

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

Point 4

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	<b>Date et heure :</b>	Le 6 juin 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 Johanne Thériault Paulin		
<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	Catherine Rouanes
Sonia Bernatchez	Marc-André Leblanc	Pierre Michaud

**Membres invités - Gouvernance**

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

**Avis de réunion**

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 2 avril 2024</b>	4-9	Décision
9 h 07	<b>7. Suivis de la dernière rencontre</b>	10-11	Information
9 h 10	<b>8. Affaires permanentes</b>		
	<b>8.1</b> Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients	12-22	Information
	<b>8.2</b> Rapport synthèse en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients (T4)	23-37	Information
	<b>8.3</b> Rapport synthèse du Bureau des risques organisationnels (T4)	38-40	Information
	<b>8.4</b> Rapports du Bureau de la vie privée (2023-2024)	41-48	Information

**GOVERNANCE**

10 h	<b>9. Approbation du procès-verbal du 2 avril 2024</b>		Décision
	<b>10. Suivis de la dernière réunion</b>		
	<b>10.1 Lettre de mandat du président du Conseil d'administration</b>		
	11.1 a) Note exécutive ( <i>Puisqu'aucune lettre de mandat du président du Conseil d'administration n'a encore été reçue, un membre du comité</i> )		Information

	<p><i>demande s'il y a des conséquences au fait que la lettre n'a pas été reçue dans le délai de 90 jours prescrit par la Loi. Pierre Michaud indique qu'il va devoir valider ces informations avant de rendre réponse.)</i></p> <p><b>10.2 Nomination au Conseil d'administration pour le poste vacant au 1er juillet 2024</b></p> <p><b>10.3 Évaluation de la performance de la PDG</b></p> <p><b>10.4 Évaluation du médecin-chef et de la présidente du Comité professionnel consultatif</b></p> <p><b>10.5 Évaluation du président du Conseil d'administration</b></p> <p><b>10.6 Évaluation des coprésidences des comités du Conseil d'administration</b></p>		
10 h 02	<p><b>11 Affaires permanentes</b></p> <p><b>11.1 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration</b></p> <p>11.1 a) Note exécutive</p> <p>11.1 b) Tableau d'évaluation des réunions à huis clos et publique</p> <p><b>11.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs</b></p> <p><b>11.3 Plan de travail du Comité de gouvernance et de mise en candidature 2023-2024</b></p> <p>11.3.1 Adoption du calendrier de réunions du Conseil d'administration</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Calendrier de réunions du Conseil d'administration</p> <p>11.3.2 Adoption des mandats des comités du Conseil d'administration</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Approbation du mandat du Comité stratégique de la recherche et de la formation</p> <p>c) Approbation du mandat du Comité des finances et de vérification</p> <p>11.3.3 Révision et adoption en bloc des politiques du Conseil d'administration</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Politiques :</p> <p>CA-110 : Image de marque, raison d'être et valeurs</p> <p>CA-120 : Conseil d'administration et régime de gouvernance</p> <p>CA-135 : Code de conduite et morale des membres</p> <p>CA-140 : Fonctions du président</p> <p>CA-180 : Fonctions du président-directeur général</p> <p>CA-210 : Orientation des nouveaux membres</p> <p>CA-225 : Communication et relations publiques</p> <p>CA-235 : Succession du président-directeur général</p> <p>CA-255 : Documentation numérisée</p> <p>CA-300 : Comités du Conseil d'administration</p> <p>11.3.4 Nomination des postes de vice-président et de trésorier</p> <p>11.3.5 Nomination des coprésidences et des membres de tous les comités du Conseil d'administration</p>		<p>Information</p> <p>Information</p> <p>Décision</p>

	<p>11.3.6 Nomination du médecin-chef régional</p> <p>11.3.7 Nomination des membres du Comité médical consultatif</p> <p>11.3.8 Nomination des membres des comités médicaux consultatifs locaux</p> <p>11.3.9 Nomination de la présidence du Comité professionnel consultatif</p> <p>11.3.10 Nomination des membres du Comité professionnel consultatif</p> <p>11.3.11 Nomination des membres du Comité d'éthique de la recherche</p> <p><b>11.4 Demandes de formation des membres du Conseil d'administration</b></p>		Information
10 h 40	<p><b>12 Affaires nouvelles</b></p> <p><b>12.1 Adoption des règlements administratifs de l'Association des bénévoles du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont</b></p> <p><b>12.2 Réunions à huis clos du Conseil d'administration</b></p> <p><b>12.3 Approbation du mandat du Comité médical consultatif</b></p>		<p>Décision</p> <p>Information</p> <p>Décision</p>
11 h 29	<b>13 Date de la prochaine réunion : 10 septembre 2024 à 13 h</b>		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 2 avril 2024, 9 h
<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)	X	Johanne Thériault Paulin (co-présidente)	X	Jacques Doucet	X
-------------------------------	---	--	---	----------------	---

**Membres d'office**

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

**Membres invités - Qualité**

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

**Membres invités - Gouvernance**

Marc-André Leblanc	A	Pierre Michaud	X		
--------------------	---	----------------	---	--	--

**AVIS DE RÉUNION****Sujet****1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Johanne Thériault Paulin, coprésidente du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature.

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

La réunion est dûment convoquée et le quorum est atteint.

**3. Rappel de confidentialité**

La coprésidente rappelle à tous leur devoir de confidentialité.

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

L'ordre du jour est adopté dans la forme présentée.

**MOTION 2024-04-02 / 01CMQG**

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté dans la forme présentée.

**Adoptée à l'unanimité.**

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

Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

**QUALITÉ****6. Approbation du procès-verbal du 15 janvier 2024**

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 15 janvier 2024 est présenté pour adoption dans la forme présentée.

**MOTION 2024-04-02 / 02CMQG**

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Claire Savoie

Et résolu que le procès-verbal du 15 janvier 2024 soit adopté dans la forme présentée.

**Adoptée à l'unanimité.**

## 7. Suivis de la dernière rencontre

À titre informatif, 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.

## 8. Affaires permanentes

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

À titre informatif, les bulletins de performance par programme clientèle apprenant et par secteur clinique transversal sont présentés pour démontrer les progrès de l'organisation dans la détermination des indicateurs clés de performance qui permettront au comité de s'acquitter de ses responsabilités de surveillance d'indicateurs de rendement organisationnels, y compris ceux liés à la qualité et la sécurité.

Par ces bulletins de performance, nous espérons que le comité pourra éventuellement atteindre les objectifs suivants :

- Comprendre la performance trimestrielle actuelle de chaque programme clientèle apprenant et secteur clinique transversal;
- Veiller à ce que le Réseau prenne des mesures à l'égard des écarts perçus par l'entremise de projets d'amélioration, séquencés et déployés selon les enjeux prioritaires de l'organisation.

Dans l'avenir, il sera possible de mettre en relief les indicateurs qui suscitent une attention particulière dans la « note exécutive ». Ces renseignements devraient permettre au comité de soit émettre des recommandations sur l'ajustement des priorités de la planification stratégique apprenante en continu ou de confirmer que le comité a toujours les bonnes priorités organisationnelles pour la prochaine année.

### 8.2 Rapport de synthèse T3 en matière de qualité, de sécurité des patients et d'expérience patient

À titre informatif, le rapport de synthèse T3 en matière de qualité, de sécurité des patients et d'expérience patient est présenté. Le rapport résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, de sécurité des patients et d'expérience patient.

Les priorités en lien avec l'optimisation du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience patient sont également présentées ainsi que les indicateurs de performance clés pour le secteur.

Il est recommandé de revoir comment présenter l'information pour amener les membres à discuter de gouvernance et de stratégies. Des améliorations seront proposées pour la prochaine rencontre.

### 8.3 Rapport de synthèse du bureau des risques organisationnels (T3)

À titre informatif, le rapport du bureau des risques organisationnels (BRO) pour le troisième trimestre de 2023-2024 est présenté.

### 8.4 Rapports du bureau de la vie privée (T2 et T3)

À titre informatif, les rapports trimestriels T2 et T3 – Incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée sont présentés.

## 9. Affaires nouvelles

### 9.1 Révision et approbation du mandat traduit 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 dans la forme présentée.

#### **MOTION 2024-04-02 / 03CMQG**

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Tom Soucy

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

**Adoptée à l'unanimité.**

## GOUVERNANCE

### 10. Approbation du procès-verbal du 15 janvier 2024

Le procès-verbal de la réunion de la section Gouvernance du 15 janvier 2024 est présenté pour approbation tel que circulé.

### **MOTION 2024-04-02 / 04CMQG**

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le procès-verbal du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance du 15 janvier 2024 soit adopté tel que circulé.

**Adoptée à l'unanimité.**

## **11. Affaires permanentes**

### **11.1 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration**

Le rapport d'évaluation de la réunion du Conseil d'administration du 6 février 2024 est présenté à titre informatif et aux fins de discussion.

La question 5. *Les membres du Conseil assument le rôle de gouvernance et ne s'impliquent pas dans la gestion* de l'évaluation de la réunion à huis clos a obtenu une réponse d'un membre (17%) qui n'était « pas d'accord » avec l'énoncé.

Lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration du 23 avril 2024, les membres du Conseil seront avisés que lorsqu'une telle situation se produit (réponses pas d'accord ou pas du tout d'accord), ils seront priés de fournir des détails dans la section des commentaires afin d'appuyer le Comité de gouvernance et de mise en candidature dans ses efforts d'amélioration du déroulement des réunions du Conseil d'administration. Ils pourront aussi en discuter avec le président du Conseil d'administration s'ils le désirent. Les réponses à ces évaluations demeurent anonymes.

### **11.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs**

L'avancement et l'échéancier prévu pour la révision des règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité sont présentés à titre informatif.

### **11.3 Plan de travail du Comité de gouvernance et de mise en candidature 2023-2024**

#### **11.3.1 Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément**

Ce point permet au Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance de rendre compte et de planifier le travail au sujet de la démarche d'accréditation avec Agrément Canada pour les normes de Gouvernance dont la responsabilité incombe au Conseil d'administration et est présenté à titre informatif.

#### **11.3.2 Évaluation du rendement et du développement de la Présidente-directrice générale**

Le processus d'évaluation du rendement et du développement de la Présidente-directrice générale (PDG) est présenté à titre informatif étant donné que la lettre de mandat de la PDG n'a pas encore été émise par le Conseil d'administration.

On discute du fait que le processus d'évaluation du rendement et du développement de la Présidente-directrice générale est exhaustif et qu'à la demande du Conseil d'administration, des démarches ont été entreprises pour le simplifier. Cependant, ce nouveau processus ne sera pas prêt à temps pour la prochaine évaluation; le processus actuel sera donc utilisé pour celle-ci.

L'élaboration du mandat de la PDG sera effectuée par le Comité exécutif, formé du président et du vice-président du Conseil et des co-présidentes du Comité de gouvernance et de mise en candidature, avec la participation du Comité de gouvernance et de mise en candidature. Cette information sera présentée aux membres du Conseil d'administration lors de la réunion du 23 avril prochain.

#### **11.3.3 Évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et de la présidente du Comité professionnel consultatif**

Le processus d'évaluation du médecin-chef et de la présidente du Comité professionnel consultatif (CPC) est présenté à titre informatif.

#### **11.3.4 Adoption du formulaire du sondage d'évaluation du Conseil et des membres**

Les quatre formulaires relatifs à l'évaluation du Conseil et de ses membres sont présentés pour adoption.

Une discussion a lieu relativement à l'évaluation des co-présidences des comités mixtes. Tous sont d'accord pour que les co-présidences soient évaluées pour chacun des comités mixtes et qu'une neuvième question soit ajoutée au questionnaire afin d'évaluer l'efficacité des comités mixtes.

La note exécutive devra insister pour que les membres ajoutent des commentaires pertinents par rapport au nouveau processus afin de l'améliorer, le cas échéant.

**MOTION 2024-04-02 / 05CMQG**

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance adopte les quatre formulaires d'évaluation et que le processus présenté soit mis en œuvre avec les modifications recommandées, c'est-à-dire que les co-présidences des comités mixtes soient évaluées et qu'une neuvième question soit ajoutée au questionnaire en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité des comités mixtes.

**Adoptée à l'unanimité.**

**11.3.5 Membres des comités du Conseil d'administration**

La membricité des comités est présentée pour approbation avec l'ajout de Jacques Doucet comme membre du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature.

**MOTION 2024-04-02 / 06CMQG**

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature – section gouvernance adopte la membricité des comités du Conseil d'administration.

**Adoptée à l'unanimité.**

Il est proposé que la mention avec droit de vote sera ajoutée entre parenthèses à la suite du nom du président, M. Thomas Soucy, tandis que la mention sans droit de vote sera ajoutée entre parenthèses à la suite du nom de la secrétaire du Conseil d'administration, Dre France Desrosiers.

**MOTION 2024-04-02 / 07CMQG**

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que la mention avec droit de vote soit ajoutée entre parenthèses à la suite du nom du président, M. Thomas Soucy, et que la mention sans droit de vote soit ajoutée entre parenthèses à la suite du nom de la secrétaire du Conseil d'administration, Dre France Desrosiers.

**Adoptée à l'unanimité.**

**11.4 Demandes de formation des membres du Conseil d'administration**

Les demandes de formation sont présentées aux membres du Conseil d'administration à titre informatif. Cependant, aucune demande n'a encore été formulée.

L'adjointe administrative du Conseil d'administration montre, en direct, comment se rendre au registre des demandes de formation du Conseil d'administration qui se trouve sur Teams.

Cette même démonstration sera ajoutée à l'ordre du jour de la séance de formation du Conseil d'administration lors de la réunion du 23 avril 2024 pour que tous les membres puissent en bénéficier.

**12. Affaires nouvelles**

**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**

Les 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 le Formulaire de réclamation CA-215 sont présentés pour adoption à la suite de leur modification.

**MOTION 2024-04-02 / 08CMQG**

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter les politiques modifiées et traduites telles que présentées.

**Adoptée à l'unanimité.**

## 12.2 Politique CA-396 : Comité ad hoc des Ressources humaines

La recommandation d'une motion au Conseil d'administration pour le retrait de la politique CA-396 : Comité ad hoc des ressources humaines est présentée pour adoption.

### **MOTION 2024-04-02 / 09CMQG**

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration de retirer la politique CA-396 : Comité ad hoc des ressources humaines.

**Adoptée à l'unanimité.**

## 12.3 Adoption d'un formulaire d'intérêt pour la présidence et les membres des comités

Un formulaire d'intérêt pour la présidence et la membricité des comités, ainsi que le processus proposé, sont présentés pour adoption.

### **MOTION 2024-04-02 / 10CMQG**

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance adopte le formulaire d'intérêt pour la présidence et les membres des comités et que le processus présenté soit mis en œuvre.

**Adoptée à l'unanimité.**

## 12.4 Mandats et recrutement des membres du Conseil d'administration

Les informations liées aux mandats et au recrutement des membres du Conseil d'administration sont présentées à titre informatif.

Les documents présentés pour adoption comprennent :

- Le processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration.
- Le profil de compétences des membres du Conseil d'administration.
- Le processus pour le poste vacant au 1<sup>er</sup> juillet 2024.

La secrétaire du Conseil d'administration va faire parvenir des courriels au sous-ministre pour lui demander de rectifier les mandats de façon que le mandat de Réjean Després soit de trois ans et qu'il ne chevauche pas le premier mandat, et pour recevoir la lettre de mandat de Johanne Thériault Paulin.

### **MOTION 2024-04-02 / 11CMQG**

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration.

**Adoptée à l'unanimité.**

### **MOTION 2024-04-02 / 12CMQG**

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance adopte le profil de compétences des membres du Conseil d'administration.

**Adoptée à l'unanimité.**

À ce moment de la réunion, Johanne Thériault Paulin se retire de la rencontre jusqu'à l'adoption de la motion 2024-04-02-13CMQG qui suit.

**MOTION 2024-04-02 / 13CMQG**

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration de proposer au ministre de la Santé la candidature de Johanne Thériault Paulin pour un deuxième mandat de trois ans débutant le 29 juin 2024.

**Adoptée à l'unanimité.**

Johanne Thériault Paulin retourne à la rencontre après l'adoption de la motion.

**12.5 Lettre de mandat de la PDG**

L'obligation du Conseil d'administration de fournir une lettre de mandat à la Présidente-directrice générale est présentée à titre informatif.

Le Conseil d'administration attend la réception de la lettre de mandat du président du Conseil d'administration avant d'émettre la lettre de mandat de la PDG. Un membre demande s'il y a des conséquences au fait que la lettre de mandat du président du Conseil d'administration n'a pas été reçue dans le délai de 90 jours prescrit par la Loi. Pierre Michaud indique qu'il va devoir valider ces informations avant de rendre la réponse. La PDG indique que celle-ci devrait être envoyée sous peu, selon une discussion avec le Sous-ministre de la Santé.

**12.6 Lettre de renomination du président du Conseil d'administration**

La lettre de renomination du président du Conseil d'administration est présentée à titre informatif.

**13. Date de la prochaine réunion : 6 juin 2024 à 9 h**

**14. Levée de la réunion**

La co-présidente demande un proposeur pour la levée de la réunion.

Claire Savoie propose la levée de la réunion à 10 h 39.

---

Johanne Thériault Paulin  
Co-présidente du comité

---

Brigitte Sonier Ferguson  
V.-P. 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 :** 6 juin 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	Pas de nouveauté depuis la dernière rencontre
Mettre en place un système de patients traceurs pour évaluer les services	Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient	Plan d'affaires déposé pour priorisation. Projet pilote avec les cliniques intégrées de santé familiale
Revoir la présentation de l'information pour amener les membres à discuter de gouvernance et de stratégies	VP – Performance, Mission universitaire et Stratégies Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient Directeur Analytique de santé	Des travaux de révision des formats sont prévus pour l'été afin d'être prêts pour la présentation du rapport d'automne 1 2024-2025.

## 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.

La mise en œuvre d'une nouvelle initiative permettant de recueillir le savoir expérimentiel des patients et apporter des améliorations en conséquence.

## 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 14 mai 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 :** 6 juin 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 sont présenté à titre informatif au comité, afin de permettre à ce dernier d'assurer une surveillance de la performance du réseau en lien avec des indicateurs clés de performance.

## Contexte

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'efficacité opérationnelle
- 3) Les résultats patients
- 4) Les contre-indicateurs de performance (qualité et sécurité)
- 5) La satisfaction des clients.

