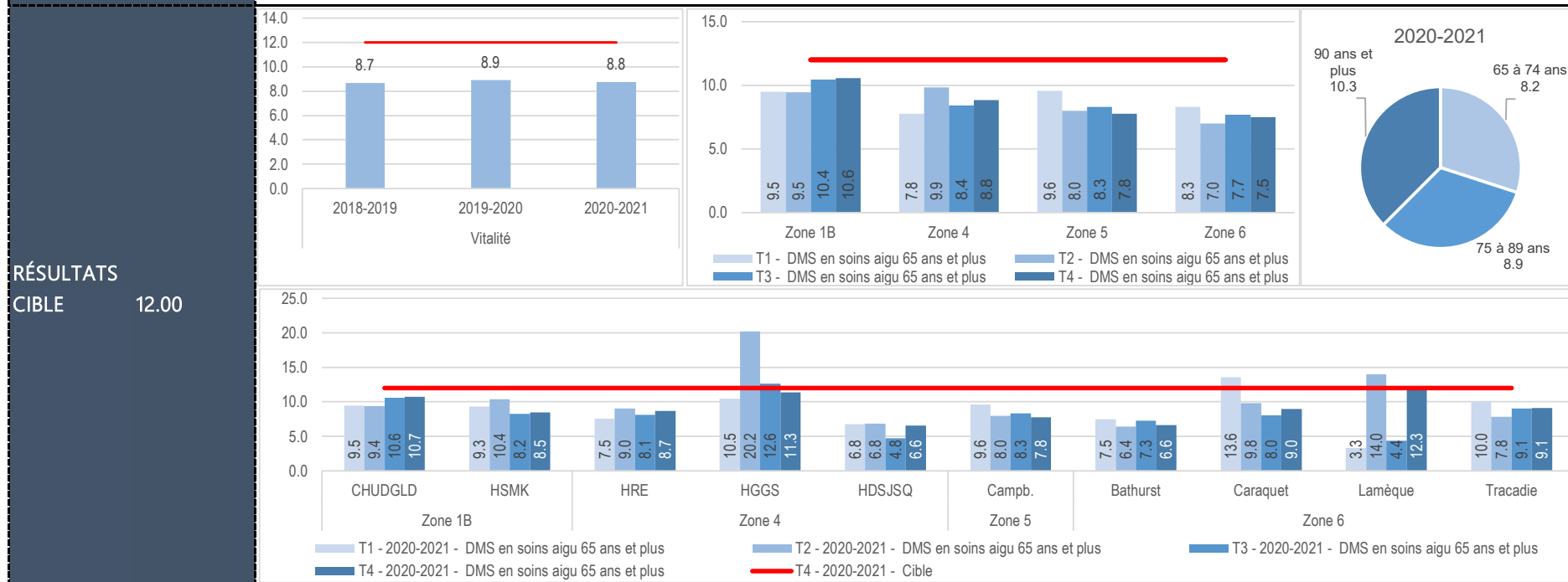
Indicateur: 3.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un séjour plus court est souhaitable. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la moyenne était plus élevée chez les 90 ans et plus (10.3). Le vieillissement de la population peut avoir un effet sur cet indicateur. À noter que les données de 3M sont disponibles seulement jusqu'à l'année 2020-2021.

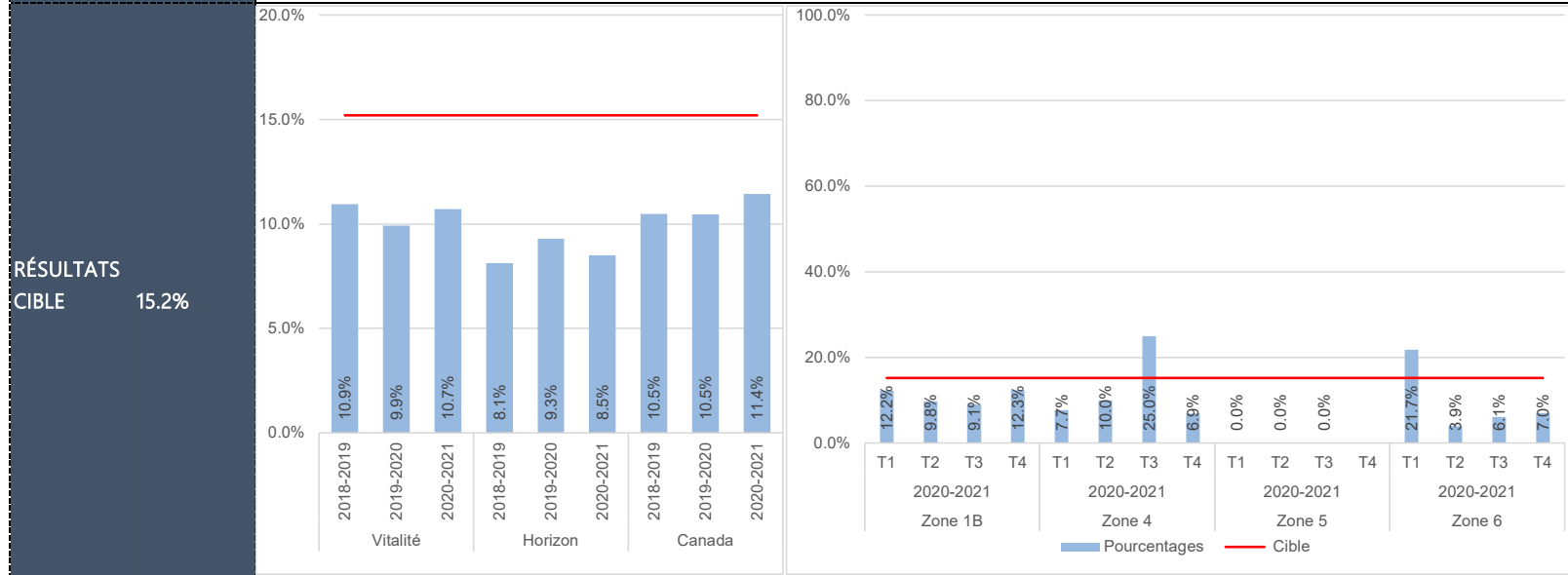
FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de césarienne à faibles risques

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

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



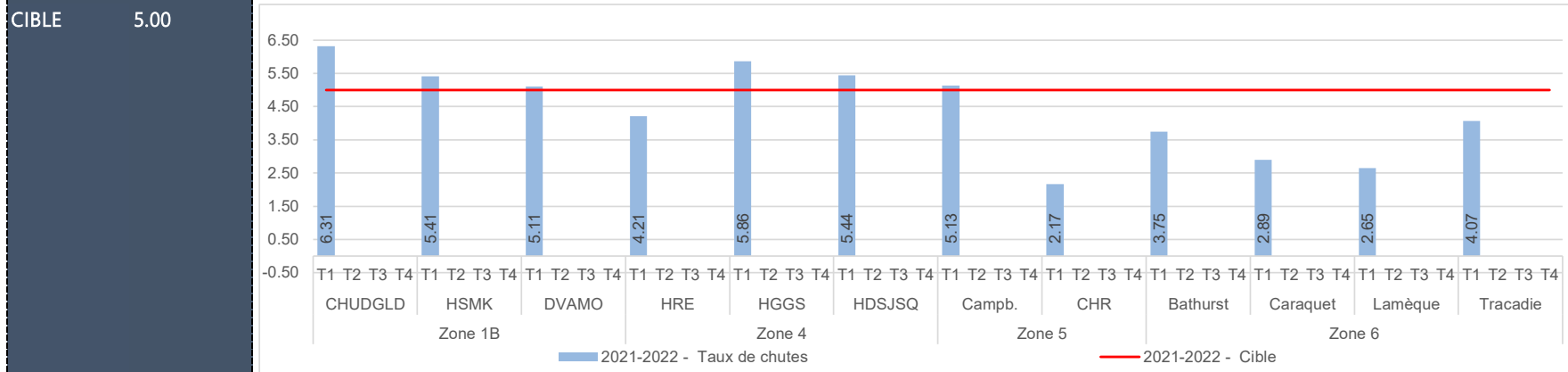
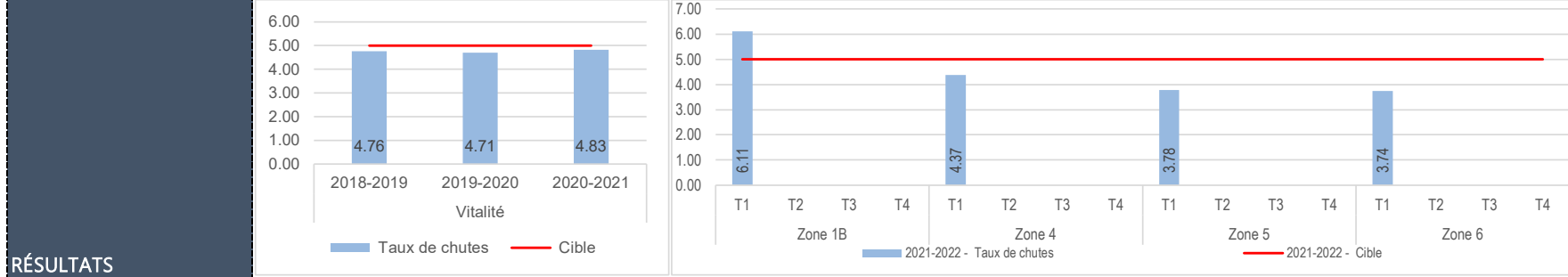
ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un faible taux est souhaitable. Les variations des résultats de cet indicateur pourraient faire état de différences dans la pratique clinique. Cet indicateur permet de signaler les éléments à améliorer et de réduire les taux de césariennes. Bien qu'il soit limité à une population à très faible risque, les efforts de réduction des taux de césariennes dans cette population pourraient entraîner une réduction globale des taux. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 1B a le taux de césariennes à faible risque le plus haut (12.3%). Cela représente 11 accouchements par césarienne sur 90 accouchements de grossesses à faible risque. Cet indicateur présente des nombres bruts peu élevés par trimestre et par établissement. Le taux par établissement peut ainsi varier d'un trimestre à l'autre. À noter que les données provenant de 3M sont disponibles seulement jusqu'à l'année 2020-2021.

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de chutes

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Un taux de chutes élevé présente également un potentiel de litige important pour le Réseau de santé Vitalité. Au premier trimestre de 2021-2022, le taux de chutes était le plus élevé dans la Zone 1B (6.11). Par établissement, ce taux était plus élevé au CHUDGLD (6.31) au premier trimestre.

