

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	<b>Date et heure :</b>	Le 19 octobre 2023 à 10:00
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	<b>Endroit : TEAMS</b>	
<b>Présidente :</b> <b>Adjointe administrative :</b>	Claire Savoie (par intérim) Vicky Pellerin		

**Participants****Membres votants**

Claire Savoie (présidente par intérim)		Tom Soucy			
--	--	-----------	--	--	--

**Membres d'office**

Dre France Desrosiers		Annie Carré		Pandurang Ashrit	
Dr Éric Levasseur					

**Membres invitées**

Brigitte Sonier Ferguson		Marjorie Pigeon		Diane Mignault	
--------------------------	--	-----------------	--	----------------	--

**ORDRE DU JOUR**

Heure	Sujets	Pages	Action
10:00	<b>1. Ouverture de la réunion</b>		Décision
	<b>2. Adoption de l'ordre du jour</b>	1	Décision
	<b>3. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b>		
	<b>4. Soumission du rapport de l'assemblée générale annuelle 2022-2023 du Comité de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance</b>	2-8	Information
	<b>5. Affaires permanentes</b>		Information
	5.1 Rapport synthèse du trimestre 1 (1 <sup>er</sup> avril – 30 juin 2023) en matière de qualité et sécurité des patients (sécurité des patients, plaintes, comités de revues, satisfaction de la clientèle, dossiers ouverts HIROC)	9-23	
	5.2 Rapport du secteur Qualité, Sécurité des patients et expérience patient (indicateurs de performance des processus)	24-51	Information
	5.3 Suivi de la démarche d'Agrément Canada	52-54	Information
	<b>6. Affaires nouvelles</b>		
	6.1 Révision et approbation du mandat du Comité de qualité et de sécurité des patients	55-60	Décision
	6.2 Révision et approbation du plan de travail	61-63	Décision
	<b>7. Date de la prochaine réunion : 15 janvier 2024</b>		Information
	<b>8. Levée de la réunion</b>		Décision

# Présentation à l'Assemblée générale annuelle

Comité de la gestion intégrée de la  
qualité, de la sécurité et de la  
performance



*Comité de la gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance*

# Mandat du Comité



*Le Comité de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance a pour mandat d'assurer l'engagement de l'ensemble du Réseau envers l'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins et services et la mobilisation de tous dans le développement d'une culture apprenante d'amélioration continue de la qualité mettant la sécurité, le bien-être et l'expérience de la personne (personnel, patients et proches) au cœur des préoccupations et des actions de tous au quotidien.*



# Membres du Comité



## Présidente

Dre Frances Desrosiers

## Membres

Gérald Richard (Fiduciaire)

Brigitte Sonier Ferguson

Dre Natalie Banville

Stéphane Legacy

Sharon Smyth-Okana

Patrick Parent

Dr Éric Levasseur

Frédéric Finn

Ghislaine Arsenault

Vanessa Fillion

Rino Lang

Dre Anick Pelletier

Marjorie Pigeon

Justin Morris

Diane Mignault

Lise Malenfant

# Contenu de la présentation



Nos réalisations en  
2022-2023



# Nos réalisations en 2022-2023



**Le comité a tenu trois réunions régulières. Les grands dossiers traités sont :**

## Réalisations

- le suivi de divers rapports ; l'expérience des patients, les évènements indésirables, les plaintes (médicales), les incidents, les préjudices aux patients, les dossiers litigieux, les indicateurs des tableaux de bord stratégique et équilibré ;
- le rapport du Comité consultatif des patients et familles ;
- le suivi des recommandations des Comités de revue ;
- La nouvelle vision de la gestion intégrée de la qualité et sécurité des patients;
- Les suivis formels découlant de la visite d'agrément Canada;

# Nos réalisations en 2022-2023



**Le comité a tenu trois réunions régulières. Les grands dossiers traités sont :**

## Réalisations

- La création du Bureau de partenariat avec les patients et les familles;
- Le projet de documentation des activités qualité et tableau de bord de la chefferie médicale ;
- La création du Bureau des risques organisationnels ;
- Le registre de risque – dimension qualité, risques et sécurité ;
- L'implantation du nouveau logiciel de déclaration des incidents et de suivi des plaintes.



*Comité de la gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance*

## Mot de la fin

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de la gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance pour l'Assemblée générale annuelle 2022-2023.

**Dre France Desrosiers**  
Présidente

## Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : 19 octobre 2023

**Objet : Rapport synthèse du trimestre 1 (1er avril – 30 juin 2023) en matière de qualité et sécurité des patients (sécurité des patients, plaintes, comités de revues, satisfaction de la clientèle, dossiers ouverts HIROC)**

Ce rapport permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 3.1.6, 3.1.7, 3.1.8, 3.4.3; 3.4.5; 3.4.6.

Le présent rapport relate les faits saillants du premier trimestre de l'année financière 2023-2024 issus des différents processus sous la responsabilité de la Direction Qualité, Sécurité des patients et Services des bénévoles.

On y retrouve la synthèse des résultats obtenus en matière de sécurité des patients, de plaintes, de comités de revue d'incidents préjudiciables et de suicide en communauté, de satisfaction de la clientèle et des dossiers avec nos assureurs HIROC.

Soumis le 29 septembre 2023 par Marjorie Pigeon, Directrice Qualité, Sécurité des patients et Service des bénévoles.

### RÉFÉRENCE

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

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.



# Rapport trimestriel QSPEP T1 Synthèse QSPEP

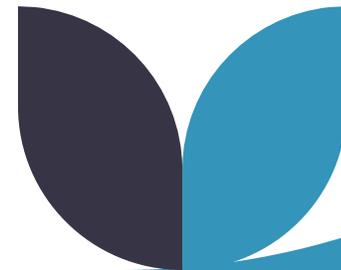
Marjorie Pigeon, directrice Qualité, Sécurité des patients et  
Service des bénévoles

Présenté au CGIQSP le 27 septembre 2023



# Plan

- ✧ Rappel des dossiers des secteurs QSPEP
- ✧ Faits saillants, bons coups et points de vigilance
- ✧ Période d'échange sur les observations soulevées



# Rappel des dossiers QSPEP



# Approche utilisée pour analyse synthèse

## Approche actuelle

### Une première mise en commun!

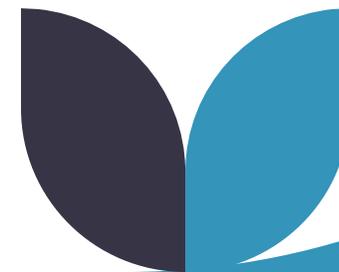
- Rencontre des gestionnaires QSPEP, Pierre Michaud et l'analyste en santé pour partager les rapports produits par le secteur et amorcer les discussions d'analyse.
- Constat majeur: nos rapports actuels ne nous permettent pas de pousser profondément l'analyse croisée.
- Plusieurs questions posées, d'angles de corrélation proposés et identification des besoins en termes d'information et de support technologique pour amélioration graduelle et future.

