

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	<b>Date et heure :</b>	Le 2 avril 2024, 9 h à 11 h 30
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	<b>Endroit :</b>	Teams
<b>Co-présidentes :</b>	Claire Savoie <b>Johanne Thériault Paulin (P)</b>		
<b>Adjointes administratives :</b>	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

**Participants****Membres votants**

Claire Savoie (co-présidente)	Johanne Thériault Paulin (co-présidente)	Jacques Doucet
-------------------------------	--	----------------

**Membres d'office**

Dre France Desrosiers	Tom Soucy (ayant droit de vote)
-----------------------	---------------------------------

**Membres invités - Qualité**

Dr Eric Levasseur	Annie Carré	Gérald Richard
Brigitte Sonier Ferguson	Marjorie Pigeon	Diane Mignault

**Membres invités - Gouvernance**

Marc-André Leblanc	Pierre Michaud
--------------------	----------------

**ORDRE DU JOUR**

Heure	Sujet	Pages	Action
9 h	<b>1. Ouverture de la réunion</b>		Décision
9 h 01	<b>2. Constatation de la régularité de la réunion</b>		Décision
9 h 02	<b>3. Rappel de confidentialité</b>		Information
9 h 03	<b>4. Adoption de l'ordre du jour</b>	1-3	Décision
9 h 05	<b>5. Déclaration de conflits d'intérêts</b>		Information

**QUALITÉ**

9 h 06	<b>6. Approbation du procès-verbal du 15 janvier 2024</b>	4-8	Décision
9 h 07	<b>7. Suivis de la dernière rencontre</b>	9-11	Information
9 h 10	<b>8. Affaires permanentes</b>		
	8.1 Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients	12-31	Information
	8.2 Rapport synthèse T3 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients	32-45	Information
	8.3 Rapport synthèse du Bureau des risques organisationnels (T3)	46-48	Information
	8.4 Rapports du Bureau de la vie privée (T2 et T3)	49-63	Information
09 h 50	<b>9. Affaires nouvelles</b>		
	9.1 Révision et approbation du mandat traduit du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	64-73	Décision

**GOVERNANCE**

10 h	<b>10. Approbation du procès-verbal du 15 janvier 2024</b>		Décision
10 h 02	<b>11. Affaires permanentes</b>		

	<p>11.1 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration</p> <p>11.1 a) Note exécutive</p> <p>11.1 b) Tableau d'évaluation des réunions à huis clos et publique</p> <p>11.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs</p> <p>11.3 Plan de travail du Comité de gouvernance et de mise en candidature 2023-2024</p> <p>11.3.1 Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément Canada</p> <p>11.3.2 Évaluation du rendement et du développement de la Présidente-directrice générale</p> <p>11.3.2 a) Note exécutive</p> <p>11.3.2 b) Annexe CA-400 : Plan d'évaluation du rendement et du développement – Président-directeur général</p> <p>11.3.3 Évaluation du médecin-chef et de la présidente du Comité professionnel consultatif</p> <p>11.3.3 a) Note exécutive</p> <p>11.3.3 b) Annexe CA-430 : Plan d'évaluation du rendement et du développement – médecin-chef ou président du Comité professionnel consultatif (CPC)</p> <p>11.3.4 Adoption du formulaire du sondage d'évaluation du Conseil et des membres</p> <p>11.3.4 a) Note exécutive</p> <p>11.3.4 b) Questionnaires d'évaluation</p> <p>11.3.5 Membres des comités du Conseil d'administration</p> <p>11.3.5 a) Note exécutive</p> <p>11.3.5 b) Membres des comités du Conseil d'administration 2023-2024</p> <p>11.4 Demandes de formation des membres du Conseil d'administration</p> <p>11.4 a) Note exécutive</p> <p>11.4 b) Registre des demandes de formation du Conseil d'administration</p>		<p>Information</p> <p>Information</p> <p>Information</p> <p>Information</p> <p>Information</p> <p>Décision</p> <p>Décision</p> <p>Information</p>
10 h 40	<p><b>12. Affaires nouvelles</b></p> <p>12.1 Adoption des politiques CA-310 Comité exécutif, CA-320 Comité de gouvernance et de mise en candidature, CA-350 Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients et CA-215 Formulaire de réclamation</p> <p>12.1 a) Note exécutive</p> <p>12.1 b) Politiques CA-310 Comité exécutif, CA-320 Comité de gouvernance et de mise en candidature, CA-350 Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients et CA-215 Formulaire de réclamation</p> <p>12.2 Politique CA-396 : Comité ad hoc des Ressources humaines</p> <p>12.3 Adoption d'un formulaire d'intérêt pour la présidence et les membres des comités</p> <p>12.3 a) Note exécutive</p> <p>12.3 b) Formulaire d'intérêt – présidence ou membre d'un comité</p> <p>12.4 Mandats et recrutement des membres du Conseil d'administration</p> <p>12.4 a) Note exécutive</p>		<p>Décision</p> <p>Décision</p> <p>Décision</p> <p>Décision</p>

	<p>12.4 b) Processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration</p> <p>12.4 c) Profil de compétences des membres</p> <p>12.4 d) Tableau des mandats et du recrutement des membres du Conseil d'administration</p> <p>12.4 e) Lettres de mandats des membres du Conseil d'administration</p> <p>12.5 Lettre de mandat de la PDG</p>		Information
11 h 29	<b>13. Date de la prochaine réunion</b> : 6 juin 2024 à 9 h		Information
11 h 30	<b>14. Levée de la réunion</b>		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	<b>Date et heure :</b>	Le 15 janvier 2024, 9 h à 11 h 30
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	<b>Endroit :</b>	Teams
<b>Co-présidentes :</b>	<b>Claire Savoie (P)</b> Johanne Thériault Paulin		
<b>Adjointes administratives :</b>	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

**Participants****Membres votants**

Claire Savoie (co-présidente)	✓	Johanne Thériault Paulin (co-présidente)	✓	Poste vacant	
-------------------------------	---	--	---	--------------	--

**Membres d'office**

Dre France Desrosiers	✓	Tom Soucy (ayant droit de vote)	✓		
-----------------------	---	---------------------------------	---	--	--

**Membres invités - Qualité**

Dr Eric Levasseur	✓	Annie Carré	A	Pandurang Ashrit	A
Brigitte Sonier Ferguson	✓	Marjorie Pigeon	✓	Diane Mignault	✓

**Membres invités - Gouvernance**

Marc-André Leblanc	✓	Pierre Michaud	✓		
--------------------	---	----------------	---	--	--

**ORDRE DU JOUR****1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Claire Savoie, co-présidente du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance. Elle explique comment la co-présidence des réunions à venir fonctionnera (à tour de rôle) et que la personne qui présidera la réunion sera annoncée à l'ouverture de celle-ci. Claire Savoie co-présidera cette réunion.

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

La réunion est dûment convoquée et le quorum est atteint.

**3. Rappel de confidentialité**

La présidente rappelle à tous leur devoir de confidentialité.

**4. Adoption de l'ordre du jour**

L'ordre du jour est adopté tel que circulé.

**MOTION 2024-01-15 / 01CMQG**

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

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

**Adoptée à l'unanimité.**

**5. Déclaration de conflits d'intérêts**

Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

**QUALITÉ****6. Approbation du procès-verbal du 19 octobre 2023**

Le procès-verbal de la réunion de la section Qualité du 19 octobre 2023 est présenté pour adoption tel que circulé.

**MOTION 2024-01-15 / 02CMQG**

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le procès-verbal du 19 octobre soit adopté tel que circulé avec la correction du point 6.1. *Révision et recommandation du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients*

**Adoptée à l'unanimité.**

## 7. Suivis de la dernière réunion

Un retour sur les points d'action convenus lors de la rencontre précédente est présenté sous forme de tableau qui permet de rendre compte de l'état d'avancement et d'assurer les suivis. Il est noté que ce format est apprécié et qu'il permettra au comité de suivre l'évolution de certaine question spécifique.

## 8. Affaires permanentes

### 8.1 Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients

Les bulletins de performance par programme clientèle apprenant et par secteur clinique transversal sont présentés à titre informatif.

Objectifs:

- Avoir les bulletins de performance par programmes le plus complet possible avant le 31 mars 2024.
- Avoir des tendances pour qu'on puisse suivre et se comparer
- Avoir des références (lorsque disponible) et des cibles.
- Nourrir des projets de qualité et d'amélioration de la qualité des soins en utilisant les bulletins de performance.

### 8.2 Rapport de synthèse T2 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients

Le rapport de synthèse T2 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients est présenté à titre informatif. Le rapport résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient.

Les priorités en lien avec l'optimisation du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient ont également été présentés, ainsi que les indicateurs de performance clés pour le secteur.

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

Le Comité est informé des activités du Comité consultatif des patients et des familles du Réseau.

Une présentation aura lieu à la prochaine réunion sur l'importance et la raison d'être du Comité consultatif de patients et des familles.

### 8.4 Rapport synthèse du Bureau du risque organisationnel (T2)

Le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le deuxième trimestre de 2023-2024 est présenté à titre informatif.

Prochaines étapes :

Poursuive les révisions des règlements.

- Développer le registre des risques organisationnels.
- Poursuivre les initiatives pour réduire les risques d'interruptions de services.
- Poursuivre la gestion des contrats.
- Poursuivre la révisions des politiques du Conseil d'administration.
- Avoir une formation sur les *cartes de chaleurs* pour les membres du Conseil d'administration.

## 9. Affaires nouvelles

### 9.1 Révision et recommandation du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Le mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est présenté pour adoption avec les changements demandés lors de la dernière réunion.

Il y aura 3 membres votants par comité.

Action : Remettre le point Gestion des risques au mandat.

#### **MOTION 2024-01-15 / 03CMQG**

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, tel que présenté en annexe, soit soumis pour approbation au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

**Adoptée à l'unanimité.**

**9.2 Révision et approbation du plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients**

Le plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est présenté pour adoption.

**MOTION 2024-01-15 / 04CMQG**

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, tel que présenté en annexe, soit soumis pour approbation au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

**Adoptée à l'unanimité.**

**GOVERNANCE****10. Approbation du procès-verbal du 25 octobre 2023**

Le procès-verbal de la réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 25 octobre 2023 est présenté pour approbation tel que circulé.

**MOTION 2024-01-15 / 05CMQG**

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le procès-verbal soit adopté tel que circulé.

**Adoptée à l'unanimité.**

**11. Suivis de la dernière réunion****11.1 Plan de formation du Conseil d'administration 2023-2024 : création d'un registre**

Un registre de demandes de formation de la part des membres du Conseil d'administration a été créé et sera mis à la disposition des membres du Conseil d'administration sous peu. Un courriel et un lien permettant d'y accéder seront envoyés à tous les membres du Conseil d'administration.

Les membres recommandent qu'une procédure soit élaborée et qu'elle soit envoyée aux membres en même temps que le courriel les informant du registre.

Le plan de formation 2023 – 2024 est présenté aux membres du comité.

**MOTION 2024-01-15 / 06CMQG**

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance recommande qu'une procédure soit élaborée relativement au registre de demandes de formation et que le plan de formation 2023-2024 au Conseil d'administration soit adopté.

**Adoptée à l'unanimité.**

**11.2 Mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature**

Les membres demandent qu'une modification au mandat soit effectuée relativement au nombre de membres de leur comité qui doit compter trois membres. Le mandat révisé sera présenté pour adoption lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration, soit le 6 février 2024.

**MOTION 2024-01-15 / 07CMQG**

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance modifie le mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature afin d'indiquer que le Comité doit être formé d'au moins trois membres et qu'il recommande son adoption au Conseil d'administration.

**Adoptée à l'unanimité.**

**11.3 Réorganisation des comités du Conseil d'administration****11.3.1 Couplage du Comité de gouvernance et de mise en candidature et du Comité de la qualité de soins et de la sécurité des patients et couplage du Comité des finances et de vérification et du Comité stratégique de la recherche et de la formation**

Le raisonnement du couplage des comités est présenté et la nomination des membres des comités du Conseil d'administration est présentée pour adoption.

Les membres indiquent leur préférence que la co-présidence des réunions soit tenue par la même personne du début à la fin de la réunion du Comité. Cependant, ils préconisent un modèle leur permettant une certaine flexibilité relativement à la co-présidence. Une discussion a lieu relativement à la présentation des rapports des comités au Conseil.

**MOTION 2024-01-15 / 08CMQG**

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance soumette au Conseil d'administration les nominations des membres des comités du Conseil d'administration telles que présentées.

**Adoptée à l'unanimité.**

**11.3.2 Changements relativement aux motions (en bloc)**

La nouvelle procédure d'adoption des motions des comités lors des réunions du Conseil d'administration est expliquée aux membres.

Le président du Conseil d'administration recommande que les motions et les points soient présentés par section en premier lieu et qu'à l'intérieur de ces sections soient présentés les points à titre d'information en premier, suivis des motions.

Une procédure sera préparée dans l'éventualité où un membre demandait une discussion sur une proposition en particulier, afin de pouvoir ressortir cette motion de la résolution en bloc.

**12. Affaires permanentes**

**12.1 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration**

Le rapport d'évaluation de la réunion du Conseil d'administration du 7 novembre 2023 est présenté à titre informatif. Aucune rétroaction n'a été reçue ou notée.

**12.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs**

L'échéancier prévu pour la révision des règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité est présenté à titre informatif.

**12.3 Plan de travail du Conseil d'administration 2023-2024**

**12.3.1 Révision du plan de travail et calendrier de réunions du Conseil d'administration pour approbation au Conseil d'administration**

Le plan de travail et le calendrier de réunions du Conseil d'administration sont révisés et leur adoption par le Conseil d'administration est recommandée.

**MOTION 2024-01-15 / 09CMQG**

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance recommande l'adoption au Conseil d'administration du plan de travail et du calendrier de réunions du Conseil d'administration tels que présentés.

**Adoptée à l'unanimité.**

**12.3.2 Révision des mandats et des plans de travail des comités du Conseil et recommandation de l'approbation au Conseil d'administration**

La conformité des mandats des comités du Conseil d'administration en lien avec les lois, les règlements administratifs, les règles et les politiques est révisée.

Le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance demande des révisions aux mandats des comités du Conseil d'administration et ne recommande pas leur adoption tels que présentés.