Nous vous présentons en pièce jointe l'avancement du développement des bulletins de performance pour les programmes clientèle apprenants et les secteurs cliniques transversaux. Les secteurs cliniques transversaux suivants ont identifié les indicateurs clés de performance qui seront inclus dans leur bulletin de performance :

- Cheminement patient
- Service de laboratoire
- Services professionnels
- Santé publique
- Services médicaux

- Recrutement médical

À titre d'exemple nous vous présentons également une version finalisée du bulletin de performance pour le programme clientèle apprenant des soins intensifs. La finalisation des bulletins de performance avec les données se poursuit au courant des prochains mois. Il sera possible de présenter ces versions au comité dès l'automne 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

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.

Soumis le 23 mai 2024 par Brigitte Sonier Ferguson.

# Secteurs transversaux

# Cheminement patient

## Bulletin de performance

### Accès



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre de patient admis sans lit à l'urgence	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pourcentage des patients vulnérables acceptant des services de soins primaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultat patient



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Pourcentage de patients cas complexe avec congé médical	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de stabilisation des patients avec conditions aigus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Pourcentage des patients qui ont communiqué leur date prévue de congé (DPC)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux d'occupation globale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temps entre le congé médical et le départ du patient	<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	<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

# Services de laboratoire

## Bulletin de performance

### Accès



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Délais d'attente pour les services de laboratoire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Disponibilité des tests spécialisés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultat patient/client



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Délai moyen d'obtention des résultats pour les tests effectués en interne vs. externes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Résultats des sondages de satisfaction des patients	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Résultats des sondages de satisfaction des professionnels de la santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Coût moyen par test/analyse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux d'erreur dans les tests internes comparativement aux tests externes	<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

# Services professionnels

## Bulletin de performance

### Accès



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Temps d'attente moyen pour avoir un rendez-vous en clinique externe (toutes catégories de professionnels confondus)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultat patient/client



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Durée de séjour post chirurgie (PTG/PTH)	<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"/>

### Efficiency opérationnelle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de productivité directement relié aux patients par professionnel de la santé (75% et plus)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre de jours d'hospitalisation sauvée par le fonds d'urgence	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux d'absence au rendez-vous (no show)	<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

# Santé publique

## Bulletin de performance

### Accès



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de participation aux Évaluations du trotteur en santé par zone sanitaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultat patient/client



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux d'enfants ayant reçu une vaccination contre (MMR, VPH) par zone sanitaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux d'allaitement exclusif à 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 des participants aux programmes de la santé publique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de conformité de la démarche écologique des projets de promotion de la santé publique (aux 3 mois)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de maladies transmissibles (choisir une ITSS et une autre maladie) par zone sanitaire	<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

# Services médicaux

## Bulletin de performance

### Accès



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Temps entre la lettre d'offre et l'entrée en service (turnaround time)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats clients



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre de bris de service (garde des médecins)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Satisfaction de la clientèle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Sondage d'expérience employé (mieux-être) des médecins	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de médecins qui renouvellent leurs privilèges en temps opportun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de roulement	<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 - qualité de l'acte médical	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre d'incidents médicaux	<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

# Recrutement médical

## Bulletin de performance

### Accès



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre de postes vacants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre d'embauches	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Résultats clients



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Temps moyen de rétention	<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 du processus de recrutement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Efficiency opérationnelle



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Temps entre l'application et l'entrevue (Turnaround time)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temps entre l'entrevue et l'offre d'emploi (Turnaround time)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de roulement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Contre-indicateur de performance



	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Nombre de départ (raisons autre que retraite)	<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**  
Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2	T3	T4
Taux d'occupation des lits de soins intensifs	71.46	68.09	72.75	73.83 ↑

du trimestre précédent  
▲ 1.5%

Taux d'occupation des lits de soins intensifs

**Cible: 75**

**73.83**

**Effizienz opérationnelle**  
Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2
Durée moyenne de séjour au soins intensifs	4.09	3.95 ↓

**Résultat patient**  
Cliquez pour voir plus de détails

**Satisfaction de la clientèle**  
Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2	T3	T4
Taux de satisfaction globale au sondage des patients hospitalisés	100.00	95.83	94.44	98.73 ↑

**Contre-indicateur**  
Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2	T3
% Réadmission (retour aux soins intensifs après étage)	1.79	1.46 ↓	
% Réintubation aux soins intensifs	0.00	3.70 ↑	
Pneumonies acquises sous ventilation (PAV) par 1000 jours-ventilés	3.16	4.65	6.73 ↑

# SOINS INTENSIFS PCA

🔄 2024-05-08 6:20:35 PM

Année 2023-2024

Français English



## Taux d'occupation des lits de soins intensifs

Le taux d'occupation indique le degré d'utilisation des lits disponibles durant une période déterminée.

(Nombre de jours-patient/Nombre approuvé de jours-lit disponibles et dotés de personnel) X 100



Pourcentage



Diminution souhaitée



75.0

Année

All

Zone

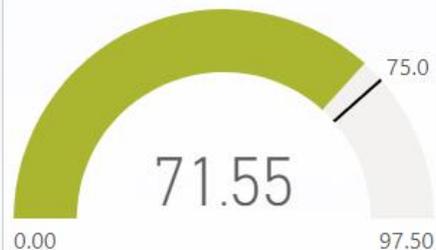
Zone 1B

Zone 4

Zone 5

Zone 6

### Comparaison avec la cible



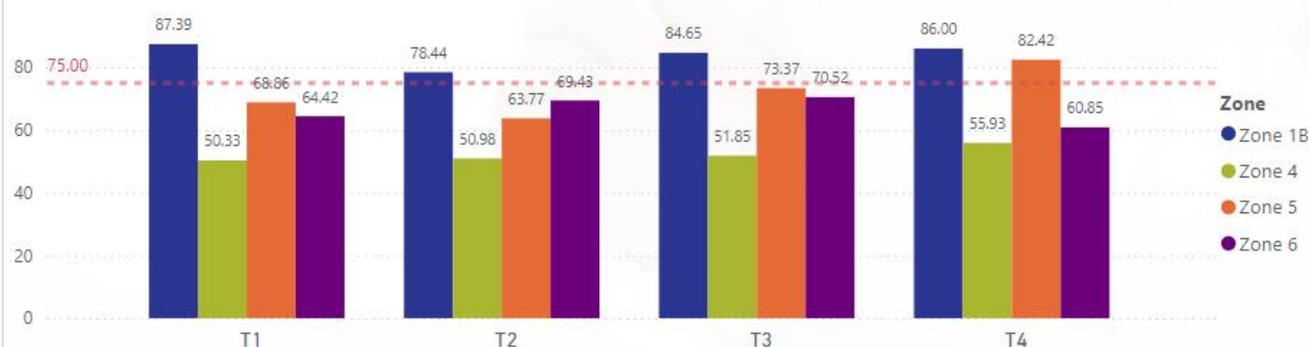
### Tendance trimestrielle par zone

Zone	T1	T2	T3	T4	Total
Zone 1B	87.39	78.44	84.65	86.00	<b>84.13</b>
Zone 4	50.33	50.98	51.85	55.93	<b>52.27</b>
Zone 5	68.86	63.77	73.37	82.42	<b>72.09</b>
Zone 6	64.42	69.43	70.52	60.85	<b>66.33</b>
<b>Total</b>	<b>71.46</b>	<b>68.09</b>	<b>72.75</b>	<b>73.83</b>	<b>71.55</b>

### Tendance mensuelle



### Tendance trimestrielle par zone



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

**Date :** 6 juin 2024

**Objet :** Rapport synthèse T4 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 4, 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 4, 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 14 mai 2024 par Brigitte Sonier Ferguson, VP Performance, Mission universitaire et Stratégies**

# Rapport synthèse QSPEP – T4

## Objectif :

Le présent rapport fut présenté au Comité de qualité de l'équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité le 8 mai 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 8 mai 2024 :

1. Appropriation des résultats pour le trimestre 4 et approbation des nouvelles recommandations découlant des comités de revue d'incidents ayant eu lieu entre le 8 février et le 31 mars 2024 (Annexe 1).
  - o **Aucune nouvelle recommandation n'a été émise des comités de revue qui ont été effectués au cours de cette période.**

<b>Constat</b>	<b>Action/suivi</b>
<i>88% des recommandations demeurent incomplètes 6 mois après avoir été émises (23/26). 82% de ces dernières sont considérés de niveau de risque modéré ou élevé.</i>	<i>Les VP sont invités faire des suivis réguliers avec leurs directeurs concernés pour s'assurer de la mise en œuvre des recommandations.</i>

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);

<b>Constat</b>	<b>Action/suivi</b>
<i>Les niveaux de déclaration liées aux <b>chutes</b> et aux <b>erreurs de médicament</b> sont stables.</i>	<i>Poursuivre les travaux entrepris, notamment la création du groupe de travail sur la prévention des chutes.</i>
<i>Les déclarations sur la <b>sécurité</b> continuent d'être en baisse notamment au Centre hospitalier Restigouche</i>	<i>Poursuivre le travail sur la réduction des contentions et la formation sur la désescalade.</i>
<i>Les déclarations sur les <b>plaies de pression</b> sont stables en termes de nombre, mais leur niveau de gravité est plus important sur une perspective annuelle.</i>	<i>Création d'un groupe de travail spécifique aux plaies de pression chapeauté par le secteur de la pratique professionnelle.</i>

# Rapport synthèse QSPEP – T4

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);

<b>Constat</b>	<b>Action/suivi</b>
<i>Le secteur des <b>urgences</b> est celui qui dénombre le plus de plaintes, notamment liées au <b>comportement</b> du personnel/corps médical et aux <b>attentes des patients</b> et au <b>temps d'attente</b></i>	<i>Entreprendre une analyse en profondeur avec le secteur des urgences dès que les données sur les plaintes seront accessibles sur PowerBI, permettant une meilleure manipulation et visualisation des données</i>
<i>En lien avec les soins donnés, une sous-catégorie de « <b>qualité des soins</b> », la zone 6 comptant à elle seule pour 48% des plaintes de cette catégorie, dont 80% imputables à l'Hôpital Chaleur</i>	<i>Entreprendre une analyse en profondeur pour comprendre la situation et apporter des changements.</i>

4. Voir à la mise en œuvre des suivis et recommandations en lien avec les résultats des sondages sur l'expérience des patients hospitalisés et les patients en psychiatrie (Annexe 4).

