

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 1er octobre 2024, 13 h à 15 h 30
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	<b>Endroit :</b>	Teams
<b>Co-présidentes :</b>	Johanne Thériault Paulin Claire Savoie		
<b>Adjointes administratives :</b>	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

**Participants****Membres votants**

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

**Membres d'office**

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

**Membres invités - Qualité**

Dr Eric Levasseur	Annie Carré	Catherine Rouanes
Brigitte Sonier Ferguson	Marjorie Pigeon	Sonia Bernatchez
Marc-André Leblanc	Pierre Michaud	Gérald Richard
Rino Lang		

**Membres invités - Gouvernance**

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

**Avis de réunion**

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

**QUALITÉ**

13 h 06	<b>6. Approbation du procès-verbal du 6 juin 2024</b>	Décision
13 h 07	<b>7. Suivis de la dernière rencontre</b>	Information
	<b>8. Affaires permanentes</b>	
13 h 10	<b>8.1 Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients</b>	Information
13 h 20	<b>8.2 Rapport annuel 2023-2024 et T1 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient</b>	Information
13 h 35	<b>8.3 Rapport des risques organisationnels (T1)</b>	Information
13 h 50	<b>8.4 Révision et recommandation du plan de travail</b>	Décision
	<b>9. Affaires nouvelles</b>	
13 h 55	<b>9.1 Abolition du Comité consultatif des patients et des familles</b>	Information

**GOUVERNANCE**

14 h	<b>10. Approbation en bloc des procès-verbaux</b> <b>10.1 Procès-verbal réunion ordinaire du 6 juin 2024</b>	Décision
------	---	----------

	<p><b>10.2 Procès-verbal réunion extraordinaire du 11 juin 2024 (vote électronique – nomination des médecins chefs de zone)</b></p> <p><b>10.3 Procès-verbal réunion extraordinaire du 16 juillet 2024 (modification apportée au calendrier des réunions du Conseil d'administration et de ses comités)</b></p>	
14 h 01	<b>11. Suivis de la dernière réunion</b>	
	<p><b>11.1 Réflexion sur le processus de présentation des résultats des évaluations annuelles et mise à jour de la politique</b></p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Politique CA-140</p> <p>c) Évaluation des pairs</p> <p>d) Évaluation de la présidence d'un comité</p> <p>e) Activité des attentes</p> <p>f) Engagement collectif pour les rencontres d'équipe</p>	Information
	<p><b>11.2 Processus pour la tenue de réunions du Conseil d'administration à huis clos</b></p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Liste des membres du Comité exécutif</p>	Décision
	<p><b>11.3 Progression de la mise à jour des règlements administratifs</b></p> <p>a) Note exécutive</p>	Information
14 h 15	<b>12. Affaires permanentes</b>	
	<p><b>12.1 Recommandation d'un plan de formation annuel à l'intention du Conseil</b></p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Plan de formation annuel</p>	Décision
	<p><b>12.2 Révision et recommandation du plan de travail du Conseil d'administration</b></p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Plan de travail du Conseil d'administration</p>	Décision
	<p><b>12.3 Adoption des plans de travail des comités du Conseil d'administration</b></p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Plans de travail des comités du Conseil d'administration</p>	Décision
	<p><b>12.4 Révision des mandats des comités du Conseil d'administration</b></p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Mandats de travail des comités du Conseil d'administration</p>	Décision
	<p><b>12.5 Adoption des politiques révisées du Conseil d'administration</b></p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Politiques :</p> <p>CA-190 : Planification stratégique</p> <p>CA-240 : Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques</p>	Décision
	<p><b>12.6 Adoption d'une nouvelle politique du Conseil d'administration</b></p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Politique : CA-XXX : Élections des dirigeants du Conseil d'administration</p>	

	<b>12.7 Retrait d'une politique du Conseil d'administration</b> a) Note exécutive b) Engagement collectif pour les rencontres d'équipe – Règles de base c) Politique CA-360 : Mandat du Comité consultatif des patients et des familles	Décision
	<b>12.8 Profil de compétences des membres du Conseil d'administration</b> a) Note exécutive b) Processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration c) Profil de compétences des membres du Conseil d'administration	Décision
	<b>12.9 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration</b> a) Note exécutive b) Tableau d'évaluation des réunions à huis clos et publique, et de l'assemblée générale annuelle du 25 juin 2024	Information
<b>15 h 25</b>	<b>13. Affaires nouvelles</b>	
	<b>13.1 Modifications au niveau des membres invités du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients</b> a) Note exécutive b) Membres des comités du Conseil d'administration 2024-2025	Décision
15 h 29	<b>14 Date de la prochaine réunion : 17 décembre 2024 à 13 h</b>	Information
15 h 30	<b>15 Levée de la réunion</b>	Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

Point 6

<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 (P) Johanne Thériault Paulin		
<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	Annie Carré	A	Gérald Richard	A
Brigitte Sonier Ferguson	X	Marjorie Pigeon	X	Catherine Rouanes	X
Sonia Bernatchez	X	Marc-André Leblanc	X	Pierre Michaud	X

**Membres invités - Gouvernance**

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

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

La réunion est ouverte par Claire Savoie, coprésidente du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance. On souhaite la bienvenue à Catherine Rouanes, nouvelle directrice principale de la protection des renseignements personnel du secteur de la vie privée au Réseau de santé Vitalité.

**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 de la réunion est adopté tel que circulé.

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

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Tom Soucy

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 2 avril 2024**

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 2 avril 2024 est adopté tel que circulé.

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

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le procès-verbal du 2 avril 2024 soit adopté tel que circulé.

**Adoptée à l'unanimité.**

## 7. Suivis de la dernière rencontre (à titre d'information)

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.

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 du trimestre 1 2024-2025.

## 8. Affaires permanentes

### 8.1 Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients (à titre d'information)

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

On présente 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

On présente au comité, la progression de l'organisation dans le développement des modèles de bulletins de performance par programmes et secteurs cliniques transversaux. Ceux-ci ne sont pas encore peuplés de données. Les indicateurs sont en cours de développement et seront disponible pour la prochaine rencontre du comité. À ce moment, des faits saillants et points de surveillance de haut niveau seront rapporté au comité afin de leur permettre de s'acquitter de leurs responsabilités en matière de surveillance de la performance de l'organisation.

### 8.2 Rapport synthèse en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients (T4) (à titre d'information)

On présente le rapport de synthèse T4 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients. Le rapport résume les résultats, ainsi que les activités du Réseau en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients.

Quelques faits saillants du rapport :

- 1) Au niveau des plaintes, on a amorcé un travail avec l'équipe de gestion des urgences car c'est à ces endroits où il y a le plus de plaintes. Nos données sont plus accessibles et on peut davantage analyser en profondeur pour apporter des solutions concrètes
- 2) On a eu une troisième et dernière reddition de compte avec Agrément Canada en avril 2024.
- 3) Une séance de formation sera offerte à l'ensemble des membres du Conseil d'administration le 25 juin 2024 afin de débiter la préparation en lien avec le cahier de normes de gouvernance.

Le comité suggère quelques points d'amélioration au rapport :

- 1) Mieux distinguer les incidents qui mènent à des comités de revues.
- 2) Présenter les données de sorte à pouvoir mieux les comprendre.  
En collaboration avec l'équipe d'Analytique de santé, le secteur de la qualité est à prévoir une nouvelle présentation du tableau de bord qui intégrera notamment des volumes, des pourcentages, des taux par 1000 jours/présence ainsi que des cibles étalées sur une période de temps plus longue. Cela permettra une meilleure perspective pour dégager les tendances et identifier plus rapidement les écarts significatifs ou les bons coups.

Par ailleurs, des consultants en performance organisationnelle - Qualité ont été assignés à chaque VP et leurs directeurs afin de travailler de pair avec ces derniers. Ceci vise à mieux intégrer la qualité à travers les opérations. Au lieu de poursuivre avec des plans qualité séparés, les recommandations, projets et initiatives visant l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients seront intégrés à même les feuilles de route des VP, programmes clientèle apprenants et secteurs transversaux cliniques. Cette association vient de débiter.

### 8.3 Rapport synthèse du Bureau des risques organisationnels (T4) (à titre d'information)

On présente le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le quatrième trimestre de 2023-2024.

Points saillants :

- **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.
- **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.

- **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.

Lors de la prochaine rencontre, il y aura une amélioration au niveau de la façon dont le BRO présente l'information et le contenu dans la note exécutive.

On propose, dans le futur, de faire une formation avec les membres du Conseil sur le fonctionnement des cartes de chaleur.

#### 8.4 Rapport annuel du Bureau de la vie privée (2023-2024) (à titre d'information)

On présente le rapport annuel – Confidentialité et protection de la vie privée.

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 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.

##### 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 (Efficacité 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)

**9. Affaires nouvelles**

Réservé pour questions ou commentaires.

Les rapports annuels qui seront présentés à la prochaine rencontre du Conseil d'administration prévue le 25 juin 2024 seront partagés avec les membres du comité la semaine prochaine pour obtenir un consensus global par courriel.

Il est convenu que la coprésidente, Johanne Thériault Paulin présentera la section - Qualité et que la coprésidente, Claire Savoir présentera la section - Gouvernance

**GOUVERNANCE**

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

**Date :** 1<sup>er</sup> octobre 2024

**Objet :** Affaires découlant et suivis

## Résultat ou état futur recherché

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.

## Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Assurer l'évolution des dossiers, la prise en charge des recommandations et besoins du comité ainsi que l'amélioration continue de la qualité.

## Données ou information probantes à l'appui

Sans objet.

## Solution ou action 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	Une première édition du tout nouveau tableau de bord stratégique pour le volet qualité a vu le jour. Il comprendra progressivement des données sur les cibles et les tendances en matière de sécurité des patients.
Mettre en place un système de patients traceurs pour évaluer les services	Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient	L'initiative a été identifiée comme projet prioritaire pour le Réseau et est en phase de planification. Un cadre de référence est cours d'élaboration et un pilote sera expérimenté avec les nouvelles cliniques intégrées de soins de santé primaires.
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	Un nouveau format de rapport est présenté.
Mieux distinguer les incidents qui mènent à des comités de revues.	VP – Performance, Mission universitaire et Stratégies	Une bonification de l'information a été effectuée dans la section sur les comités de revue.

# Note exécutive

Actions	Responsables	Suivis
	Directrice Qualité, Sécurité des patients	
Présenter les données de sorte à pouvoir mieux les comprendre.	VP – Performance, Mission universitaire et Stratégies Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient Directeur Analytique de santé	Un nouveau format de rapport est présenté. Il comprend des données ramenées en ratio par 1000 jours-patients ou par 1000 visites. Des cibles sont identifiées ainsi que des tendances. D'autres améliorations verront le jour dans les prochaines éditions.
Faire une formation avec les membres du Conseil sur le fonctionnement des cartes de chaleur	Chef des risques organisationnels	Première étape : formation sur la gestion des contrats. Deuxième étape : formations pour l'Agrément. Troisième étape : formation sur les cartes de chaleur. Probablement en début d'année 2025.

## Risque lié à cette action ou inaction

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(s) à la décision

Sans objet.

## Agrément Canada

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

No de critère	Libellé
	Sans objet

## **Motion**

Sans objet.