Le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance recommande l'adoption des plans de travail des comités du Conseil d'administration pour qu'ils soient ensuite soumis à l'approbation du Conseil d'administration.

**MOTION 2024-01-15 / 10CMQG**

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance examine la membriété des comités du Conseil d'administration et recommande que la membriété de ceux-ci soit uniforme dans les différents mandats.

**Adoptée à l'unanimité.**

**MOTION 2024-01-15 / 11CMQG**

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance adopte les plans de travail du Comité de finances et de vérification et du Comité stratégique de la recherche et de la formation et recommande l'adoption du mandat et du plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients au Conseil d'administration.

**Adoptée à l'unanimité.**

**13. Affaires nouvelles**

**13.1 Nomination du nouveau membre du Conseil d'administration**

Le Conseil d'administration n'a pas reçu de détails relativement à la nomination d'un nouveau membre du Conseil d'administration. Si tel est toujours le cas le 6 février 2024, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance propose qu'un suivi soit effectué auprès du ministre.

**13.2 Adoption du manuel d'orientation du Conseil d'administration**

Le manuel d'orientation du Conseil d'administration est présenté pour adoption tel que présenté.

**MOTION 2024-01-15 / 12CMQG**

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance adopte le manuel d'orientation du Conseil d'administration tel que présenté.

**Adoptée à l'unanimité.**

**14. Date de la prochaine réunion : 2 avril 2024 à 9 h**

**15. Levée de la réunion**

Claire Savoie annonce la levée de la réunion à 10 h 30.

---

Claire Savoie  
Présidente du comité

---

Brigitte Sonier Ferguson  
Vice-présidente principale  
Performance, Mission universitaire et Stratégies

---

Pierre Michaud  
Chef de la gestion des risques

# Note exécutive

Point 7

**Nom du comité :** Comité mixte de qualité et de gouvernance

**Date :** 2 avril 2024

**Objet :** Affaires découlant et suivis

## Objectif

La présente note exécutive permet au comité mixte de qualité et de gouvernance de faire un retour sur les points d'action convenus lors de la rencontre précédente.

## Contexte

Le tableau de suivi plus bas permet de rendre compte de l'état d'avancement et d'assurer les suivis.

## Solution proposée

Actions	Responsables	Suivis
Obtenir plus d'information sur les tendances en matière de sécurité des patients	VP – Performance, Mission universitaire et Stratégies Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient Directeur Analytique de santé	Le travail se poursuit sur l'accessibilité des données, la modélisation dans Power BI, en partenariat avec l'analytique de santé.
Mettre en place un système de patients traceurs pour évaluer les services	Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient	Voir dans le tableau plus bas.

## Mise à jour de l'optimisation du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient – priorités T4 2023-2024

Projet d'optimisation	Suivi	
<b>Initiative : Optimiser la pertinence, la précision et la qualité des informations en matière de qualité et de sécurité des patients</b>		
• Poursuivre la migration des rapports QSPEP sur PowerBI		--
○ Ajouter les recommandations des comités de revue et plaintes		Revue : finalisé, prêt et accessible Plaintes : en voie de finalisation pour T4
○ Développer une formation sur l'utilisation des rapports PowerBI		Formation offerte à l'équipe de Leadership Formation en cours d'élaboration
○ Mesurer l'utilisation des rapports et l'évaluation de la qualité des rapports		Faisabilité de l'indicateur validé. Sera mis en branle lorsque l'accès à PowerBI sera octroyé
<b>Faire entendre la voix des patients</b>		
• Mise en œuvre d'une nouvelle approche de sondage de l'expérience patient		Plan d'affaires finalisé et acheminé à la Planification. En attente de priorisation

Projet d'optimisation	Suivi	
• Mise en œuvre d'une stratégie élargie de l'approche centrée sur les patients		--
○ Optimiser l'utilisation de partenaires de l'expérience patient		Intégration et recrutement en cours pour les programmes clientèle apprenants. Cible : combler 18 patients-partenaires d'ici la fin du trimestre 1
○ Concept des patients-traceurs (Flux patients et SSP)		Cadre de référence en cours d'élaboration avec soutien de la recherche. Projet de plus grande envergure qu'anticipé. Un reséquençage est requis.
<b>Accompagner les programmes clientèle apprenants et les services cliniques transversaux dans la gestion intégrée de la qualité</b>		
• Optimisation de la structure pour mieux répondre aux besoins des clients		--
○ Redistribution du travail entre les secteurs qualité et sécurité des patients		Définition des rôles et des dossiers respectifs. Opérationnalisation en cours, avec poursuite en trimestre 1 24-25
• Mise en œuvre d'équipes d'accompagnement pour les programmes clientèle apprenants		Description de tâche élaborée Dotation des 4 nouveaux postes de consultants en performance organisationnelle – Qualité en cours

## Avantages

Le développement d'une expertise dans l'analyse et le croisement de différentes bases de données afin de mieux cibler les points chauds et les priorités d'action.

Une utilisation plus juste et courante des données issues des processus QSPEP en tenant compte des contextes, attentes et besoins des programmes clientèle apprenants et autres secteurs cliniques et non-cliniques.

L'actualisation de la vision et du plan d'optimisation du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient permet d'être pleinement alignée sur les priorités et les valeurs organisationnelles, le tout en complémentarité avec les autres secteurs.

## Désavantages

## Considérations importantes

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

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

Réputation et communication			x	
-----------------------------	--	--	---	--

## Suivi à la décision

Sans objet.

**Soumis le 4 mars 2024 par Marjorie Pigeon, directrice Qualité, Sécurité des patients et Service des bénévoles.**

# Note exécutive

Point 8.1

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 2 avril 2024

**Objet :** Performance des programmes clientèles apprenants et de secteurs cliniques transversaux.

## Objectif

Les bulletins de performance par programmes clientèles apprenants et par secteurs cliniques transversaux qui sont présentement en développement, permettront au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 3.1.6 L'instance de gouvernance examine régulièrement les indicateurs de rendement organisationnels, y compris ceux liés à la qualité et à la sécurité. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

Les bulletins de performance seront présentés à titre informatif.

## Contexte

Quoique le Réseau à toujours mesurer des indicateurs en matière de qualité et de sécurité des patients, la visibilité de ces derniers et la capacité d'analyser ces indicateurs en relation avec la performance de nos secteurs en matière d'accès, d'efficience, de pertinence et de continuité des soins n'étaient pas optimales.

Par le biais de notre approche de planification stratégique apprenante en continue, la performance de nos programmes clientèle apprenants et de nos secteurs cliniques transversaux sera constamment questionnée et analysée, et ce, toujours en considérant les besoins futurs de notre population. Par cet exercice, le comité sera en mesure de :

- 1) Comprendre la performance trimestrielle actuelle de chaque programme clientèle apprenant et secteur clinique transversal;
- 2) Veiller à ce que le Réseau adresse les écarts perçus par le biais de projets d'amélioration, séquencés et déployés selon les enjeux prioritaires de l'organisation.

## Solution proposée

Afin de permettre une surveillance de la performance organisationnelle plus approfondie, des bulletins de performance par programmes clientèles apprenants, ainsi que par secteurs cliniques transversaux, sont présentement en développement. Les indicateurs de performance clé pour chaque programme et secteur seront répertoriés selon cinq catégories (qui s'arriment avec les dimensions de la qualité d'Agrément Canada) :

- 1) L'accès
- 2) L'efficience opérationnelle
- 3) Les résultats patients
- 4) Les contre-indicateurs de performance (qualité et sécurité)
- 5) La satisfaction des clients.

Les programmes clientèle apprenants et les secteurs cliniques transversaux finalisent présentement le choix de 5-6 indicateurs clé de performance et ces derniers seront présentés à l'équipe de leadership pour approbation en mars 2024. Certains des indicateurs choisis sont déjà captés alors que d'autres nécessiteront du travail du côté de l'analytique en matière de santé afin d'assurer la collecte automatisée des données nécessaires. Nous vous présentons en pièce jointe, les définitions et les bulletins de performance pour les programmes clientèle apprenants et les secteurs cliniques transversaux en date du 26 mars 2024.

## Avantages

L'avantage de l'approche proposée cadre avec la vision de gestion intégrée de la qualité, ainsi qu'avec l'approche apprenante préconisée par le Réseau.

## Désavantages

Sans objet

## Considérations importantes

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

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

## Suivi à la décision

Sans objet.

Soumis le 26 mars 2024 par Brigitte Sonier Ferguson.



# Programmes clientèles apprenants

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux des patients qui quittent sans avoir vu un médecin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
% d'occupation à l'urgence	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de consultation 48h	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée de séjour totale à l'urgence	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction / expérience patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Temps d'attente du triage à l'évaluation initiale du médecin (PIA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre de plaintes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre d'incidents	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux d'occupation des lits de soins intensifs	85%			

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction global des patients hospitalisés				

### Résultats patients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
À déterminer				

### Efficiency opérationnelle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Durée de séjour moyenne (SI)				

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de VAP/pneumonie sous ventilation / 1000 jours-patients				
% réintubation aux SI				
% de réadmission (retour aux SI après étage)				

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Accès au service



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre de jours entre la date de réception de la référence au cabinet du spécialiste et la date à laquelle le patient a été vu par un spécialiste (wait time 1).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de jours d'attente d'un patient, entre la date à laquelle le patient et le médecin approprié ont convenu d'une intervention chirurgicale et où le patient était prêt à la recevoir, et la date à laquelle le patient a reçu une intervention chirurgicale planifiée (wait time 2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de chirurgies en attente selon catégorie (I, II, III et cancer)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
À déterminer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction / expérience patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Temps moyen entre deux chirurgies (turnaround time)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Minutes utilisées vs minutes disponibles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée de séjour	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de complications chirurgicales global	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux d'infections post-opératoires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de réadmission	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Temps de réponse T1 (radiothérapie) patients - prêts à traiter	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temps de réponse pour débuter la thérapie systémique (TSC) - premier traitement par site tumoraux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Délai attente pour résultat complet de pathologie par région	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de survie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de patients traités selon le standard canadien SRS éligible	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction global des patients recevant des soins en oncologie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux satisfaction du programme survivant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiences opérationnelles

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de patients (sein/prostate/poumons/colo-rectal) référés en stade I et II	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de patients ayant un suivi de traitement virtuelle (télémed ou téléphonique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de complications (toxicité non décelée en temps opportun)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Non adhérence au traitement pour chimio par la bouche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Accès au service



Temps d'attente entre la prescription du premier traitement et le début réel de la dialyse

Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients



Pourcentage de patients au stade 3b de la progression de la maladie rénale

Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle



Taux de satisfaction / expérience patient

Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficacité opérationnelle



Pourcentage de patient en dialyse à domicile

Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance



Taux de complications

Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de patients en attente d'un foyer de soins	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Pourcentage de patients de 65 ans et + qui retournent à domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux des patients sur le programme de prévention de déconditionnement qui retournent à domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction des utilisateurs envers les services	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de satisfaction des utilisateurs envers les éléments du cadre de travail ami des aînés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficience opérationnelle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre de jours en attente pour un transfert vers un établissement de soins longues durées	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux d'admission des patients avec un diagnostic traitable en communauté	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Accès en moins de 5 jours pour les rendez-vous réguliers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accès en moins de 48 pour les rendez-vous urgents mineurs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de patients orphelins (par communauté)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction global des patients	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de satisfaction global des employés et médecins	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Effizienz opérationnelle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux d'aiguillage à partir du centre d'aiguillage et de coordination	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de visites à l'urgence pour les personnes identifiées comme grands consommateurs, vulnérables et à besoins de santé complexes et non gérés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux d'hospitalisations global pour les personnes identifiées comme grands consommateurs, vulnérables et à besoins de santé complexes et non gérés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Accès au service



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de prise en charge des bébés pour les suivis de 0 à 5 ans	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
% d'augmentation de la participation aux cours prénataux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux d'évaluation du trotteur (Évaluation du développement ASQ3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction des patients et de leurs familles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Effizienz opérationnelle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Durée de séjour post-accouchement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux d'admission niveau 1 dans les unités de soins concentrés néonatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
% de réadmission des nouveau-nés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Temps d'attente médiane pour TSU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temps d'attente générale pour les services communautaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de code blanc nécessitant des contentions	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction des usagers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Durée de séjour moyenne des cas typiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
% de patients NSA dans les soins aigus (psychiatrie)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale ou d'utilisation de substances (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pourcentage de postes vacants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats:  En bas de la cible  Atteins la cible (+/- 5%)  Dépasse la cible

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux d'attente pour une TSU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
% d'utilisation des contentions en soins aigus (pédo-psy) et en soins légal et tertiaire pour jeunes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction global des patients	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiences opérationnelles

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Durée moyenne de séjour cas typiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
% de patients NSA dans les soins aigus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Hospitalisation répétée (3x/ans ou plus) en raison d'une maladie mentale (enfants et jeunes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux d'accidents de travail avec perte de temps	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
% des rapports envoyés à la Cour avant la date/heure limite pour les responsabilités criminelles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
% des rapports envoyés à la Cour avant la date/heure limite pour l'aptitude	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
% d'utilisation des codes et des contentions	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
% d'utilisation des séclusions	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction des patients et de leurs familles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
% de réadmission au CHR à la suite d'un «breach» en communauté	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
% de transition vers la communauté	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée moyenne de séjour des patients au CHR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
% de plaintes reçues	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

# Secteurs transversaux

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
SARM communautaire à l'admission	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients/clients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de SARM nosocomiale au congé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Efficiency opérationnelle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre de dépistages d'admission faits vs le nombre de patients admis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Cas nosocomiaux de clostridium difficile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cas de pneumonies sur ventilateur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cas nosocomiaux d'infections respiratoires (COVID, influenza, RSV, VR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cas nosocomiaux d'infection cathéter centraux avec bactériémie (CLABSI) aux soins intensifs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cas nosocomiaux de SARM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cas nosocomiaux de ERV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cas d'infections plaie post op (classe 1 et 2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cas nosocomiaux de bactériémie primaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cas nosocomiaux de gastroentérite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre d'ordonnances traitées	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats patients/clients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Proportion de patients qui a reçu de l'éducation par un pharmacien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction global des patients	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Efficiency opérationnelle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
BCM d'admission	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BCM de transfert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BCM de congé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre d'interventions versus le nombre dossiers patients avec antibiotiques (GAM)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre d'interventions cliniques sur le nombre de patients admis (pas calculé actuellement, mais serait calculable)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre d'incidents liés aux médicaments	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Secteurs catalyseurs

# Performance organisationnelle – Planification et projets organisationnels

Bulletin de performance



## Ébauche

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux des plans d'affaires soumis qui sont approuvés et priorisés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux des projets priorisés liés aux priorités/orientations organisationnelles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats clients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux des projets prioritaires provenant d'un écart/risque/défi terrain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de projets qui atteignent leur cible intérimaire/final à l'intérieur de 6 mois	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction (accompagnement - gestion de projet)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de satisfaction (outils et communications)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux des activités de planification terminées dans les délais prescrits	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de respect des échéanciers des projets prioritaires (livrables terminés dans la séquence prévue)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Nombre de projets en cours et en contrôle – à confirmer</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Variance entre dépenses réelles et l'enveloppe budgétaire des projets prioritaires	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux des projets priorisés qui ne sont pas déployés ou terminés	0%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

### Accès au service

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux d'utilisation global des tableaux de bord PowerBI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
% d'acceptation du cahier de charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats clients

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
% d'acceptation des standards de qualité du rapport/produit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction global des requérants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Temps entre la requête et la validation de la requête (turnaround time)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de requêtes/initiatives complétées par trimestre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance

	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
% des requêtes complétées dépassant l'échéancier prévu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats:  En bas de la cible  Atteins la cible (+/- 5%)  Dépasse la cible

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 2 avril 2024

**Objet :** Rapport synthèse T3 en matière, de qualité, de sécurité des patients et de l'expérience des patients

## Objectif

Le rapport est soumis au comité à titre informatif.