## À venir pour bonifier l'exercice

**Analytique de santé:** exploration des bases de données existantes à mettre en commun | début de réponse à des questions plus complexes requérant un croisement avec des données externes à QSPEP | utilisation de PowerBI et autres logiciels experts | création de tableaux de bord

**Architecture de données:** élaboration d'une architecture de données permettant de bien faire parler les information ensemble (partenariat avec les secteurs TI et Analytique)

**Heatmaps:** travail d'arrimage avec les heatmaps existantes.



# Sécurité des patients

## Faits saillants, bons coups et points de surveillance

- Toutes les zones ont connu une hausse de déclaration, notamment au niveau des incidents évités de justesse (+ 12% par rapport à T4). Éléments d'explication probable: les infirmières itinérantes ont maintenant accès à IRapport); meilleure utilisation du logiciel en général après une année d'implantation
- Les **chutes** sont demeurées stables (41 chute de moins, soit 8.7 % de moins). 80% sont répertoriées sur les unités pour les services aux aînés.
- Les incidents liés au **contrôle des infections** ont augmenté de 244.4 %. Il s'agit principalement du défaut de faire des tests de dépistage (87.9%) et du manque de signalisation adéquate. Élément explicatif: une sensibilisation à la déclaration a été effectuée sur le terrain. Il y avait donc une sous-déclaration.
- Les incidents liés aux **médicaments** ont augmenté de 13 %.  
Top 3: omissions (32.8%); dose/ concentration (27.7 %) aucune ordonnance/ problème lié à l'ordonnance (25.5 %)

# Sécurité des patients

## Faits saillants, bons coups et points de surveillance

- Les incidents de **sécurité** sont à la hausse (13.8 %). 53% des incidents sont du CHR. Élément d'explication possible: culture de sécurité à la hausse, travail de sensibilisation du conseiller à la sécurité des patients.
- Les incidents de **traitement/analyse/procédé** ont augmenté de 24.1 %. Plus grande hausse à la zone 5.
- Les **autres types** d'incidents sont relativement stables.
- Les incidents **intraveineux** ont baissé de 24%. Explication possible pour baisse: Diminution du nombre d'incidents de débit de perfusion et infiltrations dans la Zone 1B et des incidents d'extravasation dans la zone 4.
- Les incidents liés aux **produits sanguins** ont augmenté de 16%. Toutefois, les réactions transfusionnelles sont sous-déclarées au Réseau.

# Sécurité des patients

## Faits saillants, bons coups et points de surveillance

### Niveau de gravité

- En T1, il y a eu un total de 20 incidents modérés (+3), 5 graves (-1) et 2 ayant causé le décès (0) sur un total de 1 835 incidents déclarés.

### Divuligation

- 89.3% des incidents avec conséquence physique ont été divulgués.

- Les **délais pour les suivis non-complétés des gestionnaires** (plus de 30 jours) constituent un défi pour la sécurité des patients, la culture de sécurité des patients au sein des équipes et la qualité des données recueillies et analysables.

# Plaintes

## Faits saillants, bons coups et points de surveillance

- Augmentation du nombre de plaintes de 12% par rapport au trimestre précédent (+17).
- La **qualité des soins** est la catégorie de plainte où le volume est plus élevé et en hausse de 19% par rapport au trimestre précédent:
  - **32%** concernent « **attentes des patients** » (ex.: Insatisfaction à l'égard des soins offerts, refus du traitement souhaité par le professionnel de santé)
  - Proviennent principalement du service des urgences.
- Le **temps d'attente représente 19 %** des plaintes sous « qualité des soins ». Il existe une corrélation directe entre l'opinion du patient sur la gravité de ses symptômes et le code de triage qui lui a été attribué.
- Les plaintes liées au **comportement** sont plus élevées dans les zones 1B et 6. On déplore notamment le manque d'empathie à l'urgence (perception des patients).

# Plaintes

## Faits saillants, bons coups et points de surveillance

- Dans la catégorie « **communication** », la majorité des plaintes concernent l'information transmise lors des transferts.
- Les plaintes liées à l'**environnement** sont stables. Un projet pilote permet d'améliorer l'accès à un fauteuil roulant et au stationnement pour mobilité réduite à la zone 6 – lien à faire avec les travaux de rénovation en cours.
- Le **nombre de plaintes complétées dans un délai 30 jours** est à la baisse et compromis en raison des effectifs réduits à la zone 1B (maladie). On observe également un délai accru pour les réponses des gestionnaires (absences, vacances, rotation).
- **Augmentation du suivi direct des plaintes par les responsables et les médecins**, ce qui a accru la satisfaction des patients à la suite d'une plainte.

# Comités de revue depuis la dernière rencontre

Revue de suicide en communauté complétées						
Zone	Nombre	Mois de survenue	Recommandations selon cote de risque			
			Aucune	Faible	Modérée	Élevée
Beauséjour	0					
Nord-Ouest	1	Juin 2022		1		
Restigouche	0					
Acadie-Bathurst	5	Entre janvier et mars 2023		3		
<b>Total</b>	<b>6</b>			<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Note:** les revues de suicide en communauté sont effectuées pour chaque suicide ayant été signalé par le ministère de la Santé et lorsque la personne a reçu des services du Réseau au moins 6 mois avant le suicide. Il se peut donc que plus de suicides soient survenus en communauté.

# Comités de revue depuis la dernière rencontre

Incidents préjudiciables - synthèse						
Catégorie d'événement	Zone	PCA/secteur	Recommandations selon cote de risque			
			Aucune	Faible	Modérée	Élevée
Chute	1B	Médecine	X			
	6	Service aux aînés	X			
Suicide	1B	SM & STD		1		3
Traitement/test/procédure (agraphes)	4	Chirurgie	X (RH)			
Traitement/test/procédure (lésion de pression)	4	Chirurgie		1	2	
Décès inattendu	6	Soins intensifs et médecine interne		1		
<b>Total de recommandations</b>				<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

# Satisfaction de la clientèle – patients hospitalisés

## Faits saillants, bons coups et points de surveillance

### Nombre de sondages compilés

- **Beauséjour:** 147 (80% du 3B-maternité)
- **Nord-Ouest:** 176
- **Restigouche:** 13
- **Acadie-Bathurst:** 125 (47% - maternité)

### Bons coups

- Qualité de la nourriture (goût, température, variété)? + **5%**
- Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? + **22%**

### Critiques

- Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? – **12%**
- Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille – **19%**
- Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? – **15%** On note d'ailleurs une baisse des résultats dans les audits, notamment en maternité.

### Non négligeables

- Explication – à quoi servait le nouveau médicament? – **6%**
- Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? – **6%**
- Bonne connaissance de vos médicaments au congé? – **13%**
- Service la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? – **5%**

# Dossiers HIROC

Catégorie	Actif/personne assignée	En attente/suspens	Fermé/désistement/en voie de	Total
Litige - Cour petites créances			1	<b>1</b>
Litige - poursuite déposée	1			<b>1</b>
Litige - poursuite signifiée	8	8	8	<b>24</b>
Ouvert pour conseil	1			<b>1</b>
Potentiel de réclamation ou poursuite	12	33	13	<b>58</b>
Réclamation - blessure corporelle	8		3	<b>11</b>
			<b>Total</b>	<b>96</b>

**Notes:**

- Non trimestriel
- Données mises à jour à la fin août 2023
- Dossiers entre 1991 et 2023



# **Période d'échange sur les observations soulevées**

Merci de votre attention

**Note couverture**

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : 19 octobre 2023

**Objet : Rapport du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient  
(indicateurs de performance des processus)**

Ce rapport permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 1.1.6; 3.1.5; 3.1.6; 3.1.8; 3.1.12; 3.4.2; 3.4.4.

Le rapport du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient fait état des améliorations réalisées, en cours ou à venir, dans les dossiers et les projets relevant directement du secteur, puis une revue des indicateurs visant la surveillance du respect des processus du Réseau en matière de qualité, de sécurité, de soins centrés sur la personne, de diversité, d'équité et d'inclusion.

La première section du présent rapport se veut une introduction au concept de la gestion intégrée de la qualité telle que préconisée au Réseau.

Le comité sera également amené en dernier lieu à se pencher sur une série d'indicateurs qui pourraient constituer le tableau de bord au fil du temps.

Soumis le 29 septembre 2023 par Marjorie Pigeon, Directrice Qualité, Sécurité des patients et Service des bénévoles.

## RÉFÉRENCE

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

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.
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.
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.
3.1.8	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.
3.1.12	L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins offerts par l'organisme.
3.4.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité.
3.4.4	L'instance de gouvernance fait en sorte de rester informée des progrès de l'organisme par rapport aux objectifs de ce dernier en matière de santé et de sécurité.

# RAPPORT DU SECTEUR QUALITÉ, SÉCURITÉ DES PATIENTS ET EXPÉRIENCE PATIENT



Marjorie Pigeon, directrice Qualité, Sécurité des patients  
et Service des bénévoles

Pour le Comité Qualité des soins et sécurité des patients

Octobre 2023



# Plan

- ✧ Présentation du concept de gestion intégrée de la qualité
- ✧ Améliorations apportées et à venir
- ✧ Indicateurs



# QUELQUES DÉFINITIONS

# Qualité

La qualité des soins est la **mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité**. Elle dépend de connaissances professionnelles fondées sur des bases factuelles et est essentielle pour instaurer la couverture sanitaire universelle.

