

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 17 novembre 2020 à 08:30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Zoom
Présidente : Secrétaire de direction :	Claire Savoie Lucie Francoeur		

Participants**Membres**

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

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 5.1 Adoption des résolutions en bloc 5.2 Adoption du procès-verbal du 22 septembre 2020 5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 22 septembre 2020 5.4 Plan de travail 2020-2021 5.5 Rapport de plaintes – T2 5.6 Rapport d'incidents – T2 5.7 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T2 5.8 Recommandations des Comités de revues 5.9 Rapport d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée T2 5.10 Rapport du sondage sur l'expérience vécue par le patient dans les hôpitaux (CSNB, 2019) 5.11 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles	2 - 5 6 7-8 9-14 15-20 21-23 24-26 27-32 33-47 48	Décision
9 h 05	6. Autres 6.1 Mise à jour sur la démarche d'agrément	49-51	Information
9 h 15	7. Affaires permanentes 7.1 Tableaux de bord stratégique et équilibré – T2	52-121	Information
9 h 45	8. Date de la prochaine réunion : le 30 mars 2021 à 08:30		Information
9 h 46	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 22 septembre 2020 à 08:30		
		Endroit :	Zoom		
But de la réunion :	Réunion régulière				
Présidente :	Claire Savoie				
Secrétaire :	Lucie Francoeur				
Participants					
Claire Savoie	✓	Anne Soucie	✓	Sonia A. Roy	✓
Gilles Lanteigne	✓	Justin Morris	✓	Diane Mignault	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	✓	Michelyne Paulin	✓
PROCÈS-VERBAL					

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Claire Savoie à 08:34.

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 2020-09-22 / 01QSSP**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

5. Résolutions en bloc

5.1 Adoption des résolutions en bloc

5.2 Adoption du procès-verbal du 2 juin 2020

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 2 juin 2020

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

5.5 Plan de travail 2020-2021

5.6 Rapport de plaintes – T1

5.7 Rapport d'incidents – T1

5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1

5.9 Recommandations des Comités de revues

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

5.11 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles

5.12 Cadre conceptuel en éthique

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

5.6 Rapport de plaintes – T1

5.7 Rapport d'incidents – T1

5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1

5.9 Recommandations des Comités de revues

5.12 Cadre conceptuel en éthique

MOTION 2020-09-22 / 02QSSP

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

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

5.6 Rapport de plaintes – T1

5.7 Rapport d'incidents – T1

5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1

5.9 Recommandations des Comités de revues

5.12 Cadre conceptuel en éthique

Adopté à l'unanimité.

5.6 Rapport de plaintes – T1

Pour l'ensemble du Réseau, une augmentation de 20 % est notée dans le nombre total de plaintes comparé au même trimestre l'année dernière. Cette augmentation est attribuable au nombre plus élevé de plaintes dans les catégories de la qualité des soins, des communications et des politiques et procédures. Les plaintes liées à la qualité des soins proviennent en grande partie des services d'urgence (43 %) et des soins ambulatoires/cliniques (25 %).

Parmi toutes les catégories de plaintes confondues, nous comptons 56 plaintes liées à la pandémie depuis mars 2020. Entre autres, les plaintes dans la catégorie des politiques sont en lien avec la restriction des visites où pendant la durée de la pandémie, les visites ont été interdites, sauf aux unités de soins palliatifs, d'obstétrique et de pédiatrie. Aussi, dans la catégorie qualité des soins, nous retrouvons les insatisfactions en lien avec des rendez-vous et chirurgies qui ont dû être annulés ou reportés.

5.7 Rapport d'incidents – T1

Nous remarquons une diminution de 21 % du nombre total d'incidents rapportés au premier trimestre comparativement au quatrième trimestre de l'année précédente. Bravo !

5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1

Le taux régional de participation au sondage était de 12 % pour le premier trimestre comparativement à 13 % pour le même trimestre de l'année précédente. Les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec le respect des valeurs culturelles, la propreté, la tranquillité, la nourriture et les heures des visites. Est-ce qu'il y a lieu d'évaluer le processus de distribution du sondage, afin de maximiser le taux de participation ? Les sondages sont remis au congé des patients pour les unités de soins de courte durée, alors que les sondages pour les soins de longues durées sont remplis pendant le séjour avec le support des familles et/ou des bénévoles.

Nous avons effectué dans le passé des sondages sporadiques pour l'urgence, les services alimentaires, l'externe, l'environnement et le bruit, mais pour les patients hospitalisés c'est un procédé continu.

L'équipe de la qualité poursuit les démarches pour améliorer la méthodologie et les processus entourant l'évaluation de l'expérience des patients et identifier des façons de relancer le sondage auprès des patients.

5.9 Recommandations des Comités de revues

Après vérification, une faute de frappe s'est produite à la 5^e puce, le paragraphe devrait se lire comme suit : Il y a eu 9 revues effectuées avant mai 2020 avec recommandations incomplètes. Pour ces 9 revues, 74 % (40/54) des recommandations sont implantées et il reste 14 recommandations à mettre en place.

La note d'information sera corrigée et déposée sur Workspace.

5.12 Cadre conceptuel en éthique

L'éthique est un domaine intangible et un aspect fondamental de l'amélioration de la qualité. De quelle façon est intégré le cadre conceptuel en matière d'éthique dans l'ensemble de la pratique des employés ? C'est en mettant des mécanismes d'information et de formation continue en matière de pratiques éthiques et d'évaluer l'application de celles-ci. Il est important aussi de renforcer les valeurs organisationnelles.

En fait, le cadre conceptuel structure le déploiement de l'éthique dans toute l'organisation. Au Réseau, l'éthique s'articule autour de trois dimensions, soit :

1. L'éthique clinique

2. L'éthique de la recherche
3. L'éthique organisationnelle

L'éthique organisationnelle s'appuie sur les valeurs organisationnelles, le code d'éthique, les codes de déontologie et les politiques organisationnelles qui balisent les devoirs et les obligations. Durant la pandémie, nous avons vu que les gens se sont prévalus davantage du Comité d'éthique clinique pour du soutien dans des situations délicates.

MOTION 2020-09-22 / 03QSSP

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

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

- 5.6 Rapport de plaintes – T1
- 5.7 Rapport d'incidents – T1
- 5.8 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T1
- 5.9 Recommandations des Comités de revues
- 5.12 Cadre conceptuel en éthique

Adopté à l'unanimité.

6. Autres

6.1 Mise à jour sur la démarche d'agrément

La visite d'agrément est toujours prévue pour juin 2021 et les préparatifs pour cette visite sont en cours.

Étant donné les circonstances actuelles et le manque de ressources, un membre demande s'il y a lieu de reporter la visite d'agrément ? Puisque la démarche d'agrément se veut une démarche d'amélioration continue intégrée dans les activités de tous les jours, il est souhaitable de maintenir la visite. Toutefois, la situation est évaluée graduellement en lien avec la COVID et les équipes poursuivent la mise en œuvre de leur plan d'action découlant des auto-évaluations, des sondages et la cueillette de preuves en lien avec les normes pour adresser les non-conformités.

6.2 Tableau de bord du Centre Hospitalier Restigouche – août 2020

Invité : Jacques Duclos, vice-président des Services communautaires et Santé mentale

À titre d'information, Jacques Duclos présente brièvement les résultats du mois d'août des indicateurs du tableau de bord du Centre Hospitalier Restigouche (CHR). Celui-ci est acheminé à M. Weber tous les mois pour le suivi de la performance du CHR. Le rapport reflète les constats suivants :

- le taux de satisfaction global des patients s'est amélioré de 10 % de mars à août 2020 ;
- le nombre de codes blancs est à la baisse ;
- le pourcentage d'utilisation des contentions physiques/mécaniques/chimiques est demeuré sensiblement le même depuis juin ;
- la durée moyenne de séjour selon le type de clientèle a connu une diminution de 10 % ;
- le nombre d'employés qui a reçu la formation Oméga est 167 ;
- les taux d'occupation demeurent élevés ;
- le pourcentage d'heures de congés de maladie payée est légèrement à la hausse ;
- le nombre de postes vacants selon la dotation de base par classification est très encourageant : 2 ETP (infirmier-ère), 4 ETP (auxiliaire) et 4 ETP (préposé).

Monsieur Weber devait revenir pour une dernière visite au printemps dernier, toutefois la pandémie a forcé l'annulation de cette visite. Des discussions sont en cours, afin qu'il puisse terminer son mandat bientôt.

En ce qui a trait à l'utilisation des contentions lors de situations aiguës, nous sommes loin de la cible à atteindre. Jacques Duclos explique brièvement le programme « Safewards » qui consiste à améliorer les relations thérapeutiques entre les personnes recevant des soins et le personnel et réduit les incidents qui découlent de situations de conflits, l'isolement et les moyens de contentions. Ce programme sera exploré davantage, afin de diminuer l'utilisation des contentions.

Les membres remercient Jacques Duclos pour cette présentation.

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

7. Affaires permanentes

7.1 Tableaux de bord stratégique et équilibré – T1

Les tableaux de bord du Réseau du premier trimestre sont présentés aux membres sous une nouvelle version. Le rapport inclut un tableau de bord stratégique ainsi qu'un tableau de bord équilibré. Plusieurs cibles ont été révisées. Certains indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé ne sont disponibles que pour le quatrième trimestre de 2019-2020.

Il n'y a aucune donnée en ce qui concerne l'objectif de développer et mettre en œuvre une stratégie pour le recrutement des membres de nos équipes. Un membre demande de l'information additionnelle à cet égard. En fait, au premier trimestre il y a deux activités de recrutement pour les infirmiers(ères) qui ont été effectuées de façon virtuelle, soit via Skype et/ou Zoom. Le résultat du premier trimestre est très peu élevé en raison du ralentissement des activités dû à la pandémie de COVID.

La réduction du nombre de chirurgies effectuées et la diminution des taux d'occupation des établissements ont entraîné une diminution des dépenses liées aux fournitures médicales/chirurgicales et les médicaments.

Les efforts de recrutement se poursuivent activement, afin d'attirer d'excellents médecins hautement qualifiés au sein du Réseau. D'ailleurs, l'équipe des services médicaux est en contact régulièrement avec les médecins qui sont à l'Université de Sherbrooke, de même que tous les médecins provenant du N.-B. étudiant dans une autre province.

Depuis les trois dernières années, le pourcentage d'heures de surtemps est à la hausse au sein du Réseau, passant de 2.9 % en 2017-2018 à 3.5 % en 2019-2020.

Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées dans les 26 semaines a connu une baisse importante pour s'établir à seulement 38.9 % pour le premier trimestre comparativement à 75.7 % l'année précédente.

Le contenu des fiches explicatives sera peaufiné davantage, puis le volet médical sera inclus dans la fiche du nombre d'activités de recrutement du deuxième trimestre.

7. Date de la prochaine réunion : le 17 novembre 2020 à 08:30.

8. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Anne Soucie à 9:47.

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 17 novembre 2020

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 22 septembre 2020

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

Soumis le 1^{er} novembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 17 novembre 2020

Objet : Plan de travail 2020-2021

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

Soumis le 9 novembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

PLAN DE TRAVAIL 2020-2021

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

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

Point 5.5

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

Date : 2020 11 17

Objet : Rapport sur les plaintes T2 2020-2021

Décision recherchée

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

Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les données du deuxième trimestre de l'année financière 2020-2021, ainsi que les données comparatives pour les deux années précédentes. Les graphiques et les données détaillées sur les plaintes sont en annexe.
- Les plaintes sont classées selon des définitions et catégories provinciales (qualité des soins/services, comportement, communication, environnement, politiques et autres). Des sous-catégories sont également disponibles et permettent une meilleure analyse des données.
- Chaque plainte reçue est portée à l'attention des gestionnaires ou des chefs de service/département intéressés pour fin d'examen et d'amélioration. Des suivis sont effectués auprès des plaignants. En annexe sont des exemples d'améliorations qui découlent du suivi des plaintes.
- Au niveau régional, on note une augmentation de 54 % dans le nombre total de plaintes depuis 2019-2020. Cette augmentation est attribuable au nombre plus élevé de plaintes dans les catégories : comportement, environnement, communication et politiques. Certaines de ces plaintes peuvent être attribuables à la COVID-19 puisqu'on compte 19 plaintes dans le dernier trimestre en lien avec la pandémie.
- Les plaintes liées à la qualité des soins représentent environ 47 % du total des plaintes. Les plaintes dans cette catégorie proviennent en grande partie des services d'urgence, des unités d'hospitalisation et des soins ambulatoires/cliniques.
- Les plaintes liées à la qualité des soins sont majoritairement réparties dans trois catégories, soit : les soins donnés en général, les attentes du patient qui n'ont pas été satisfaites, et la période d'attente pour un service.
- Les plaintes liées au comportement représentent 19% de l'ensemble des plaintes. On note une augmentation dans le nombre de plaintes depuis 2019-2020 (15 T2 2019 vs 26 T2 2020).
- Les plaintes en lien avec la communication représentent 14% de l'ensemble des plaintes. Les plaintes de cette catégorie étaient en lien avec la confidentialité et le partage de renseignements.
- Comparativement au T2 2019-20, on note une augmentation dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement. Les plaintes de cette catégorie sont en lien avec les restrictions liées à la pandémie, la propreté des lieux et la qualité des aliments.
- Comparé au T2 2019-20, on note une amélioration dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours, de 31-60 jours, de 61-90 jours et aucune plainte non résolue de plus de 120 jours.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet – rapport présenté à titre d'information.

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Aucun – rapport présenté à titre d'information.

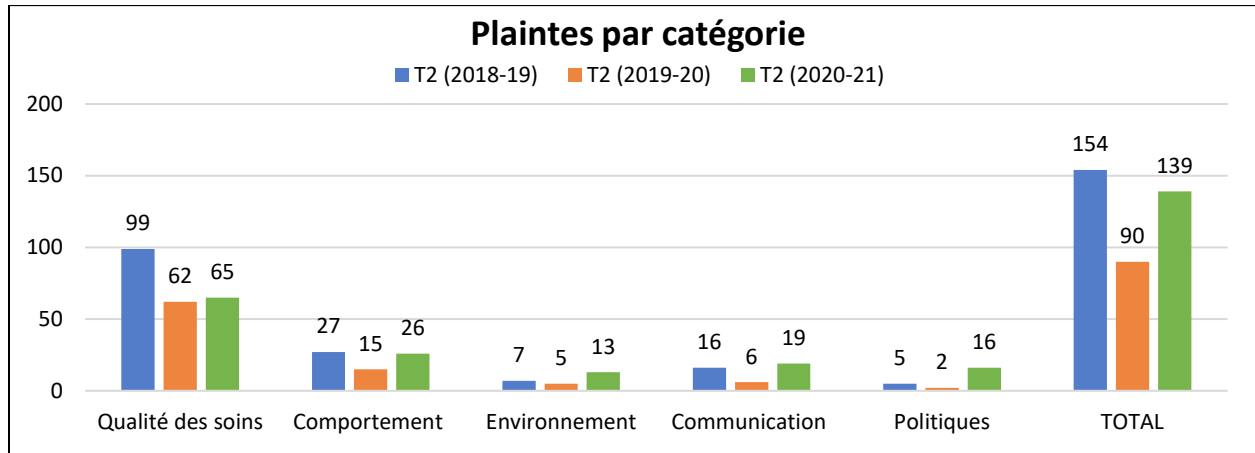
Proposition et résolution

Aucune

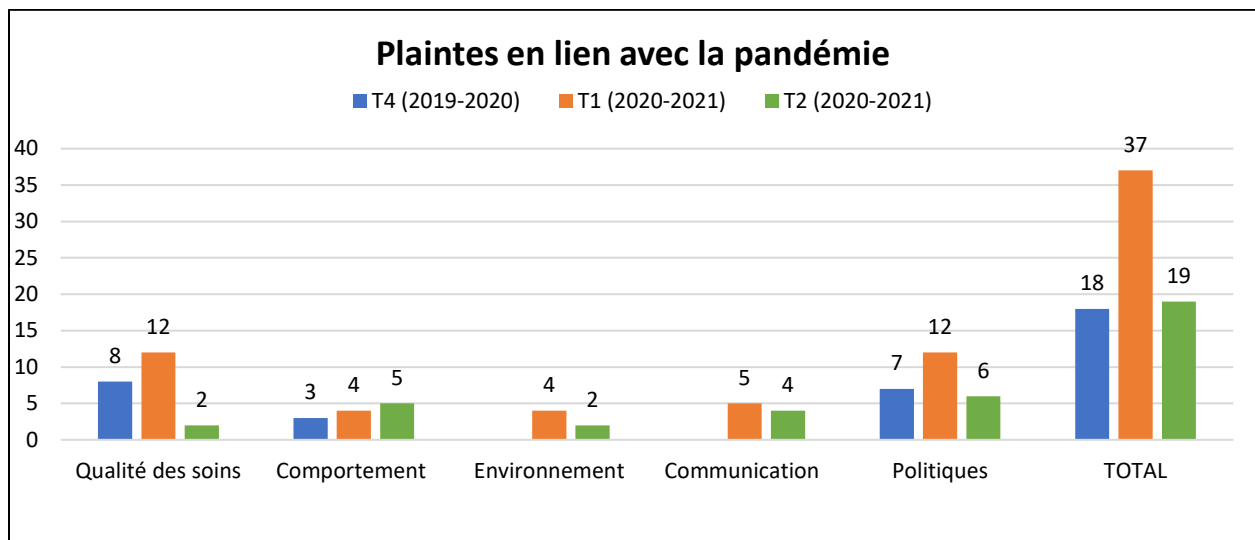
Soumis le 5 novembre 2020 par Lynne Levesque, Gestionnaire régionale - Service de qualité et sécurité des patients.

ANNEXE

Rapport sur les plaintes T2 2020-2021

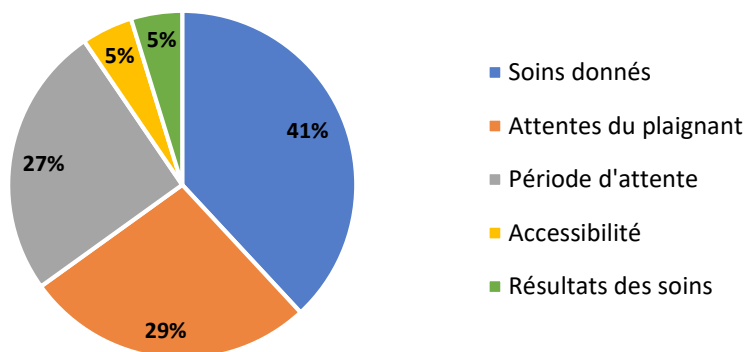


- Dans l'ensemble du Réseau, on note une augmentation de 54 % dans le nombre total de plaintes comparativement au même trimestre l'an dernier (T2 de 2019-2020).
- Cette augmentation est attribuable au nombre plus élevé de plaintes dans toutes les catégories sauf pour la catégorie de la qualité des soins où on note une faible augmentation (5%).
- Les plaintes liées à la qualité des soins proviennent en grande partie des services de l'urgence (60 %) et des soins ambulatoires/cliniques (20 %).

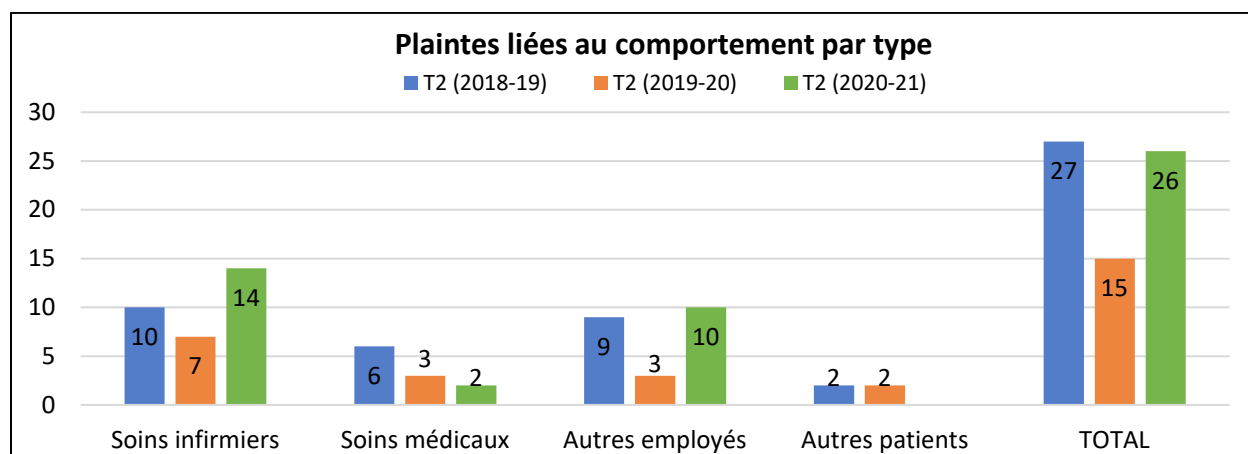


- Le nombre de plaintes en lien avec la pandémie a diminué de 50% passant de 37 au T1 à 19 au T2 de 2020-2021.
- La majorité des plaintes dans la catégorie politiques/règlements sont en lien avec les restrictions d'accompagnement lors des rendez-vous externes, les visites à l'urgence et à l'unité, les restrictions des sorties/privèges et l'annulation de rendez-vous pour un patient de l'extérieur de la province (QC).
- Les plaintes dans la catégorie communication sont en lien avec les renseignements donnés par les employés au triage à l'entrée des établissements et les difficultés pour rejoindre le service de rendez-vous.

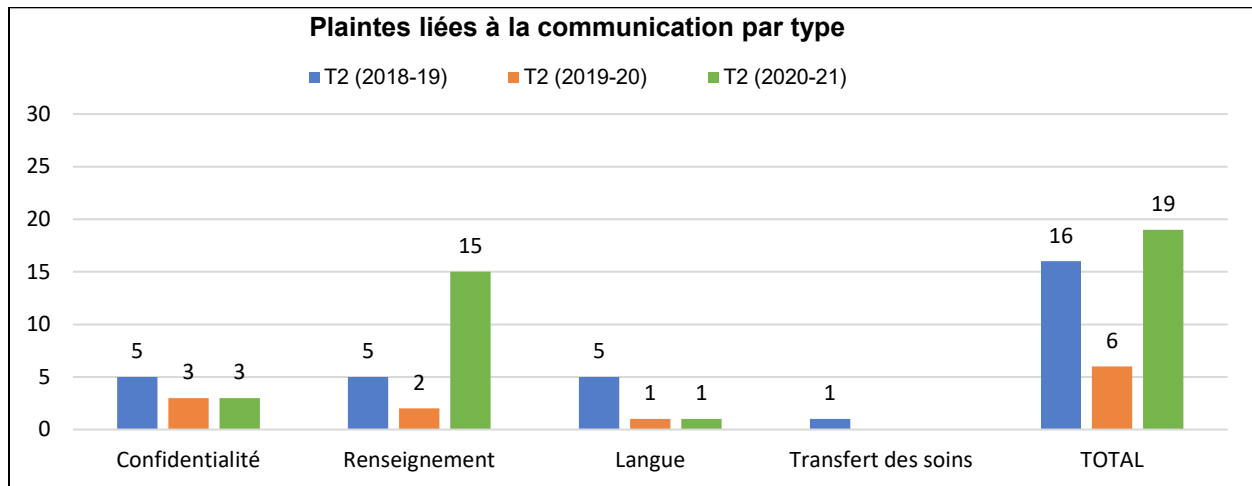
Plaintes liées à la qualité des soins par type T2 2020-2021



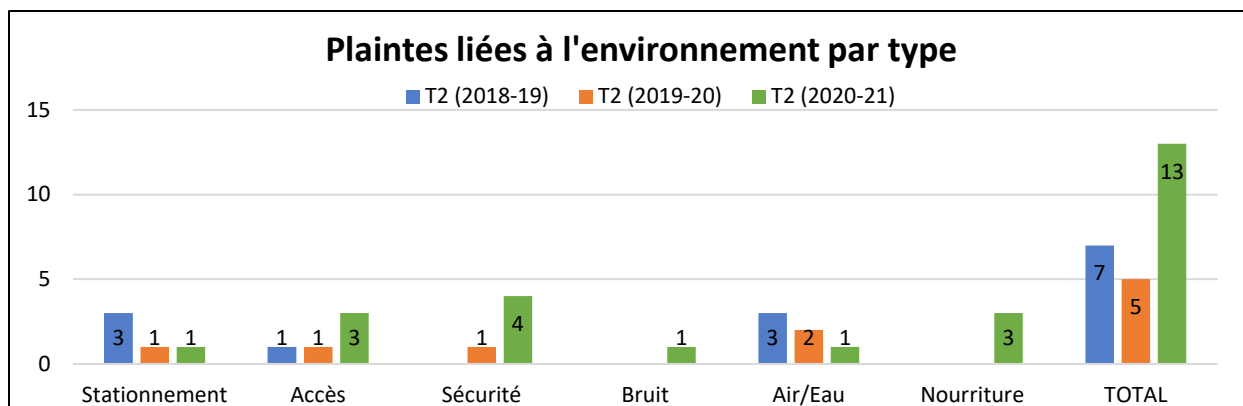
- Ce tableau démontre la répartition des plaintes par type dans la catégorie liée à la qualité des soins. 97 % des plaintes liées à la qualité des soins sont réparties dans trois catégories, soit :
 - Les soins donnés en général pour 41% (ex. à l'urgence).
 - Les attentes du patient qui n'ont pas été satisfaites pour 29% (ex. attentes au niveau du type de traitement, examen diagnostique, des soins offerts, etc.).
 - La période d'attente pour un service pour 27 % (ex. à l'urgence et à la clinique externe).



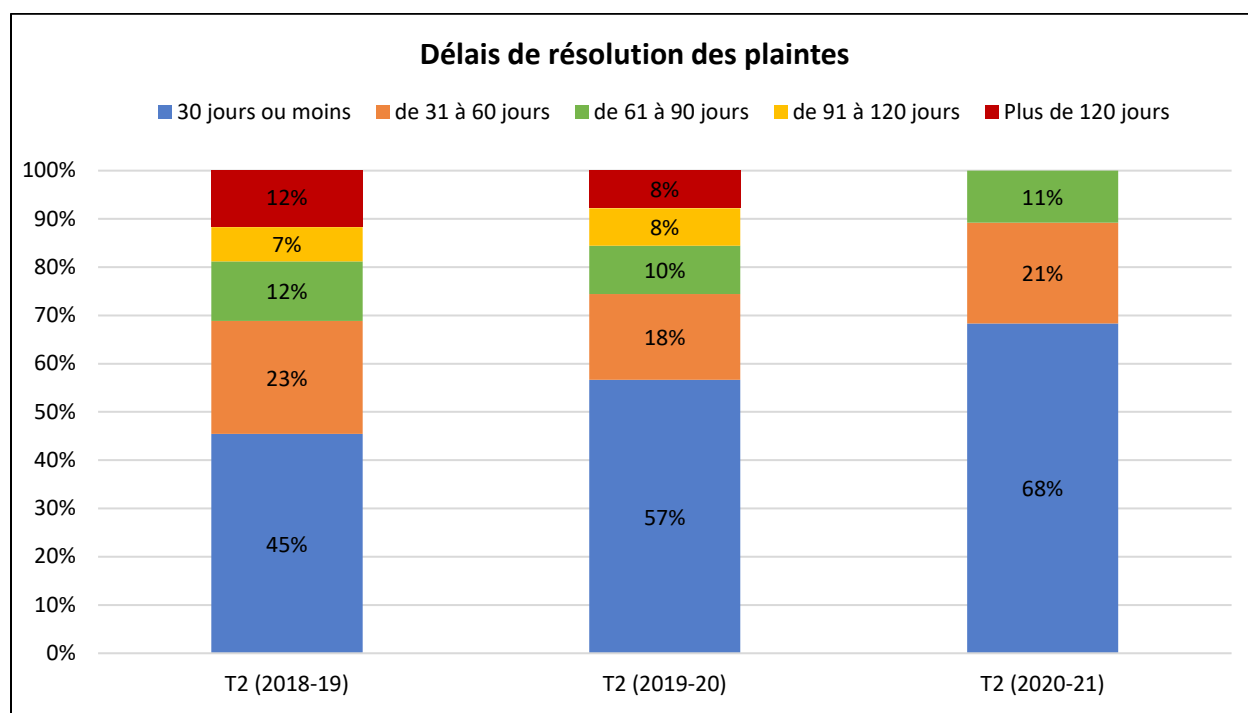
- Au T2 de 2020-2021, les plaintes liées au comportement représentaient 19% de l'ensemble des plaintes. On note une augmentation dans le nombre de plaintes depuis 2019-2020 (15 T2 2019 vs 26 T2 2020).



- Les plaintes liées à la communication représentent 14% de l'ensemble des plaintes pour le T2 de 2020-2021. Le nombre a triplé comparé à la même période de l'année 2019-2020.
- Dans la sous-catégorie confidentialité, on compte 2 plaintes en lien avec le partage d'information confidentielle et une plainte pour manque de confidentialité à l'enregistrement d'une clinique externe.
- Dans la sous-catégorie renseignements, nos patients nous informent avoir beaucoup de difficulté à rejoindre le service de rendez-vous et avec les modifications apportées à certains processus en raison de la pandémie.



- Comparativement au T2 2019-2020, on note une augmentation considérable dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement. Cette augmentation est attribuable au nombre de plaintes dans les catégories accès, sécurité et nourriture.
- Les plaintes en lien avec l'accès sont liées aux restrictions en lien avec la pandémie. Du côté de la sécurité, on note les inquiétudes des patients liées à la propreté des établissements. Le choix des menus et la qualité de la nourriture sont aussi soulignés par nos patients.



- Comparé au T2 de 2019-2020, on note une amélioration dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours, de 31-60 jours et de 61-90 jours et aucune plainte non résolue de plus de 120 jours. Des efforts additionnels ont été déployés afin de rencontrer la cible de 30 jours pour la résolution des plaintes. Le taux de conformité a atteint 68% comparativement à 57% pour la même période l'an dernier.

Exemples d'améliorations découlant des plaintes

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

- Formation additionnelle auprès des équipes assignées au triage à l'entrée principale des établissements afin d'améliorer la communication avec les patients.
- Solutions de rechange apporté au produit de nettoyage utilisé dans la chambre d'un patient atteint d'une condition pulmonaire afin de réduire les désagréments de l'odeur du produit.
- Apprentissages liés à la communication auprès des personnes malentendantes offerts à certains employés par le service d'audiologie.
- Une plainte a permis d'identifier un problème au niveau du système d'inscription en ligne de la province pour les tests COVID-19 et d'y remédier.
- Référence faite au programme du maintien à domicile afin d'aider une patiente à naviguer dans le système de santé sans passer par l'urgence en situation de COVID.
- Changement de processus apporté à la clinique externe afin de préserver les renseignements personnels. Le patient doit placer sa carte contre la fenêtre afin de permettre au personnel de lire l'information nécessaire.
- Modifications de la politique des visites afin d'autoriser que deux visiteurs en alternance soient permis aux soins palliatifs durant la phase orange.
- Amélioration du processus de prise rendez-vous en phlébotomie en collaboration avec les bureaux des médecins et ajouts de personnels additionnels au centre de rendez-vous.

Note d'information

Point 5.6

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

Date : 2020 11 17

Objet : Rapport trimestriel sur les incidents (T2 2020-21)

Décision recherchée

Le rapport sur les incidents est présenté à titre d'information et d'avis.

Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les données du deuxième trimestre de l'année financière 2020-2021. Les graphiques et les données détaillées sur les incidents sont en annexe.
- Les incidents sont classés selon des définitions et catégories provinciales. Les gestionnaires reçoivent mensuellement un rapport de tendance sur les incidents rapportés propre à leur(s) service(s) et peuvent ainsi identifier les tendances et cibler les occasions d'amélioration.
- On remarque une augmentation (16 %) du nombre total d'incidents rapportés au T2 2020-21 comparativement au premier trimestre. On note cependant une diminution de 19 % comparativement au nombre d'incidents rapportés au T2 de l'année précédente. Bien que la reprise d'activités ait contribué favorablement au nombre d'incidents rapportés, nous sommes encore loin du niveau habituel, d'où cette différence à comparer à l'année précédente.
- Les incidents évités de justesse représentent 6.5% du total des incidents rapportés pour le T2 (2020-21).
- Les chutes, les incidents liés à la sécurité et ceux liés aux traitements/analyses/procédés représentent 72 % de l'ensemble des incidents.
- De façon générale, les chutes se produisent le plus fréquemment alors que le patient est debout ou marchant/ambulant et au lit/civière.
- Les incidents liés à la sécurité les plus fréquents sont les agressions physiques, les altercations, les abus verbaux et les bris de confidentialité.
- Les incidents liés aux traitements/analyses/procédés les plus fréquents sont les omissions, ceux liés aux politiques et procédures ainsi que les délais inhabituels.
- Les incidents modérés, graves et critiques représentent une très faible proportion des incidents rapportés (2.6 %). Tous les incidents graves et critiques sont référés aux comités de revue pour une analyse des causes profondes et la mise en place de mesures pour prévenir que les incidents se reproduisent.
- Les incidents font l'objet d'analyse afin d'identifier et mettre en place des mesures pour prévenir la récurrence d'incidents semblables. Voir en annexe des exemples d'analyse et les améliorations qui en découlent.

Note d'information

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Considérations importantes

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

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

Suivi à la décision

Poursuivre l'analyse des tendances et les suivis aux incidents.

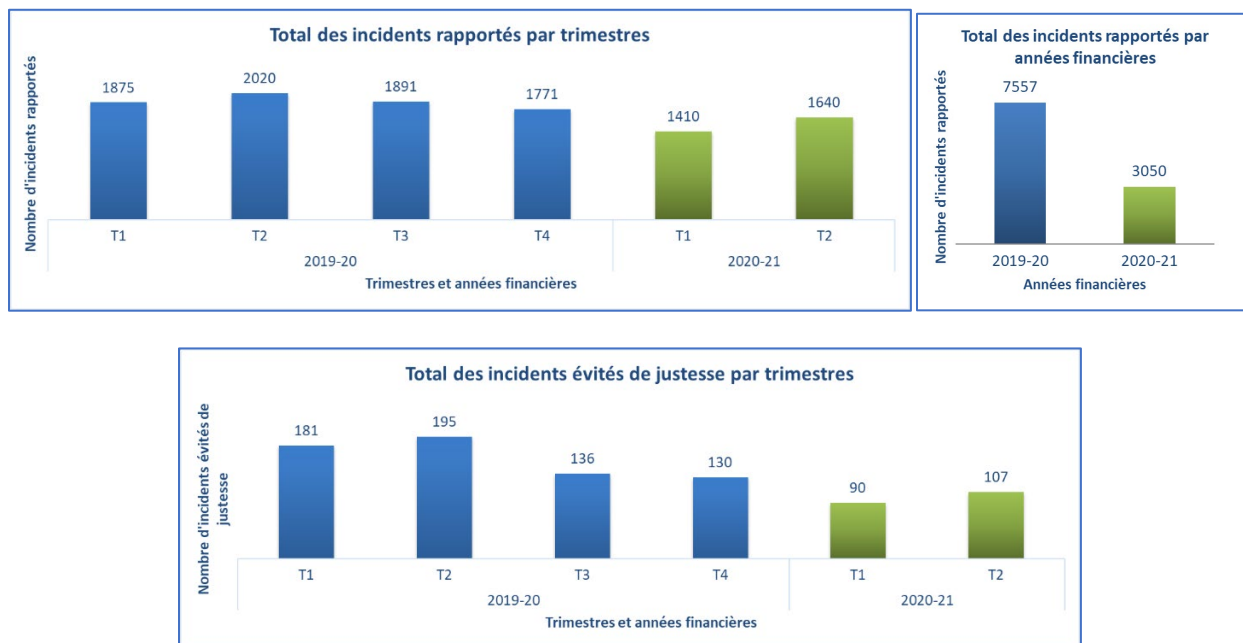
Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 05 novembre 2020 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques.