FICHE EXPLICATIVE

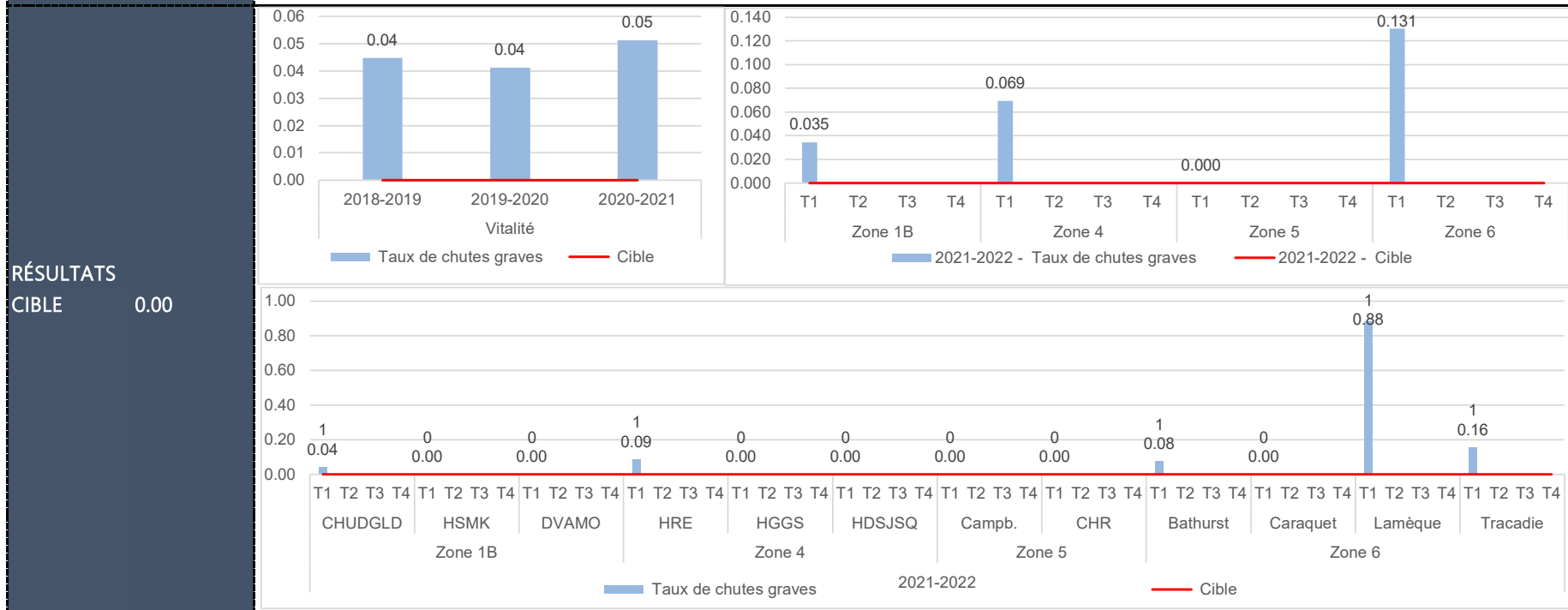
Indicateur: 3.5

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de chutes avec blessures graves

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car chez les personnes âgées, les chutes peuvent mener à une perte d'autonomie, de mobilité et augmentent le risque de décès précoce. La réduction des chutes et des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les patients et réduire les coûts. Au premier trimestre de 2021-2022, 5 chutes avec blessures graves ont été comptabilisées au sein du Réseau. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur.

FICHE EXPLICATIVE

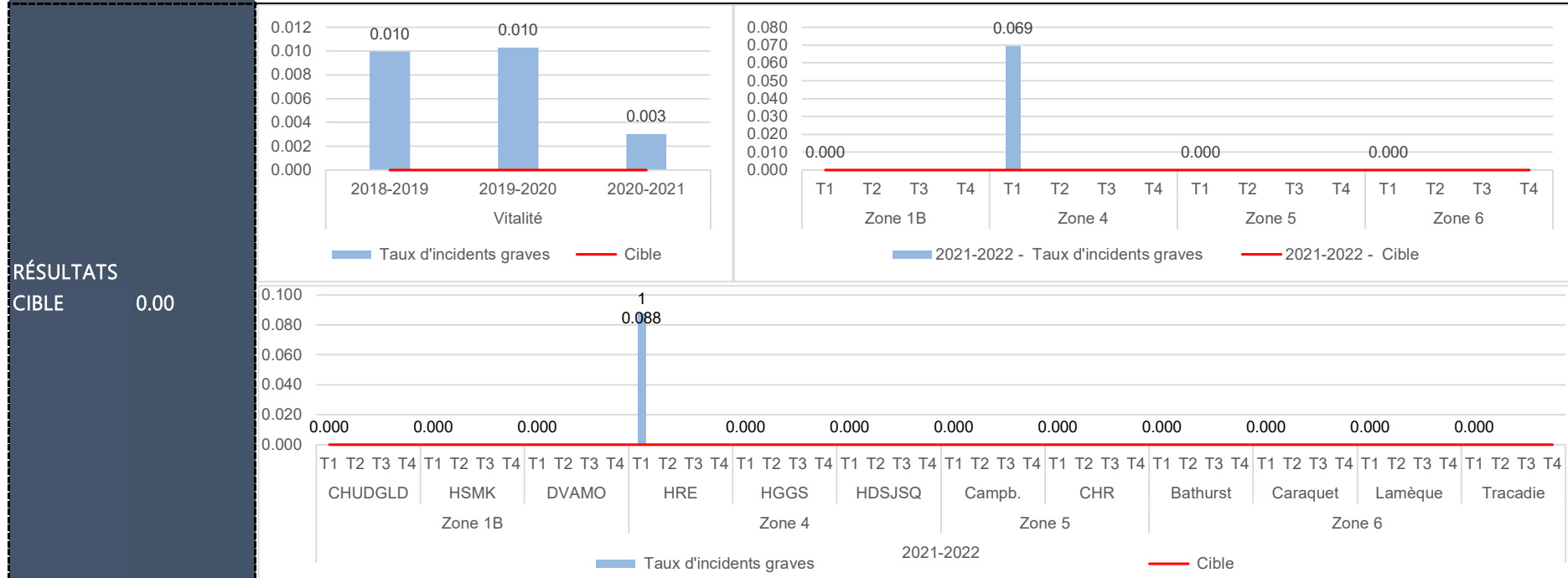
Indicateur: 3.6

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat nul est souhaitable. Parmi les risques hospitaliers, les incidents graves sont les plus importants et les études démontrent qu'ils seraient évitables dans 50 % des cas. Au premier trimestre de 2021-2022, un incident avec blessures graves a été comptabilisé au Réseau de santé Vitalité. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

FICHE EXPLICATIVE

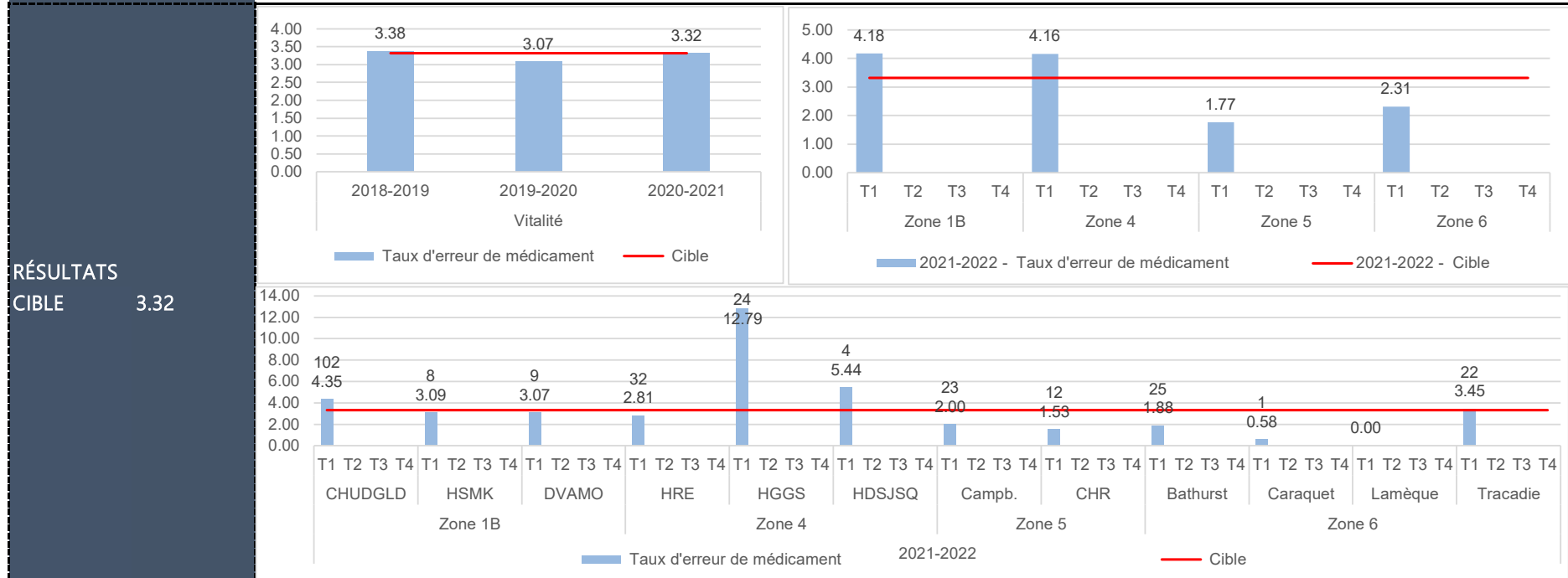
Indicateur: 3.7

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'incidents médicamenteux

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins de santé. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 1B présentait le taux le plus élevé (4.18).

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.8

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de conformité à l'hygiène des mains

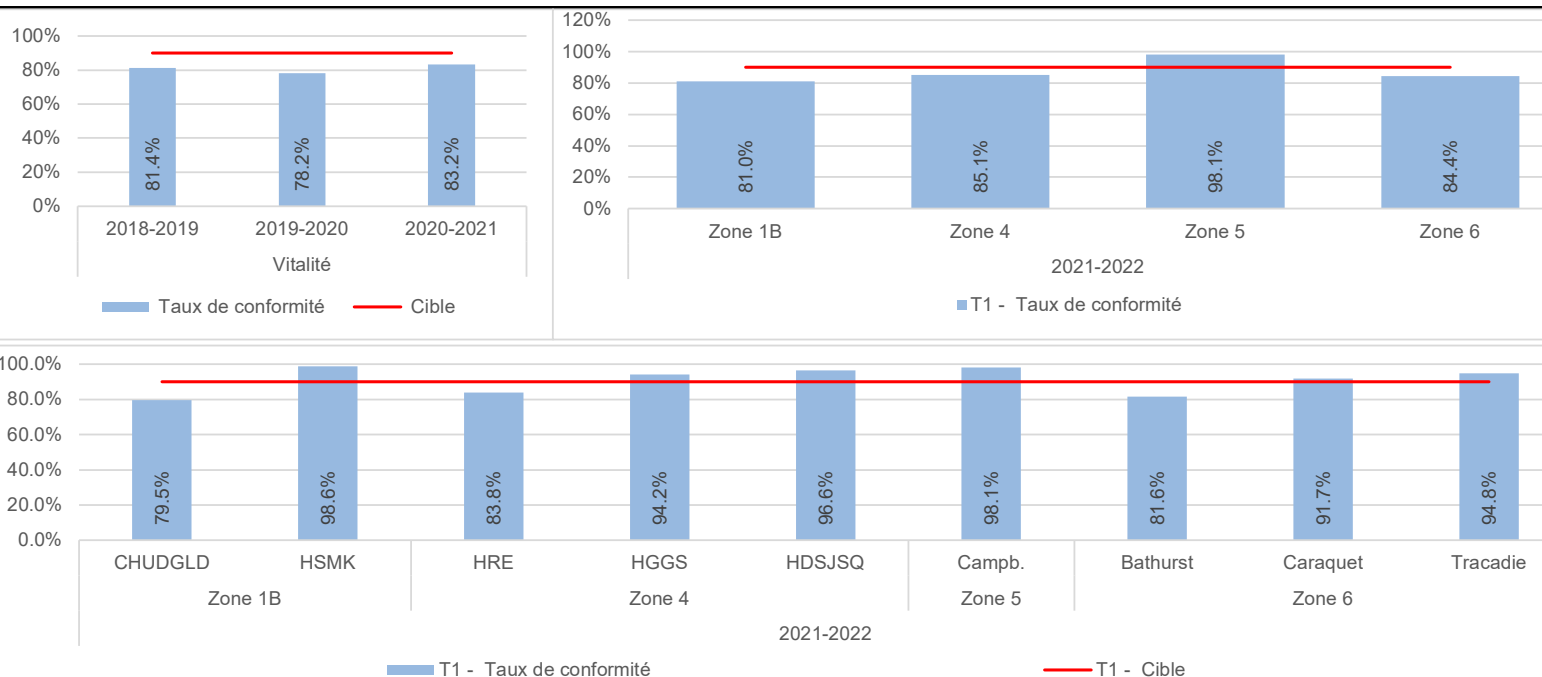
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité de soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Diminuer la propagation de la COVID-19	✓
SOURCE DE DONNÉES	Système CREDE			