**Soumis le 4 septembre 2024 par Marjorie Pigeon, directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient.**

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

**Date :** 1<sup>er</sup> octobre 2024

**Objet :** Performance des programmes clientèles apprenant et des secteurs cliniques transversaux

## Résultat ou état futur recherché

Que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance soit informé de la performance des programmes clientèles apprenants et des secteurs cliniques transversaux du Réseau de santé Vitalité, par le biais de bulletins de performance par programmes et secteurs, ainsi que de tableaux de bord pour chaque indicateurs clés de performance.

## Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Les bulletins de performance par programmes clientèles apprenants et par secteurs cliniques transversaux permettront au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance

## Données ou information probantes à l'appui

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 ou action 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) : L'accès; l'efficacité opérationnelle; les résultats patients; les contre-indicateurs de performance (qualité et sécurité); la satisfaction des clients.

Au courant de la dernière année, nous vous avons démontrés le travail des programmes clientèles et des secteurs cliniques transversaux dans l'identification des indicateurs clés de performances les plus pertinents à surveiller pour leur rendement. En date du 31 août 2024, nous sommes à **41% des indicateurs de performance disponible de façon automatisée dans les bulletins de performance par programmes clientèles apprenants et 0% des indicateurs de performance disponible de façon automatisée dans les bulletins de performance des secteurs cliniques transversaux.**

# Note exécutive

À titre d'exemple, nous vous présentons le bulletin de performance du programme clientèle apprenant Santé mentale et traitement des dépendances. Les données présentées sont pour l'année 2023-2024.

Le secteur de l'analytique en matière de santé a pris du retard dans la mise à jour et le développement et la programmation de ces indicateurs à cause de priorités organisationnelles conflictuelles, dont l'élaboration des tableaux de bord par gestionnaire, ainsi que des tableaux de bord pour la qualité et sécurité. Nous sommes présentement à identifier des stratégies pour bonifier les ressources humaines au sein de cette équipe afin de répondre à la demande grandissante en intelligence d'affaire.

Nous espérons présenter les bulletins de performance des programmes clientèles apprenants à la prochaine rencontre du comité mixte de la qualité et de la gouvernance.

## Risque lié à cette action ou inaction

Il est primordial de rendre des bulletins de performance complets pour tous les programmes et secteurs au comité mixte de la qualité et de la gouvernance afin de lui permettre de s'acquitter de ses responsabilités en matière de surveillance du rendement organisationnel.

En contrepartie, il est important de rassurer le comité que l'organisation surveille régulièrement les indicateurs clés de performance les plus prioritaires et rend compte du rendement organisationnel par rapport à ces indicateurs dans les rapports trimestriels, ainsi que dans la mise à jour de la planification stratégique apprenante en continu et de la performance organisationnelle lors du huis-clos des réunions régulières du conseil d'administration.

## 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(s) à la décision

Aucune décision recherchée. Soumis à titre d'information.

## Agrément Canada

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

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
-------	--

## Motion

**Soumis le 1<sup>er</sup> octobre 2024 par Brigitte Sonier Ferguson, V.-p. principale – Performance, mission universitaire et stratégies.**

**Accès**  
Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2	T3	T4
Pourcentage de patients vus dans les temps pour les services communautaires	51.02	41.53	50.43	44.71 ↓
Temps d'attente médiane pour thérapie à séance unique (TSU)	7.92	9.10	5.80	6.83 ↑

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

	T1	T2	T3	T4
% de patients NSA dans les soins aigus (psychiatrie)	5.57	4.95	4.75	4.55 ↓
Durée moyenne de séjour des cas typiques	9.84	9.88	10.64	9.52 ↓

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

	T1	T2	T3	T4
Nombre de codes blancs nécessitant des contentions	200.00	238.00	257.00	141.00 ↓

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

	T1	T2	T3	T4
Taux de satisfaction des usagers	91.53	88.33	94.86	93.13 ↓

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

	T1	T2	T3	T4
Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale ou d'utilisation de substances	9.52	9.64	6.07 ↓	
Pourcentage de postes vacants	9.90	9.62	9.34	10.29 ↑

**du trimestre précédent**  
▼ 11.4%

Pourcentage de patients vus dans les temps pour les services communautaires  
**Cible: 4699**  
**44.71**

**du trimestre précédent**  
▲ 17.8%

Temps d'attente médiane pour thérapie à séance unique (TSU)  
**Cible: 6.83**  
**6.83**

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

**Date :** 1<sup>er</sup> octobre 2024

**Objet :** Rapport annuel 2023-2024 et T1 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient

## Résultat ou état futur recherché

Le rapport est soumis au comité à titre informatif. Il permet de faire état des travaux du Réseau en matière de qualité des soins, de sécurité des patients et d'expérience patient.

## Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Le rapport synthèse en pièce jointe résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient pour l'année 2023-2024 ainsi que le premier trimestre de l'année 2024-2025, 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 90jours

## Données ou information probantes à l'appui

Voir le rapport ci-joint.

## Solution ou action 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 haute qualité;
- 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.

## Risque lié à cette action ou inaction

Les suivis permettent d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients.

## 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(s) à la décision

Poursuite des travaux en cours.

## Agrément Canada

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

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.

## Motion

**Soumis le 6 septembre 2024 par Brigitte Sonier Ferguson, VP Performance, Mission universitaire et Stratégies.**

# Rapport sommaire qualité, sécurité des patients et expérience patient

- *Annuel 2023-2024*
- *T1 – 2024-2025*

À l'intention du comité mixte de qualité et de gouvernance

Direction de la gestion intégrée de la qualité et de  
l'expérience patient

Édition 13 septembre 2024



# Table des matières

Introduction	3
Rapport annuel 2023-2024	4
Rapport trimestriel 1 – 2024-2025	10
<i>Tableau de bord stratégique – trimestriel 1 2024-2025</i>	18
Travaux des programmes clientèle apprenants	24
Travaux des secteurs cliniques transversaux	25
Agrément Canada	26
Partenariat patient	27
Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme	28
Travaux et défis du secteur QSPEP	29
Références et définitions	30

# Introduction

Le rapport sommaire résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient pour l'année 2023-2024 ainsi que le premier trimestre de l'année 2024-2025, 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

# Rapport annuel 2023-2024

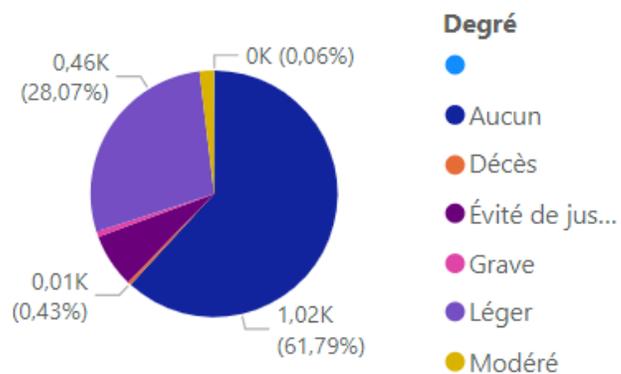
# Principaux constats pour l'année 2023-2024 et actions prises/planifiées pour 2024-2025

## Incidents et revues de qualité

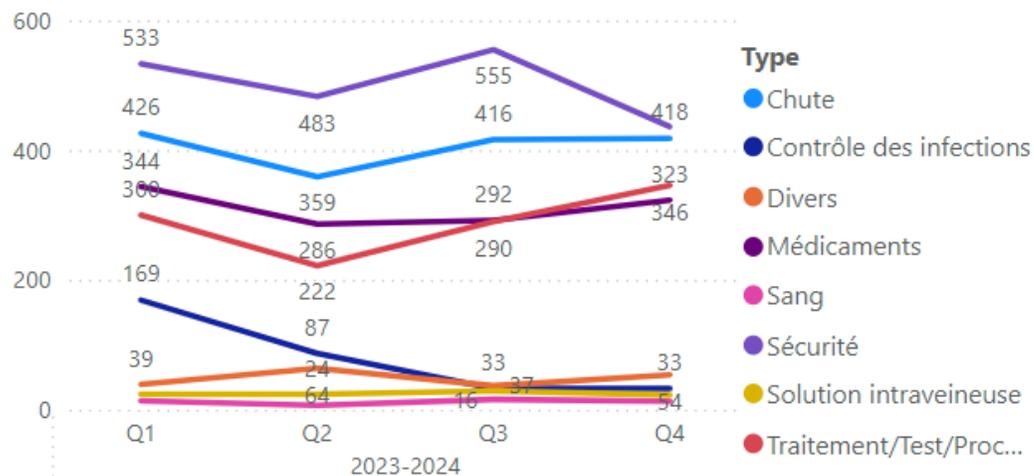
Constats 2023-2024	Actions prises/planifiées 2024-2025
<p>6 695 incidents rapportés. Les plus courants sont:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sécurité: 2 006 rapports La majorité sont rapportés au CHR</li><li>2. Chutes: 1 619 rapports</li><li>3. Erreurs de médicaments: 1 245 rapports</li></ol>	<p>CHR: révision du protocole sur les contentions, analyse des codes blancs, formation sur désescalade.</p> <p>Création d'un groupe de travail spécifique sur les chutes et révision du programme de prévention des chutes et de l'application de la pratique organisationnelle requise afférente (à venir au T3 2024-2025)</p> <p>Meilleur arrimage avec comité de gestion des médicaments</p>
<p>29 revues qualité, dont 13 à la zone 1B. Les incidents découlant de lésions de pression, de chutes et de résultats inattendus représentent 72 % des revues effectuées</p>	<p>Intégration des recommandations dans les feuilles de route des VP et directeurs concernés pour séquençage et mise en œuvre. Les recommandations incomplètes nécessitent des actions diverses, mais plus communément l'élaboration ou la révision de politiques, procédures ou formulaires.</p>

# Incidents 2023-2024

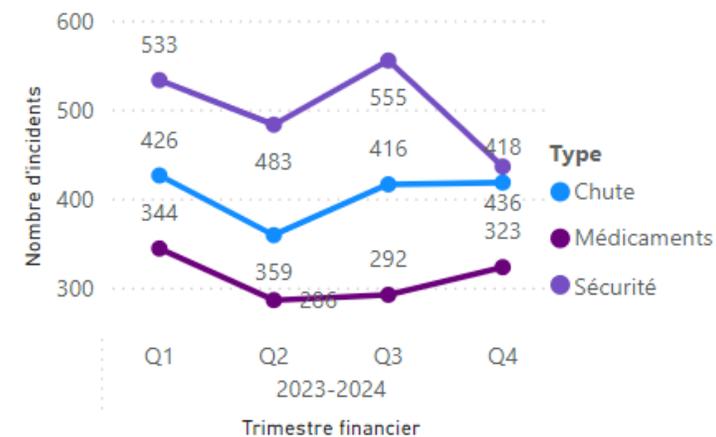
Pourcentage des incidents par gravité



Nombre d'incidents par type



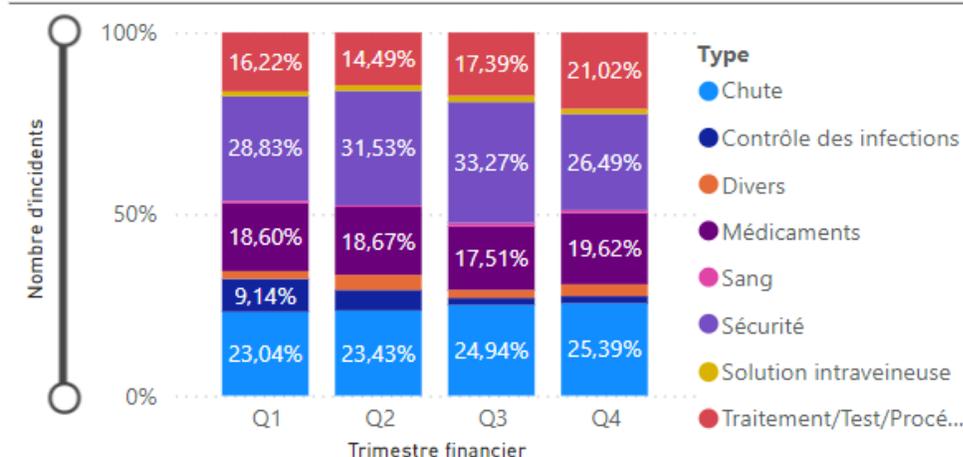
Tendances- catégories d'incidents les plus fréquents