ANNEXE
Rapport sur les incidents T2 2020-21

1- Total des incidents rapportés



Observations / Explications :

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

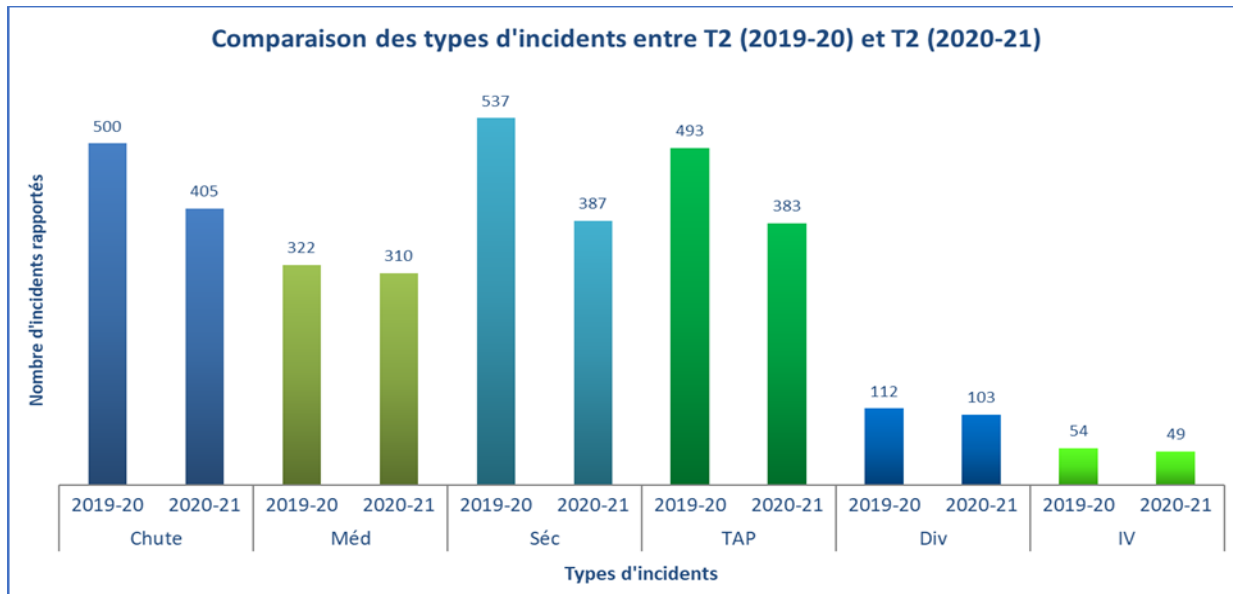
- On remarque une légère augmentation du nombre d'incidents rapportés en T2 comparativement au premier trimestre. Le nombre d'incidents rapportés est en deçà du T2 de l'année précédente, ainsi que celui de 2018-2019 (2225 incidents rapportés).
- Au T2 (2020-21), les incidents évités de justesse (IEJ) représentent 6.5% du total des incidents rapportés soit 107 sur les 1640 incidents. Les zones 1B (61.7%) et 4 (26.2%) demeurent celles qui rapportent le plus les IEJ.
- L'augmentation au second trimestre de cette année correspond aux tendances observées pour les années antérieures. La reprise des activités et l'augmentation du volume de patients (admissions et services) a eu un impact sur la quantité d'incidents rapportés.

Mesures prises :

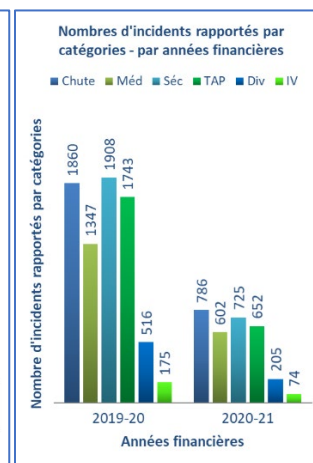
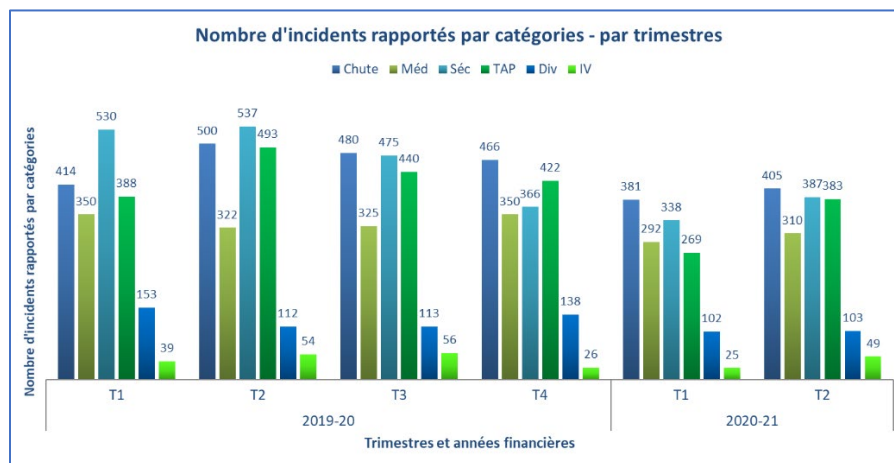
Les gestionnaires reçoivent mensuellement un rapport de tendance sur les incidents rapportés propre à leur service et peuvent ainsi identifier les tendances et cibler les occasions d'amélioration. C'est un travail en continu.

ANNEXE
Rapport sur les incidents T2 2020-21

2- Incidents rapportés par catégories



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

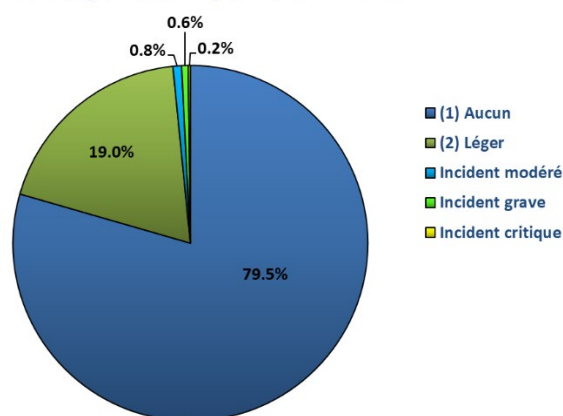


Observations / Explications:

- Ces données représentent une comparaison entre T2 (2019-20) et T2 (2020-21) par types d'incidents pour l'ensemble du Réseau. La proportion des incidents par types (sur l'ensemble des incidents) est comme suit: Chutes 25%, Sécurité 24%, Médicaments 19%, Traitement/analyse/procédé (TAP) 23%, Divers 7% et Intraveineux/transfusion (IV) 3%.
- On remarque une diminution du nombre d'incidents rapportés dans toutes les catégories en T2 (2020-21) comparativement à T2 (2019-20).

3- Incidents modérés, graves et critiques (décès)

Proportion des gravités en T2 pour 2020-21 Vitalité



Observations / Explications :

- Les incidents modérés, graves et critiques représentent une très faible proportion des incidents rapportés (2.6%).

Mesures prises :

- Tous ces incidents ont fait l'objet d'un suivi, certains sont encore en cours, et des pistes d'améliorations ont été identifiées et mises en place ou sont en voie de l'être.
- Tous les incidents graves et critiques sont référés aux comités de revue pour une analyse des causes profondes et mise en place de mesures pour prévenir que les incidents se reproduisent.

4- Suivis découlant des analyses de tendances

- En juillet 2020, on note une augmentation du nombre d'incidents de type sécurité sur une unité. L'arrivée de la période estivale et l'augmentation des congés du personnel, ont engendré une réorganisation du personnel et perturbé les tâches quotidiennes. Il faut aussi noter une augmentation des admissions de même qu'une augmentation des incidents rapportés pour cette période. Les suivis et le mentorat se poursuivent auprès des employés afin de bien encadrer leur pratique.
- En septembre 2020, on note une augmentation d'incidents de type traitement/analyse/procédure sur une unité. Les mesures d'améliorations identifiées furent la dotation d'une employée dédiée à la vérification supplémentaire et l'ajout d'addendum au dossier du patient lors d'erreur. Cette mesure est temporaire jusqu'à ce que le module informatique soit installé.

5- Recommandations à la suite des analyses des incidents

- Des analyses de causes profondes sont effectuées à la suite d'incidents ayant causé une conséquence modérée ou à la suite d'un incident évité de justesse qui aurait pu avoir des conséquences graves.
- Les recommandations émises à la suite des analyses de causes profondes effectuées pour des incidents survenus à l'intérieur du T2 sont présentées ci-dessous.

ANNEXE
Rapport sur les incidents T2 2020-21

Type d'incident	Brève description	Recommandations touchant les éléments suivants :
Médicaments	Hausse du nombre d'incidents reliés aux médicaments observée sur une unité	<ul style="list-style-type: none"> • L'assignation du préposé de jour sur l'unité. • Le support de la surveillante si besoin d'un circulant et d'une secrétaire. • La continuité du plan de relocalisation de l'unité. • Un endroit isolé pour les chariots de médicaments. • La tournée de jour des médecins. • Le rappel sur la politique sur l'administration des médicaments et sur les pompes volumétriques dotées d'une bibliothèque de médicaments. • Les critères d'admission pour l'unité. • Le transfert de patients interservices selon les conditions des patients.
Traitement/ analyse/ procédé	Patiente MPOC sévère qui nécessite oxygène en continue. Se rend à l'urgence pour saignement du nez. Un paquetage nasal a été fait et la patiente est congédiée avec le mauvais masque d'oxygène. Trois jours plus tard lors d'une visite du PEM on note que la patiente n'a pas le bon masque et est somnolente. Patiente transférée par ambulance et admise aux soins intensifs.	<ul style="list-style-type: none"> • La formation sur l'oxygénothérapie et les masques au personnel infirmier et médical. • La disponibilité des masques "Oxymask" à l'urgence et s'assurer que le personnel reçoive la formation adéquate pour ces masques. • L'importance de la documentation des notes infirmières lorsqu'un patient est gardé sous observation. • L'ordonnance médicale pour le traitement d'oxygénothérapie.

Note d'information

Point 5.7

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

Date : 17 novembre 2020

Objet : Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T2 2020-21

Décision recherchée

Le rapport sur l'expérience des patients hospitalisés (T2 2020-21) est présenté à titre d'information, selon le calendrier de présentation des rapports.

Contexte/problématique

- Le taux régional de participation au sondage était 9 % (406 répondants) pour le T2 2020-21, comparativement à 11 % (519 répondants) pour le même trimestre de l'année précédente. La pandémie a eu un impact sur le taux de participation au sondage principalement en raison de la réduction des services des bénévoles qui aident avec la distribution/cueillette des sondages.
- Le tableau en annexe démontre les résultats par question pour le deuxième trimestre de l'année 2020-21 ainsi que les données comparatives pour la même période en 2019-20. Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du 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 2020 et 2019 pour le T2 du sondage du Réseau, on remarque une faible augmentation du taux régional de satisfaction pour 8 des 20 questions.
- Neuf questions ont eu un taux de satisfaction ≥ 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, l'obtention de l'aide, l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité, la vérification de l'identité, la langue de service et l'expérience globale.
- On note une légère baisse dans le taux régional de satisfaction pour 10 questions en lien avec les explications sur les nouveaux médicaments, la participation de la famille aux soins, la propreté, la tranquillité, la nourriture, les heures des visites, l'hygiène des mains, la vérification du bracelet d'identité, la connaissance sur les médicaments et la langue de service. La question sur les heures des visites a encore une fois subi la plus importante baisse en raison des restrictions des visites en lien avec la pandémie (taux passé de 91% au T2 2019 à 53% au T2 2020).
- Les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec le respect des valeurs culturelles, la propreté, la tranquillité et les heures des visites.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet – rapport présenté à titre d'information.

Note d'information

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input 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 9 novembre 2020 par Nicole Frigault, directrice Qualité, Risques et Expérience patient.

Annexe – Tableau des résultats
Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés
T2 2019-20 vs 2020-21

QUESTIONS	CSNB 2019 (%)		Vitalité 2019-20 (%)	Vitalité 2020-21 (%)
	NB	Vitalité	T2	T2
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	22.8	19.8	7	3
Q2) Traiter avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.9 MD 81.0 RN	87.9 MD 82.2 RN	92	92
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	73.8 MD 69.7 RN	77.1 MD 74.6 RN	86	86
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	59.2	68.6	81	86
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	69.2	69.6	87	84
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	61.1	58.7	78	80
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	72.2	70.9	75	71
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	61.1	63.3	70	72
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	37.9	41.4	36	44
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	50.4	55.0	72	64
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	40.7	48.8	60	53
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellent, Très bonne et Bonne)	53.7	53.3	72	71
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	85.6	85.0	91	53
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	72.5	73.2	90	88
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.1	81.1	94	95
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	84.2	83.6	91	85
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	67.0	73.2	73	84
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.0	85	84
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	90.8	86.5	94	93
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	82.3	83.9	91	93

Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)							
Z1B		Z4		Z5		Z6	
Q1 2019-20	Q1 2020-21	Q1 2019-20	Q1 2020-21	Q1 2019-20	Q1 2020-21	Q1 2019-20	Q1 2020-21
90%	94%	94%	94%	89%	87%	89%	93%

Note d'information

Point 5.8

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

Date : 17 novembre 2020

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 septembre 2020.
- Ce rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des comités de revues qui ont été effectués avant cette période.
- Dans la période d'août à octobre 2020 un total de 11 revues ont été effectuées (3 incidents préjudiciables et 8 suicides en communauté) et un total de 21 recommandations ont été émises.
- De ces 21 recommandations : 4 (19%) sont en place et 17 (81%) sont en voie d'implantation (la plupart avec des échéanciers dans les prochains mois). Voir tableau en annexe « Recommandations des comités de revues août – octobre 2020 ».
- Il y a eu 12 revues effectuées avant août 2020 avec recommandations incomplètes. Pour ces 12 revues, 71% (50/70) des recommandations sont implantées et il reste 20 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 5 novembre 2020 par Lynne Levesque, Gestionnaire régional - Service de Qualité et Sécurité des patients.

Résumé des recommandations – Comités de revues d'août à octobre 2020

Types d'incidents	Résumé des recommandations
Chute	<p>(V) - Voir à la possibilité d'utiliser un lit muni d'une alarme de sortie pour les patients confus.</p> <p>(V) - Faire un rappel au personnel de l'unité de s'assurer de placer les accessoires de marche à la portée du patient et promouvoir son utilisation sécuritaire.</p> <p>(V) – Faire un rappel au personnel de documenter le plan d'interventions individualisé au verso de l'échelle de chutes de Morse et noter les particularités du plan de soins au Kardex pour les patients à risques élevés de chutes.</p>
Délai de traitement (x2)	<p>(J) - Poursuivre les efforts de recrutement de technologues en échographie.</p> <p>(J) - Voir à la possibilité d'impliquer l'infirmière navigatrice de la clinique de santé au féminin dans la planification des examens de suivis suite à un diagnostic de mammographie anormale.</p> <p>(J) - Voir à la possibilité de faire parvenir une copie de la lettre de demande d'examen complémentaires à la patiente afin de promouvoir son implication dans la prise en charge de sa santé en collaboration avec l'infirmière navigatrice de la clinique de santé au féminin.</p> <p>(J) - Modifier le processus actuel de rendez-vous téléphonique en laissant un numéro de téléphone afin d'assurer que la patiente puisse rappeler.</p> <p>(J) - Voir à la possibilité d'informatiser le processus de rendez-vous et suivis des demandes afin de faciliter les tâches administratives et le recueil de données statistiques.</p> <p>(V) - Faire un rappel au personnel soignant de ne pas hésiter à demander le soutien de la surveillante au besoin lorsque l'état d'un patient est instable.</p> <p>(J) - Reprendre les exercices de simulations de situations dans lesquelles l'état d'un patient est instable afin d'outiller le personnel soignant au niveau de sa communication interprofessionnelle et des interventions rapides.</p> <p>(J) - Élaborer une formation TEAM STEPPS (SMS/CUS) afin d'outiller le personnel soignant à vaincre les obstacles au travail d'équipe.</p>
Suicide en communauté (X8)	<p>(J) - Développer une proposition pour l'offre de services de programme de DBT (Dialecte Behavior Therapy) pour présenter au Ministère de la Santé.</p> <p>(J) - Développer une meilleure intégration des services d'urgence et les Centres de santé mentale communautaire dans un continuum de soins.</p> <p>(J) - Faire un rappel au personnel des services d'urgence concernant l'importance d'offrir le dépliant des ressources en santé mentale aux patients présentant des facteurs de risques ou ayant besoin de soutien en communauté ainsi que de compléter une demande de référence au besoin.</p> <p>(J) - Voir à la possibilité d'envoyer le rapport de suivi ou consultation non signé aux fournisseurs de soins concernés avec mention "Dictée NON lue" lors d'une absence prolongée du psychiatre.</p> <p>(J) - Faire un rappel aux établissements résidentiels qui ont des lits de crise, qu'il est très important d'aviser le Centre de santé mentale communautaire quand le client veut quitter ou quitte l'établissement pour une sortie ou un congé définitif.</p> <p>(J) - Réviser les règlements d'admission et de congé des lits de crise afin de s'assurer de la continuité de soins entre les fournisseurs de soins.</p> <p>(J) - Aviser le personnel que lorsqu'un client appelle ou se présente en personne avec des idées suicidaires, il est important de compléter l'outil ASIST et le documenter dans le dossier. Pour le client qui appelle, il est important de prévoir une rencontre en personne, le plus rapidement possible, et ce, selon le degré d'urgence.</p> <p>(J) - S'assurer que l'outil ASIST soit complété et documenter dans le dossier lorsqu'un client annule son rendez-vous de suivi prévu suite à d'idées suicidaires et ce, peu importe la raison de son annulation.</p> <p>(J) - Mettre en place des mesures de vérification (audit) des dossiers pour voir si les normes de documentation et les outils d'évaluations ex. : ASIST ont été répondues et respectées.</p>

Légende – État d'avancement

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

Note d'information

Point 5.9

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

Date : 2020-11-17

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

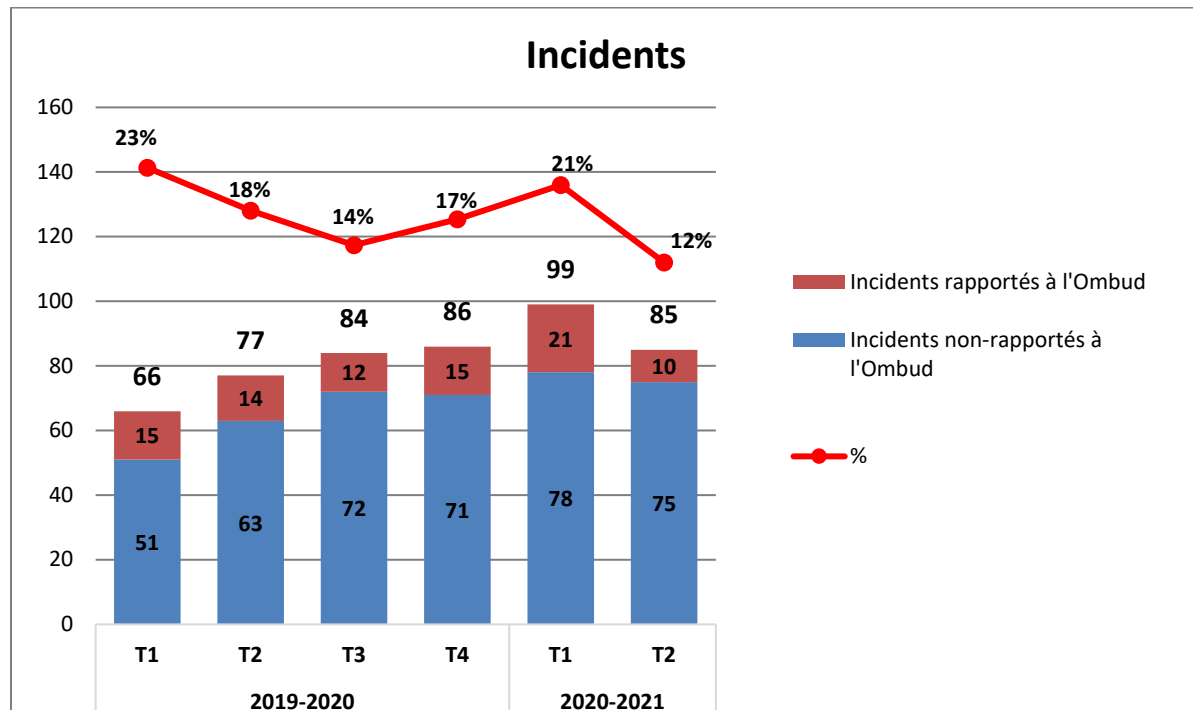
Décision recherchée

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

Contexte/problématique

Les graphiques suivants incluent les Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée du deuxième trimestre de 2020-2021.

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



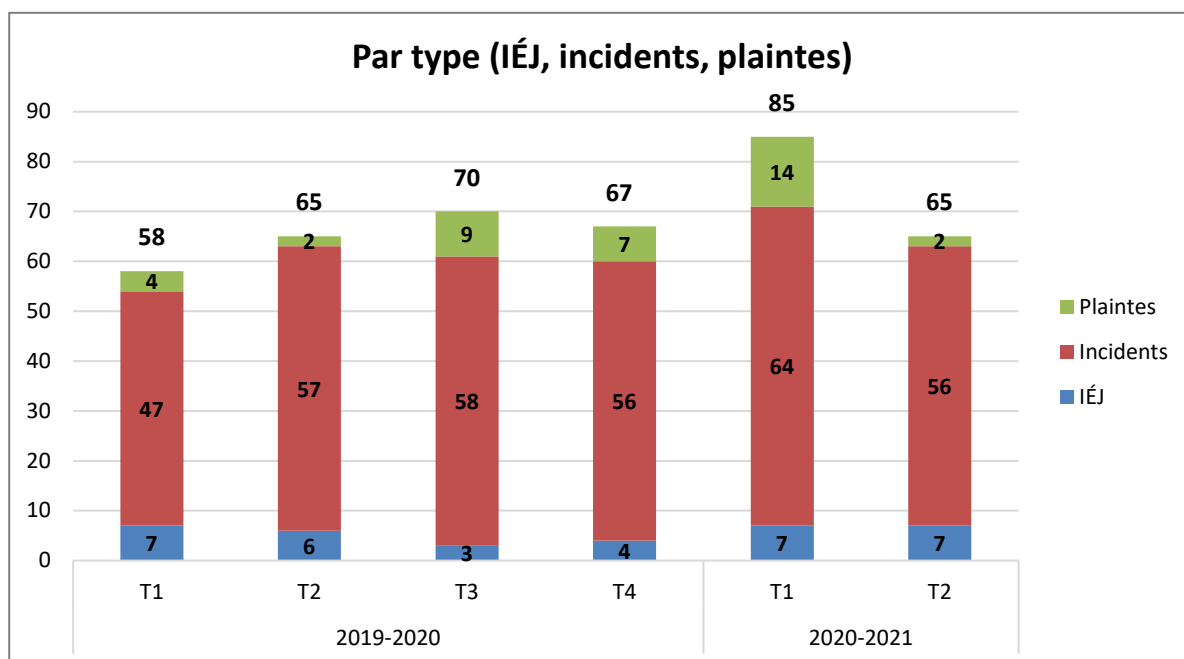
Les données de ce tableau présentent tous les incidents incluant ceux rapportés de l'extérieur du Réseau. On note que le nombre d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée rapportés au deuxième trimestre de 2020-2021 est comparable au 3^{ième} et 4^{ième} trimestre de 2019-2020. Le 1^{er} trimestre de 2020-2021 qui correspond avec la première vague de la pandémie a été marqué par une augmentation de plaintes. La tendance pour les incidents rapportés à l'Ombud est à la baisse depuis 2019-2020.

2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE*

Zone	2019-2020				2020-2021			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
z1b	30 52%	24 37%	36 51%	33 49%	46 54%	38 58%		
z4	11 19%	15 23%	6 9%	13 19%	8 9%	11 17%		
z5	7 12%	11 17%	12 17%	11 17%	15 18%	3 5%		
z6	10 17%	15 23%	16 23%	10 15%	16 19%	13 20%		
Total	58 100%	65 100%	70 100%	67 100%	85 100%	65 100%		

* 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.

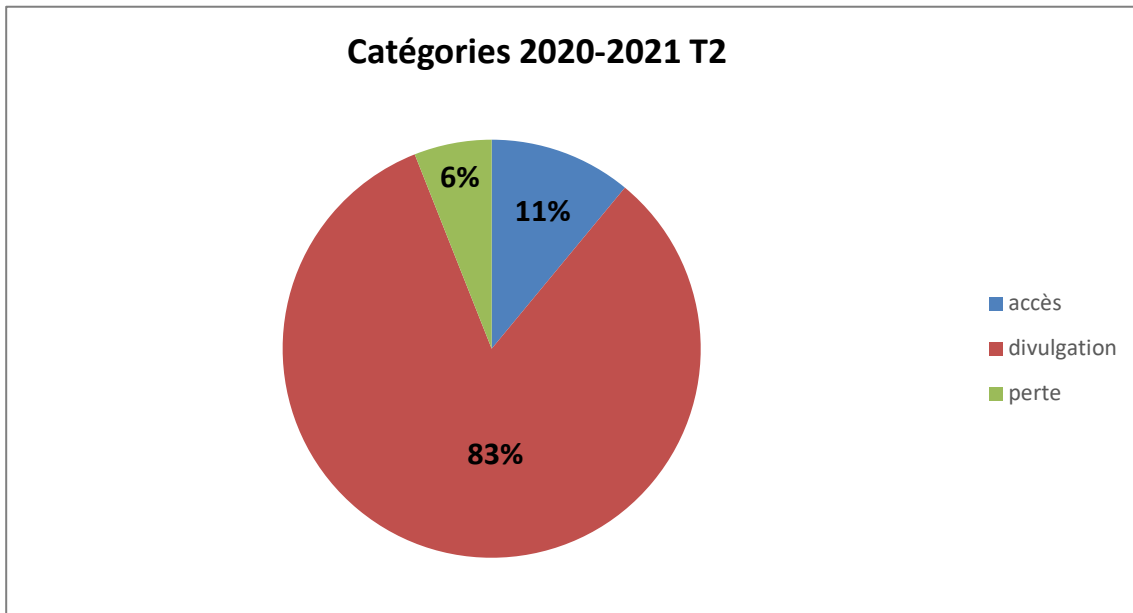
3. INCIDENTS PAR TYPE (EXCLUS LES HORS SERVICES)



Lors du deuxième trimestre de 2020-2021, le suivi des plaintes et des incidents a mené ou mènera à la notification de 14 victimes versus 23* au premier trimestre et 43 au quatrième trimestre de 2019-2020. 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.

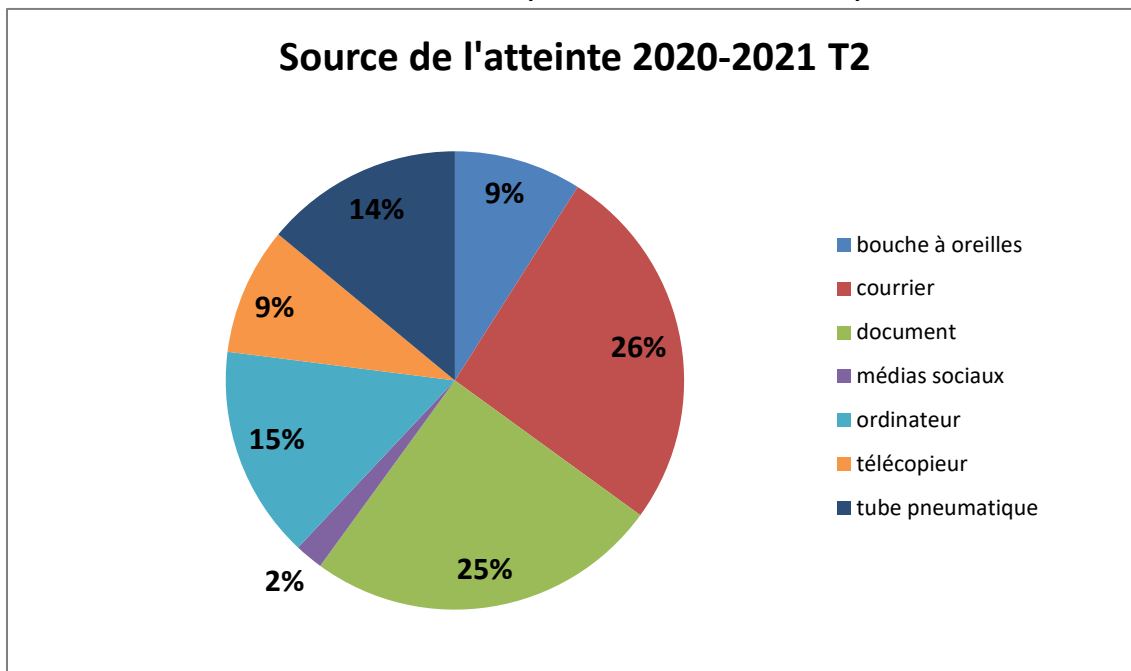
*Une investigation en cours pourrait contribuer à une augmentation significative du nombre de notifications pour le 1^{er} trimestre de 2020-2021.

4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (83 %) ou un accès non autorisé (11 %). Ces deux catégories comptent pour 94 % des incidents rapportés.

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



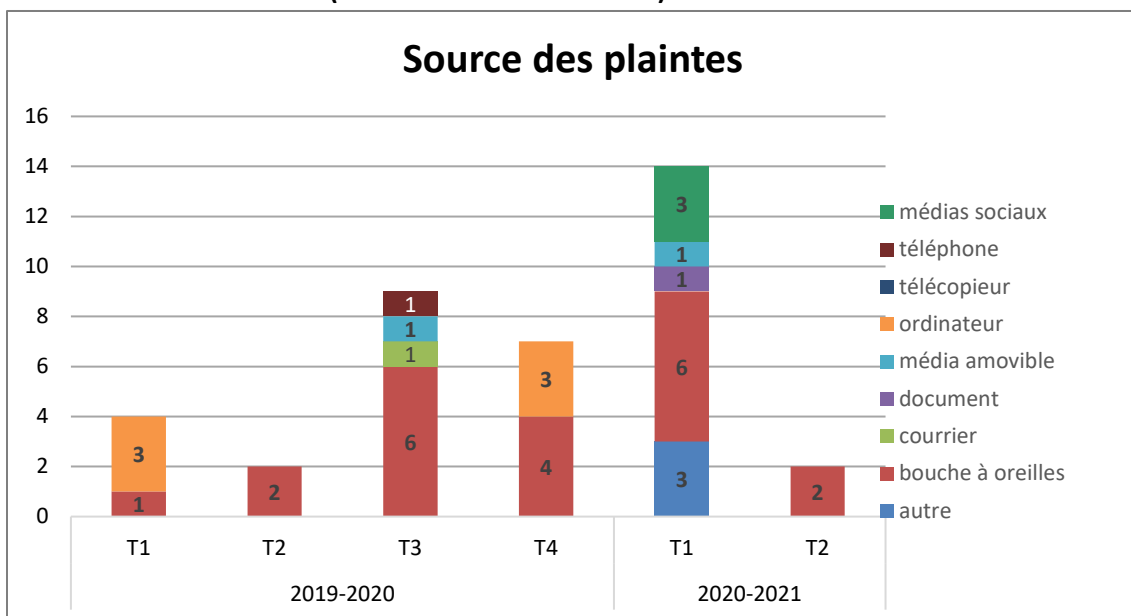
Il y a eu 9 incidents rapportés pour les tubes pneumatiques et 7 de ceux-ci concernaient des rapports de laboratoire acheminés par erreur à une clinique ambulatoire. La procédure du laboratoire a été revue.

Il y a eu des modifications d'effectuées sur le site Web du Réseau de santé Vitalité par le Service des communications afin que chaque point de service ait un lien pour les demandes concernant un dossier médical. De plus, tous les numéros de télécopieurs administratifs ont été retranchés afin de prévenir que des documents avec des renseignements personnels ou renseignements personnels sur la santé soient acheminés par erreur à ces locations.

Une séance d'information a été offerte au personnel du secteur des Ressources humaines le 30 septembre 2020 auquel plus de 70 personnes ont participé. Cette rencontre visait à sensibiliser davantage ce secteur aux principes de la vie privée et aux pratiques exemplaires.

Les sources principales de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée lors du deuxième trimestre sont le courrier (26 %) et documents (25 %).

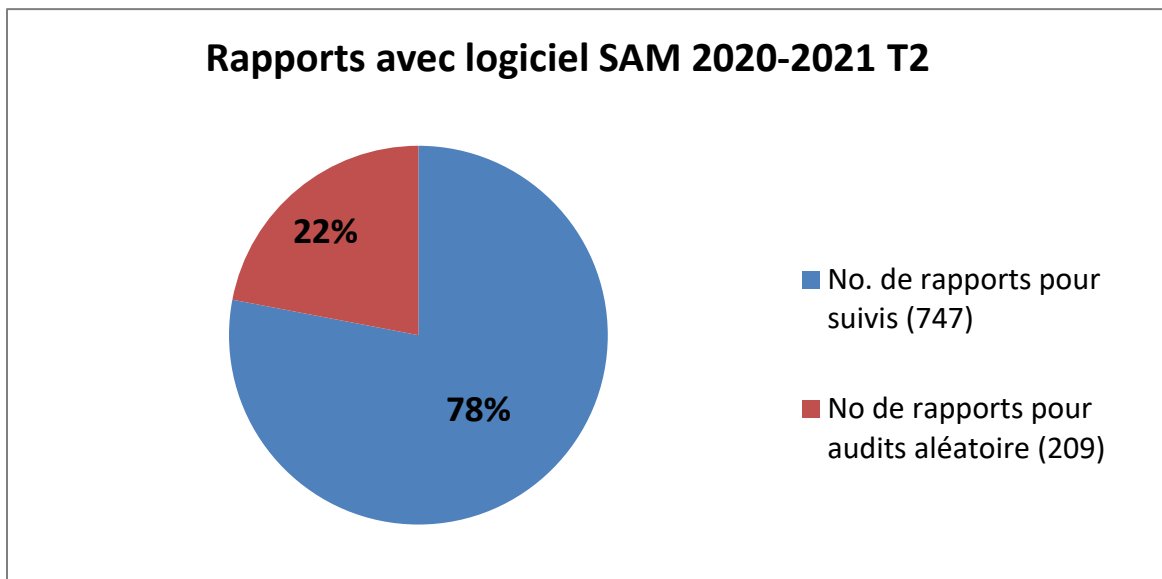
6. SOURCES DES PLAINTES (INCLUS LES HORS-SERVICE)



On note une diminution importante des plaintes au deuxième trimestre de 86 % par rapport au premier trimestre de 2020-2021. Les deux plaintes reçues étaient en lien avec une divulgation non autorisée. Suite à l'une des plaintes, une initiative a été mise de l'avant pour développer un plan d'action afin de sensibiliser davantage le personnel sur les procédures à suivre pour la communication de RP et RPS par téléphone.

7. VÉRIFICATION DES ACCÈS

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



L'initiative pour l'accès des non-employés se poursuit pour les médecins et leurs adjointes administratives des cabinets privés.

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

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

Suivi à la décision

- Développer un plan d'action pour sensibiliser davantage le personnel aux bonnes pratiques à suivre lors de la communication de renseignements personnels ou renseignements personnels sur la santé en personne ou par téléphone à des tierces parties.
- Déterminer la bonne pratique à suivre pour les représentants syndicaux qui sont des non-employés en ce qui a trait à la signature de la déclaration de confidentialité et de non-divulgateion.

Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

Soumis le 2 novembre 2020 par Diane Mignault, directrice principale de la Performance, Qualité et Vie privée et Michelle Bernard, conseillère à la Protection des renseignements personnels – Accès.

Note d'information

Point 5.10

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

Date : 17 novembre 2020

Objet : Sondage sur l'expérience vécue par le patient dans les hôpitaux (CSNB, 2019)

Décision recherchée

Cette note d'information est présentée à titre d'information seulement.