<b>Constat</b>	<b>Action/suivi</b>
<i>Pour la clientèle hospitalisée, la tenue en compte des <b>valeurs culturelles</b> est la question avec le plus faible taux de satisfaction pour le trimestre 4. Or, compte tenu qu'un grand nombre de réponses est « je ne sais pas », le faible résultat semble relié au fait que la question semble ne pas être comprise.</i>	<i>Réviser les questions posées avec le soutien du secteur de la recherche pour s'assurer de la compréhension des questions de la part du public cible.</i>
<i>Pour la clientèle de <b>psychiatrie</b>, la satisfaction à l'égard des <b>activités de jour</b> suit une tendance à la baisse.</i>	<i>Sensibiliser la direction de la santé mentale pour évaluation dans les différentes unités.</i>

5. Prendre connaissance de la progression en lien avec la démarche d'accréditation avec Agrément Canada (Annexe 5):
- **À la suite de la dernière reddition de compte à Agrément Canada, l'ensemble des preuves fournies ont été acceptées et le Réseau est encouragé à poursuivre ses efforts.**
  - **Le lancement officiel de la démarche vers la visite de 2026 a été lancé le 23 avril et se poursuit de façon personnalisée auprès des programmes et secteurs.**
6. Prendre connaissance du bulletin de performance du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient – volet stratégique

# Rapport synthèse QSPEP – T4

## Qualité, sécurité des patients et expérience patient

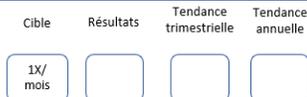
Bulletin de performance - stratégique



### Accès au service



Taux de gestionnaires accédant à leurs rapports QSPEP



### Efficiency opérationnelle



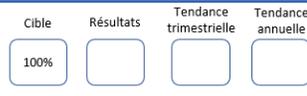
Taux de plaintes traitées à l'intérieur de 30 jours ouvrables



### Résultats clients



Taux de recommandations QSPEP séquencées dans les feuilles de route



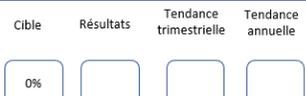
Taux de projets qualité dans les feuilles de route (10%)



### Contre-indicateur de performance



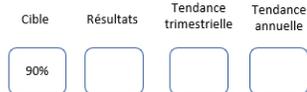
Taux de plaintes propres à Vitalité provenant d'une source externe (Ombud, Défenseur des aînés et des jeunes et/ou médiatisée)



### Satisfaction de la clientèle



Satisfaction des clients à l'égard des services QSPEP (plaignants et gestionnaires)



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

- **La tendance à la baisse du taux de plaintes traitées à l'intérieur de 30 jours ouvrables est attribuable à un effectif réduit au service de l'Expérience patient. Toutefois, la situation est revenue à la normale.**

## Opérationnalisation de la gestion intégrée de la qualité – projets pour le prochain trimestre (T2 2024-2025)

Au cours des trimestres 1 et 2 2024-2025, le secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient travaille sur les priorités et projets suivants :

1. Élaboration du cadre de référence en matière de gestion intégrée de la qualité;
2. Formation ceinture noire pour l'un de nos consultants en performance organisationnelle
3. Intégration des données sur les plaintes dans PowerBI
4. Configuration des tableaux de bord sur les incidents et les plaintes par programme clientèle apprenant
5. Sélection et mise en œuvre d'une nouvelle solution technologique pour le volet de la satisfaction de la clientèle
6. Refonte des rapports de reddition de compte à présenter au comité de la qualité et au comité sur la qualité des soins et la sécurité des patients (comité mixte de la qualité et de la gouvernance)
7. Plan d'action visant la transformation du secteur Expérience patient selon la nouvelle raison d'être
8. Redistribution des tâches entre les secteurs Qualité et Sécurité des patients
9. Accompagnement des équipes terrain dans la coordination de la démarche d'agrément avec Agrément Canada en vue de la visite de 2026
10. Projet pilote sur le concept des patients-traceurs auprès des cliniques intégrées de santé familiale
11. Coordination du dossier Diversité, équité, inclusion et lutte contre le racisme

# Rapport synthèse QSPEP – T4

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

### Contexte :

Les normes d'Agrément Canada ont été renforcées en matière de diversité, équité et inclusion ainsi que de lutte contre le racisme. De nouveaux critères figurent notamment dans les cahiers de normes Gouvernance, Leadership et Excellence des services.

La portée des critères est transversale et implique une co-gestion de plusieurs secteurs au sein de l'organisation, y compris une concertation auprès de partenaires communautaires, notamment les Premières nations.

Le Réseau doit emboîter le pas et s'activer à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action.

La surveillance du dossier est confiée au comité mixte de la gouvernance et de la qualité.

### Solution proposée :

- Le mandataire du dossier est PDG
- La reddition de compte sera assurée par le comité de la qualité
- Le Bureau de partenariat avec les patients et les familles agira à titre de coordonnateur, mais il est reconnu que plusieurs secteurs seront responsables de différents volets, notamment l'Expérience employé et l'Engagement.
- La consultation des patients-partenaires, des communautés et des employés est requise, laquelle prendra plusieurs formes.
- Les consultations terrain et auprès de communautés permettront d'élaborer un plan d'action pour les deux prochaines années
- Un groupe de travail opérationnel sera formé d'acteurs de différents niveaux et de patients-partenaires afin d'assurer la mise en œuvre du plan d'action

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

# Rapport synthèse QSPEP – T4

## ANNEXE 1 : Résultats pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2024

### 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>

- Chaque événement est analysé avec la collaboration des services concernés afin de cerner les améliorations à apporter, et ce, dans un but de prévenir la récurrence de ce type d'incident et d'assurer la sécurité des patients;
- Les incidents graves et ayant causé le décès sont transmis aux comités de revue pour une analyse des causes profondes et une mise en place de mesures pour prévenir que ce type d'incidents se reproduisent. Selon le cas, certaines mesures peuvent également être appliquées de façon régionale afin de réduire le risque qu'un incident de même nature ne se produise dans une autre zone du Réseau.

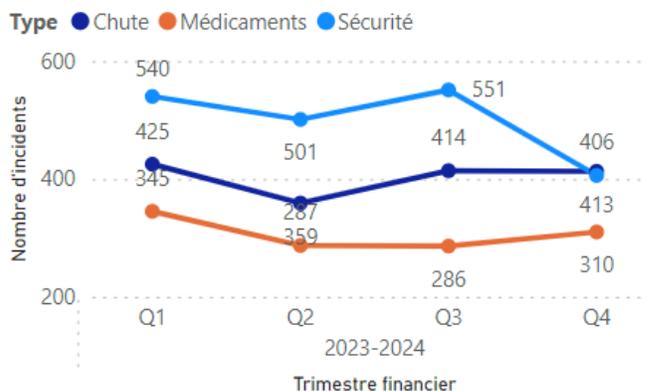


**SOMMAIRE DES RÉSULTATS QSPEP T3 (INCIDENTS (ANNEXE C), PLAINTES (ANNEXE D) ET COMITÉ DE REVUE (ANNEXE E))**

Dimension s de la qualité	Événements	Incidents ou plaintes (I ou P)	Pourcentage % (Total incidents = 1567; Total plaintes = 138)	Incident ayant nécessité une revue		Recommandations (Comité de revue)		
				Lieu	Catégorie	Faible	Modérée	Élevée
Sécurité	Sécurité (Comportements agressifs ou inappropriés)	I	57.6 25.91% pour tous les incidents de sécurité					
	Chutes	I	26.36					
	Médicaments	I	19.78					
	Traitements, analyses et procédés	I	20.42	Dumont - Unité de réadaptation (3F)	Plaie de pression/lésion	Aucune recommandation		
				Edmundston – Chirurgie 1	Plaie de pression/lésion	Aucune recommandation		
				Dumont - Unité d'oncologie (4D)	Plaie de pression/lésion	Aucune recommandation		
				Chaleur – Unité de soins prolongés (4 ouest)	Résultat inattendu	Aucune recommandation		
	Résultats des soins	P	12					
	Contrôle des infections	I	2.04					
	Divers	I	3.25					
	Solutions intraveineuses	I	1.4					
	Produits sanguins	I	0.83					
Suicide	I	-						
Services centrés sur l'utilisateur	Comportements du personnel	P	22.7					
	Qualité des soins	P	55.7					
	Communication	P	5					
	Politiques et règlements du Réseau	P	3					
	Environnement	P	8					
Pertinence	Types de soins donnés	P	27					
Accessibilité	Accès à des services	P	5					
	Temps d'attente	P	17					