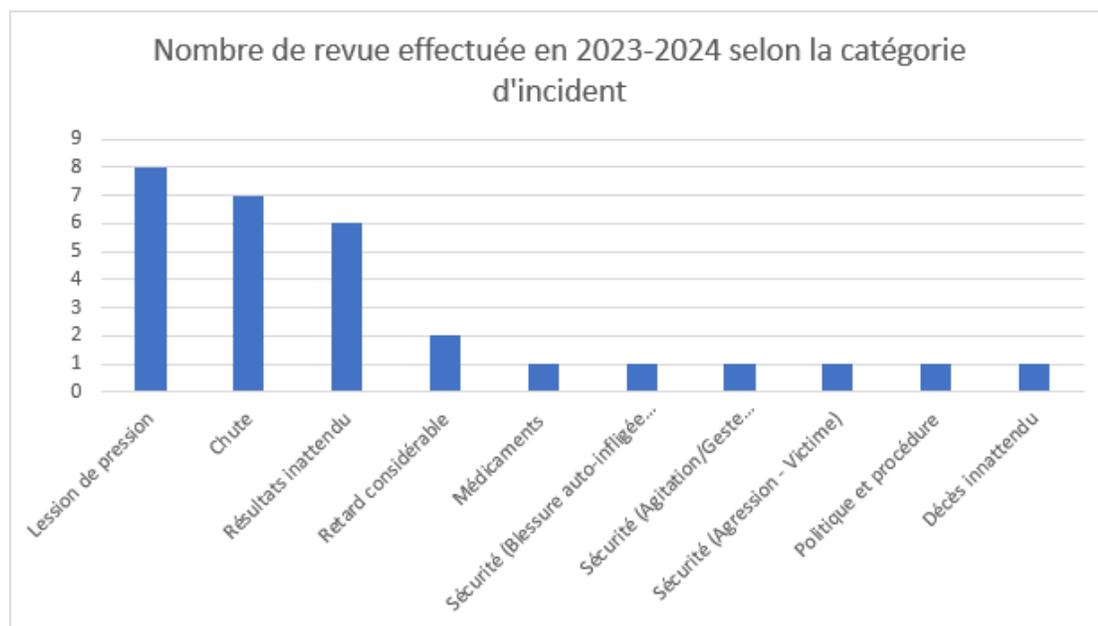
Nombre d'incidents signalés dans le Réseau de Santé Vitalité



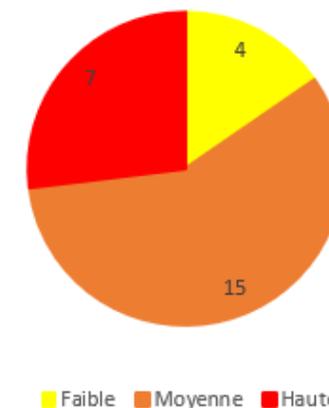
Pourcentage des types d'incidents (patient et non-patient)



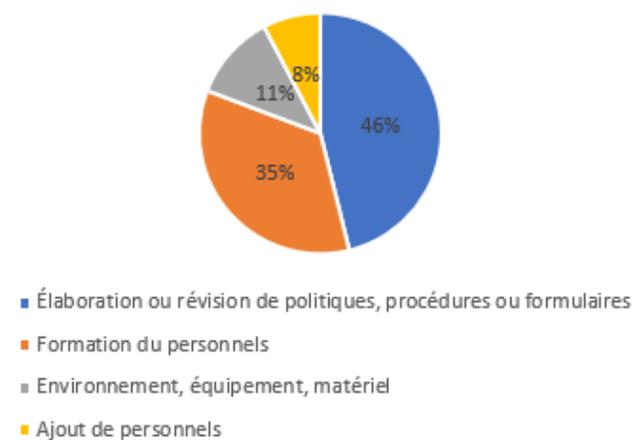
# Revue de qualité 2023-2024



## Recommandations qui demeurent incomplètes



## Type de recommandation



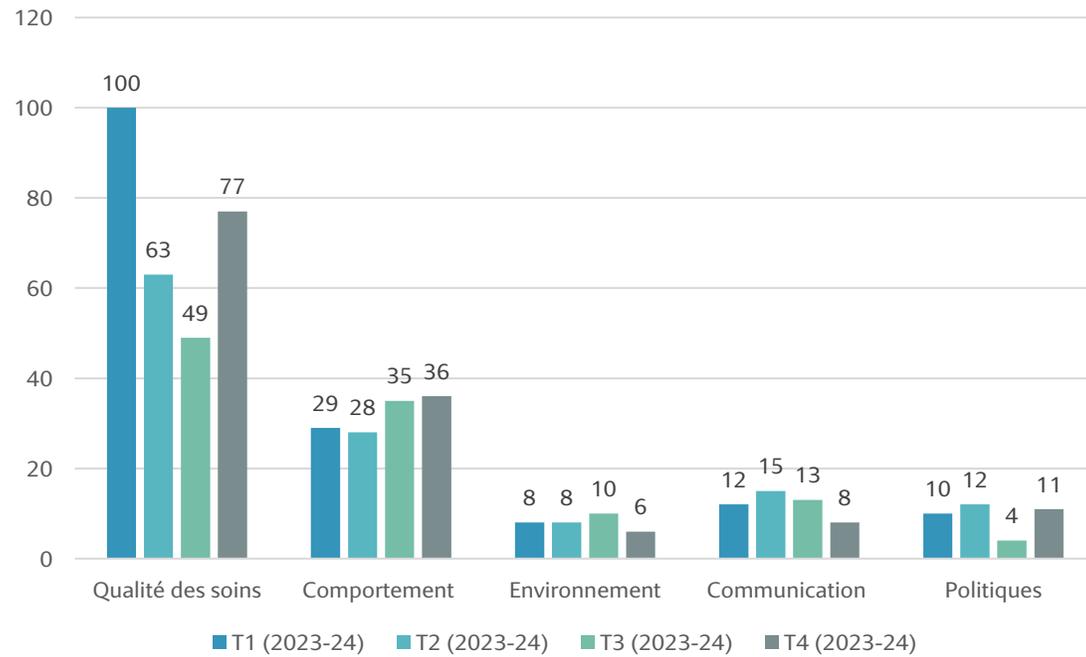
# Principaux constats pour l'année 2023-2024 et actions prises/planifiées pour 2024-2025

## Plaintes

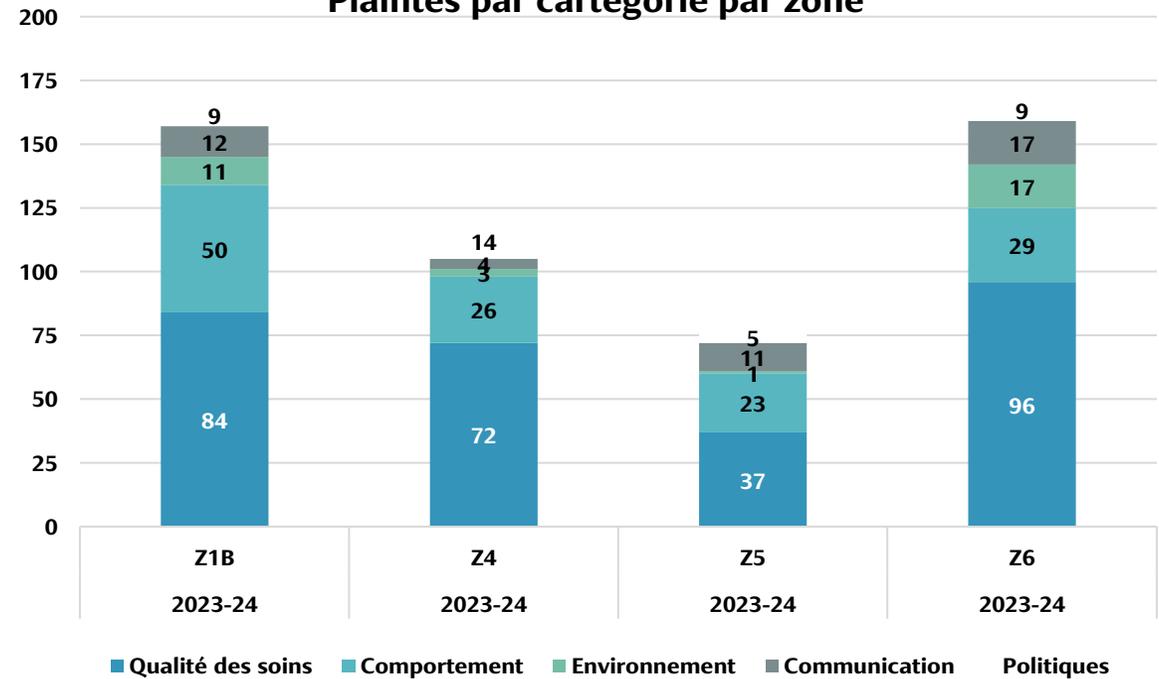
Constats 2023-2024	Actions prises/planifiées 2024-2025
<p>534 plaintes. Les plus courantes sont:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Qualité des soins</li><li>2. Comportements</li><li>3. Communication</li></ol> <p>Une grande proportion des plaintes proviennent des urgences.</p>	<p>Analyse des plaintes à l'urgence et plan d'amélioration</p> <p>Meilleure utilisation des données par les programmes et secteurs pour apporter des changements significatifs</p> <p>Modèle de soins: intégration des patients et des familles</p>