Contexte/problématique

- Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick a publié sa quatrième édition du sondage sur l'expérience vécue par le patient dans les hôpitaux le 7 octobre 2020.
- Il s'agit d'un sondage bilingue sur papier qui a été envoyé à 14 272 patients admissibles. Au total, 6 201 ont répondu (taux de participation de 43 %). Les répondants sont répartis de la façon suivante : 1 979 répondants pour le Réseau de santé Vitalité (32.5 %) et 4 222 (67.5 %) pour le Réseau de santé Horizon.
- Le nombre de répondants dans certains établissements est très peu élevé. Par exemple, 8 répondants ont participé au sondage à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin.
- Les résultats du sondage sont présentés pour l'ensemble du Nouveau-Brunswick, par région régionale de la santé et par hôpital.
- Seuls les résultats de 16 indicateurs clés de la qualité des services hospitaliers sont publiés dans le rapport parmi les 56 indicateurs de l'expérience vécue par le patient.
- Dans le rapport, il est indiqué qu'une comparaison des résultats provinciaux du sondage de 2016 à ceux du sondage 2019 (qui portait sur les 56 mêmes indicateurs) a été effectuée et qu'aucun des 16 indicateurs clés ne s'était amélioré.
- Une lettre du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick a été envoyée au ministre de la Santé le 20 juillet 2020 et soulève des inquiétudes concernant principalement 4 indicateurs :
 - Les patients qui ont toujours reçu des services dans la langue préférée lorsque le français est préféré;
 - Pourcentage des patients qui ont déclaré que leur chambre et leur salle de bain étaient « toujours » maintenues propres;
 - Pourcentage des patients qui croient avoir souffert en raison d'une erreur au cours de leur séjour à l'hôpital;
 - La communication au sujet des médicaments et la communication entre le personnel au sujet des soins prodigués aux patients.
- L'Annexe A présente les résultats principaux de l'édition 2019 du sondage effectué par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.
- L'Annexe B présente les résultats du Sondage sur la satisfaction des patients hospitalisés du Réseau de santé Vitalité pour les indicateurs comparables à ceux présentés dans le rapport du CSNB.
- L'Annexe C présente des résultats du Sondage sur les expériences des patients canadiens de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
- Les annexes permettent d'analyser et de comparer certains résultats. Il est à noter que la comparaison des résultats du sondage du CSNB, de l'ICIS et du Réseau de Santé Vitalité doit être effectuée avec prudence puisqu'il y a quelques divergences entre les échantillons et les méthodologies utilisées.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Il est à noter que les sondages présentés ont des tailles d'échantillon petites et que les résultats doivent être interprétés avec prudence. Les marges d'erreur doivent également être prises en considération dans l'analyse des résultats. Même si des indicateurs présentent des résultats inférieurs à ceux du dernier sondage effectué, cela ne veut pas nécessairement dire qu'il s'agit d'un changement significativement défavorable.
- Lorsque le taux de participation à un sondage s'avère faible, plus la validité des résultats sera menacée. Plus le taux de participation diminue, moins les résultats obtenus par le sondage seront représentatifs de la population cible.
- Le moment d'effectuer le sondage doit également être pris en considération. Il est à noter que le sondage du CSNB est seulement effectué du mois de décembre au mois de mars.
- Il n'est pas possible de dégager une tendance significative lorsqu'il y a seulement deux points de données comme référence (par exemple, 2016 et 2019).

Sondage de l'expérience vécue par le patient dans les hôpitaux (CSNB) – Annexe A

- Le sondage du CSNB a été envoyé aux patients ayant obtenu leur congé d'une unité de médecine, de chirurgie ou de maternité d'un hôpital de soins aigus au Nouveau-Brunswick entre le mois de décembre 2018 et le mois de mars 2019. Un total de 6 201 patients ont répondu au sondage du CSNB par l'entremise d'une seule méthode de collecte de donnée, soit par la poste.
- De façon générale, les résultats obtenus par le sondage sont positifs. Par exemple, le CSNB a précisé que l'Hôpital régional Chaleur s'est considérablement amélioré au cours des dernières années. Parmi les hôpitaux de la province qui sont de grande ou moyenne taille, c'est l'Hôpital régional Chaleur qui a connu la plus importante augmentation de l'évaluation favorable de l'hôpital (augmentation de 70,6 % en 2010 à 84,2 % en 2019).
- Le rapport présente toutefois davantage les résultats jugés défavorables selon le CSNB.
- Le tableau 1 présente un sommaire des indicateurs clés de l'expérience vécue par le patient et les différences entre 2016 et 2019. Trois indicateurs présentent un changement défavorable par rapport à 2016 selon le CSNB, soit :
 - Patients complètement informés sur le processus d'admission lors d'admissions par le service d'urgence;
 - Patients disant que l'hôpital se préoccupe certainement de leur sécurité;
 - Patients ayant toujours reçu les services dans leur langage de préférence lorsque le français est préféré.
- Le tableau 2 présente les résultats concernant l'indicateur « **Patients complètement informés sur le processus d'admission** ».
 - Cet indicateur indique un changement défavorable pour le Réseau de santé Vitalité entre 2016 et 2019 selon le CSNB.
 - En 2019, au sein du Réseau de santé Vitalité, 56 % des patients étaient complètement informés sur le processus d'admission tandis que ce résultat était de 61 % en 2016. Considérant la marge d'erreur, il est possible que la baisse de performance de cet indicateur soit plus minime que mentionnée dans le rapport.
 - En général, le Réseau de santé Vitalité performe mieux pour cet indicateur que la moyenne provinciale. Les résultats des établissements du Réseau de santé Vitalité sont majoritairement favorables.
 - Cet indicateur n'a que deux points de données comme référence, soit 2016 et 2019, ce qui ne permet pas de dégager une tendance significative.
- Le tableau 3 présente les résultats de l'indicateur « **Patients disant que l'hôpital se préoccupe certainement de leur sécurité** ».

- Cet indicateur présente un changement défavorable entre 2016 et 2019 pour le Réseau de santé Vitalité selon le CSNB.
- En 2019, au sein du Réseau, 81 % des patients disaient que l'hôpital se préoccupait certainement de leur sécurité tandis que ce résultat était de 84 % en 2016. Considérant la marge d'erreur, il est possible que la baisse de performance de cet indicateur soit plus minime que mentionnée dans le rapport.
- En général, le Réseau performe au même niveau que la moyenne au Nouveau-Brunswick, soit 81 %, et les résultats sont majoritairement favorables, à l'exception de l'Hôpital Régional de Campbellton.
- Le tableau 4 présente les résultats de l'indicateur « **Patients ayant toujours reçu les services dans leur langue de préférence** ».
 - Cet indicateur présente, selon le CSNB, un résultat défavorable en ce qui concerne l'anglais pour le Réseau de santé Vitalité.
 - En 2019, 80 % des patients ont toujours reçu les services dans leur langue de préférence tandis que ce résultat était de 81 % en 2016.
- Le tableau 5 présente les résultats des indicateurs portant sur la communication.
 - L'indicateur « **Communication avec les infirmières** » montre une satisfaction de 77 % alors que la moyenne du Nouveau-Brunswick est de 73 %. Tous les hôpitaux du Réseau évaluent favorablement la communication avec les infirmières du Réseau à l'exception de l'Hôpital Régional de Campbellton qui obtient 66 % de répondants favorables.
 - L'indicateur « **Communication avec les médecins** » montre que les répondants sont favorables à 82 % alors que la moyenne du Nouveau-Brunswick est de 80 %. Les hôpitaux du Réseau évaluent favorablement la communication avec les médecins du Réseau, à l'exception de l'Hôpital Régional de Campbellton qui obtient 74 % de répondants favorables.

Sondage sur la satisfaction des patients hospitalisés (Réseau de santé Vitalité) – Annexe B

- Le sondage sur l'expérience/satisfaction des patients hospitalisés du Réseau est effectué de façon continue et le questionnaire est remis à tous les patients au moment de leur congé. Le Réseau effectue la collecte des données selon trois méthodes : les patients ont l'option de compléter le sondage sur place, de le compléter à la maison et le retourner par la poste, ou bien de le compléter en ligne sur le site Web du Réseau.
- Les résultats des questions suivantes sont présentés :
 - Est-ce que l'hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité?
 - Service reçu dans la langue officielle de votre choix?
 - Avant de donner un nouveau médicament, le personnel vous a-t-il dit à quoi servait le médicament?
 - Combien de fois la chambre et la salle de bain sont-elles nettoyées?
 - Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour?
- Les résultats par établissement sont présentés pour l'année 2019-2020.
- Les résultats des trois dernières années sont présentés pour le Réseau de santé Vitalité.
- Les résultats sont tous favorables et présentent généralement une tendance à la hausse de la performance depuis les trois dernières années.

Sondage sur les expériences des patients canadiens (ICIS) – Annexe C

- Le sondage de l'ICIS exclut les patients des unités de chirurgie et d'obstétrique. L'ICIS recueille ses données par l'entremise de 3 méthodes distinctes, soit par téléphone, par la poste, ainsi qu'en ligne.
- Les résultats concernant l'indicateur « Expérience d'hospitalisation globale » sont présentés.

- Le Nouveau-Brunswick présente un résultat supérieur aux autres provinces participantes.

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

Suivi à la décision

Aucun

Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 9 novembre 2020 par Gisèle Beaulieu, Vice-présidente Qualité et Performance.

Annexe A : Résultats de l'édition 2019 du Sondage sur l'expérience vécue par le patient dans les hôpitaux – Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Tableau 1 : Sommaire des indicateurs clés de l'expérience vécue par le patient et différences entre 2016 et 2019

Indicateurs clés de l'expérience vécue par le patient et différences entre 2016 et 2019	N.-B.	Réseau de santé Horizon	Réseau de santé Vitalité
Patients ayant toujours reçu les services dans leur langue de préférence			
...lorsque l'anglais est préféré	⊖	⊖	⊖
...lorsque le français est préféré	▼	⊖	⊖
Patients complètement informés sur le processus d'admission			
...lors d'admissions par le service d'urgence	⊖	⊖	▼
...lors d'admissions planifiées ou par un moyen autre que le service d'urgence	⊖	⊖	⊖
Communication			
...avec les infirmières	⊖	⊖	⊖
...avec les médecins	⊖	⊖	⊖
...sur les médicaments	⊖	⊖	⊖
Patients ayant dit qu'il y avait toujours une bonne communication à propos de leurs soins parmi le personnel			
Le personnel a réagi rapidement au bouton d'appel et aux demandes d'aide pour se rendre à la salle de bain	⊖	⊖	⊖
Contrôle de la douleur			
Patients ayant dit que leur chambre et salle de bain étaient toujours propres	⊖	⊖	⊖
Patients complètement informés sur quoi faire en cas d'inquiétudes après leur congé	⊖	⊖	⊖
Patients disant avoir souffert en raison d'une erreur	⊖	⊖	⊖
Patients disant que l'hôpital se préoccupe certainement de leur sécurité	⊖	⊖	▼
Patients ayant évalué l'hôpital favorablement	⊖	⊖	⊖
Patients disant avoir été aidés par leur séjour à l'hôpital	⊖	⊖	⊖

Changements (entre 2016 et 2019) d'après des différences statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 % :

⊖ - Aucun changement

▼ - Changement défavorable

▲ - Changement favorable

Tableau 2 : Résultats de l'indicateur « Patients complètement informés sur le processus d'admission »

	Patients <i>complètement</i> informés sur le processus d'admission								Nombre de réponses par type d'admission (2019)	
	lors d'admissions par le service d'urgence				lors d'admissions planifiées ou par d'autres moyens				Urgence	Autre
	2010	2013	2016	2019	2010	2013	2016	2019	<i>n</i>	<i>n</i>
	%	%	%	%	%	%	%			
Horizon	n.d.	n.d.	40,0	40,5	n.d.	n.d.	62,9	63,5	2 115	1 813
Comté de Charlotte	n.d.	n.d.	41,7	44,0	n.d.	n.d.	46,2	16,7	50	6
Dr. Everett Chalmers	n.d.	n.d.	38,3	38,0	n.d.	n.d.	60,7	63,3	519	417
Grand Manan	n.d.	n.d.	50,0	88,9	n.d.	n.d.	-	-	9	0
Hôtel-Dieu Saint-Joseph	n.d.	n.d.	40,5	54,8	n.d.	n.d.	-	-	31	2
Miramichi	n.d.	n.d.	50,0	48,1	n.d.	n.d.	72,5	58,0	154	88
Moncton	n.d.	n.d.	40,5	39,0	n.d.	n.d.	65,4	63,4	497	481
Oromocto	n.d.	n.d.	43,8	20,0	n.d.	n.d.	33,3	45,0	25	20
Sackville	n.d.	n.d.	40,0	46,2	n.d.	n.d.	-	-	26	3
Saint John (H. régional)	n.d.	n.d.	36,5	41,4	n.d.	n.d.	62,9	65,7	681	766
Sussex	n.d.	n.d.	44,0	40,0	n.d.	n.d.	50,0	-	20	5
Haut de la Vallée	n.d.	n.d.	45,0	36,9	n.d.	n.d.	47,2	64,0	103	25
Vitalité	n.d.	n.d.	60,5	55,5	n.d.	n.d.	64,5	67,0	1 165	651
Campbellton	n.d.	n.d.	52,6	42,7	n.d.	n.d.	68,6	60,5	117	43
Chaleur	n.d.	n.d.	58,9	53,2	n.d.	n.d.	62,5	69,3	218	192
Dr-Georges-L-Dumont	n.d.	n.d.	61,6	50,7	n.d.	n.d.	64,5	64,9	351	296
Edmundston	n.d.	n.d.	61,3	65,0	n.d.	n.d.	67,0	72,3	203	101
Enfant-Jésus	n.d.	n.d.	66,7	71,6	n.d.	n.d.	-	-	74	5
Grand-Sault	n.d.	n.d.	76,0	42,9	n.d.	n.d.	-	-	21	1
Saint-Quentin	n.d.	n.d.	66,7	66,7	n.d.	n.d.	-	-	6	2
Stella-Maris-de-Kent	n.d.	n.d.	56,8	57,4	n.d.	n.d.	55,6	-	61	4
Tracadie	n.d.	n.d.	62,0	60,5	n.d.	n.d.	-	57,1	114	7
Moyenne du N.-B.	n.d.	n.d.	47,3	45,8	n.d.	n.d.	63,3	64,4	3 280	2 464

Les symboles indiquent une différence statistiquement significative à un niveau de confiance de 95 % :

■ - Résultat défavorable comparativement au N.-B.

■ - Résultat favorable comparativement au N.-B.

▲▼ - Changement défavorable entre 2016 et 2019

▲▼ - Changement favorable entre 2016 et 2019

n.d. Non disponible

- taille de l'échantillon insuffisante pour faire rapport

Tableau 3 : Résultats des indicateurs « Patients disant que l'hôpital se préoccupe certainement de leur sécurité », « Patients ayant évalué l'hôpital favorablement » et « Patients disant avoir été aidés par leur séjour à l'hôpital »

	Patients disant que l'hôpital se préoccupe certainement de leur sécurité				Patients ayant évalué l'hôpital favorablement (8,9 ou 10 sur 10)				Patients disant avoir été aidés par leur séjour à l'hôpital (8,9 ou 10 sur 10)			
	2010	2013	2016	2019	2010	2013	2016	2019	2010	2013	2016	2019
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Horizon	75,3	75,5	80,6	81,2	75,7	74,2	77,2	77,6	n.d.	n.d.	85,3	86,1
Comté de Charlotte	67,6	65,4	71,8	88,5	68,1	73,6	86,3	86,2	n.d.	n.d.	85,9	88,7
Dr. Everett Chalmers	74,0	75,1	82,3	80,4	75,5	71,4	76,7	76,7	n.d.	n.d.	86,6	85,4
Grand Manan	73,3	92,3	100	100	75,0	100	100	100	n.d.	n.d.	100	100
Hôtel-Dieu Saint-Joseph	79,7	84,8	78,0	81,8	81,0	80,4	78,6	81,3	n.d.	n.d.	85,4	93,8
Miramichi	75,5	79,4	80,6	78,9	76,5	77,6	85,6	81,5	n.d.	n.d.	88,2	85,8
Moncton	74,7	77,1	80,7	79,8	75,6	75,2	78,2	74,6	n.d.	n.d.	85,0	86,0
Oromocto	75,9	72,9	82,9	78,7	70,7	53,2	82,9	73,5	n.d.	n.d.	82,5	82,6
Sackville	82,7	69,0	78,1	93,3	82,0	75,6	87,5	96,9	n.d.	n.d.	83,9	93,5
Saint John (H. régional)	76,7	74,0	79,7	82,6	76,6	74,6	74,2	79,3 ▲	n.d.	n.d.	84,5	87,0
Sussex	82,4	82,6	84,4	84,0	80,0	73,9	80,0	81,5	n.d.	n.d.	87,5	84,0
Haut de la Vallée	75,4	73,0	80,3	76,6	69,0	81,0	75,6	69,2	n.d.	n.d.	80,9	76,4
Vitalité	78,1	81,1	84,3	81,1 ▼	76,4	77,8	82,5	80,7	n.d.	n.d.	87,3	87,5
Campbellton	73,7	75,9	74,7	67,7	74,8	75,3	75,0	63,0	n.d.	n.d.	78,2	78,3
Chaleur	72,2	78,1	83,6	81,8	70,6	78,7	82,0	84,2	n.d.	n.d.	88,6	88,4
Dr-Georges-L-Dumont	81,4	82,4	85,5	82,1	78,8	74,7	82,8	81,2	n.d.	n.d.	89,6	89,9
Edmundston	81,3	85,0	83,1	84,3	83,2	84,4	84,2	85,4	n.d.	n.d.	87,7	88,3
Enfant-Jésus	n.d.	84,4	95,5	87,2	n.d.	86,4	86,2	87,5	n.d.	n.d.	78,5	85,7
Grand-Sault	79,6	84,8	85,2	87,0	68,8	66,7	86,7	78,3	n.d.	n.d.	88,9	91,3
Saint-Quentin	93,8	95,0	90,9	100	90,3	100	91,3	100	n.d.	n.d.	95,7	100
Stella-Maris-de-Kent	85,7	72,9	95,5	77,8 ▼	92,9	77,1	87,4	77,5	n.d.	n.d.	89,4	91,4
Tracadie	78,6	80,0	81,6	77,8	68,2	74,0	82,0	73,8	n.d.	n.d.	80,8	78,7
Moyenne du N.-B.	76,3	77,3	81,8	81,1	75,9	75,4	78,9	78,5	n.d.	n.d.	86,0	86,5

Les symboles indiquent une différence statistiquement significative à un niveau de confiance de 95 % :

■ - Résultat défavorable comparativement au N.-B.

■ - Résultat favorable comparativement au N.-B.

▲▼ - Changement défavorable entre 2016 et 2019

▲▼ - Changement favorable entre 2016 et 2019

n.d. Non disponible

- taille de l'échantillon insuffisante pour faire rapport

Tableau 4 : Résultats concernant l'indicateur « Patients ayant toujours reçu les services dans leur langue de préférence »

	Patients ayant <i>toujours</i> reçu les services dans leur langue de préférence								Nombre de réponses par langue de préférence (2019)	
	lorsque l'anglais est préféré				lorsque le français est préféré				Anglais	Français
	2010	2013	2016	2019	2010	2013	2016	2019	<i>n</i>	<i>n</i>
	%	%	%	%	%	%	%	%		
Horizon	94,8	93,6	95,9	96,2	28,4	28,1	42,0	35,9	3 846	231
Comté de Charlotte	95,9	91,1	94,4	100	-	-	-	-	62	0
Dr. Everett Chalmers	96,4	94,5	97,2	96,5	0,0	0,0	25,9	22,7	955	22
Grand Manan	100	100	100	100	-	-	-	-	10	0
Hôtel-Dieu Saint-Joseph	93,2	81,8	94,4	93,9	-	-	-	-	33	0
Miramichi	93,8	93,7	94,0	94,7	21,3	30,0	31,0	23,7	209	38
Moncton	93,4	90,8	94,2	94,8	29,5	34,6	42,0	34,6	892	104
Oromocto	98,3	91,7	100	89,4	-	-	-	-	47	0
Sackville	93,6	90,7	96,8	96,2	-	-	-	-	26	3
Saint John (H. régional)	94,8	95,8	96,2	96,9	40,4	28,9	56,9	48,4	1 461	64
Sussex	87,9	100	96,9	96,2	-	-	-	-	26	0
Haut de la Vallée	96,7	91,5	96,6	98,4	-	-	-	-	125	0
Vitalité	72,2	77,1	80,1	81,4	81,4	83,7	90,5	89,1	662	1 253
Campbellton	65,0	72,8	73,1	79,3	58,3	62,0	80,0	69,0	82	84
Chaleur	69,7	78,6	78,8	80,3	73,5	76,9	83,8	85,3	142	278
Dr-Georges-L.-Dumont	76,0	80,6	81,5	83,2	87,1	88,4	92,8	93,5	340	352
Edmundston	76,5	52,2	81,0	75,0	90,2	87,9	94,0	94,0	40	282
Enfant-Jésus	n.d.	71,4	-	-	n.d.	90,2	92,2	90,2	4	82
Grand-Sault	66,7	87,5	88,9	77,8	86,2	77,8	94,1	78,6	9	14
Saint-Quentin	-	-	-	-	90,6	89,5	100	100	0	8
Stella-Maris-de-Kent	100	85,0	89,2	80,6	-	92,3	92,2	90,2	31	41
Tracadie	71,4	50,0	85,7	85,7	83,8	84,6	93,7	87,5	14	112
Moyenne du N.-B.	91,0	91,2	93,5	94,0	74,6	75,1	83,8	80,9	4 508	1 484

Les symboles indiquent une différence statistiquement significative à un niveau de confiance de 95 % :

■ - Résultat défavorable comparativement au N.-B.

■ - Résultat favorable comparativement au N.-B.

▲▼ - Changement défavorable entre 2016 et 2019

▲▼ - Changement favorable entre 2016 et 2019

n.d. Non disponible

- taille de l'échantillon insuffisante pour faire rapport

Tableau 5 : Résultats des indicateurs portant sur la communication avec les infirmières, avec les médecins et sur les médicaments

	Communication avec les infirmières (Combinaison de trois questions)				Communication avec les médecins (Combinaison de trois questions)				Communication sur les médicaments (Combinaison de deux questions)			
	2010	2013	2016	2019	2010	2013	2016	2019	2010	2013	2016	2019
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Horizon	68,7	68,4	70,5	71,8	77,6	79,8	78,8	78,5	53,0	54,1	52,6	54,6
Comté de Charlotte	63,9	64,1	67,5	72,0	70,0	73,7	67,4	76,3	49,2	54,5	50,7	48,5
Dr. Everett Chalmers	70,8	68,0	72,2	72,3	79,4	82,4	80,6	78,3	57,2	55,0	52,3	55,6
Grand Manan	75,0	73,8	94,4	90,0	80,4	87,2	100	76,7 ▼	62,5	75,0	83,3	75,0
Hôtel-Dieu Saint-Joseph	69,4	70,6	69,6	69,9	76,2	83,8	82,3	75,7	56,5	51,9	47,9	48,6
Miramichi	72,5	72,8	78,1	76,0	74,7	80,6	80,8	80,8	55,8	61,2	54,3	62,1
Moncton	68,2	69,5	70,3	71,7	79,2	78,9	79,8	80,4	52,3	52,2	52,6	53,9
Oromocto	64,2	54,6	67,4	72,0	67,0	79,9	77,3	78,0	53,4	41,4	48,9	38,2
Sackville	67,3	73,1	66,7	76,0	77,0	74,0	70,4	86,5 ▲	51,0	44,4	46,7	62,5
Saint John (H. régional)	67,5	67,7	68,6	71,9 ▲	77,7	79,1	77,7	78,3	49,3	54,5	52,9	54,8
Sussex	70,2	69,6	64,7	58,3	76,0	72,1	63,0	69,0	47,1	50,0	55,3	52,9
Haut de la Vallée	62,0	62,1	66,0	62,0	71,8	74,6	75,0	65,1 ▼	50,4	47,5	50,7	44,2
Vitalité	70,5	74,6	76,7	76,7	80,1	81,1	82,6	82,2	51,2	56,0	55,2	56,7
Campbellton	69,9	72,3	70,7	66,0	71,3	79,7	74,3	73,7	48,5	46,1	51,9	48,9
Chaleur	69,1	74,6	77,5	79,7	81,0	80,7	83,2	84,1	50,9	57,7	56,0	61,7
Dr-Georges-L.-Dumont	70,9	74,1	76,1	75,8	81,8	82,3	84,2	83,9	51,4	57,4	54,1	55,6
Edmundston	70,7	72,9	76,6	78,7	80,6	80,8	82,2	81,9	47,6	54,5	54,1	55,6
Enfant-Jésus	n.d.	86,2	84,0	84,9	n.d.	84,7	83,6	87,4	n.d.	65,1	66,7	61,3
Grand-Sault	70,8	65,7	83,3	72,2	75,9	70,2	86,7	72,2	59,6	50,0	47,2	52,6
Saint-Quentin	79,8	82,3	88,0	95,8	93,7	90,0	81,3	91,7	66,7	50,0	50,0	66,7
Stella-Maris-de-Kent	83,3	78,4	77,8	77,8	90,5	84,6	84,4	85,0	83,3	48,9	67,1	58,1
Tracadie	71,3	76,8	80,3	73,4	80,3	76,8	81,3	75,5	56,0	66,7	62,0	58,8
Moyenne du N.-B.	69,4	70,4	72,5	73,4	78,5	80,2	80,0	79,7	52,4	54,7	53,4	55,2

Les symboles indiquent une différence statistiquement significative à un niveau de confiance de 95 % :

■ - Résultat défavorable comparativement au N.-B.

■ - Résultat favorable comparativement au N.-B.

▲▼ - Changement défavorable entre 2016 et 2019

▲▼ - Changement favorable entre 2016 et 2019

n.d. Non disponible

- taille de l'échantillon insuffisante pour faire rapport

Annexe B : Résultats du Sondage sur la satisfaction des patients hospitalisés – Réseau de santé Vitalité

Tableau 6 : Résultats de l'année 2019-2020, par établissement, de l'indicateur « Est-ce que cet hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? »

Zone	Établissement	Répondants	Oui, certainement	Oui, un peu	Non
Zone 1B	Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	1081	94 %	5 %	1 %
Zone 1B	Hôpital Stella-Maris-de-Kent	24	92 %	8 %	0 %
Total Zone 1B		1105	94 %	5 %	1 %
Zone 4	Hôpital général de Grand-Sault	75	99 %	1 %	0 %
Zone 4	Hôpital régional d'Edmundston	748	97 %	3 %	1 %
Zone 4	Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	37	97 %	3 %	0 %
Total Zone 4		860	97 %	2 %	1 %
Zone 5	Hôpital Régional de Campbellton	235	93 %	6 %	1 %
Total Zone 5		235	93 %	6 %	1 %
Zone 6	Hôpital de Tracadie	98	97 %	3 %	0 %
Zone 6	Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJt	13	92 %	8 %	0 %
Zone 6	Hôpital régional Chaleur	480	92 %	7 %	1 %
Total Zone 6		591	93 %	7 %	1 %

Tableau 7 : Résultats des trois dernières années de l'indicateur « Est-ce que cet hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? » du Réseau de santé Vitalité

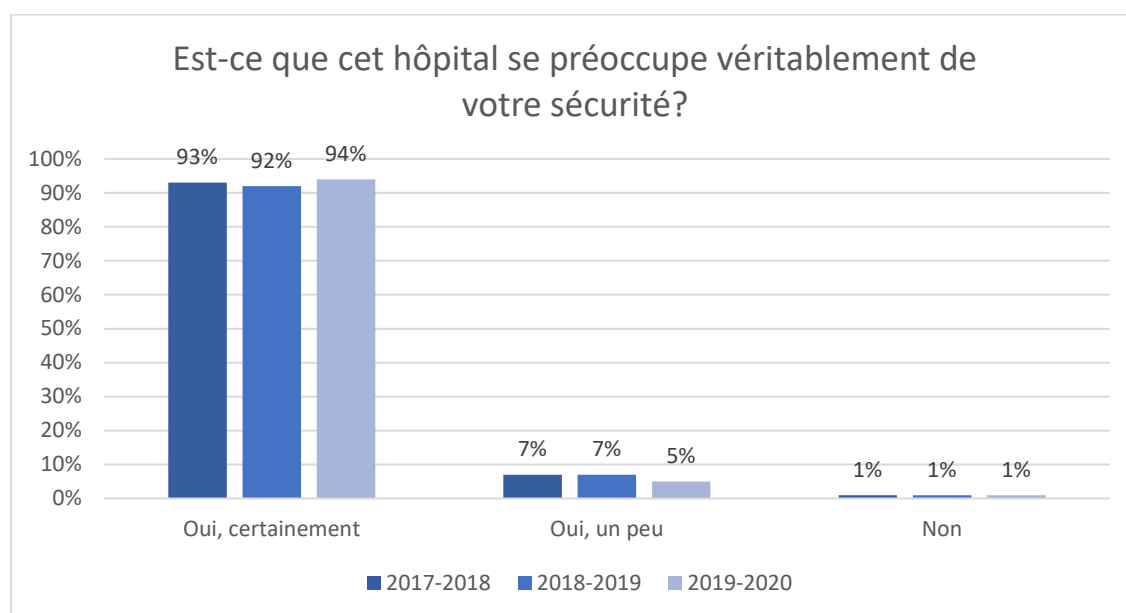


Tableau 8 : Résultats de l'année 2019-2020, par établissement, de l'indicateur « Service reçu dans la langue officielle de votre choix? »

Zone	Établissement	Répondants	Toujours	Habituellement	Parfois	Jamais
Zone 1B	Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	1074	94 %	4 %	1 %	1 %
Zone 1B	Hôpital Stella-Maris-de-Kent	24	96 %	4 %	0 %	0 %
Total Zone 1B		1098	94 %	4 %	1 %	1 %
Zone 4	Hôpital général de Grand-Sault	76	96 %	1 %	1 %	1 %
Zone 4	Hôpital régional d'Edmundston	743	96 %	3 %	0 %	1 %
Zone 4	Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	34	94 %	0 %	0 %	6 %
Total Zone 4		853	96 %	3 %	0 %	1 %
Zone 5	Hôpital Régional de Campbellton	236	88 %	10 %	1 %	1 %
Total Zone 5		236	88 %	10 %	1 %	1 %
Zone 6	Hôpital de Tracadie	95	96 %	0 %	0 %	4 %
Zone 6	Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJt	14	93 %	7 %	0 %	0 %
Zone 6	Hôpital régional Chaleur	476	90 %	8 %	1 %	0 %
Total Zone 6		585	91 %	7 %	1 %	1 %

Tableau 9 : Résultats des trois dernières années de l'indicateur « Service reçu dans la langue officielle de votre choix? » du Réseau de santé Vitalité

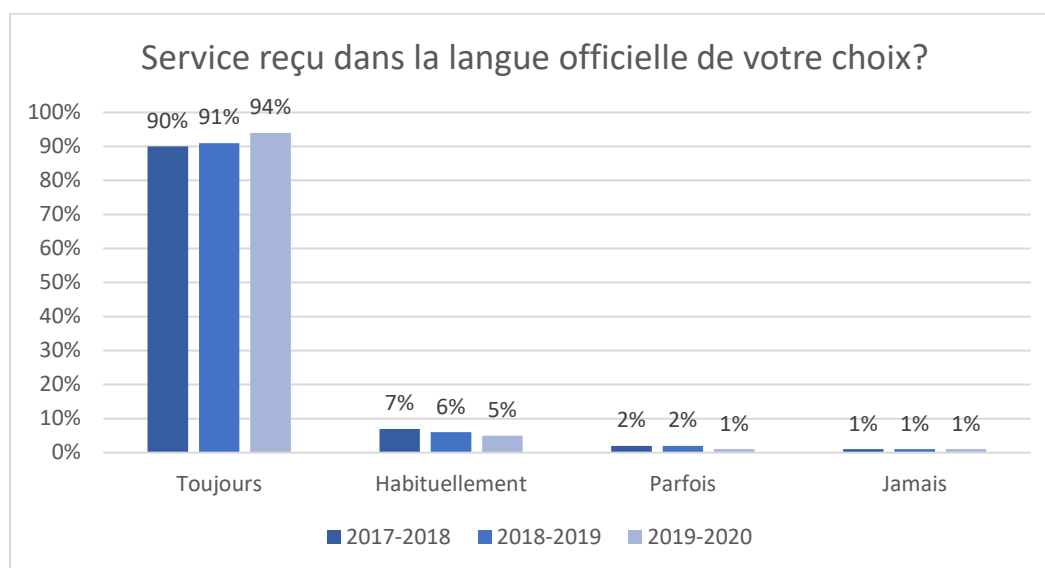


Tableau 10 : Résultats de l'année 2019-2020, par établissement, de l'indicateur « Avant de vous donner un nouveau médicament, le personnel vous a-t-il dit à quoi servait le médicament? »

Zone	Établissement	Répondants	Toujours	Habituellement	Parfois	Jamais
Zone 1B	Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	1006	91 %	8 %	1 %	0 %
Zone 1B	Hôpital Stella-Maris-de-Kent	24	90 %	10 %	0 %	0 %
Total Zone 1B		1030	91 %	8 %	1 %	0 %
Zone 4	Hôpital général de Grand-Sault	76	87 %	12 %	1 %	1 %
Zone 4	Hôpital régional d'Edmundston	674	89 %	9 %	2 %	1 %
Zone 4	Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	32	90 %	8 %	2 %	1 %
Total Zone 4		782	89 %	9 %	2 %	0 %
Zone 5	Hôpital Régional de Campbellton	222	90 %	9 %	1 %	0 %
Total Zone 5		222	90 %	9 %	1 %	0 %
Zone 6	Hôpital de Tracadie	97	89 %	9 %	2 %	0 %
Zone 6	Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJt	12	82 %	14 %	5 %	0 %
Zone 6	Hôpital régional Chaleur	427	89 %	9 %	2 %	0 %
Total Zone 6		536	89 %	9 %	2 %	0 %

Tableau 11 : Résultats des trois dernières années de l'indicateur « Avant de donner un médicament, le personnel vous-a-t'il dit à quoi servait le médicament? » du Réseau de santé Vitalité

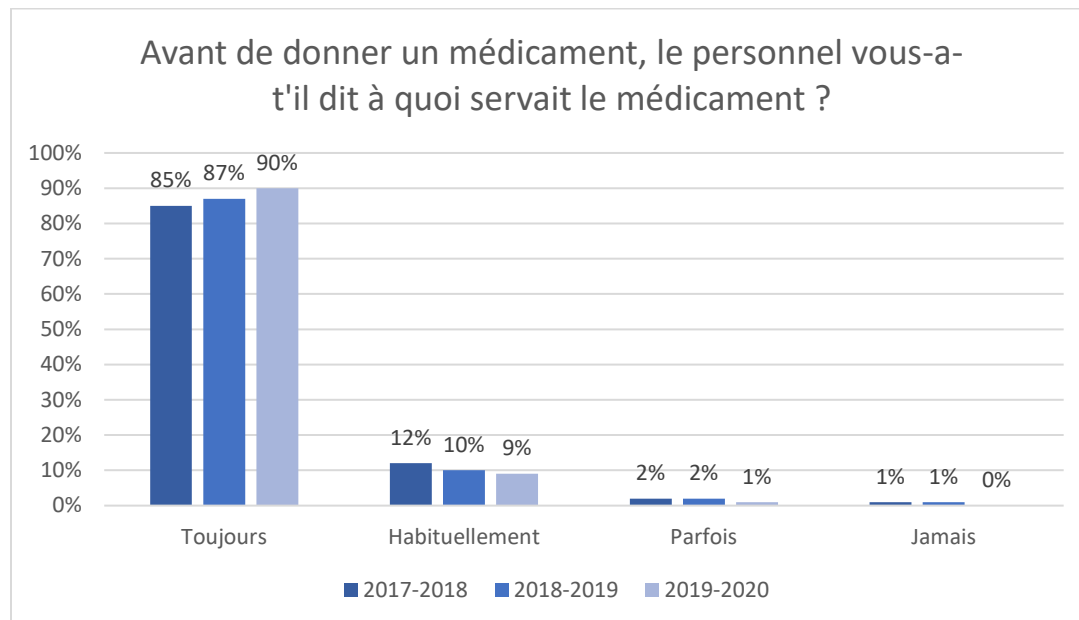


Tableau 12 : Résultats de l'année 2019-2020, par établissement, de l'indicateur « Combien de fois la chambre et salle de bain ont-elles nettoyées? »

Zone	Établissement	Répondants	Toujours	Habituellement	Parfois	Jamais
Zone 1B	Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	1069	58 %	26 %	12 %	4 %
Zone 1B	Hôpital Stella-Maris-de-Kent	24	88 %	13 %	0 %	0 %
Total Zone 1B		1093	58 %	26 %	12 %	4 %
Zone 4	Hôpital général de Grand-Sault	77	83 %	12 %	4 %	1 %
Zone 4	Hôpital régional d'Edmundston	733	83 %	13 %	3 %	1 %
Zone 4	Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	34	100 %	0 %	0 %	0 %
Total Zone 4		844	84 %	12 %	3 %	1 %
Zone 5	Hôpital Régional de Campbellton	222	73 %	18 %	6 %	3 %
Total Zone 5		222	73 %	18 %	6 %	3 %
Zone 6	Hôpital de Tracadie	98	81 %	16 %	3 %	0 %
Zone 6	Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ†	13	77 %	23 %	0 %	0 %
Zone 6	Hôpital régional Chaleur	456	66 %	22 %	8 %	4 %
Total Zone 6		567	69 %	21 %	7 %	3 %