Les soins de santé de qualité peuvent être définis de bien des manières mais il est de plus en plus admis dans le monde qu'ils devraient être :

- **efficaces**, c'est-à-dire reposer sur des bases factuelles et être dispensés à ceux qui en ont besoin ;
- **sûrs**, c'est-à-dire éviter de porter préjudice à ceux qui en bénéficient ; et
- **centrés sur la personne**, c'est-à-dire correspondre aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque individu.



# Qualité

Afin de tirer profit des bénéfices de soins de qualité, ceux-ci doivent être :

- **dispensés en temps utile**, c'est-à-dire que les délais les d'attente et parfois les retards préjudiciables tant pour les bénéficiaires que pour les prestataires doivent être réduits ;
- **équitable**s, c'est-à-dire que la qualité des soins ne doit pas varier en fonction du genre, de l'origine ethnique, de la situation géographique et du statut socioéconomique ;
- **intégrés**, c'est-à-dire que l'ensemble de services de santé doivent être disponibles à toutes les étapes de la vie ;
- **efficaces**, c'est-à-dire que les ressources disponibles doivent être exploitées au maximum en évitant le gaspillage.

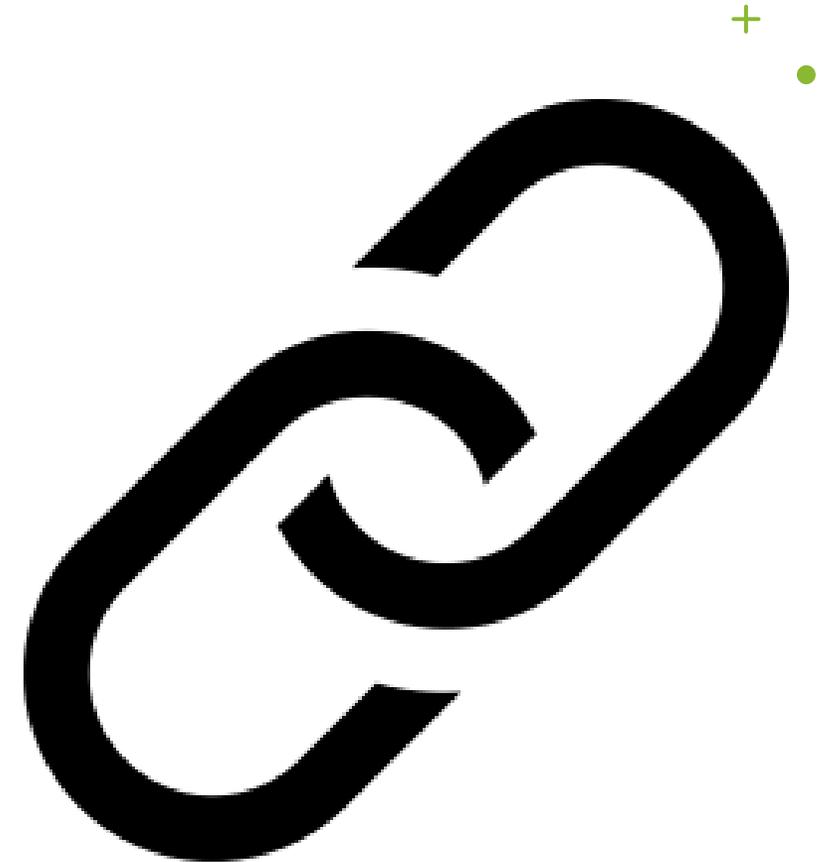
OMS



# Intégration

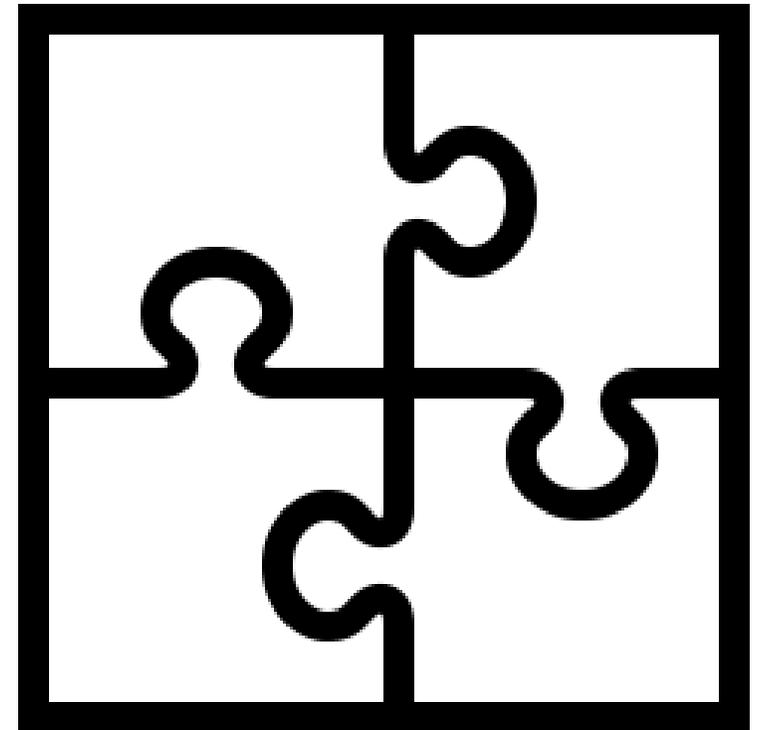
Un processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs qui coopèrent à un objectif collectif et mettent en lien les processus de l'établissement les uns avec les autres.

L'intégration permet d'assurer la compatibilité des différentes parties et le bon fonctionnement du système



# Gestion intégrée de la qualité

La gestion intégrée de la qualité (GIQ) est une **approche globale** de gestion où **chaque personne dans l'organisation est responsable et active** dans le processus d'amélioration de la qualité qui est intégré dans l'ensemble des activités de l'organisation tant au niveau clinique qu'administratif. De plus, la GIQ met en place un processus continu, proactif et systématique pour comprendre, gérer et intégrer les différents processus qualité au sein de l'organisation.





# AMÉLIORATIONS APPORTÉES ET À VENIR

**Le Réseau doit tendre à passer  
d'un management de la qualité à  
un management de qualité...**





Le management de la qualité se confond progressivement avec la qualité du management cherchant le progrès dans toutes les dimensions : stratégie, gestion des ressources humaines, gestion financière, gestion de la production, gestion des risques