# Plaintes 2023-2024

Plaintes par catégorie par trimestre



Plaintes par catégorie par zone



# Rapport trimestriel 1 – 2024-2025

# Principaux constats et actions prises – T1 24-25

## Incidents et revues de qualité

Constats	Remarques	Suivis
<b>1687 incidents rapportés. Les plus courants sont:</b>		
<b>1.Sécurité:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 459 rapports En hausse de 12,1% Hausse des gestes inappropriés de 38% L'unité de psychiatrie légale du CRH est particulièrement ciblée</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Augmentation des incidents de sécurité notable dans plusieurs centres, dont le CHR, l'Hôpital Régional de Campbellton et l'Hôpital Régional d'Edmundston.</li><li>• Incidents d'agitation et de geste inapproprié: hausses notées au CHR, Hôpital Régional de Campbellton et Hôpital Régional d'Edmundston également.</li><li>• Agitation: les déclarations ont doublé sur les unités de psychiatrie aigüe des hôpitaux régionaux d'Edmundston et de Campbellton. Pour le CHR, l'augmentation la plus notée fut sur l'unité de psychiatrie légale F1 (28 incidents avec 15 patients identifiés).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prévoir des rencontres avec les gestionnaires des unités dont les incidents sont en hausse pour identifier les causes possibles et offrir des recommandations (sous forme d'évaluation de risques). Le cas de l'unité de psychiatrie de l'hôpital de Campbellton (7 incidents) est en cours d'appui légal.</li></ul>

# Principaux constats et actions prises – T1 24-25

## Incidents et revues de qualité

Constats	Remarques	Suivis
<b>1687 incidents rapportés. Les plus courants sont:</b>		
<b>2. Traitement/test/procédure:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><b>385 rapports</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Le nombre d'incidents de traitements à la hausse provient du CHU Dumont et de l'Hôpital Régional d'Edmundston. Il n'y a pas de corrélation pour les incidents de l'Hôpital régional d'Edmundston.</li><li>14 incidents identifiés à la clinique externe du CHUGLD. Tous les incidents sont reliés à une seule situation. Les mesures d'améliorations furent apportées pour prévenir une récurrence future.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ajuster le processus d'envoi des spécimens de la clinique externe vers le laboratoire mis en place par la gestionnaire et le gestionnaire adjoint des cliniques externes de la Zone 1B</li><li>38 des 63 incidents d'échantillons au CHUGLD proviennent du service de laboratoire (toute spécialité confondue).</li><li>Planifier une rencontre avec la gestionnaire du service de laboratoire du CHUGLD afin de voir le besoin de soutien et possibilité de faire une évaluation des risques.</li></ul>

# Principaux constats et actions prises – T1 24-25

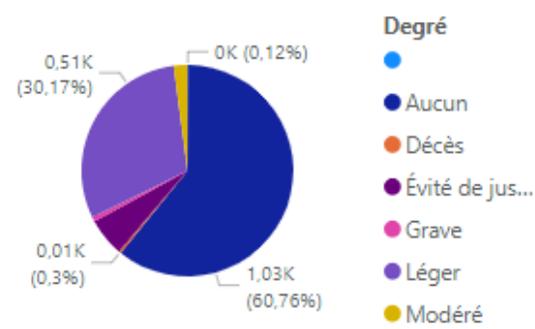
## Incidents et revues de qualité

Constats	Remarques	Suivis
<b>1687 incidents rapportés. Les plus courants sont:</b>		
<b>3. Chutes:</b>  • <b>354 rapports</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>On note une diminution des déclarations de chutes de 6.8% par rapport au trimestre dernier, et ce, dans presque tous les centres</li></ul>	nil

# Tableau de bord sur les incidents

## Vitalité - Tableau sommaire des incidents

### Pourcentage des incidents par gravité

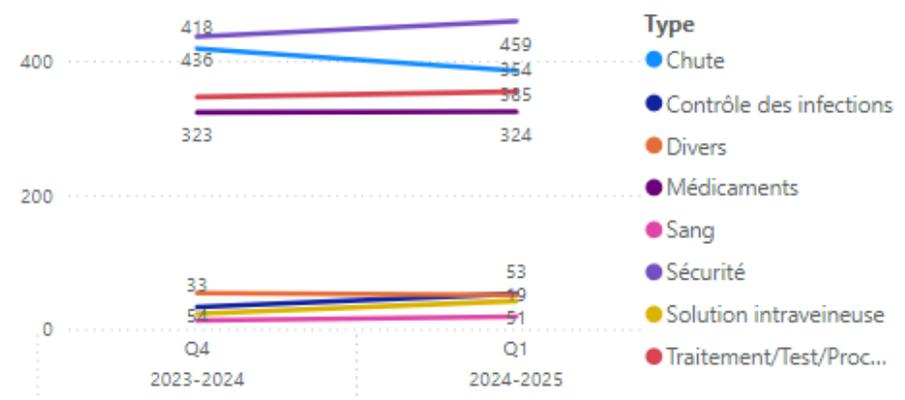


**1687**

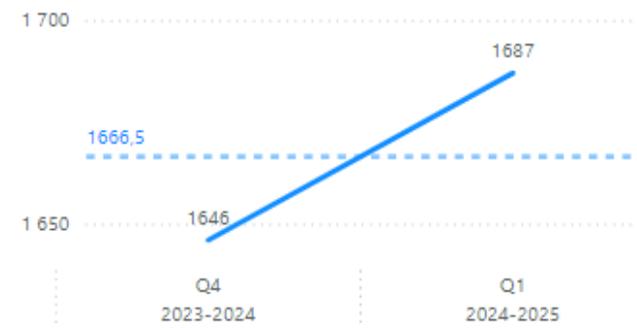
Nombre total d'incidents

Source : iRapport

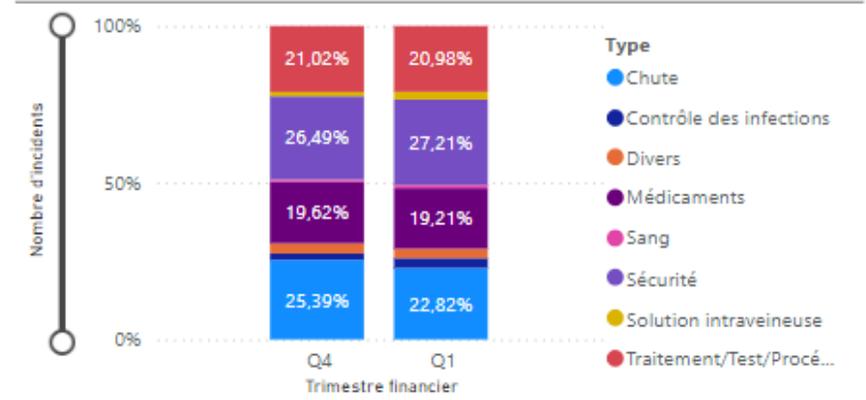
### Nombre d'incidents par type



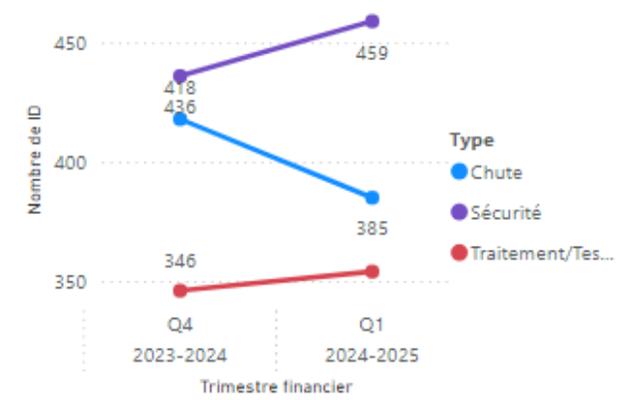
### Nombre d'incidents signalés dans le Réseau de Santé Vitalité



### Pourcentage des types d'incidents (patient et non-patient)



### Tendances- catégories d'incidents les plus fréquentes



# Principaux constats et actions prises – T1 24-25

## Incidents et revues de qualité

Constats	Remarques	Suivis
11 revues qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>7 pour des chutes</li> <li>2 nouvelles recommandations à approuver</li> </ul>	Le comité de la qualité a approuvé les deux recommandations à sa rencontre du 18 septembre

### Nouvelles revues effectuées entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 juillet 2024

PCA/Secteur	Type d'incidents	Recommandations Incomplètes		
		Faible	Modérée	Élevée
Santé des aînés	Chute	Aucune recommandation		
	Chute			
Santé mentale et traitement des dépendances	Divers	Aucune recommandation		
	Suicide en communauté			
	Suicide en communauté			
Médecin générale	Plaie de pression/lésion	Aucune recommandation		
	Chute			
	Chute			
	Chute	2		
Mère-enfant-jeune	Chute	Aucune recommandation		
Chirurgie	Chute	Aucune recommandation		

