

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 4

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 17 décembre 2024, 13 h à 15 h 30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Johanne Thériault Paulin Claire Savoie		
Adjointes administratives :	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	

Membres invités - Gouvernance

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

Avis de réunion

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

QUALITÉ

13 h 06	6. Approbation du procès-verbal du 1er octobre 2024	Décision
13 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	Information
	8. Affaires permanentes	
13 h 10	8.1 Rapport T2 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient	Information
13 h 25	8.2 Rapport des risques organisationnels (T2) 2024-2025	Information
13 h 44	9. Affaires nouvelles	
	Sans objet	Information

GOVERNANCE

13 h 45	10. Approbation en bloc des procès-verbaux 10.1 Procès-verbal réunion ordinaire du 1^{er} octobre 2024 10.2 Procès-verbal de la réunion extraordinaire à huis clos du 1^{er} octobre 2024	Décision
	11. Suivis de la dernière réunion	

13 h 46	11.1 Processus de présentation des résultats des évaluations annuelles a) Note exécutive b) Exercice comparatif c) Politique CA-410	Décision
13 h 55	11.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs a) Note exécutive	Information
12. Affaires permanentes		
14 h	12.1 Vacances à venir au sein du Conseil d'administration a) Note exécutive	Décision
14 h 05	12.2 Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément Canada a) Note exécutive	Information
14 h 10	12.3 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Tableau d'évaluation des réunions à huis clos et publique du 29 octobre 2024	Information
13. Affaires nouvelles		
14 h 15	13.1 Ajout de membres suppléants au Comité d'éthique de la recherche a) Note exécutive	Décision
14 h 20	14 Date de la prochaine réunion : 24 mars 2024 à 13 h	Information
14 h 21	15 Levée de la réunion	Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature	Date et heure :	Le 1er octobre 2024, 13 h à 14 h 49
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Coprésidentes :	Claire Savoie Johanne Thériault Paulin (P)		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

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

Membres d'office

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

Membres invités - Qualité

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

Membres invités - Gouvernance

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

PROCÈS-VERBAL**1. Ouverture de la réunion**

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

2. Constatation de la régularité de la réunion

La réunion est dûment convoquée et le quorum est atteint.

3. Rappel de confidentialité

La coprésidente rappelle à tous leur devoir de confidentialité.

4. Adoption de l'ordre du jour

L'ordre du jour de la réunion est adopté tel que circulé.

MOTION 2024-10-01 / 01CMQG

Proposée par Claire Savoie

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 6 juin 2024**

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 6 juin 2024 est adopté tel que circulé.

MOTION 2024-10-01 / 02CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Claire Savoie

Et résolu que le procès-verbal du 6 juin 2024 soit adopté tel que circulé.

Adoptée à l'unanimité.

7. Suivis de la dernière rencontre

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.

Plusieurs des suivis aux différentes actions identifiées lors de la dernière rencontre sont pris en compte dans le nouveau format de rapport trimestriel qui est présenté au comité dans la présente rencontre. Plus spécifiquement, un nouveau format de bulletin de performance qui reflète mieux les tendances en matière de sécurité des patients, et qui présente les données dans un format qui nous permet de mieux se comparer avec d'autres organisations au travers le Canada et le monde. Des mises à jour d'initiatives prioritaires (projets, Agrément Canada, thématiques spécifiques, etc.), sont également fournis dans le rapport.

8. Affaires permanentes

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

On présente les bulletins de performance par programmes clientèles apprenants et par secteurs cliniques transversaux.

Les indicateurs de performance clé pour chaque programme et secteur sont 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 autres indicateurs de performance (qualité et sécurité)
- 5) La satisfaction des clients

Au courant de la dernière année, on a démontré 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, on est à **41% des indicateurs de performance disponible de façon automatisée dans les bulletins de performance par programmes clientèles apprenants**

Monsieur Rino Lang, vice-président adjoint, présente à titre d'exemple, le bulletin de performance du programme clientèle apprenant Santé mentale et traitement des dépendances. Les données présentées sont pour l'année 2023-2024.

Les bulletins de performance des programmes clientèles apprenants seront présentés aux comités mixtes de la qualité et de la gouvernance, au fur et à mesure que ceux-ci sont disponibles et fonctionnels.

On demande de quelle manière les cibles sont choisis et si ça appartient au Conseil d'administration de connaître stratégiquement comment elles sont ciblées.

On explique que c'est le devoir du Conseil d'administration de vérifier par quel processus l'organisation choisit ses cibles. Chaque indicateur du Bulletin de performance a son propre tableau de bord, dans lequel on explique comment la cible a été choisie. Pour la plupart des indicateurs, les valeurs de référence et les cibles sont choisies selon des comparatifs nationaux (au travers les données de l'Institut canadien d'informations sur la santé par exemple). L'équipe d'Analytique en santé du Réseau appuie les experts de contenu à identifier les valeurs de référence et les meilleures cibles pour l'indicateur choisi.

8.2 Rapport annuel 2023-2024 et T1 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient (à titre d'information)

On présente le rapport annuel 2023-2024 et T1 2024-2025 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience patient.

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

On présente une nouvelle version du rapport qui est plus relativisée en jours de présence et moins en termes de volume. Ce qui nous permet de nous comparer d'un établissement à l'autre et d'un service à l'autre.

On demande si on peut se comparer avec les données d'il y a 5 ans pour voir si on est en progression ou diminution.

On explique que les données se retrouvent présentement dans deux systèmes et sont stables comparément aux années précédentes.

On constate qu'il n'y a pas nécessairement de baisse de rapports. Lorsqu'on améliore nos systèmes, c'est possible qu'il y ait d'autre complexités qui arrivent et d'autres types d'émergences qui surviennent.

On améliore nos mesures pour garder à des types d'incidents par mille jours patients. Lorsqu'on va regarder avec ce nouveau dénominateur, on sera plus capable de se comparer à d'autres organisations similaires pour voir si on est pire, égale ou meilleur. On pourra être capable de se comparer et d'avoir des tendances plus claires. Il y aura toujours des incidents dans le système de santé et c'est surtout la gravité de ces incidents qui est important de regarder et de vraiment se comparer. Ce n'est pas tant le nombre absolu mais plutôt le type et la gravité d'incident où on peut se comparer.

Le secteur de la qualité et les équipes terrains ont beaucoup travaillé sur la démarche d'Agrément Canada.

Tous les programmes clientèle apprenants 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. Le secteur de l'urgence est en train de faire l'analyse des plaintes car la majorité des plaintes proviennent de ce secteur.

Au niveau du laboratoire et la prévention et contrôle des infections, une présentation aura lieu à la prochaine réunion afin de réintégrer la reddition de compte.

Un patient-partenaire sera maintenant intégré dans chaque comité.

Au niveau de la diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme, le Bureau de partenariat avec les patients et familles 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. 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.

8.3 Rapport des risques organisationnels (T1) (à titre d'information)

On présente le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) T1 de 2024-2025.

Les activités en cours permettent 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.

- 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.

On demande d'ajouter au tableau une colonne pour échéancier pour la date d'échéance des activités/points.

8.4 Révision et recommandation du plan de travail (à titre d'approbation)

On présente le nouveau plan de travail du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section qualité.

MOTION 2024-10-01 / 03CMQG

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le plan de travail du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de la gouvernance et de mise en candidature – section qualité soit recommandé au Conseil d'administration pour adoption tel que présenté.

Adoptée à l'unanimité.

9. Affaires nouvelles

9.1 Abolition du Comité consultatif des patients et des familles (à titre d'information)

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.

GOVERNANCE

10. Approbation en bloc des procès-verbaux

Les procès-verbaux des réunions de la section Gouvernance des 6 juin 2024 (réunion ordinaire), 11 juin 2024 (réunion extraordinaire) et 16 juillet 2024 (réunion extraordinaire) sont présentés aux fins d'adoption.

MOTION 2024-10-01 / 04CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que les procès-verbaux du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance des 6 juin 2024, 11 juin 2024 et 16 juillet 2024 soient adoptés tels que circulés.

Adoptée à l'unanimité

11. Suivis de la dernière réunion

11.1 Discussion sur le processus de présentation des résultats des évaluations annuelles et mise à jour de la politique

Ce point est présenté à titre informatif. L'objectif de la discussion est d'identifier des pistes d'amélioration potentielles pour le processus et les formulaires d'évaluation afin de garantir les meilleurs résultats possibles. Aucune proposition formelle n'a été avancée lors de cette rencontre. La proposition sera élaborée et présentée lors de la prochaine réunion de la section gouvernance le 17 décembre 2024 à la suite de la réception des commentaires des membres. Les membres sont invités à présenter leurs suggestions par courriel.

11.2 Processus pour la tenue de réunions du Conseil d'administration à huis clos

Ce point de décision présente une option afin de tenir des réunions à huis clos du Conseil d'administration sans la présence de la présidence du Comité médical consultatif (CMC) et de la présidence du Comité professionnel consultatif (CPC). Pour ce faire, la solution proposée est de convoquer plutôt le Comité exécutif.

MOTION 2024-10-01 / 05CMQG

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Thomas Soucy

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

Adoptée à l'unanimité

11.3 Progression de la mise à jour des règlements administratifs

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

Une suggestion est apportée relativement aux dates prévues; celles-ci seraient indiquées comme suit : T + 30 jours, ainsi de suite, selon la situation.

En ce qui concerne l'étape en cours, Consultation et négociation avec le Réseau de santé Horizon (Horizon), le Réseau est toujours en attente d'un suivi d'Horizon.

Les modifications aux règlements administratifs du Réseau ont été apportées à la suite des changements à la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

12. Affaires permanentes

12.1 Recommandation d'un plan de formation annuel à l'intention du Conseil

Le plan de formation annuel des membres du Conseil d'administration est présenté à titre décisionnel.

MOTION 2024-10-01 / 06CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Thomas Soucy

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

Adoptée à l'unanimité

12.2 Révision et recommandation du plan de travail du Conseil d'administration

Le plan de travail du Conseil d'administration est présenté aux fins d'adoption.

MOTION 2024-10-01 / 07CMQG

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Jacques Doucet

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

Adoptée à l'unanimité

12.3 Adoption des plans de travail des comités du Conseil d'administration

Les plans de travail du CMQG – section qualité, CMQG – section gouvernance et CMRFF – section finances et vérification sont présentés aux fins d'adoption.