DÉFINITION

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

RÉSULTATS

CIBLE 90%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux élevé est souhaitable. Le taux de conformité à l'hygiène des mains est relativement stable et démontre de bonnes pratiques sanitaires au sein du Réseau de santé Vitalité. Au premier trimestre de 2021-2022, le taux de conformité à l'hygiène des mains était le plus élevé dans la Zone 5 (98.1%). La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur étant donné l'importance l'hygiène des mains qui a été renforcée.

FICHE EXPLICATIVE

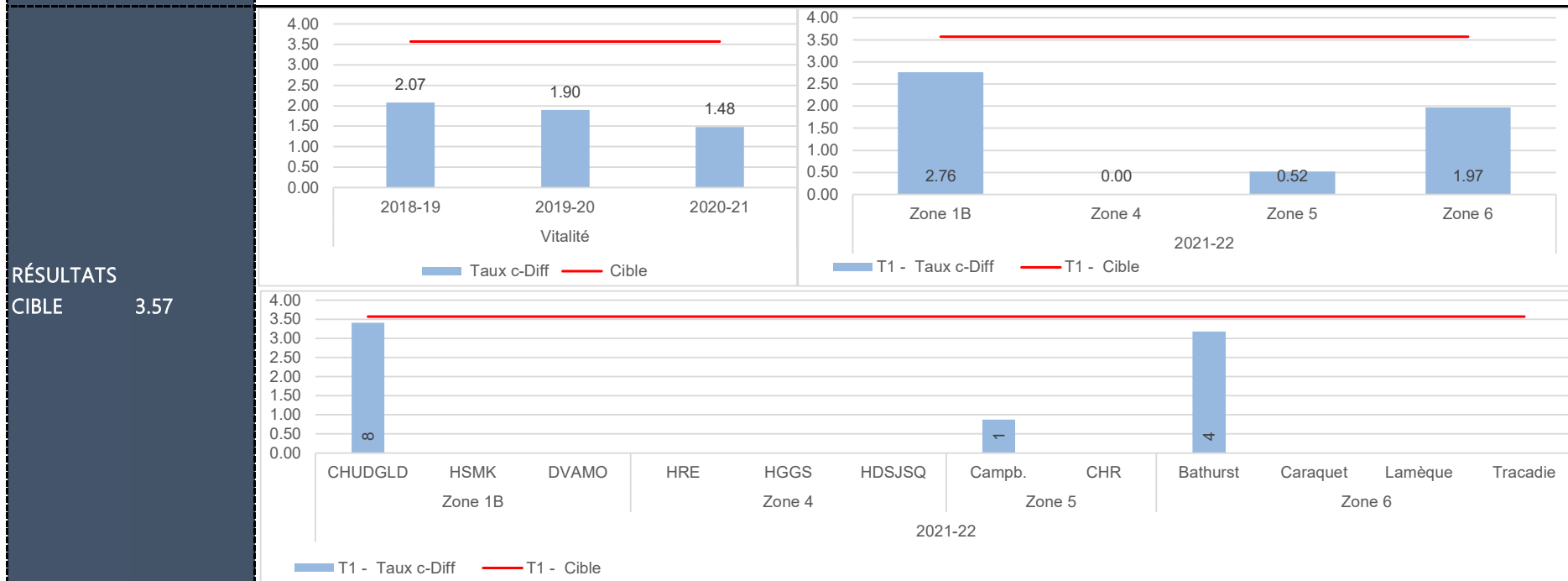
Indicateur: 3.9

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'infection Clostridium difficile

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

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



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

FICHE EXPLICATIVE

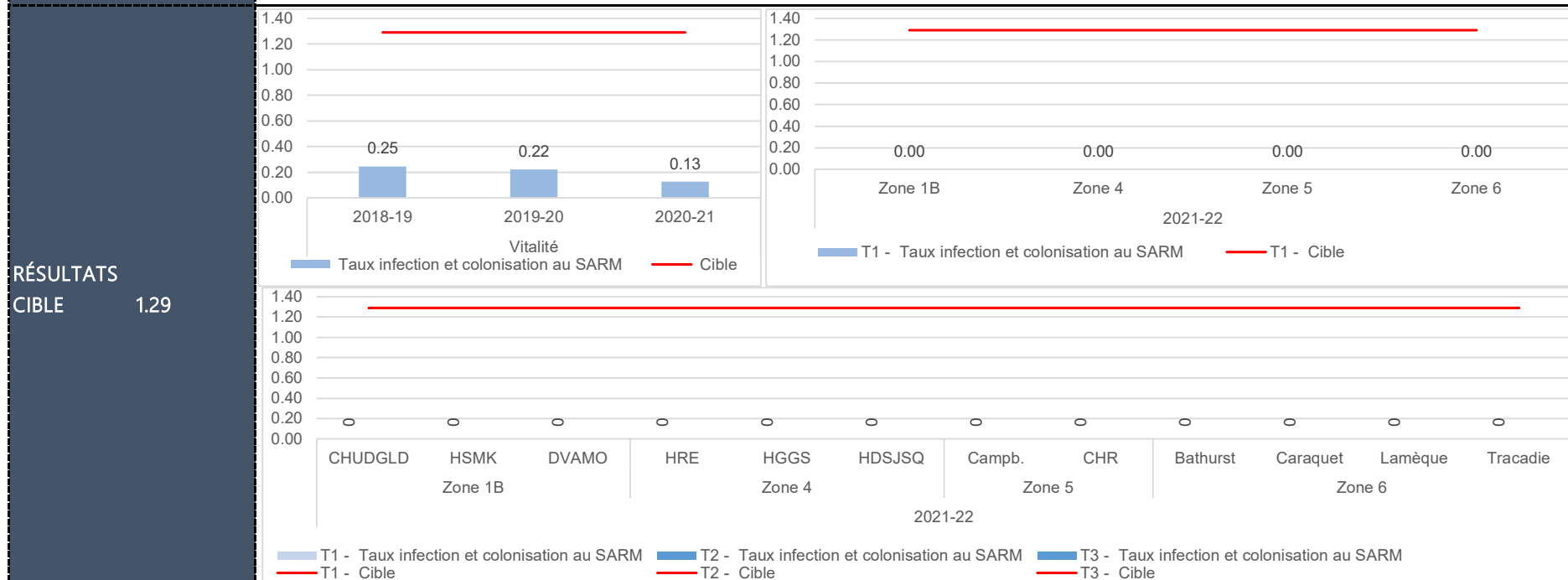
Indicateur: 3.10

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'infection et de colonisation au SARM

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

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



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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'infection et de colonisation ERV

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			
DÉFINITION	Les bactéries entérocoques résistantes à la vancomycine (ERV) sont des bactéries qu'on trouve habituellement dans l'intestin et les selles ou sur les parties génitales des personnes. En général, les entérocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections urinaires, des infections de plaies et, plus rarement, des infections du sang. Ces infections sont acquises lors d'un séjour dans un établissement de soins et sont difficilement traitables par les antibiotiques. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.			
RÉSULTATS CIBLE 0.05	<p>0.12 0.10 0.08 0.06 0.04 0.02 0.00</p> <p>0.11 0.06 0.03</p> <p>2018-19 2019-20 2020-21</p> <p>Vitalité</p> <p>■ Taux d'infection et colonisation ERV ■ Cible</p> <p>0.06 0.05 0.04 0.03 0.02 0.01 0.00</p> <p>0.00 0.00 0.00 0.00</p> <p>Zone 1B Zone 4 Zone 5 Zone 6</p> <p>2021-22</p> <p>■ T1 - Taux d'infection et colonisation ERV ■ T1 - Cible</p> <p>0.06 0.05 0.04 0.03 0.02 0.01 0.00</p> <p>o o o o o o o o o o o o</p> <p>CHUDGLD HSMK DVAMO HRE HGGS HDSJSQ Campb. CHR Bathurst Caraquet Lamèque Tracadie</p> <p>Zone 1B Zone 4 Zone 5 Zone 6</p> <p>2021-22</p> <p>■ T1 - Taux d'infection et colonisation ERV ■ T1 - Cible</p>			
ANALYSE ET INTERPRÉTATION	Un résultat faible est favorable. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission. Aucun cas d'infection n'a été rapporté au premier trimestre de 2021-2022. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur les résultats de cet indicateur étant donné les mesures de désinfection accrues mises en place. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.			