## Contexte

Le rapport synthèse en pièce jointe résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient pour le trimestre 3, ainsi que les activités du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience des patients depuis la dernière rencontre. Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

1. Informer le comité des faits saillants en lien aux événements (incidents et plaintes) rapportés et les résultats des sondages de l'expérience des patients hospitalisés durant le trimestre deux, ainsi que les analyses, recommandations et actions en découlant;
2. Informer le comité des mises à jour en lien avec les redditions de comptes dans le cadre du processus d'Agrément Canada;
3. Présenter au comité les indicateurs de performance du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience des patients;
4. Informer le comité du plan d'optimisation du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience des patients, ainsi que des projets prioritaires du secteur pour les prochains 90 jours

## Solution proposée

La gestion intégrée de la qualité dépend :

- 1) de l'accès à des rapports et des données en matière de qualité et sécurité des patients qui sont pertinentes et de hautes qualités;
- 2) d'une écoute active et significative de la voix des patients;
- 3) d'un accompagnement des équipes terrains par des experts-conseils en matière de qualité, sécurité des patients et expérience patient.

Les priorités présenter par le secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience des patients permettront d'assurer la mise en œuvre des éléments identifiés ci-haut.

## Avantages

L'avantage de l'approche proposée cadre avec la vision de gestion intégrée de la qualité, ainsi qu'avec l'approche apprenante préconisée par le Réseau

## Désavantages

Sans objet.

## Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique, de l'allocation des ressources (analyse financière), de la qualité et de la sécurité, de la portée politique, des partenariats, de la réputation et de la communication ainsi que de la gestion des risques (analyse juridique).

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

## Suivi à la décision

Sans objet.

## Agrément Canada

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivants :

No de critère	Libellé
3.1.6	L'instance de gouvernance examine régulièrement les indicateurs de rendement organisationnels, y compris ceux liés à la qualité et à la sécurité.
3.1.7	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme se serve de la rétroaction des usagers pour améliorer la qualité de ses services.
3.1.8	L'instance de gouvernance examine régulièrement les progrès effectués par l'organisme par rapport aux objectifs de son plan intégré d'amélioration de la qualité.
3.4.3	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme facilite le signalement des incidents ou des préoccupations en matière de sécurité.
3.4.5	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose d'une politique et d'une procédure efficace pour permettre aux gens de formuler des plaintes ou d'exprimer leurs préoccupations sans qu'ils subissent des répercussions négatives.
3.4.6	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de politiques et de procédures efficaces pour gérer les plaintes en temps opportun et de façon transparente.

**Soumis le 11 mars 2024 par Brigitte Sonier Ferguson, VP Performance, Mission universitaire et Stratégies**

# Rapport synthèse QSPEP – T3

## Objectif :

Le présent rapport fut présenté au Comité de qualité de l'équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité le 27 mars 2024. Afin d'assurer la sécurité des patients, la qualité des services et des soins prodigués, et l'amélioration continue de ces derniers, l'équipe de leadership, par le biais de son comité de qualité, doit chaque trimestre :

- 1) Prendre connaissance des résultats en matière d'incidents et de plaintes, ainsi que des recommandations découlant des comités de revues, et la satisfaction de la clientèle;
- 2) Assurer à la mise en œuvre des actions découlant des recommandations pour atténuer les risques associés avec les incidents et les plaintes;
- 3) Assurer des suivis appropriés auprès des équipes terrain afin d'adresser des tendances (positives ou négatives) en matière d'incidents ou de plaintes.

À cette rencontre, le comité a également pris connaissance de l'exercice de réflexion et du plan d'optimisation du secteur de la qualité, sécurité des patients et expérience patient (QSPEP) pour les prochains 90 jours.

## Actions découlant de la rencontre du 27 mars 2024 :

1. Appropriation des résultats pour le trimestre 3 et approbation des nouvelles recommandations découlant des comités de revue d'incidents ayant eu lieu entre 1er novembre 2023 et le 7 février 2024 (Annexe 1).
  - **72% des recommandations demeurent incomplètes 6 mois après avoir été émises, une amélioration de 15% par rapport au trimestre précédent. 81% de ces dernières sont considérés de niveau de risque modéré ou élevé. Une révision majeure du registre des recommandations avec les directeurs concernés a permis de reformuler ou de retirer certaines recommandations.**
2. Voir à la mise en œuvre des suivis et recommandations en lien avec les incidents les plus fréquents (comportements agressifs et inappropriés; chutes; médicaments, plaies de pression) (Annexe 2, analyse, recommandations et actions);
  - **Bien que les déclarations sur la sécurité sont à la hausse de 10% d'un point de vue régional, le CHR a connu pour sa part une baisse de déclaration de 16%.**
  - **Les chutes sont en hausse de 20% par rapport au trimestre précédent**
  - **Les plaies de pression ont connu un bond de déclaration de 150% (de 6 à 15 déclarations) par rapport au trimestre précédent**
3. Voir à la mise en œuvre des suivis et recommandations en lien avec les plaintes les plus fréquentes (comportement du personnel, attentes des plaignants, communication) (Annexe 3, analyse, recommandations et actions);
  - **Les plaintes liées aux comportements du personnel demeurent en croissance dans la dernière année.**
4. Voir à la mise en œuvre des suivis et recommandations en lien avec les résultats des sondages sur l'expérience des patients hospitalisés (Annexe 4, analyse, recommandations et actions).
  - **Pour la clientèle hospitalisée, la réception d'information écrite continue d'être à la baisse, de même que la participation aux décisions concernant leurs soins/traitements.**

# Rapport synthèse QSPEP – T3

5. Prendre connaissance de la progression en lien avec la démarche d'accréditation avec Agrément Canada (Annexe 5):
  - **Une reddition de compte formelle est prévue pour le 9 avril 2024;**
  - **Le Réseau entrera dans une phase plus active dès le prochain trimestre en vue de la visite de 2026.**
6. Prendre connaissance du bulletin de performance du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient
  - **Le taux de plaintes traitées à l'intérieur de 30 jours poursuit sa hausse (90%) et se situe au-dessus de la cible (80%)**
  - **Le taux d'incidents évités de justesse est à la baisse (5.2%) et en-deçà de la cible (10%)**
  - **La restructuration des services Qualité et Sécurité des patients va bon train.**

## **Opérationnalisation de la gestion intégrée de la qualité – projets pour le prochain trimestre (T1 2024-2025)**

L'opérationnalisation de l'approche apprenante à l'intérieur des programmes clientèle, ainsi que la mise en œuvre de l'approche de planification stratégique apprenante en continu, seront des éléments incontournables pour assurer la gestion intégrée de la qualité. Des ressources et des outils seront déployés au courant des prochains trimestres pour appuyer les équipes dans l'atteinte des résultats :

1. Élaboration du cadre de référence en matière de gestion intégrée de la qualité;
2. Dotation de nouveaux postes de consultants en performance organisationnelle – Qualité et assignation de ceux-ci aux programmes clientèle apprenant
3. Poursuite de l'intégration des différentes bases de données pour accroître la capacité d'analyse approfondie;
4. La priorisation souhaitée du projet pour l'obtention d'une technologie pour le volet de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle;
5. Arrimage renforcé entre la pratique professionnelle et les secteurs qualité, sécurité des patients et expérience patient;
6. Révision de la raison d'être du secteur de l'expérience patient pour mieux correspondre à la nouvelle vision et répondre aux besoins organisationnels.

Au-delà des ressources et des outils, l'approche d'exécution stratégique implantée par la PDG et l'équipe de leadership, concerne maintenant les directions et en cours vers les gestionnaires et les employés terrains. Ce processus à haute imputabilité demeure la base de la réussite et du maintien de nos priorités, dont la gestion intégrée de la qualité.

## **Dossier diversité, équité, inclusion et lutte contre le racisme**

En lien avec l'approche centrée sur les personnes préconisée par Agrément Canada dans son programme, une place accrue a été faite pour des critères concernant la diversité, l'équité et l'inclusion, de même que la lutte contre le racisme. Les secteurs Ressources humaines, Communication (engagement) et Qualité, sécurité des patients et expérience patient (Bureau de partenariat avec les patients et les familles) sont co-responsables pour veiller à la mise aux normes. Des progrès ont été réalisés au cours des dernières années, plus particulièrement par le secteur des Ressources humaines. Afin de concerter les efforts et de mieux définir le rôle et

# Rapport synthèse QSPEP – T3

les responsabilités des uns et des autres, une rencontre d'alignement entre les trois secteurs concernés aura lieu le 2 mai 2024. Une reddition de compte pourra être faite au présent comité lors de la prochaine rencontre.

## Bulletin de performance du secteur QSPEP – volet stratégique

### Qualité, sécurité des patients et expérience patient

Bulletin de performance - stratégique



#### Accès au service



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de gestionnaires accédant à leurs rapports QSPEP	1X/mois	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Efficacité opérationnelle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de plaintes traitées à l'intérieur de 30 jours ouvrables	80%	90%	+	↑

#### Résultats clients



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de recommandations QSPEP séquencées dans les feuilles de route	100%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de projets qualité dans les feuilles de route (25%)	25%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Contre-indicateur de performance



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de plaintes propres à Vitalité provenant d'une source externe (Ombud, Défenseur des aînés et des jeunes et/ou médiatisée)	0%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Satisfaction de la clientèle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Satisfaction des clients à l'égard des services QSPEP (plaignants et gestionnaires)	90%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats: ■ En bas de la cible ■ Atteins la cible (+/- 5%) ■ Dépasse la cible

# Rapport synthèse QSPEP – T3

## ANNEXE 1 : Résultats pour la période du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2023

### Événements (incidents et plaintes):

Le tableau ci-dessous présente les résultats au niveau des événements (incidents et plaintes) et des incidents ayant nécessité une revue. Ces derniers sont classifiés selon les dimensions de la qualité d'Agrément Canada et catégorisés selon les définitions provinciales.

### Définitions importantes:

Événement	Terme généralisé qui peut inclure des incidents ou des plaintes.
<b>Incident lié à la sécurité du patient</b>	<p>Un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice accessoire à un patient. Il y en a trois types :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Incident préjudiciable : Un incident lié à la sécurité des patients qui a causé un préjudice au patient.</li><li>• Incident évité de justesse: Un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas atteint le patient et n'a pas causé de préjudice.</li><li>• Incident sans préjudice : Un incident lié à la sécurité d'un patient qui a atteint le patient, sans toutefois entraîner de préjudice discernable.</li></ul> <p>Tous les incidents doivent être déclarés selon les canaux appropriés (IRapport).</p>
<b>Plainte</b>	<p>Insatisfaction des patients ou familles face à la qualité des soins, à des comportements du personnel soignant, de l'environnement, de la communication ou des politiques et procédures en vigueur au Réseau. Certaines plaintes, notamment en lien avec la qualité des soins, peuvent se traduire en incident, si ces dernières découlent d'un événement qui aurait pu entraîner un préjudice accessoire à un patient.</p>

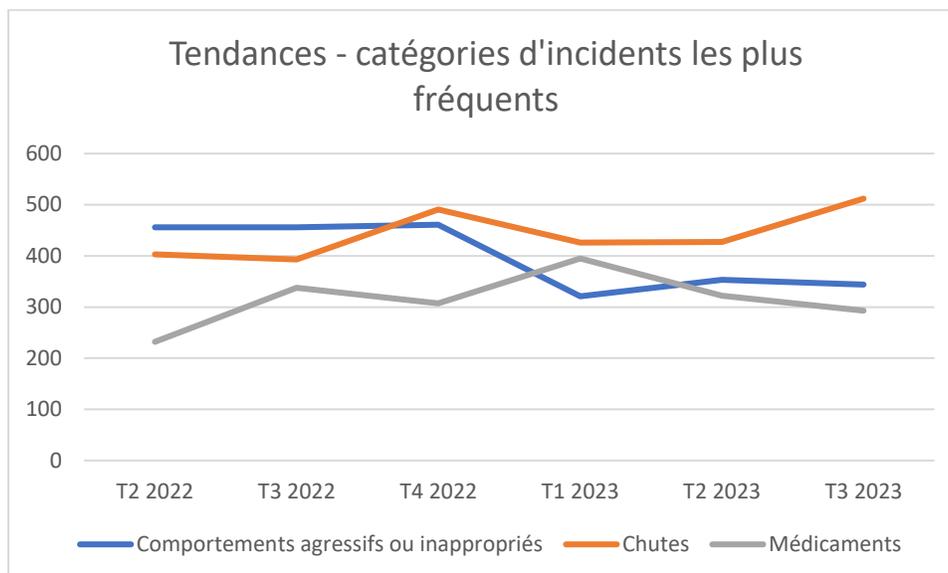
**SOMMAIRE DES RÉSULTATS QSPEP T3 (INCIDENTS (ANNEXE 1), PLAINTES (ANNEXE 2) ET COMITÉ DE REVUE (ANNEXE 3))**