MOTION 2024-10-01 / 08CMQG

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance adopte les plans de travail annuels des comités du Conseil d'administration.

Adoptée à l'unanimité

12.4 Révision des mandats des comités du Conseil d'administration

Les mandats des comités du Conseil d'administration sont présentés aux fins d'adoption.

MOTION 2024-10-01 / 09CMQG

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption des mandats des comités du Conseil d'administration, sans modification.

Adoptée à l'unanimité

12.5 Adoption des politiques révisées du Conseil d'administration

Les politiques CA-190 : Planification stratégique et CA-240 : Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques ont été révisées et traduites, et sont présentés aux fins d'adoption et de recommandation au Conseil d'administration pour leur approbation.

MOTION 2024-10-01 / 10CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter les politiques CA-190 : Planification stratégique et CA-240 : Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques modifiées et traduites, telles que présentées.

Adoptée à l'unanimité

12.6 Adoption d'une nouvelle politique du Conseil d'administration

Une nouvelle politique par rapport à la tenue d'élections des dirigeants du Conseil d'administration, tirée directement du processus adopté préalablement, est présentée pour adoption.

MOTION 2024-10-01 / 11CMQG

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter la nouvelle politique telle que présentée.

Adoptée à l'unanimité

12.7 Retrait d'une politique du Conseil d'administration

Dans le cadre de l'exercice de refonte du Comité consultatif des patients et familles, la politique CA-360 : Mandat du Comité consultatif des patients et des familles doit être retirée et l'adoption de ce retrait est demandée.

MOTION 2024-10-01 / 12CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration de retirer la politique CA-360 : Mandat du Comité consultatif des patients et des familles.

Adoptée à l'unanimité

12.8 Profil de compétences des membres du Conseil d'administration

Ce point est présenté à titre informatif et porte sur les vacances à venir au sein du Conseil d'administration à compter du 1er juillet 2025. Le profil de compétences complété par chaque membre du Conseil est également présenté afin d'identifier les lacunes en matière de représentation et de compétences au sein du Conseil.

L'intention des trois membres sortants sera sollicitée pour déterminer s'ils souhaitent poursuivre leur mandat au sein du Conseil. Si tel est le cas, le président recommandera leur renouvellement au sous-ministre. Toutefois, la décision finale incombera au ministre de la Santé, qui pourrait choisir de nommer un ou plusieurs nouveaux membres et de ne pas renouveler les mandats des membres concernés. Le président entreprendra ces démarches dès que possible.

12.9 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration

Le rapport d'évaluation de la réunion du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale annuelle du 25 juin 2024 est présenté à titre informatif et aux fins de discussion.

13. Affaires nouvelles

13.1 Modifications au niveau des membres invités du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

La membricité des comités du Conseil d'administration 2024-2025 a été mise à jour et est présentée aux fins d'approbation. Une modification au niveau des membres invités du Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients.

MOTION 2024-10-01 / 13CMQG

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance adopte la membricité des comités du Conseil d'administration 2024-2025 tel que modifiée relativement aux membres invités du Comité de gouvernance et de mise en candidature, c'est-à-dire, le retrait de Pandurang Ashrit et de Diane Mignault et l'ajout de Gérald Richard et de Catherine Rouanes.

Adoptée à l'unanimité

14 Date de la prochaine réunion

La prochaine réunion du CMQG – section gouvernance aura lieu le 17 décembre 2024 à 13 h.

15 Levée de la réunion

Thomas Soucy propose la levée de la réunion à 14 h 49.

Johanne Thériault Paulin

Coprésidente du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature
– section gouvernance

Pierre Michaud, chef de la gestion des risques

ÉBAUCHE

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

Date: 17 décembre 2024

Objet : Affaires découlant et suivis

Résultat ou état futur recherché

La présente note exécutive permet au comité mixte de qualité et de gouvernance – section qualité (le "Comité") 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 probantes ou information probante à l'appui

Sans objet.

Solution ou action proposée

Actions	Responsables	Suivis
Mettre en place un système de patients traceurs pour évaluer les services	Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient	Projet en cours d'élaboration actuellement.
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 à l'inaction

Sans objet.

Note exécutive

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 Canada¹

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) :

N° de critère	Libellé
	Sans objet

Motion

Soumis le 29 novembre 2024 par Brigitte Sonier Ferguson, Vice-présidente Performance, mission universitaire et stratégies

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.

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

Date: 17 décembre 2024

Objet : Rapport T2 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient

Résultat ou état futur recherché

Le rapport est soumis au Comité mixte de la qualité et de gouvernance – section qualité (le “Comité”) à titre informatif. Il permet à la présidente du comité de la qualité 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 comité de la qualité a tenu une rencontre le 13 novembre 2024.

Le rapport synthèse en pièce jointe résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient pour le deuxième trimestre de l’année 2024-2025, ainsi que les actions depuis la dernière rencontre du comité de la qualité. Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

1. Présenter les indicateurs de performance du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l’expérience des patients;
2. Informer sur les faits saillants en lien aux événements (incidents et plaintes) rapportés et les résultats des sondages de l’expérience des patients hospitalisés, ainsi que les analyses, recommandations et actions en découlant;
3. Informer sur les mises à jour en lien avec la reddition de compte dans le cadre du processus d’Agrément Canada, le cas échéant;
4. Informer sur l’approche de partenariat patient à travers le Réseau;
5. Informer sur l’évolution du dossier de la diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme systémique.

Données probantes ou information probante à l’appui

Voir le rapport ci-joint.

Solution ou action proposée

La gestion intégrée de la qualité sous-tend :

- 1) L’analyse triangulée d’information pertinente et de haute qualité en matière de qualité des soins et de sécurité des patients pertinents et de haute qualité;
- 2) La priorisation par les équipes terrain d’actions tangibles visant un impact positif sur les résultats en matière de qualité des soins et de sécurité des patients;
- 3) L’écoute active et significative de la voix des patients;
- 4) L’arrimage avec les entités responsables de la pratique professionnelle et médicale.

Note exécutive

Risque lié à cette action ou à l'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 Canada¹

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) :

N° 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 18 novembre 2024 par Dre France Desrosiers, Présidente-directrice générale et présidente du comité de la qualité

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.

Rapport du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient

Trimestre 2 – 2024-2025

À l'intention du Comité mixte de qualité et de
gouvernance – section qualité

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

Édition 19 novembre 2024



Table des matières

Introduction	3
Rapport trimestriel 2 – 2024-2025	5
• Accès	7
• Efficience opérationnelle	8
• Résultat patient	9
• Satisfaction de la clientèle	15
• Contre-indicateur	22
Agrément Canada	23
Partenariat patient	24
Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme	25
Dossiers divers	26
Références et définitions	27

Introduction

Le rapport est soumis au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section qualité à titre informatif. Il permet à la présidente du comité de la qualité de faire état des travaux du Réseau en matière de qualité des soins, de sécurité des patients et d'expérience patient pour le deuxième trimestre de l'année 2024-2025, ainsi que les actions depuis la dernière rencontre du comité de la qualité. Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

1. Présenter les indicateurs de performance du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience des patients;
2. Informer sur les faits saillants en lien aux événements (incidents et plaintes) rapportés et les résultats des sondages de l'expérience des patients hospitalisés, ainsi que les analyses, recommandations et actions en découlant;
3. Informer sur les mises à jour en lien avec les redditions de comptes dans le cadre du processus d'Agrément Canada;
4. Informer sur l'approche de partenariat patient à travers le Réseau;
5. Informer sur l'évolution du dossier de la diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme systémique.

Introduction (suite)

La gestion intégrée de la qualité sous-tend :

1. L'analyse triangulée d'information pertinente et de haute qualité en matière de qualité des soins et de sécurité des patients pertinents et de haute qualité;
2. La priorisation par les équipes terrain d'actions tangibles visant un impact positif sur les résultats en matière de qualité des soins et de sécurité des patients;
3. L'écoute active et significative de la voix des patients;
4. L'arrimage avec les entités responsables de la pratique professionnelle et médicale.

Notes importantes:

- Les indicateurs du tableau de bord stratégique sont fournis pour l'ensemble du trimestre 2 2024-2025. En revanche, les données, constats et suivis pour les programmes clientèles apprenants reflètent le travail effectué entre juillet et août, Ceci est dû au fait que les éléments concernant les programmes clientèles apprenants présentés au comité de la qualité sont les mêmes qui ont été discutés lors des rencontres avec eux qui ont eu lieu durant la période entre la dernière réunion comité de la qualité et la date de dépôt des documents en vue de la présente rencontre.
- Les données peuvent comporter une certaine marge d'erreur, mais on rappelle l'importance de voir les résultats comme une opportunité de se questionner, revoir nos approches, et porter des actions concrètes qui auront un impact positif sur la qualité de soins et de la sécurité des patients.

Rapport trimestriel 2 – 2024-2025

Tableau de bord stratégique - comité de la qualité

TABLEAU DE BORD COMITE QUALITE STRATEGIQUE

2024-10-10 3:49:18 PM

Année 2024-2025



Accès

Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2
% évaluations des risques de chutes terminés	106.80	113.08 ↑
% des patients satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique	93.66 ↑	
Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	55.63	72.99 ↑



Efficience opérationnelle

Cliquez pour voir plus de détails

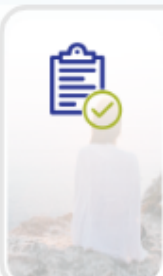
	T1	T2
% de divulgation d'incidents	75.64	76.58 ↑
% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours	69.34	96.44 ↑
% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours	89.33	100.00 ↑
% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)		



Résultat patient

Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2
Nombre de revues de qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue		
% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus	0.90	0.91 ↑
# d'incidents rapportés	1564	1644 ↑
Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 jours-patients)	4.98	5.38 ↑
Taux d'incidents de sécurité à l'urgence (standardisé par 1000 visites à l'urgence)	9.04	9.64 ↑
Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires		



Satisfaction de la clientèle

Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2
Taux de plaintes par 1000 jours-patients (pour patients hospitalisés)	0.86	0.52 ↓
Taux de plaintes par 1000 visites à l'urgence	1.48	1.35 ↓
Taux de plaintes par 1000 visites externes	0.55	0.42 ↓
# compliments par 1000 jours-patients	0.12	0.07 ↓
% satisfaction patient		



Contre-indicateur

Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2
Taux d'incidents graves (standardisé par 1000 jours-patients)	16.25	15.74 ↓
Taux d'incidents modéré (standardisé par 1000 jours-patients)	34.83	67.45 ↑
Nombre de décès	5	↓
# 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		
# d'événements qui ne devraient jamais arriver		

Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité

Accès		T1	T2
Cliquez pour voir plus de détails	% évaluations des risques de chutes terminés	106.80	113.08 ↑
	% des patients satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique	93.66 ↑	
	Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	55.63	72.99 ↑

Remarques:

- Le nombre de signalements pour les incidents évités de justesse est de **73 par 1000 incidents**. Ce taux a **augmenté de 31%** au T2 par rapport à T1, ce qui nous apporte plus près de notre cible.
 - Les signalements les plus fréquents nous proviennent **des unités des soins intensifs et de la médecine interne**, soit 3,2 signalements pour 1000 jours-patients.
 - Les évités de justesse pour **les incidents de médicaments** sont le plus souvent rapportés avec 0,35 incidents par 1000 jours-patients.
 - Le **CHU Dumont** a connu le plus haut taux d'évités de justesse avec 0,29 incidents par 1000 jours-patients.