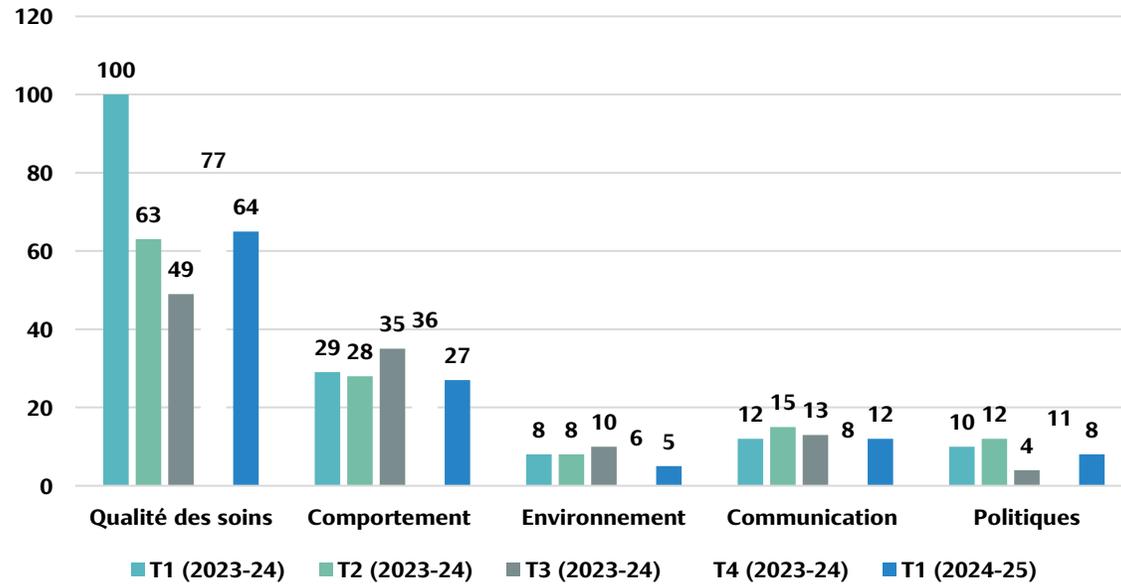
# Principaux constats – T1 24-25

## Plaintes

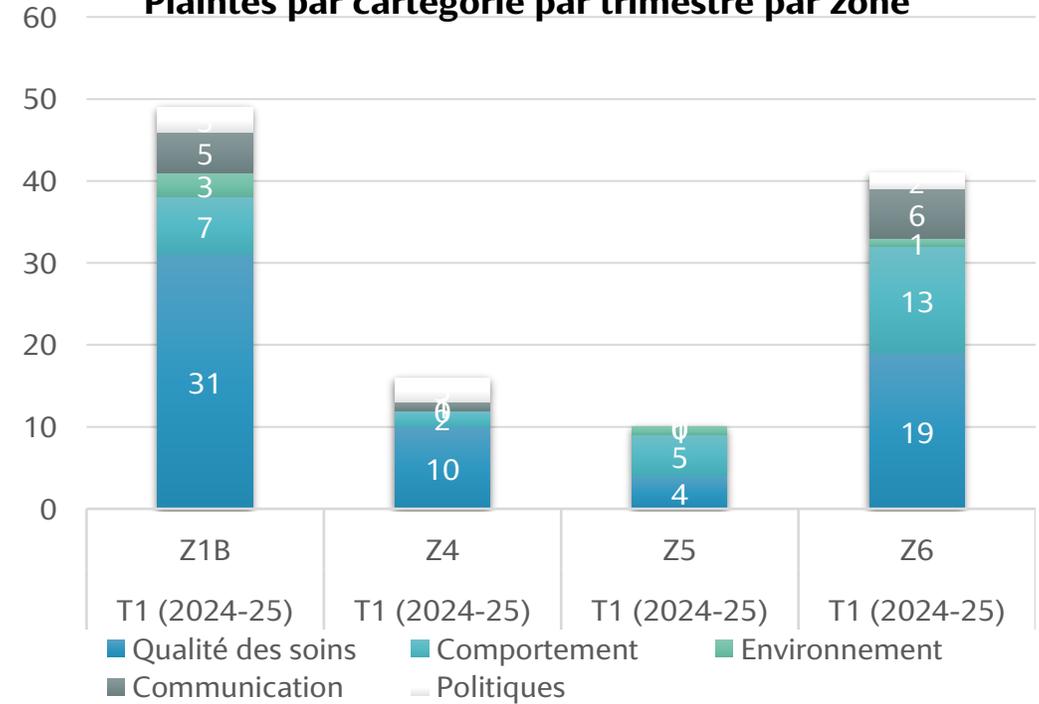
Constats	Remarques	Suivis
<b>116 plaintes. Les plus courantes sont:</b>		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Qualité des soins</li><li>2. Comportements</li><li>3. Communication</li></ol> <p>Une grande proportion des plaintes provient des urgences.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans l'ensemble du Réseau, le nombre total de plaintes a diminué de 15% par rapport au trimestre précédent, passant de 138 à 116. On constate notamment une diminution augmentation des plaintes dans toutes les catégories, à l'exception des plaintes liées à la communication passant de 8 à 12.</li><li>• Dans les plaintes relatives à la qualité des soins, les « attentes des patients » représentent 38% des plaintes et proviennent principalement du service des urgences (41%).</li><li>• Les plaintes relatives au comportement représentent 23 % du total et proviennent de différents services. La majorité des plaintes de cette catégorie relèvent de la sous-catégorie « personnel infirmier » et de la sous-catégorie « Autre personnel ». La majorité de ces plaintes concernaient le choix des mots, le ton de la voix, le manque d'empathie, le manque de politesse, le manque de douceur lors des soins et le sentiment d'être ignoré.</li></ul>	<p>Analyse des plaintes à l'urgence et plan d'amélioration</p> <p>Meilleure utilisation des données par les programmes et secteurs pour apporter des changements significatifs</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Modèle de soins: intégration des patients et des familles</li></ul>

# Plaintes – T1 24-25

## Plaintes par catégorie par trimestre



## Plaintes par catégorie par trimestre par zone



# Tableau de bord stratégique - comité de la qualité

Icone	Section	Classement	Indicateur	Valeur	Tendance
	<b>Accès</b> Cliquez pour voir plus de détails	T1	% évaluations des risques de chutes terminés	106.85	↑
			% satisfait du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique	93.65	↑
			Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	54.25	↓
	<b>Efficience opérationnelle</b> Cliquez pour voir plus de détails	T1	% de divulgation d'incidents	75.42	↓
			% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours	69.46	↑
			% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours	88.76	↑
			% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)		
	<b>Résultat patient</b> Cliquez pour voir plus de détails	T1	Nombre d'enquêtes de qualité / nombre d'incidents nécessitant des examens		
			% de suivis nécessitant un examen du protocole ou du processus	0.92	↓
			# d'incidents rapportés	1530	↓
			Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 jours-patients)	4.78	↑
			Taux d'incidents de sécurité à l'urgence (standardisé par 1000 visites à l'urgence)	8.69	↑
	<b>Satisfaction de la clientèle</b> Cliquez pour voir plus de détails	T1	% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)		
			Taux de plaintes par 1000 jours-patients (pour patients hospitalisés)	1.02	↑
			Taux de plaintes par 1000 visites à l'urgence	1.58	↑
			Taux de plaintes par 1000 visites externes	0.65	↓
			# compliments par 1000 jours-patients	0.19	↑
			% satisfaction patient		
	<b>Contre-indicateur</b> Cliquez pour voir plus de détails	T1	Taux d'incidents graves (standardisé par 1000 jours-patients)	16.25	↑
			Taux d'incidents modéré (standardisé par 1000 jours-patients)	33.67	↓
			Nombre de décès	5	↓
			# de plaintes reçues de la part des droits de la personne ou de l'Ombudsman et aucune plainte n'a été reçue du patient		
			% d'événements jamais		

# Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité

Accès		T1
	Cliquez pour voir plus de détails	
	% évaluations des risques de chutes terminés	106.85 ↑
	% satisfait du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique	93.65 ↑
	Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	54.25 ↓

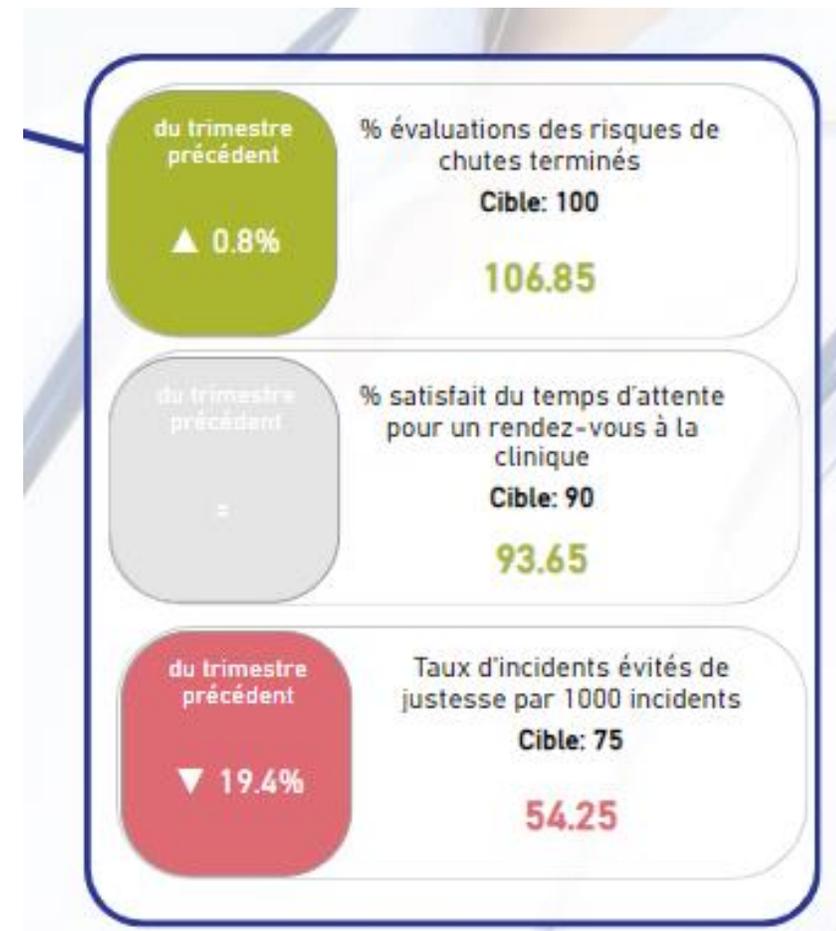
## Remarques:



- Les évités de justesse ont diminué d'environ 24% au T1 2024-2025 par rapport au T4 2023-2024.
  - Les zones 1B et 6 ont connu une diminution des signalements d'incidents évités de justesse
  - Les zones 4 et 5 ont signalé une augmentation de 9% et 20% respectivement.

## Suivis:

- Élaborer une stratégie visant l'augmentation de la sécurité psychologique, dont le développement de l'approche de culture juste.



# Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité

Efficience opérationnelle		T1
Cliquez pour voir plus de détails		
% de divulgation d'incidents		75.42 ↓
% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours		69.46 ↑
% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours		88.76 ↑
% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)		

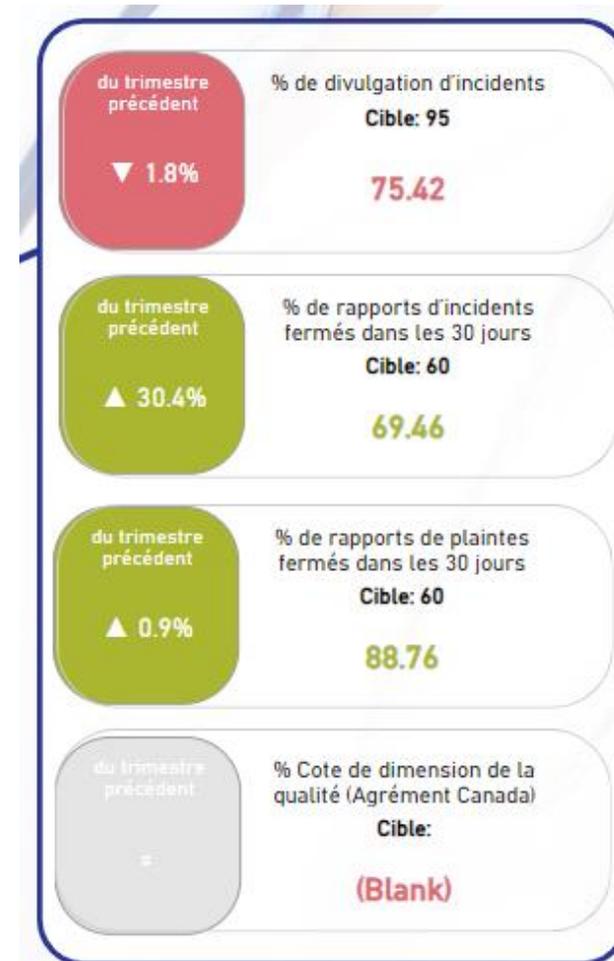


## Remarques:

- Le taux de divulgations d'incidents aux patients était de 75,42 % pour le Réseau au T1, le plus grand nombre de divulgations ayant eu lieu dans la zone 5 (85 %), et le moins dans la zone 4 (66 %)
- Le taux de rapports d'incident fermés dans les 30 jours est passé de 53 % au T4 2023-2024 à 69 % au T1 2024-2025, tandis que le pourcentage de rapports de plainte fermés dans les 30 jours a également augmenté, passant de 88 % à 89 %.

