

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Date et heure :	Le 2 juin 2022 à 08:30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Présidente :	Claire Savoie		
Secrétaire de direction :	Lucie Francoeur		

Participants**Membres votants**

Claire Savoie (présidente)		Norma McGraw		Joanne Fortin	
Chef Terry Richardson					

Membres d'office

Denis M. Pelletier - intérim (ayant droit de vote)		Dre France Desrosiers		Dre Nicole LeBlanc	
Justin Morris		Pandurang Ashrit			

Membres invitées

Gisèle Beaulieu		Diane Mignault		Brigitte Sonier-Ferguson	
Marjorie Pigeon					

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujets	Pages	Action
8 h 30	1. Ouverture de la réunion		Décision
8 h 31	2. Constatation de la régularité de la réunion		
8 h 32	3. Adoption de l'ordre du jour	1 - 2	Décision
8 h 33	4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels		
8 h 34	5. Résolutions en bloc		Décision
	5.1 Adoption des résolutions en bloc	3 - 5	
	5.2 Adoption du procès-verbal du 15 février 2022	6	
	5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 15 février 2022	7 - 8	
	5.4 Plan de travail 2021-2022	9 - 23	
	5.5 Rapport annuel - Plaintes	24 - 54	
	5.6 Rapport annuel - Gestion des risques	55 - 58	
	5.7 Rapport annuel - Langues officielles	59 - 67	
	5.8 Rapport annuel - Bureau de l'éthique	68 - 70	
	5.9 Rapport annuel - Accès à l'information	71 - 76	
	5.10 Rapport annuel - Confidentialité et protection de la vie privée	77 - 79	
	5.11 Rapport annuel - Expérience des patients hospitalisés	80 - 82	
	5.12 Recommandations des Comités de revues	83	
	5.13 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles	84 - 102	
	5.14 Rapport sur les dossiers ouverts HIROC (litiges, réclamations et autres)	103 - 107	
	5.15 Mise à jour de la démarche d'agrément		
	5.16 État d'avancement – Plan de qualité et sécurité 2021-2022 et Plan pour 2022-2023	108 - 111	
	5.17 État d'avancement de la mise en œuvre du Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité	112 - 113	
	5.18 Mise à jour de l'implantation du logiciel de gestion des incidents	114 - 115	
	5.19 Politique et procédure CA-350 « Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients »	116 - 120	
	5.20 Plan de travail 2022-2023	121 - 122	

9 h 05	6. Affaires nouvelles 6.1 Programme de gestion intégrée des risques	123 - 150	Décision
9 h 15	6.2 Registre de risque – dimension qualité, risques et sécurité	151 - 154	Décision
9 h 25	7. Affaires permanentes 7.1 Quadrants qualité/satisfaction à la clientèle et opérationnel du tableau de bord équilibré 2021-2022 – T4	155 - 181	Information
9 h 50	8. Date de la prochaine réunion : à confirmer		Information
9 h 51	9. Levée de la réunion		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Date et heure :	Le 15 février 2022 à 08:30		
		Endroit :	Teams		
But de la réunion :	Réunion régulière				
Présidente :	Claire Savoie				
Secrétaire :	Lucie Francoeur				
Participants					
Claire Savoie	✓	Norma McGraw	✓	Chef Terry Richardson	A
David Savoie	✓	Justin Morris	✓	Diane Mignault	✓
Gisèle Beaulieu	A	Dre Nicole LeBlanc	✓	Dre France Desrosiers	✓
Pandurang Ashrit	✓	Joanne Fortin	✓	Brigitte Sonier-Ferguson	✓
PROCÈS-VERBAL					

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Claire Savoie à 08:32.

2. Constatation de la régularité de la réunion

La réunion a été dûment convoquée et le quorum est atteint.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2022-02-15 / 01QSSP**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Joanne Fortin

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que circulé.

Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

5. Résolutions en bloc

5.1 Adoption des résolutions en bloc

5.2 Adoption du procès-verbal du 16 novembre 2021

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 16 novembre 2021

5.3.1 Révision des indicateurs 2022-2023

5.4 Plan de travail 2021-2022

5.5 Rapport de plaintes – T3

5.6 Rapport d'incidents – T3

5.7 Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés – T3

5.8 Recommandations des Comités de revues

5.9 Rapport d'incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée – T3

5.10 Rapport sur les dossiers ouverts HIROC (litiges, réclamations et autres)

5.12 Mise à jour de la démarche d'agrément

La présidente demande aux membres si certains points des résolutions en bloc doivent être retirés de l'ordre du jour ou si les résolutions en bloc sont adoptées telles que présentées. Les points ci-dessous sont retirés des résolutions en bloc :

5.2 Adoption du procès-verbal du 16 novembre 2021

5.6 Rapport d'incidents – T3

MOTION 2022-02-15 / 02QSSP

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Joanne Fortin

Et résolu que les résolutions en bloc soient adoptées avec le retrait des points ci-dessous :

5.2 Adoption du procès-verbal du 16 novembre 2021

5.6 Rapport d'incidents – T3

Adopté à l'unanimité.