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

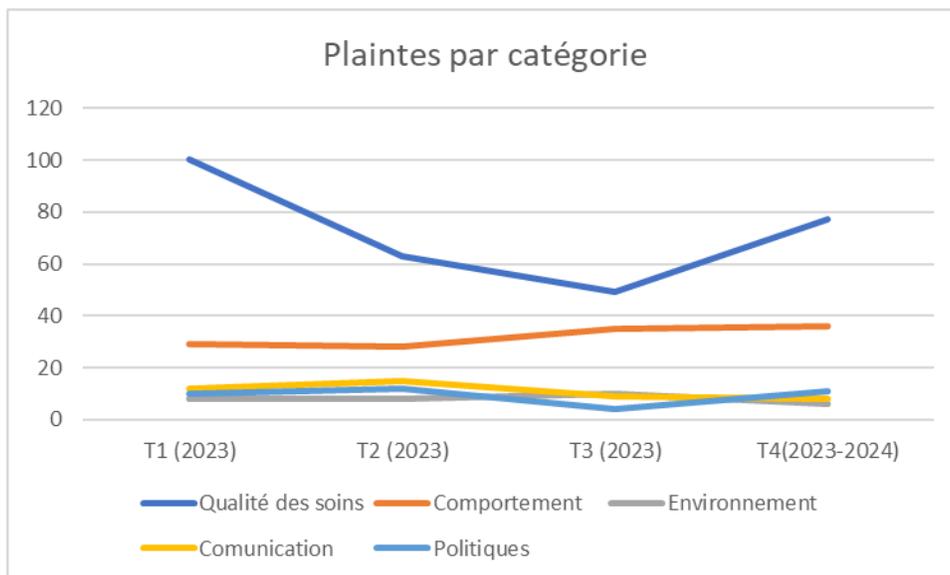
Tendances- catégories d'incidents les plus fréquents



POINTS DE SURVEILLANCE PAR CATÉGORIES D'INCIDENTS LES PLUS FRÉQUENTES				
Incidents	Catégories	Changement dernier trimestre (% ↑ ou ↓)	Tendance annuelle (↑↓→)	Interprétations / Actions / Suivis
Sécurité	- Toutes catégories confondues - Agitation / Gestes inappropriés	Sécurité ↓ 27.71% Agitation/Gestes inappropriés ↓ 38.6 %	↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une diminution des incidents de sécurité fut observée depuis le dernier trimestre financier. L'une des raisons de cette diminution vient d'une initiative de la part du CHR pour faire de la sensibilisation à réduire le nombre de contentions, augmenter les techniques de désescalade et de former davantage le personnel d'agence. Ce travail colossal est perçu avec cette diminution d'incidents rapportés dans cette catégorie.</li> <li>- <b>Suivi</b> : Continuer la surveillance et évaluer les résultats obtenus.</li> </ul>
Chutes (* Les chutes représentent jusqu'à 29 % des incidents subis par les patients hospitalisés. ICSP)	Toutes catégories confondues  - <u>Chute en marchant</u>	0%  ↑ 21.6%	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les chutes représentent en moyenne 37 % des incidents patient avant des niveaux de gravité léger, modéré ou grave;</li> <li>- Augmentation des chutes en position debout comparativement au trimestre précédent (majoritairement dans la Zone 1B), soit 40 en T4 comparativement à 29 en T3.</li> <li>- <b>Suivis</b> : Début des travaux du groupe de travail sur les chutes à venir en T1, mené par le secteur de la pratique professionnelle.</li> </ul>

POINTS DE SURVEILLANCE PAR CATÉGORIES D'INCIDENTS LES PLUS FRÉQUENTES				
Incidents	Catégories	Changement dernier trimestre (% ↑ ou ↓)	Tendance annuelle (↑↓→)	Interprétations / Actions / Suivis
Médicaments	Toutes catégories confondues	↑ 9.56%	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une augmentation de moins de 10% est notée, dont la majorité des conséquences sont d'aucune conséquence physique sur le patient. La majorité de l'augmentation est en lien avec la hausse du signalement des omissions de médicaments comparativement au trimestre précédent.</li> <li>- <b>Suivis</b> : Continuer la surveillance des variations des incidents de médicaments.</li> <li>- <b>Recommandation au comité</b> : Créer un tableau de bord de surveillance pour le comité de gestion des médicaments conditionnel au règlement du problème dans IRapport.</li> </ul>
Plaies de pression	Toute conséquence  Incidents préjudiciables (modéré et grave)	↓6.67%  ↓12.5 %	<b>Stable, mais ↑ des incidents graves au niveau annuel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre d'incidents de plaies de pressions est légèrement à la baisse comparativement au trimestre précédent. Il y a également une réduction des incidents modérés. <u>On note toutefois une augmentation des blessures graves relatives aux plaies de pression entre 2022-2023 et 2023-2024 (augmentation de 350%, soit 2 à 9).</u></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. Voir à ajouter le taux d'incidents de plaies de pression par 1000 jours/patient.</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
Qualité des soins	↑ 12%	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins donnés : tendance à la baisse jusqu'au trimestre 3 et par la suite une augmentation importante au trimestre 4. La zone 6 comptant à elle seule pour 48% des plaintes de cette catégorie, dont 80% imputables à l'Hôpital Chaleur. Les thèmes communs de cette catégorie sont : techniques de soins non sécuritaire, manque d'empathie et de douceur lors des soins.</li> <li>- Attentes des plaignants : les plaintes dans cette catégorie sont plus fréquentes dans les urgences (42%), dont Stella-Marie-de-Kent (27%), Tracadie (27%) et Dumont (27%). Les thèmes communs de cette catégorie sont : code de triage, le manque de personnel, soins de base, la prise en charge.</li> <li>- <b>Suivis</b> : une analyse approfondie des plaintes dans les urgences sera organisée lorsque les données seront accessibles via PowerBI. Un groupe de travail sera créé.</li> </ul>
Comportement	↓5%	↑	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La tendance annuelle est à la hausse. Les plaintes de cette catégorie sont plus fréquentes dans les urgences (39%), notamment à Dumont (36%) et Edmundston (29%). Les thèmes communs dans cette catégorie sont: Perception de manque d'empathie ou de</li> </ul>

POINTS DE SURVEILLANCE PAR TYPES DE PLAINTES LES PLUS FRÉQUENTS			
Type	Changement dernier trimestre (% ↑ ou ↓)	Tendance annuelle (↑↓→)	Interprétations / Actions / Suivis
			<p>professionnalisme de la part de membres du personnel ou du corps médical</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Suivis:</b> une analyse approfondie des plaintes dans les urgences sera organisée lorsque les données seront accessibles via PowerBI. Un groupe de travail sera créé.</li> </ul>

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

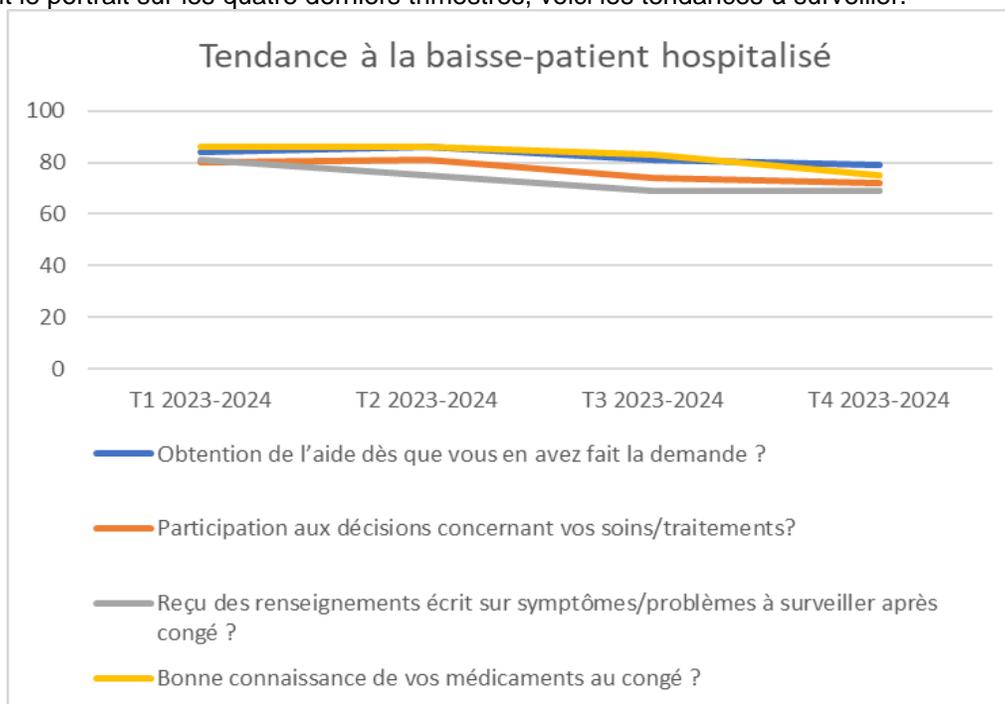
Les trois questions avec le plus faible taux de satisfaction pour les **patients hospitalisés** :

Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés *	T4 2023-2024 (%)
Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille ?	43
Tranquillité autour de votre chambre la nuit ?	64
Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé?	69

Les trois questions avec le plus faible taux de satisfaction pour les **patients hospitalisés -psychiatrie, pédopsychiatrie et traitement des dépendances**:

Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés *	T4 2023-2024 (%)
Suffisamment d'activité pour vous le soir ou fin de semaine?	24
Suffisamment d'activité pour vous le jour durant la semaine?	29
Les activités offertes vous intéressent-elles?	34

En faisant le portrait sur les quatre derniers trimestres, voici les tendances à surveiller.