## Suivis:

- La formation sur la divulgation est identifiée sur la feuille de route du secteur QSPEP et a été soulevée comme priorité au niveau provincial
- Poursuivre la stabilisation des équipes de la sécurité des patients et de l'expérience patient
- Poursuivre le projet d'optimisation en lien avec les suivis des incidents



# Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



## Résultat patient

Cliquez pour voir plus de détails

	T1
Nombre d'enquêtes de qualité / nombre d'incidents nécessitant des examens	
% de suivis nécessitant un examen du protocole ou du processus	0.92 ↓
# d'incidents rapportés	1530 ↓
Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 jours-patients)	4.78 ↑
Taux d'incidents de sécurité à l'urgence (standardisé par 1000 visites à l'urgence)	8.69 ↑
Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires	

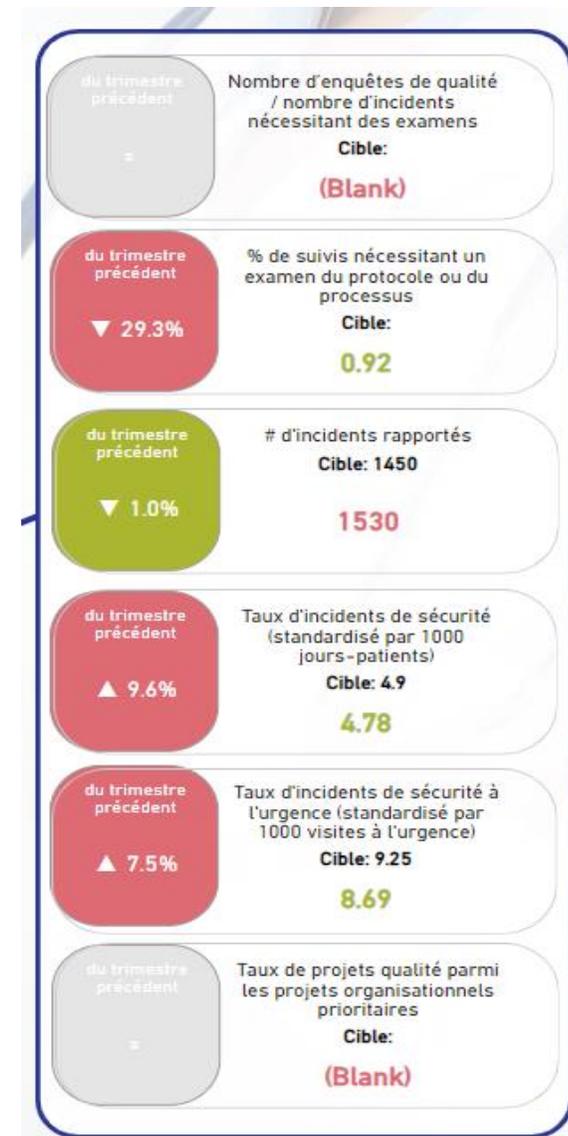
### Remarques:



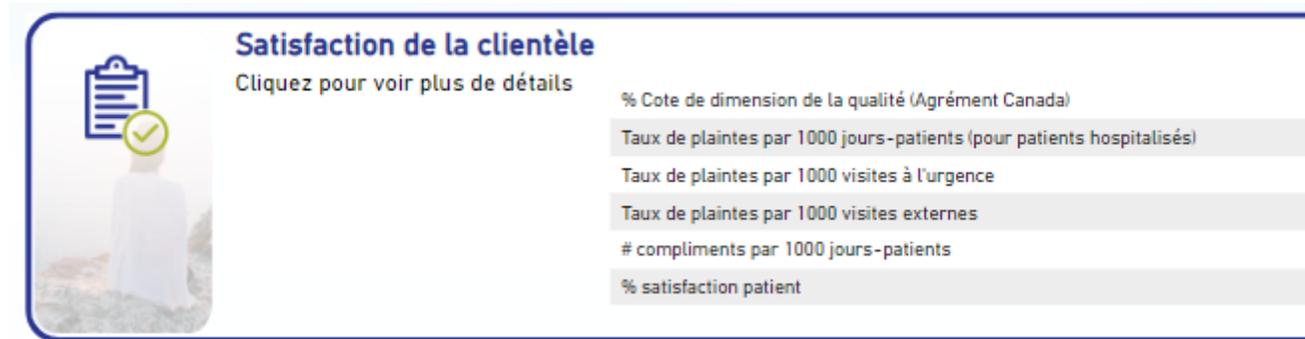
- Le nombre d'incidents signalés est demeuré semblable entre le T1 (1530 incidents signalés) et le T4 (1546 incidents signalés). Les changements les plus importants ont été signalés dans la zone 1B, qui a déclaré 18 % moins d'incidents, et dans la zone 5, qui a signalé 14 % plus d'incidents. Dans l'ensemble, le nombre d'incidents signalés est supérieur à la moyenne des deux dernières années.
- Le taux d'incidents de sécurité par 1000 jours-patients a augmenté de 9% du T4 au T1. La zone 5 a connu la plus forte augmentation avec 18 % (voir diapo suivante).

### Suivis:

- Voir diapo suivante



# Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



## Remarques:

- Les indicateurs sur la satisfaction de la clientèle seront ajustés au nouveau format pour la prochaine édition du rapport trimestriel.

## Suivis:

- Améliorer le tableau de bord sur les plaintes afin de pouvoir diviser les données par PCA, permettant la mise en œuvre d'améliorations basées sur une analyse approfondie (valable pour les prochaines diapos).

# Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité

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

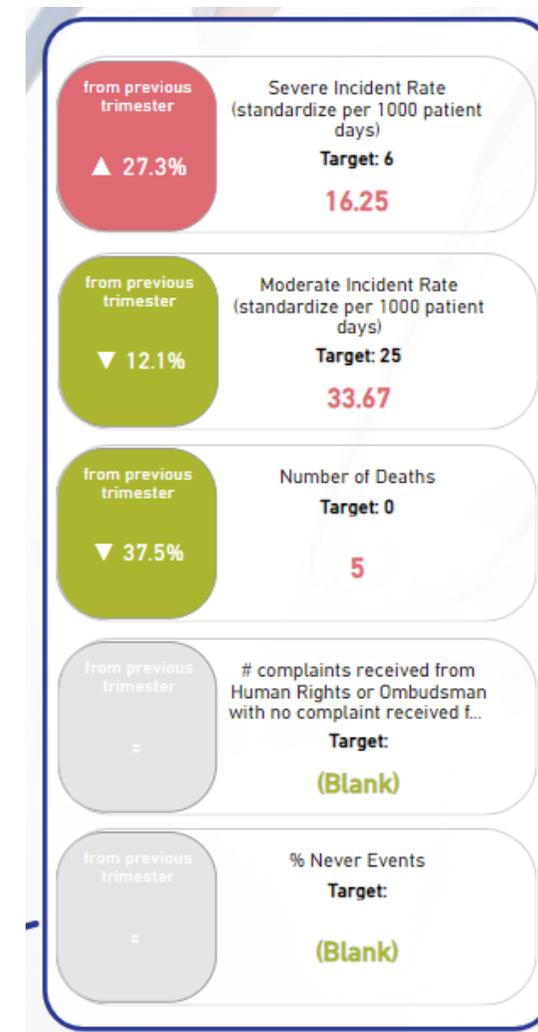


	T1
Taux d'incidents graves (standardisé par 1000 jours-patients)	16,25 ↑
Taux d'incidents modéré (standardisé par 1000 jours-patients)	33,67 ↓
Nombre de décès	5 ↓
# de plaintes reçues de la part des droits de la personne ou de l'Ombudsman et aucune plainte n'a été reçue du patient	
% d'événements jamais	

## Remarques:



- Le nombre de décès est passé de huit à cinq du T4 au T1. Bien qu'il s'agisse d'une diminution, il s'agit toujours d'une baisse supérieure à la moyenne sur deux ans de 3,85 décès par année.
- Les incidents graves signalés pour 1000 jours-patients ont augmenté de 21 %. La zone 1B a connu la plus forte augmentation, passant de 10,32 incidents par 1000 jours-patients au T4 à 20,44 incidents graves par jour au T1.



# Travaux des programmes clientèle apprenants

## Général:

- ✓ Tous les PCA ont effectué le lancement de leur démarche d'agrément. Ils ont identifié les dates et comment faire leur autoévaluation au cours des trimestres 2 et 3.
- ✓ Premières rencontres entre les co-directeurs et leurs consultants à la qualité respectifs.

## Urgence:

- ✓ Élaboration du rapport, puis début de l'analyse du rapport sur les plaintes et les incidents (membres de la direction et consultant à la qualité).

# Travaux des secteurs cliniques transversaux

## Laboratoire:

- ✓ Visite d'agrément en juin (présentation des résultats à prévoir pour prochain rapport)

## Prévention et contrôle des infections:

- ✓ Discussions afin de réintégrer la reddition de compte au comité de la qualité lors de la prochaine rencontre (conformément aux règlements administratifs, au mandat du comité de la qualité et selon les critères d'Agrément Canada)

# Agrément Canada

## Étapes en cours et à venir:

- Poursuivre le travail pour adresser les non-conformités de la visite de 2022 qui ne nécessitaient pas de reddition de compte à Agrément Canada.
- Compléter l'autoévaluation des normes afin de cibler les non-conformités actuelles et produire

# Partenariat patient

## Étapes réalisées en T1:

- Aucune réunion du comité consultatif des patients et des familles

## Étapes réalisées en T2:

- Session de travail le 4 juillet avec consultante externe
- Recommandation au point 9.1 de la présente réunion pour l'abolition du comité des patients et des familles dans sa forme actuelle pour parvenir à une formule de comité plus opérationnelle visant l'actualisation de l'approche de partenariat avec les patients et les familles qui soit enrichissante pour toutes les parties prenantes et selon l'approche centrée sur les personnes prônée par Agrément Canada
- Proposition de mandat en cours d'élaboration

# Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme

## Étapes réalisées en T1

- Une recension des différents critères d'Agrément Canada a été effectuée avec identification des secteurs responsable de la mise aux normes.
- Rencontre d'introduction avec VP et directeurs concernés pour déterminer comment arriver à déployer le dossier à travers le Réseau.
  - Il fut décidé que bien que plusieurs secteurs aient des responsabilités spécifiques en lien avec les différents critères, le Bureau de partenariat avec les patients et les familles a été identifié pour en place et coordonnera un nouveau comité de travail composé d'employés de différents secteurs et de différentes hiérarchies ainsi que de patients partenaires. Une première rencontre est prévue le 4 octobre.
  - Le Bureau assurera la logistique et la recension des travaux pour le compte de l'ensemble du Réseau.
  - Qui plus est, il est souhaité que des focus groups soient réalisés à travers le Réseau afin de recenser les commentaires, avis, suggestions et attentes de la population à l'égard de ces thèmes.
  - Les résultats des autoévaluations sur les critères d'Agrément Canada qui seront effectuées cet automne pourront également nourrir le comité pour l'élaboration de son plan d'action pluriannuel.

# Principaux travaux en cours et défis du secteur QSPEP

## Réalisés ou en cours (entre mai et août 2024):

- Identification d'une conseillère à la qualité ayant pour mandat la confection et le travail en collaboration pour les tableaux de bord
- Réalisation du tableau de bord stratégique du comité de la qualité, en étroite collaboration avec l'équipe de l'Analytique
- Transposition des données des plaintes dans PowerBI
- Révision de la raison d'être du secteur de l'expérience patient
- Charte de projet pour le patient-traceur
- Mise en œuvre du projet prioritaire visant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle (sélection et achat d'un nouveau logiciel)
- Appropriation du nouveau programme d'Agrément Canada OnboardQI et accompagnement des équipes
- Projet de ceinture noire visant à optimiser le processus de suivi des incidents avec consultant à la qualité en démarche d'apprentissage
- Poursuite de la redistribution des tâches entre la Qualité et la Sécurité des patients
- Clarification de la vision pour le partenariat patient ainsi que le Bureau de partenariat avec les patients et les familles

## Défi:

- Plusieurs embauches récentes dans le secteur de la sécurité des patients (6 sur 8 postes sont arrivés au cours des 12 derniers mois)

# Références et définitions

# Définitions générales

Terme	Définition
<b>Événement</b>	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.</p> <p>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>	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.

# Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Accès	% évaluation des risques de chutes terminé	Selon les rapports d'incidents de chute: Nombre d'évaluations des chutes effectuées / Nombre de patients à risque de chutes
	% des patients satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique	Du sondage de satisfaction de la clientèle pour les soins ambulatoires. Les options de réponse comprennent « Oui satisfait », « oui, un peu satisfait » et « Insatisfait ». Le calcul comprend "Oui ,satisfait" et "Oui, un peu satisfait"
	Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	Indication que les processus en place fonctionnent et témoigne de la saine culture de sécurité des patients. Situation ou incident qui aurait pu causer des préjudices, des pertes ou des dommages, mais qui a été décelé ou corrigé avant d'atteindre le patient ou de se produire.
Efficience opérationnelle	% de divulgation d'incidents	Évaluer que l'incident causant un préjudice a été communiqué à un patient ou à un subrogé (à l'exclusion des quasi-accidents)
	% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours	% d'incidents fermés dans un délai de 30 jours civils. Comprend le signalement des incidents, l'attribution, le suivi du gestionnaire et la fermeture.
	% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours	% d'incidents fermés dans un délai de 30 jours ouvrables. Comprend le signalement des incidents, l'attribution, le suivi du gestionnaire et la fermeture.
	% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)	Calcul des résultats par dimension de la qualité obtenus à partir du dernier rapport d'Agrément Canada. (Q3)

# Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
<b>Résultat patient</b>	Nombre de revues de qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue	Calculer le nombre de revues de qualité qui ont eu lieu par rapport au nombre d'incidents nécessitant une revue. La politique GEN.5.30.10 stipule que les incidents dommageables (modérés, graves, décès) doivent faire l'objet d'une enquête afin de déterminer les causes profondes et les mesures correctives. (Q3)
	% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus	% de suivis par le gestionnaire des incidents signalés qui indiquent un examen du protocole ou du processus. Le but de cet indicateur est d'accroître la visibilité en ce qui a trait à l'efficacité des suivis des gestionnaires aux incidents signalés
	# d'incidents rapportés	Les trois principales catégories d'incidents signalés signalés par 1000 jours-patients normalisés
	Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 jours-patients)	Nombre d'incidents de sécurité signalés par 1000 jours-patients (pour les patients hospitalisés)
	Taux d'incidents de sécurité à l'urgence (standardisé par 1000 visites à l'urgence)	Nombre d'incidents de sécurité signalés pour 1000 visites d'urgence
	Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires	Taux de projets prioritaires correspondant à la définition d'un projet qualité selon les dimensions d'Agrément Canada (critères à construire)

# Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
<b>Satisfaction de la clientèle</b>	Taux de plaintes par 1000 jour-patients (pour patients hospitalisés)	Taux de plaintes pour 1000 jours-patients (pour les patients hospitalisés)
	Taux de plaintes par 1000 visites à l'urgence	Taux de plaintes pour 1000 visites à l'urgence
	Taux de plaintes par 1000 visites externes	Taux de plaintes pour 1000 visites externes (toutes les cliniques ambulatoires)
	# compliments par 1000 jours-patients	Nombre de compliments rapportés au service de l'Expérience patient par 1000 jours-patients. Permet de présenter des commentaires positifs et d'identifier les meilleures pratiques
	% satisfaction patient	À déterminer

# Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
<b>Contre-indicateur</b>	Taux d'incidents grave (standardisé par 1000 jours-patients)	Nombre d'incidents graves par 1000 jours-patients. Normalisé pour tenir compte du volume de patients lors de la comparaison des résultats entre les établissements ou les PCA
	Taux d'incidents modéré (standardisé par 1000 jours-patients)	Nombre d'incidents modérés par 1000 jours-patients. Normalisé pour tenir compte du volume de patients lors de la comparaison des résultats entre les établissements ou les PCA
	Nombre de décès	Nombre de décès survenus au sein du Réseau à la suite d'un incident rapporté (nombre entier - non normalisé). Exclusion: les rapports sur les décès inattendus pour lesquels on a confirmé qu'ils n'étaient pas reliés à un incident
	# de poursuites et de plaintes reçues de la part des droits de la personne, d'un organisme de défense ou de l'Ombudsman et aucune plainte n'a été traitée au préalable par le secteur QSPEP	Démontre que les patients n'ont pas confiance dans les processus de Vitalité ou qu'ils n'étaient pas à l'aise de signaler. Opportunité pour Vitalité d'examiner pourquoi la plainte n'a pas été signalée; permet de comprendre si le plaignant savait comment signaler la situation auprès du Réseau

# Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
<b>Contre-indicateur (suite)</b>	% d'événements qui ne devraient jamais arriver	<p>Selon la définition d'Excellence en santé Canada: 1) Intervention chirurgicale au mauvais endroit, sur le mauvais patient ou mauvaise intervention; 2) Erreur dans les tissus, un implant biologique ou les produits sanguins utilisés sur le patient; 3) Oubli d'un corps étranger après une intervention chirurgicale; 4) Décès ou préjudice grave attribuable à l'utilisation d'instruments ou d'appareils fournis par l'établissement de soins de santé et insuffisamment stérilisés; 5) Décès ou préjudice grave dû à la non-détection d'une allergie connue au médicament administré ou à l'administration d'un médicament lorsque l'allergie du patient avait été détectée; 6) Décès ou préjudice grave dû à l'administration du mauvais gaz par inhalation ou insufflation; 7) Décès ou préjudice grave dû à l'un des cinq événements pharmaceutiques; 8) Décès ou préjudice grave à la suite de l'omission de déceler et de traiter les perturbations métaboliques; 9) Toute plaie de pression de stade III ou IV acquise après l'admission à l'hôpital; 10) Décès ou préjudice grave dû au mouvement non contrôlé d'un objet ferromagnétique dans une salle d'IRM; 11) Décès ou préjudice grave dû à des brûlures accidentelles; 12) Patient sous le niveau d'observation le plus élevé quittant un établissement ou un service sécurisé sans que le personnel en ait connaissance; 13) Suicide ou tentative de suicide d'un patient donnant lieu à un grave préjudice alors que les protocoles de prévention du suicide auraient dû être appliqués pour les patients sous le niveau d'observation le plus élevé; 14) Nourrisson enlevé ou confié à la mauvaise personne; 15) Décès ou préjudice grave dû au transport d'un patient de santé fragile ou atteint de démence, au cours duquel on n'a pas suivi les protocoles visant à assurer que le patient soit laissé dans un environnement sécuritaire.</p> <p><a href="https://www.healthcareexcellence.ca/media/tin pazmp/never-events-for-hospital-care-in-canada-fr.pdf">https://www.healthcareexcellence.ca/media/tin pazmp/never-events-for-hospital-care-in-canada-fr.pdf</a></p>

# Catégories d'indidents

(selon définitions provinciales)

Catégorie/terme	Définition
<b>Chutes</b>	lit, debout, ambulant, commode, etc.
<b>Médicaments</b>	omission, aucune ordonnance, réaction allergique, posologie, etc.
<b>Traitement/analyse/procédé</b>	omission, délai, réaction allergique, résultat imprévu, etc.
<b>Contrôle des infections</b>	omission de dépistage, omission d'isolation, etc.
<b>Divers</b>	blessures accidentelles, blessures de nature inconnue, etc.
<b>Solutions intraveineuses</b>	infiltration, omission, allergie, posologie, etc.
<b>Produits sanguins</b>	débit, omission, mauvais groupe sanguin, etc.
<b>Sécurité</b>	agression, altercation, vol, incendie, bris ou perte de bien, etc.
<b>Incident évité de justesse</b>	Un incident lié à la sécurité d'un patient qui a atteint le patient, sans toutefois entraîner de préjudice discernable
<b>Incident préjudiciable</b>	Un incident lié à la sécurité des patients qui a causé un préjudice au patient
<b>Incident sans préjudice</b>	Un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas atteint le patient et n'a pas causé de préjudice

# Catégories de plaintes

(selon définitions provinciales)

Catégorie/terme	Définition
<b>Plainte</b>	manifestation verbale (en personne ou par téléphone) ou écrite d'insatisfaction de la part d'un patient, d'un membre de la famille ou du public au sujet des soins ou services reçus, qui exige une étude ou un suivi
<b>Qualité des soins/services</b>	accès, période d'attente, congé, sécurité, résultats des soins, attentes du patient, soins en général
<b>Comportement</b>	personnel médical, personnel infirmier, autres membres du personnel, autres patients
<b>Communication</b>	confidentialité, enseignement, langue, transfert des soins
<b>Environnement</b>	nourriture, bruit, stationnement, accès à l'établissement, qualité de l'air/eau, sécurité/propreté de l'établissement
<b>Politiques et règlements du Réseau</b>	

# Dimensions de la qualité selon Agrément Canada

DIMENSION		TEXTE EXPLICATIF
	Accent sur la population :	Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
	Accessibilité :	M'offrir des services équitables, en temps opportun.
	Sécurité :	Assurer la sécurité.
	Qualité de vie au travail :	Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
	Services centrés sur l'utilisateur :	Collaborer avec moi et ma famille dans le cadre des soins.
	Continuité des services :	Coordonner mes soins dans le continuum de soins.
	Pertinence :	Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
	Effizienz :	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

# Ligne du temps – démarche avec Agrément Canada

Ligne du temps - visite Agrément Canada										
	T4 23-24 (jan-mars)	T1 - 24-25 (avr-juin)	T2 - 24-25 juil-sept	T3 - 24-25 (oct-dec)	T4- 24-25 (jan-mars)	T1 - 25-26 (avr-juin)	T2 - 25-26 juil-sept	T3 - 25-26 (oct-dec)	T4- 25-26 (jan-mars)	T1 - 26-27 (avr-juin)
Suivi sous forme de rapport										
Choix des cahiers de normes										
Autoévaluation de toutes les équipes en fonction des cahiers de normes identifiés et identification des actions à prendre										
Mise en œuvre des actions à prendre pour la mise aux normes										
Sondage Qualité de vie au travail et culture de sécurité des patients										
Sondage sur la Gouvernance										
Sondage sur la satisfaction de la clientèle										
Planification logistique de la visite										
Exercices de simulation										
Dépôt des preuves dans le portail										
Visite										

***Chaque défi est une  
occasion de croissance***

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

**Date :** 1<sup>er</sup> octobre 2024

**Objet :** Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2024-2025-T1

## Résultat ou état futur recherché

Le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le premier trimestre de 2024-2025 est présenté à titre d'information et illustre les faits saillants par secteur (en annexe).

## Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Les activités en cours nous 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.

## Données ou information probantes à l'appui

Voir document présenté en annexe.

## Solution ou action proposée

Voir document présenté en annexe.

## Risque lié à cette action ou inaction

N/A

## 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(s) 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 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.

## Agrément Canada

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

No de critère	Libellé
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.