Suivis:

- Créer un tableau de bord spécifique pour le compte du comité régional de gestion des médicaments.

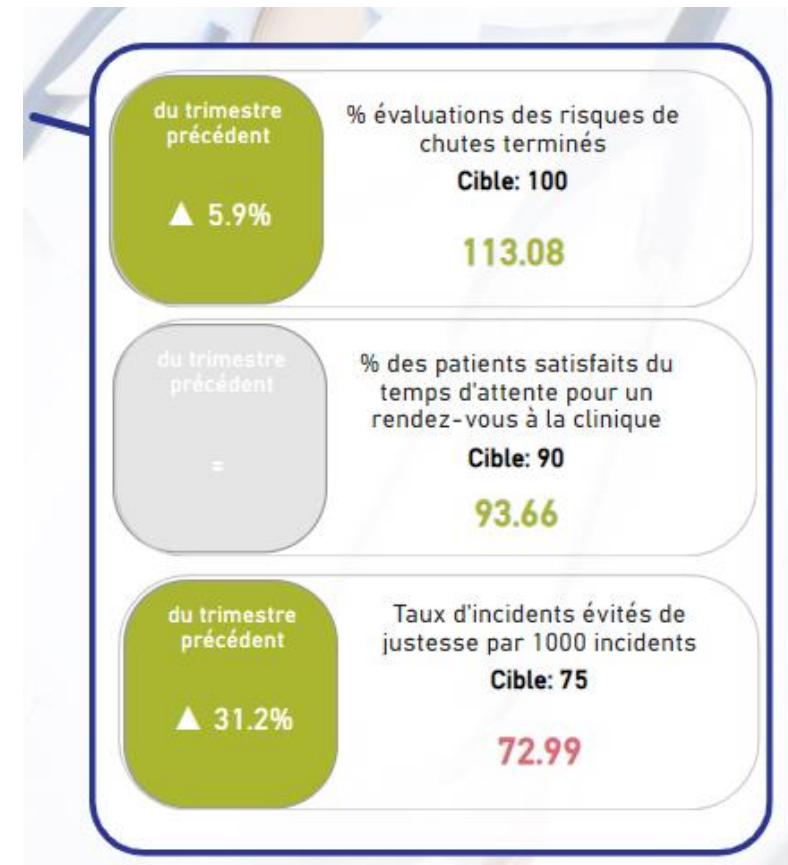
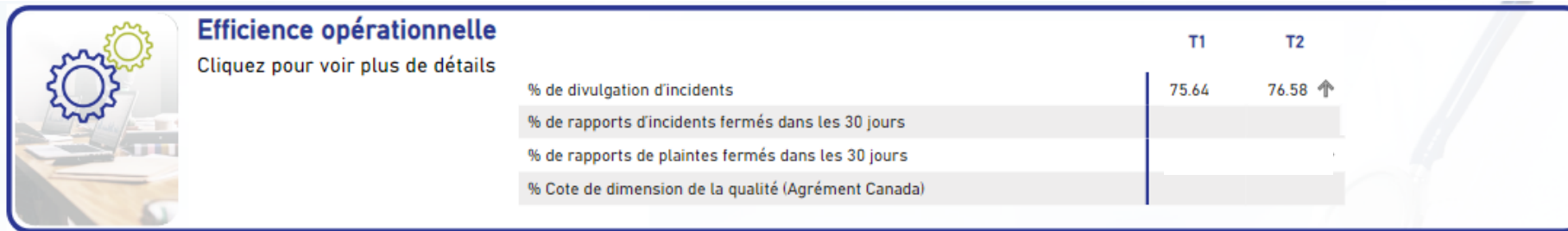


Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



Remarque:

- Le taux de **divulgation d'incidents aux patients** signalé a **augmenté de 1,2%** pour le Réseau au T2. Le plus grand nombre de divulgations ayant eu lieu dans **la zone 5 (89 %)**, et le moins dans la **zone 4 (64 %)**

Suivi:

- Une discussion prochaine au niveau provinciale aura lieu pour discuter du développement des compétences des régies de santé en matière de divulgation.

Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité

Résultat patient

Cliquez pour voir plus de détails

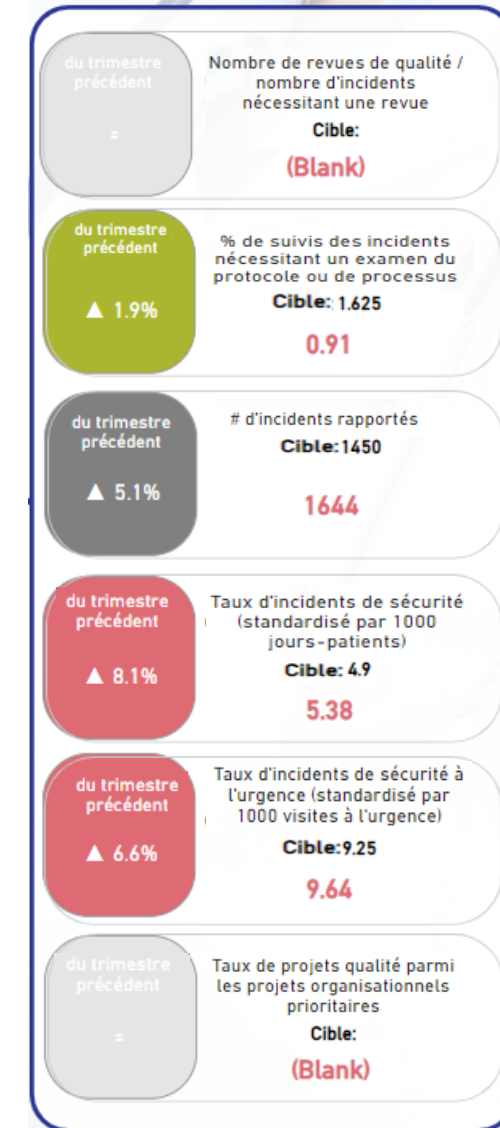
	T1	T2
Nombre de revues de qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue		
% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus	0.90	0.91 ↑
# d'incidents rapportés	1564	1644 ↑
Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 jours-patients)	4.98	5.38 ↑
Taux d'incidents de sécurité à l'urgence (standardisé par 1000 visites à l'urgence)	9.04	9.64 ↑
Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires		

Remarques:

- Le nombre **d'incidents signalés (excluant le secteur de l'urgence) a augmenté de 5,1 %** au T2 par rapport au T1, ce qui équivaut à 11,40 incidents par 1000 jours-patients. Les incidents les plus rapportés sont liés aux :
 - **Chutes:** particulièrement fréquentes en oncologie et en néphrologie.
 - **Médicaments:** particulièrement fréquents pour soins intensifs et médecine interne et néphrologie
 - **Traitement/test/procédure:** avec une diminution générale de 24% par rapport au trimestre précédent. Particulièrement fréquents aux soins intensifs et en médecine interne.
(voir diapo 10)
- Le nombre **d'incidents signalés dans les unités d'urgence a augmenté de 36%** comparativement aux trois mois précédents, ce qui équivaut à 4,04 incidents par 1000 visites. Les incidents les plus rapportés sont liés aux :
 - **Traitement/test/procédure**
 - **Médicaments**
 - **Contrôle des infections**
(voir diapo 11)

Suivis:

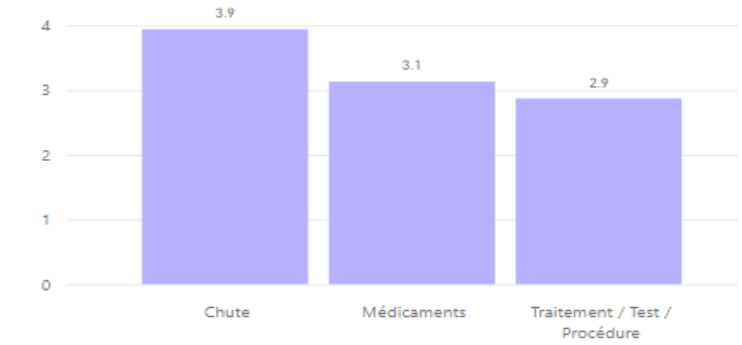
- Mandat du Comité de surveillance des chutes approuvé au CPC. La pratique professionnelle débutera les rencontres en novembre.
- Des rencontres avec les PCA concernés auront lieu en novembre et décembre afin de faire une analyse plus approfondie des données et cibler des améliorations. Rapport sommaire trimestriel QSPEP



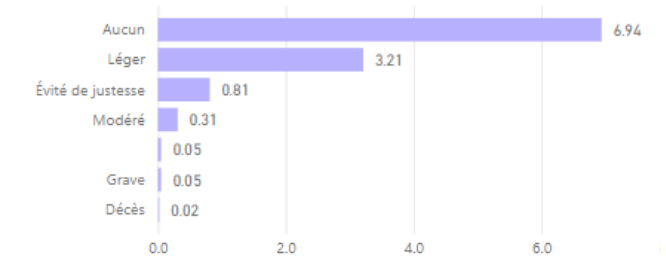
Incidents (à l'exclusion des incidents de l'urgence et de sécurité)