FICHE EXPLICATIVE

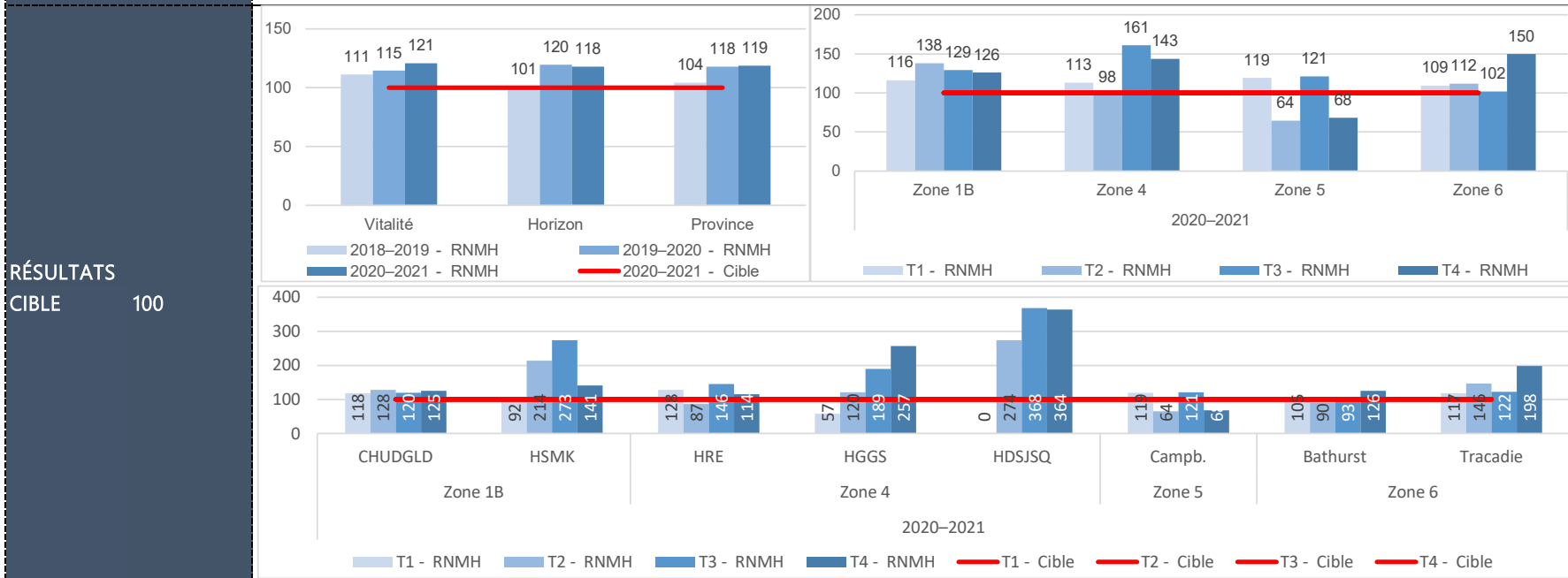
Indicateur: 3.12

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Ratio normalisé de mortalité hospitalière

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un résultat faible est favorable. Cette mesure est ajustée en fonction de certaines différences observées quant au type de patients traités dans un hôpital. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est surtout utile pour suivre la performance d'un même hôpital au fil du temps. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité et de la province. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 6 présentait le ratio de mortalité hospitalière le plus élevé (150). C'est cependant dans la Zone 4 qu'on retrouve l'établissement ayant le plus haut ratio de mortalité hospitalière au quatrième trimestre : HDSJSQ (364). Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est rajusté en fonction de divers facteurs et doit être considéré comme point de départ pour guider des analyses plus poussées qui pourront potentiellement aider à cerner des zones d'amélioration. À noter que les données de l'ICIS sont disponibles seulement jusqu'à l'année 2020-2021.

FICHE EXPLICATIVE

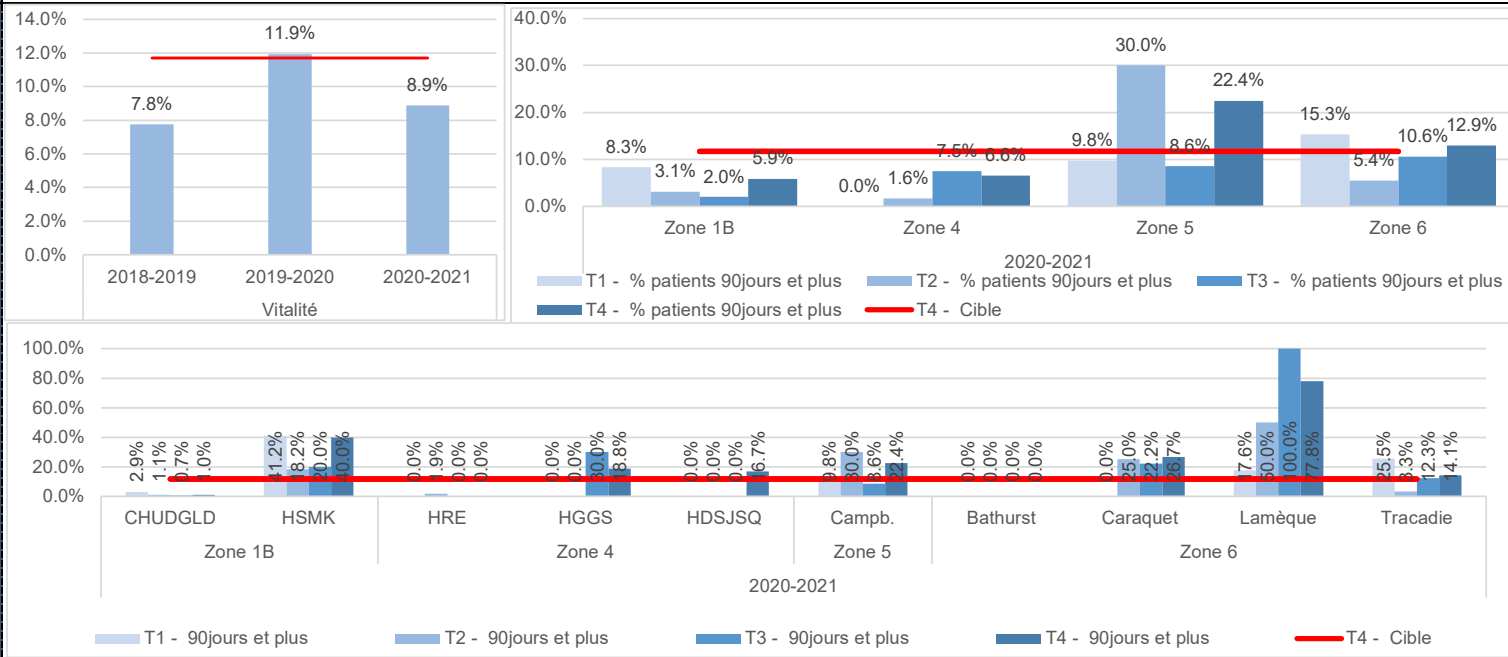
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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

RÉSULTATS CIBLE 11.7%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est favorable. Au quatrième trimestre de 2020-2021, la Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (22.4 %). Cependant, au niveau des établissements, c'est l'Hôpital de Lamèque qui a le pourcentage le plus élevé (77.8 %) au quatrième trimestre. Le vieillissement de la population peut expliquer l'augmentation des résultats de cet indicateur au cours des dernières années. À noter que les données de 3M sont disponibles seulement jusqu'à l'année 2020-2021.

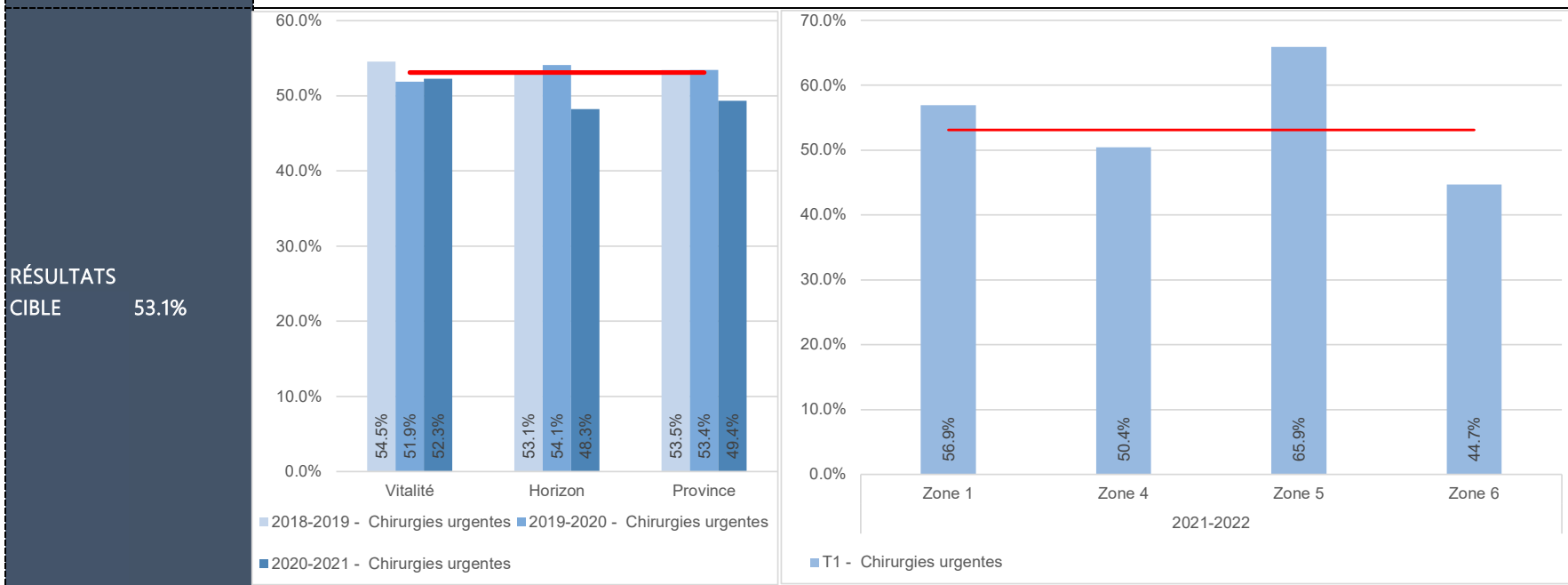
FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% chirurgies urgentes effectuées dans les délais

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un pourcentage élevé de chirurgies urgentes effectuées dans les délais est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais (catégories 1 et 2) est à la baisse depuis les 3 dernières années, passant de 54.5 % en 2018-2019 à 52.3 % en 2020-2021. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 5 avait le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais le plus élevé (65.9 %). Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.15