Haute autorité en santé



# Volets de la Gestion intégrée de la qualité



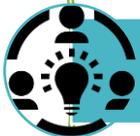
**Programmes clientèles apprenants**



**Analyses de tendance croisées**



**Imputabilité à l'égard des recommandations Qualité/Sécurité des patients/Expérience patient**



**Arrimage entre la qualité systémique et la qualité de l'acte professionnel**



**Comité de la qualité (leadership) et Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (CA)**



**Cadre de la GIQSP**



**Culture juste**

# Améliorations apportées ou avancements depuis juin 2023

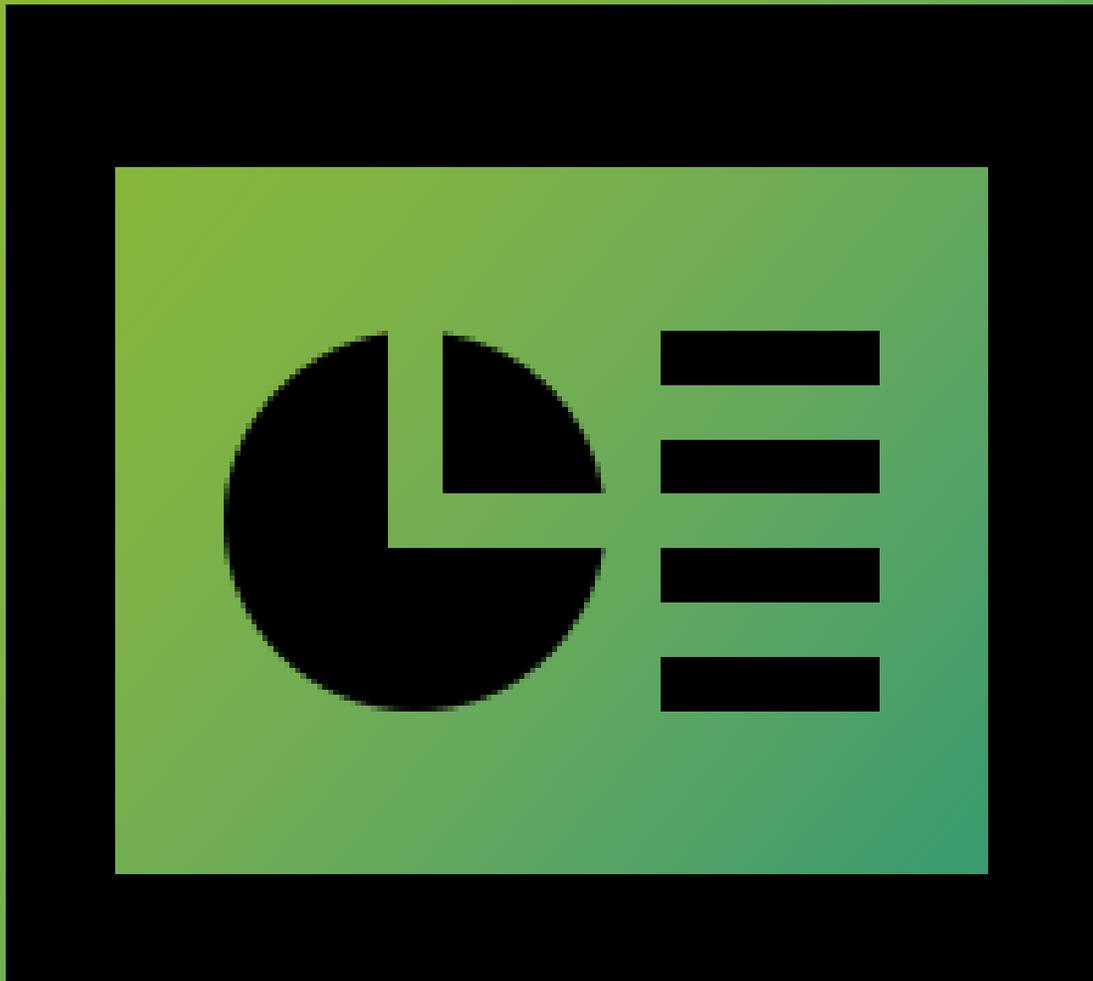
- ✧ Remise du rapport de suivi à Agrément Canada
- ✧ Analyse de tendance croisée:
  - ✧ Collaboration avec une analyste en santé
  - ✧ Utilisation de PowerBI
  - ✧ Début des travaux d'architecture de données
- ✧ Registre des recommandations issues des Comités de revue – consolidation et arrimage avec équipe de la planification
- ✧ Établissement d'une cote de risque des recommandations
- ✧ Sondage sur la sécurité des patients septembre et octobre
- ✧ Collaboration inter-service à la Qualité
- ✧ Stagiaire d'été – bilan sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle
- ✧ Révision du mandat du comité de la Qualité
- ✧ La directrice QSPEP est maintenant membre du CPC



# Prochaines étapes pour l'équipe QSPEP et ses partenaires

- ✧ Mise en place d'une structure et de processus permettant le croisement de bases de données différentes pour divers sujets (ex.: événements évités de justesse)
- ✧ Cohorte de formation sur la culture juste à la fin octobre, en co-gestion avec la chefferie médicale
- ✧ Optimisation de la base de données sur les plaintes et configuration des rapports
- ✧ Élaboration d'un rapport pour les audits
- ✧ Bonification du rapport sur les faits saillants (top 3) et capacité à faire des comparatifs au national
- ✧ Élaboration d'un tableau de bord pour les revues
- ✧ Plan d'action pour satisfaction clientèle