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

**Date :** 6 juin 2024

**Objet :** Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2023-2024-T4

## Objectif

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

## Contexte

### Bureau des risques organisationnels

Registre de risque : Le secteur des technologies de l'information a analysé le contrat d'utilisation et les documents relatifs à l'outil d'HIROC. Le BRO va examiner le tout prochainement et prendre une décision à l'égard de l'outil offert par HIROC.

Indicateurs de performance : L'exercice d'identification des indicateurs de performance en lien avec la gestion des risques organisationnels s'est poursuivi avec comme objectif d'y insérer le cheminement des clients.

Règlements administratifs : La révision des règlements administratifs du Réseau s'est poursuivie auprès de la direction et de la chefferie médicale. Le BRO a aussi été consulté par rapport à la révision des règles du personnel médical qui découlent des règlements administratifs. Cet exercice se continuera lors du prochain trimestre et un arrimage avec le Réseau de santé Horizon est prévu.

Plan d'urgence – code orange : 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 est en cours et se poursuit. Les rencontres pour élaborer le plan d'urgence pour l'Hôpital régional Chaleur de Bathurst ont débuté.

Loi de Vanessa : Les présentations ciblées à l'intention des professionnels de la santé ont débuté. Les efforts de sensibilisation se poursuivront dans les prochains mois.

Gestion des contrats : La cartographie de chaque étape des processus d'engagement des dépenses et de signature des contrats incluant l'identification des intervenants clés s'est poursuivie. Ces processus sont intimement liés et doivent être alignés et bien compris par les gestionnaires du Réseau. Cette cartographie permettra donc 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.

Signature électronique : Le développement de la politique sur la signature électronique a été complété. Cette dernière est actuellement en phase de consultation formelle.

# Note exécutive

Intelligence artificielle : Une note exécutive et un mandat pour un groupe de travail sur l'intelligence artificielle ont été préparés et soumis à l'intention de l'Équipe de Leadership.

Cartes de chaleur : Les rencontres ont débuté avec le secteur des ressources humaines afin d'informatiser les cartes de chaleur avec l'ajout de scénarios (simulateur) et de projections.

Politiques du Conseil d'administration : 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 régions régionales de la santé*. Les 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

Les activités en cours permettront d'identifier et de réduire les risques organisationnels et d'établir des lignes directrices claires pour orienter les actions et les décisions de l'organisation.

## 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 les initiatives en vue du développement d'un registre des risques organisationnels;
- Finaliser les indicateurs de performance du secteur;
- Poursuivre la révision des règlements administratifs;
- Compléter le plan d'urgence de l'Hôpital régional Chaleur;
- Compléter la cartographie du processus d'engagement des dépenses et de signature des contrats;
- Voir à l'informatisation des cartes de chaleur (heat maps) ;
- Poursuivre la sensibilisation en vue du respect de la *Loi de Vanessa*.

# Note exécutive

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 AC :

1.2.3	L'instance de gouvernance veille à la pérennité de l'organisme.
3.1.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de politiques et de procédures efficaces liées aux fonctions et aux domaines sous la supervision de l'instance de gouvernance.
3.1.9	L'instance de gouvernance fait en sorte de rester informée des risques organisationnels, en temps opportun.

**Soumis le 16 mai 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, Sonia Bernatchez, directrice de la Gestion des risques organisationnels, Marc-André Leblanc, conseiller principal de la Gestion des risques organisationnels, Diane Mignault, directrice principale de la Gestion de l'information et des risques organisationnels et Catherine Rouanes, directrice principale de la Gestion de l'information d'entreprise et chef de la Protection de la vie privée.**

**Nom du comité :** Comité mixte Qualité et Gouvernance du CA

**Date :** 6 juin 2024

**Objet :** Rapport annuel 2023-2024– Confidentialité et protection de la vie privée

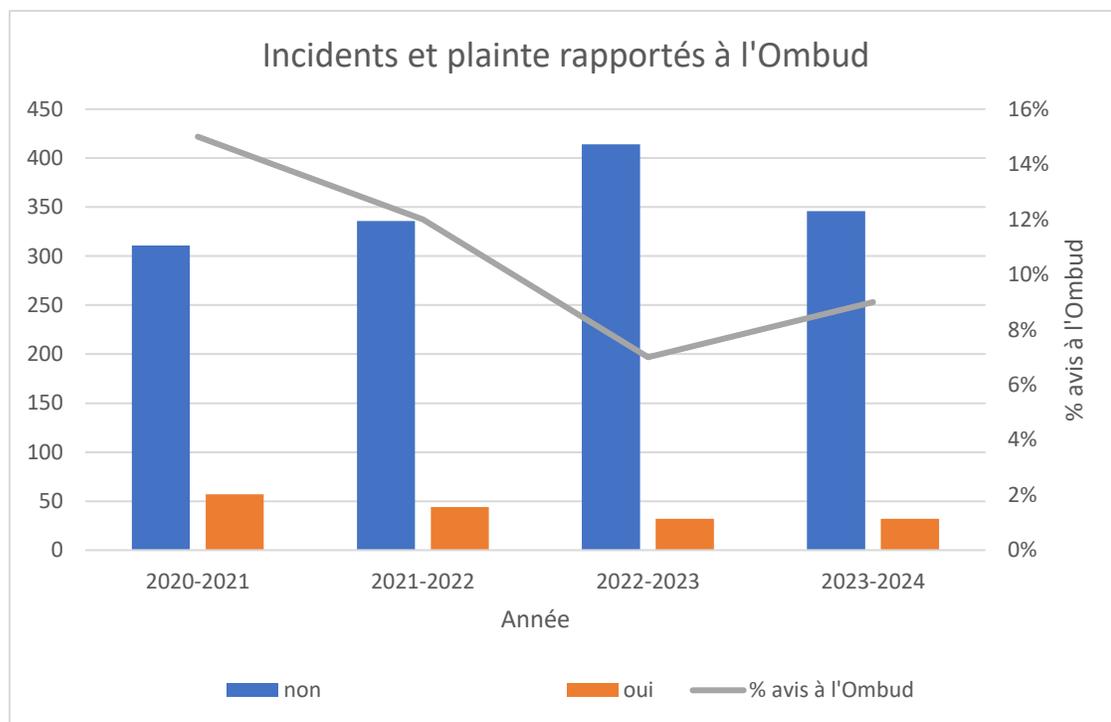
## Objectif

Le rapport annuel – Confidentialité et protection de la vie privée est présenté à titre d'information.

## Contexte

Les graphiques suivants illustrent les principaux incidents liés à la confidentialité et la protection de la vie privée pour 2023-2024 ainsi que les tendances depuis trois ans.

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



\*Ces données incluent les incidents hors service.

Lors de l'année 2023-2024, le Bureau de la vie privée a traité 378 incidents. De ces incidents, 32 constituaient une atteinte à la vie privée et ont été rapportées au Bureau de l'Ombud. Au total, 201 victimes ont été notifiées de ces atteintes.

La majorité des atteintes étaient reliées à deux incidents sérieux d'accès non-autorisés dans les dossiers médicaux électroniques faits par des employés du Réseau. Des mesures correctives et