Période représentée :
juillet et août 2024

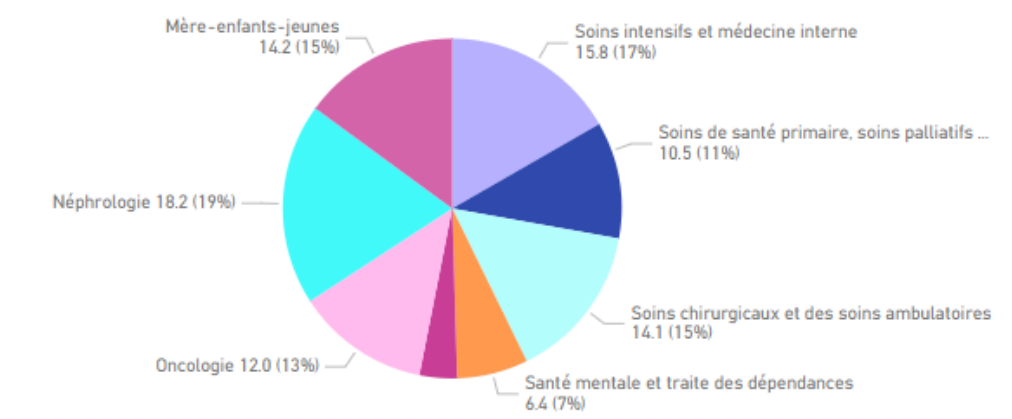
Top 3 # d'incidents / 1000 jours-patients par catégorie



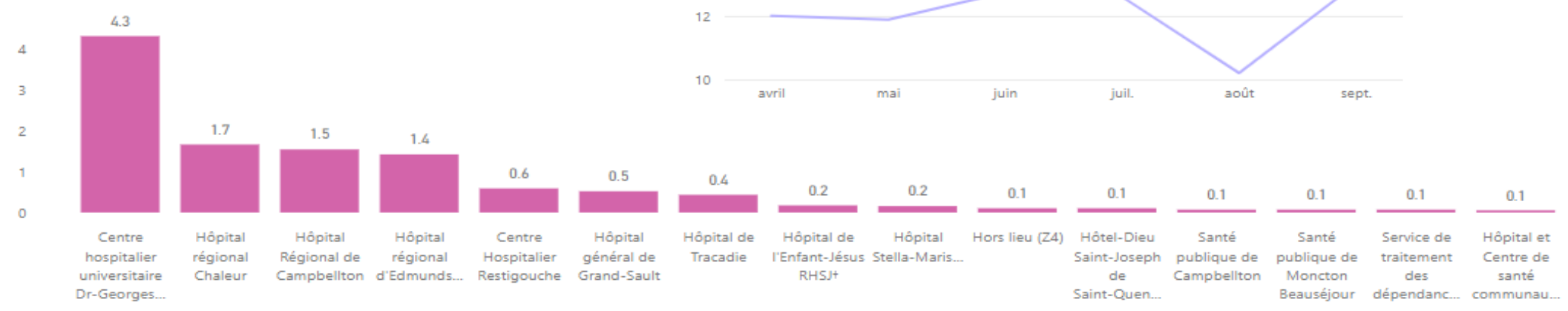
d'incidents / 1000 jours-patients



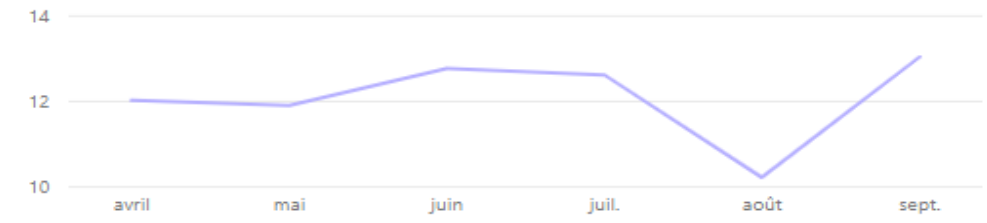
d'incidents / 1000 jours-patients par PCA



d'incidents (x 1000 jours-patients) par Établissements



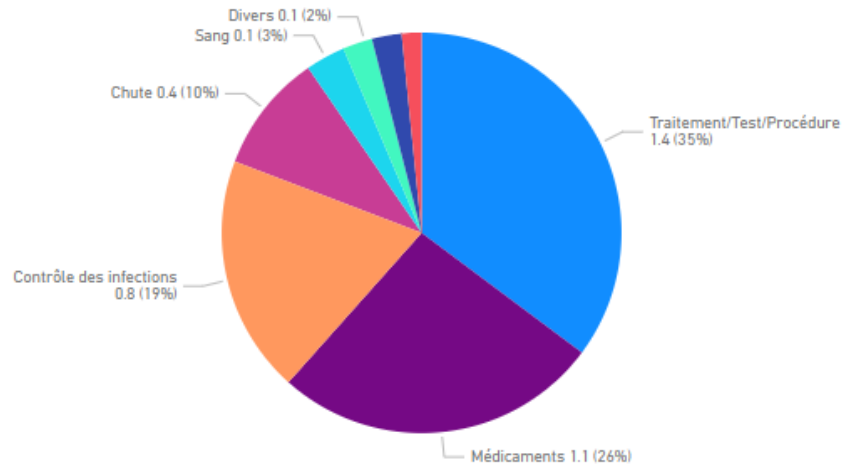
d'incidents / 1000 jours-patients



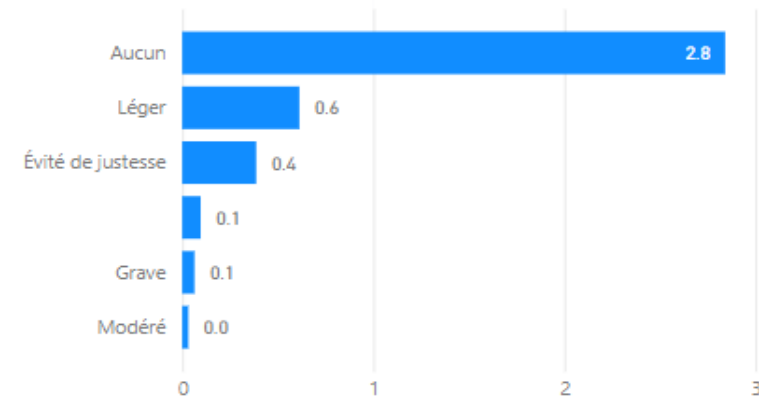
Incidents - Service d'urgence

Période représentée :
juillet et août 2024

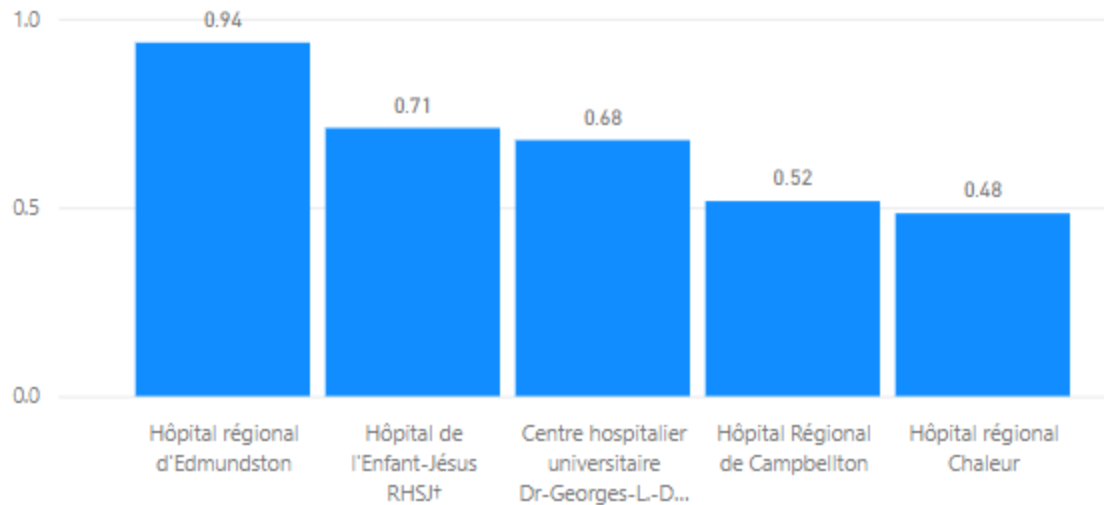
d'incidents / 1000 visites par Type



Incidents patientes (x 1000 ED visits) by Degré



d'incidents / 1000 visites par Établissements



d'incidents/ 1000 visites



Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité

Résultat patient

Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2
Nombre de revues de qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue		
% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus	0.90	0.91 ↑
# d'incidents rapportés	1564	1644 ↑
Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 jours-patients)	4.98	5.38 ↑
Taux d'incidents de sécurité à l'urgence (standardisé par 1000 visites à l'urgence)	9.04	9.64 ↑
Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires		

Remarques:

- **Augmentation de 8,1 % du signalement des incidents de sécurité.** Ceux-ci se produisent principalement au **CHR**, soit 3.8 incidents de sécurité par 1000 jours-patient (voir diapo 13).
- Le nombre d'incidents de sécurité au service d'urgence a diminué de 6,6 % par rapport au T1 à 9,64 incidents par 1000 visites.