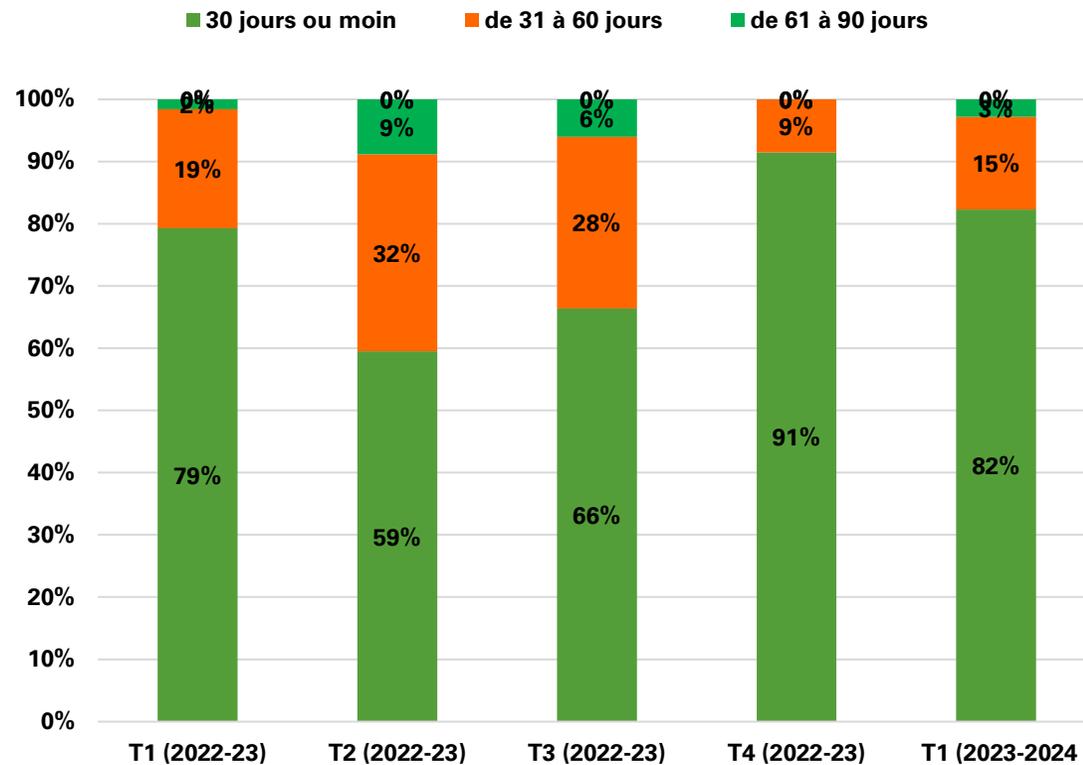




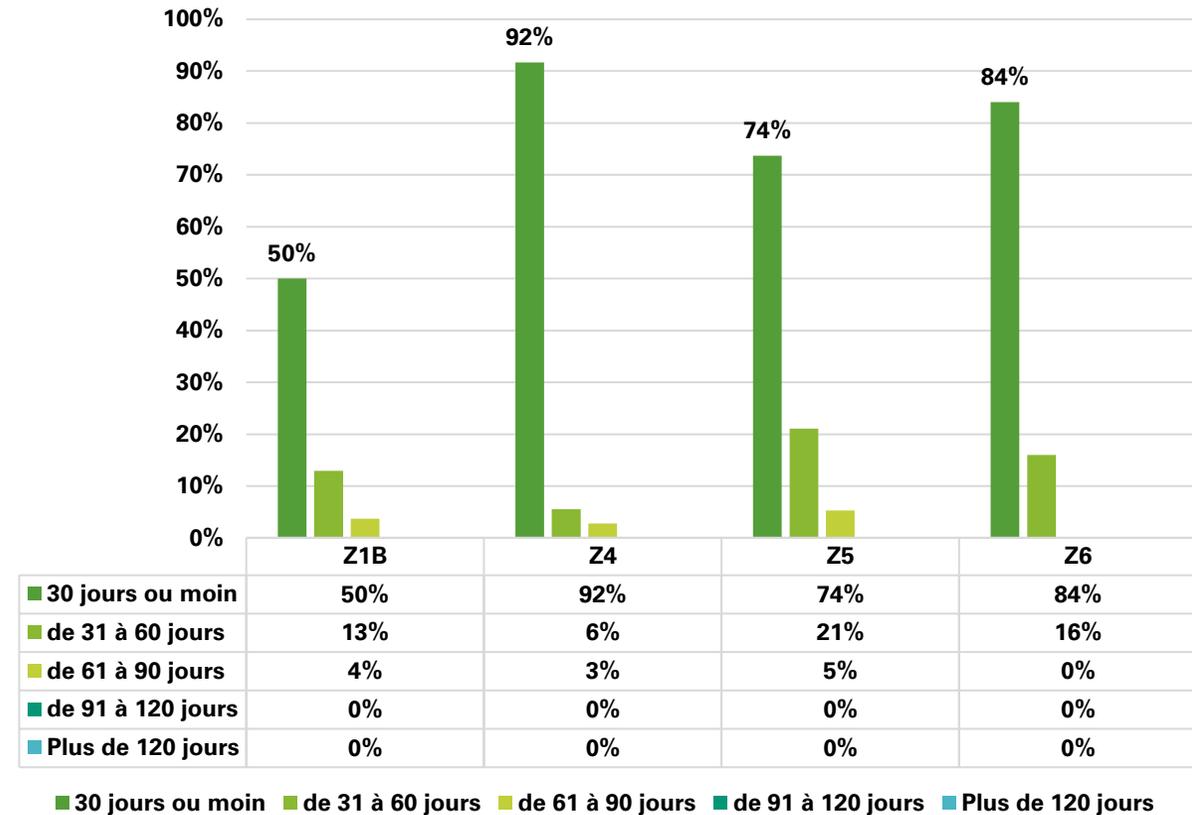
# INDICATEURS DISPONIBLES POUR LE MOMENT

# Plaintes

## Délais de résolution des plaintes-T1 2023-23



## Délais de résolution des plaintes par zone



# Service des bénévoles

	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	Observations
<b>Bénévoles actifs</b>	700	795	369	778	416	Diminution de 40% en 5 ans
<b>Programmes actifs</b>	141	140	69	66	84	Lente reprise post-pandémie
<b>Heures de bénévolat</b>	28810	57871	22996	64471	42275	
<b>Moyenne d'heures par bénévole</b>	41	73	62	83	102	Hausse du nombre d'heures effectuées par bénévole
<b>% heures auprès des patients</b>	48%	62%	45%	43%	39%	Les ratios devraient être inversés
<b>% heures services complémentaires</b>	52%	38%	55%	57%	61%	

# Satisfaction de la clientèle – patients hospitalisés

	Taux de participation			
	2020-21	2021-22	2022-23	T1 2023-2024
Zone 1B	9%	11%	10%	7%
Zone 4	13%	11%	16%	35%
Zone 5	13%	7%	6%	5%
Zone 6	9%	10%	8%	11%
<b>Vitalité</b>	11%	10%	10%	15%

# Bureau de partenariat avec les patients et les familles

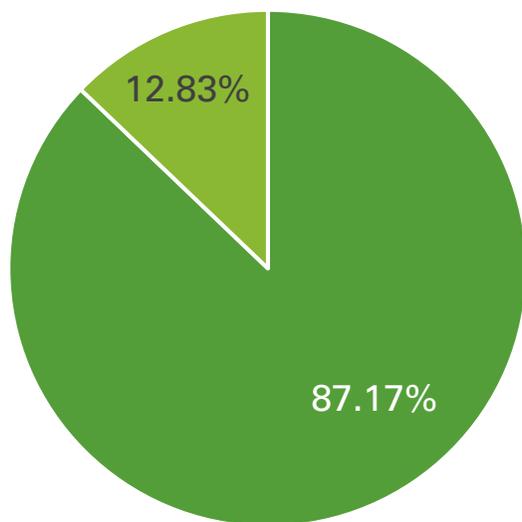
Trimestre	Nb de groupes/comités/conseils répertoriés	Nb de sièges de PEP	Nb de sièges comblés	% de sièges comblés	Date de remise
T1	26, dont 1 provincial	44	37	84%	12/08/2022
T2					
T3					
T4					

## Autres:

- 3 demandes d'organismes externes au cours du dernier trimestre (toutes comblées)

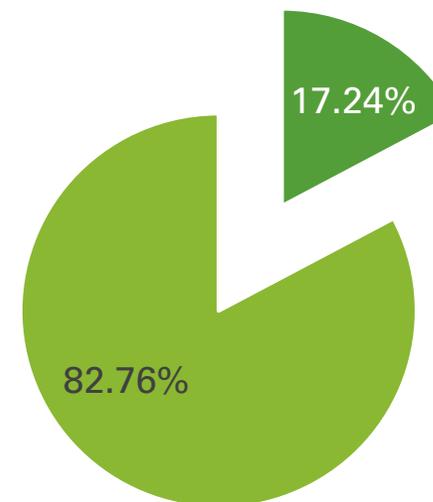
# Divulgations

Divulgation de l'incident au patient T1  
2023-2024



■ Oui  
■ Non

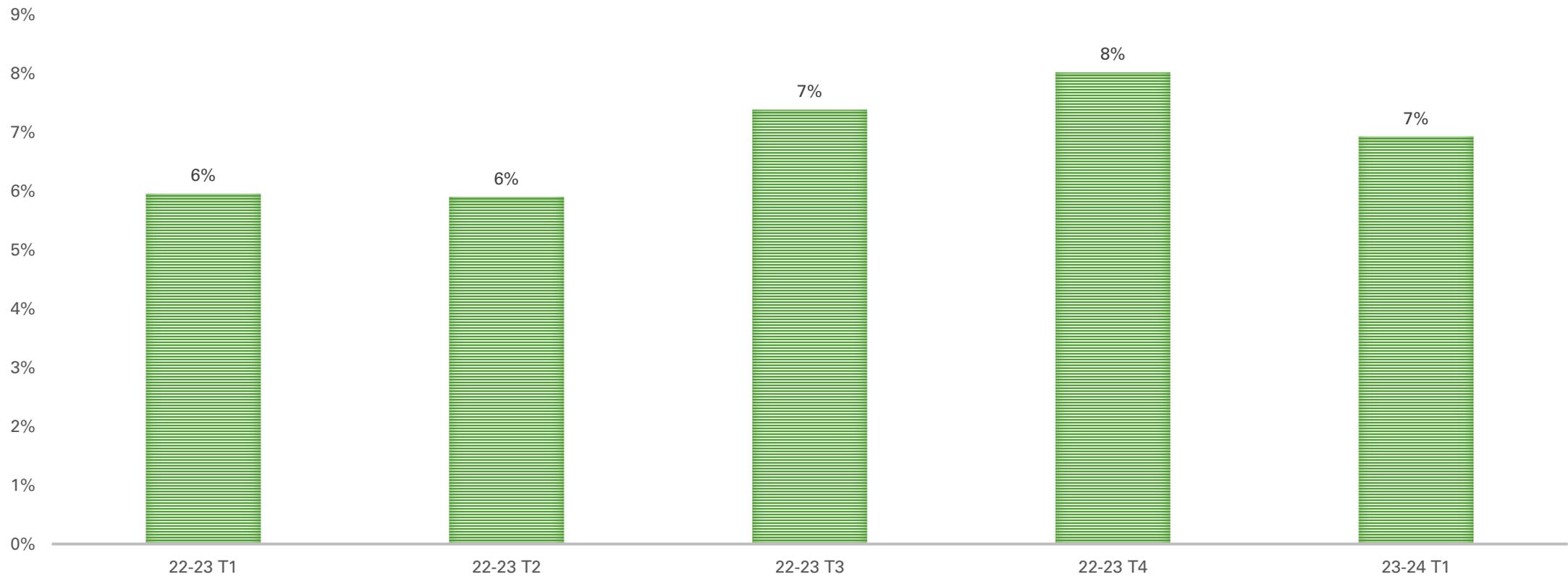
Divulgation de l'incident au plus proche  
parent/mandataire spécial T1 2023-2024