Tableau 13 : Résultats des trois dernières années de l'indicateur « Combien de fois la chambre et salle de bain ont-elles nettoyées? » du Réseau de santé Vitalité

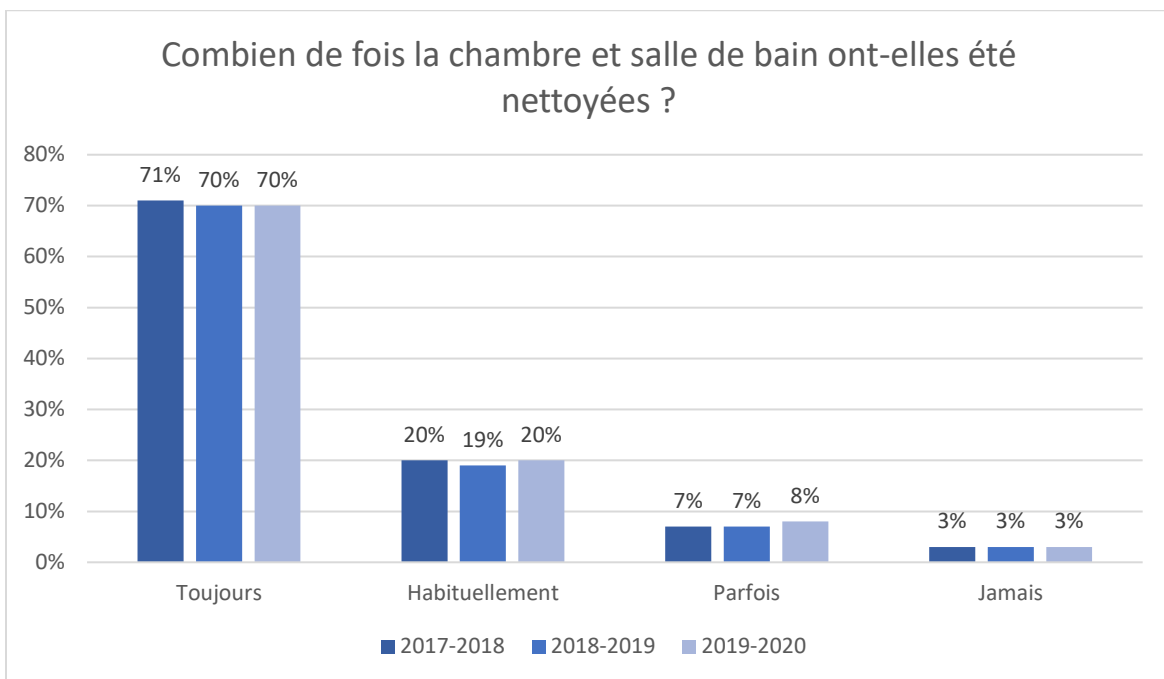
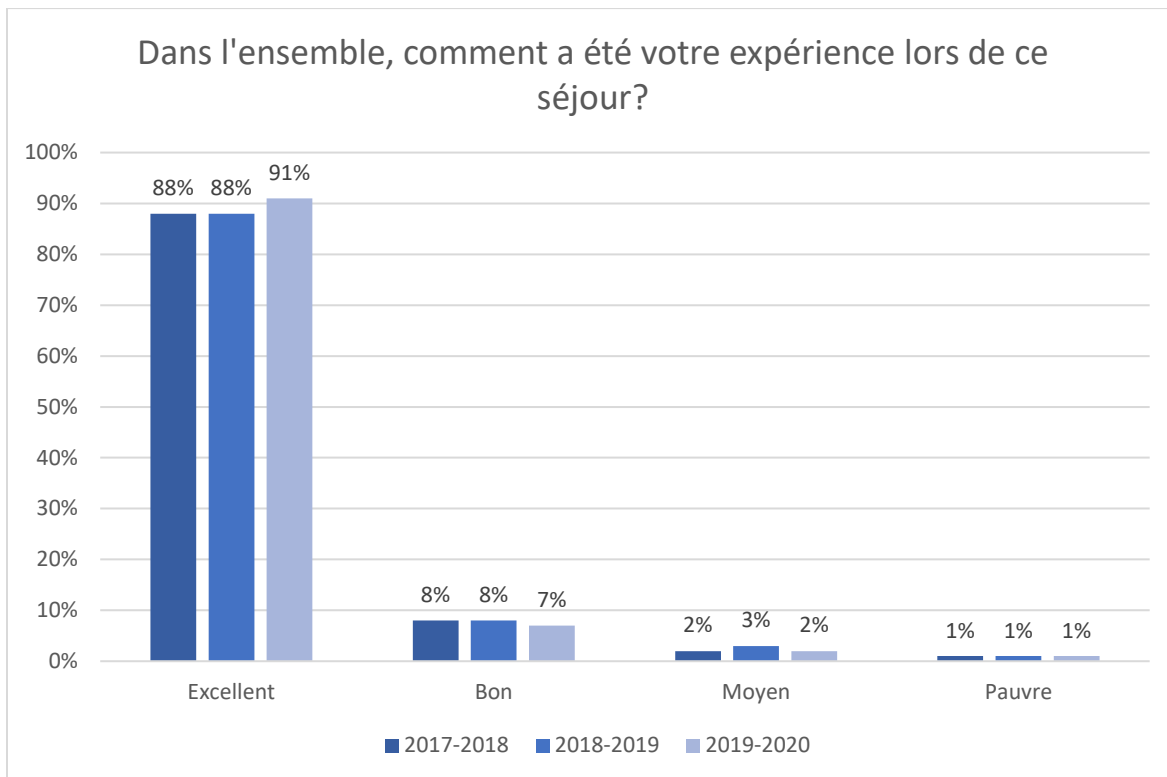


Tableau 14 : Résultats de l'année 2019-2020, par établissement, de l'indicateur « Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? »

Zone	Établissement	Répondants	Excellent	Bon	Moyen	Pauvre
Zone 1B	Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	1074	90 %	8 %	2 %	0 %
Zone 1B	Hôpital Stella-Maris-de-Kent	24	100 %	0 %	0 %	0 %
Total Zone 1B		1098	90 %	8 %	2 %	0 %
Zone 4	Hôpital général de Grand-Sault	75	97 %	1 %	1 %	0 %
Zone 4	Hôpital régional d'Edmundston	747	93 %	4 %	2 %	1 %
Zone 4	Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	37	95 %	5 %	0 %	0 %
Total Zone 4		859	94 %	4 %	2 %	1 %
Zone 5	Hôpital Régional de Campbellton	230	92 %	6 %	1 %	0 %
Total Zone 5		230	92 %	6 %	1 %	0 %
Zone 6	Hôpital de Tracadie	93	97 %	3 %	0 %	0 %
Zone 6	Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJt	13	92 %	8 %	0 %	0 %
Zone 6	Hôpital régional Chaleur	472	86 %	11 %	2 %	1 %
Total Zone 6		578	88 %	10 %	2 %	1 %

Tableau 15 : Résultats des trois dernières années de l'indicateur « Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? » du Réseau de santé Vitalité



Annexe C : Résultats du Sondage sur les expériences des patients canadiens – Institut canadien d’information sur la santé

Expérience d’hospitalisation globale

(Évaluation de l’expérience globale sur une échelle de 0 à 10)

Provenance des données : ICIS - Sondage sur les expériences des patients canadiens : résultats comparatifs

Période Province/territoire	2018-2019		
	Mauvaise (0 à 6)	Bonne (7 à 8)	Très bonne (9 à 10)
⊕ Alberta	9.11%	22.88%	68.01%
⊕ Manitoba	9.83%	21.73%	68.44%
⊖ Nouveau-Brunswick	10.57%	18.49%	70.94%
⊕ Réseau de santé Horizon	10.57%	19.41%	70.02%
⊖ Réseau de santé Vitalité	10.56%	17.22%	72.21%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont (N.-B.)	8.73%	20.93%	70.34%
Hôpital de Tracadie-Sheila (N.-B.)	17.68%	18.57%	63.75%
Hôpital général de Grand-Sault (N.-B.)	8.70%	17.37%	73.93%
Hôpital régional Chaleur (N.-B.)	8.96%	19.14%	71.89%
Hôpital régional d’Edmundston (N.-B.)	6.94%	16.29%	76.78%
Hôpital régional de Campbellton (N.-B.)	20.50%	23.84%	55.66%
Hôpital Stella-Marie-de-Kent (N.-B.)	13.03%	21.67%	65.30%
Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin (N.-B.)			100.00%
⊕ Ontario	10.27%	20.61%	69.12%
Total	9.76%	21.53%	68.70%

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 17 novembre 2020

Objet : Rapport du Comité consultatif des patients et familles

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une réunion régulière le 5 novembre dernier. Les principaux sujets discutés lors de cette réunion sont :

- Présentation sur le projet de rappels de rendez-vous pour les patients ;
- Suivi du plan d'action et état d'avancement ;
- Webinaire portant sur les patients-partenaires.

Une présentation sur le projet de rappels de rendez-vous pour les patients a été effectuée par Mme Gisèle Beaulieu.

En période de pandémie, le Réseau de santé Vitalité est en train d'identifier des solutions pour offrir des soins virtuels. D'ailleurs, quelques projets technologiques sont en cours, dont celui des rappels de rendez-vous pour les patients qui consiste à diminuer les no-shows dus à des oublis, à améliorer la communication avec les patients et à permettre aux professionnels de santé de gagner du temps.

Cette application technologique permettra l'envoi de messages de rappel aux patients 48 heures avant leur rendez-vous. Ces messages de rappel pourront être envoyés par courriels, messages textes ou appels vocaux automatiques. Le patient pourra choisir le mode de rappel qu'il préfère, donc pour ceux qui n'ont pas d'appareils mobiles, nous continuerons à les appeler par téléphone. Aussi, le patient devra donner son consentement avant de commencer à recevoir des rappels surtout par des messages vocaux. Tous les messages seront bilingues.

La mise en œuvre du projet pilote commencera progressivement au Service de physiothérapie en janvier 2021.

L'enregistrement des clips vidéo avec les partenaires de l'expérience patient a commencé la semaine du 2 novembre en collaboration avec le Service des communications. Ceux-ci seront diffusés sur le site web et le Boulevard. Trois (3) partenaires de l'expérience patient ont accepté de se faire filmer et enregistrer.

Madame Lise Malenfant, participera bientôt à un webinaire sur les partenaires de l'expérience patient organisé par la Société Santé en français en collaboration avec le Centre d'excellence.

La prochaine réunion du Comité consultatif des patients et familles est prévue le 11 mars 2021.

Soumis le 9 novembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note d'information

Point 6.1

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

Date : 17 novembre 2020

Objet : 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 visite d'agrément est toujours prévue pour juin 2021 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.
- Avec l'arrivée de la pandémie, les activités liées à l'agrément ont été aux ralenties au cours de l'été et l'automne.
- Les équipes poursuivent 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.
- L'équipe de leadership (vice-président, directeurs et directeurs adjoints) poursuit la mise en œuvre des plans d'action et la cueillette des preuves en lien avec les normes du cahier de leadership.
- Les membres du conseil d'administration ont complété 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. Un plan d'action, découlant de cet exercice, sera présenté au Comité de gouvernance, qui est responsable de voir à sa mise en œuvre.
- Les plans d'action en lien avec les résultats du sondage Pulse et les résultats du sondage sur la culture de sécurité ont été élaborés.

Prochaines étapes

- 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 afin d'engager le personnel dans la démarche d'agrément.
- Poursuivre la mise en œuvre des plans d'action découlant des sondages (qualité de vie au travail et culture de sécurité).
- Compléter la mise à jour des fiches pour chaque norme du cahier de gouvernance.
- Relancer le sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à la fin novembre.
- 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

- 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 06 novembre 2020 par Nicole Frigault, Directrice qualité, risques et expérience patient.

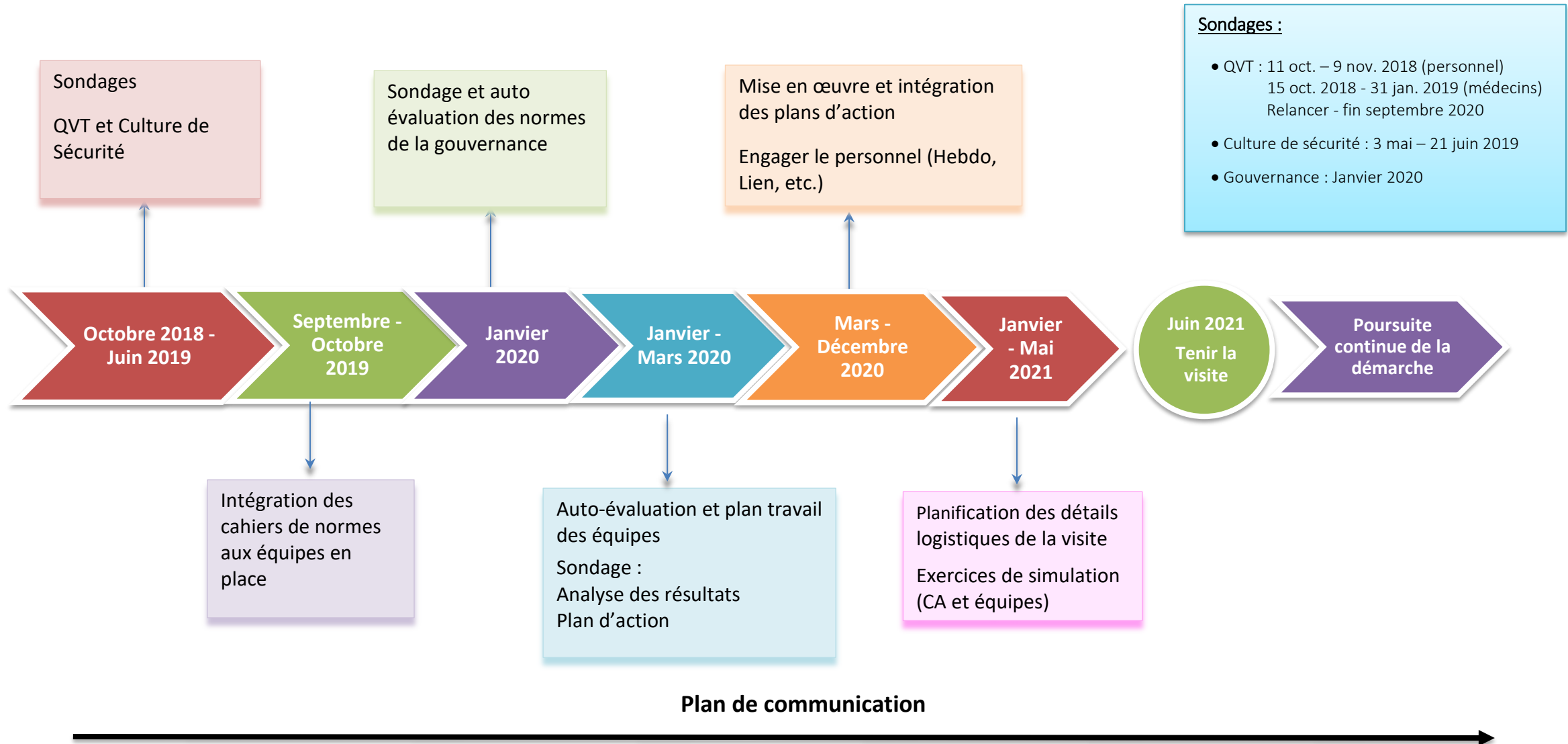


**AGRÉMENT
CANADA**

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 : 17 novembre 2020

Objet : Rapport trimestriel – Tableaux de bord du Réseau (T2)

Décision recherchée

Ce rapport est présenté à titre d'information seulement.

Contexte/problématique

- Le rapport trimestriel inclut un tableau de bord stratégique ainsi qu'un tableau de bord équilibré.
- Le schéma stratégique du Réseau est inclus dans le rapport ainsi que l'état d'avancement des initiatives.
- 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).
- Les indicateurs jugés près de la cible peuvent bénéficier d'une marge d'écart de 10 % par rapport à celle-ci, toutefois ceux liés à l'accès aux soins et à la sécurité des patients bénéficient d'une marge de 5 %.
- La majorité des indicateurs sont produits pour le deuxième trimestre de 2020-2021, mais certains indicateurs ne sont disponibles que pour le premier trimestre de 2020-2021 (indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de 3M).
- Les données du premier et du deuxième trimestre de 2020-2021 doivent être interprétées avec prudence puisque la pandémie de 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 « 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 et au deuxième trimestre de 2020-2021.
- Le Plan stratégique 2020-2023 comprend 39 initiatives prévues pour l'année 2020-2021. Parmi ces initiatives, 4 sont non débutées, 34 sont conformes au plan et 1 est non conforme au plan.
- Le nombre de départs volontaires des employés est à la hausse au deuxième trimestre comparativement au premier, et ce, pour les 4 zones du Réseau.
- Le taux de roulement est particulièrement élevé dans la Zone 4 au deuxième trimestre (2.69).
- La moyenne de jours de maladie payés par employé est plus élevée dans la Zone 5 et est en augmentation comparativement au premier trimestre.

Tableau de bord équilibré

- Quadrant qualité/satisfaction à la clientèle : Au premier trimestre de 2020-2021, le taux d'hospitalisations ainsi que le taux de réadmission sont plus élevés dans la Zone 4.
- Quadrant financier : Plusieurs indicateurs financiers sont affectés en raison du ralentissement des activités. Par exemple, la réduction du nombre de chirurgies effectuées et la diminution des

taux d'occupation des établissements a entraîné une diminution des dépenses liées aux fournitures médicales et chirurgicales et les médicaments. Les variances sont ajustées par les effets des écarts temporaires des amendements budgétaires.

- Quadrant opérationnel : Le pourcentage de chirurgies effectuées dans les délais présente un résultat de 78.8 % (total à date pour l'année 2020-2021), comparativement à 53.7 % (total à date pour l'année 2019-2020). De plus, le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées dans les 26 semaines a connu une baisse importante pour s'établir à seulement 37.9 % au deuxième trimestre de 2020-2021 alors que la cible est de 75 %.
- Quadrant ressources humaines : Plusieurs indicateurs n'ont pas atteint la cible souhaitée au deuxième trimestre, notamment le pourcentage de postes permanents vacants, le taux de conformité dans les appréciations de rendement, le pourcentage d'heures de maladie, le pourcentage d'heures de surtemps ainsi que le taux de roulement.

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

Proposé et appuyé

Adoption

Soumis le 2 novembre 2020 par l'équipe de la Planification et de l'Amélioration de la performance.

Réseau de santé Vitalité

Tableaux de bord du Réseau

Rapport trimestriel (T2)



Tableau de bord stratégique (T2)



Table des matières

Page

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

Schéma stratégique 2020-2021

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

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



VISION COMMUNE DE LA SANTÉ : Accessibilité, durabilité, qualité et sécurité

VALEURS DU RÉSEAU : respect – compassion – intégrité – imputabilité – équité - engagement

	OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	ÉTAT D'AVANCEMENT			
								T1	T2	T3	T4
Enjeu relié à la santé de la population											
1.2	Intégrer le mieux-être et la santé mentale(SM) dans l'ensemble de nos stratégies	Jours patients normalisés associés à une maladie mentale	Jacques Duclos	1,260	1,226	1,314	1,314	✗			
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	639	2,269	435	435	✓			
2.2		Nombre de jours NSA	Sharon Smyth-Okana	29,475	114,990	16,763	16,763	✓			
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	4.08%	0%	4.75%	4.75%	ⓘ			
2.4		Pourcentage de visites 4 et 5 à l'urgence	Sharon Smyth-Okana	61.2%	57.2%	60.3%	61.4%	ⓘ	✗		
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	132	235	80	80	✓	✗		
3.2		Taux de roulement	Johanne Roy	1.84	1.67	1.80	1.97	✓	✗		
3.3		Moyenne de jours de maladie payés par employé	Johanne Roy	12.02	11.45	11.16	12.36	✓	✗		
3.4	Développer et mettre en œuvre une stratégie pour le recrutement des membres de nos équipes.	Nombre d'activités de recrutement	Johanne Roy	6	65	3	1	✗	✗		

OBJECTIF	INDICATEUR	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	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	7	22	10	10	✗	✗		
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%	0%	10%	✗	⚠		
5.3		Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuelles	Gisèle Beaulieu	S.O.	2 036	12 825	10 794	✓	✓		
5.4	Poursuivre l'amélioration des infrastructures	Pourcentage d'avancement du processus d'achat et d'installation des équipements	Stéphane Legacy	50%	100%	50%	50%	✓	✓		
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)	Dre. France Desrosiers	3	5	3	3	✓	✓		
6.2		Nombre de meilleures pratiques mises en œuvre via les UCA	Dre. France Desrosiers	0	9	0	1	✗	⚠		

État d'avancement des initiatives

Orientations	Total initiatives	Non débuté	Conforme au plan	Non conforme au plan	Décision requise/ en attente	Complété
		○	✓	●	⌚	☑
Nous contribuerons à optimiser la santé et le mieux-être de la population	4	0	4	0	0	0
Nous favoriserons la participation du patient, client et de leurs proches à l'amélioration des soins et services continus et intégrés	10	2	8	0	0	0
Nous assurerons un environnement attrayant pour la rétention et le recrutement	6	0	5	1	0	0
Nous adopterons une approche proactive avec nos partenaires pour mieux répondre aux besoins de la population	5	0	5	0	0	0
Nous optimiserons nos immobilisations, équipements et technologies	11	2	9	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	39	4	34	1	0	0

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	<table border="1"> <caption>Données des jours patients standardisés</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Jours patients standardisés</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>1,655</td> <td>1,226</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>1,223</td> <td>1,226</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>1,251</td> <td>1,226</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données des jours patients standardisés par zone (2020-2021)</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 - Jours patients standardisés</th> <th>T1 - Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>840</td> <td>1,226</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,086</td> <td>1,226</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>2,775</td> <td>1,226</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>555</td> <td>1,226</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Jours patients standardisés	Cible	2017-2018	1,655	1,226	2018-2019	1,223	1,226	2019-2020	1,251	1,226	Zone	T1 - Jours patients standardisés	T1 - Cible	Zone 1B	840	1,226	Zone 4	1,086	1,226	Zone 5	2,775	1,226	Zone 6	555	1,226
Période	Jours patients standardisés	Cible																											
2017-2018	1,655	1,226																											
2018-2019	1,223	1,226																											
2019-2020	1,251	1,226																											
Zone	T1 - Jours patients standardisés	T1 - Cible																											
Zone 1B	840	1,226																											
Zone 4	1,086	1,226																											
Zone 5	2,775	1,226																											
Zone 6	555	1,226																											
INTERPRÉTATION	<p>Un faible nombre de jours est souhaitable. Les données du Réseau pour 2019-2020 (1,251) montrent une légère augmentation du nombre de jours comparativement à 2018-2019 (1,223). La Zone 5 présente le plus haut nombre de jours patients normalisés associés à une maladie mentale au premier trimestre de 2020-2021 (2,775).</p>																												
INITIATIVES	<p>Développer un continuum de soins de santé mentale.</p> <p>Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire.</p> <p>Promouvoir une santé mentale positive chez les jeunes.</p> <p>Développer la programmation du Réseau d'excellence en santé mentale pour les jeunes.</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>																											

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de patients NSA	
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	3M
CIBLE	Diminution du nombre de cas de 2 % (année de référence 2019-2020)
DESCRIPTION	<p>Les niveaux de soins alternatifs (NSA) représentent un enjeu de taille pour notre système de santé ainsi que pour le patient lui-même. Au Canada, il y a de plus en plus de lits de soins de courte durée et de soins prolongés occupés par des personnes âgées en attente de transfert vers un milieu de soins plus approprié. Les cas NSA limitent la capacité des hôpitaux, en réduisant la disponibilité des lits pour des admissions, des transferts entre établissements et des opérations chirurgicales non urgentes et en augmentant le temps d'attente à l'urgence pour un lit d'hospitalisation.</p>
RÉSULTAT CIBLE	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>2017-2018: 2,485 2018-2019: 2,259 2019-2020: 2,315</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>T1 2020-2021 Zone 1B: 172 Zone 4: 67 Zone 5: 51 Zone 6: 145</p> </div> </div> <p>2,269</p>
INTERPRÉTATION	<p>Un nombre peu élevé est préférable afin de pouvoir offrir à toute la population et particulièrement aux personnes âgées un continuum pertinent et efficace de soins. Un nombre élevé de patients NSA peut indiquer un besoin d'augmentation des capacités en soins communautaires, en établissements résidentiels pour adultes et en foyers de soins niveaux 3-4. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 1B présentait le nombre de patients NSA le plus élevé (172).</p>
INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique (PEU). ✓
	Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète. ✓
	Instaurer une approche gériatrique. ✓
	Cibler à l'urgence des patients potentiels à devenir NSA. ✓
	Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgences. ✓
	Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté. ○
	Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique. ○

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de jours NSA																								
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana																							
FRÉQUENCE	Trimestrielle																							
SOURCE DE DONNÉES	3M																							
CIBLE	Diminution du nombre de jours (2 % comparativement à 2019-2020)																							
DESCRIPTION	<p>Les jours NSA est un indicateur bien connu relié à l'efficacité du système de santé. Même si le nombre de cas NSA est plus ou moins stable, il est important d'analyser le nombre de jours NSA afin de s'assurer que ces patients soient transférés vers un milieu de soins plus approprié et ce, le plus rapidement possible. Il a été prouvé que plus les jours NSA augmentent, plus le temps d'attente à l'urgence pour un lit d'hospitalisation est long. De plus, au cours des dernières années, il a été établi que les personnes âgées en attente de placement risquent de voir leur santé générale et leur bien-être se détériorer lors d'hospitalisations prolongées.</p>																							
RÉSULTAT CIBLE 114,990	<table border="1"> <caption>Données des graphiques</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>2017-2018</th> <th>2018-2019</th> <th>2019-2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jours NSA</td> <td>85,307</td> <td>90,878</td> <td>117,337</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données des graphiques par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>2020-2021 - Jours NSA</th> <th>2020-2021 - Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>7,571</td> <td>~7,000</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>1,189</td> <td>~3,500</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1,947</td> <td>~8,000</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>6,056</td> <td>~10,500</td> </tr> </tbody> </table>	Année	2017-2018	2018-2019	2019-2020	Jours NSA	85,307	90,878	117,337	Zone	2020-2021 - Jours NSA	2020-2021 - Cible	Zone 1B	7,571	~7,000	Zone 4	1,189	~3,500	Zone 5	1,947	~8,000	Zone 6	6,056	~10,500
Année	2017-2018	2018-2019	2019-2020																					
Jours NSA	85,307	90,878	117,337																					
Zone	2020-2021 - Jours NSA	2020-2021 - Cible																						
Zone 1B	7,571	~7,000																						
Zone 4	1,189	~3,500																						
Zone 5	1,947	~8,000																						
Zone 6	6,056	~10,500																						
INTERPRÉTATION	<p>Un nombre peu élevé est préférable. Les données de 2019-2020 montrent une augmentation du nombre de jours NSA comparativement aux deux dernières années. Au premier trimestre de 2020-2021, le nombre de jours NSA était plus élevé dans la Zone 1B (7,571).</p>																							
INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique (PEU).	✓																						
	Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète.	✓																						
	Instaurer une approche gériatrique.	✓																						
	Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA.	✓																						
	Améliorer la coordination entre les foyers de soins niveau 3 et les services d'urgence.	✓																						
	Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté.	○																						
Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique.	○																							

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana																			
FRÉQUENCE	Trimestrielle																			
SOURCE DE DONNÉES	3M																			
CIBLE	0%																			
DESCRIPTION	<p>L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du Réseau. Il est important de surveiller les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon efficiente. Cet indicateur représente l'efficacité de la durée de séjour dans nos hôpitaux pour les cas typiques. Il représente en pourcentage la différence entre la durée de séjour en soins de courte durée pour l'ensemble des hôpitaux du Réseau de santé Vitalité et la durée prévue de séjour de l'ICIS. Les cas typiques excluent les décès, les transferts entre établissements de soins de courte durée, les sorties contre l'avis du médecin et les séjours prolongés (au-delà du point de démarcation). Les jours NSA sont aussi exclus du calcul pour cet indicateur.</p>																			
RÉSULTAT CIBLE	0%	<table border="1"> <caption>Vitalité</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>7.92%</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>7.48%</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>7.88%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2020-2021 - T1</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>5.45%</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>-4.05%</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>18.61%</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>6.53%</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Pourcentage	2017-2018	7.92%	2018-2019	7.48%	2019-2020	7.88%	Zone	Pourcentage	Zone 1B	5.45%	Zone 4	-4.05%	Zone 5	18.61%	Zone 6	6.53%
Année	Pourcentage																			
2017-2018	7.92%																			
2018-2019	7.48%																			
2019-2020	7.88%																			
Zone	Pourcentage																			
Zone 1B	5.45%																			
Zone 4	-4.05%																			
Zone 5	18.61%																			
Zone 6	6.53%																			
INTERPRÉTATION	<p>Un faible pourcentage est souhaitable. Les résultats des trois dernières années sont relativement stables. Aucune zone ne respectait la cible en 2019-2020. Au premier trimestre de 2020-2021, seule la Zone 4 présentait une performance supérieure à la cible.</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	57.2%	<table border="1"> <caption>Données des graphiques à barres</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>2017-2018 - % 4 et 5</th> <th>2018-2019 - % 4 et 5</th> <th>2019-2020 - % 4 et 5</th> <th>T1 - 2020-2021 - % 4 et 5</th> <th>T2 - 2020-2021 - % 4 et 5</th> <th>T2 - 2020-2021 - Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitalité</td> <td>60.9%</td> <td>61.2%</td> <td>60.6%</td> <td>59.0%</td> <td>65.5%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Horizon</td> <td>57.3%</td> <td>56.2%</td> <td>54.5%</td> <td>46.6%</td> <td>64.7%</td> <td>57.2%</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>58.7%</td> <td>58.1%</td> <td>56.9%</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>57.2%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	2017-2018 - % 4 et 5	2018-2019 - % 4 et 5	2019-2020 - % 4 et 5	T1 - 2020-2021 - % 4 et 5	T2 - 2020-2021 - % 4 et 5	T2 - 2020-2021 - Cible	Vitalité	60.9%	61.2%	60.6%	59.0%	65.5%	57.2%	Horizon	57.3%	56.2%	54.5%	46.6%	64.7%	57.2%	Province	58.7%	58.1%	56.9%	-	-	57.2%
Catégorie	2017-2018 - % 4 et 5	2018-2019 - % 4 et 5	2019-2020 - % 4 et 5	T1 - 2020-2021 - % 4 et 5	T2 - 2020-2021 - % 4 et 5	T2 - 2020-2021 - Cible																								
Vitalité	60.9%	61.2%	60.6%	59.0%	65.5%	57.2%																								
Horizon	57.3%	56.2%	54.5%	46.6%	64.7%	57.2%																								
Province	58.7%	58.1%	56.9%	-	-	57.2%																								
INTERPRÉTATION	<p>Un faible nombre de jours de visites 4 et 5 est souhaitable. Au deuxième trimestre de 2020-2021, la Zone 4 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus élevé (65.5%) tandis que la Zone 5 présentait le pourcentage de visites 4 et 5 le plus faible (46.6%).</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	235																																					
DESCRIPTION	Cet indicateur représente le nombre d'employés temps plein et temps partiel ayant quitté l'organisation de leur propre initiative en raison de déménagements, avancement professionnels, raisons personnelles etc. Il exclut les départs à la retraite et les congédiements.																																					
RÉSULTAT CIBLE 235	<table border="1"> <caption>Données des départs volontaires</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Départ</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>173</td> <td>235</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>199</td> <td>235</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>235</td> <td>235</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>Données des départs volontaires par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1 - 2020-2021 - Départ</th> <th>T2 - 2020-2021 - Départ</th> <th>T1 - 2020-2021 - Cible</th> <th>T2 - 2020-2021 - Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>17</td> <td>26</td> <td>15</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>10</td> <td>19</td> <td>15</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>9</td> <td>12</td> <td>15</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>11</td> <td>23</td> <td>15</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Départ	Cible	2017-2018	173	235	2018-2019	199	235	2019-2020	235	235	Zone	T1 - 2020-2021 - Départ	T2 - 2020-2021 - Départ	T1 - 2020-2021 - Cible	T2 - 2020-2021 - Cible	Zone 1B	17	26	15	14	Zone 4	10	19	15	14	Zone 5	9	12	15	14	Zone 6	11	23	15	14
Année	Départ	Cible																																				
2017-2018	173	235																																				
2018-2019	199	235																																				
2019-2020	235	235																																				
Zone	T1 - 2020-2021 - Départ	T2 - 2020-2021 - Départ	T1 - 2020-2021 - Cible	T2 - 2020-2021 - Cible																																		
Zone 1B	17	26	15	14																																		
Zone 4	10	19	15	14																																		
Zone 5	9	12	15	14																																		
Zone 6	11	23	15	14																																		
INTERPRÉTATION	Un nombre peu élevé est souhaitable. Le nombre de départs volontaires est à la hausse depuis les trois dernières années. Au deuxième trimestre de 2020-2021, la Zone 1B présentait le nombre de départs volontaires le plus élevé (26) tandis que la Zone 5 présentait le nombre de départs volontaires le plus faible (12).																																					
INITIATIVES	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>Favoriser une culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et de la santé et la sécurité psychologique au travail.</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.	✓	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.	✓	Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.	✓	Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.	●	Favoriser une culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et de la santé et la sécurité psychologique au travail.	✓																											
Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.	✓																																					
Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.	✓																																					
Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.	✓																																					
Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.	●																																					
Favoriser une culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et de la santé et la sécurité psychologique au travail.	✓																																					

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de roulement

LEADERSHIP	Johanne Roy																																	
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																	
SOURCE DE DONNÉES	Meditech																																	
CIBLE	1.67 selon les résultats de 2019-2020																																	
DESCRIPTION	<p>Cet indicateur mesure le nombre de départs à temps plein et à temps partiel sur la moyenne des employés temps plein et temps partiel pour cette même période. Les départs incluent tous les employés qui ont quitté l'organisation pour les raisons suivantes: départs volontaires, retraites, congédiements, fin de contrat et manque de travail.</p>																																	
RÉSULTAT CIBLE	<table border="1"> <caption>Vitalité - Taux de roulement</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Taux de roulement</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>2.64</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>1.75</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>1.67</td> <td>1.67</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Taux de roulement	Cible	2017-2018	2.64	1.67	2018-2019	1.75	1.67	2019-2020	1.67	1.67	<table border="1"> <caption>2020-2021 - Taux de roulement par zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>1.40</td> <td>1.71</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>2.18</td> <td>2.69</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>1.83</td> <td>1.58</td> <td>1.67</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>1.39</td> <td>2.12</td> <td>1.67</td> </tr> </tbody> </table>	Zone	T1	T2	Cible	Zone 1B	1.40	1.71	1.67	Zone 4	2.18	2.69	1.67	Zone 5	1.83	1.58	1.67	Zone 6	1.39	2.12	1.67
Période	Taux de roulement	Cible																																
2017-2018	2.64	1.67																																
2018-2019	1.75	1.67																																
2019-2020	1.67	1.67																																
Zone	T1	T2	Cible																															
Zone 1B	1.40	1.71	1.67																															
Zone 4	2.18	2.69	1.67																															
Zone 5	1.83	1.58	1.67																															
Zone 6	1.39	2.12	1.67																															
INTERPRÉTATION	<p>Un taux peu élevé est souhaitable. Le taux de roulement est à la baisse depuis les trois dernières années. Au deuxième trimestre de 2020-2021, le taux de roulement est le plus élevé dans la Zone 4 (2.69).</p>																																	
INITIATIVES	<p>Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale.</p>	✓																																
	<p>Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle.</p>	✓																																
	<p>Créer un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux travailleurs de la santé.</p>	✓																																
	<p>Se doter d'une politique claire, détaillée et disséminée de santé et sécurité psychologique au travail.</p>	●																																
	<p>Favoriser la culture d'entreprise axée sur les personnes via la promotion des stratégies pour le mieux-être, et de la santé et la sécurité psychologique au travail.</p>	✓																																