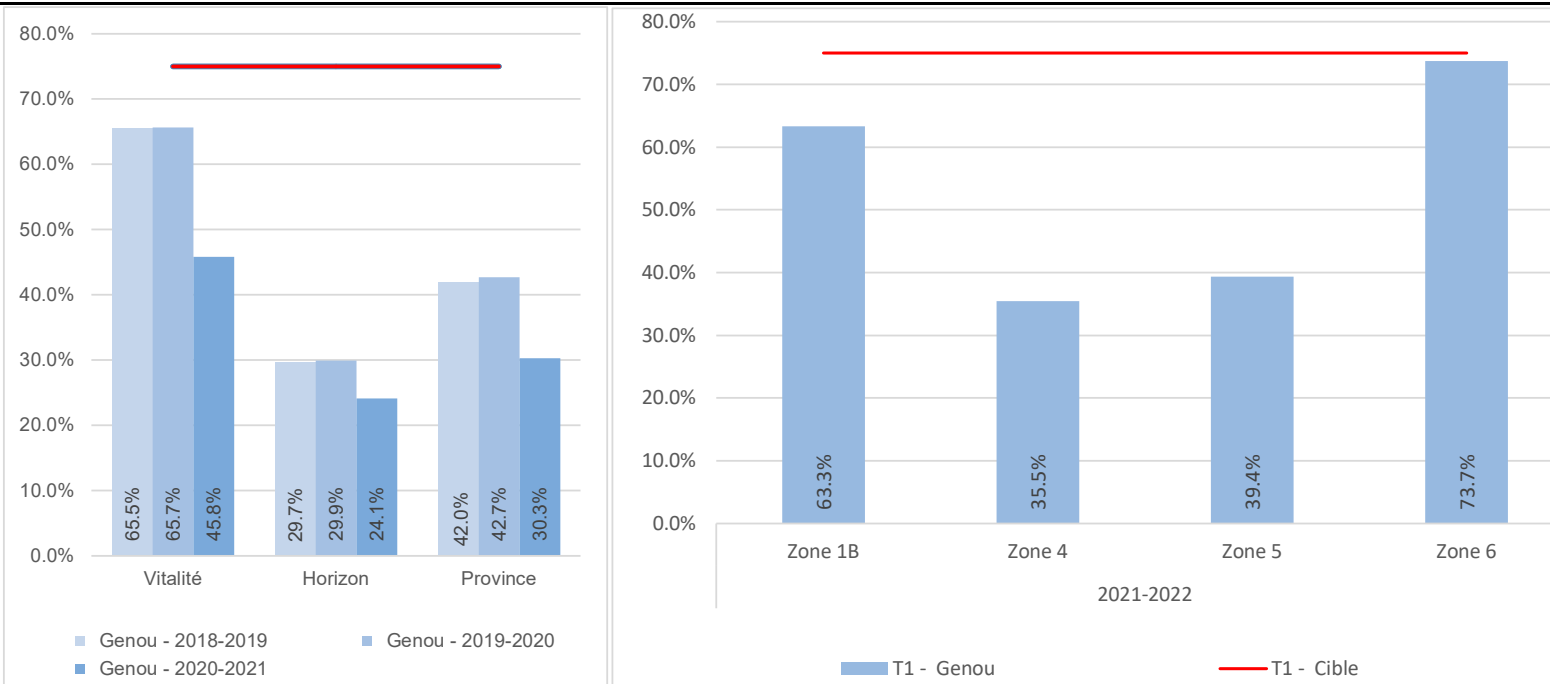
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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

RÉSULTATS CIBLE 75%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage élevé de chirurgie d'arthroplastie du genou effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgie arthroplastie du genou effectuées dans les délais est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité, passant de 65.5 % à 45.8 %. Au premier trimestre de 2021-2022, aucune zone ne présentait un résultat supérieur à la cible souhaitée. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.

FICHE EXPLICATIVE

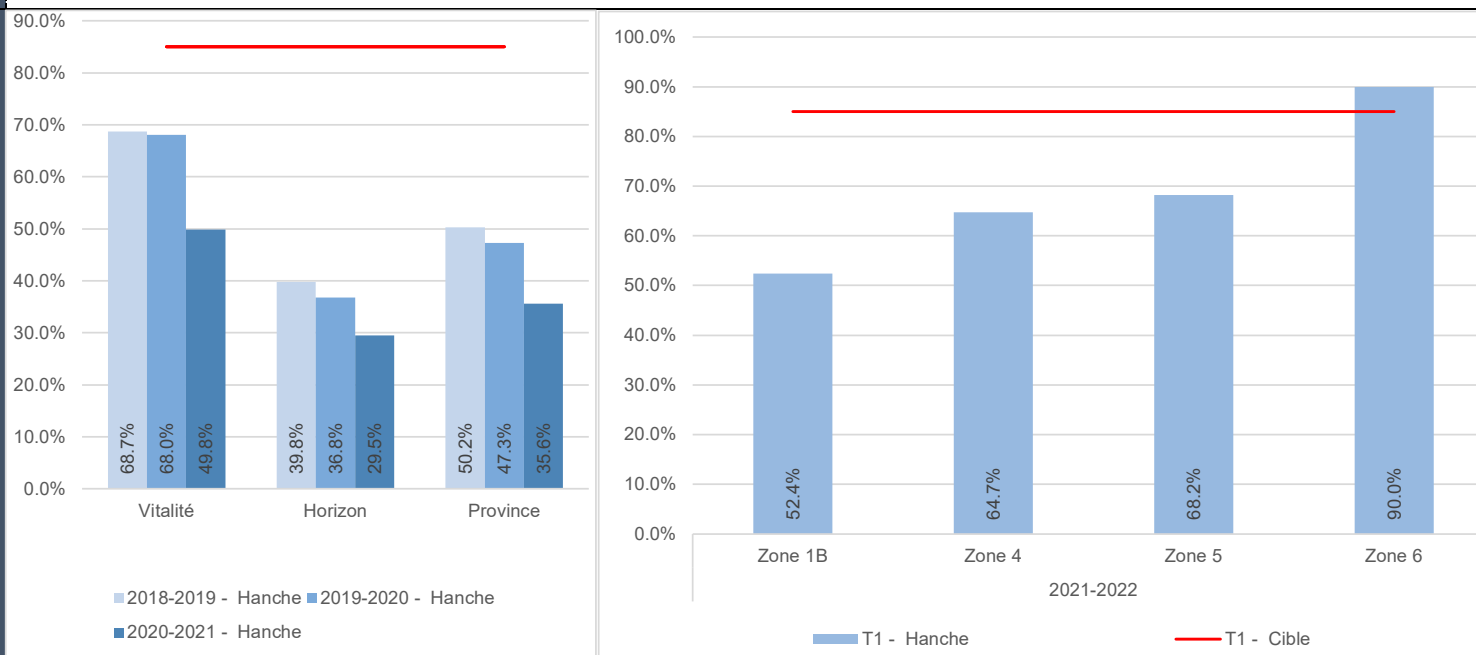
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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

RÉSULTATS CIBLE 85%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage élevé de chirurgies arthroplastie de la hanche effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 68.7 % en 2018-2019 à 49.8 % en 2020-2021. Au premier trimestre de 2020-2021, seule la Zone 6 présentait un résultat supérieur (90.0 %) à la cible souhaitée. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.

FICHE EXPLICATIVE

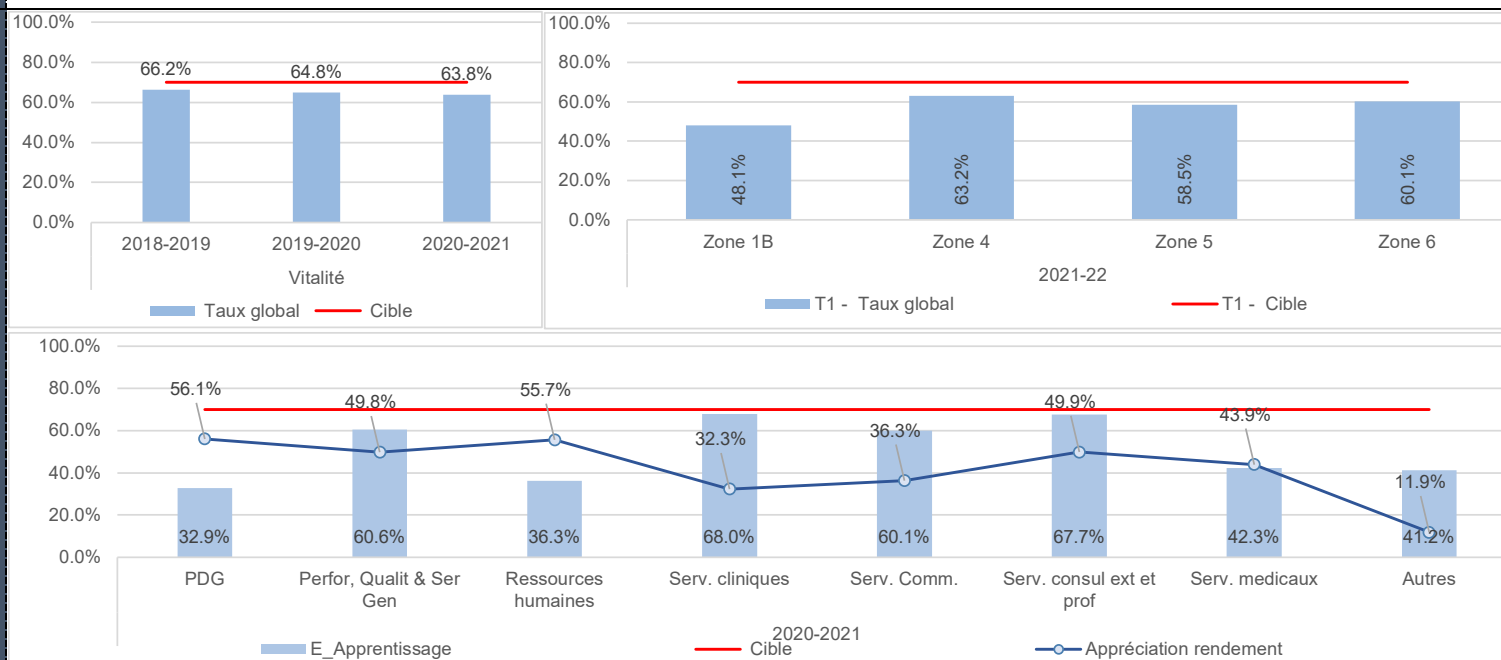
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux global aux modules e-apprentissage

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

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

RÉSULTATS CIBLE 70%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

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

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.2

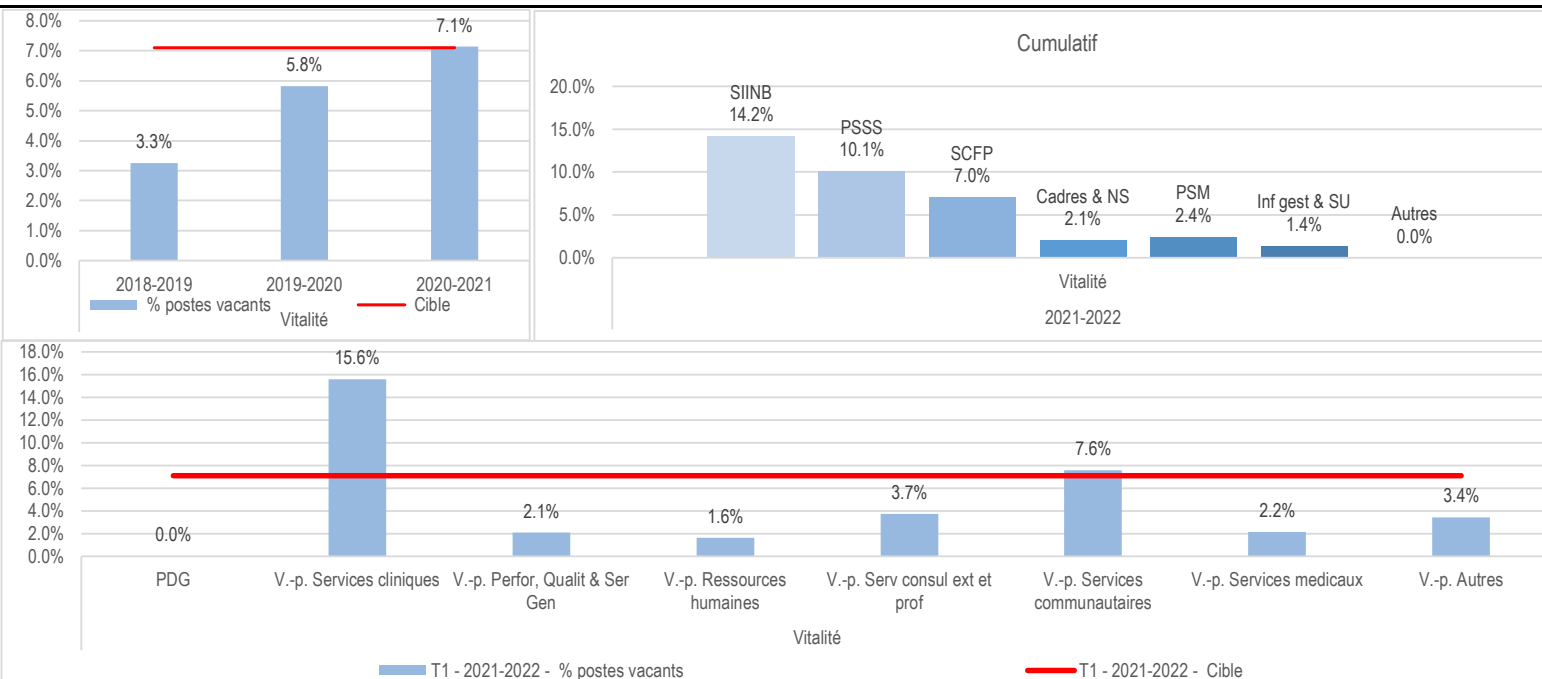
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% de postes permanents vacants

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

DÉFINITION Cet indicateur reflète le pourcentage de postes permanents vacants.