Suivis:

- Au CHR, une augmentation de la présence des gardiens de sécurité ainsi qu'une modification au processus de vérification des effets personnels furent mis en place. Rencontres bimensuelles débutées entre la direction, la sécurité des patients et la santé et sécurité au travail afin d'assurer une approche soutenue sur les enjeux.
- Une rencontre est prévue en novembre avec le PCA de santé mentale et traitement des dépendances, incluant de CHR, pour faire une analyse plus approfondie des données et cibler des améliorations.



du trimestre précédent

=

Nombre de revues de qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue
Cible: (Blank)

du trimestre précédent

▲ 1.9%

% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus
Cible: 1.625

du trimestre précédent

▲ 5.1%

d'incidents rapportés
Cible: 1450

du trimestre précédent

▲ 8.1%

Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 jours-patients)
Cible: 4.9

du trimestre précédent

▲ 6.6%

Taux d'incidents de sécurité à l'urgence (standardisé par 1000 visites à l'urgence)
Cible: 9.25

du trimestre précédent

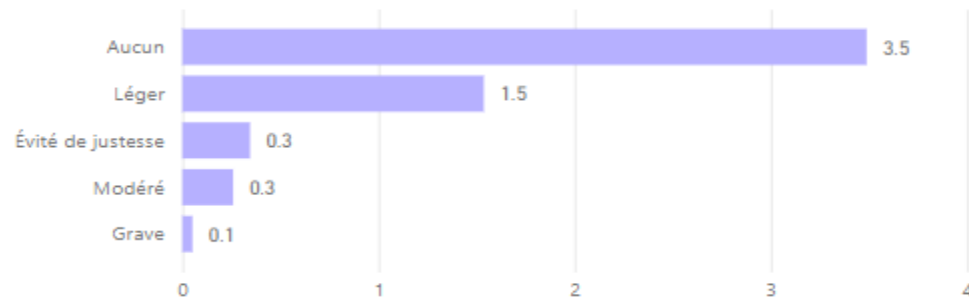
=

Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires
Cible: (Blank)

Incidents de sécurité (à l'exclusion des incidents de l'urgence)

Période représentée :
juillet et août 2024

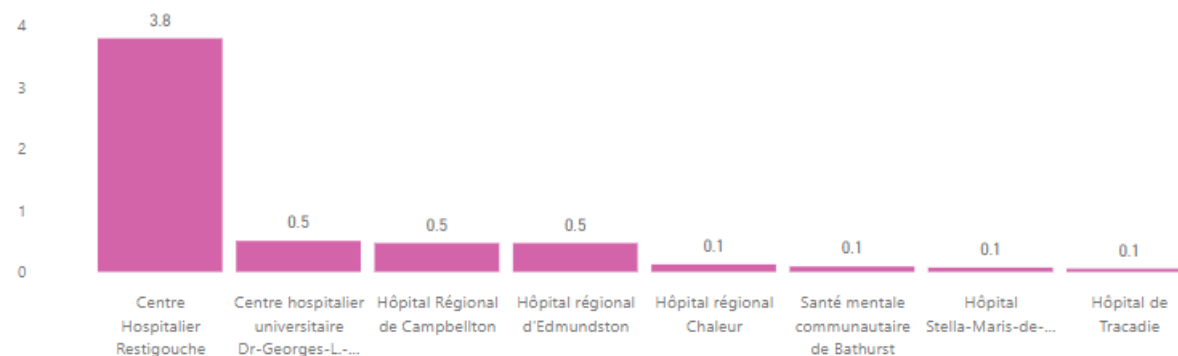
Nombres d'incidents sécurité par degré par 1000 jours patient



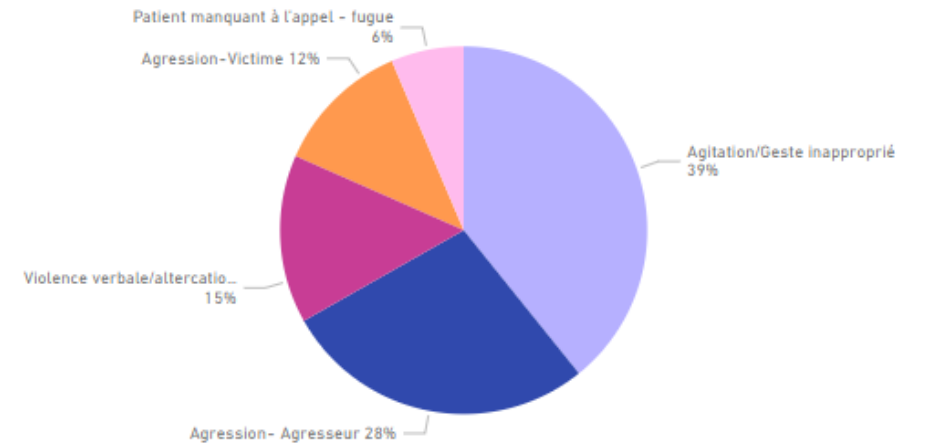
Incidents Sécurité (x 1000)



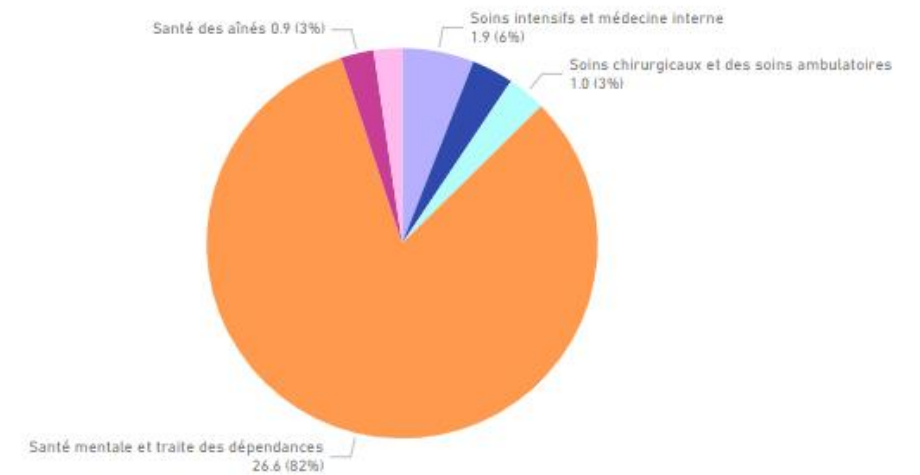
Incidents (x 1000) by Établissements



Top 5 Incidents Sécurité par type par jours patients (x 1000)



Incidents par jours patients (x 1000) by PCA



Suivi des revues qualité et suicides en communauté

Nouvelles revues effectuées entre le 1^{er} août
et le 11 octobre 2024

PCA/Secteur	Type d'incidents	Recommandations		
		Faible	Modérée	Élevée
Santé mentale et traitement des dépendances	Suicide en communauté	Aucune recommandation		
Chirurgie	Traitement/Test/Procédé - Retard considérable	Aucune recommandation		
Urgence	Traitement/Test/Procédé - Résultat inattendu	Aucune recommandation		



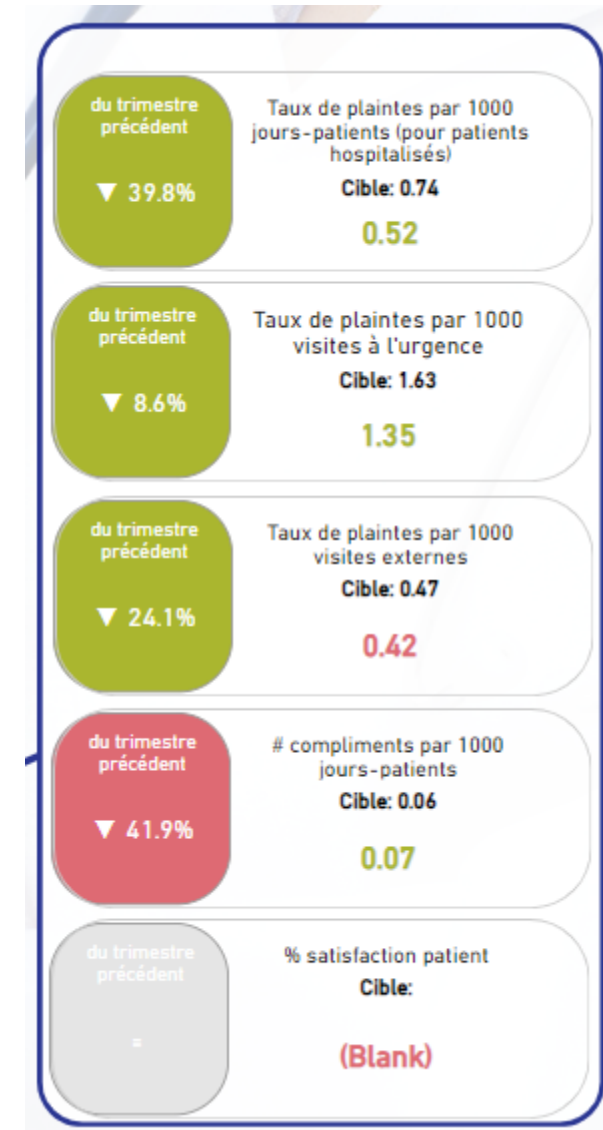
Remarque:
Aucune nouvelle recommandation à approuver.

Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



Remarques:

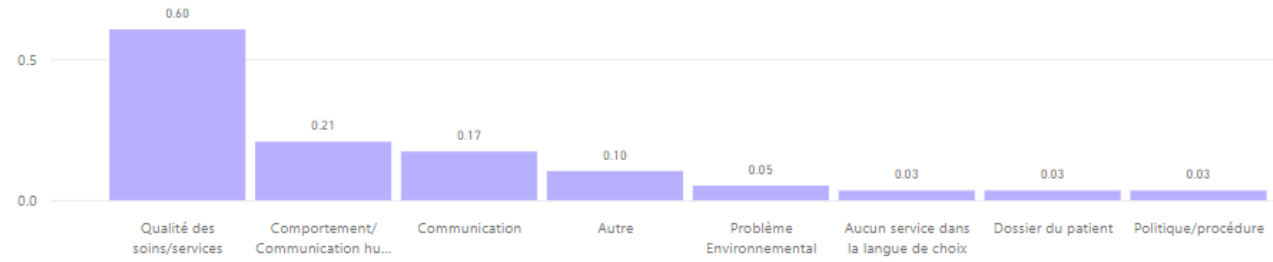
- En général, le taux de **plaintes a diminué** pour les patients hospitalisés, les visites à l'urgence et les visites externes.
- Les plaintes les plus rapportés, à l'exception de ceux liés aux services d'urgence, sont liés à :
 - Qualité des soins/services**, diminution de 34% par rapport au trimestre précédent. Particulièrement fréquents au secteur mère-enfant, d'Edmundston et Chaleur.
 - Comportement/communication humaine**, diminution de 2% par rapport au trimestre précédent. Particulièrement fréquents au secteur mère-enfant, CHUDumont et Chaleur.
 - Environnement**, avec une diminution de 41% par rapport au trimestre précédent. Particulièrement fréquents pour le CHUDumont. (voir diapo 16)
- Le nombre de **plaintes signalés pour les unités d'urgence à diminuer de 6%** comparativement aux trois mois précédents.
 - Les plaintes les plus courantes sont liés à la catégorie Qualité soins/services (personnel médical et infirmier, attentes du patient et famille, temps d'attente).
 - L'Hôpital Régional Chaleur et CHUDumont sont particulièrement touchés. (voir diapo 17)
- Les indicateurs sur la satisfaction de la clientèle seront ajustés au nouveau format pour la prochaine édition du rapport trimestriel.



