

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS	N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2024-04-23
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2022-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Tom Soucy, président 	Approuvée le : 2024-04-23

BUT

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

Composition et fonctionnement

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

Responsabilités

1. Le comité surveille, conseille le Conseil et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives :
 - 1.1 aux processus de services à la clientèle et de gestion de la qualité, de la sécurité des patients ainsi qu'à l'éthique et à la protection de la vie privée (AC : 3.1.12);
 - 1.1.1 priorise la qualité et la sécurité des patients et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
 - 1.1.2 veille à ce que le Réseau adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité (AC : 3.4.2);
 - 1.1.3 recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité des patients, d'éthique et de protection de la vie privée, et suit leurs mises en œuvre;
 - 1.1.4 examine régulièrement les progrès effectués par l'organisme par rapport aux objectifs de son plan intégré d'amélioration de la qualité (AC : 3.1.8);
 - 1.1.5 assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques (AC : 3.4.3);
 - 1.1.6 surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord et d'autres rapports réguliers (AC : 3.1.6, 3.4.4);
 - 1.1.7 reçoit et analyse les rapports du comité de la qualité et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
 - 1.1.8 examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité des patients et à l'éthique;
 - 1.1.9 recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité des patients pour les membres du comité et du Conseil et à la protection de la vie privée (AC : 1.1.7);
 - 1.2 à l'approche des soins centrés sur la personne et aux patients partenaires (AC : 1.1.6, 3.1.5);
 - 1.3 aux normes d'agrément liées à l'approche des soins centrés sur la personne, à la qualité et à la sécurité des soins et des services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;
 - 1.4 à la satisfaction et à l'expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
 - 1.4.1 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);
 - 1.5 à la protection de la vie privée et de tous les renseignements des intervenants (AC : 3.5.7);
 - 1.6 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).
 - 1.7 aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical, de renouvellement, de suspension ou de modification (AC : 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4);
 - 1.8 aux processus liés au développement et au maintien des compétences des professionnels et des médecins et aux processus de délégation des actes professionnels et médicaux (AC : 3.3.1).
2. Le comité s'acquitte aussi de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

Rapport

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

RÉFÉRENCE

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

Remplace :	Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
	Zone 4 : _____	Zone 6 : _____