Dimension s de la qualité	Événements	Incidents ou plaintes (I ou P)	Pourcentage % (Total incidents = 1757; Total plaintes = 111)	Incident ayant nécessité une revue		Recommandations (Comité de revue)		
				Lieu	Catégorie	Faible	Modérée	Élevée
Sécurité	Sécurité (Comportements agressifs ou inappropriés)	I	19.6 31.3 pour tous les incidents de sécurité	CHR – B2	Agitation/geste inapproprié		1	
	Chutes	I	29.1	Dumont - 3E	Transfert/transport	Aucune recommandation		
				SMK - urgence	En position debout	Aucune recommandation		
				Campbellton – Soins prolongés	Inconnu	Aucune recommandation		
				Campbellton – Soins prolongés	En position debout	Aucune recommandation		
	Médicaments	I	16.7	Dumont – Anciens combattants	Problème lié à l'ordonnance		1	
				Dumont – Anciens combattants	Problème lié à l'ordonnance		1	
	Traitements, analyses et procédés	I	17.4	Tracadie – 2Nord	Résultat inattendu	Aucune recommandation		
				Edmundston – urgence	Retard considérable	Aucune recommandation		
				Dumont – Obstétrique	Résultat inattendu			1
				Dumont – soins intensifs chirurgicaux	Plaie de pression/lésion	Aucune recommandation suivant la revue		
	Résultats des soins	P	0					
	Contrôle des infections	I	1.2					
	Divers	I	1.8					
	Solutions intraveineuses	I	1.8					
Produits sanguins	I	0.9						
Suicide	I	-						
Services centrés sur l'usager	Comportements du personnel	P	31.5					
	Qualité des soins	P	44					
	Communication	P	8					
	Politiques et règlements du Réseau	P	3					
	Environnement	P	9					

**SOMMAIRE DES RÉSULTATS QSPEP T3 (INCIDENTS (ANNEXE 1), PLAINTES (ANNEXE 2) ET COMITÉ DE REVUE (ANNEXE 3))**

Dimension s de la qualité	Événements	Incidents ou plaintes (I ou P)	Pourcentage % (Total incidents = 1757; Total plaintes = 111)	Incident ayant nécessité une revue		Recommandations (Comité de revue)		
				Lieu	Catégorie	Faible	Modérée	Élevée
Pertinence	Types de soins donnés	P	19.82					
Accessibilité	Accès à des services	P	2.7					
	Période d'attente à l'urgence	P	4.5					

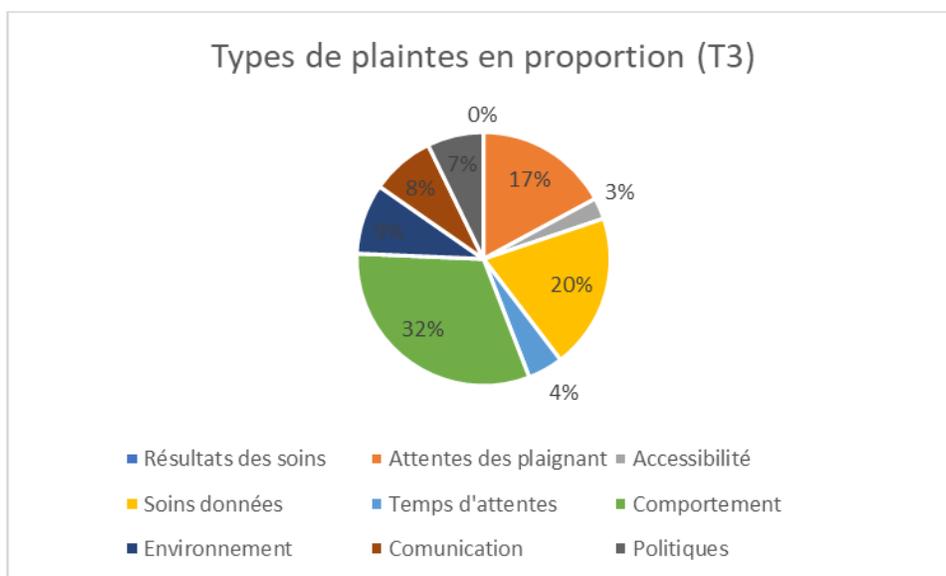
## ANNEXE 2 : Analyses et recommandations en lien avec les incidents



POINTS DE SURVEILLANCE PAR CATEGORIES D'INCIDENTS LES PLUS FREQUENTES				
Incidents	Catégories	Changement dernier trimestre (% ↑ ou ↓)	Tendance annuelle (↑↓→)	Interprétations / Actions / Suivis
Sécurité	- Toutes catégories confondues - Agitation / Gestes inappropriés	Sécurité ↑ 10% Agitation/Gestes inappropriés ↓ 2.5%	↑	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a une hausse des incidents de sécurité signalés au niveau du Réseau, sauf dans la Zone 5 où nous notons une diminution de 16% des incidents de sécurité.</li> <li>- Cette diminution semble être attribuée aux améliorations de l'équipe du CHR pour la gestion des codes et la réduction du nombre de signalements dédoublés.</li> <li>- Pour les incidents en lien avec les agressions et les gestes d'agitation et inappropriés, nous remarquons une diminution des gestes inappropriés, mais une augmentation des gestes d'agression.</li> <li>- <b>Actions et suivis</b> : Faire une contre-référence en lien avec la réduction du nombre d'incidents de gestes inappropriés et le nombre de codes blancs et de contentions au CHR. Continuer les efforts pour réduire les contentions lors d'événements. Partager les données des contentions au groupe de travail</li> </ul>

POINTS DE SURVEILLANCE PAR CATÉGORIES D'INCIDENTS LES PLUS FRÉQUENTES				
Incidents	Catégories	Changement dernier trimestre (% ↑ ou ↓)	Tendance annuelle (↑↓→)	Interprétations / Actions / Suivis
				sur la révision de la politique des contentions à titre de référence. *Révision de la manière de rapporter les incidents de sécurité pour éviter le dédoublement des déclarations.
Chutes (* Les chutes représentent jusqu'à 29 % des incidents subis par les patients hospitalisés. ICSP)	Toutes catégories confondues	↑20%	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les chutes représentent en moyenne 42 % des incidents avant des niveaux de gravité léger, modéré ou grave;</li> <li>- <b>Suivis</b> : Groupe de travail chapeauté par le secteur de la pratique professionnel. Une proposition de mandat et de composition sera complétée pour la fin du trimestre 1 24-25. Effectuer une analyse multi-incidents afin de déterminer des causes communes et élaborer un plan pour réduire le nombre de chutes avec blessure.</li> </ul>
Médicaments	Toutes catégories confondues	↓ 9%	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rien à signaler</li> </ul>
Plaies de pression	Incidents préjudiciables (modéré et grave)	↑ 150%	↑	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation significative des incidents préjudiciables en lien avec les plaies de pression nosocomiales. De plus, il y a une augmentation de 150% des incidents de plaies de pression signalés dans iRapport relativement au trimestre précédent.</li> <li>- <b>Suivis</b> : Collaborer avec la pratique professionnelle pour fournir les données et procéder à une analyse prospective avec un groupe de travail régional (à venir prochainement). Faire le rapprochement avec la POR.</li> </ul>

## ANNEXE 3 : Analyses et recommandations en lien avec les plaintes



POINTS DE SURVEILLANCE PAR TYPES DE PLAINTES LES PLUS FRÉQUENTS			
Type	Changement dernier trimestre (% ↑ ou ↓)	Tendance annuelle (↑↓→)	Interprétations / Actions / Suivis
Soins donnés	↑ 12%	↑	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins donnés pour 45%: techniques de soins non sécuritaires, manque d'empathie</li> <li>- <b>Suivis</b> : Adressés par les gestionnaires du personnel concerné.</li> <li>- <b>Recommandation au comité</b> : Donner accès aux données au secteur de la pratique professionnelle et corrélérer avec les données sur les incidents en ce qui a trait aux techniques de soins.</li> </ul>
Attentes des plaignants	↑ 4%	↑	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 39% des plaintes liées à la qualité des soins: code de triage, le manque de personnel, soins de base, manque de suivi, manque d'équipement à l'urgence, discrimination.</li> <li>- <b>Recommandation au comité</b> : Faire une analyse plus approfondie par programme clientèle apprenant</li> </ul>
Comportement	↑ 22%	↑	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception de manque d'empathie ou de professionnalisme de la part de membres du personnel ou du corps médical</li> <li>- <b>Recommandation au comité</b> : Évaluer avec le secteur des RH les obstacles et identifier des stratégies pour renforcer le respect des valeurs organisationnelles envers la clientèle.</li> </ul>

## ANNEXE 4 : Analyses et recommandations en lien avec l'expérience des patients hospitalisés

Les trois questions avec le plus faible taux de satisfaction sont :

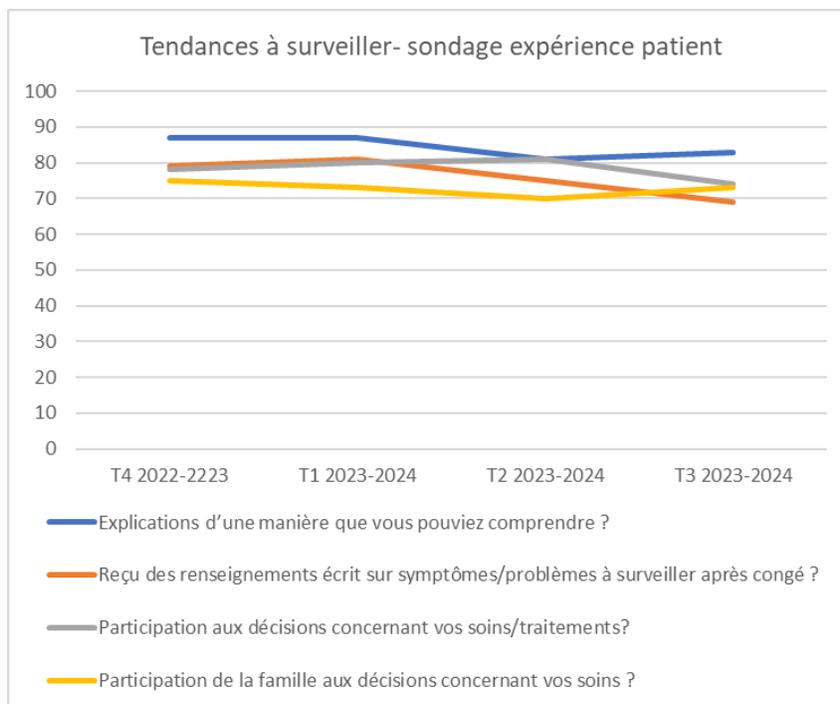
Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés *	T3 2023-2024 (%)
Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille ?	44
Chambre et salle de bain nettoyées ?	67
Tranquillité autour de votre chambre la nuit ?	66

*\*Il s'agit des mêmes trois questions que le trimestre précédent.*

Parmi les 20 questions du sondage, voici des résultats à surveiller.

	T1 (%) 2023- 2024	T2 (%) 2023- 2024	T3 (%) 2023- 2024	Tendance T3 à T2
<b>Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)</b>	81	75	69	↓
<b>Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)</b>	80	81	74	↓
<b>Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)</b>	87	76	87	↑

En faisant le portrait des résultats sur une ligne de temps, voici les tendances à surveiller.



**ANNEXE 5 : Mise à jour des suivis en matière de reddition de compte auprès d’Agrément Canada.**

- Une prochaine reddition de compte doit être faite auprès d’Agrément Canada le 9 avril, laquelle porte sur les éléments suivants :

POR/Critère	Équipe	Preuves à fournir
POR du BCM	Soins ambulatoires	Confirmer que votre politique est adoptée et diffusée dans votre organisme.
Critère à priorité élevée - BCM	Soins primaires	Continuer la mise en œuvre de vos plans d’action.
POR du transfert d’information	Soins critiques	Veillez soumettre les résultats de vos évaluations et tout exemple de la manière dont

- Selon le cycle de la démarche, le Réseau entrera dès le prochain trimestre dans la phase d’autoévaluation. Un lancement sera effectué, suivi de présentations personnalisées dans chacun des programmes clientèle apprenants et autres secteurs cliniques et non-cliniques.

Rappel du cycle en prévision de la prochaine visite de 2026 :



**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature

**Date :** 2024-04-02

**Objet :** Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2023-2024-T3

## Objectif

Le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le troisième trimestre de 2023-2024 est présenté à titre d'information

## Contexte

Le BRO a entrepris des démarches auprès de HIROC pour confirmer son intérêt à utiliser leur outil en guise de registre de risques. HIROC donne accès sans frais à cet outil qui est présentement utilisé par diverses organisations de soins de santé au pays. Les démarches sont toujours en cours.

Le processus proposé pour la gestion des risques organisationnels a été présenté à l'équipe de leadership en décembre 2023.

La révision des règlements administratifs du Réseau s'est poursuivie auprès de la direction et de la chefferie médicale.

Le projet de développement d'un plan d'urgence en cas de code orange (grand nombre de blessés) pour les établissements qui ont une urgence s'est poursuivi. Les rencontres pour élaborer le plan d'urgence pour l'Hôpital régional Chaleur de Bathurst débiteront au prochain trimestre.

Pour faire connaître davantage la Loi de Vanessa (déclarations obligatoires à Santé Canada des réactions indésirables graves aux médicaments et des incidents liés aux instruments médicaux) à l'ensemble du Réseau, une série de 10 capsules a été préparée dont la première fut diffusée dans l'Hebdo du jeudi 30 novembre dernier. Des présentations ciblées à l'intention des professionnels de la santé sont en préparation et seront offertes dès le début du prochain trimestre.

La cartographie de chaque étape des processus d'engagement des dépenses et de signature des contrats incluant l'identification des intervenants clés a été débutée. Cette cartographie permettra de limiter les risques auxquels s'expose quotidiennement le Réseau en procédant à la mise à jour des politiques relatives et d'outiller les gestionnaires dans leurs actions reliées aux dépenses et aux contrats. Cette dernière initiative s'inscrit dans le projet visant l'amélioration de la gestion des contrats. En plus de réviser et de répertorier les contrats dans un registre, le BRO poursuit son objectif de créer des outils et des formations pour aider les gestionnaires à mieux comprendre leur rôle dans la gestion des contrats.