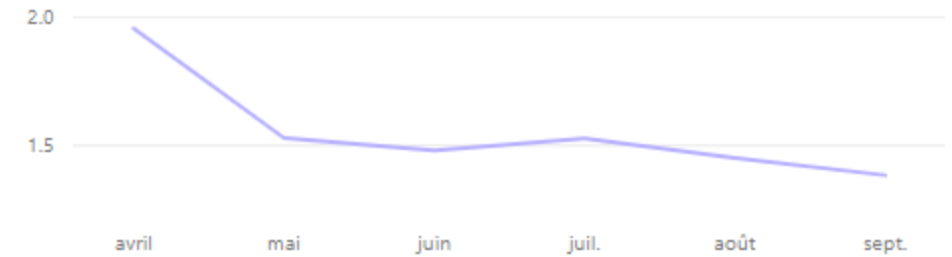
Plaintes (à l'exclusion des incidents de l'urgence)

Période représentée :
juillet et août 2024

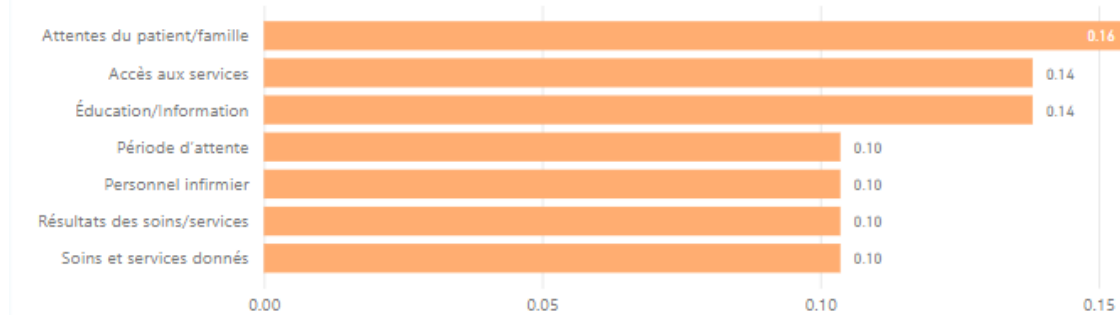
Top 7 plaintes par catégories / 1000 jours-patients



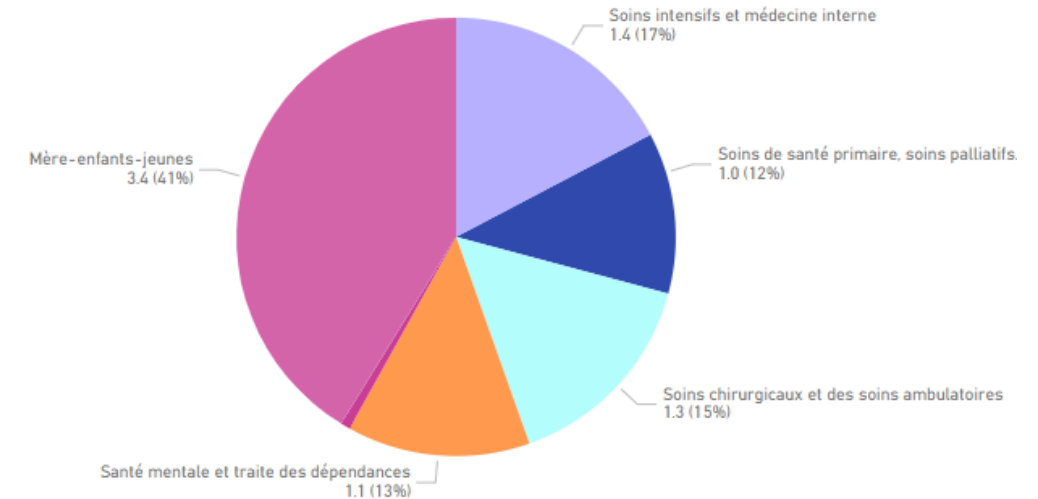
de plaintes / 1000 jours-patients



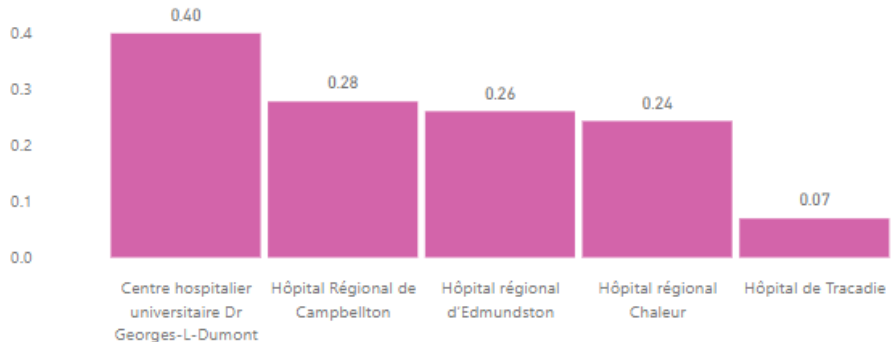
de plaintes / 1000 jours-patients (sous catégories)



de Plaintes / 1000 jours-patients (PCA)



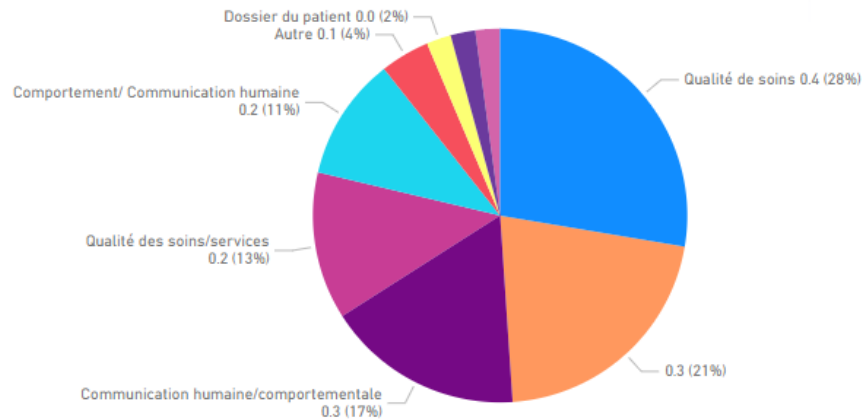
Plaintes by patient days (x 1000) by Établissement



Plaintes de l'urgence

Période représentée :
juillet et août 2024

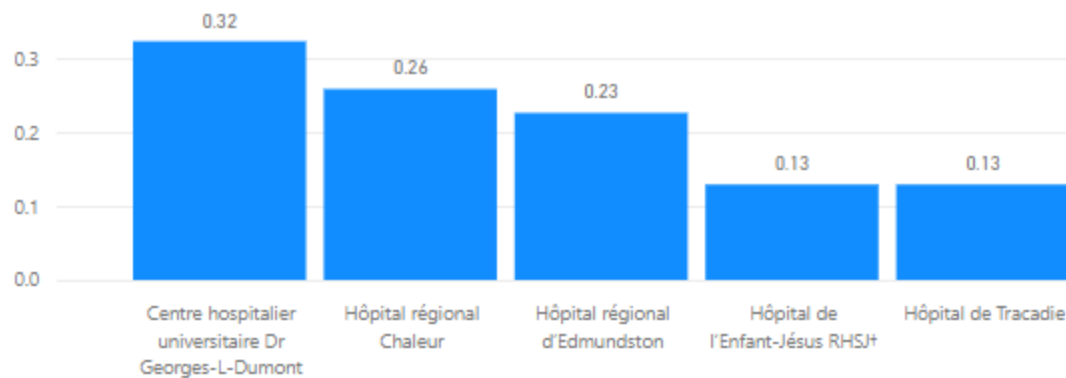
Plaintes par 1000 visites par Catégorie (primaire)



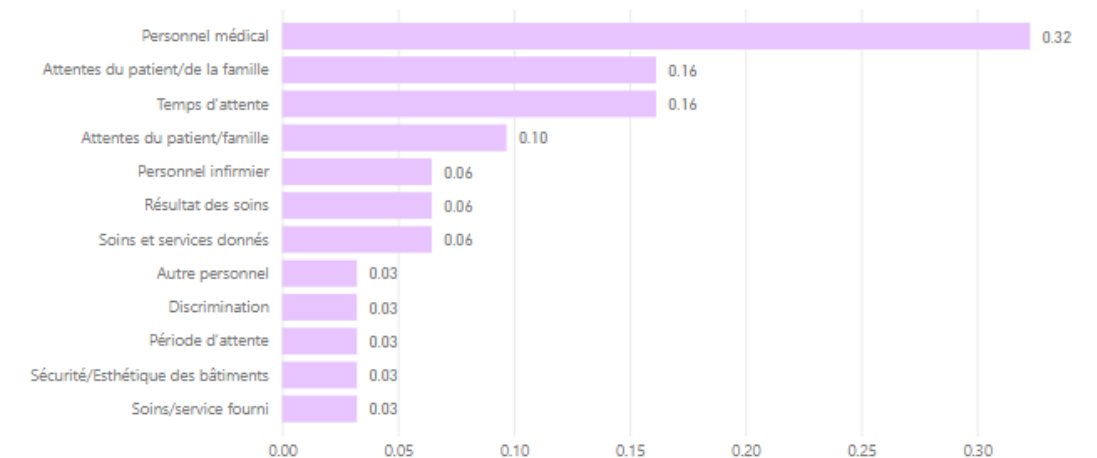
de Plaintes / 1000 visites



Plaintes by ED visits (x 1000) by Établissement



de Plaintes / 1000 visites (Sous-catégorie)



Satisfaction de la clientèle

Taux de participation – patients hospitalisés

	% participation -T2	
	sondage patients hospitalisés	sondage patients hospitalisés psychiatrie pédopsychiatrie et traitement des dépendances
Zone 1B	14	9
Zone 4	23	47
Zone 5	2	12
Zone 6	10 (distribution par établissement: 82% Bathurst, 10 % Tracadie, 8% Caraquet)	28
Régional	12	24



Remarques:

Le taux de participation moyen dans l'ensemble du Réseau est de 18%

ATTENTION : interpréter les résultats de certaines questions avec prudence:

Zone 1B:

- 53,5% des réponses proviennent de l'unité de maternité

Zone 6:

- 73% des réponses proviennent de l'unité de maternité de l'hôpital Régional Chaleur.
- Hôpital Régional Chaleur: seulement 9 répondants sur 100 proviennent d'unités autres que la maternité

Satisfaction de la clientèle

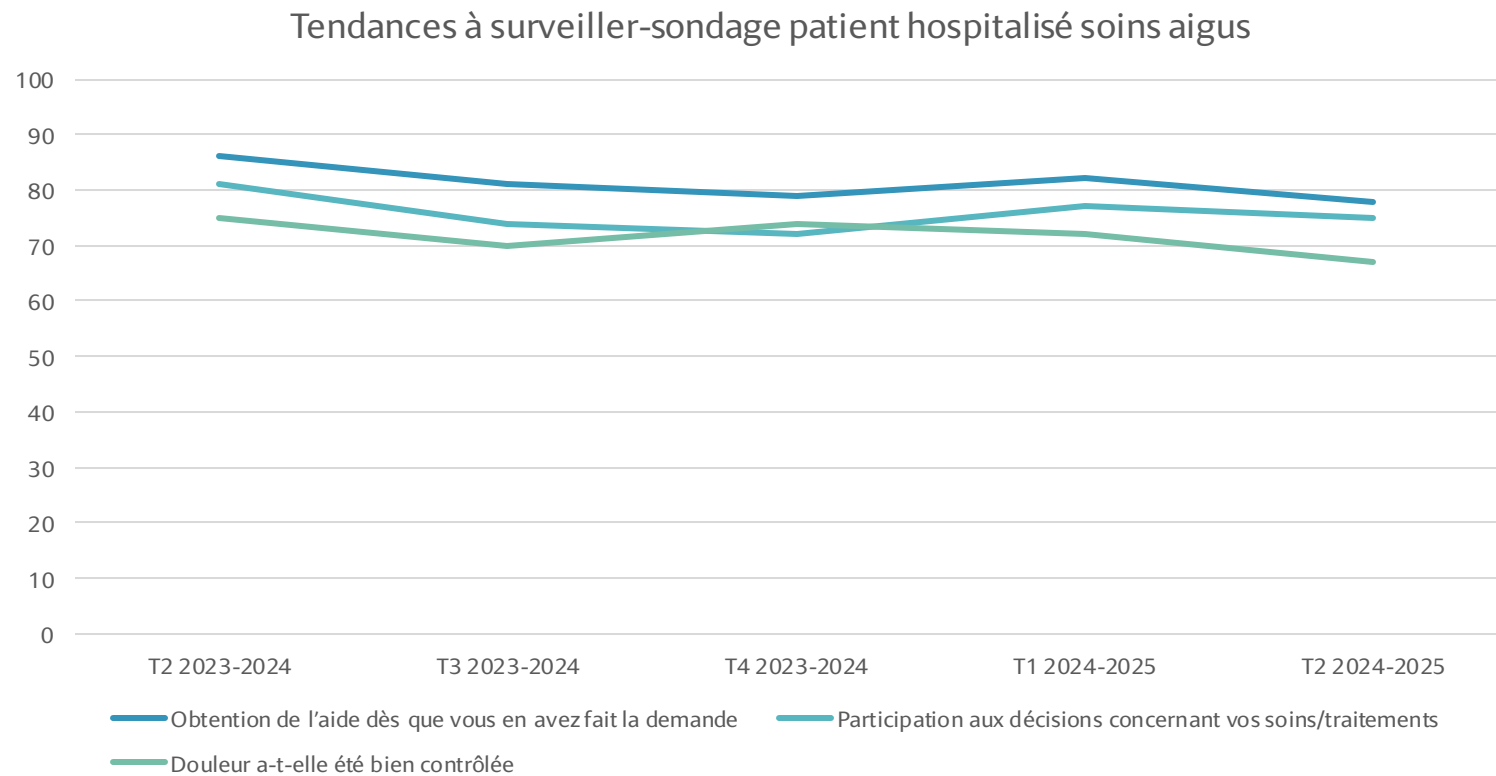
Trois questions avec les plus faibles taux de satisfaction

Patients hospitalisés	T2 24-25 (%)
Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille ?	41
Chambre et salle de bain nettoyées?	61
Tranquillité autour de votre chambre la nuit ?	66

Psychiatrie, pédopsychiatrie et traitement des dépendances	T2 24-25 (%)
Suffisamment d'activité pour vous le soir ou fin de semaine ?	28
Les activités offertes vous intéressent-elles?	31
Suffisamment d'activités pour vous le jour durant la semaine ?	36

Satisfaction de la clientèle

Tendances à surveiller



Satisfaction de la clientèle

Tendances à la baisse

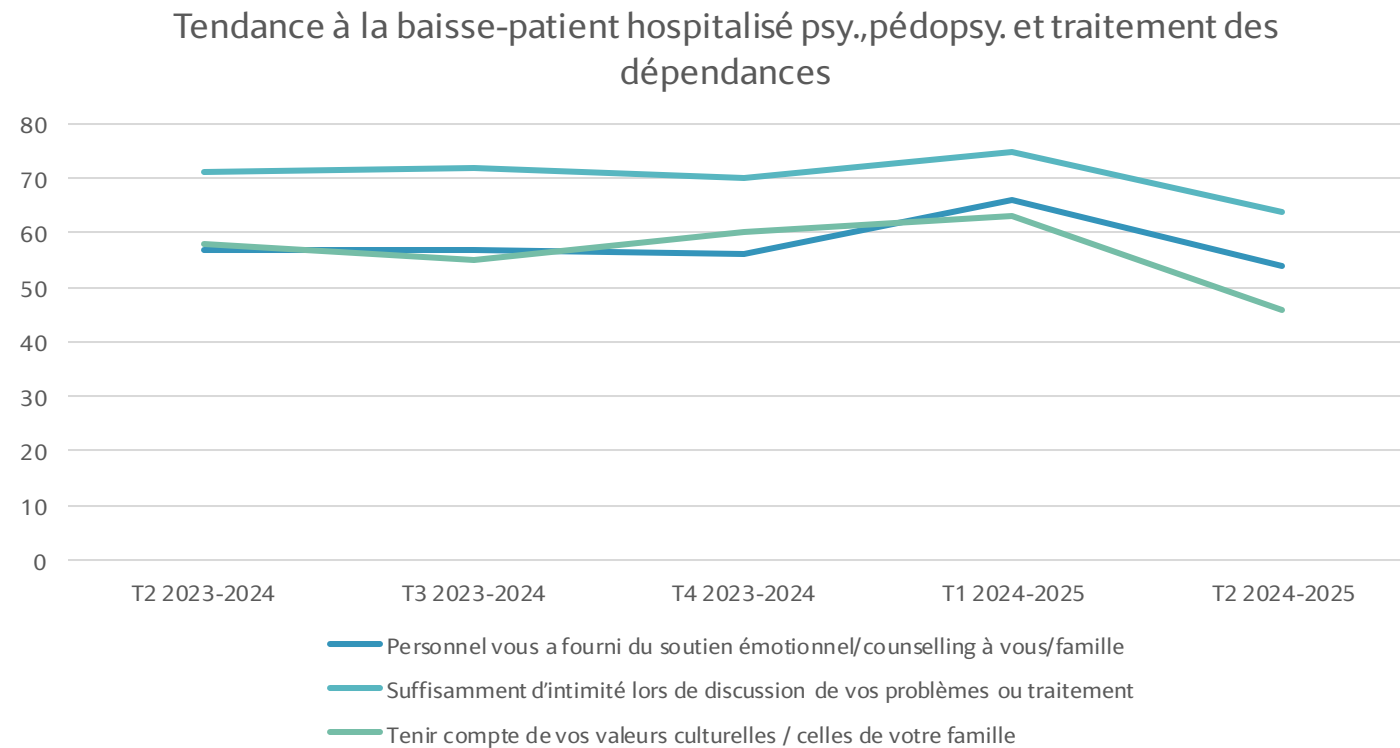
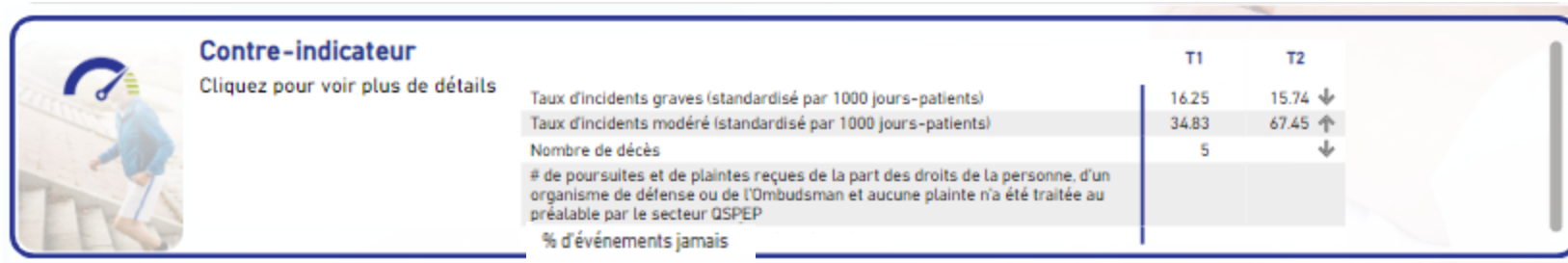
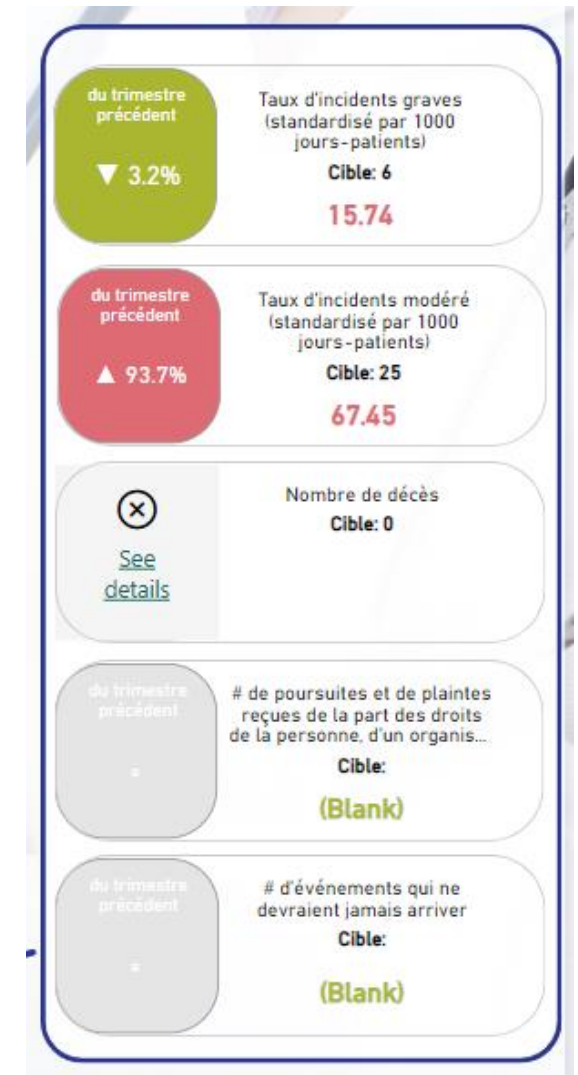


Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



- On ne note aucun décès au T2
- Les incidents graves signalés par 1000 jours-patients ont diminué de 3,2% au T2 comparativement à ce qui avait été rapporté au T1.
- La zone 1B a connu une diminution d'incidents graves importante, passant de 20,44 incidents graves par 1000 jours-patients au T1 à 3,37 incidents graves par 1000 jours-patients au T2.