5.2 Adoption du procès-verbal du 16 novembre 2021

À l'item 5.3.1, le 3^e paragraphe se lit comme suit : Suite à l'annonce du nouveau plan du système de santé du N.-B., un des changements que nous verrons au cours des 24 prochains mois est un nouveau modèle pour accéder aux soins primaires, afin d'offrir de meilleurs services aux gens du N.-B., ce qui limitera le nombre de visites inutiles aux services d'urgence.

5.6 Rapport d'incidents – T3

Une diminution du nombre d'incidents rapportés est notée au 3^e trimestre comparativement au trimestre précédent, soit de 11 %. En fait, toutes les zones ont rapporté moins d'incidents au cours de ce trimestre. Cette diminution est attribuable en partie au manque de personnel qui s'est accentué, en raison de la pandémie. Malgré cette diminution, il est réitéré que les employés sont bien aiguillés et ont l'habitude de signaler d'emblée les incidents, et ce, afin d'assurer la sécurité des patients. De plus, le Réseau a fait l'acquisition d'un nouveau logiciel de gestion des incidents qui facilitera le signalement d'incident.

La Zone 1B est celle qui a rapporté le plus de chutes, d'incidents reliés aux médicaments et traitements/procédés. Par ailleurs, c'est la zone où il y a le plus gros volume d'activités. Le nouveau logiciel de gestion des incidents permettra de produire de meilleurs rapports d'analyses entre établissements, ce qui permettra de suivre plus efficacement les tendances.

En ce qui a trait aux incidents liés aux médicaments, les plus fréquents sont les omissions (34 %), ceux liés à la posologie/concentration (25 %) et ceux d'aucune ordonnance (24 %) où le médicament a été administré au mauvais patient. Nous rappelons que chaque incident et incident évité de justesse est analysé avec la collaboration des secteurs concernés afin de cerner les améliorations à apporter, et ce, dans le but de prévenir la récurrence de ce type d'incident et d'assurer la sécurité des patients.

MOTION 2022-02-15 / 03QSSP

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Joanne Fortin

Et résolu que les rapports ci-dessous soient acceptés tels que présentés :

5.2 Adoption du procès-verbal du 16 novembre 2021

5.6 Rapport d'incidents – T3

Adopté à l'unanimité.

La présidente-directrice générale fait part des ajustements apportés à la structure organisationnelle du Réseau qui ont été mis en œuvre progressivement à compter de la mi-décembre. Quelques secteurs de responsabilités ont été ajustés, entre autres les secteurs de planification, de la performance et de la qualité sont dorénavant sous la responsabilité de Brigitte Sonier-Ferguson, vice-présidente à la Mission universitaire, à la Performance et à la Qualité d'où sa présence à la réunion ce matin. Les services financiers sont maintenant sous la responsabilité de Stéphane Legacy, vice-président aux Services de consultation externe aux Services professionnels et aux Services généraux. De plus, un nouveau poste a été créé, soit celui de vice-président(e) aux Communications et à l'engagement. Le processus d'affichage est amorcé en ce moment.

6. Affaires nouvelles

6.1 Projet de documentation des activités qualité et tableau de bord – chefferie médicale

Invité : Mahamadou Douaré, conseiller à la Qualité des soins médicaux

Une nouvelle méthode de documentation des activités d'amélioration de la qualité de l'acte médical est présentée aux membres à titre d'information. De nouveaux processus et outils ont été développés entre autres, un nouveau système de documentation pour comptabiliser et suivre les recommandations de toutes les activités de qualité médicale, de même qu'un tableau de bord interactif pour suivre l'évolution du nombre d'activités organisées dans chaque zone. Des crédits de développement professionnel sont attribués pour les différentes activités effectuées. Le projet est encore à ses débuts en ce moment.

Il est suggéré de revoir le projet de documentation des activités d'amélioration de la qualité dans un an, afin de suivre l'évolution du dossier.