Un groupe de travail a été formé pour développer une politique sur la signature électronique.

Des représentants de divers secteurs intéressés se sont rencontrés afin de préparer une proposition pour l'équipe de leadership par rapport à l'intelligence artificielle.

Des représentants du Réseau ont participé à des rencontres provinciales afin de discuter des changements législatifs anticipés pour inclure l'admissibilité à l'aide médicale à mourir des personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental ou une maladie mentale.

# Note exécutive

La révision des politiques du Conseil d'administration (Conseil) s'est poursuivie afin de se conformer et de s'adapter aux amendements de la Loi sur les régies régionales de la santé. Les politiques relatives aux mandats des comités du Conseil ont été modifiées et adoptées par le Conseil le 7 novembre dernier. Ces mandats ont été modifiés pour se conformer à la nouvelle réalité des comités et aussi pour ajouter les normes d'Agrément Canada applicables à chacun. Les autres politiques du Conseil nécessitant une révision seront placées sur le gabarit des politiques du Réseau et devraient être adoptées par le Conseil d'ici le mois de juin 2024.

Veillez noter que le Bureau de la vie privée a soumis un rapport séparément de celui-ci.

## Solution proposée

Sans objet

## Avantages

Sans objet

## Désavantages

Sans objet

## Considérations importantes

La gestion des risques organisationnels est nécessaire pour le Réseau, et ce, afin d'assurer une gestion responsable des ressources, de réduire les risques à l'organisation et de diminuer le potentiel de litiges et d'atteinte à la réputation du Réseau.

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

## Suivi à la décision

- Poursuivre la révision des règlements administratifs du Réseau;
- Poursuivre les initiatives en vue du développement d'un registre des risques organisationnels;
- Voir à l'informatisation des cartes de chaleur (heat maps);
- Poursuivre la révision des politiques du CA qui requièrent une mise à jour.

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le critère de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant :

3.1.9	L'instance de gouvernance fait en sorte de rester informée des risques organisationnels, en temps opportun.
-------	---

Soumis le 10 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la Gestion des risques

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature

**Date :** 2024-04-02

**Objet :** Rapport trimestriel – Bureau de la vie privée

## Objectif

Le rapport trimestriel T2 – Bureau de la vie privée est présenté à titre d'information.

## Contexte

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

Les graphiques suivants incluent les incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée du deuxième trimestre de 2023-2024.

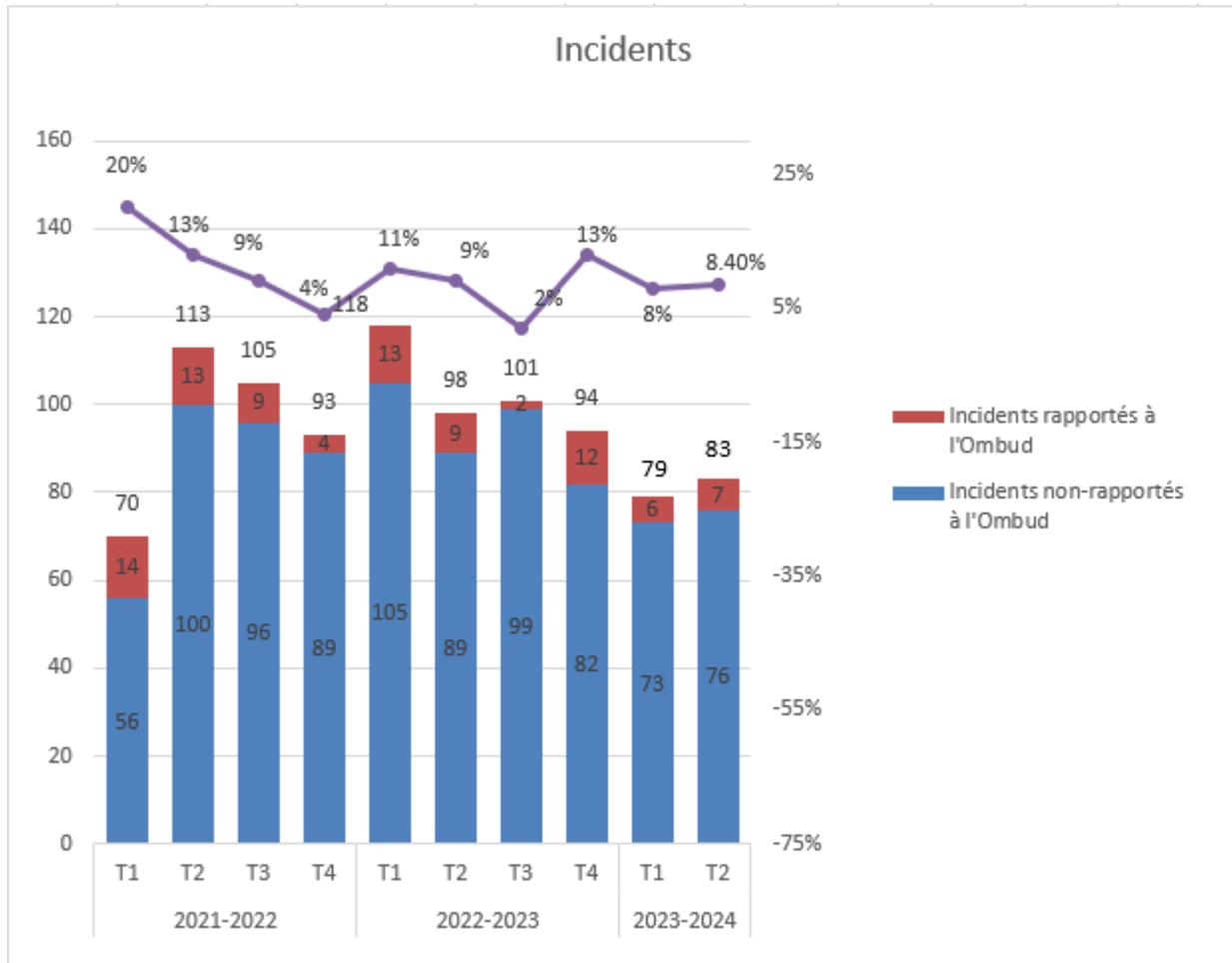
Une « atteinte à la vie privée » survient lorsqu'il y a une évidence ou une possibilité élevée d'accès, de collecte, d'utilisation, de divulgation ou d'élimination non autorisée de renseignements personnels ou de renseignements personnels sur la santé.

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

# Note exécutive

## 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, pour un total de 83 au deuxième trimestre de 2023-2024.



Le nombre d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée est légèrement à la hausse pour le deuxième trimestre de 2023-2024, comparativement au trimestre précédent. La proportion des incidents rapportés à l'Ombud a aussi augmenté légèrement lors de ce trimestre.

# Note exécutive

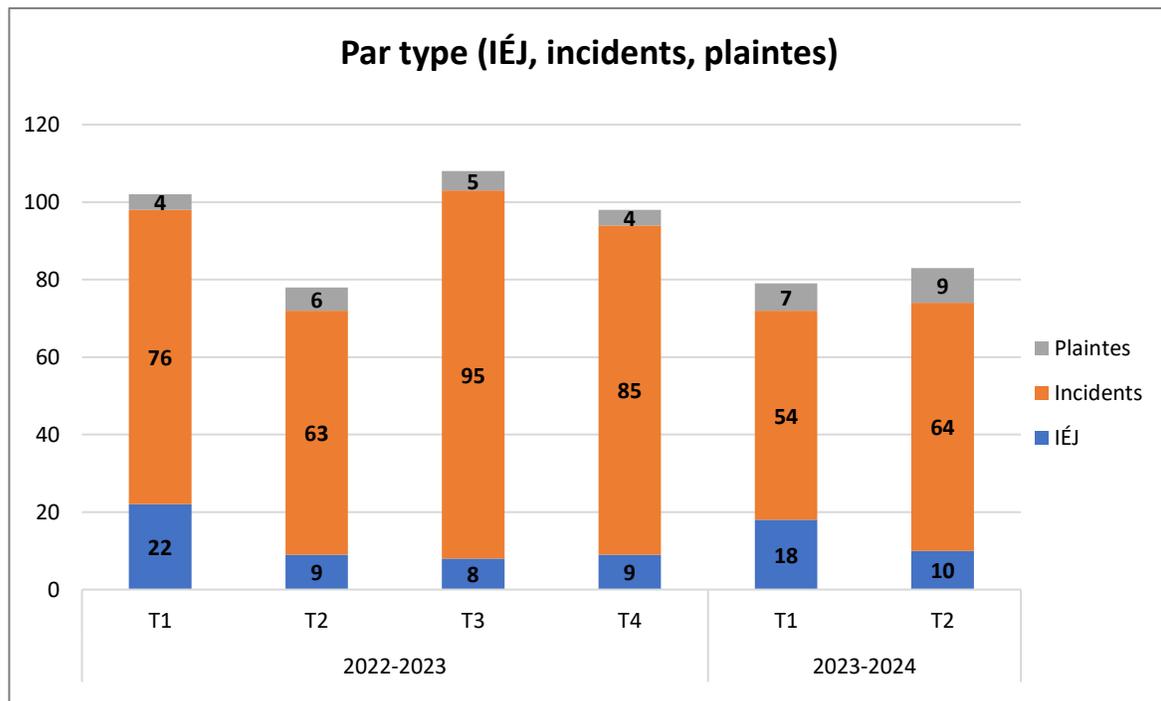
## 2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE \*

Zone	2022-2023								2023-2024			
	T1		T2		T3		T4		T1		T2	
z1b	54	53%	25	32%	51	47%	44	45%	26	36%	25	39%
z4	12	12%	18	23%	11	10%	15	15%	17	23%	10	15%
z5	15	15%	16	21%	14	13%	11	11%	9	12%	10	15%
z6	21	21%	19	24%	32	30%	28	29%	21	29%	20	31%
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

\*Il est à noter que le total par zone diffère de celui du tableau précédent, car ce dernier exclut les incidents rapportés de l'extérieur du Réseau (incidents hors services), car ceux-ci ne sont pas catégorisés par zone puisqu'ils ne se sont pas produits à l'intérieur du Réseau. Il est à noter que 18 incidents hors-service ont été rapportés lors du deuxième trimestre de 2023-2024.

Les Zone 1B et la Zone 6 démontrent un nombre d'incidents plus élevés par rapport aux autres zones, car les employés de ces zones ont complété plusieurs rapports d'incidents. Dans la zone 1B, on remarque que plusieurs rapports ont été soumis pour rapporter des documents envoyés au mauvais médecin. Habituellement, ce type d'incident se produit lorsque deux médecins ont le même nom ou un nom semblable et est généralement attribuable à l'erreur humaine. L'augmentation des incidents rapportés dans la Zone 6 est principalement due à des incidents reliés au processus de gestion des rendez-vous des tests de laboratoire.

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



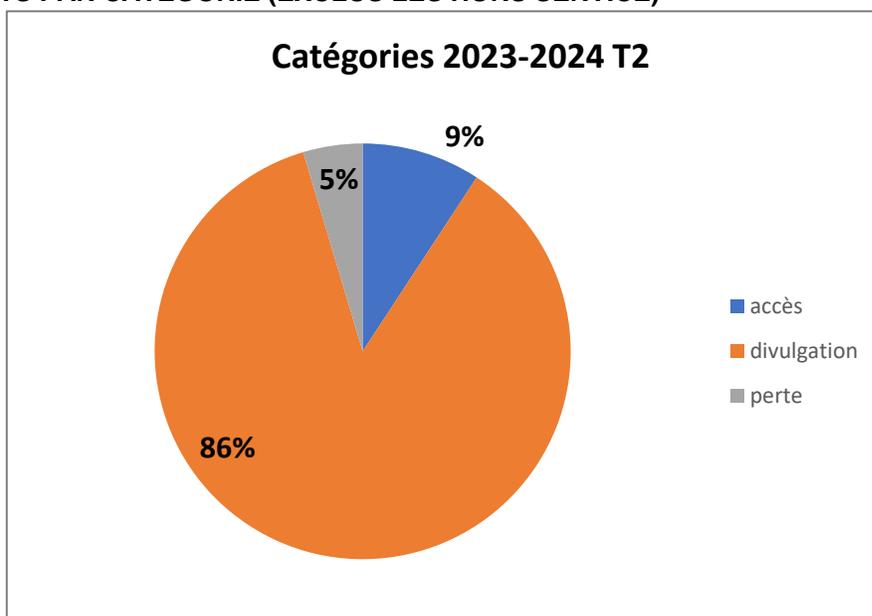
\*IÉJ : Incident évité de justesse

# Note exécutive

Lors du deuxième trimestre de 2023-2024, le suivi des plaintes et des incidents a impliqué la notification de 5 victimes comparativement à 8 lors du premier trimestre de 2023-2024. 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.

Nous pouvons déjà affirmer qu'un incident ayant été découvert au T2 nécessitera la notification de 141 victimes dans les prochaines semaines. Cet incident était en processus d'évaluation finale à la fin du deuxième trimestre.