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	11.45																								
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	11.45	<table border="1"> <caption>Vitalité - Jours par employé</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Jours par employé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017-2018</td> <td>12.24</td> </tr> <tr> <td>2018-2019</td> <td>12.62</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>12.54</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <caption>2020-2021 - Jours par employé par Zone</caption> <thead> <tr> <th>Zone</th> <th>T1</th> <th>T2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zone 1B</td> <td>8.82</td> <td>10.94</td> </tr> <tr> <td>Zone 4</td> <td>9.61</td> <td>13.25</td> </tr> <tr> <td>Zone 5</td> <td>13.67</td> <td>17.59</td> </tr> <tr> <td>Zone 6</td> <td>9.51</td> <td>10.43</td> </tr> </tbody> </table>	Période	Jours par employé	2017-2018	12.24	2018-2019	12.62	2019-2020	12.54	Zone	T1	T2	Zone 1B	8.82	10.94	Zone 4	9.61	13.25	Zone 5	13.67	17.59	Zone 6	9.51	10.43
Période	Jours par employé																								
2017-2018	12.24																								
2018-2019	12.62																								
2019-2020	12.54																								
Zone	T1	T2																							
Zone 1B	8.82	10.94																							
Zone 4	9.61	13.25																							
Zone 5	13.67	17.59																							
Zone 6	9.51	10.43																							
INTERPRÉTATION	Un nombre peu élevé est souhaitable. Au premier et au deuxième trimestre de 2020-2021, la Zone 5 présentait la moyenne de jours de maladie payés par employé la plus élevée.																								
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.	✓																							
	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, et de la santé et la sécurité psychologique au travail.	✓																							

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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 10 patients partenaires et la cible est de 22 pour l'année 2020-2021. Les comités/équipes qui incluent des PEP sont les suivants: comité consultatif des patients et familles, comité médical consultatif, comité des soins de santé primaires local (Zone 4), unité clinique apprenante sur le service de chirurgie, comité de travail Récupération rapide après chirurgie, comité gouvernance régional (service de chirurgie), groupe de travail sur la transformation des soins de santé primaire, unité clinique apprenante sur la santé respiratoire, groupe de travail sur l'accès aux services/soins de santé respiratoires et groupe de travail sur la prévention et cessation du tabac.	
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.	
INITIATIVES	Développer un guide pour les équipes afin d'intégrer les patients partenaires dans leurs activités.	✓
	Poursuivre le recrutement de partenaires de l'expérience patient (PEP).	✓
	Développer un sondage pour évaluer l'intégration du PEP dans l'équipe.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu										
FRÉQUENCE	Trimestrielle										
SOURCE DE DONNÉES	Direction Qualité, Risques et Expérience Patient										
CIBLE	80%										
DESCRIPTION	<p>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.</p>										
RÉSULTAT	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Taux (%)</th> <th>Cible (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1</td> <td>0%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>0%</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Taux (%)	Cible (%)	T1	0%	80%	T2	0%	80%
Trimestre	Taux (%)	Cible (%)									
T1	0%	80%									
T2	0%	80%									
INTERPRÉTATION	<p>Un pourcentage élevé est souhaitable. Cet indicateur ne présente aucun chiffre au premier et deuxième trimestre de 2020-2021 puisqu'aucun sondage n'a été effectué pendant cette période.</p>										
INITIATIVES	Développer un guide pour les équipes afin d'intégrer les patients partenaires dans leurs activités.	✓									
	Poursuivre le recrutement de partenaires de l'expérience patient (PEP).	✓									
	Développer un sondage pour évaluer l'intégration du PEP dans l'équipe.	✓									

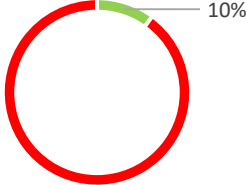
FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'achèvement du plan stratégique des TI	
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu
FRÉQUENCE	Trimestrielle
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications
CIBLE	100%
DESCRIPTION	Cette mesure reflète le pourcentage d'achèvement du plan stratégique spécifique au secteur des technologies de l'information et des télécommunications. Les étapes considérées dans le calcul sont toutes celles se déroulant entre l'approbation du développement d'un plan stratégique spécifique au secteur des TIs et la diffusion du plan.
RÉSULTAT	<p>Taux d'achèvement</p> 
INTERPRÉTATION	L'ébauche de l'appel d'offres est complétée. La validation sera effectuée prochainement et l'appel d'offres sera postulé en novembre.
INITIATIVE	Effectuer une planification stratégique des TI avec un consultant. ✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

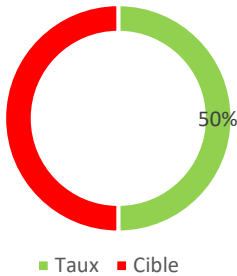
Nombre d'heures d'utilisation de technologies virtuelles

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu							
FRÉQUENCE	Trimestrielle							
SOURCE DE DONNÉES	Secteur des technologies de l'information et des télécommunications							
CIBLE	Augmentation de 10 % par trimestre (Base : 1,851 heures)							
DESCRIPTION	Cet indicateur reflète le nombre d'heures d'utilisation des technologies virtuelles utilisées par le Réseau de santé Vitalité (Zoom et vidéoconférence). Les statistiques présentées incluent les heures cliniques ainsi que les heures administratives.							
RÉSULTAT CIBLE 2036	<p style="text-align: center;">Nombre d'heures d'utilisation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Nombre d'heures d'utilisation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1 - 2020-2021</td> <td>1,851.31</td> </tr> <tr> <td>T2 - 2020-2021</td> <td>10,793.67</td> </tr> </tbody> </table>		Trimestre	Nombre d'heures d'utilisation	T1 - 2020-2021	1,851.31	T2 - 2020-2021	10,793.67
Trimestre	Nombre d'heures d'utilisation							
T1 - 2020-2021	1,851.31							
T2 - 2020-2021	10,793.67							
INTERPRÉTATION	Cet indicateur ne distingue pas les heures utilisées pour la clinique seulement. Puisque la plateforme Zoom est utilisée au sein du Réseau depuis fin avril 2020, le premier trimestre de 2020-2021 est la base pour mesurer l'amélioration de cet indicateur.							
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 style="text-align: center;">Taux d'avancement</p>  <p style="text-align: center;">■ Taux ■ Cible</p>	
INTERPRÉTATION	Cet indicateur inclut uniquement les équipements de plus de 100 000 \$. Au premier et au deuxième trimestre, l'indicateur respectait la cible souhaitée.	
INITIATIVES	Compléter les travaux pour le nouveau bloc opératoire et les soins intensifs au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont.	✓
	Voir à la mise en œuvre du plan directeur du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont.	✓
	Élaborer et mettre en application un cadre de gestion des projets de construction et de rénovation réalisés en régie interne.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre d'Unités Cliniques Apprenantes (UCA)		
LEADERSHIP	Dre. France Desrosiers	
FRÉQUENCE	Trimestrielle	
SOURCE DE DONNÉES	Recherche, développement scientifique et formation	
CIBLE	5	
DESCRIPTION	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.	
RÉSULTAT	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).	
INTERPRÉTATION	Le Réseau compte mettre en œuvre 2 unités cliniques apprenantes dans les prochains mois : santé mentale et soins de santé primaire.	
INITIATIVES	Mise en œuvre d'une philosophie d'organisation apprenante.	✓
	Développer un outil pour évaluer l'organisation apprenante.	✓
	Développer des stratégies pour implanter un système de gestion des connaissances.	✓

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de meilleures pratiques mises en oeuvre via les UCA

LEADERSHIP	Dre. France Desrosiers	
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	Au deuxième trimestre de 2020-2021, une meilleure pratique a été mise en œuvre via les unités cliniques apprenantes (ERAS). À noter que certaines initiatives découlant des UCAs débiteront cet automne/hiver (par exemple, outil de dépistage pour les aînés vulnérables).	
INTERPRÉTATION	Un nombre élevé est souhaitable.	
INITIATIVES	Mise en œuvre d'une philosophie d'organisation apprenante.	✓
	Développer un outil pour évaluer l'organisation apprenante.	✓
	Développer des stratégies pour implanter un système de gestion des connaissances.	✓

Réseau de santé Vitalité





Tableau de bord équilibré 2020-2021

Rapport trimestriel (T2)







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

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
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.Desrosiers	203	196	122	122	✓			
1.2	CSM- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	Jacques Duclos	45%	100%	43%	44%	✗	✗		
1.3	Taux de réadmission 30 jours	Dre Desrosiers	9.02	8.17	8.62	8.62	!			
1.4	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy	5.64%	5.66%	5.38%	5.38%	✓			
Quadrant: Financiers										
2.1	Variance du surplus (déficit) d'opération	Gisèle Beaulieu	\$2,268,188	S.O.	\$1,610,881	-\$5,022,791				
2.2	Coût par jour repas	Stéphane Legacy	\$35.20	\$33.12	\$42.04	\$39.78	✗	✗		
2.3	Coût en salaires du service de l'environnement par pied carré	Stéphane Legacy	\$4.85	\$4.66	\$5.27	\$5.25	✗	✗		
2.4	Coût d'opération des laboratoires/unité de charge de travail	Stéphane Legacy	\$1.21	\$1.25	\$1.32	\$1.23	✗	✓		
2.5	Variance en salaires et bénéfices	Gisèle Beaulieu	\$5,848,403	S.O.	\$1,320,910	\$804,079				
2.6	Variance en dépenses médicaments	Gisèle Beaulieu	\$673,362	S.O.	\$1,403,760	\$505,721				

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

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Financiers										
2.7	Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses	Gisèle Beaulieu	-\$3,902,552	S.O.	\$4,597,283	-\$191,627				
2.8	Coût en énergie par pied carré	Stéphane Legacy	\$5.43	\$5.54	\$4.53	\$4.69	✓	✓		
Quadrant: Opérationnel										
3.1	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques	Dre.Desrosiers	4.1%	0.0%	4.8%	4.8%	!			
3.2	Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus	Sharon Smyth-Okana	8.66	12.00	8.72	8.72	✓			
3.3	Taux de césarienne à faibles risques	Dre.Desrosiers	10.2%	15.2%	12.7%	12.7%	✓			
3.4	Taux de chutes	Sharon Smyth-Okana	4.85	5.00	5.57	5.70	!	✗		
3.5	Taux de chutes avec blessures graves	Gisèle Beaulieu	0.03	0.00	0.07	0.07	✗	✗		
3.6	Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Gisèle Beaulieu	0.011	0.000	0.007	0.012	✓	!		
3.7	Taux d'erreurs des médicaments	Gisèle Beaulieu	3.52	3.32	4.04	4.23	✗	✓		
3.8	Taux de conformité à l'hygiène des mains	Gisèle Beaulieu	77.6%	90.0%	80.8%	79.1%	!	✗		

-  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 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Opérationnel										
3.9	Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu	1.73	3.57	1.28	1.19	✓	✓		
3.10	Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu	0.37	1.29	0.19	0.00	✓	✓		
3.11	Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu	0.05	0.05	0.06	0.12	✓	✗		
3.12	Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Gisèle Beaulieu	117	100	115	115	✗			
3.13	% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Sharon Smyth-Okana	10.1%	11.7%	9.7%	9.7%	✓			
3.14	Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté	Gisèle Beaulieu	1,326	3,079	909	527	✗	✗		
3.15	% chirurgies urgentes effectuées dans les délais	Sharon Smyth-Okana	53.7%	53.1%	48.0%	47.8%	✗	✗		
3.16	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	66.7%	75.0%	41.5%	37.9%	✗	✗		
3.17	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	72.1%	85.0%	43.6%	45.4%	✗	✗		
Quadrant: Ressources Humaines										
4.1	Taux global aux modules e-apprentissage	Gisèle Beaulieu	64.8%	70.0%	67.8%	66.9%	!	!		

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

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2020-2021	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Ressources Humaines										
4.2	% de postes permanents vacants	Johanne Roy	5.2%	5.8%	6.3%	6.4%	!	×		
4.3	Taux d'accidents du travail	Johanne Roy	3.50	4.11	2.79	2.79	✓			
4.4	Taux de conformité dans les appréciations de rendement	Johanne Roy	44.4%	65.0%	39.7%	40.5%	×	×		
4.5	Nombre de nouveaux griefs	Johanne Roy	40	80	31	16	✓	✓		
4.6	% d'heures de maladie	Johanne Roy	6.0%	5.5%	5.5%	6.3%	✓	×		
4.7	% d'heures de surtemps	Johanne Roy	3.5%	2.5%	3.0%	3.4%	!	×		
4.8	Heures travaillées PPU/jours-patients	Johanne Roy	6.15	6.09	7.12	6.57	×	!		
4.9	Taux de roulement	Gisèle Beaulieu	1.84	1.67	1.80	1.63	!	×		

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

FICHE EXPLICATIVE

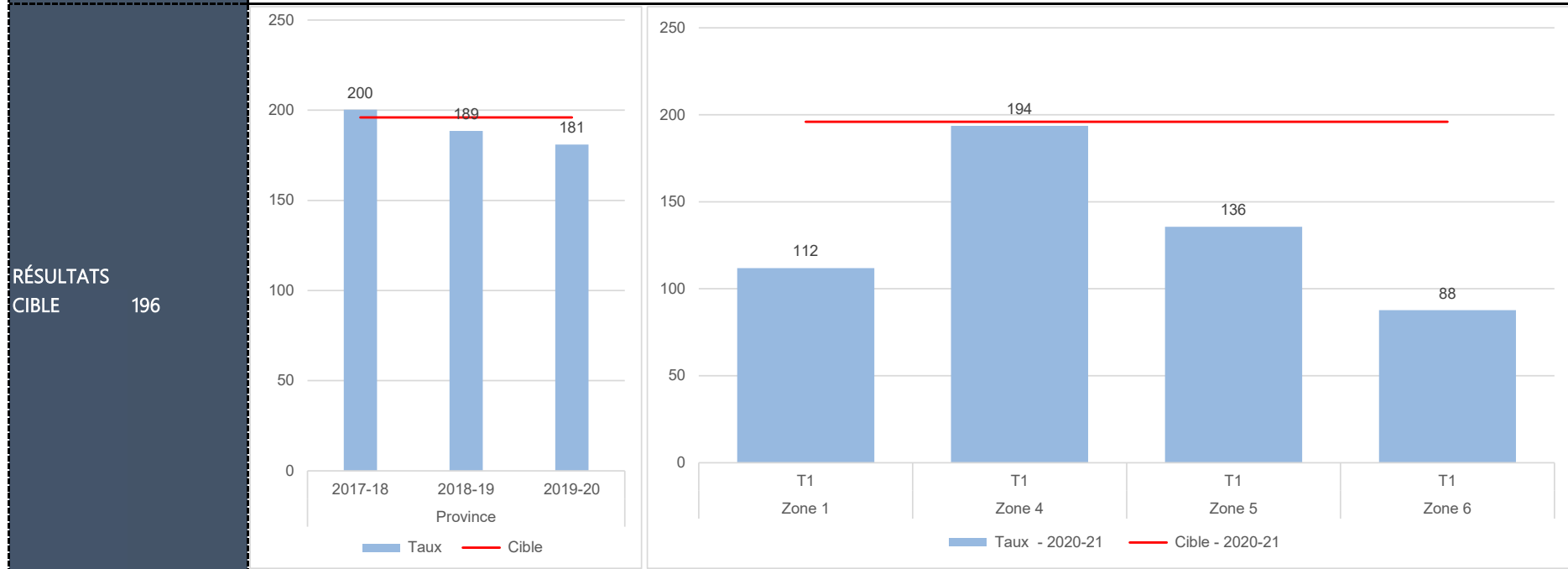
Indicateur: 1.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées. Le taux provincial d'hospitalisation était de 181 et était sous la cible pour l'année fiscale 2019-2020. La tendance du taux d'hospitalisation pour ces maladies chroniques est généralement à la baisse au sein de la province. Au premier trimestre de 2020-2021, le taux d'hospitalisation était le plus élevé dans la Zone 4 (194) et le plus bas dans la Zone 6 (88).

FICHE EXPLICATIVE

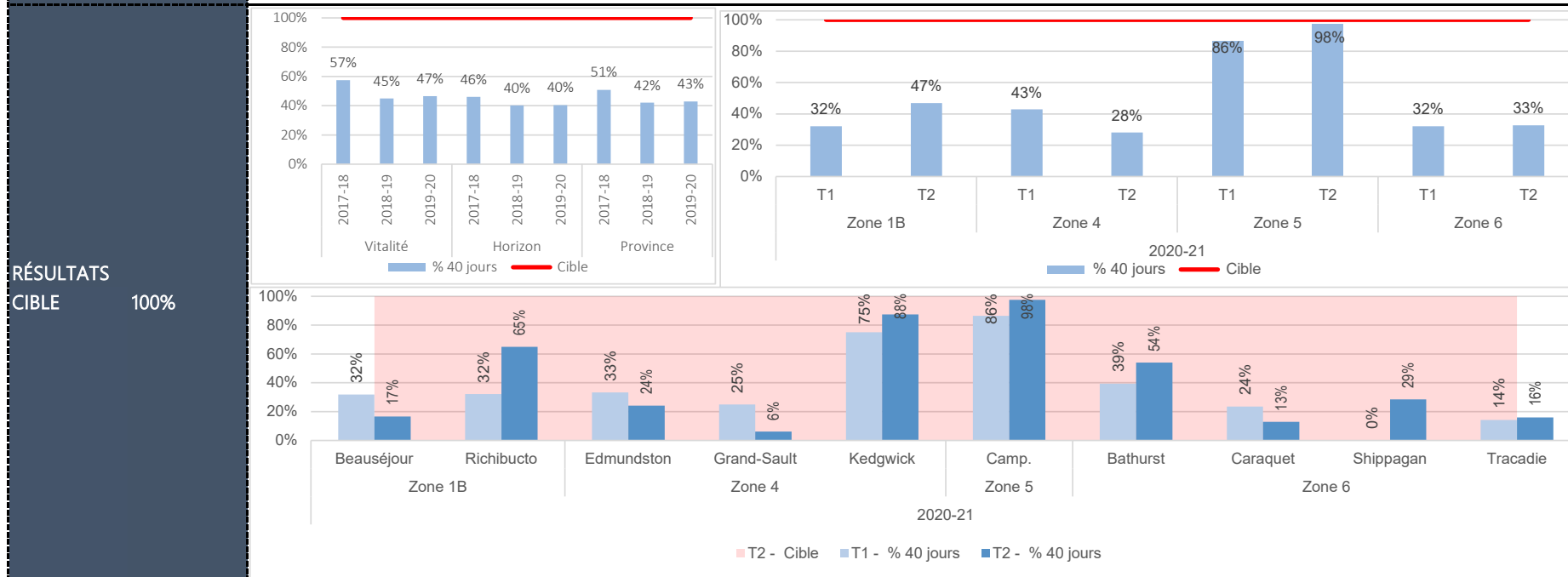
Indicateur: 1.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un pourcentage élevé est souhaitable. Les résultats du deuxième trimestre de l'année 2020-2021 sont présentés par zone et par établissement. La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (98 %) au deuxième trimestre de 2020-2021 tandis que la Zone 4 présentait le pourcentage le plus faible (28 %). Le Réseau de santé Vitalité présentait, en 2019-2020, un pourcentage plus élevé de patients à priorité modérée traités dans les 40 jours que le Réseau de santé Horizon (47 % versus 40 %).

FICHE EXPLICATIVE

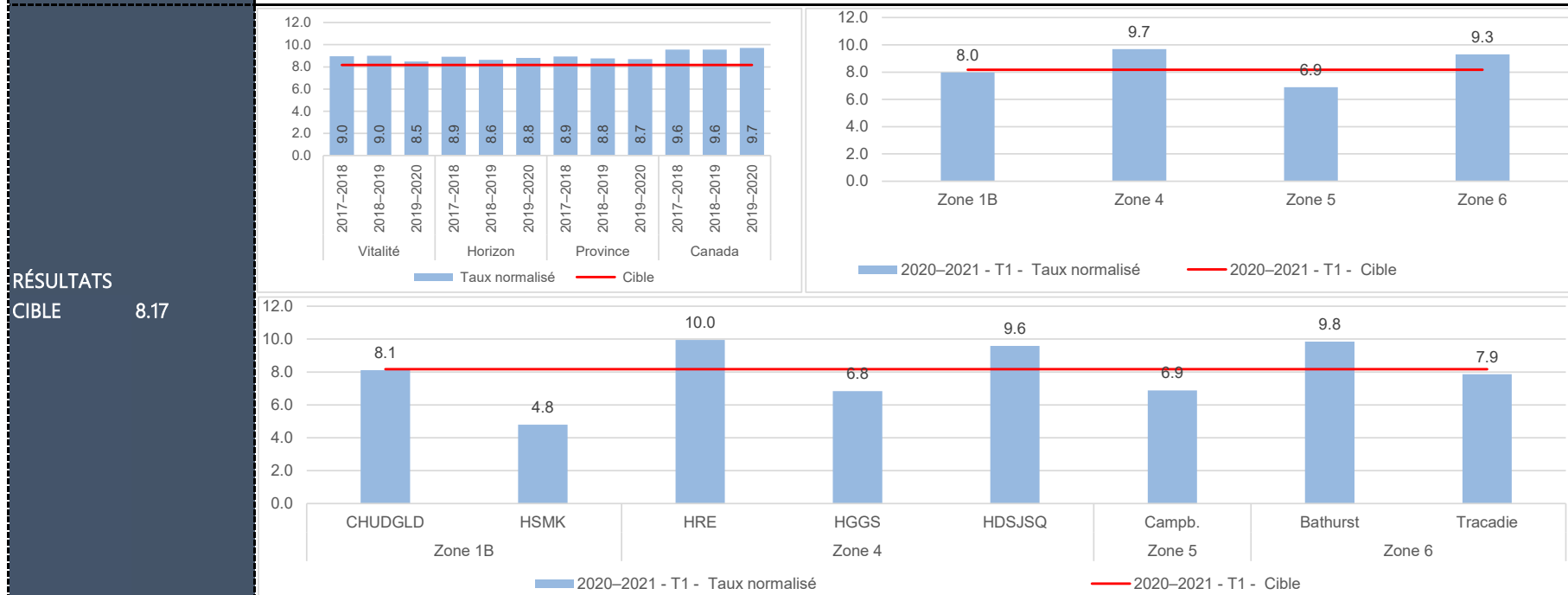
Indicateur: 1.3

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de réadmission 30 jours

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

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



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

FICHE EXPLICATIVE

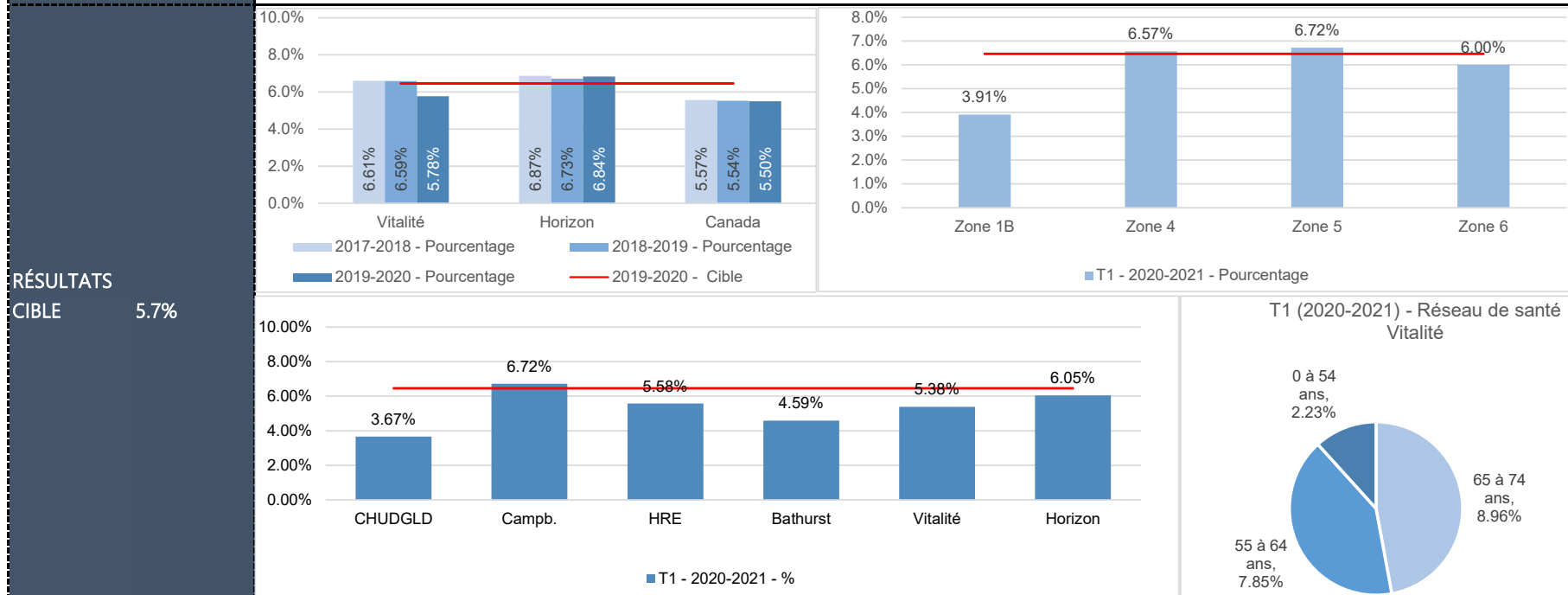
Indicateur: 1.4

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un faible taux est souhaitable. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins de santé primaire appropriés. Le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires a diminué au sein du Réseau de santé Vitalité depuis les trois dernières années. Au premier trimestre de 2020-2021, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires était le plus élevé dans la Zone 5 (6.72 %) et le plus bas dans la Zone 1B (3.91 %).

FICHE EXPLICATIVE

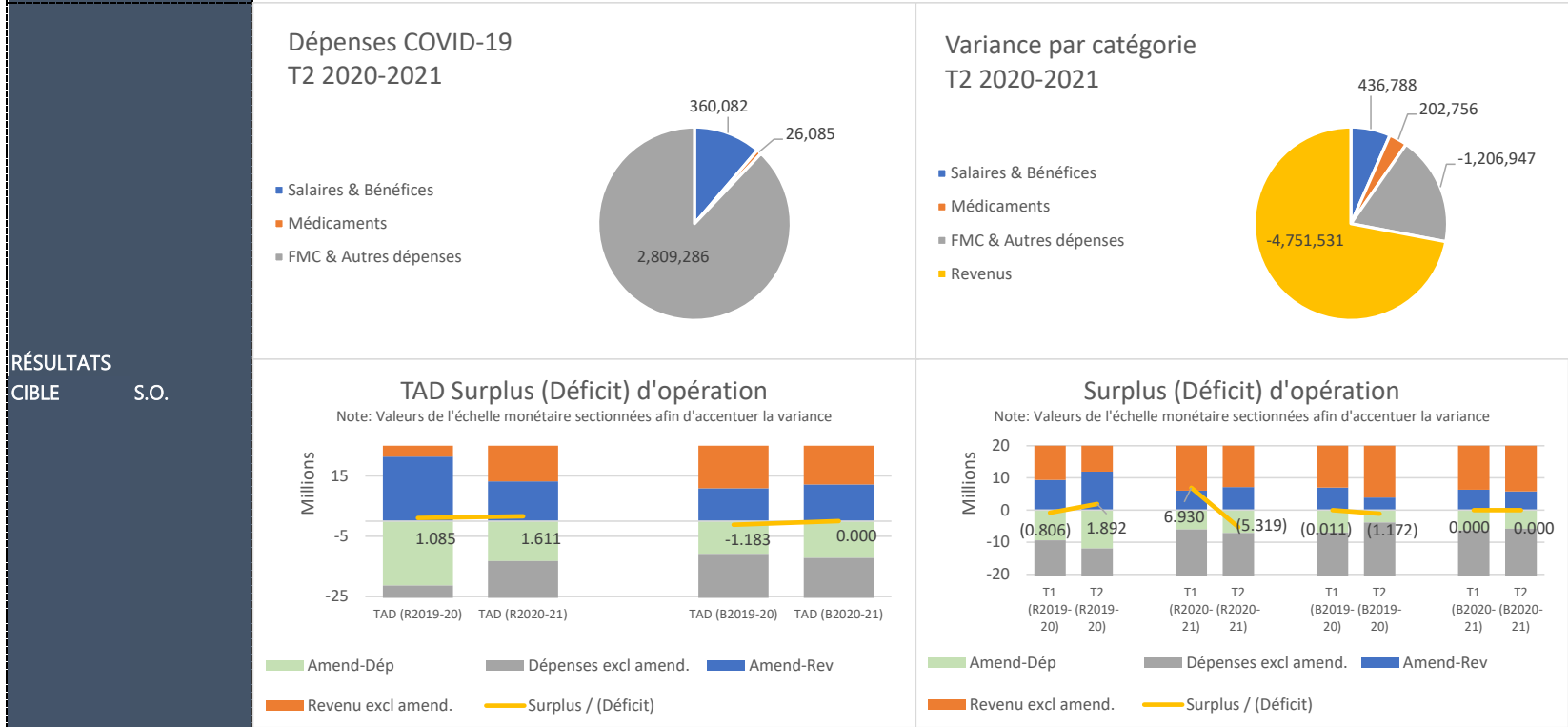
Indicateur: 2.1

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
Le Réseau de santé Vitalité présente une variance de 1,610,881 \$ en 2020-2021 comparativement à une variance de 2,268,188 \$ en 2019-2020 après 6 mois d'opération. Comparativement au trimestre précédent, nous notons une variance au niveau des revenus qui représente la portion des revenus patients de 5.8M \$ qui ne sera pas remboursé par le Ministère, considérant les surplus budgétaires et la récupération des dépenses liées au COVID-19 auprès du gouvernement Fédéral. Le ralentissement des activités dû à la COVID-19 a principalement affecté le nombre de chirurgies réduisant l'utilisation de fournitures médicales et chirurgicales, les dépenses de médicaments en relation à la diminution du taux d'occupation dans nos établissements, les frais de déplacements du personnel (incluant les frais de réunion) et les autres dépenses telles que les services achetés. Les dépenses liées à la COVID-19 pour le 2e trimestre représente 3,195,453 \$ totalisant 6,957,446 \$ pour l'exercice 2020-2021.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.2

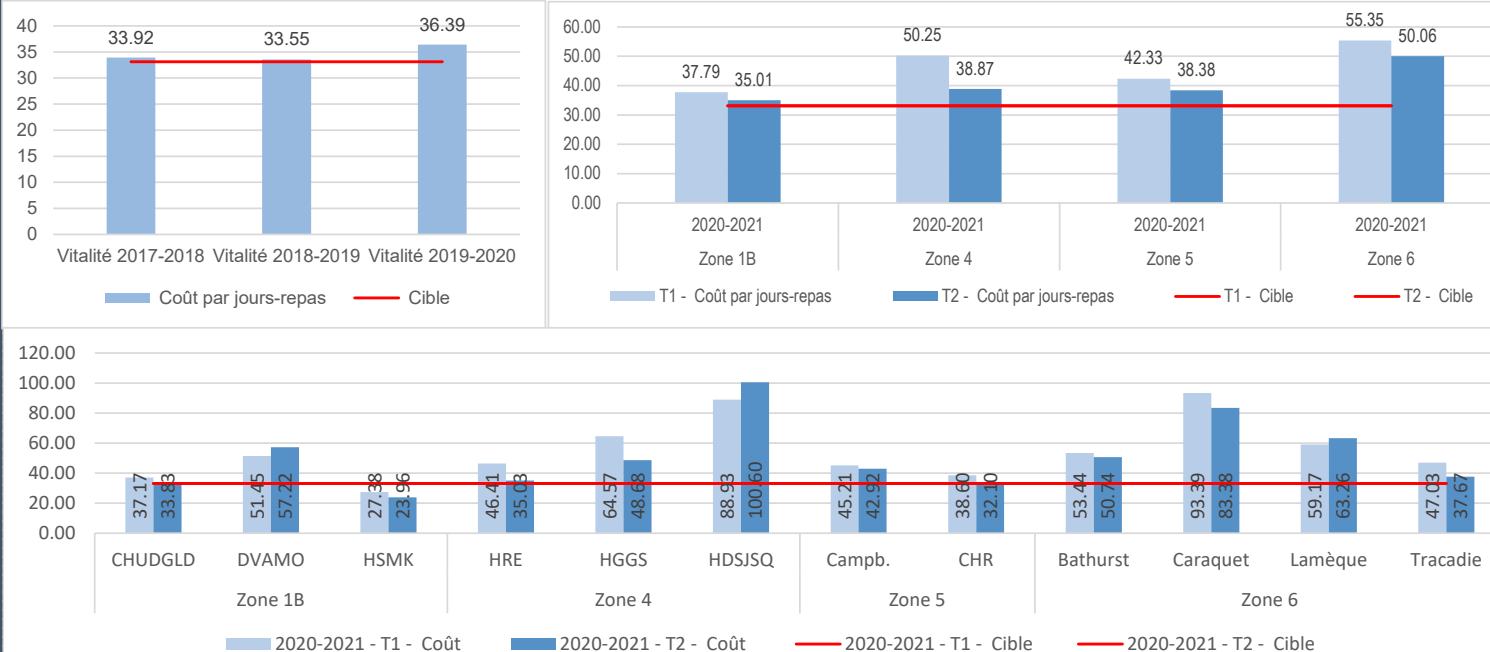
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Coût par jour repas

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

DÉFINITION
Cet indicateur se calcule en divisant les coûts des services alimentaires (salaires, 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 Réseau de santé Vitalité présentait un coût par jour repas de 36.39 \$ en 2019-2020 alors que ce coût s'élevait à 33.55 \$ en 2018-2019. Le coût par jour repas est toujours au-dessus de la cible de 33.12 \$. L'analyse par zone montre que les coûts sont les plus élevés au deuxième trimestre dans la Zone 6 (50.06 \$).

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.3

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

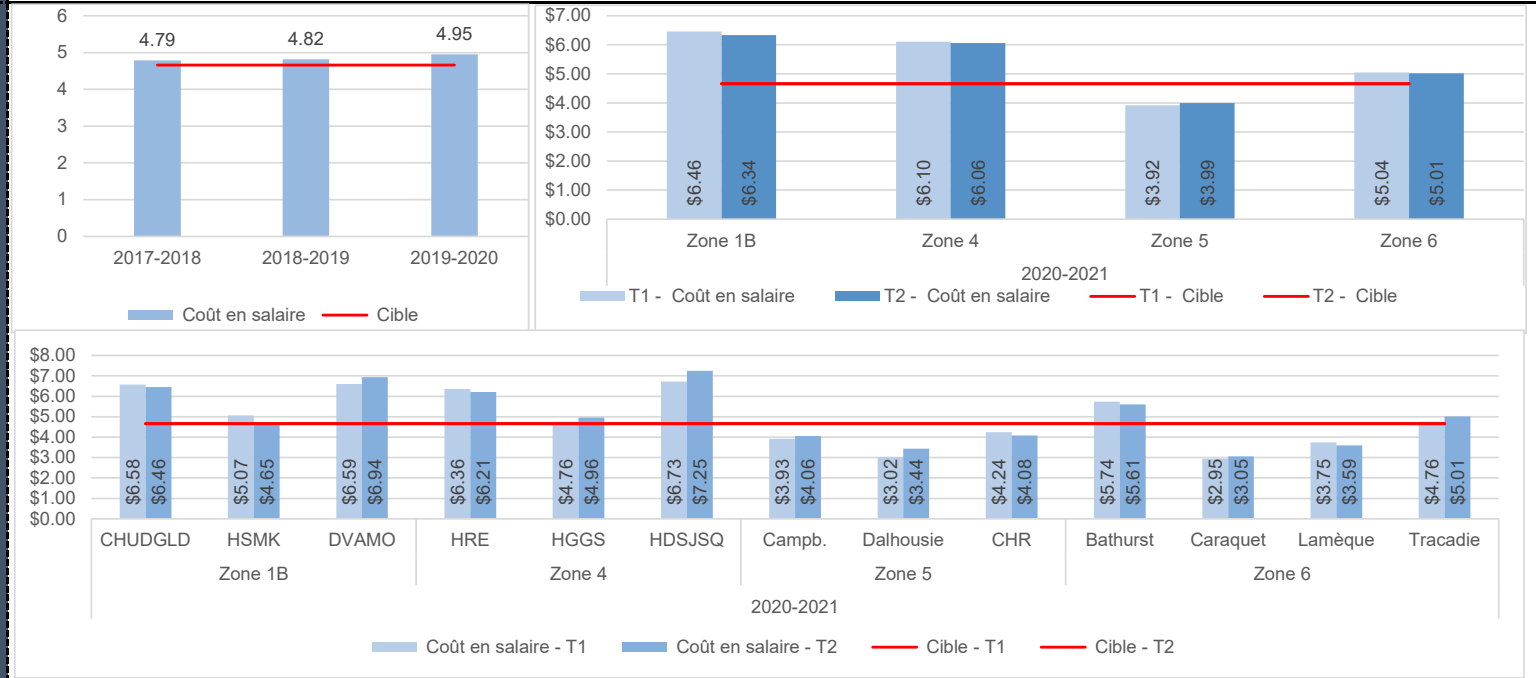
LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Mettre en place une équipe multidisciplinaire pour l'aide à la décision pour des choix environnementaux	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière	✓
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des 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 (6.34) et la Zone 4 (6.06) au deuxième trimestre de 2020-2021.