Tendance mensuelle Incidents graves par 1000 jours-patients



Agrément Canada

Étapes en cours et à venir:

- Le travail se poursuit pour adresser les non-conformités de la visite de 2022 qui ne nécessitaient pas de reddition de compte à Agrément Canada.
- En date du 19 novembre, 71% des équipes ont complété leur autoévaluation (échéance: fin novembre)

Partenariat patient

Étapes réalisées entre le 26 août et le 18 octobre 2024:

- Planification en cours de la première rencontre réunissant tous les partenaires de l'expérience patient.

Nombre de sièges comblés par les PEP au 15 octobre:

Nom du comité	# sièges		
	permanen	# de siège	% de siège
PCA-Programme mère-enfant	2	2	100%
PCA-Santé mentale et traitement des dépendances	6	3	50%
PCA-Soins de santé primaires	2	1	50%
PCA-Néphrologie	2	1	50%
PCA-Oncologie	2	1	50%
PCA-Santé des aînés	2	2	100%
PCA-Chirurgie	2	1	50%
PCA-Services d'urgences	2		0%
PCA-Soins intensifs et médecine interne	2	2	100%
Comité d'éthique	1	1	100%
Comité médical consultatif régional (CMC)	1	1	100%
Comité professionnel consultatif (CPC)	1	1	100%
Comité de gestion de la qualité	1	1	100%
Comité consultatif sur la qualité des soins et sécurité des patients du NB	1	1	100%
Total	27	18	67%

Autres participations durant le trimestre 2:

- Modernisation du dossier électronique du patient (groupe focus): 6 PEP
- Entrevues, projet de recherche pour le projet MaSantéNB: 4 PEP
- Consultation pour la révision du dépliant Appel Dumont Response: 3 PEP

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

Étapes réalisées depuis la dernière rencontre:

- Clarification à l'effet que le leadership du dossier est confié en triade à des représentants des trois directions ci-dessous. Cependant, le secteur de l'expérience employé en sera le mandataire principal.
 - Gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient
 - Engagement
 - Expérience employé
- Le mandat du comité régional de la diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme fut approuvé par le comité qualité à la rencontre du 13 novembre.
- Bilan de la conformité actuelle aux normes d'agrément en cours.

Dossiers divers discutés à la rencontre du 13 novembre

- **Rapport sur les préjudices à l'hôpital 2022-2023** - Une note exécutive a été déposée et une discussion s'ensuivit sur les rapports 2022-2023. Le Nouveau-Brunswick se situe toujours un peu au-dessus de la moyenne supérieure par rapport aux données pour le Canada. Actions convenues:
 - Travailler en collaboration avec le ministère de la Santé pour élaborer un tableau de bord provincial qui suivra quelques catégories de préjudices. Ce projet fait déjà partie des priorités du comité consultatif provincial sur la qualité des soins et la sécurité des patients.
 - Voir avec la chefferie médicale, la pratique professionnelle et la prévention et le contrôle des infections si les résultats du rapport peuvent constituer un point de départ pour aborder et prendre en charge certains préjudices.
- **Agrément des laboratoires** - Le 18 octobre 2024, les services de laboratoire ont officiellement reçu la **certification ISO 15189 PlusMC -ILAC ARM**.
- **Prévention et le contrôle des infections**
 - Médecin désigné responsable dans chaque zone pour supporter les équipes d'infirmières en prévention et contrôle des infections.
 - En processus d'acquisition d'un logiciel de prévention des infections et de gérances des antimicrobiens à l'échelle provinciale.

Références et définitions

Définitions générales

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

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
Résultat patient	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 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
Satisfaction de la clientèle	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
Contre-indicateur	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
Contre-indicateur (suite)	% 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>https://www.healthcareexcellence.ca/media/tinpazmp/never-events-for-hospital-care-in-canada-fr.pdf</p>

Catégories d'indidents

(selon définitions provinciales)

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

Plainte: Manifestation verbale ou écrite d’insatisfaction de la part d’une ou de plusieurs personnes visant les soins ou services prodigués et qu’il y a lieu d’étudier ou dont on doit assurer le suivi.

Catégories	Sous-catégories	2 ^e sous-catégories
Comportement/ Communication humaine	Personnel médical; personnel infirmier; autre personnel; patient	Écoute et réceptivité; accueil et introduction; manières/respect; impoli ou perturbateur
Communication	Éducation/information; transfert des soins	Information générale; avis congé; avis état du patient; risques et avantages; dossier médical; renseignement sur les médicaments
Problème Environnemental	Qualité de l'air/de l'eau; sécurité/esthétique des bâtiments; accessibilité des installations; services alimentaires; niveau de bruit; stationnement; services technologiques	Température de l'eau/qualité; température de l'air/ qualité; propreté; entretien et maintenance; sécurité du bâtiment; signalisation/affichage; environnement sans obstacle; services alimentaires; niveau de bruit général; patient/PSD/visiteur social; professionnels de la santé; coût/paiement/fonctionnement défectueux; manque d'espace; téléphone; télévision; internet sans fil (wi-fi); stations/bornes de rechange
Autre	Autre	Autre
Droits des patients	Abus; consentement; discrimination	Inconduite alléguée; consentement éclairé; mature mineure; procuration/ mandataire substitut - décision médicale; race/couleur/origine nationale/ascendance/lieu d'origine; religion; âge; invalidité physique; invalidité mentale; état matrimonial/statut familial; orientation sexuelle; sexe; identité du genre ou d'expression; conditions sociales; croyance politique









Catégories de plaintes - suite

(selon les définitions provinciales)

Catégories	Sous-catégories	2 ^e sous-catégories
Politique/procédure	Administrative; clinique	Politique administrative; identification; documentation; politique clinique; contrôle et prévention des infections
Qualité des soins/services	Accès aux services; soins et services donnés; situation liée au congé; résultats des soins/services; attentes du patient/famille; sécurité; période d'attente	Annulation/report/ou modification de rendez-vous; éligibilité au traitement/à la procédure/ou au service; programmation et service; service de rendez-vous; référence/aiguillage; gestion de lits; confort/intimité lors des examens ou traitement; nourriture et diète; médicament; équipement; manipulation des patients; soutien émotionnel; coordination; promptitude et préparation des soignants; préparation du patient; accès à des aides adaptées; résultat; médicament/prescription; gestion de la douleur; hygiène personnelle/bain/soins d'incontinence; animaux; présence de la famille; erreur médicale; sûreté et sécurité; urgence/soins urgents; services ambulatoire/soins ambulatoires; résultat de laboratoire; résultat du diagnostic; autres services de santé ou programmes; chirurgie/procédure.

Note: Le dictionnaire des définitions peut être fourni sur demande

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 la qualité et de la gouvernance

Date : 17 décembre 2024

Objet : Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2024-2025-T2

Résultat ou état futur recherché

Le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le second 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) ;

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 20 novembre 2024 par Pierre Michaud, Vice-président - Gestion des risques et services financiers, Catherine Rouanes, Directrice principale-Gestion de l'information d'entreprise-Accès à l'information-Langues officielles, Chef de la protection des renseignements personnels et Chef de la gestion des risques par intérim, 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-T2

Trimestre et Année financière: T2 2024-2025		Ce rapport reflète les activités ayant eu lieu du 1 juillet au 30 septembre et l'état d'avancement en date du 30 septembre.			
		Faits saillants			
Nom du comité	Nom du secteur	Contexte	Solutions	État d'avancement	Date de complétion prévue
Comité mixte QG- CA	Gestion des contrats	Manque de ressources afin de pouvoir assurer une révision adéquate des contrats	Ajout d'une ressource humaine en gestion des contrats	En cours - 50%	Novembre 2024
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 cours - 50%	Novembre 2024
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%	Décembre 2024
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	Complété - 100%	
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. NB: sur pause jusqu'à ce que le poste de coordonnateur soit comblé.	En planification	Mars 2025
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.	Complété - 100%	
Comité mixte QG- CA	BRO	La révision des règlements administratifs s'est poursuivie avec l'envoi de l'ébauche au Réseau de santé Horizon pour révision de leur côté.	Une rencontre aura lieu avec des représentants des deux Réseaux une fois que le Réseau de santé Horizon aura terminé sa révision.	En cours - 25%	Décembre 2024
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 disponibilité	Les formations ont été planifiées dans chacune des zones et ont débuté. Elles ont été données dans trois des zones sur quatre.	En cours - 75%	Décembre 2024
Comité mixte QG- CA	Vie privée	Besoin de clarification des règles en matière de divulgation aux forces policières dans les services d'urgence et dans les hôpitaux en général	Présentation en personne pour un rappel des grands principes et session de questions/réponses à l'Hôpital Stellas Marie de Kent (employé-e-s) et gestionnaires de tous les services d'urgence; création d'outils pratiques et uniformes pour le Réseau et les forces policières; entente de principes et communication conjointe réseau/police	En cours - 50%	Février 2025