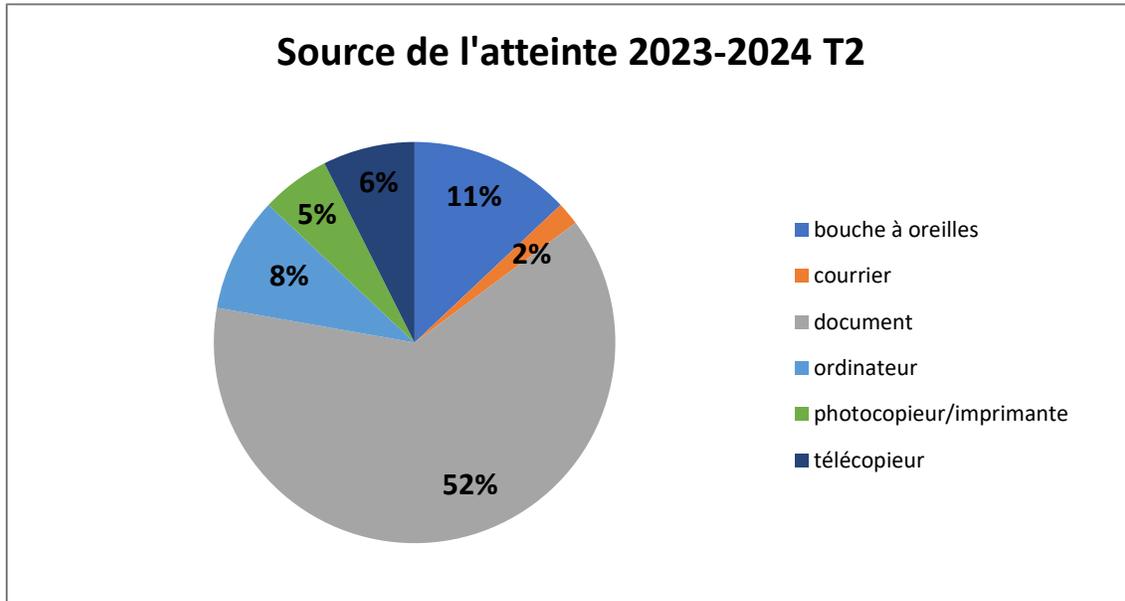
#### 4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (86 %). On remarque aussi que les accès douteux rapportés compte pour 9% des incidents. Ces deux catégories comptent pour 95% des incidents rapportés. En ce qui a trait aux documents perdus, il s'agit de documents jetés par erreur dans le contenant à recyclage mais qui ont été récupérés : il s'agit là d'incidents évités de justesse.

Dans tous ces cas, de la sensibilisation a été effectuée et lorsque possible, des mesures correctives ont été appliquées lorsque cela s'avérait nécessaire.

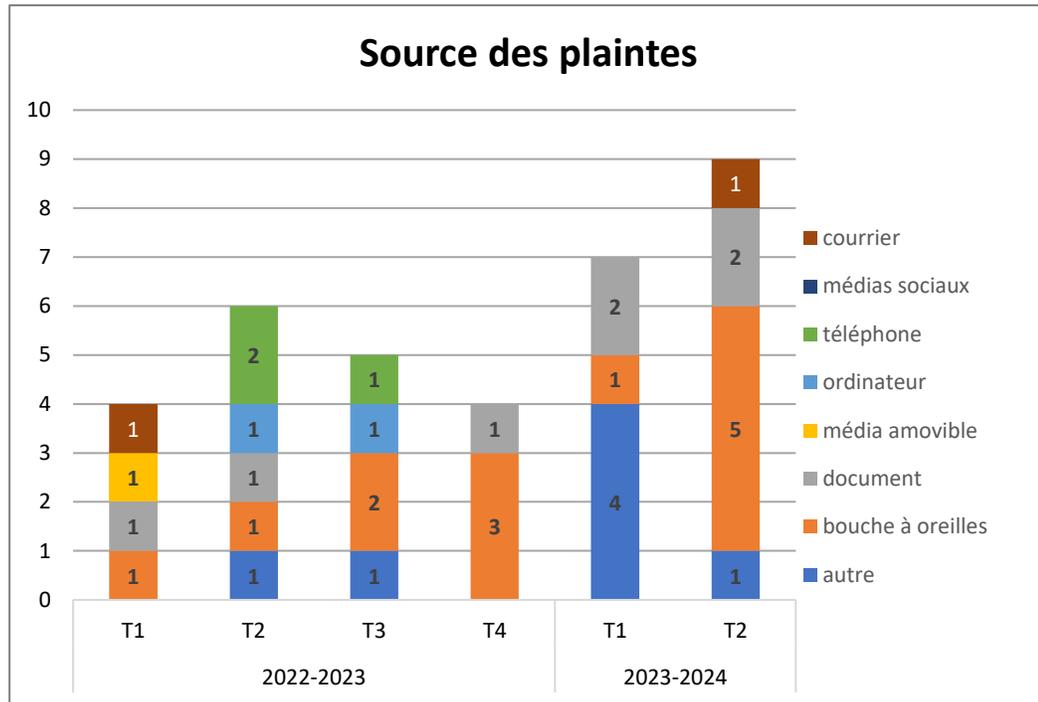
## 5. INCIDENTS PAR SOURCE DE L'ATTEINTE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



La source principale de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée lors du deuxième trimestre est les documents (52 %). Ces derniers ont pu être mal acheminés, imprimés au mauvais endroit, éliminés par erreur, etc. La divulgation par bouche à oreille est en seconde position (11 %) suivi par les incidents liés aux ordinateurs (8%).

Lors du deuxième trimestre de 2023-2024, les incidents relatifs au courrier sont tous attribuables à des enveloppes mal-identifiées versées dans le courrier interne. Les incidents en lien avec les ordinateurs incluent des accès ou des divulgations non autorisés.

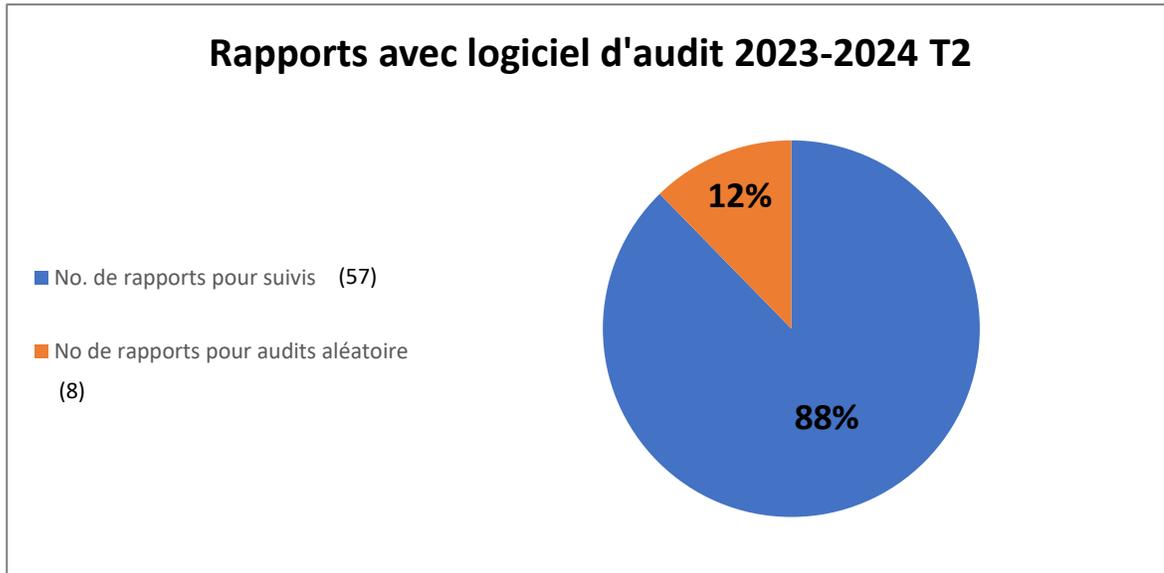
## 6. SOURCES DES PLAINTES (INCLUS LES HORS-SERVICE)



Le nombre de plaintes reçues au deuxième trimestre de 2023-2024 a légèrement augmenté comparativement aux trimestres précédents. La plainte de catégorie « autre » découle d'un évènement où une personne a pris des photos de membres du personnel sans leur consentement.

## 7. VÉRIFICATION DES ACCÈS

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



La majorité des audits ciblés qui ont été faits lors du deuxième trimestre de 2023-2024 découlent des demandes d'audits suivant un incident. Les demandes d'audits provenaient des gestionnaires, des patients ainsi que d'une plainte faite par un patient.

Des audits aléatoires ont aussi été faits lors du T2 de 2023-2024. Ces audits découlent de surveillances aléatoires des accès faits par les employés. De plus, des surveillances ciblées ont été effectuées auprès des employés ayant fait des atteintes à la vie privée ou ayant utilisé de mauvaises pratiques par le passé.

### **Solution proposée**

S/O

### **Avantages**

S/O

### **Désavantages**

S/O

## Considérations importantes

Un processus efficace est en place pour répondre à des demandes de consultation sur des questions de protection de la vie privée notamment en provenance des employés et des non-employés, des partenaires du système de santé et des membres du public. Au cours du deuxième trimestre de 2023-2024, le BVP a répondu à 71 demandes de consultations en provenance de plusieurs secteurs. De plus, un programme d'orientation est offert aux nouveaux employés et aux nouveaux gestionnaires.

La participation du secteur de la vie privée se poursuit pour des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée/ évaluation de risques dans le cadre de nouveaux projets et initiatives qui impliquent des renseignements personnels sur la santé.

Au cours du T2 de 2023-2024, le logiciel HAYSTACK iS a été configuré pour faire la surveillance systématique des accès des personnes ayant déjà effectuées des accès non-autorisés.

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

## Suivi à la décision

- Identifier des solutions afin de réduire le nombre d'incidents impliquants Lien SantéNB.
- Offrir de la formation aux personnes intéressées par rapport à la divulgation de renseignements personnels sur la santé à des agents d'exécution de la Loi.

Soumis le 7 février 2024 par Diane Mignault, Directrice principale - Gestion de l'information et des risques organisationnels et chef de la protection de la vie privée et Raphaël Chamberlain, Conseiller régional, protection des renseignements personnels.

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature

**Date :** 2024-04-02

**Objet :** Rapport trimestriel – Bureau de la vie privée

## Objectif

Le rapport trimestriel T3 – Bureau de la vie privée est présenté à titre d'information.

## Contexte

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

Les graphiques suivants incluent les incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée du deuxième trimestre de 2023-2024.

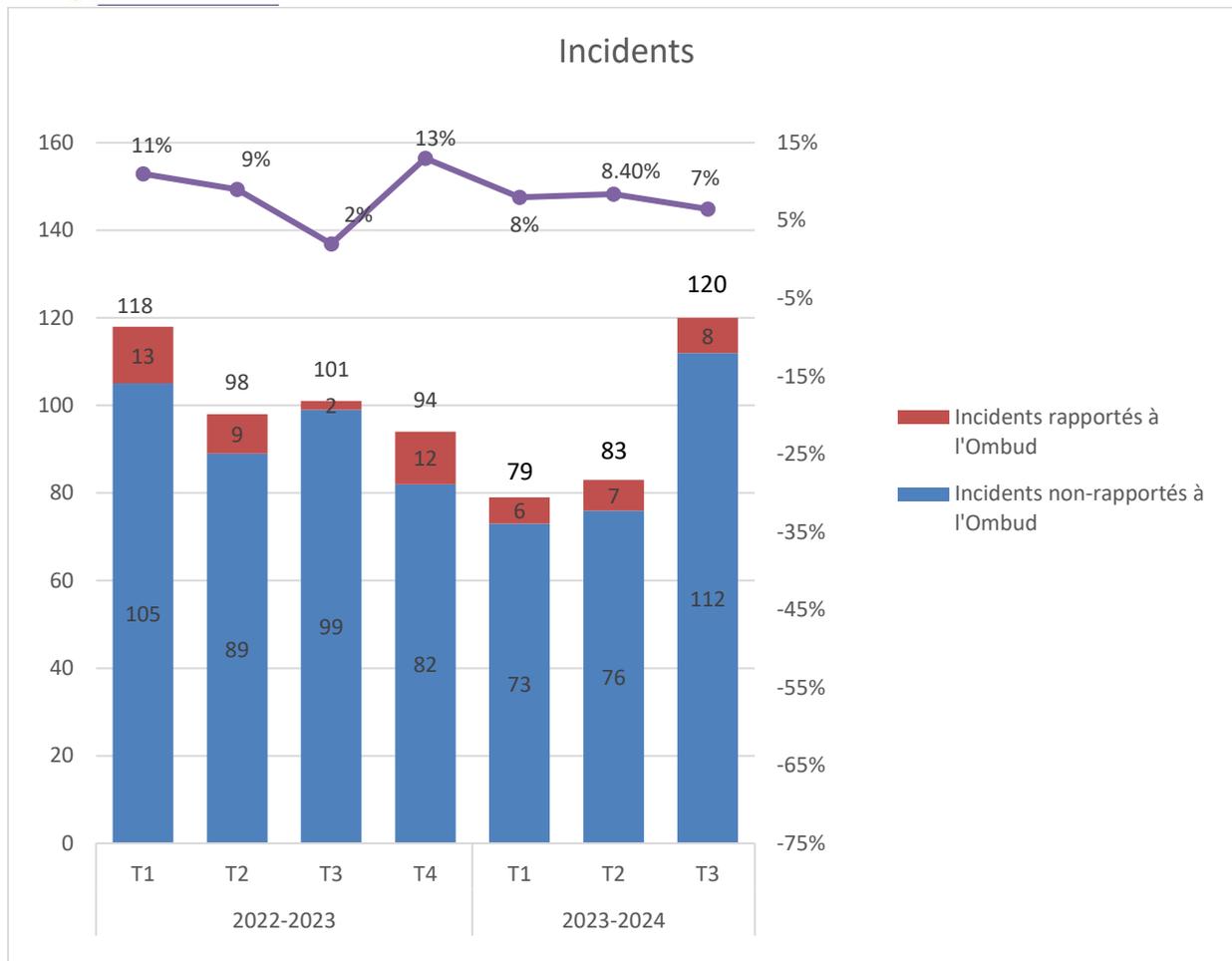
Une « atteinte à la vie privée » survient lorsqu'il y a une évidence ou une possibilité élevée d'accès, de collecte, d'utilisation, de divulgation ou d'élimination non autorisée de renseignements personnels ou de renseignements personnels sur la santé.

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

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

Les données de ce tableau présentent tous les incidents incluant ceux rapportés de l'extérieur du Réseau, pour un total de 120 au troisième trimestre de 2023-2024.