RÉSULTATS CIBLE 7.1%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage de poste permanents vacants peu élevé est souhaitable. Un taux élevé reflète une gestion des ressources humaines problématiques et/ou des conditions de travail déficientes. Depuis 2018-2019, le pourcentage de postes permanents vacants est à la hausse. En 2020-2021, il y avait 7.1 % des postes permanents qui étaient vacants. Avec la moyenne d'âge des employés qui augmente, de plus en plus d'employés partent à la retraite.

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'accidents du travail

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Favoriser la culture d'entreprise axées sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et la santé et la sécurité psychologique au travail	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	MIS et cueillette de données ressources humaines			
DÉFINITION	Cet indicateur reflète la fréquence d'accidents avec perte de temps. Cet indicateur comprend tout accident à la suite duquel un employé s'absente lors du quart de travail suivant son accident.			
RÉSULTATS CIBLE 4.11	<p>The figure consists of two bar charts. The left chart, titled 'Vitalité', shows the work accident rate for three periods: 2018-2019 (4.19), 2019-2020 (3.26), and 2020-2021 (3.65). A red horizontal line indicates a target rate of 4.00. The right chart, titled '2021-2022 - Accident de travail', shows the work accident rate for four zones: Zone 1B (4.94), Zone 4 (2.88), Zone 5 (4.94), and Zone 6 (2.88). A red horizontal line indicates a target rate of 4.00. The legend for both charts identifies blue bars as 'Accident de travail' and red lines as 'Cible'.</p>			
ANALYSE ET INTERPRÉTATION	Un taux d'accidents du travail peu élevé est souhaitable. Un taux élevé peut dénoter des lacunes au niveau des meilleures pratiques hospitalières affectant la productivité du personnel au travail à long terme. Depuis les trois dernières années, le Réseau enregistre une baisse du taux d'accidents du travail, passant de 4.19 en 2018-2019 à 3.65 en 2020-2021. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 5 avait le taux d'accidents de travail le plus élevé (4.94).			

FICHE EXPLICATIVE

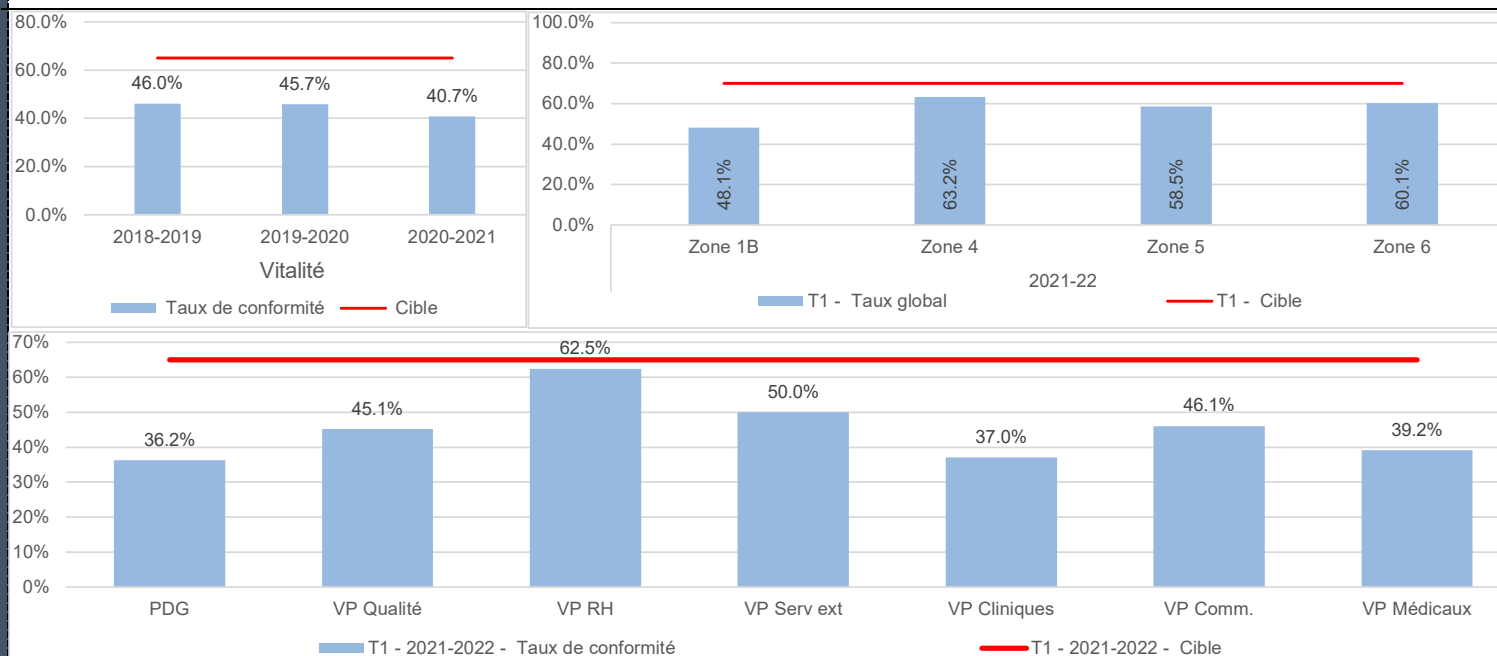
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de conformité dans les appréciations de rendement

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

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

RÉSULTATS
CIBLE 65%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

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

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.5

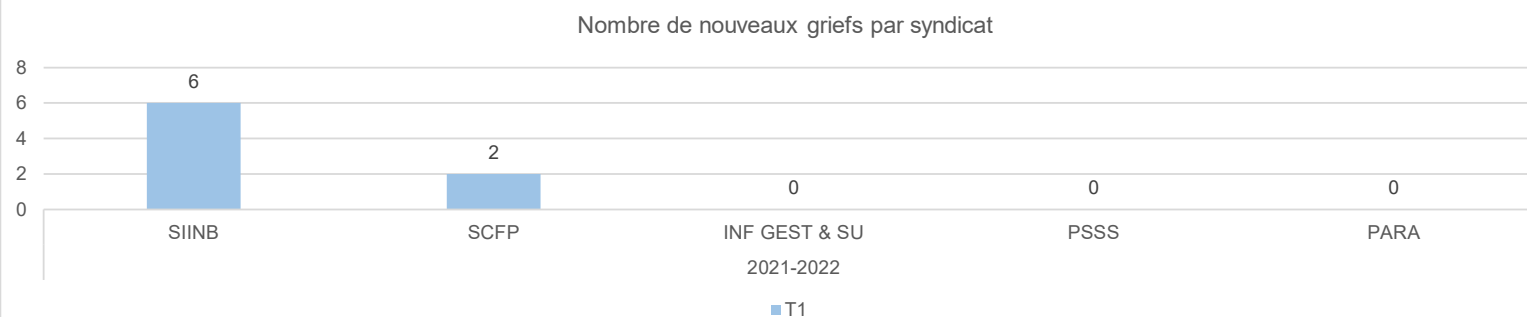
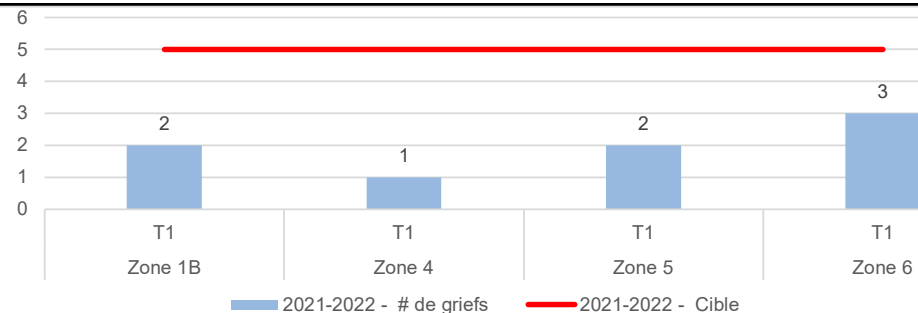
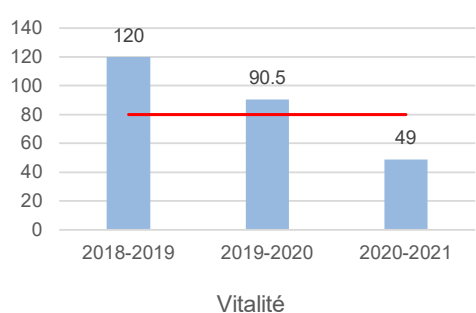
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de nouveaux griefs