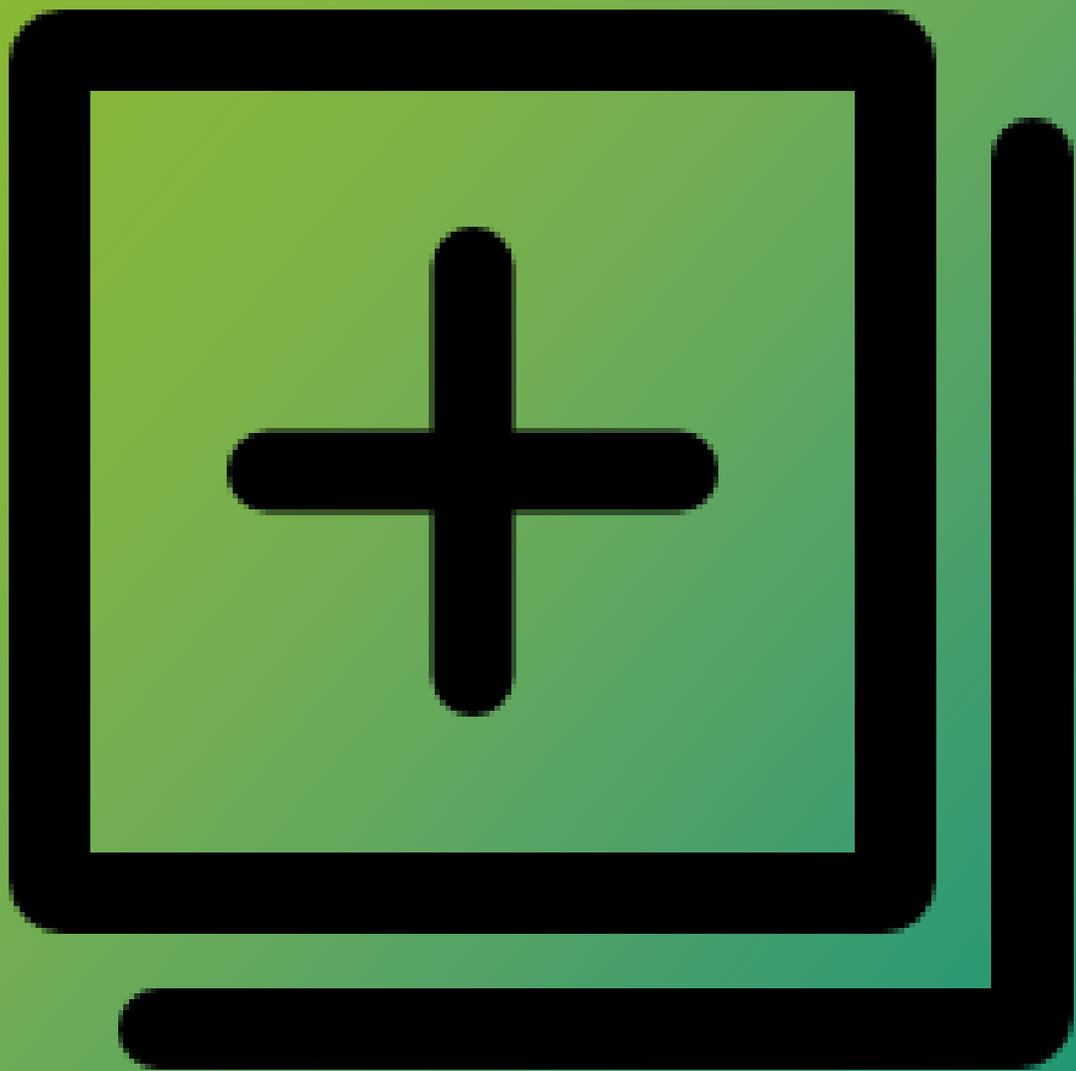


■ Oui  
■ Non

# Événements évités de justesse

## TAUX DE DÉCLARATION DES INCIDENTS ÉVITÉS DE JUSTESSE





# OPTIONS D'INDICATEURS

# Options d'indicateurs

Domaine	Indicateur	Disponibilité
Plaintes	Délai de traitement des plaintes médicales	À venir
	Délai de traitement des plaintes non-médicales	Oui
	Résultats d'audit qualité des lettres réponse	À venir
Service des bénévoles	Nombre de bénévoles actifs	Oui
	Nombre d'heures de bénévolat – Taux soins directs et activités complémentaires	Oui
Satisfaction de la clientèle	Taux de participation aux sondages de satisfaction de la clientèle	Oui
Bureau de partenariat avec les patients et les familles	Taux de sièges comblés par des partenaires de l'expérience patient (PEP)	Oui
	Taux d'engagement des PEP	À venir
	Taux d'engagement organisationnel à l'égard des PEP	À venir

# Options d'indicateurs

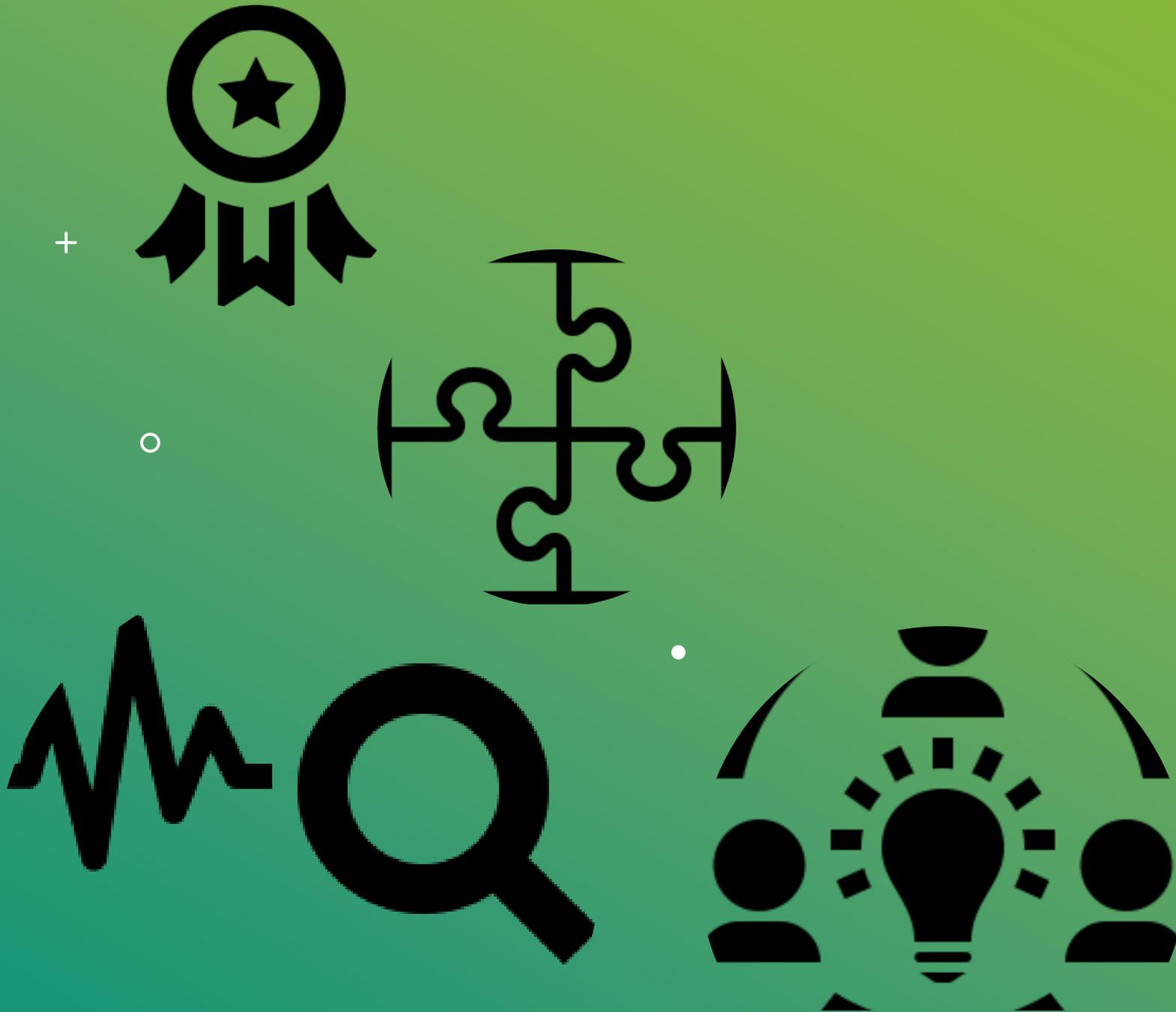
Domaine	Indicateur	Disponibilité
Qualité et sécurité des patients	Taux de rapports d'investigation d'incidents préjudiciables traités à l'intérieur de 180 jours	À venir
	Taux de rapports d'investigation de suicides en communauté traités à l'intérieur de 180 jours	À venir
	Taux d'employés formés (divulgation, culture juste, etc.)	À venir
	Taux de projets prioritaires du Réseau découlant des données qualité, sécurité ou expérience patient (cible 25%)	À venir
	Taux de satisfaction sur la préparation, le soutien et le déroulement de la visite d'Agrément Canada	À venir
	Résultats du sondage de culture de sécurité des patients	À venir
	Taux de divulgation initiale des incidents avec gravité modéré à décès	Oui
	Taux de divulgation subséquente	À venir
	Taux d'incidents évités de justesse	Oui
	Taux de « good catches »	À venir