# Note exécutive



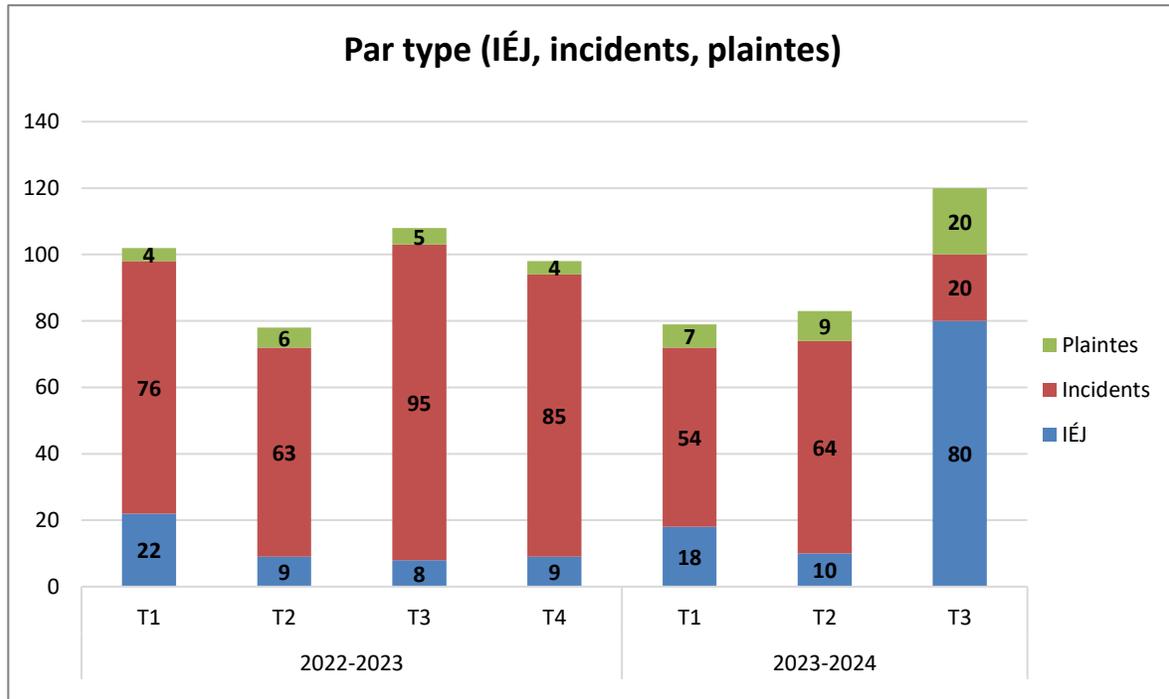
## 2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE \*

Zone	2022-2023								2023-2024					
	T1		T2		T3		T4		T1		T2		T3	
z1b	54	53%	25	32%	51	47%	44	45%	26	36%	25	39%	43	40%
z4	12	12%	18	23%	11	10%	15	15%	17	23%	10	15%	21	19%
z5	15	15%	16	21%	14	13%	11	11%	9	12%	10	15%	13	12%
z6	21	21%	19	24%	32	30%	28	29%	21	29%	20	31%	32	29%
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>

\*Il est à noter que le total par zone diffère de celui du tableau précédent, car ce dernier exclut les incidents rapportés de l'extérieur du Réseau (incidents hors services), car ceux-ci ne sont pas catégorisés par zone puisqu'ils ne se sont pas produits à l'intérieur du Réseau. Il est à noter que 11 incidents hors-service ont été rapportés lors du troisième trimestre de 2023-2024.

Les Zone 1B et la Zone 6 démontrent un nombre d'incidents plus élevés par rapport aux autres zones, car les employés de ces zones semblent avoir plus tendance à rapporter les incidents à l'aide du logiciel iRapport. Dans la Zone 1B, on remarque que plusieurs rapports ont été soumis pour rapporter des documents envoyés au mauvais médecin. Habituellement, ce type d'incident se produit lorsque deux médecins ont le même nom ou un nom semblable et est généralement attribuable à l'erreur humaine.

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

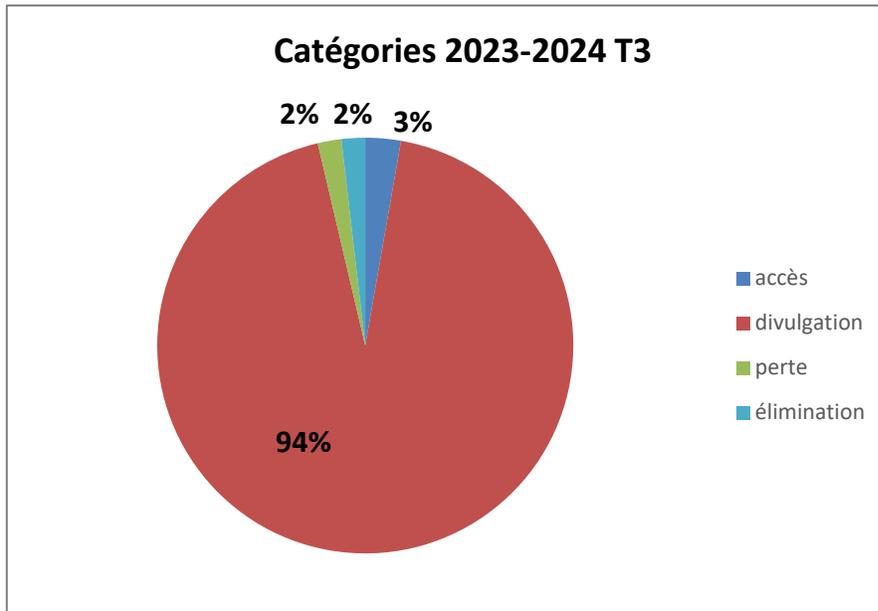


\*IÉJ : Incident évité de justesse

Lors du troisième trimestre de 2023-2024, le suivi des plaintes et des incidents a impliqué la notification de 150 victimes comparativement à 8 lors du deuxième trimestre de 2023-2024. 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.

Ce nombre élevé de victimes est attribuable à un incident rapporté au T2 de 2023-2024, découlant d'accès non-autorisés dans les dossiers médicaux électroniques de 141 victimes. Tel qu'il le fut mentionné dans le rapport trimestriel de T2, la notification des victimes pour cet incident a eu lieu au T3. Il est à noter que 31 victimes ont communiquées avec le Bureau de la vie à la suite de la réception de leur lettre de notification, et ce, afin d'obtenir davantage d'information.

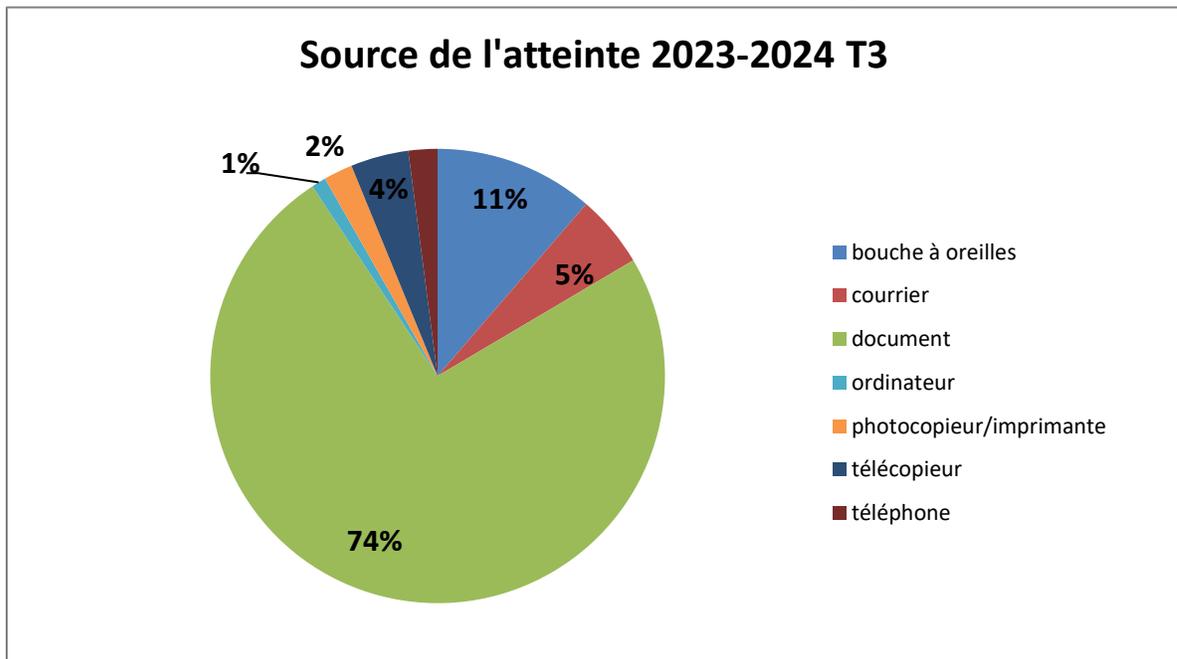
## 4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE (EXCLUS LES HORS SERVICE)



La majorité des incidents rapportés sont en lien avec une divulgation (94 %). On remarque aussi que les accès douteux rapportés compte pour 3% des incidents. Ces deux catégories comptent pour la majorité des incidents rapportés. Pour ce qui est de la catégorie « élimination », il s'agit de document qui ont été jetés par erreur mais qui ont été récupérés selon nos recommandations. Ceux-ci sont donc considérés comme des événements évités de justesse.

Dans tous ces cas, de la sensibilisation a été effectuée et lorsque possible, des mesures correctives ont été appliquées.

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



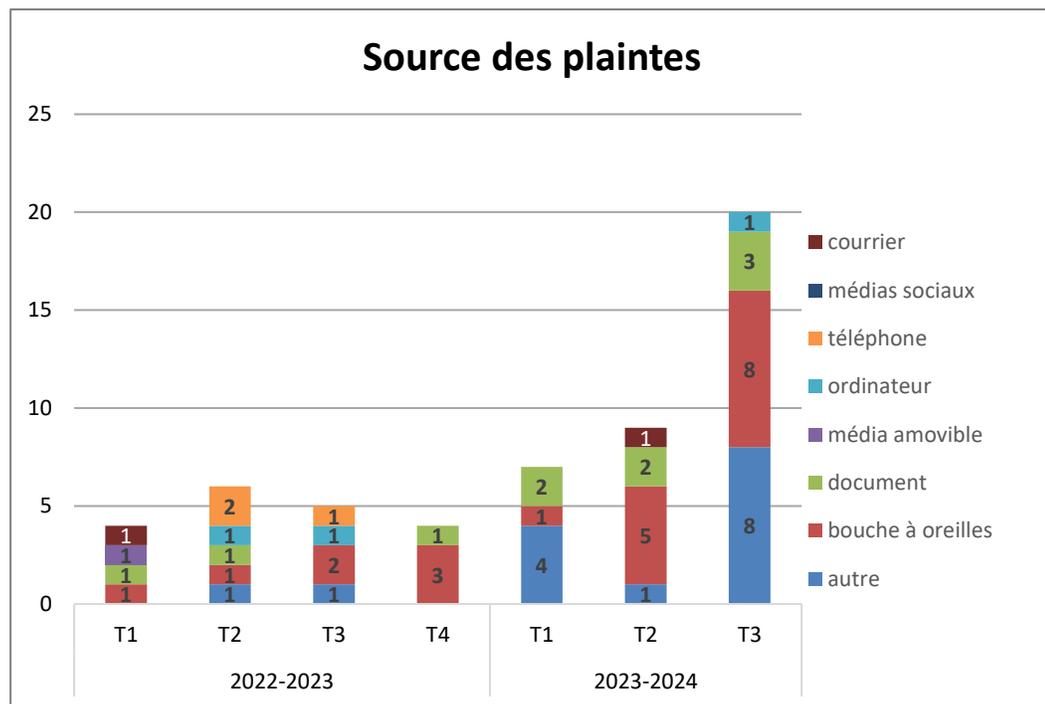
La source principale de tous les incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée lors du

# Note exécutive

Le troisième trimestre est les documents (74 %). Ces derniers ont pu être mal acheminés, imprimés au mauvais endroit, éliminés par erreur, etc. toutefois, la majorité sont des documents partagés par erreur avec Lien SantéNB. La divulgation de bouche à oreille est en seconde position (11 %) suivi par les incidents liés au courrier (5%).

Lors du troisième trimestre de 2023-2024, les incidents relatifs au courrier sont tous attribuables à des enveloppes mal-identifiées versées dans le courrier interne. Les incidents en lien avec les ordinateurs incluent des accès ou des divulgations non autorisées.

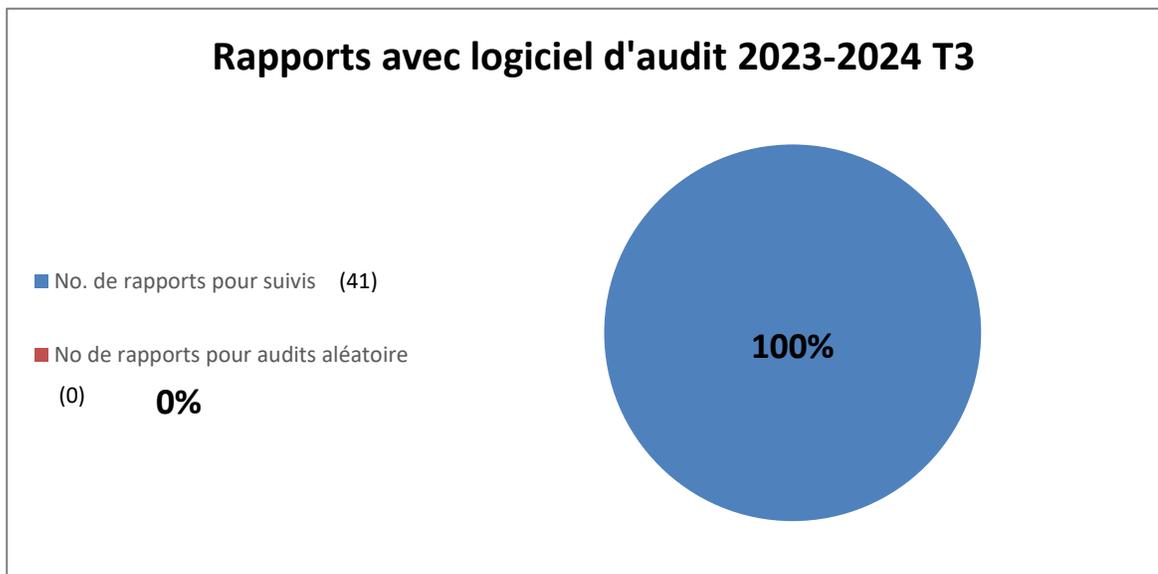
## 6. SOURCES DES PLAINTES (INCLUS LES HORS-SERVICE)



Le nombre de plaintes reçues au troisième trimestre de 2023-2024 a augmenté comparativement aux trimestres précédents. Les plaintes de catégorie « autre » découlent d'évènements au cours desquels des personnes ont pris des photos de membres du personnel sans leur consentement, ont fait des publications diffamatoires sur les médias sociaux ou ont essuyé un refus de leur communiquer de l'information.