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

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

RÉSULTATS CIBLE 47



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

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

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.6

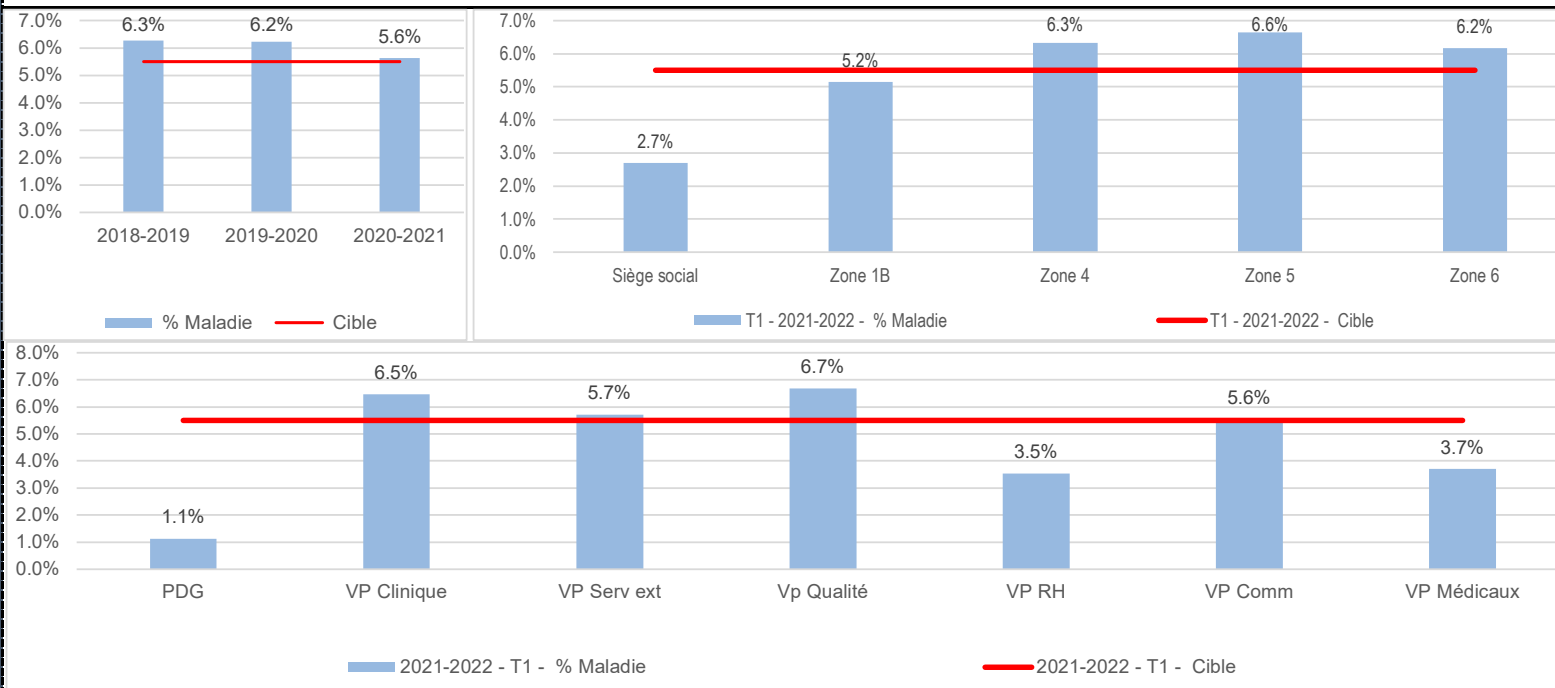
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% d'heures de maladie

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

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

RÉSULTATS CIBLE 5.5%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION Un résultat faible est souhaitable. Un pourcentage élevé peut denoter des conditions de travail difficiles et/ou un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale. Au premier trimestre de 2021-2022, la Zone 5 affichait le pourcentage d'heures de maladies le plus élevé (6.6 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir un impact sur cet indicateur (surcharge de travail, stress, etc.).

FICHE EXPLICATIVE

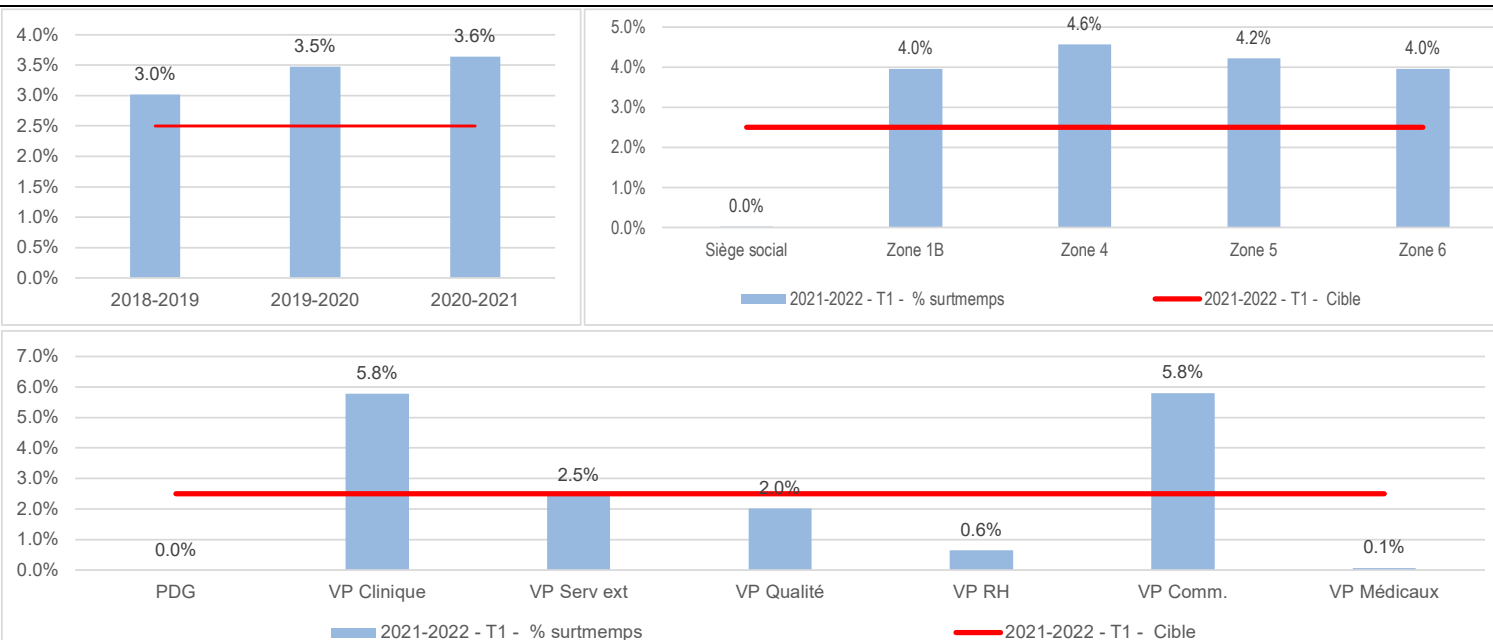
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% d'heures de surtemps

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

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

RÉSULTATS CIBLE 2.5%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage d'heures de surtemps faible est souhaitable. Un taux élevé peut denoter un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale du Réseau. Depuis les trois dernières années, le pourcentage d'heures de surtemps est à la hausse au sein du Réseau, passant de 3.0 % en 2018-2019 à 3.6 % en 2020-2021. Au premier trimestre de 2021-2022, toutes les zones dépassaient la cible. La pandémie de COVID-19 peut avoir eu un effet sur cet indicateur en 2020-2021 (surcharge de travail, maladie, etc.).

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Heures travaillées PPU/jours-patients

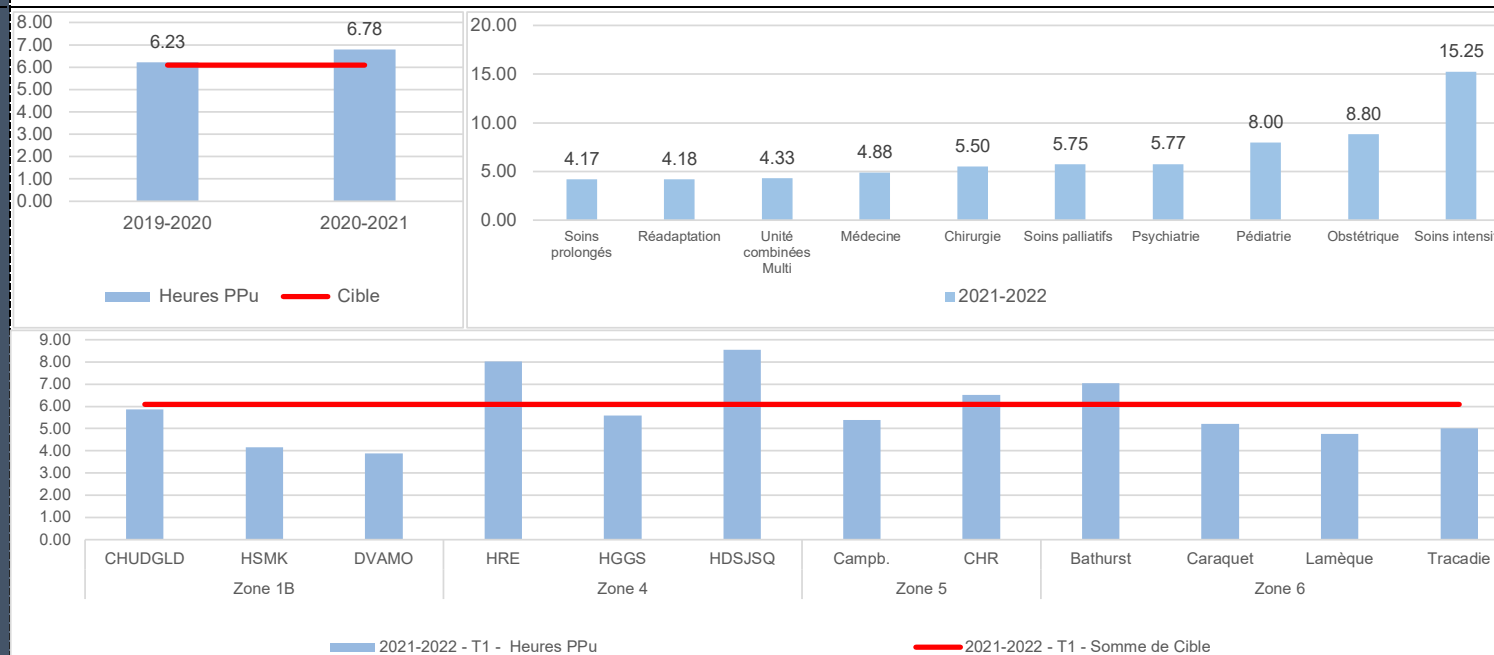
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie de mieux-être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

DÉFINITION

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

RÉSULTATS CIBLE

6.09



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un nombre faible d'heures travaillées PPU/jours-patients est souhaitable. Un nombre élevé peut denoter dans certain cas un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail menant a des problemes d'absentéisme et de santé du personnel. Cet indicateur présente un résultat particulièrement élevé aux soins intensifs. Ceci peut s'expliquer en raison de la pandémie de COVID-19.