# Options d'indicateurs

Domaine	Indicateur	Disponibilité
Qualité et sécurité des patients (suite)	Taux de formation sur différentes formations en lien avec la formation	À venir
	Délai de traitement des dossiers d'Aide médicale à mourir dans les deux jours ouvrables	À venir
	Taux de suivi des incidents par les gestionnaires dans un délai de 30 jours	À venir
Diversité, équité et inclusion	Taux de formation du personnel sur la sécurisation culturelle	À venir
	Évaluation de la satisfaction des patients concernant les interactions avec le personnel et le respect de leur diversité, croyance, etc.	À venir
	Enquêtes de satisfaction spécifiques aux groupes de patients pour évaluer leur expérience de soins.	À venir
	Taux de plaintes ou de réclamations liées à la discrimination ou au manque d'inclusion.	À venir



# QUESTIONS ET COMMENTAIRES



**MERCI**

# Note d'information

Point 5.3

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

Date : Le 19 octobre 2023

Objet : Mise à jour des suivis d'Agrément Canada

## Décision recherchée

Point d'information à la suite du suivi effectué le 10 avril et des suivis requis pour le 8 octobre prochain en lien avec les non-conformités issues du rapport d'Agrément Canada de la visite de juin 2022.

## Contexte/problématique

- Cette note permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 3.1.5, 3.1.8; 3.1.12, 3.4.2, 3.4.4.

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
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.
3.1.12	L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins offerts par l'organisme.
3.4.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité.
3.4.4	L'instance de gouvernance fait en sorte de rester informée des progrès de l'organisme par rapport aux objectifs de ce dernier en matière de santé et de sécurité.

- Le Réseau de santé s'est vu décerner le statut d'organisme agréé lors de la visite de juin 2022 avec suivi sous forme de rapport le 10 avril et le 8 octobre 2023.
- Une première reddition de compte a été soumise avec un dépôt de preuves dans le portail en avril dernier.
- Le tableau suivant résume l'état des suivis à Agrément Canada:

Date requise	État du suivi	En lien avec les POR	Critères à priorité élevée	Autre	Total
10 avril	Nb de critères pour lesquels une reddition de compte était requise	20	4		24
	Nb de critères nécessitant des preuves supplémentaires (pour octobre)	7	3		10
8 octobre	Nb de critères pour lesquels une reddition de compte est requise	5	8	1	14

- Nous devons fournir plus de preuves le 8 octobre 2023 pour les critères suivants :

Cahier de normes	Critère
Soins ambulatoires	POR du Bilan comparatif des médicaments
Réadaptation	POR du Bilan comparatif des médicaments
Soins de longue durée	POR Évaluation du risque suicidaire
Gestions des médicaments	En lien avec l'accès aux aires d'entreposage des médicaments.
Gestions des médicaments	En lien avec l'entreposage des médicaments dans les charriots.
Gestion des médicaments	En lien avec le transport des médicaments cytotoxiques.

- État d'avancement des suivis requis pour le 8 octobre 2023**

Cahier de normes	Critère
Gestion des médicaments	En lien avec la liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées
Gestion des médicaments	En lien avec les audits de la Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisée
Soins critiques	En lien avec les audits du processus de transfert d'information au point de transition.
Urgences	
Unité d'hospitalisation	
Imagerie diagnostique	En lien avec la demande aux clientes en âge de procréer s'il y a possibilité qu'elles soient enceintes, et leur réponse est notée.
Obstétrique	En lien avec les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagères et des familles, qui précise quand demander l'approbation.
Santé mentale	En lien avec l'environnement physique des patients dans les salles de toilettes en psychiatrie.
Soins ambulatoires	Critère en lien avec la documentation du consentement.
Soins primaires	Critère en lien avec la documentation du consentement.
	Critère en lien avec le processus du consentement auprès d'une personne chargée de prendre des décisions au nom du patient.
Urgences	Critère en lien avec la documentation du consentement.
Soins primaires BCM	Critère en lien avec le bilan comparatif des médicaments de l'usager.
Urgences	Critère en lien avec la prévention des chutes.

## Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Les non-conformités sont toutes en lien avec des pratiques organisationnelles requises (POR) ou des critères à priorité élevée.

## Considérations importantes

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

## Suivi à la décision

- Attendre les résultats à la suite de la soumission des preuves à Agrément Canada

## Proposition et résolution

Soumis le 28 septembre 2023 par Marjorie Pigeon, directrice Qualité, Sécurité des patients et Service des bénévoles.

**Note couverture**

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : 19 octobre 2023

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

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 : 3.1.12.

Une version révisée du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est présentée aux membres pour approbation. Les changements proposés sont surlignés en jaune. Les commentaires émis lors de la journée de formation du mardi 26 septembre ont été pris en considération.

Soumis le 29 septembre 2023 par Marjorie Pigeon, Directrice Qualité, Sécurité des patients et Service des bénévoles.

**RÉFÉRENCE**

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

3.1.12

L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins offerts par l'organisme.

## Manuel : Conseil d'administration

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

### BUT

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

### Définition

**Personnes :** toute personne recevant ou susceptible de recevoir des soins ou des services de santé au sein du Réseau, de même qu'à ses proches et sa famille.

### Composition et fonctionnement

1. Le comité est composé de quatre deux membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du comité.
2. Le président du Conseil d'administration est membre d'office avec sans droit de vote et la présidente-directrice générale le président-directeur général est membre d'office sans droit de vote.
3. Les présidents du Comité médical consultatif régional et du Comité professionnel consultatif, ainsi que du Comité consultatif des patients et des familles sont membres permanents sans droit de vote.
4. Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).

5. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli.

### Responsabilités

1. Le comité surveille, conseille le Conseil et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives :

1.1. aux processus de services à la clientèle et de gestion de la qualité, ~~des risques~~ et de la sécurité des patients ainsi qu'à l'éthique ~~et à la protection de la vie privée~~ (AC : 3.1.12);

1.1.1. priorise la qualité et la sécurité des patients et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;

1.1.2. veille à ce que le Réseau adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité (AC : 3.4.2);

1.1.3. recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité des patients, ~~de gestion des risques et d'éthique~~ et de protection de la vie privée, et suit leurs mises en œuvre;

1.1.4. ~~passé en revue et recommande un plan sur la qualité et la sécurité des patients ainsi que des objectifs d'amélioration annuels~~ examine régulièrement les progrès effectués par l'organisme par rapport aux objectifs de son plan intégré d'amélioration de la qualité (AC : 3.1.8);

1.1.5. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques (AC : 3.4.3);

1.1.6. surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord et d'autres rapports réguliers (AC : 3.1.6, 3.4.4);

1.1.7. reçoit et analyse les rapports du comité régional ~~de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients~~ et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;

1.1.8. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité des patients, ~~à la gestion des risques et à l'éthique~~;

1.1.9. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité des patients pour les membres du comité et du Conseil ~~et à la protection de la vie privée~~ (AC : 1.1.7);

1.2. à l'approche des soins centrés sur la personne et aux patients partenaires (AC : 1.1.6, 3.1.5);

1.3. aux normes d'agrément liées aux ~~à l'approche des~~ soins centrés sur le patient/client ~~la personne~~, à la qualité et à la sécurité des soins et des services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;

1.3. à la satisfaction et à l'expérience des patients/clients et aux processus de gestion

des plaintes;

1.3.1. assure la mise en place de mécanismes pour évaluer et améliorer l'expérience des patients et pour gérer les plaintes (AC : 3.1.7, 3.4.5, 3.4.6);

1.4. à la protection de la vie privée et de tous les renseignements des intervenants (AC: 3.5.7).