Les membres remercient Mahamadou Douaré pour cette présentation ainsi que de sa collaboration dans ce dossier. Bravo pour le beau travail !

7. Affaires permanentes

7.1 Quadrants qualité/satisfaction à la clientèle et opérationnel du tableau de bord équilibré 2021-2022 – T3

Les quadrants de la qualité/satisfaction de la clientèle, financier, opérationnel, ressources humaines seront départagés dorénavant entre les comités respectifs du Conseil d'administration. Les membres passent en revue les indicateurs en lien avec la qualité et la satisfaction de la clientèle, ainsi que les indicateurs en lien avec le quadrant opérationnel.

Malgré la cinquième vague de la pandémie qui a ralenti certaines activités, l'équipe de la Planification et Amélioration de la performance a commencé le processus de révision des cibles et de la pertinence de certains indicateurs qui seront rattachés aux objectifs stratégiques du plan stratégique du Réseau. En fait, ceux-ci seront révisés par l'équipe de planification et quelques présidents de comités du Conseil d'administration à la mi-mars.

Les membres du comité sont surpris de constater qu'en période de pandémie la cible de 90 % pour l'indicateur du taux de conformité à l'hygiène des mains n'a pas été atteinte depuis les trois dernières années. Bien que cet indicateur soit inférieur à la cible, il faut noter entre autres que 7 hôpitaux sur 11 ont pu atteindre l'objectif au troisième trimestre de 2021-2022 et que la sensibilisation est faite auprès du personnel lors des tournées des infirmières en Prévention et contrôle des infections sur les unités. De plus, cet indicateur est suivi de près et nous poursuivrons les efforts pour atteindre les résultats escomptés.

Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau et de la province. La moyenne canadienne est établie à 100, donc un ratio de 100 signifie qu'il n'y a pas de différence entre le taux de mortalité de l'établissement et le taux de mortalité moyen. Une évaluation détaillée de cet indicateur est en cours et nécessite des examens de dossiers afin de déterminer la cause de l'augmentation.

En ce qui concerne les indicateurs reliés au taux d'infection Clostridium difficile et de colonisation au SARM, le Réseau continue d'atteindre les cibles.

Comme discuté à une réunion antérieure, un plan de rétablissement a déjà été élaboré en vue de la transition vers la période post-pandémie. Ce plan constitue un outil de planification et de suivi destiné à l'ensemble des intervenants. Aussitôt que nous aurons un répit de la cinquième vague, le plan sera mis à jour et présenté lors d'une prochaine réunion.

La Zone 4 présente un taux d'erreurs des médicaments le plus élevé, soit 4.25 au troisième trimestre. Par ailleurs, un écart important est noté à l'Hôpital général de Grand-Sault entre le deuxième et le troisième trimestre, puis l'analyse de cet écart n'est pas citée. L'information additionnelle sera améliorée dans les fiches explicatives lors des prochaines réunions. Diane Mignault précise qu'il y a eu un redressement et une nette amélioration est notée au troisième trimestre. En fait, il y a toujours une action entamée par le gestionnaire concerné, afin d'apporter des améliorations nécessaires.

8. Date de la prochaine réunion : 31 mai 2022 à 08:30

9. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Norma McGraw à 09:20.

Claire Savoie
Présidente du comité

Dre France Desrosiers
Secrétaire du Conseil d'administration

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 2 juin 2022

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 15 février 2022

Il n'y a aucun suivi découlant du procès-verbal, sauf ceux indiqués à l'ordre du jour de la rencontre.

Soumis le 16 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 31 mai 2022

Objet : Plan de travail 2021-2022

À titre d'information, le plan de travail 2021-2022 est présenté à chaque réunion, afin de suivre l'évolution des activités.

Soumis le 9 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

PLAN DE TRAVAIL 2021-2022

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Date de la réunion	Activités
Septembre 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, des risques et de l'éthique • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers • Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2022 • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations) • Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Novembre 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers • Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP • Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2022 • Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Mars 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers • Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP • Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2022 • Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Juin 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Révision du plan de travail et du calendrier des réunions du Comité de la qualité • Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers • Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis) • Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille • Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.) • Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations) • Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)

Note couverture

Réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 2 juin 2022

Objet : Rapport annuel sur les plaintes (2021-22)

Le présent rapport comprend les données de l'année financière 2021-2022, ainsi que les données comparatives pour les deux années précédentes. Il est présenté à titre d'information et avis.

Les plaintes sont classées selon des définitions et catégories provinciales (qualité des soins/services, comportement, communication, environnement, politiques et autres). Des sous-catégories sont également disponibles et permettent une meilleure analyse des données.