FICHE EXPLICATIVE

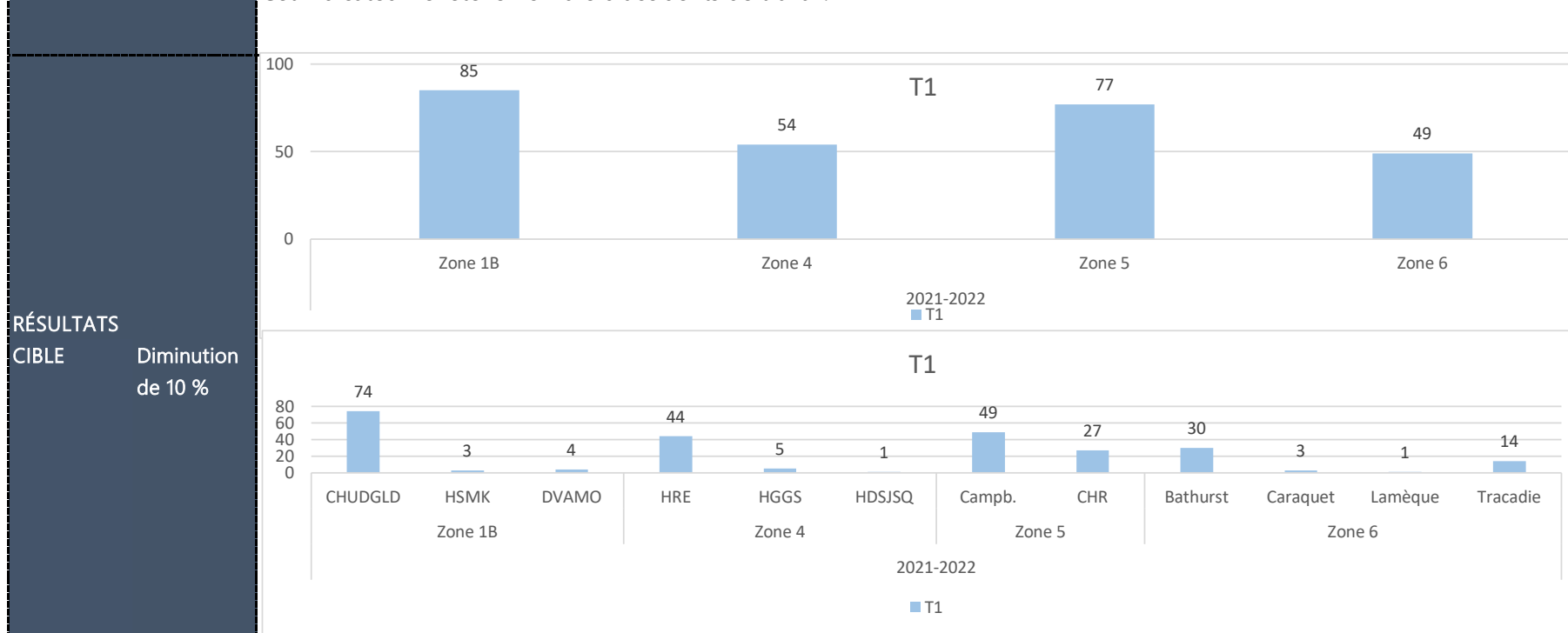
Indicateur: 4.9

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'accidents de travail

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

DÉFINITION Cet indicateur reflète le nombre d'accidents de travail.



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

FICHE EXPLICATIVE

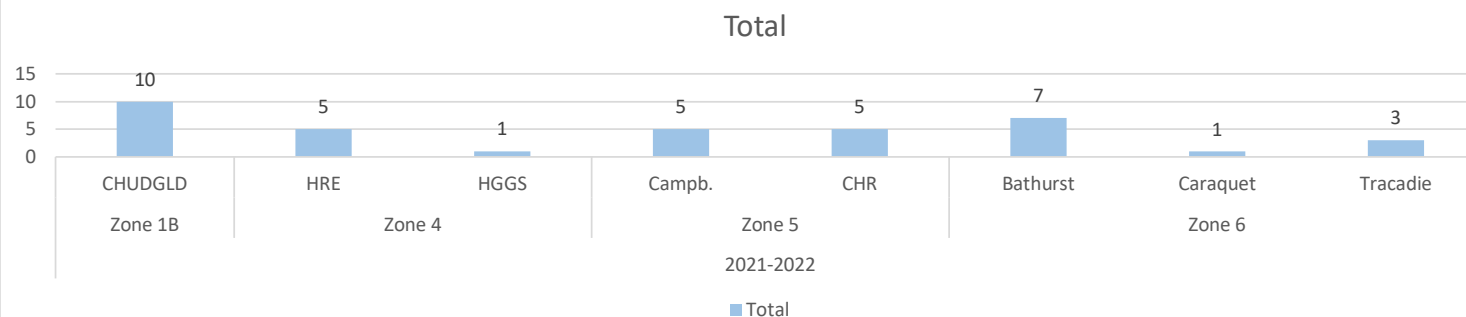
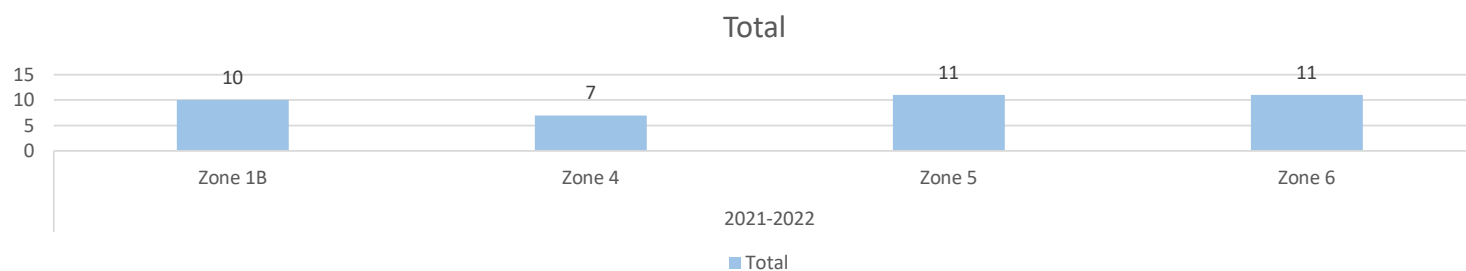
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'arrêts de travail et perte de temps associée

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

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

RÉSULTATS CIBLE
Diminution de 10 %



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

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

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.11

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

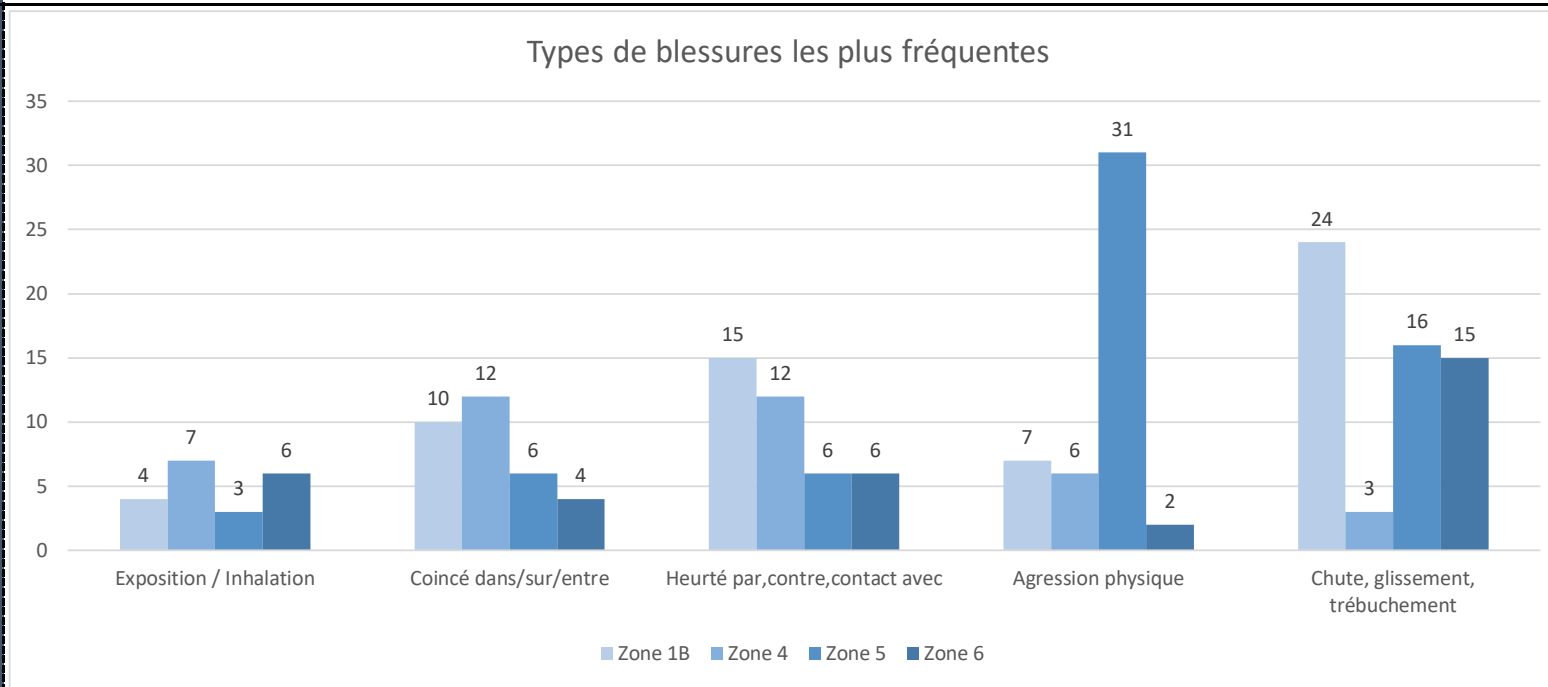
Nombre de blessures par catégorie associés aux accidents de travail

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

DÉFINITION

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

RÉSULTATS CIBLE



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

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

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.12

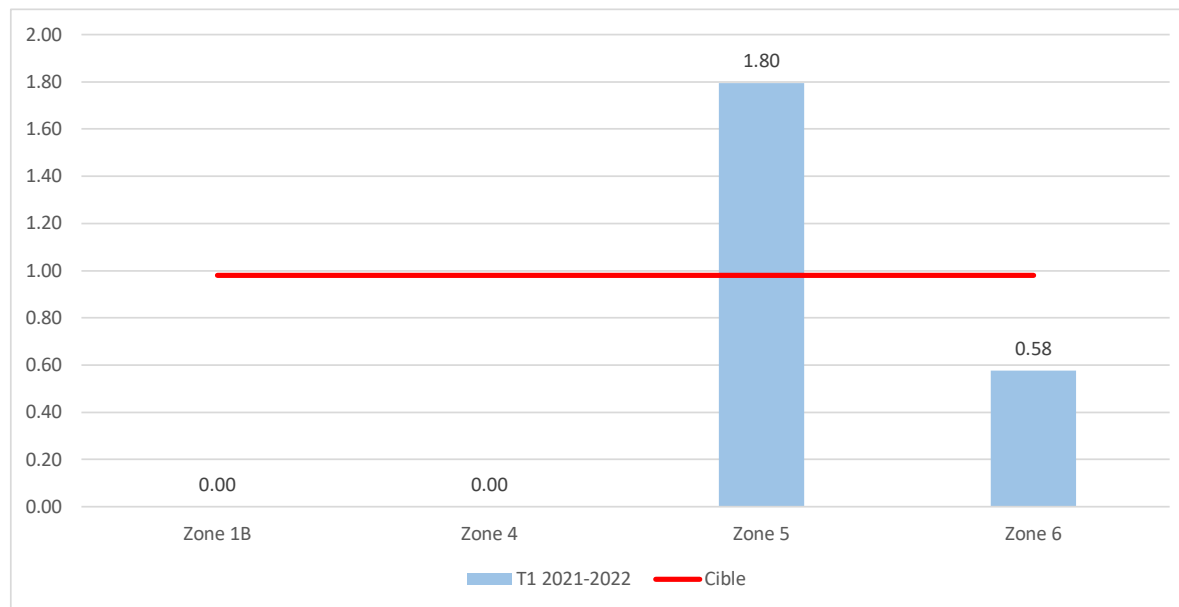
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'accident de violence

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

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

RÉSULTATS CIBLE 0.98



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

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