## 7. VÉRIFICATION DES ACCÈS

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



Lors du troisième trimestre, seuls des audits ciblés ont été effectués, en lien avec un incident majeur qui a fait 141 victimes. Il est à noter que des audits des accès dans le dossier médical électronique IntraHealth (DSÉ) a été fait lors de ce trimestre, toujours en lien avec l'incident majeur mentionné. Ces audits ne sont pas reflétés dans le total rapporté puisque celui-ci concerne seulement les accès à MEDITECH. Cet incident a nécessité beaucoup de ressources, ce qui explique pourquoi il n'a pas été possible d'effectuer des audits aléatoires lors de ce trimestre. Les audits aléatoires reprendront graduellement lors du prochain trimestre.

### Solution proposée

S/O

### Avantages

S/O

### Désavantages

S/O

### Considérations importantes

# Note exécutive

Un processus efficace est en place pour répondre à des demandes de consultation sur des questions de protection de la vie privée notamment en provenance des employés et des non-employés, des partenaires du système de santé et des membres du public. Au cours du deuxième trimestre de 2023-2024, le BVP a répondu à 71 demandes de consultations en provenance de plusieurs secteurs. De plus, un programme d'orientation est offert aux nouveaux employés et aux nouveaux gestionnaires.

La participation du secteur de la vie privée se poursuit pour des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée/ évaluation de risques dans le cadre de nouveaux projets et initiatives qui impliquent des renseignements personnels sur la santé.

Au cours du T2 de 2023-2024, le logiciel HAYSTACK iS a été configuré pour faire la surveillance systématique des accès des personnes ayant déjà effectuées des accès non-autorisés.

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

## Suivi à la décision

- Identifier des solutions afin de réduire le nombre d'incidents impliquants Lien SantéNB.;
- Offrir de la formation aux personnes intéressées par rapport à la divulgation de renseignements personnels sur la santé à des agents d'exécution de la Loi ;
- Poursuivre le développement d'indicateurs de performance pour le Bureau de la vie privée ;
- Revoir le format et le contenu des rapports trimestriels.

Soumis le 7 février 2024 par Diane Mignault, Directrice principale - Gestion de l'information et des risques organisationnels et chef de la protection de la vie privée et Raphaël Chamberlain, Conseiller régional, protection des renseignements personnels.

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 2 avril 2024

**Objet :** Révision et approbation du mandat traduit du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

## Objectif

L'objectif est d'adopter le mandat traduit du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

## Contexte

Selon la politique du Conseil CA-300, le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est responsable de réviser son mandat annuellement et de soumettre celui-ci à l'approbation du Conseil d'administration.

Le mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients a été révisé par les membres du comité le 15 janvier 2024. Le document a ensuite été traduit et doit être adopté en français et en anglais afin d'être publié sur le site Web du Réseau.

## Solution proposée

Sans objet.

## Avantages

Sans objet.

## Désavantages

Sans objet.

## Considérations importantes

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

## Suivi à la décision

Proposé et appuyé

Et résolu que le mandat traduit du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, tel que présenté en annexe, soit soumis pour approbation au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivants :

2.1.4	L'instance de gouvernance crée des comités propres au sujet au besoin pour s'acquitter de ses responsabilités.
2.2.3	L'instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.

**Soumis le 7 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.**

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	COMITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS	<b>N° :</b> CA-350
<b>Section :</b>	Comités du Conseil	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> aaaa-mm-jj
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2022-06-21
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Thomas Soucy, président.	<b>Approuvée le :</b> aaaa-mm-jj
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>		

### BUT

Le Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients (le « comité ») est responsable d'assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité et d'expérience patient. Le comité est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, de la sécurité des patients, d'approche centrée sur la personne, de diversité, équité et inclusion, de l'éthique et de la protection de la vie privée, ceci afin d'être en mesure de guider le Conseil d'administration (le « Conseil ») à l'égard de ses responsabilités concernant tous les aspects liés à la prestation des soins et services aux patients. Enfin, il appuie le Conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5)

### Composition et fonctionnement

1. Le comité est composé d'au moins deux membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assumera la présidence du comité.
2. Le président du Conseil d'administration est membre d'office avec droit de vote et le président-directeur général est membre d'office sans droit de vote.
3. Les présidents du Comité médical consultatif régional et du Comité professionnel consultatif, ainsi que du Comité consultatif des patients et des familles sont membres invités sans droit de vote.
4. Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
5. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli.

Responsabilités

1. Le comité surveille, conseille le Conseil et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives :
  - 1.1. aux processus de services à la clientèle et de gestion de la qualité, de la sécurité des patients ainsi qu'à l'éthique et à la protection de la vie privée (AC : 3.1.12);
    - 1.1.1. priorise la qualité et la sécurité des patients et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
    - 1.1.2. veille à ce que le Réseau adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité (AC : 3.4.2);
    - 1.1.3. recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité des patients, d'éthique et de protection de la vie privée, et suit leurs mises en œuvre;
    - 1.1.4. examine régulièrement les progrès effectués par l'organisme par rapport aux objectifs de son plan intégré d'amélioration de la qualité (AC : 3.1.8);
    - 1.1.5. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques (AC : 3.4.3);
    - 1.1.6. surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord et d'autres rapports réguliers (AC : 3.1.6, 3.4.4);
    - 1.1.7. reçoit et analyse les rapports du comité de la qualité et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
    - 1.1.8. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité des patients et à l'éthique;
    - 1.1.9. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité des patients pour les membres du comité et du Conseil et à la protection de la vie privée (AC : 1.1.7);
  - 1.2. à l'approche des soins centrés sur la personne et aux patients partenaires (AC : 1.1.6, 3.1.5);
  - 1.3. aux normes d'agrément liées à l'approche des soins centrés sur la personne, à la qualité et à la sécurité des soins et des services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;
  - 1.3. à la satisfaction et à l'expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
    - 1.3.1. assure la mise en place de mécanismes pour évaluer et améliorer l'expérience des patients et pour gérer les plaintes (AC : 3.1.7, 3.4.5, 3.4.6);
  - 1.4. à la protection de la vie privée et de tous les renseignements des intervenants (AC : 3.5.7);
  - 1.5. à l'approche liée à la diversité, équité et inclusion ainsi qu'à la lutte contre le racisme, y compris à l'endroit des communautés Autochtones (AC : 5.1.1);

## Politique / Procédure N°: CA-350

- a) collabore avec les partenaires et les communautés pour l'établissement d'un plan d'action à l'égard de ces questions (AC : 5.1.2, 5.1.5, 6.1.2, 6.1.5);
  - b) veille à ce que les politiques du Réseau reflètent les pratiques en matière de sécurisation culturelle et d'humilité et intègrent la culture et les droits des communautés qui reçoivent des services de l'organisme, notamment à l'endroit des communautés Autochtones (AC : 5.1.4, 6.1.4);
  - c) s'inspire d'un cadre reconnu pour évaluer les situations de racisme systémique à l'endroit des Autochtones (AC : 6.1.1);
  - d) met en œuvre un plan d'action, en partenariat avec des partenaires Autochtones, pour lutter contre le racisme systémique à l'endroit des Autochtones au sein de l'organisme (AC : 6.1.2).
- 1.6. aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical, de renouvellement, de suspension ou de modification (AC : 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4);
- 1.7. aux processus liés au développement et au maintien des compétences des professionnels et des médecins et aux processus de délégation des actes professionnels et médicaux (AC : 3.3.1).

2. Le comité s'acquitte aussi de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

### Rapport

1. Le comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, ce qui comprend une revue annuelle de la qualité, de la sécurité des patients, de l'éthique et de la protection de la vie privée. Les rapports réguliers peuvent comprendre, entre autres :
  - 1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, la sécurité des patients et les services à la clientèle;
  - 1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients;
  - 1.3 Analyse des causes profondes soumises par le Comité de la qualité;
  - 1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables;
  - 1.5 Satisfaction/perception des patients;
  - 1.6 Culture juste et de sécurité des patients;
  - 1.7 Agrément;
  - 1.8 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats;
  - 1.9 Rapport des activités en éthique.
  - 1.10 Rapport sur la protection de la vie privée.

**RÉFÉRENCE**

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

**Attestation de lecture et compréhension du mandat**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Retourner une copie signée au président du comité, suite à la première réunion du comité selon le calendrier annuel.

Remplace : Zone 1 : \_\_\_\_\_ Zone 5 : \_\_\_\_\_  
Zone 4 : \_\_\_\_\_ Zone 6 : \_\_\_\_\_



## Manual: Board of Directors

<b>Title:</b>	QUALITY OF CARE AND PATIENT SAFETY COMMITTEE		<b>No.:</b> CA-350
<b>Section:</b>	Board Committees	<b>Effective date:</b>	yyyy-mm-dd
<b>Issuing authority:</b>	Board of Directors	<b>Date of last revision:</b>	2022-06-21
<b>Approver:</b>	Board of Directors Thomas Soucy, Chairperson	<b>Approved on:</b>	yyyy-mm-dd
<b>Facility(ies)/program(s):</b>			

### PURPOSE

The Quality of Care and Patient Safety Committee (the “Committee”) is responsible for ensuring that mechanisms are in place to monitor and improve the Network’s quality and patient experience performance. The Committee is responsible for promoting and overseeing all quality, patient safety, person-centred approach, diversity, equity and inclusion, ethics, and privacy activities so as to guide the Board of Directors (the “Board”) regarding its responsibilities in all aspects related to the delivery of health care services to patients. Lastly, it supports the Board in its review of the follow-up to strategic directions, in accordance with the Network’s purpose and values (AC: 1.1.3, 1.1.5)

### Membership and operations

1. The Committee is made up of at least two voting members from the Board, one of whom will act as Chairperson.
2. The Chairperson of the Board of Directors is an ex officio voting member and the President and CEO is an ex officio non-voting member.
3. The chairpersons of the Regional Medical Advisory Committee and the Professional Advisory Committee as well as the Patient and Family Advisory Committee are non-voting guest members.
4. The Committee operates within the guidelines set out in the Board of Directors Committees Policy (CA-300).
5. The Committee meets four times a year, according to a pre-set schedule.

### Responsibilities

## Policy/Procedure no.: CA-350

1. The Committee oversees, advises the Board, and makes recommendations it deems appropriate on issues related to:
  - 1.1. The processes around client service, quality and patient safety, ethics and privacy processes (AC: 3.1.12);
    - 1.1.1. prioritizes quality and patient safety and sets the direction that the Network must follow in terms of quality;
    - 1.1.2. ensures that the Network takes a comprehensive approach to promoting and supporting health and safety (AC: 3.4.2);
    - 1.1.3. recommends frameworks on quality and patient safety, ethics and privacy to the Board, and monitors their implementation;
    - 1.1.4. regularly reviews the organization's progress in relation to the objectives of its integrated quality improvement plan (AC: 3.1.8);
    - 1.1.5. ensures that effective mechanisms are established to evaluate and improve the quality of care and services and to manage risks (AC: 3.4.3);
    - 1.1.6. regularly monitors and evaluates the Network's performance in terms of quality through its scorecard and other regular reports (AC: 3.1.6, 3.4.4);
    - 1.1.7. receives and analyzes reports from the Quality Committee and ensures that the necessary measures are taken to address discrepancies and improve the quality of care and services;
    - 1.1.8. reviews policies related to quality, patient safety, and ethics;
    - 1.1.9. recommends educational programs on quality and patient safety, and privacy protection for members of the Committee and the Board (AC: 1.1.7);
  - 1.2. the person-centred care approach and patient partners (AC: 1.1.6, 3.1.5);
  - 1.3. accreditation standards related to the person-centred care approach, service quality and safety and other processes related to the standards that are specific to a health network;
  - 1.3. patient/client satisfaction and experience and complaint management processes;
    - 1.3.1. ensures that mechanisms are established to evaluate and improve the experience of the patient/client satisfaction and to deal with complaints (AC: 3.1.7, 3.4.5, 3.4.6);
  - 1.4. protection of privacy and all stakeholder information (AC: 3.5.7);
  - 1.5. the approach to diversity, equity and inclusion, and the fight against racism, including in relation to Indigenous communities (AC: 5.1.1);
    - a) works with partners and communities to establish an action plan on these issues (AC: 5.1.2, 5.1.5, 6.1.2, 6.1.5);
    - b) ensures that Network policies reflect practices of cultural safety and humility and integrate the culture and rights of the communities served by the organization, especially Indigenous communities (AC: 5.1.4, 6.1.4);
    - c) draws inspiration from a recognized framework for assessing situations of

## Policy/Procedure no.: CA-350

---

systemic racism against Indigenous people (AC: 6.1.1);

d) implements an action plan, in partnership with Indigenous partners, to combat systemic racism against Indigenous people within the organization (AC: 6.1.2).

1.6. processes for granting, renewing, suspending or changing medical staff privileges (AC: 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4);

1.7. processes related to the development and maintenance of professionals and physicians and to delegated professional and medical functions (AC: 3.3.1).

2. The Committee also performs any other duties assigned by the Board.

### Report

1. The Committee submits a report on its activities at each meeting of the Board; including an annual review of quality, patient safety, ethics and privacy. Regular reports may include, among others:

1.1 Quality indicators presented in a scorecard, including performance measurements on the quality of clinical services, patient safety, and client services;

1.2 Progress in major improvements in performance and patient safety objectives;

1.3 Root-cause analysis submitted by the Quality Committee;

1.4 Summary of adverse events reviews;

1.5 Patient satisfaction/perception;

1.6 Fairness and patient safety culture;

1.7 Accreditation;

1.8 Verification of the credentialing and certification process;

1.9 Report on ethics activities.

1.10 Report on privacy.

### REFERENCE

1. The criteria of the Accreditation Canada Governance standard (2022 edition) for the surveys are referenced in the document as follows: "(AC : 1.1.1)."

**Terms of Reference Reading and Understanding Record**

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Return a signed copy to the committee chairperson following the first committee meeting in accordance with the annual schedule.

**Supersedes:** Zone 1: \_\_\_\_\_ Zone 5: \_\_\_\_\_  
Zone 4: \_\_\_\_\_ Zone 6: \_\_\_\_\_