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 deuxième trimestre de 2020-2021 par zone et par établissement sont présentés. La Zone 1B présentait le coût d'opération des laboratoires par unité de charge de travail le plus élevé (1.31 \$) tandis que la Zone 6 présente le coût le plus faible (1.08 \$). Le Réseau de santé Vitalité présentait un coût plus élevé que le Réseau de santé Horizon pour l'année 2019-2020 (1.25 \$ comparativement à 1.07 \$).

FICHE EXPLICATIVE

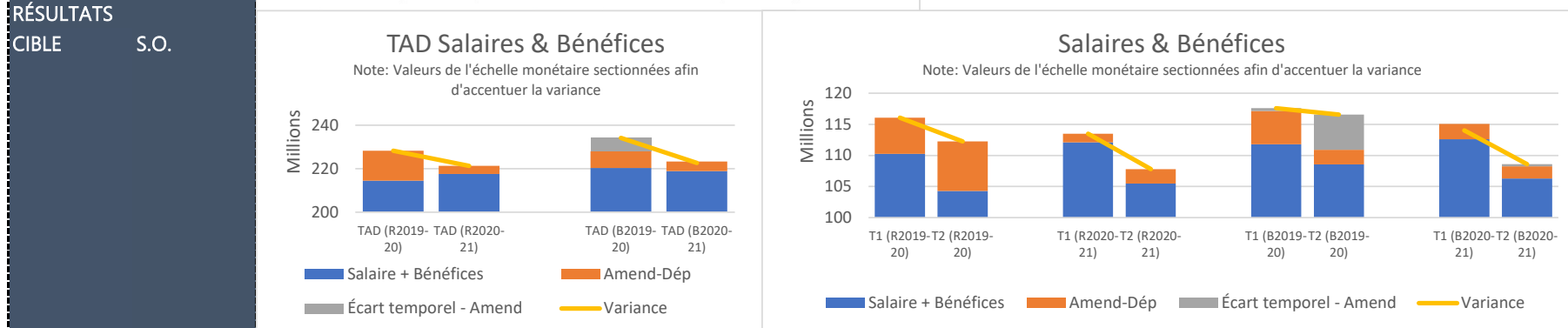
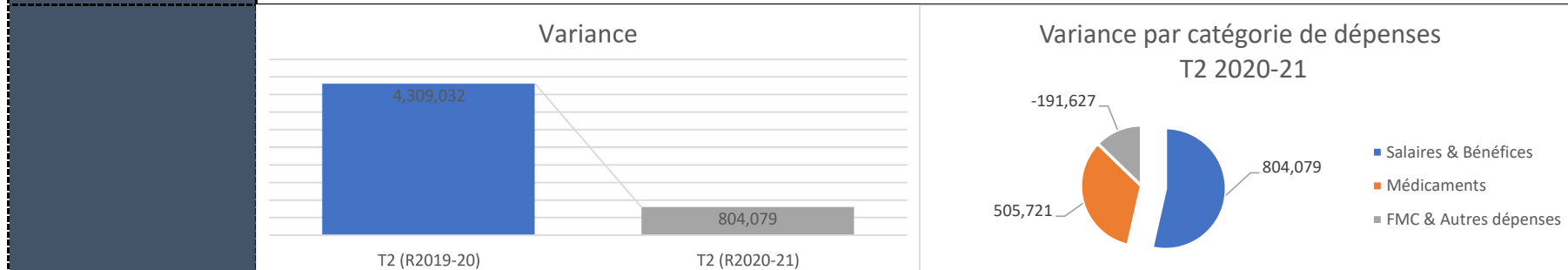
Indicateur: 2.5

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance en salaires et bénéfices

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

DÉFINITION
 Cet indicateur reflète le total des dépenses pour les salaires et les bénéfices (avantages sociaux) comparativement au budget.
 * À noter: Les variances de dépenses sont ajustées par les effets des écarts des amendements budgets qui influencent aussi les variances de revenus. Au T2, les ajustements nets des dépenses de salaires ont été de 5,651,913 \$ pour 2019-2020 et de 367,291 \$ pour 2020-2021.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Après 6 mois d'opération, nous notons un écart favorable (excluant l'effet des amendements budgétaire à recevoir) au niveau des salaires de 982K\$ (1,143K \$ pour T2) et des bénéfices 340K\$ (-339K \$ pour T2). L'économie liée aux accidents de travail est de 810,906\$ au 30 septembre 2020.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.6

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

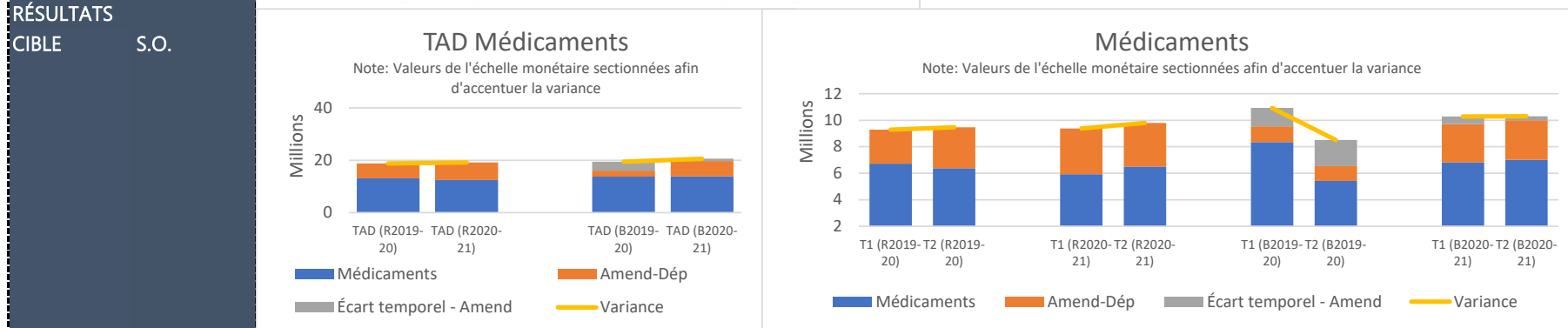
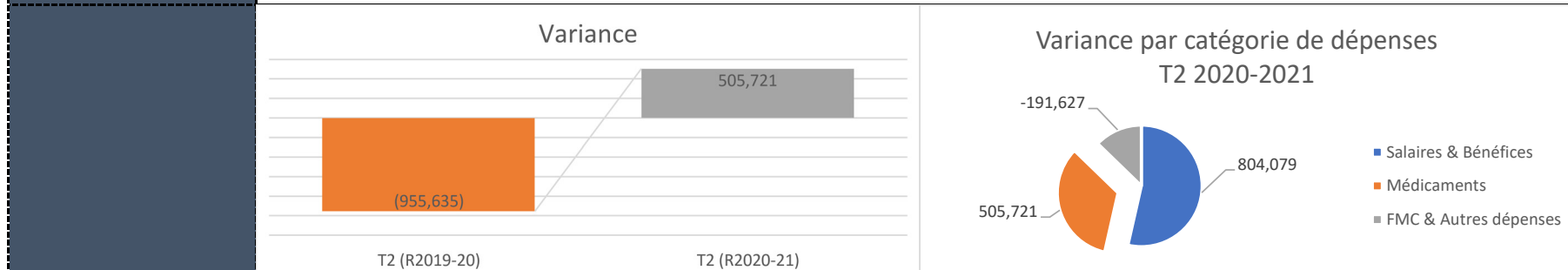
Variance en dépenses médicaments

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.

* À noter: Les variances sont ajustées par les effets des écarts des amendements budgets qui influencent aussi les écarts des revenus. Au T2, les ajustements nets des dépenses des médicaments ont été de 573,264\$ pour 2019-2020 et de 302,965 \$ pour 2020-2021.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Les effets de la COVID-19 ont impacté financièrement l'organisation par un écart favorable totalisant 1.4M \$ (excluant l'effet des amendements budgétaires à recevoir) affectant les médicaments d'oncologie pour un montant de 400K \$ (100K \$ pour le T2) et les autres médicaments pour un montant de 1M \$ (400K \$ pour le T2) pour l'exercice 2020-2021. Cette variance est causée par la diminution importante des jours patients de 33,653 jours patient dans les soins infirmiers, soit 18 % de moins après 6 mois d'opération en comparaison à 2019-2020.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.7

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses

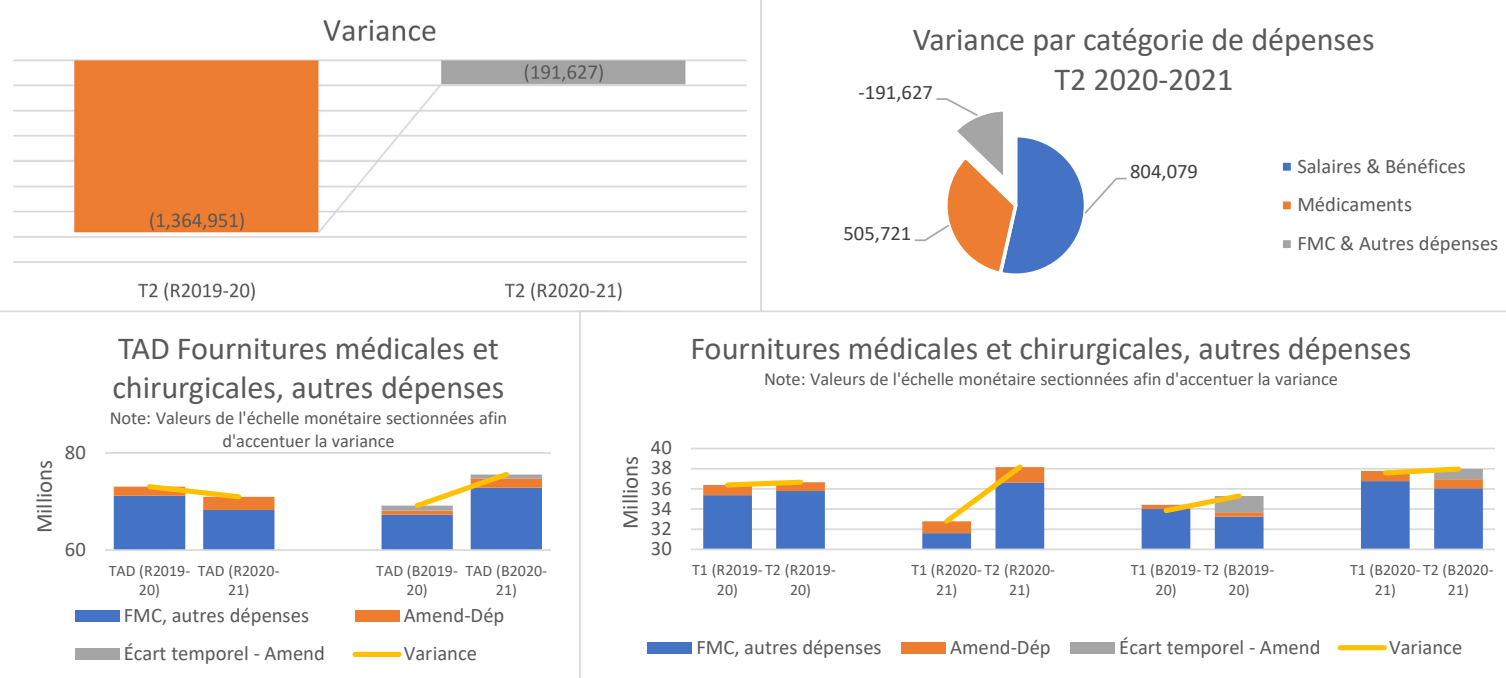
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Voir à la mise en œuvre du plan directeur du CHUDGLD	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Compléter les travaux pour le nouveau bloc opératoire et les soins intensifs au CHUDGLD et compléter les travaux pour l'agrandissement à l'hôpital régional Chaleur	✓
SOURCE DE DONNÉES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

DÉFINITION

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

* À noter: Les variances sont ajustées par les effets des écarts des amendements budgets qui influencent aussi les écarts des revenus. Au T2, les ajustements nets des dépenses des FMC et autres dépenses ont été de 442,532 \$ pour 2019-2020 et de 651,630 \$ pour 2020-2021.

RÉSULTATS CIBLE S.O.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Le résultat du deuxième trimestre de l'année 2020-2021 présente une stabilité de la variance favorable du premier trimestre passant de 4,788,910 \$ à 4,597,283 \$ comparativement à une variance défavorable de (3,902,552 \$) en 2019-2020. Le total des dépenses liées à la COVID-19 représente 5,5M \$ après 6 mois d'opération. Le ralentissement des activités dû à la COVID-19 a principalement affecté le nombre de chirurgies réduisant les dépenses en fournitures médicales et chirurgicales (+2,962K \$). La diminution des déplacements du personnel (+851K \$), formation et petits équipements (+483K \$), fourniture de laboratoire (+1,213K \$) la réduction des services achetés ou contractuels à l'extérieur de l'organisation (+433K \$), l'économie des dépenses d'énergie (+956K \$) et les autres dépenses (+3,1M \$) explique aussi l'écart de la variance budgétaire.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 2.8

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Coût en énergie par pied carré

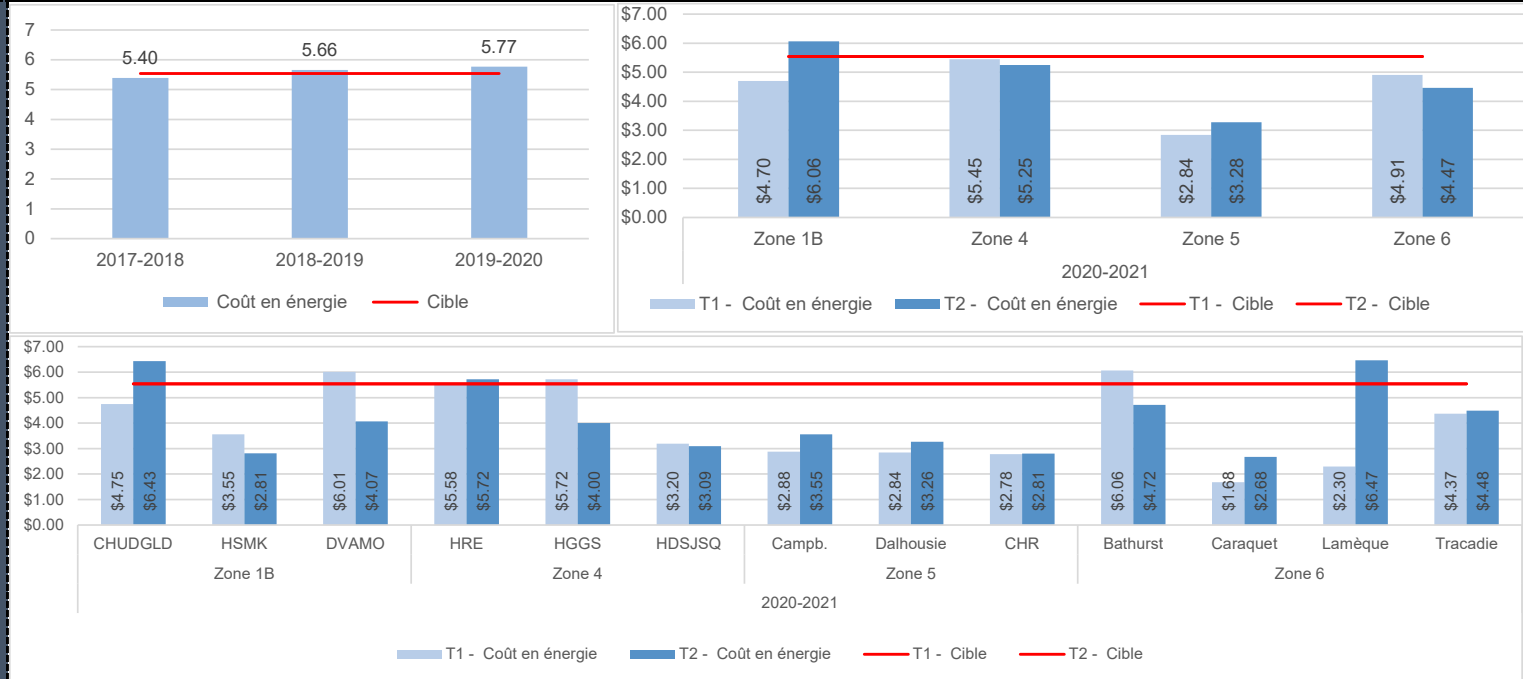
LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Poursuivre les efforts de gestion et d'amélioration de la performance opérationnelle et financière.	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Diminuer la consommation d'énergie fossile	○
SOURCE DE DONNÉES	Fichier des finances- Meditech			

DÉFINITION

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

RÉSULTATS

CIBLE \$5.54



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Le coût en énergie par pied carré est à la hausse depuis les trois dernières années, passant de 5.40 en 2017-2018 à 5.77 en 2019-2020. Au deuxième trimestre de 2020-2021, le coût était le plus élevé dans la Zone 1B (6.06) et le plus faible dans la Zone 5 (3.28).

FICHE EXPLICATIVE

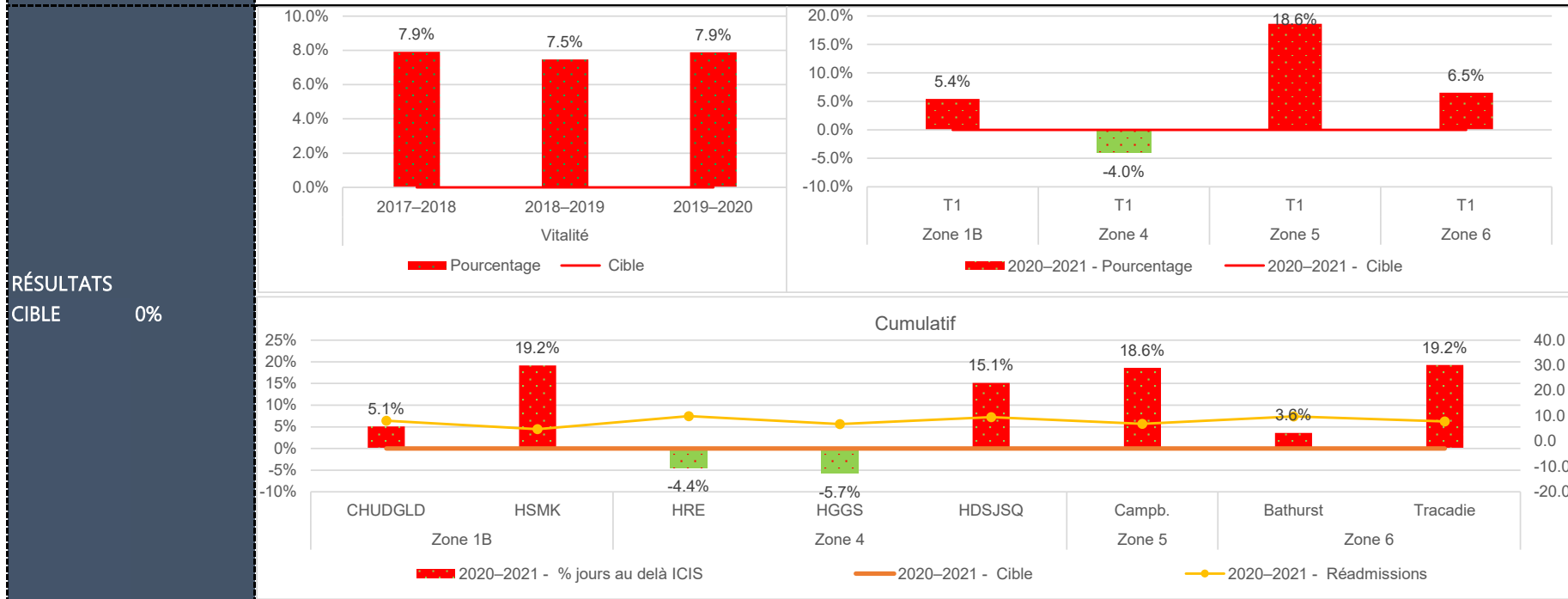
Indicateur: 3.1

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

DÉFINITION
 L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du Réseau. Il est important de monitorer les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon efficiente. Cet indicateur représente l'efficacité de la durée de séjour dans nos hôpitaux pour les cas typiques. Il représente en pourcentage la différence entre la durée de séjour en soins de courte durée pour l'ensemble des hôpitaux du Réseau et la durée prévue de séjour de l'ICIS. Les cas typiques 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.

FICHE EXPLICATIVE

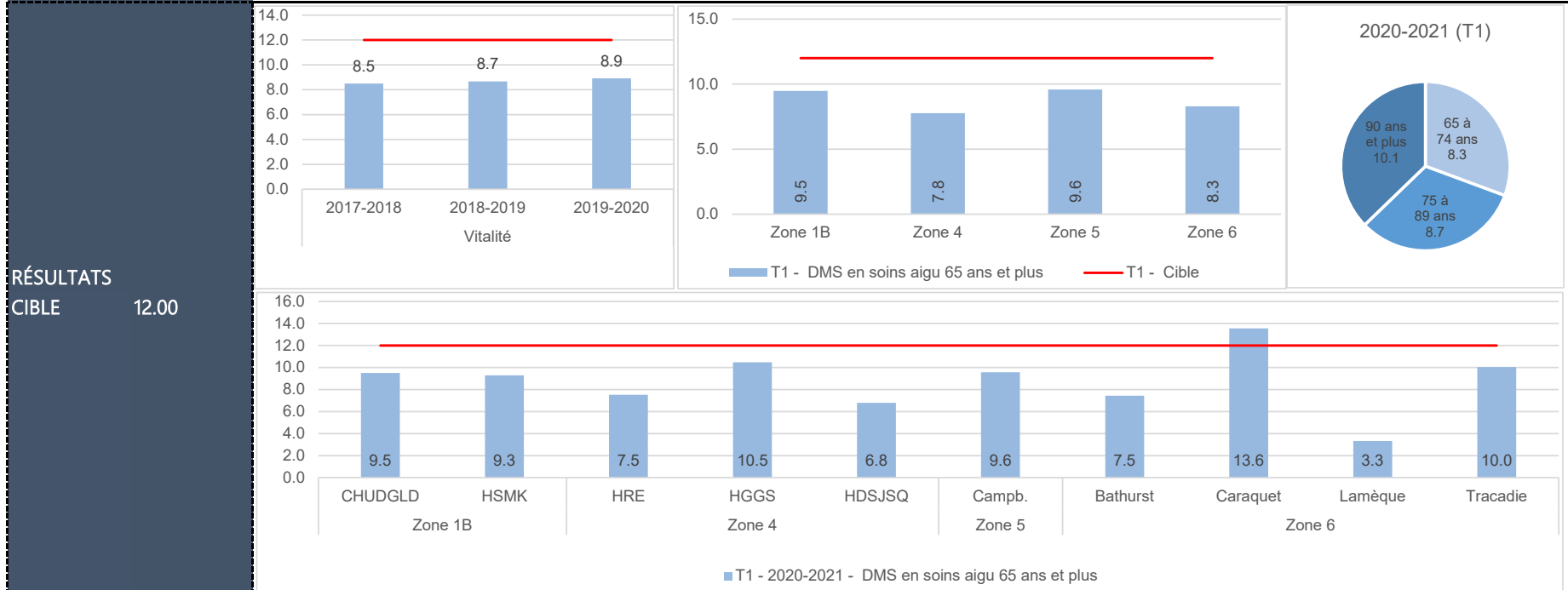
Indicateur: 3.2

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un séjour plus court est souhaitable. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. Le nombre moyen de jour d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus est à la hausse depuis les trois dernières années. Au premier trimestre de 2020-2021, la moyenne était particulièrement plus élevée chez les 90 ans et plus (10.1).

FICHE EXPLICATIVE

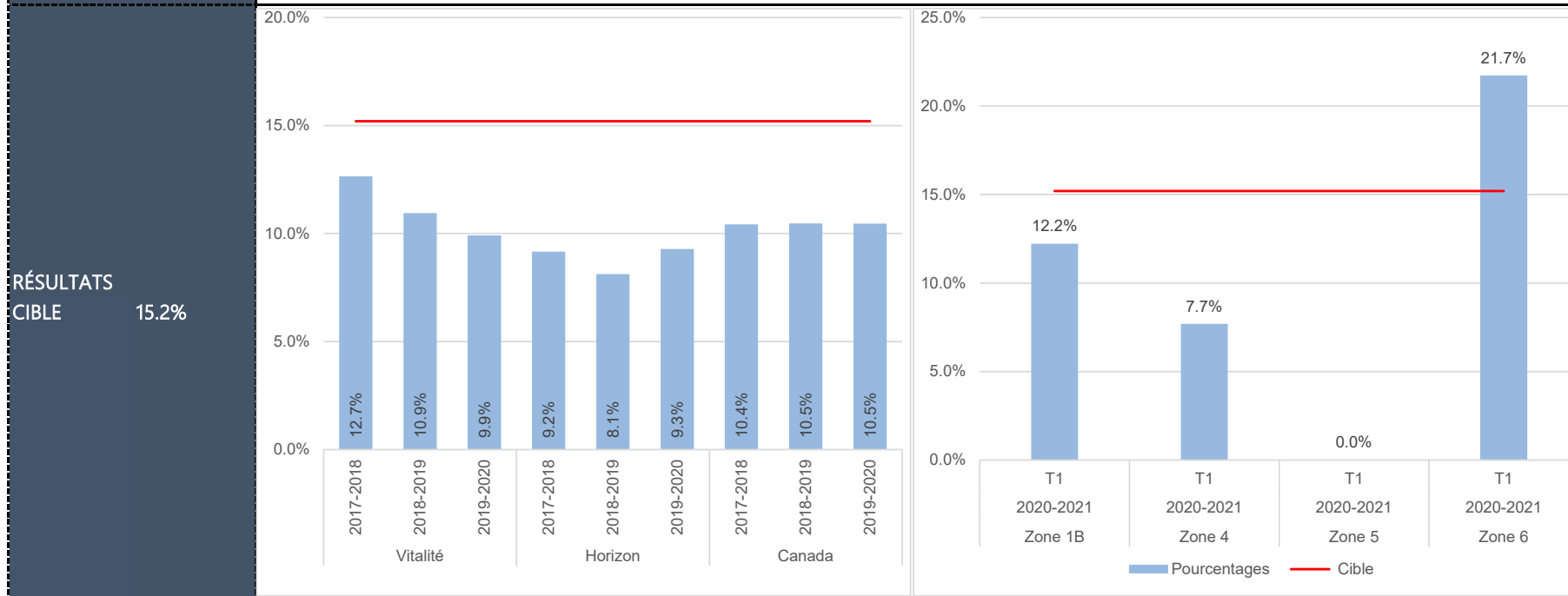
Indicateur: 3.3

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de césarienne à faibles risques

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un faible taux est souhaitable. Les variations des résultats de cet indicateur pourraient faire état de différences dans la pratique clinique. Cet indicateur permet de signaler les éléments à améliorer et de réduire les taux de césariennes. Bien qu'il soit limité à une population à très faible risque, les efforts de réduction des taux de césariennes dans cette population pourraient entraîner une réduction globale des taux. Il est à noter que le taux de césarienne à faibles risques est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 6 présentait un résultat particulièrement élevé (21.7 %).

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de chutes

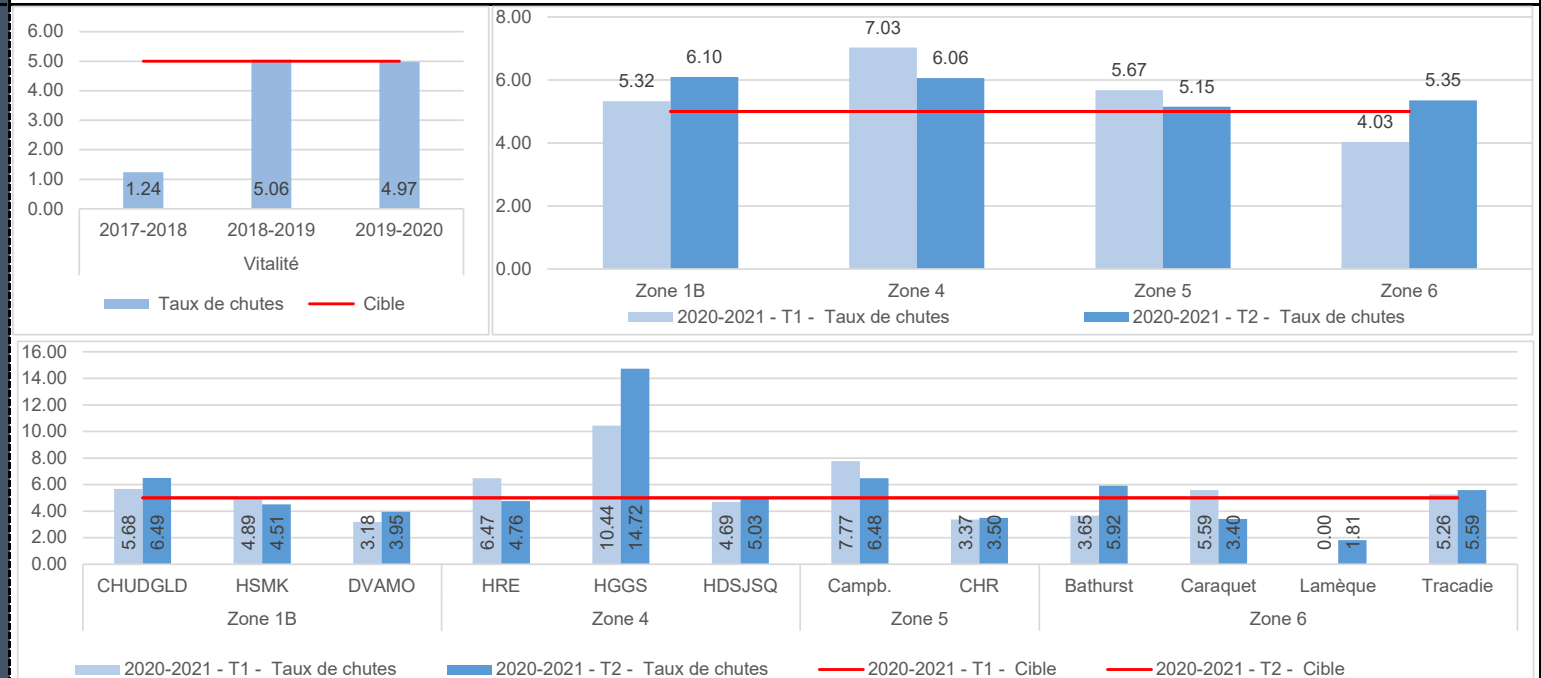
LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

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.

RÉSULTATS

CIBLE 5.00



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est souhaitable car les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Un taux de chutes élevé présente également un potentiel de litige important pour le Réseau de santé Vitalité. Au deuxième trimestre de 2020-2021, le taux de chutes était le plus élevé dans la Zone 4 (6.06). Plus précisément, ce taux était plus élevé à l'Hôpital général de Grand-Sault (14.72).

FICHE EXPLICATIVE

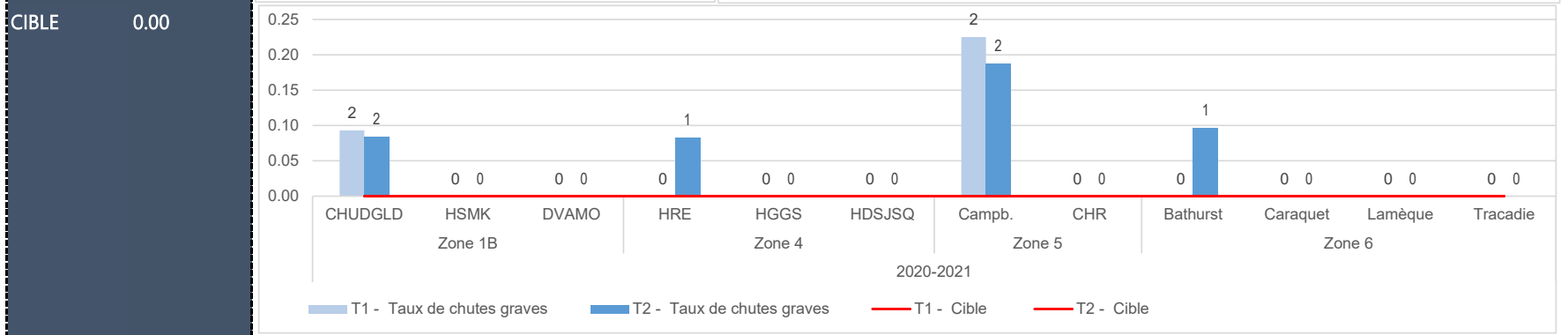
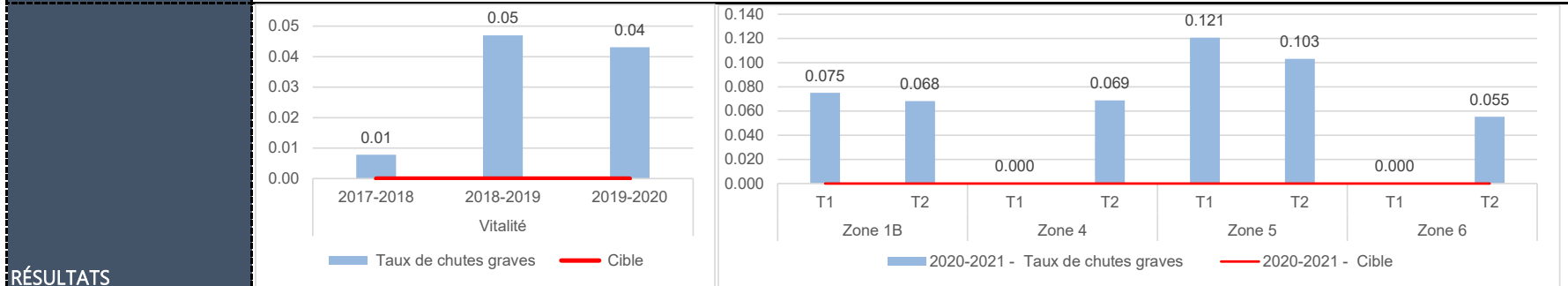
Indicateur: 3.5

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de chutes avec blessures graves

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car chez les personnes âgées, les chutes peuvent mener à une perte d'autonomie, de mobilité et augmentent le risque de décès précoce. La réduction des chutes et des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les patients et réduire les coûts. Au deuxième trimestre de 2020-2021, 6 chutes avec blessures graves ont été comptabilisées au sein du Réseau.