# Note exécutive

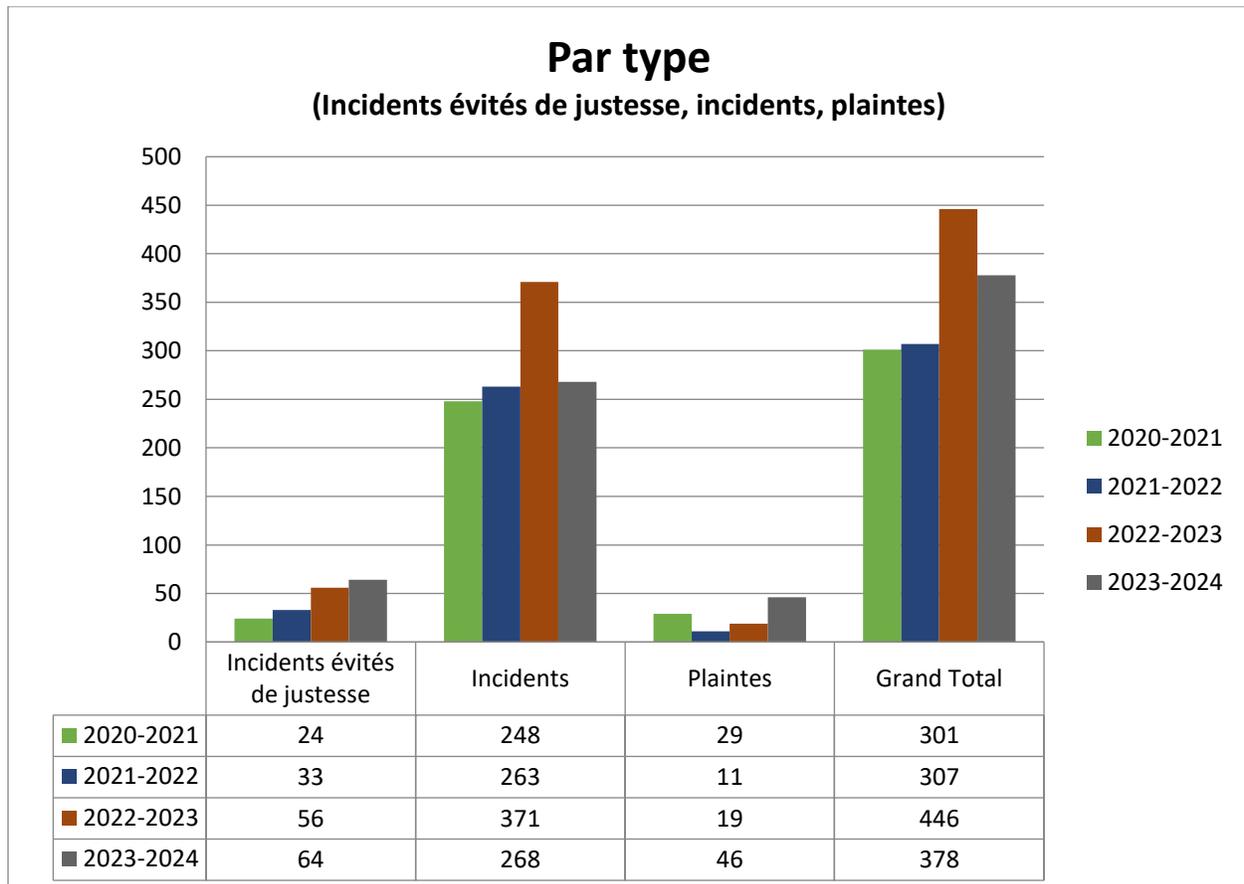
disciplinaires ont été appliquées à la suite de ces incidents et des formations ont été offertes à l'ensemble du personnel de ces secteurs, et ce, afin de prévenir que d'autres incidents similaires se reproduisent.

## 2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE

Exclus hors service								
Zone	2020-2021		2021-2022		2022-2023		2023-2024	
z1b	166	55%	183	60%	174	45%	137	41%
z4	46	15%	31	10%	56	14%	61	18%
z5	33	11%	32	10%	56	15%	44	13%
z6	56	19%	61	20%	101	26%	92	28%
	301		307		387		334	

Le total des incidents diffère de celui mentionné précédemment parce qu'il ne tient pas compte des incidents hors-services.

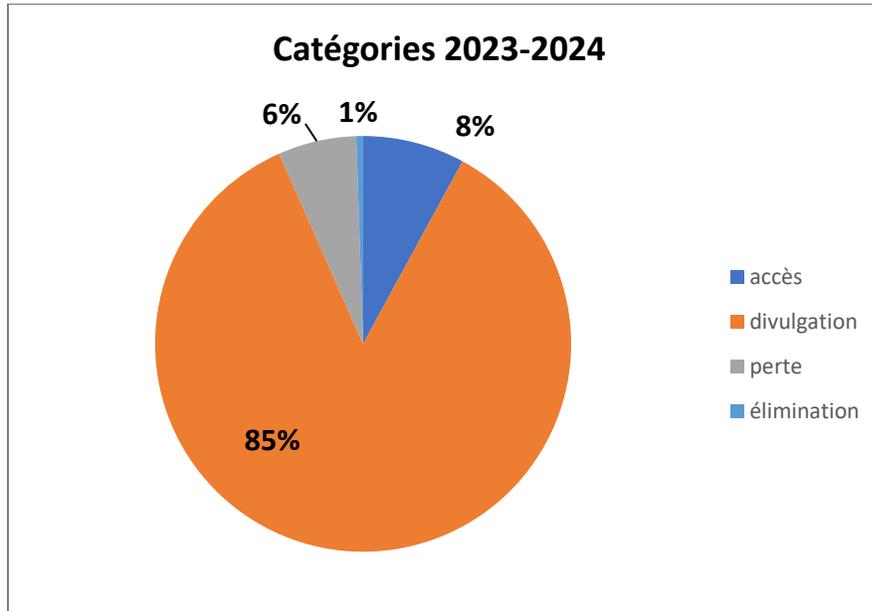
## 3. INCIDENTS PAR TYPE (inclus hors-service)



On remarque une augmentation des plaintes lors de l'année 2023-2024 comparativement aux années précédentes toutefois aucune tendance n'a été observée car il y a eu des augmentations dans chaque

catégorie. L'augmentation progressive du nombre d'incidents évités de justesse rapporté, proportionnellement au nombre d'incident total, est un indicateur d'une culture de sécurité auprès des employés.

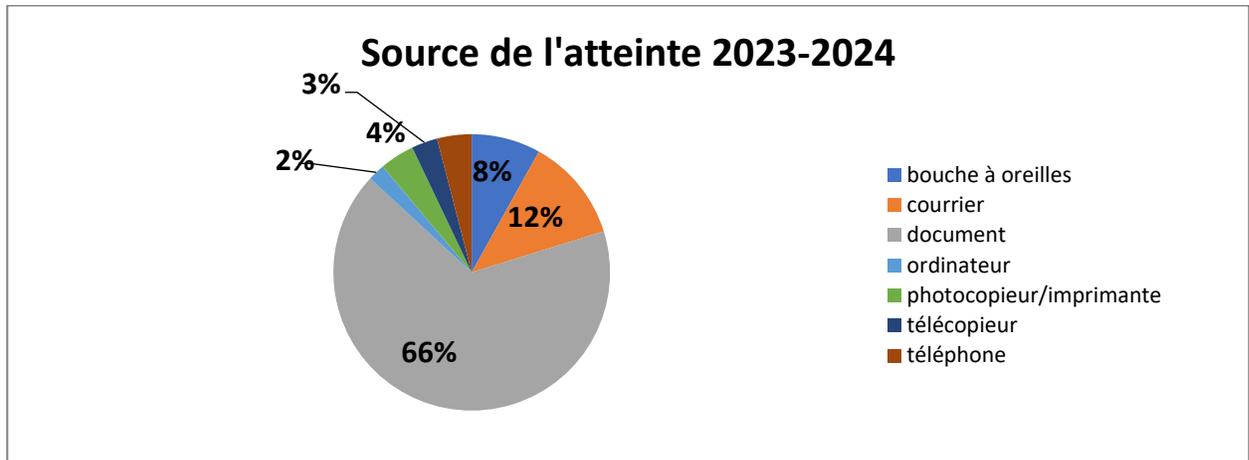
#### 4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE



La répartition des incidents par catégorie est comparable à celle de 2022-2023. Toutefois, le nombre de divulgation a augmenté de 6% lors de l'année 2023-2024, soit 85% comparativement à 79% l'an dernier. On remarque aussi une diminution de 7% pour les accès non-autorisés entre 2022-2023 et 2023-2024.

Il est à noter que tous les incidents reliés à l'élimination sont des événements évités de justesse, attribuable à des documents jetés par erreur mais qui ont pu être récupérés. En ce qui a trait aux incidents attribuables à une perte, ceux-ci sont à l'origine de documents ou de dossiers antérieurs de patients qui ont été perdus. Les efforts du Bureau de la vie privée en collaboration avec les employés du Réseau ont permis de retrouver 91% des documents égarés. Néanmoins, les recherches continuent pour les documents qui manquent toujours à l'appel, toutefois ces dossiers ont pu être reconstitués au complet.

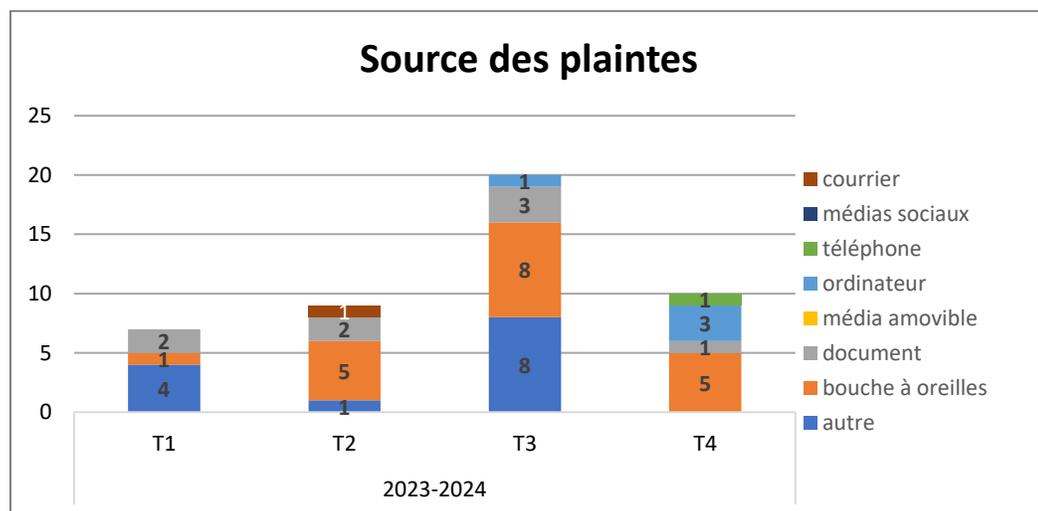
## 5. INCIDENTS PAR SOURCE DE L'ATTEINTE



Lors de l'année 2023-2024, ce sont les documents qui ont été la source d'atteinte principale. Le nombre d'atteinte relié aux documents a augmenté de façon considérable cette année, alors que seulement 22% des incidents étaient reliés à des documents en 2022-2023. Les autres catégories d'atteintes sont demeurées sensiblement les mêmes pour l'année 2023-2024, comparativement à 2022-2023, sauf pour les incidents liés aux courriers, qui ont diminués de 30%.