## Motion

**Soumis le 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, Catherine Rouanes, Directrice principale-Gestion de l'information d'entreprise-Accès à l'information-Langues officielles et Chef de la protection des renseignements personnels, Sonia Bernatchez, directrice de la Gestion des risques organisationnels et Marc-André Leblanc, conseiller principal de la Gestion des risques organisationnels.**

## Bureau des risques organisationnels-Rapport trimestriel

Trimestre et Année financière: T1 2024-2025		Faits saillants		
Nom du comité	Nom du secteur	Contexte	Solutions	État d'avancement
Comité mixte QG- CA	Gestion des contrats	Manque d'information par rapport aux consultations des parties prenantes et aux éléments essentiels lors de la demande de signature d'un contrat à la Présidente-directrice générale (PDG)	Mise en place d'un point de contrôle par le biais d'un formulaire de demande de signature de contrats à la PDG	Complété - 100%
Comité mixte QG- CA	Gestion des contrats	Manque de révision et d'analyse des risques liés aux contrats avant leur signature	Révision des risques et mise en place de stratégie d'atténuation des risques liés aux contrats avant leur signature (T1 - 68 contrats révisés)	Complété - 100%
Comité mixte QG- CA	Gestion des contrats	Manque d'accès et de suivi aux contrats après leur signature	Archivage des contrats du Réseau dans un registre des contrats régional et rappel avant l'échéance	Complété - 100%
Comité mixte QG- CA	Gestion des contrats	Manque de coordination entre les parties prenantes	Un point de rencontre hebdomadaire a été mis en place entre un représentant du BRO et une représentante du Bureau de la vie privée afin de pouvoir répondre plus efficacement et rapidement aux demandes de révision de contrat	Complété - 100%
Comité mixte QG- CA	Gestion des contrats	Plusieurs gestionnaires ne connaissent pas le rôle du Bureau des risques organisationnels par rapport à la gestion des contrats et manquent de connaissances par rapport à l'identification des risques liés au contrat	Création d'un onglet pour la gestion des contrats sur le Boulevard incluant des outils et des processus	En planification
Comité mixte QG- CA	Gestion des contrats	Le processus de la gestion des contrats est méconnu et pourrait être amélioré au niveau de l'efficacité	Préparation d'une cartographie du processus de la gestion des contrats	En cours - 75%
Comité mixte QG- CA	Gouvernance	Plusieurs nouvelles personnes sont responsables des processus de gouvernance et il y a place à de l'amélioration continue et l'adaption des processus en conséquence	Rencontre post-mortem après chacune des réunions du Conseil d'administration afin d'identifier des suivis et des pistes d'amélioration	Complété - 100%
Comité mixte QG- CA	Gouvernance	Plusieurs nouvelles personnes sont responsables des processus de gouvernance et il y a place à de l'amélioration continue et l'adaption des processus en conséquence	Organisation d'une session de réflexion sur la gouvernance afin de préparer des outils et d'assurer une coordination efficace des processus de gouvernance	En planification
Comité mixte QG- CA	Alertes et Rappels / Déclaration obligatoire	Le signalement des réactions indésirables graves aux médicaments (RIM) est toujours en deça de ce qui est attendu.	Audit de dossiers pour identifier les RIM codifiées qui auraient dû être signalées et rapportés à Santé Canada	En planification

Comité mixte QG- CA	BRO	La révision des règlements administratifs s'est poursuivie auprès de la direction (VP) et de la chefferie médicale .	Une fois la révision terminée (prévue pour le prochain trimestre), l'ébauche sera envoyée au Réseau de santé Horizon pour révision de leur côté.	En cours - 75%
Comité mixte QG- CA	Mesures urgence	Un besoin de formation pour les surveillantes a été identifié en ce qui a trait au système de garde régionale et aux administrateurs en disponibilités	Une présentation power point à cet effet et un guide de référence ont été développés.	Complété - 100%
Comité mixte QG- CA	Mesures urgence	Un besoin de formation pour les surveillantes a été identifié en ce qui a trait au système de garde régionale et aux administrateurs en disponibilités	Les formations ont été planifiées dans chacune des zones et doivent débiter au prochain trimestre.	En cours - 25%

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

**Date :** 1<sup>er</sup> octobre 2024

**Objet :** Révision et recommandation du plan de travail

## Résultat ou état futur recherché

- Approuver le plan de travail du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section qualité.

## Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Le plan de travail permet de définir les échéanciers et les priorités et aide à gérer le temps plus efficacement. Il permet de suivre les progrès et d'évaluer les performances par rapport aux objectifs fixés, permettant d'identifier les problèmes potentiels et d'apporter des ajustements en cours de route. Il sert également de document de référence pour communiquer les attentes et les progrès aux parties prenantes.

Pour assurer une bonne gouvernance, il est souhaitable que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section qualité adopte son plan de travail annuels pour assurer un suivi constant sur les responsabilités de ce comité.

## Données ou information probantes à l'appui

Sans objet.

## Solution ou action proposée

Que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section qualité approuve le plan de travail tel qu'il est présenté.

Le plan de travail annuel est présenté en annexe.

Les modifications sont en rouge.

## Risque lié à cette action ou inaction

Sans plan de travail ceci peut entraîner des retards dans les tâches à accomplir, une mauvaise communication entre les parties prenantes qui peut affecter la collaboration et la cohésion et rendre difficile l'ajustement des stratégies en cours de route.

## 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(s) à la décision

Opérationnaliser le plan de travail

Adoption du plan de travail par le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance

## Agrément Canada

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

No de critère	Libellé
2.2.3	L'instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.
3.1.12	L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins offerts par l'organisme.

## Motion

Proposé et appuyé

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 qualité recommande l'adoption de son plan de travail annuel au Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance.

**Soumis 6 septembre 2024 par Brigitte Sonier Ferguson, VP Performance, Mission universitaire et Stratégies.**

**PLAN DE TRAVAIL – COMITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS**

	ACTIVITÉS	Date				Au besoin
		Oct. 2024	Décembre 2025	Avril 2025	Juin 2025	
Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Révision <del>et adoption</del> du plan de travail annuel du comité	X				
	Révision <del>et adoption</del> du mandat du comité	X				
	Réception du rapport annuel du Bureau des risques organisationnels				X	
	Réception du rapport annuel du Bureau de la vie privée				X	
	Réception du rapport annuel du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient	X				
	<del>Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2026</del>	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel du Bureau des risques organisationnels ( <del>rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.</del> )	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel du Bureau de la vie privée	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel en matière de qualité, de sécurité des patients et d'expérience patient (incidents, plaintes, satisfaction de la clientèle, suivi des recommandations, agrément, culture juste, partenariat patient, diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme)	X	X	X	X	
	<del>Examiner les rapports des recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)</del>	X	X	X	X	
	<del>Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille</del>	X	X	X	X	
	<del>Examiner Surveiller la satisfaction de la clientèle le rapport sur les plaintes, le rapport sur l'expérience des patients hospitalisés et l'histoire patient)</del>	X	X	X	X	
	<del>Présentation du plan qualité, initiatives, projets – VP</del>	X	X	X	X	
	Présentation du rapport de performance du Réseau en matière de qualité et de sécurité des patients	X	X	X	X	
	<del>Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis)</del>				X	X
Identification des besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, des risques et de l'éthique	X				X	
<del>Réviser le plan de travail et le calendrier des réunions du Comité de la qualité</del>				X		
*Support de Brigitte Sonier-Ferguson, vice-présidente principale - Performance, Mission universitaire et Stratégies						

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

**Date :** 1<sup>er</sup> octobre 2024

**Objet :** Refonte du comité consultatif des patients et familles et retrait d'une politique du Conseil d'administration

## Résultat ou état futur recherché

### Volet Qualité des soins et sécurité des patients :

Approuver les prochaines étapes proposées pour la refonte du comité consultatif des patients et familles.

### Volet Gouvernance :

Recommander l'adoption d'une motion au Conseil d'administration pour le retrait de la politique CA-360 : Mandat du Comité consultatif des patients et des familles.

## Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

### Volet Qualité des soins et sécurité des patients :

Avec l'évolution du Réseau en matière d'intégration des patients et des familles dans sa structure et de l'approche centrée sur la personne qui s'instaure graduellement, la portée actuelle et le mandat du comité consultatif des patients et des familles n'est plus d'actualité en ce sens qu'il ne permet plus, tel quel, de faire progresser l'organisation dans la bonne direction. Le temps est venu d'opérationnaliser les changements et de passer aux prochaines étapes pour garantir l'efficacité de l'apport d'un comité favorisant le partenariat patient à travers le Réseau, et ce, de manière à obtenir des résultats pour une valeur ajoutée tangible.

### Volet Gouvernance :

En vertu de la politique CA-300 : Comités du Conseil d'administration, les comités du Conseil d'administration (Conseil) sont établis par le Conseil et celui-ci peut les modifier afin de rencontrer ses besoins en matière de gouvernance.

## Données ou information probante à l'appui

Sans objet

## Solution ou action proposée

### Volet Qualité des soins et sécurité des patients :

- Abolir le comité consultatif des patients et des familles, lequel est rattaché au comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du conseil d'administration.
- Assurer l'arrimage entre le partenariat patient organisationnel et le partenariat patient en recherche à des fins de cohérence dans les approches et de partage de connaissances.
- Finaliser la stratégie, puis élaborer et mettre en œuvre un plan d'action détaillé.
- La reddition de compte en matière de partenariat patient passera par le comité de la qualité. Le président de la nouvelle entité pourrait être invité permanent au comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients relevant du Conseil d'administration. Pour ce qui est du volet du

# Note exécutive

partenariat patient en recherche, la reddition de compte, celle-ci se fera avec le comité stratégique de la recherche sous le conseil d'administration.

- Le Bureau de partenariat avec les patients et les familles sera appelé à travailler étroitement avec la nouvelle mouture du comité, de même qu'avec la consultante externe, laquelle s'avère être une patiente partenaire travaillant au sein de l'Unité de soutien SSA | Québec (système de santé apprenant) et affiliée au CIUSSS de Sherbrooke.

## Volet Gouvernance :

Comme le Comité est responsable de guider le Conseil et lui soumettre des recommandations par rapport à sa structure et à ses processus de gouvernance, il est recommandé que le Comité examine la nécessité de maintenir cette politique et recommande au Conseil de la retirer.

## Risque lié à cette action ou inaction

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

## Agrément Canada

Cette mise à jour permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 2.2.3 et 3.1.2

- 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) ».

1.1.6	L'instance de gouvernance collabore avec l'organisme pour intégrer une approche de soins centrés sur la personne dans l'ensemble de l'organisme et dans ses activités de gouvernance.
2.2.3	L'instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.
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.

3.1.5	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme maximise la valeur pour ses intervenants, y compris pour les usagers, les proches, la communauté et la main-d'œuvre.
-------	--

## **Motion – Qualité**

Proposé et appuyé

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 Qualité adopte les prochaines étapes par rapport à la stratégie d'intégration des partenaires des patients et des familles au Réseau de santé Vitalité.

## **Motion - Gouvernance**

Proposé et appuyé

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-360 : Mandat du Comité consultatif des patients et des familles.

**Soumis le 27 août 2024 par Marjorie Pigeon, directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient et Marc-André LeBlanc, conseiller principal – gestion des risques organisationnels.**