FICHE EXPLICATIVE

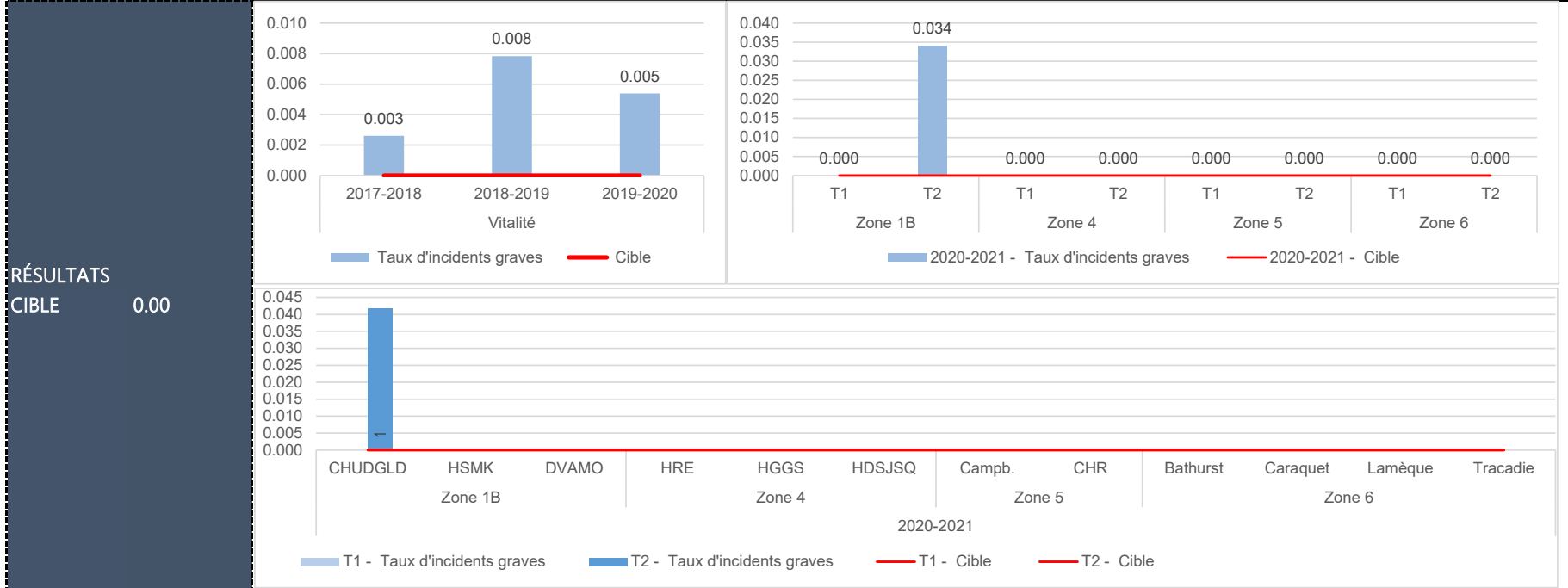
Indicateur: 3.6

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat nul est souhaitable. Parmi les risques hospitaliers, les incidents graves sont les plus importants et les études démontrent qu'ils seraient évitables dans 50 % des cas. Au deuxième trimestre de 2020-2021, un incident avec blessures graves a été comptabilisé au CHUDGLD.

FICHE EXPLICATIVE

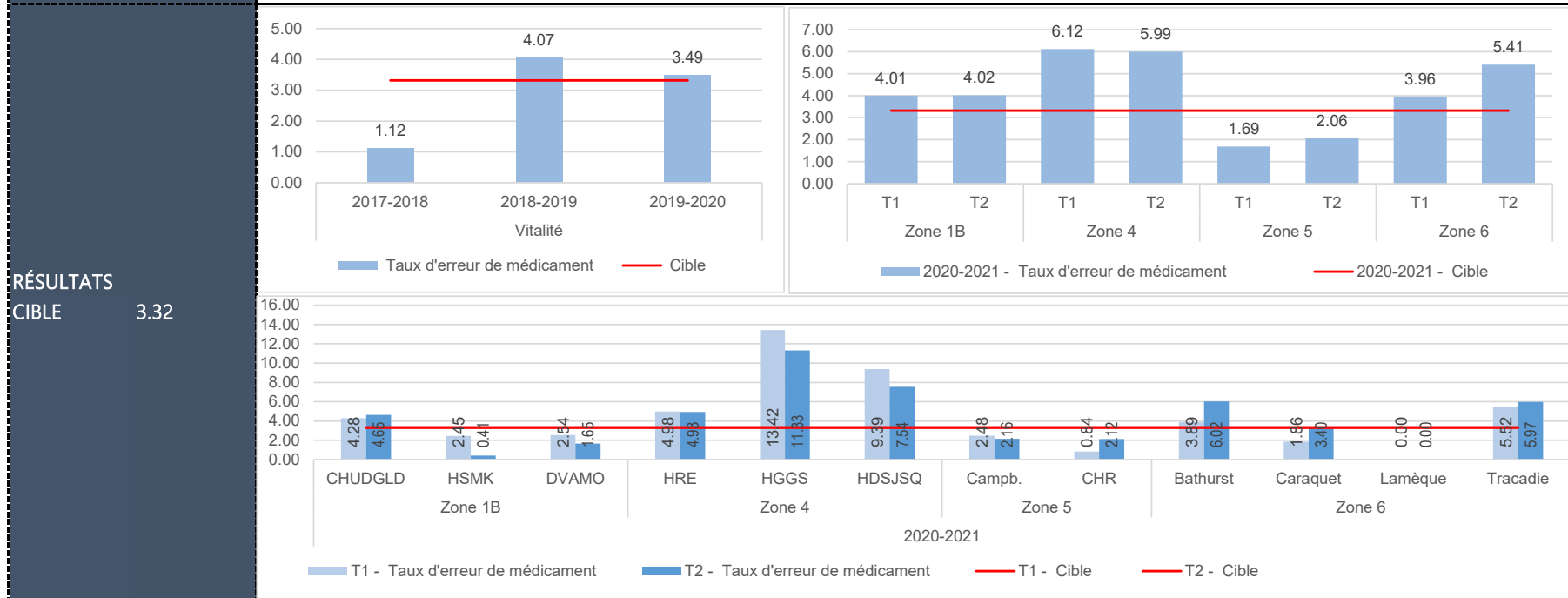
Indicateur: 3.7

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'erreurs des médicaments

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins de santé. En 2019-2020, le taux d'erreurs des médicaments était de 3.49 au sein du Réseau de santé Vitalité. Au deuxième trimestre de 2020-2021, la Zone 4 présentait le taux le plus élevé (5.99) puisque l'Hôpital général de Grand-Sault présentait un taux de 11.33 et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin présentait un taux de 7.54.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.8

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de conformité à l'hygiène des mains

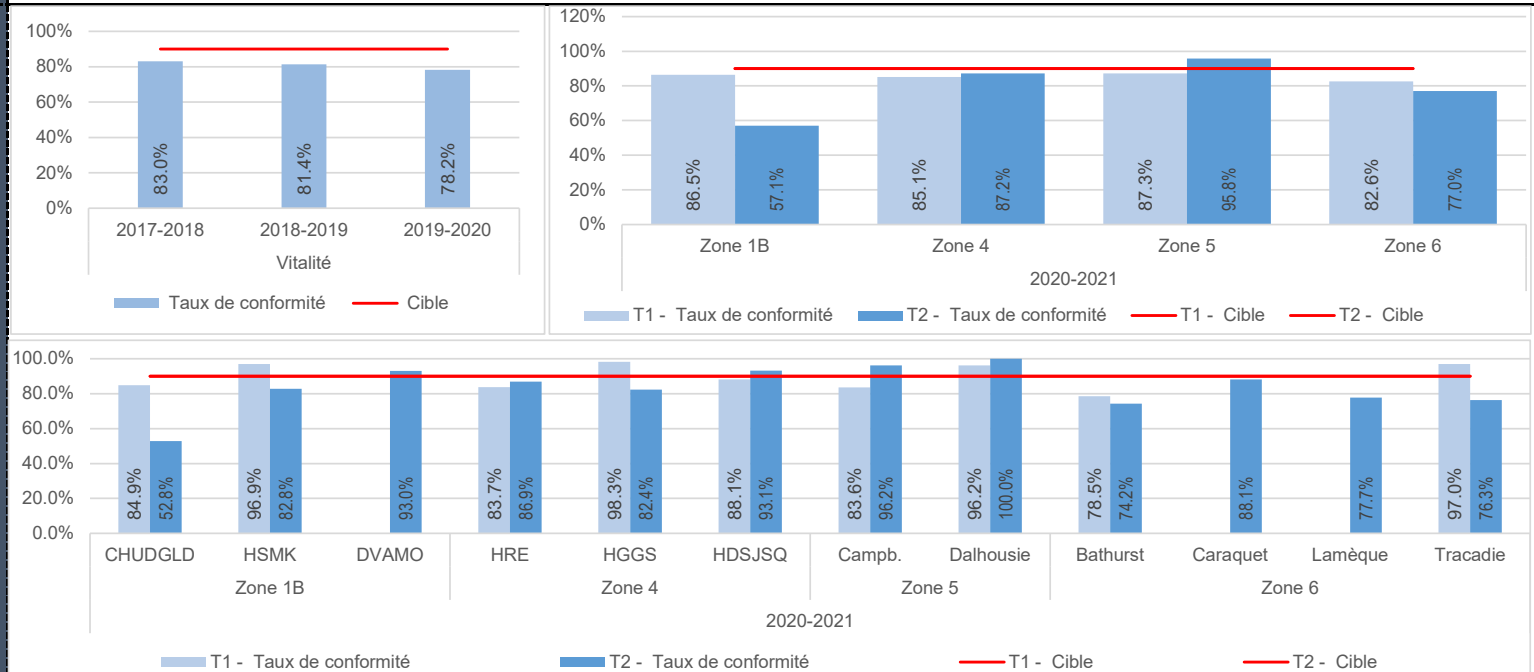
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité de soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Diminuer la propagation de la COVID-19	✓
SOURCE DE DONNÉES	Système CREDE			

DÉFINITION

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

RÉSULTATS

CIBLE 90%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux élevé est souhaitable. Le taux de conformité à l'hygiène des mains est relativement stable et démontre de bonnes pratiques sanitaires au sein du Réseau de santé Vitalité. Le taux de conformité à l'hygiène des mains a diminué au sein du Réseau depuis les trois dernières années. Toutefois, les données du deuxième trimestre de 2020-2021 montraient une belle amélioration pour les zones 4 et 5.

FICHE EXPLICATIVE

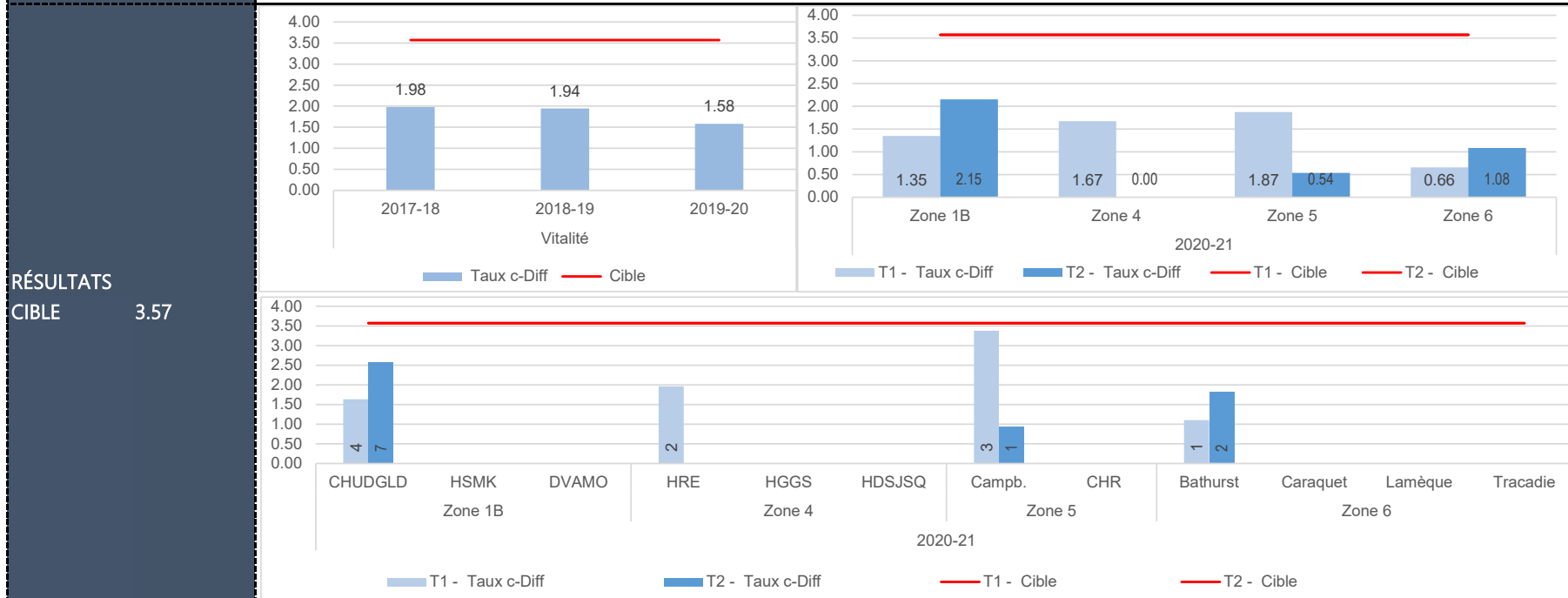
Indicateur: 3.9

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. Tous les établissements ont présenté des résultats inférieurs à la cible au premier et au deuxième trimestre de 2020-2021.

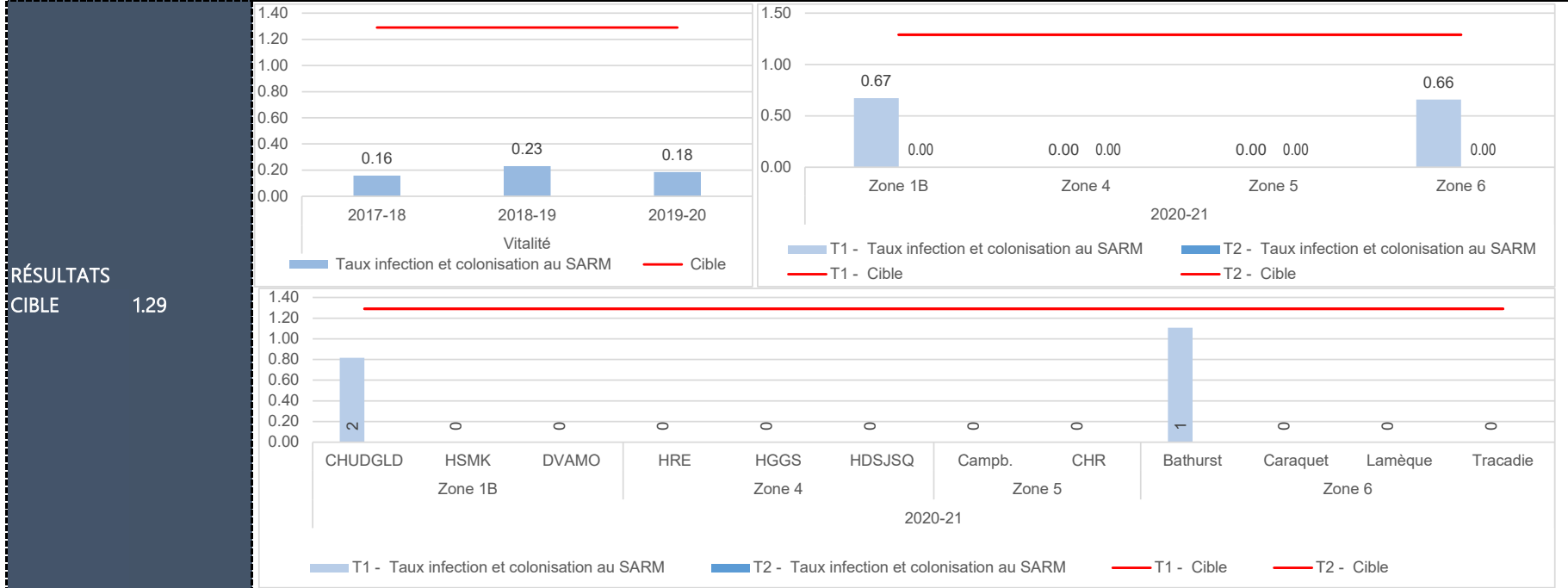
FICHE EXPLICATIVE

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. Aucun établissement a présenté un cas d'infection au deuxième trimestre de 2020-2021.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.11

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'infection et de colonisation ERV

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓																																																																																																						
FRÉQUENCE	Trimestrielle																																																																																																									
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé																																																																																																									
DÉFINITION	<p>Les bactéries entérocoques résistantes à la vancomycine (ERV) sont des bactéries qu'on trouve habituellement dans l'intestin et les selles ou sur les parties génitales des personnes. En général, les entérocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections urinaires, des infections de plaies et, plus rarement, des infections du sang. Ces infections sont acquises lors d'un séjour dans un établissement de soins et sont difficilement traitables par les antibiotiques. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.</p>																																																																																																									
RÉSULTATS CIBLE 0.05	<p>Vitalité</p> <table border="1"> <tr><th>Année</th><th>Taux d'infection et colonisation ERV</th><th>Cible</th></tr> <tr><td>2017-18</td><td>0.00</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>2018-19</td><td>0.10</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>2019-20</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> </table> <p>2020-21</p> <table border="1"> <tr><th>Zone</th><th>T1 - Taux d'infection et colonisation ERV</th><th>T2 - Taux d'infection et colonisation ERV</th><th>T1 - Cible</th><th>T2 - Cible</th></tr> <tr><td>Zone 1B</td><td>0.00</td><td>0.31</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>Zone 4</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>Zone 5</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>Zone 6</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> </table> <p>2020-21</p> <table border="1"> <tr><th>Unité</th><th>T1 - Taux d'infection et colonisation ERV</th><th>T2 - Taux d'infection et colonisation ERV</th><th>T1 - Cible</th><th>T2 - Cible</th></tr> <tr><td>CHUDGLD</td><td>0.00</td><td>0.37</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>HSMK</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>DVAMO</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>HRE</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>HGGS</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>HDSJSQ</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>Campb.</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>CHR</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>Bathurst</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>Caraquet</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>Lamèque</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> <tr><td>Tracadie</td><td>0.00</td><td>0.00</td><td>0.05</td><td>0.05</td></tr> </table>				Année	Taux d'infection et colonisation ERV	Cible	2017-18	0.00	0.05	2018-19	0.10	0.05	2019-20	0.05	0.05	Zone	T1 - Taux d'infection et colonisation ERV	T2 - Taux d'infection et colonisation ERV	T1 - Cible	T2 - Cible	Zone 1B	0.00	0.31	0.05	0.05	Zone 4	0.00	0.00	0.05	0.05	Zone 5	0.00	0.00	0.05	0.05	Zone 6	0.00	0.00	0.05	0.05	Unité	T1 - Taux d'infection et colonisation ERV	T2 - Taux d'infection et colonisation ERV	T1 - Cible	T2 - Cible	CHUDGLD	0.00	0.37	0.05	0.05	HSMK	0.00	0.00	0.05	0.05	DVAMO	0.00	0.00	0.05	0.05	HRE	0.00	0.00	0.05	0.05	HGGS	0.00	0.00	0.05	0.05	HDSJSQ	0.00	0.00	0.05	0.05	Campb.	0.00	0.00	0.05	0.05	CHR	0.00	0.00	0.05	0.05	Bathurst	0.00	0.00	0.05	0.05	Caraquet	0.00	0.00	0.05	0.05	Lamèque	0.00	0.00	0.05	0.05	Tracadie	0.00	0.00	0.05	0.05
Année	Taux d'infection et colonisation ERV	Cible																																																																																																								
2017-18	0.00	0.05																																																																																																								
2018-19	0.10	0.05																																																																																																								
2019-20	0.05	0.05																																																																																																								
Zone	T1 - Taux d'infection et colonisation ERV	T2 - Taux d'infection et colonisation ERV	T1 - Cible	T2 - Cible																																																																																																						
Zone 1B	0.00	0.31	0.05	0.05																																																																																																						
Zone 4	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
Zone 5	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
Zone 6	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
Unité	T1 - Taux d'infection et colonisation ERV	T2 - Taux d'infection et colonisation ERV	T1 - Cible	T2 - Cible																																																																																																						
CHUDGLD	0.00	0.37	0.05	0.05																																																																																																						
HSMK	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
DVAMO	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
HRE	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
HGGS	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
HDSJSQ	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
Campb.	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
CHR	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
Bathurst	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
Caraquet	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
Lamèque	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
Tracadie	0.00	0.00	0.05	0.05																																																																																																						
ANALYSE ET INTERPRÉTATION	<p>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. Un cas d'infection a été rapporté au CHUDGLD au deuxième trimestre de 2020-2021.</p>																																																																																																									

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.12

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Ratio normalisé de mortalité hospitalière

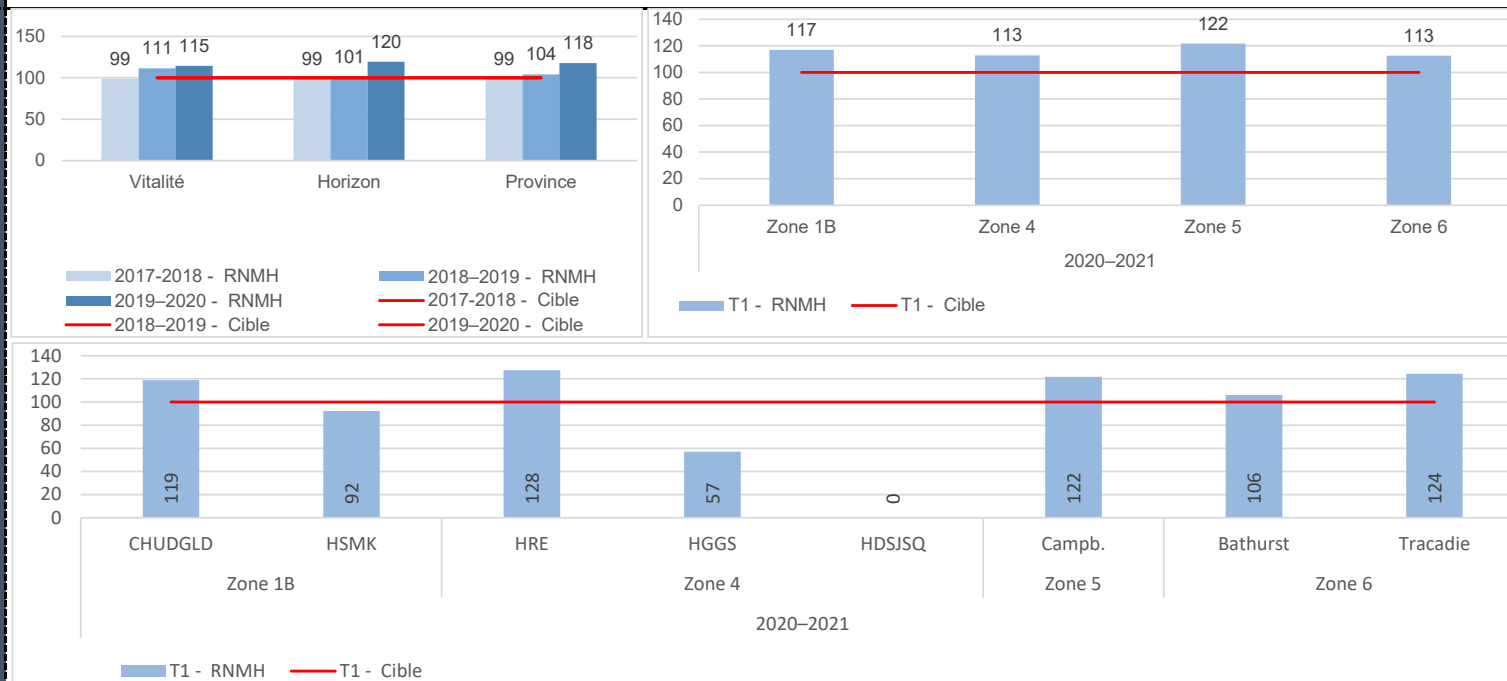
LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS			

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.

RÉSULTATS

CIBLE 100



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est favorable. Cette mesure est ajustée en fonction de certaines différences observées quant au type de patients traités dans un hôpital. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est surtout utile pour suivre la performance d'un même hôpital au fil du temps. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité et de la province. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 5 présentait le ratio de mortalité hospitalière le plus élevé (122).

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.13

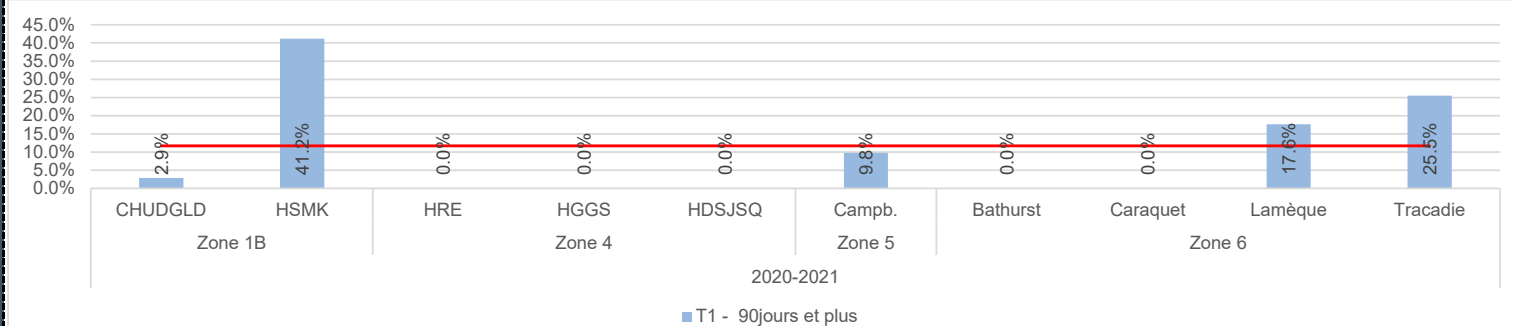
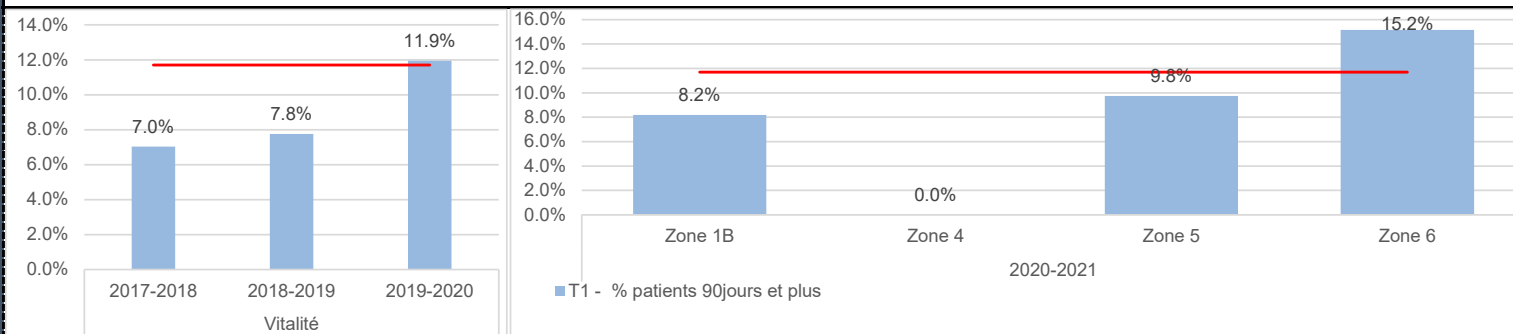
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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

RÉSULTATS CIBLE 11.7%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un résultat faible est favorable. Le pourcentage de patients en niveaux de soins alternatifs avec plus de 90 jours dans des lits de soins aigus est à la hausse depuis les trois dernières années, passant de 7.0 % en 2017-2018 à 11.9 % en 2019-2020. Au premier trimestre de 2020-2021, la Zone 6 présentait le pourcentage le plus élevé (15.2 %).

FICHE EXPLICATIVE

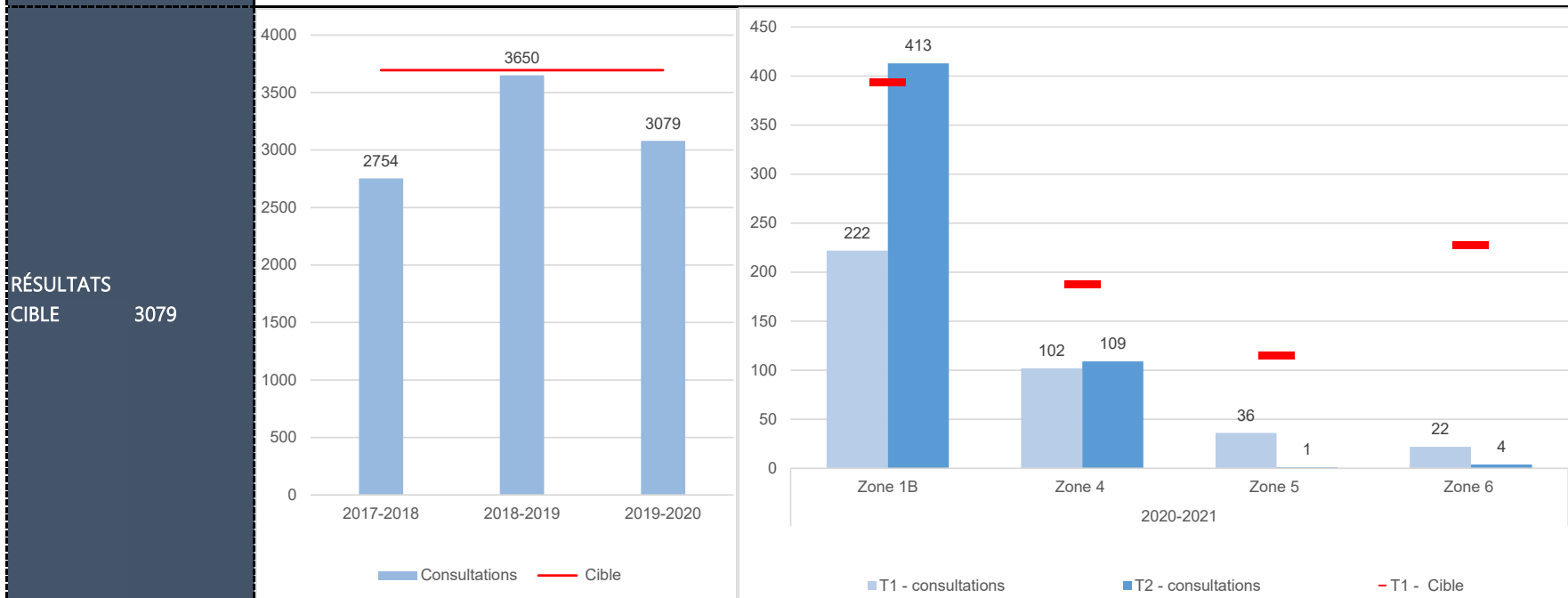
Indicateur: 3.14

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Nombre de consultations cliniques effectuées en télésanté

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

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



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

FICHE EXPLICATIVE

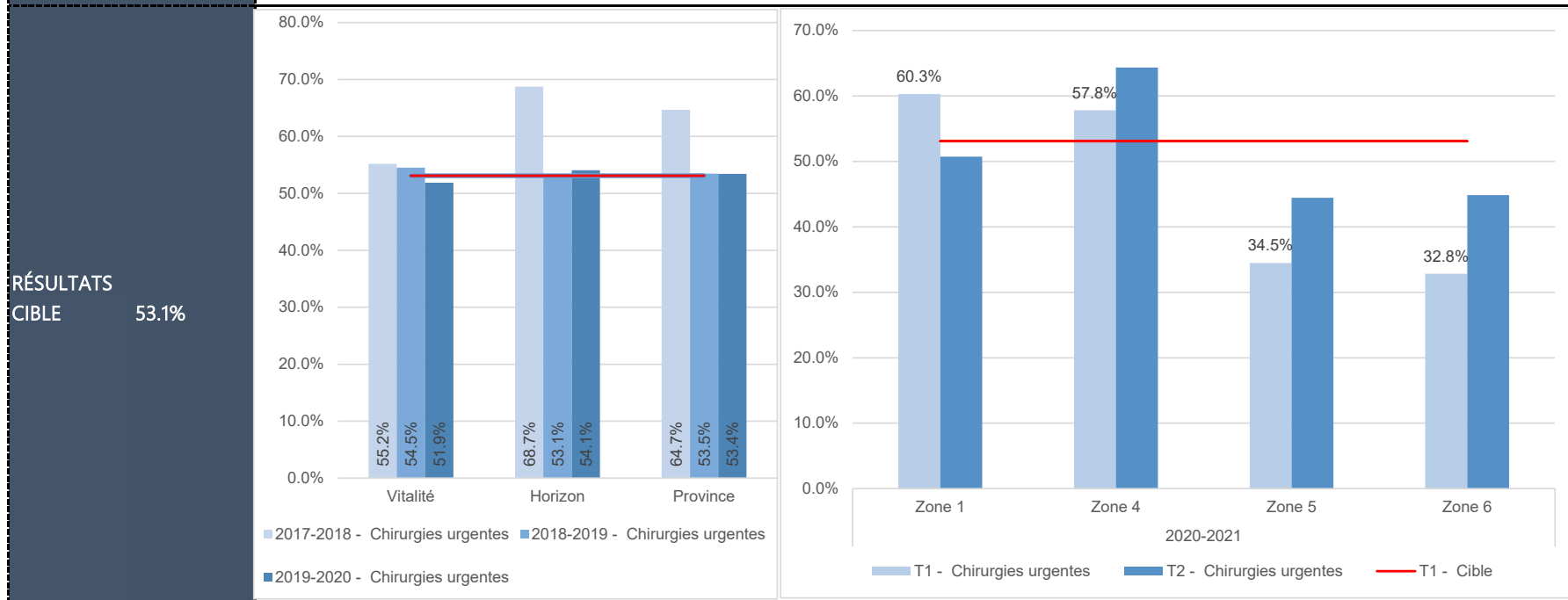
Indicateur: 3.15

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% chirurgies urgentes effectuées dans les délais

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un pourcentage élevé de chirurgies urgentes effectuées dans les délais est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais (catégories 1 et 2) est à la baisse depuis les 3 dernières années, passant de 55.2 % en 2017-2018 à 51.9 % en 2019-2020. Au deuxième trimestre de 2020-2021, seule la Zone 4 présentait un résultat supérieur à la cible souhaitée.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 3.16

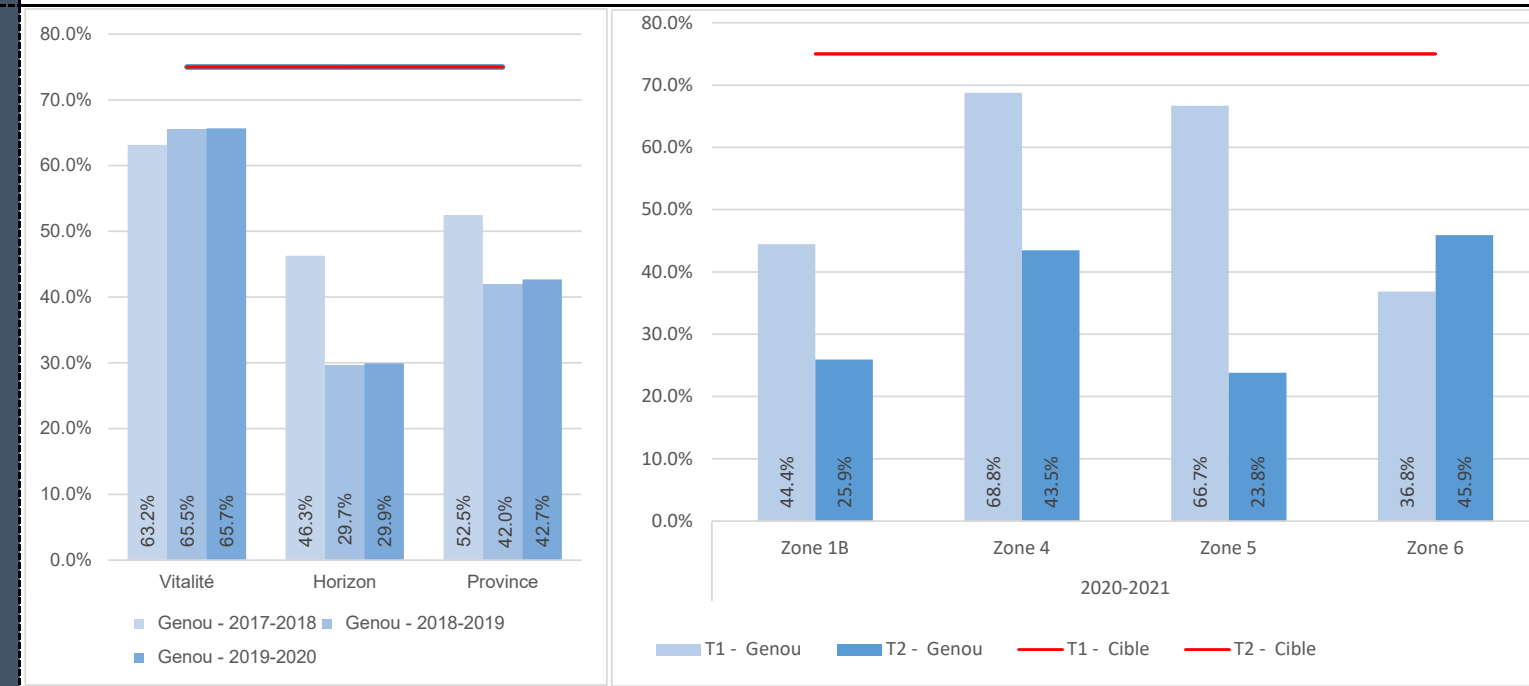
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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

RÉSULTATS CIBLE
75%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage élevé de chirurgie d'arthroplasite 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 hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité, passant de 63.2 % à 65.7 %. Au deuxième trimestre de 2020-2021, aucune zone ne présentait un résultat supérieur à la cible souhaitée.