1.5. à l'approche liée à la diversité, équité et inclusion ainsi qu'à la lutte contre le racisme, y compris à l'endroit des communautés Autochtones (AC : 5.1.1).

a) collabore avec les partenaires et les communautés pour l'établissement d'un plan d'action à l'égard de ces questions (AC : 5.1.2, 5.1.5, 6.1.2, 6.1.5);

b) veille à ce que les politiques du Réseau reflètent les pratiques en matière de sécurisation culturelle et d'humilité et intègrent la culture et les droits des communautés qui reçoivent des services de l'organisme, notamment à l'endroit des communautés Autochtones (AC : 5.1.4, 6.1.4);

c) s'inspire d'un cadre reconnu pour évaluer les situations de racisme systémique à l'endroit des Autochtones (AC : 6.1.1);

d) met en œuvre un plan d'action, en partenariat avec des partenaires Autochtones, pour lutter contre le racisme systémique à l'endroit des Autochtones au sein de l'organisme (AC : 6.1.2).

1.6. aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical et des infirmières praticiennes, de renouvellement, de suspension ou de modification (AC : 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4) ;

1.7. aux processus liés au développement et au maintien des compétences des professionnels et des médecins et aux processus de délégation des actes professionnels et médicaux (AC : 3.3.1).

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

### Rapport

1. Le comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, ce qui comprend une revue annuelle de la qualité, de la sécurité des patients, ~~des risques~~ et de l'éthique et de la protection de la vie privée. Les rapports réguliers peuvent comprendre, entre autres :

1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, ~~les risques~~, la sécurité des patients et les services à la clientèle;

1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients;

1.3 Analyse des causes profondes soumises par le Comité de la qualité;

1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables;

- 1.5 Satisfaction/perception des patients;
- ~~1.6 Satisfaction/perception des médecins;~~
- ~~1.7 Satisfaction/perception des employés;~~
- 1.8 Culture **juste et** de sécurité des patients;
- 1.9 Agrément;
- 1.10 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats;
- 1.11 Rapport des activités en éthique.
- 1.12 Rapport sur la protection de la vie privée.**

Plan de travail et objectifs annuels du comité

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

**RÉFÉRENCE**

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

**Attestation de lecture et compréhension du mandat**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

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

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

ÉBAUCHE

## Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  
Date : 19 octobre 2023

### Objet : Révision et approbation du plan de travail

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 : 1.1.6, 1.2.5, 3.1.12, 3.4.2, 3.4.4, 5.1.5, 6.1.5.

Le plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est soumis à titre d'ébauche pour discussion et approbation. Il s'agit d'une version révisée du plan de travail précédent, laquelle prend également en compte les commentaires émis lors de la journée de formation du 26 septembre dernier.

Soumis le 29 septembre 2023 par Marjorie Pigeon, Directrice Qualité, Sécurité des patients et Service des bénévoles.

### RÉFÉRENCE

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

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.
1.2.5	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.
3.1.12	L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins offerts par l'organisme.
3.4.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité.
3.4.4	L'instance de gouvernance fait en sorte de rester informée des progrès de l'organisme par rapport aux objectifs de ce dernier en matière de santé et de sécurité.
5.1.5	L'instance de gouvernance veille à ce que le plan d'action de l'organisme soit orienté de façon à lutter contre le racisme systémique.
6.1.5	L'instance de gouvernance veille à ce que le plan d'action de l'organisme soit orienté de façon à lutter contre le racisme systémique à l'endroit des Autochtones.

## Plan de travail du comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

### ÉBAUCHE

	ACTIVITÉS	Date			
		Oct. 2023	Janv. 2024	Avr. 2024	Mai 2022
Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Réviser le mandat du comité	X			
	Réviser le plan de travail annuel	X			
	Déterminer les indicateurs à surveiller	X	X		
	Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, des risques et de l'éthique	X			
	Surveiller le respect des processus du Réseau en matière de qualité, de sécurité, de soins centrés sur la personne, de diversité, d'équité et d'inclusion	X	X	X	X
	Surveiller la progression du Réseau dans sa démarche avec Agrément Canada, y compris le suivi des recommandations	X	X	X	X
	Surveiller la progression du Réseau en matière de gestion intégrée de la qualité	X	X	X	X
	Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur les personnes	X	X	X	X
	Surveiller la mise en œuvre de la stratégie sur les patients partenaires et le bénévolat		X	X	X
	Surveiller la mise en œuvre de la stratégie en matière de diversité, équité et inclusion		X	X	X
	Réviser le plan de travail et le calendrier des réunions du Comité de la qualité				X

*\*Support de Brigitte Sonier Ferguson, VP Performance, Mission universitaire et Stratégies*

### Plan de travail du Conseil d'administration 2021-2022

	ACTIVITÉS	Date			
		Sept. 2021	Nov. 2021	Fév./Mars 2022	Juin 2022
Comité ad-hoc des RH	Réviser le mandat du comité et ses responsabilités	X			
	Réviser le plan de travail annuel	X			
	Surveiller la mise en œuvre du Plan stratégique des Ressources humaines 2021-2024	X	X	X	X
<i>*Support de Johanne Roy, VP Ressources humaines par intérim</i>					
Comité consultatif des patients et familles	Réviser le mandat du comité et ses responsabilités	X			
	Identifier les divers rapports et informations nécessaires au bon fonctionnement du comité.	X			
	Finaliser et diffuser le vidéo des partenaires de l'expérience patient qui servira à faire connaître le rôle du partenaire		X		
	Identifier des stratégies afin de promouvoir davantage le rôle du partenaire de l'expérience patient auprès du personnel			X	
	Participer à l'élaboration d'un plan de recrutement des partenaires de l'expérience patient		X		
	Identifier et mettre en œuvre des stratégies afin de faciliter l'intégration des partenaires de l'expérience patient aux équipes			X	
	Identifier l'expertise manquante au comité et voir à combler les postes vacants		X		
	Identifier les besoins de formation des membres et favoriser la formation continue (par ex. articles, session de formation, vidéo/webinaire)	X	X	X	X
	Obtenir une présentation sur les processus entourant l'évaluation de l'expérience patient (sondage et processus de gestion des plaintes)		X		
	Obtenir les informations nécessaires en vue de participer à la prochaine visite d'agrément (juin 2022)			X	
<i>*Support de Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité</i>					
Conseil d'administration	Le président du CA avec le comité d'évaluation, effectue l'évaluation du rendement du PDG et établit les objectifs de rendement annuel			X	
	Le président du CA avec le comité d'évaluation, effectue une mise au point mi-session sur la performance du PDG	X			
	Le président du CA évalue le rendement du médecin chef et du président du CPC			X	
	Participe activement aux sessions de formation et d'éducation	X	X	X	X
	Participe activement à la visite d'Agrément				X
	Participe aux évaluations du fonctionnement des dirigeants et du Conseil	X	X	X	X
	Procède aux évaluations régulières des réunions du Conseil	X	X	X	X
	Validation des orientations stratégiques 2022		X		
	Approbation du Plan régional de santé et d'affaires 2022-2025				X
	Approbation du rapport annuel 2021-2022				X
	Examiner les relations et engagement avec les principaux intervenants clés	X	X	X	X