De plus, cette année, tous les incidents reliés au courrier sont en lien avec des documents mis au courrier interne des établissements du Réseau sans enveloppe. Une note de service a été diffusée à cet effet. De plus, de la sensibilisation auprès des secteurs concernés continue d'avoir lieu, afin d'assurer le respect de la politique en vigueur.

## 6. PLAINTES (SOURCES)

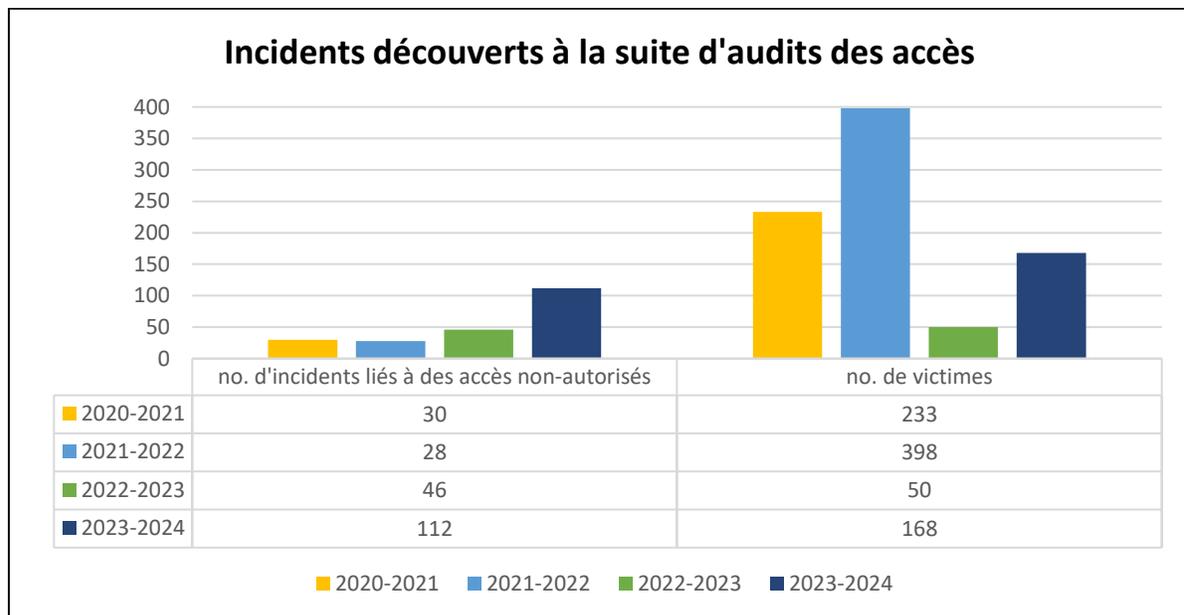


Les plaintes dont la source est la divulgation bouche à oreille demeurent le type de plainte le plus rapporté au Bureau de la vie privée en 2023-2024.

## 7. INCIDENTS HORS-SERVICES

En 2023-2024, le Bureau de la vie privée a traité 44 incidents hors-services, c'est-à-dire des incidents rapportés au Bureau de la vie privée, mais dont l'origine provient d'une autre organisation (Exemple : Réseau de santé Horizon, ministère de la Santé, IWK, cabinets privés de médecins, etc.). Le rôle du BVP est de communiquer à ces organisations l'incident et au besoin, de les aider dans l'analyse de la cause et dans les suivis. Ce nombre constitue une diminution par rapport à 2022-2023 où le total était 59.

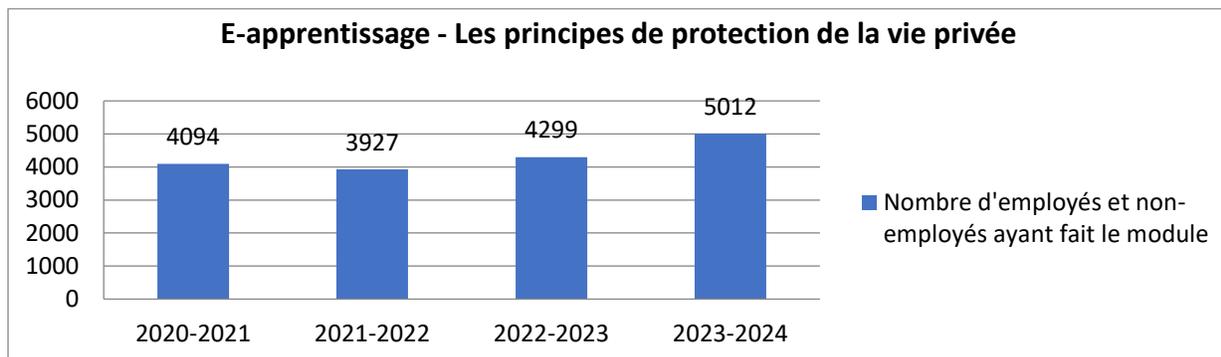
## 8. VÉRIFICATION DES ACCÈS



Il est à noter que lorsqu'un employé ou un non-employé accède à son propre dossier ou à celui de son enfant âgé de moins de seize ans, ceci est comptabilisé comme un incident, mais sans victime. Un suivi est toutefois effectué afin de cesser les mauvaises pratiques.

De plus, ces données présentent les audits faits dans MEDITECH, mais aussi dans IntraHealth et le dossier de santé électronique de la province (DSE).

## 9. MODULE E-APPRENTISSAGE



On remarque une augmentation du nombre d'employés ayant terminé la formation lors de l'année 2023-2024. Cela représente environ 59% de employés du Réseau, une augmentation d'environ 6% depuis l'année dernière.

### Solution proposée

Sans objet

### Avantages

Sans objet

### Désavantages

Sans objet

### Considérations importantes

La protection de la vie privée est une dimension essentielle de la qualité des soins.

Le Réseau effectue chaque année des activités pour assurer la conformité aux Lois en matière de protection de la vie privée telles que des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée pour les nouveaux projets/ initiatives qui impliquent des renseignements personnels sur la santé, des révisions des clauses de confidentialité dans les contrats et les ententes, des examens de demandes d'accès non-standard, des séances d'information et de sensibilisation, etc.

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 de 2023-2024, le BVP a répondu à 406 demandes de consultations.

De plus, le BVP a mis de l'avant plusieurs initiatives en 2023-2024 afin de promouvoir la protection de la vie privée. Par exemple, la préparation de notes de services pour favoriser la sensibilisation des employés sur des sujets pointus tel que le bon usage du courrier interne et des tubes pneumatiques, le signalement de problèmes de nature technique ou informatique, l'importance de la sélection du bon pourvoyeur de soins lors de l'enregistrement des patients et l'usage des appareils technologiques

# Note exécutive

personnels par les patients sur les unités de soins. Le BVP a aussi offert des séances d'orientation générale ou ciblée à plus de 340 employés et non-employés.

Des améliorations ont été apportées au logiciel d'audit afin de faciliter la production de rapports et d'effectuer plus efficacement la surveillance des accès. Un processus a été établi pour aviser les usagers du système lorsqu'ils accèdent à leurs renseignements personnels sur la santé à partir de leur compte d'utilisateur du Réseau.

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

## Suivi à la décision

### Priorités pour 2024-2025

- Développer un programme de protection de la vie privée pour le Réseau;
- Développer une stratégie de communication pour le Bureau de la vie privée;
- Compléter le projet sur les initiatives afin d'harmoniser les divers processus pour les accès électroniques des non-employés;
- Suivre et rapporter les indicateurs de performance organisationnelle en matière de confidentialité et de protection de la vie privée suivants :
  - Pourcentage des demandes de consultation qui sont assignées à un membre du Bureau de la vie privée à l'intérieur de dix jours ouvrables (Accès)
  - Temps total pour compléter la grille d'évaluation RA-289 (Efficience opérationnelle)
  - Pourcentage des incidents/ plaintes rapportés qui ont mené à une atteinte réelle (Résultats clients)
  - Taux de satisfaction des clients -à développer (Satisfaction)
  - Nombre de plaintes déposées directement au Bureau de l'Ombud (Contre-indicateur de performance)
  - Pourcentage des incidents rapportés qui ont trait à des accès non-autorisés (Contre-indicateur de performance)

# Note exécutive

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 AC :

3.5.7	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme protège la vie privée et tous les renseignements des intervenants.
3.5.8	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de systèmes de gestion de l'information efficaces, y compris de systèmes de sécurité de l'information.
3.5.9	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme gère le flux d'information et l'accès à l'information de façon à maximiser la qualité des soins offerts à l'utilisateur.

Soumis le 2024-05-14 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 à la Protection des renseignements personnels.