FICHE EXPLICATIVE

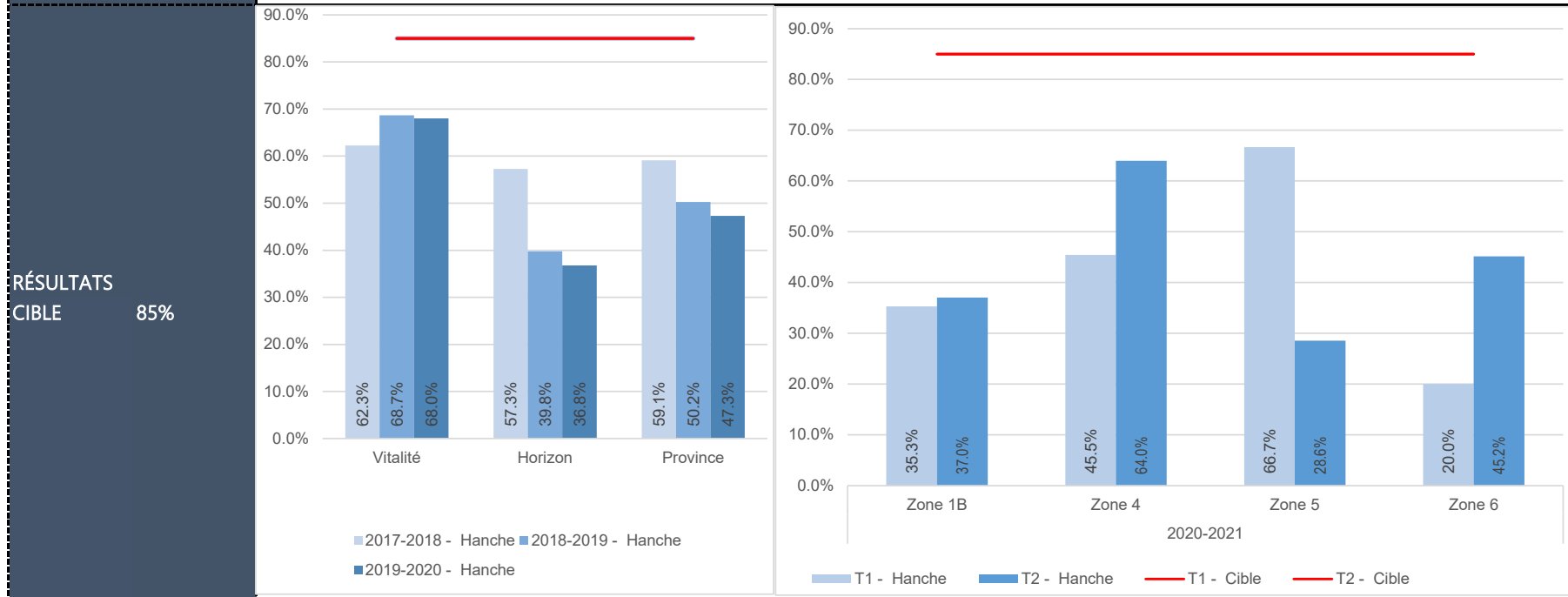
Indicateur: 3.17

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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

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

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



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un pourcentage élevé de chirurgies arthroplastie de la hanche effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 62.3 % en 2017-2018 à 68.0 % en 2019-2020. Au deuxième trimestre de 2020-2021, aucune zone ne présentait un résultat supérieur à la cible souhaitée.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.1

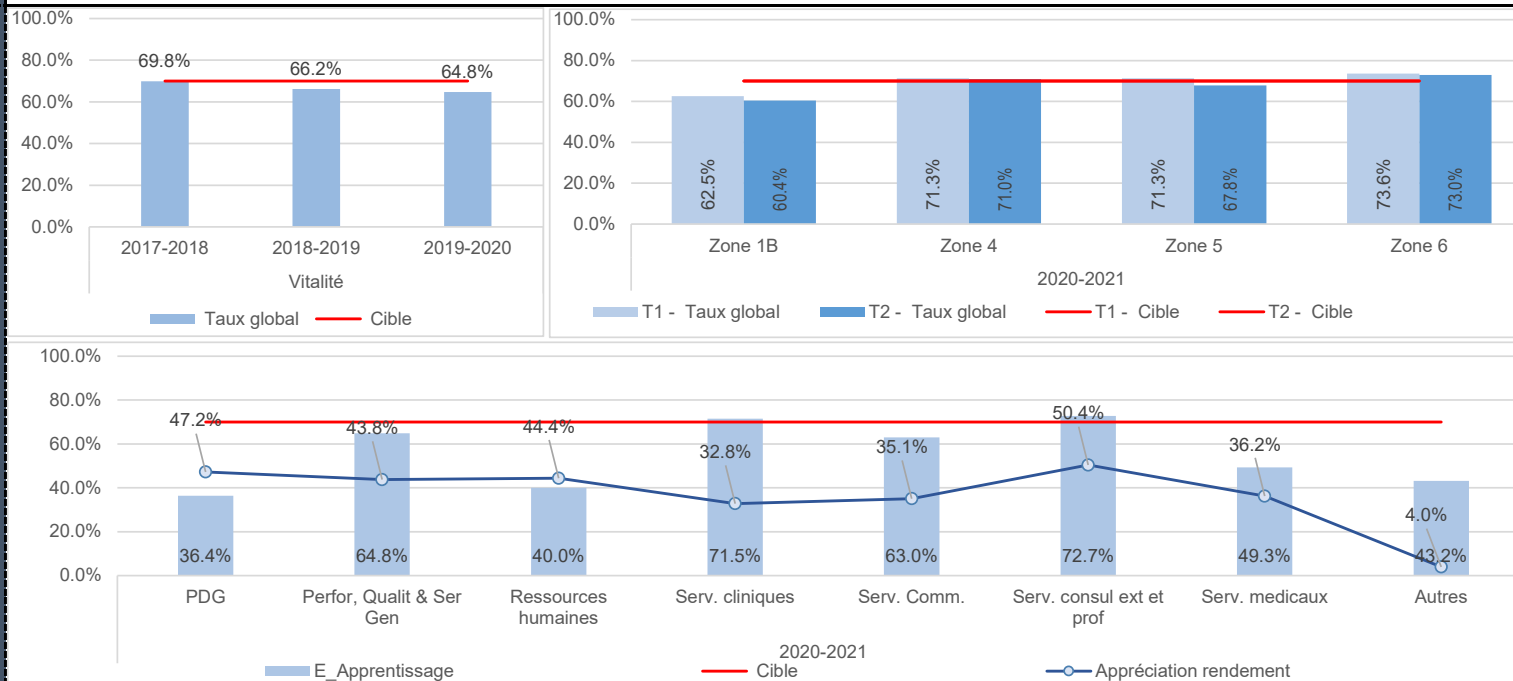
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux global aux modules e-apprentissage

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	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	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 69.8 % en 2017-2018 à 64.8 % en 2019-2020.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.2

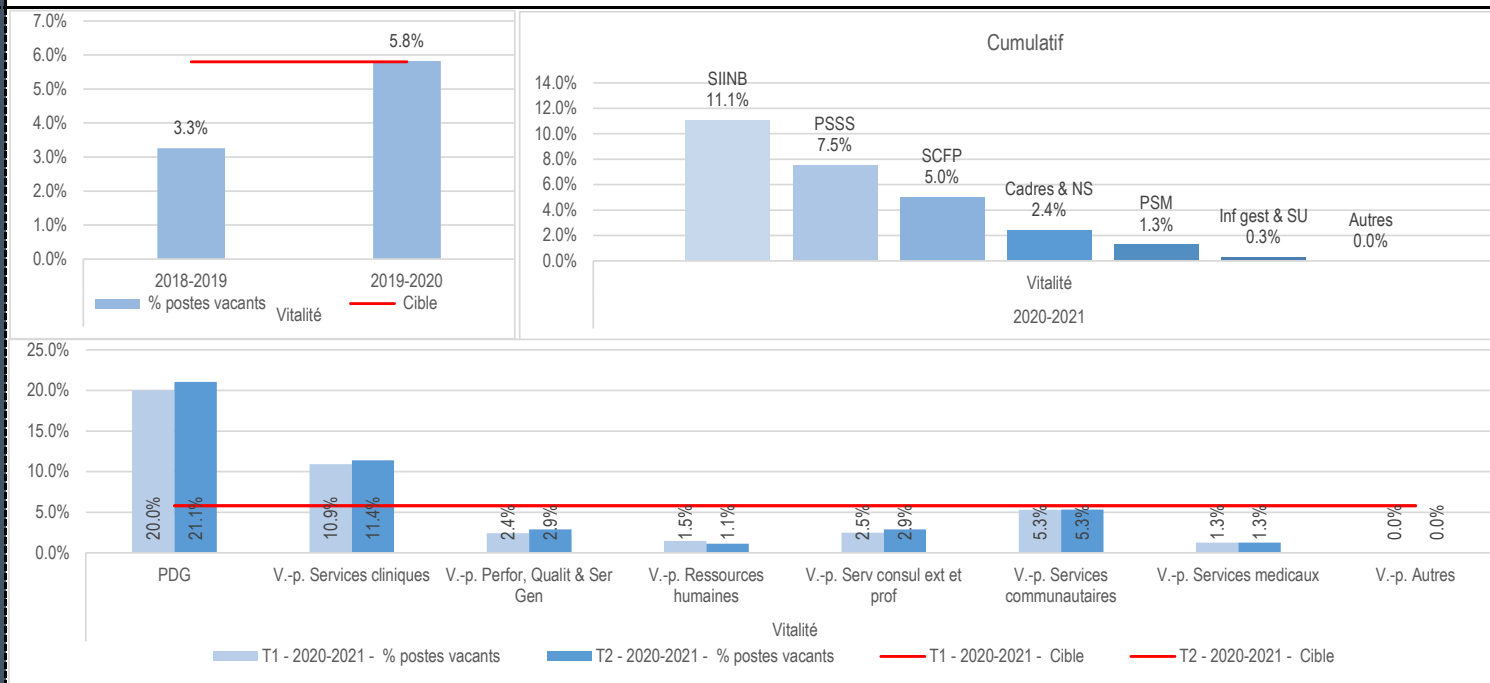
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% de postes permanents vacants

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

DÉFINITION Cet indicateur reflète le pourcentage de postes permanents vacants.

RÉSULTATS CIBLE 5.82%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage de poste permanents vacants peu élevé est souhaitable. Un taux élevé reflète une gestion des ressources humaines problématiques et/ou des conditions de travail déficientes. Depuis 2018-2019, le pourcentage de postes permanents vacants est à la hausse. En 2019-2020, près de 6 % des postes permanents étaient vacants.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.3

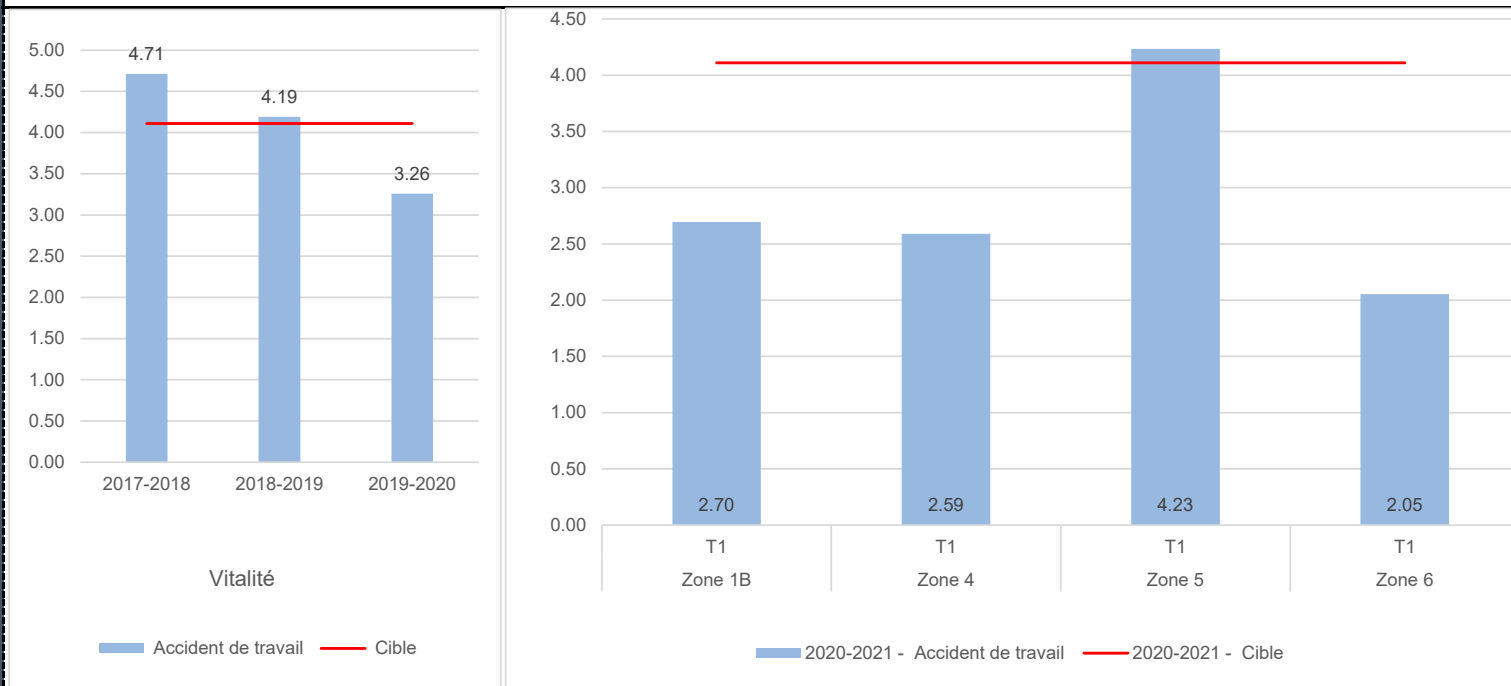
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux d'accidents du travail

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

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

RÉSULTATS



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 4.71 en 2017-2018 à 3.26 en 2019-2020. Au premier trimestre de 2020-2021, seule la Zone 5 ne respectait pas la cible de 4.11.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.4

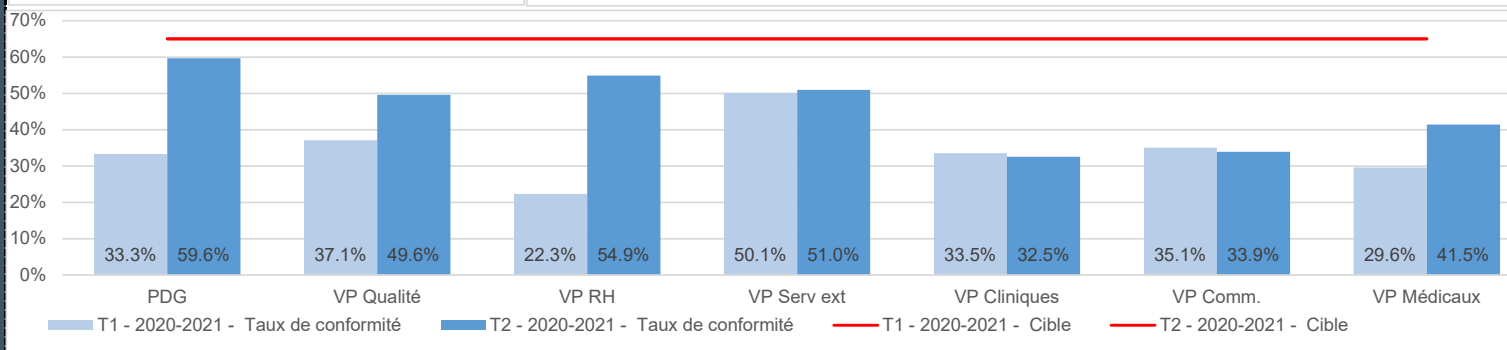
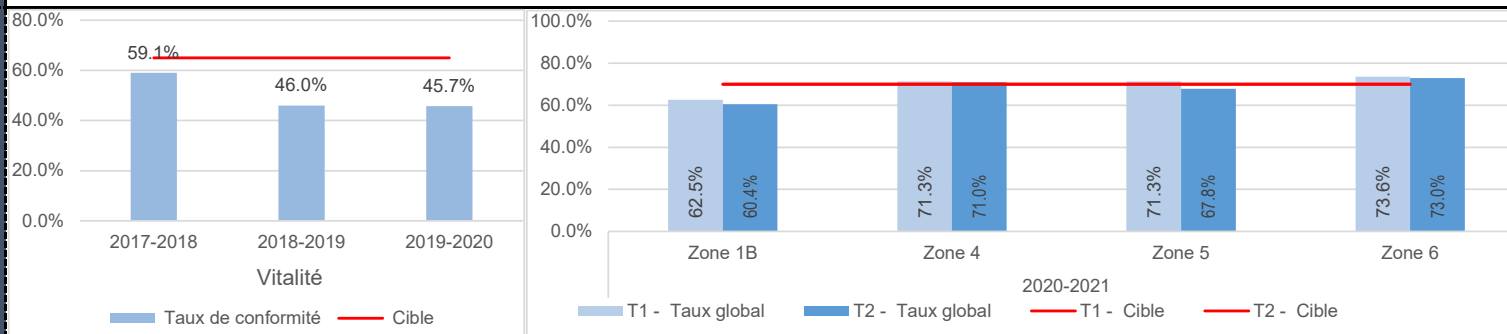
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de conformité dans les appréciations de rendement

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

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

RÉSULTATS



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.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.5

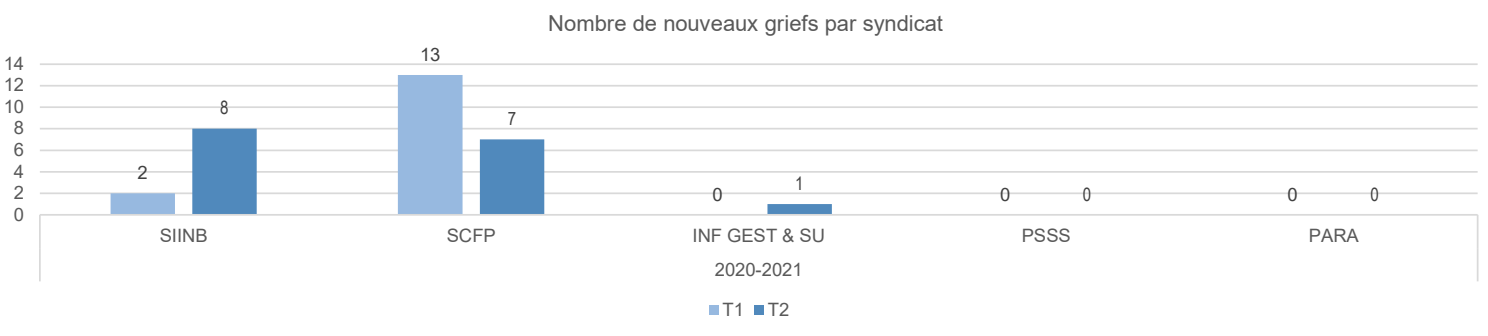
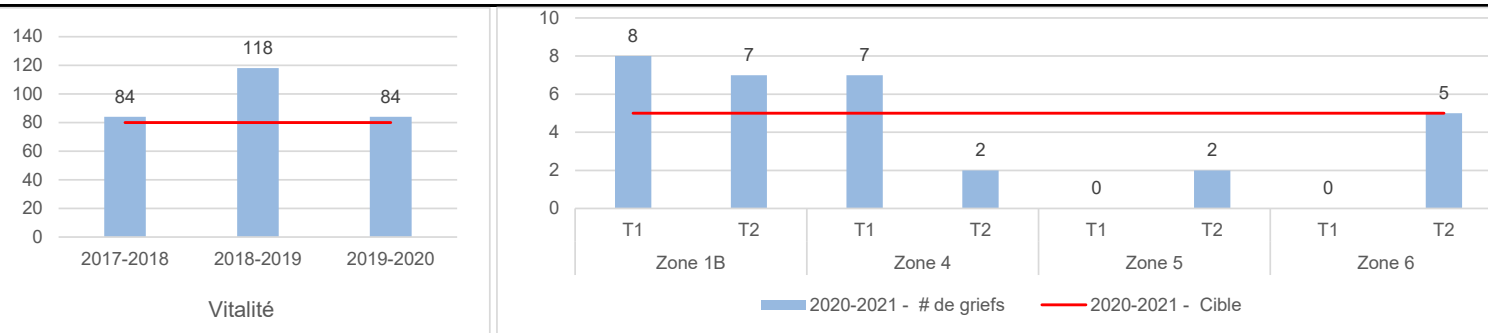
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

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 80



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

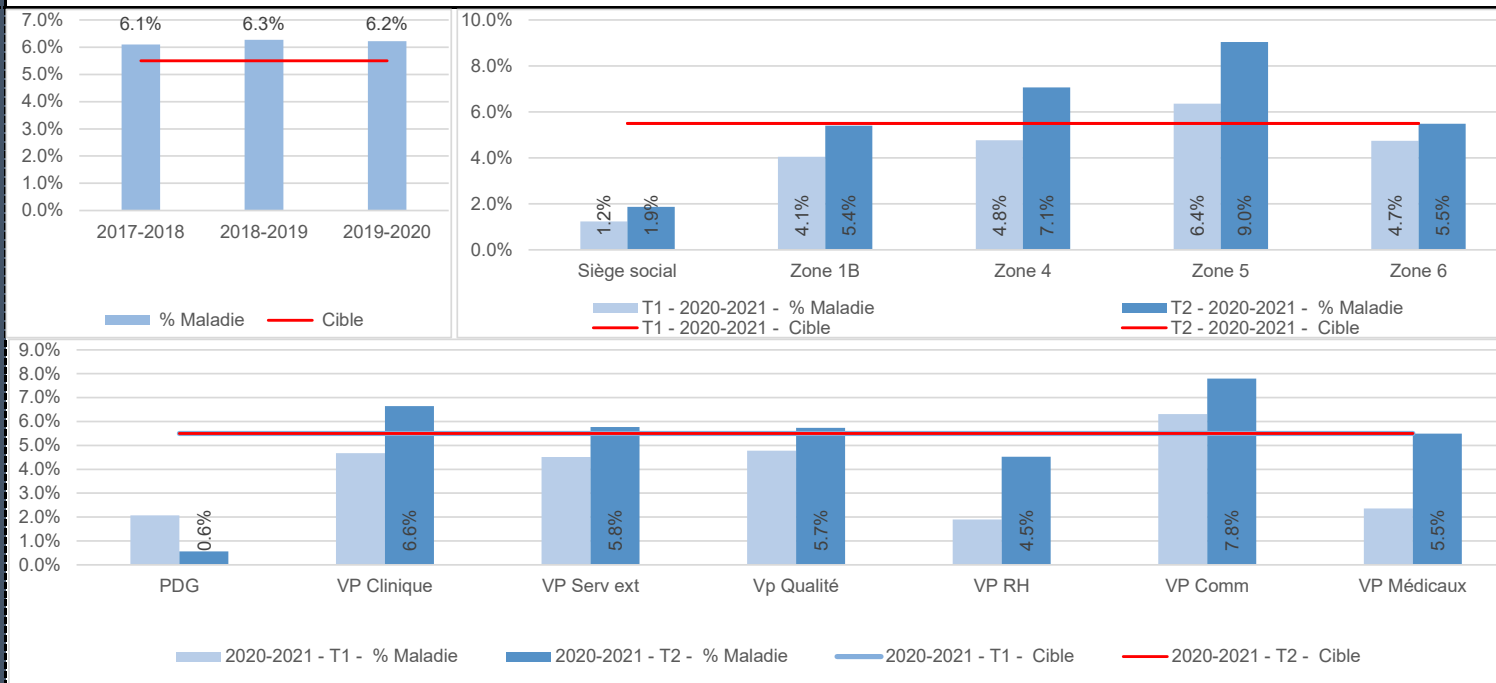
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir 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 deuxième trimestre de 2020-2021, la Zone 5 affichait le pourcentage d'heures de maladies le plus élevé (9.0 %).

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.7

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

% d'heures de surtemps

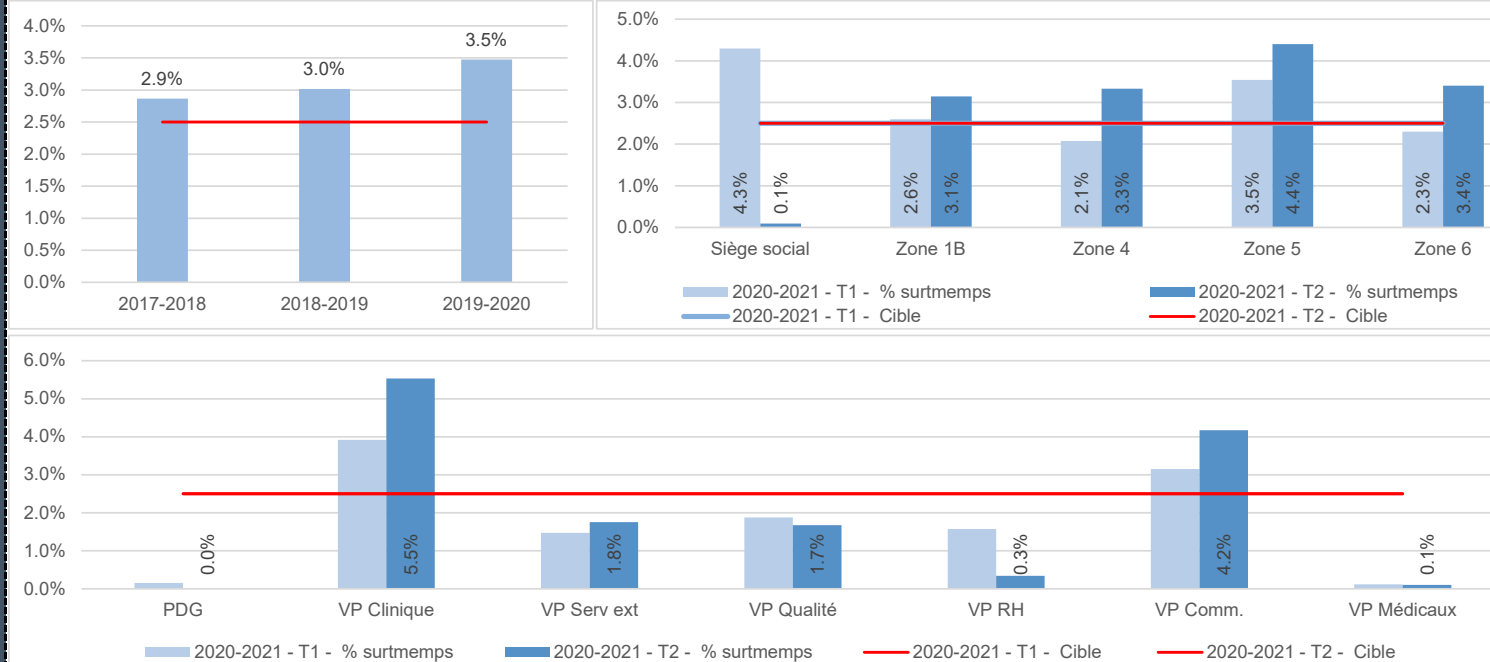
LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de la santé sur le plan de la santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département d'acquérir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

DÉFINITION

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

RÉSULTATS

CIBLE 2.5%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un pourcentage d'heures de surtemps faible est souhaitable. Un taux élevé peut denoter un niveau de personnel insuffisant pour la charge de travail globale du Réseau. Depuis les trois dernières années, le pourcentage d'heures de surtemps est à la hausse au sein du Réseau, passant de 2.9 % en 2017-2018 à 3.5 % en 2019-2020.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.8

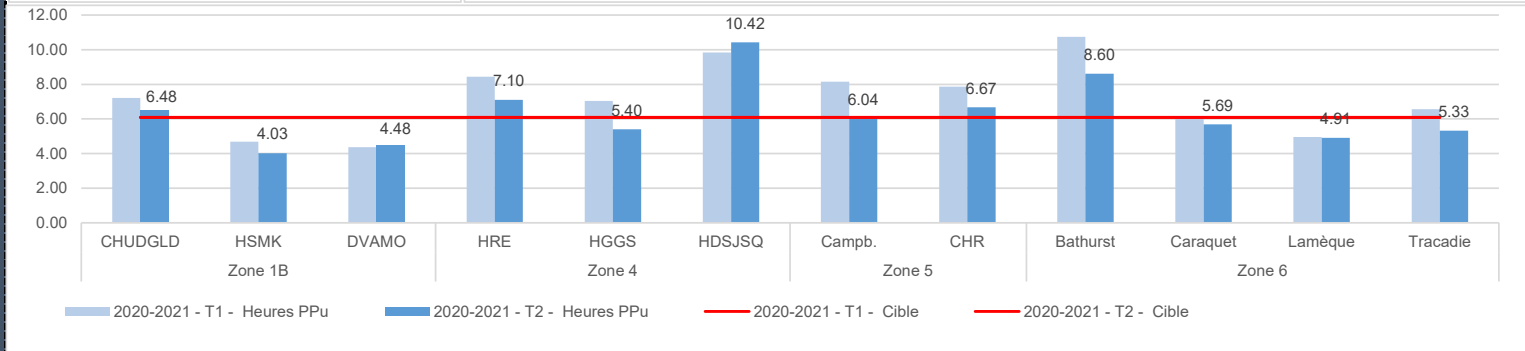
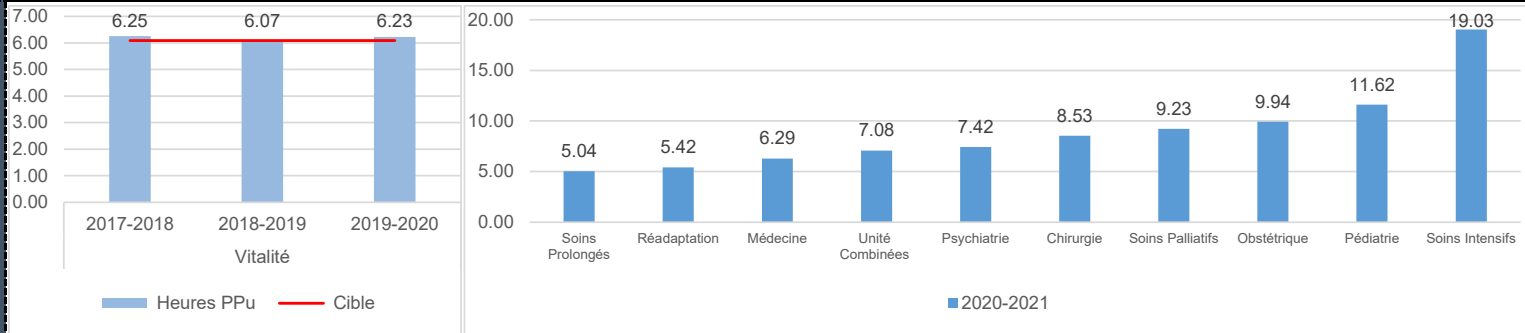
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Heures travaillées PPU/jours-patients

LEADERSHIP	Johanne Roy	INITIATIVES	Développer une stratégie qui va permettre aux gestionnaires/chefs de département acquérir les meilleures pratiques en résolution de conflits et en développement de l'intelligence émotionnelle	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Développer une stratégie de mieux-être dans le but d'améliorer le support disponible et offert aux travailleurs de santé sur le plan de la santé mentale	✓
SOURCE DE DONNÉES	Module ESS (Meditech)		Former les gestionnaires pour comprendre et détecter les signes d'un trouble mentale chez leurs employés et pour avoir des conversations soutien appropriées avec ces derniers au sujet des ressources offertes et disponibles.	✓

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

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.

FICHE EXPLICATIVE

Indicateur: 4.9

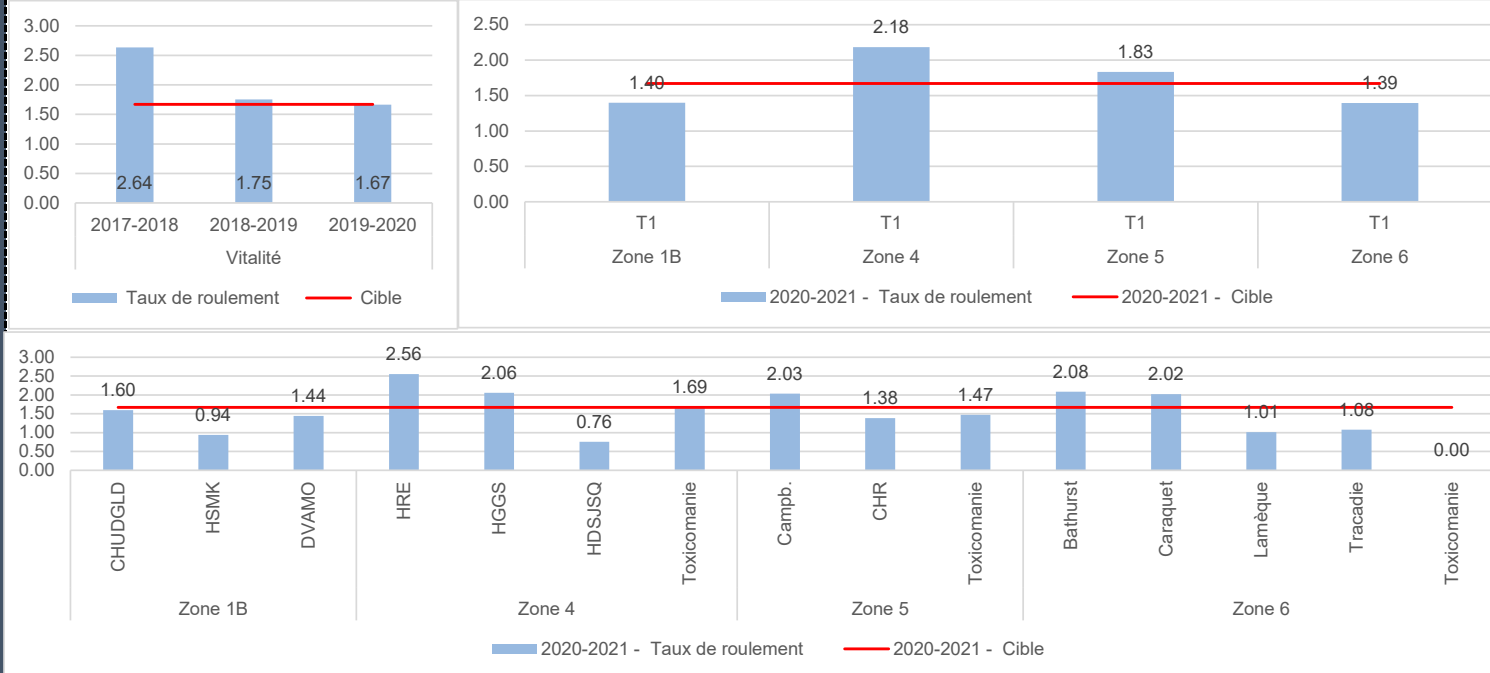
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

Taux de roulement

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

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

RÉSULTATS
CIBLE 1.67



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux de roulement du personnel faible est souhaitable. Un taux élevé peut refléter dans certains cas des conditions de travail défavorables. Le taux de roulement est à la baisse depuis les trois dernières années. En 2019-2020, le taux de roulement était de 1.67. Au premier trimestre de 2020-2021, le taux de roulement était le plus élevé dans la Zone 4 (2.18) et le plus bas dans la Zone 6 (1.39).