Chaque plainte reçue est portée à l'attention des gestionnaires ou des chefs de service/département intéressés pour fin d'examen et d'amélioration. Des suivis sont effectués auprès des plaignants.

Le rapport inclut également des exemples de pistes d'amélioration découlant de l'analyse des plaintes de l'année financière de 2021-2022.

Soumis le 12 mai 2022, par Lynne Lévesque, gestionnaire régionale, Service qualité et sécurité des patients



Rapport annuel sur les plaintes (2021-2022)

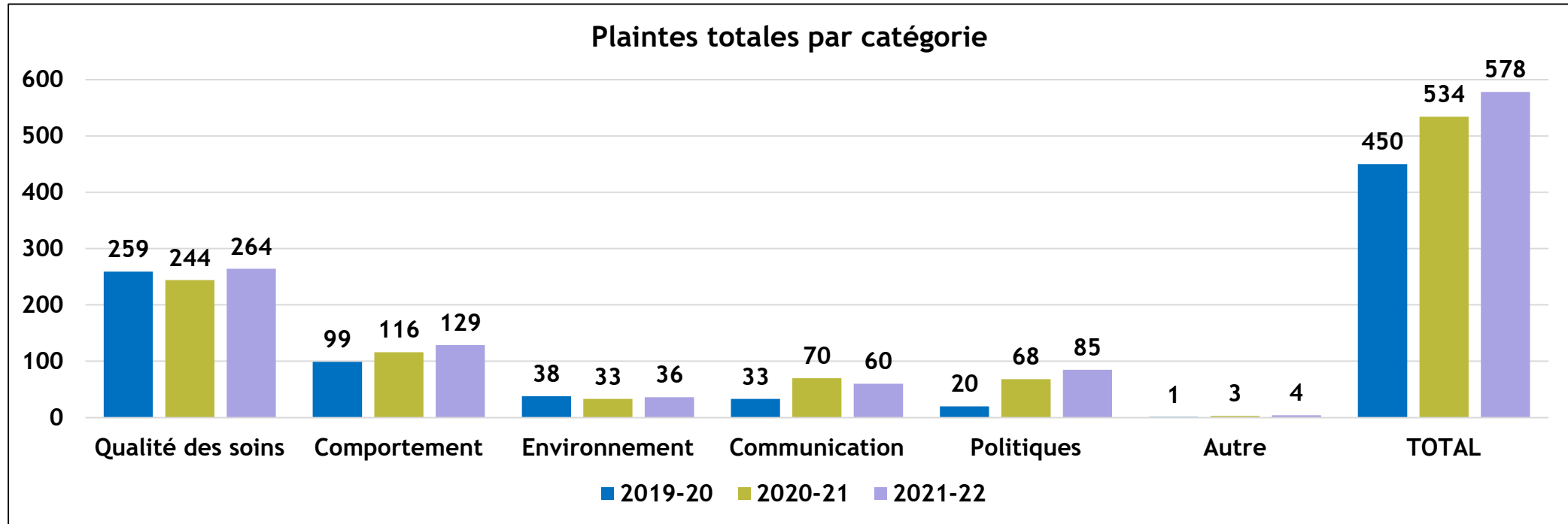


Plan de la présentation

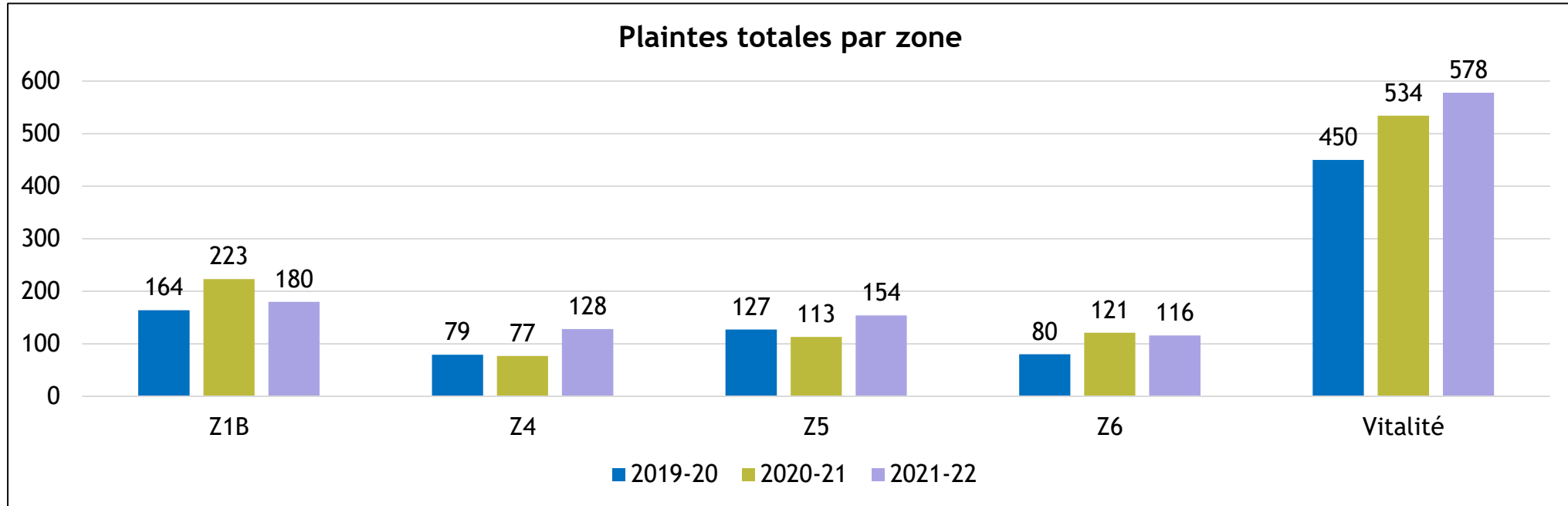
- Définitions
- Plaintes par catégories
- Plaintes liées à la pandémie COVID-19
- Plaintes liées à la qualité
- Plaintes liées au comportement
- Plaintes liées à la communication
- Plaintes liées à l'environnement
- Plaintes liées aux politiques
- Délais de résolution des plaintes
- Exemples d'amélioration découlant des plaintes

Définitions

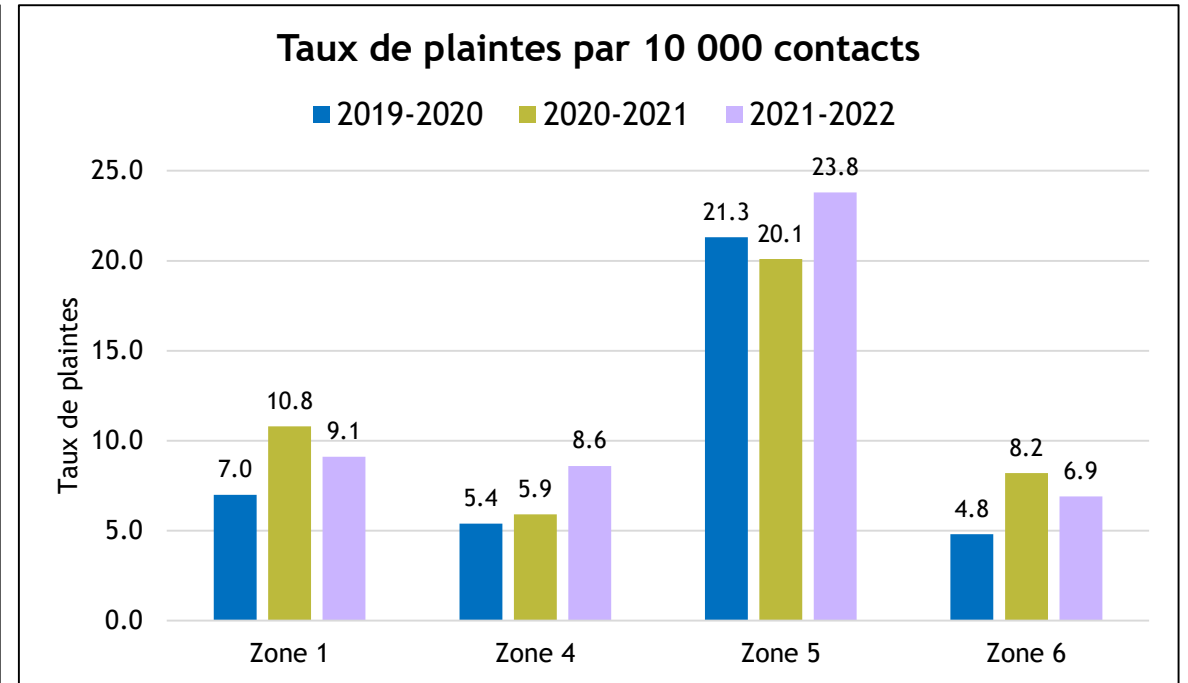
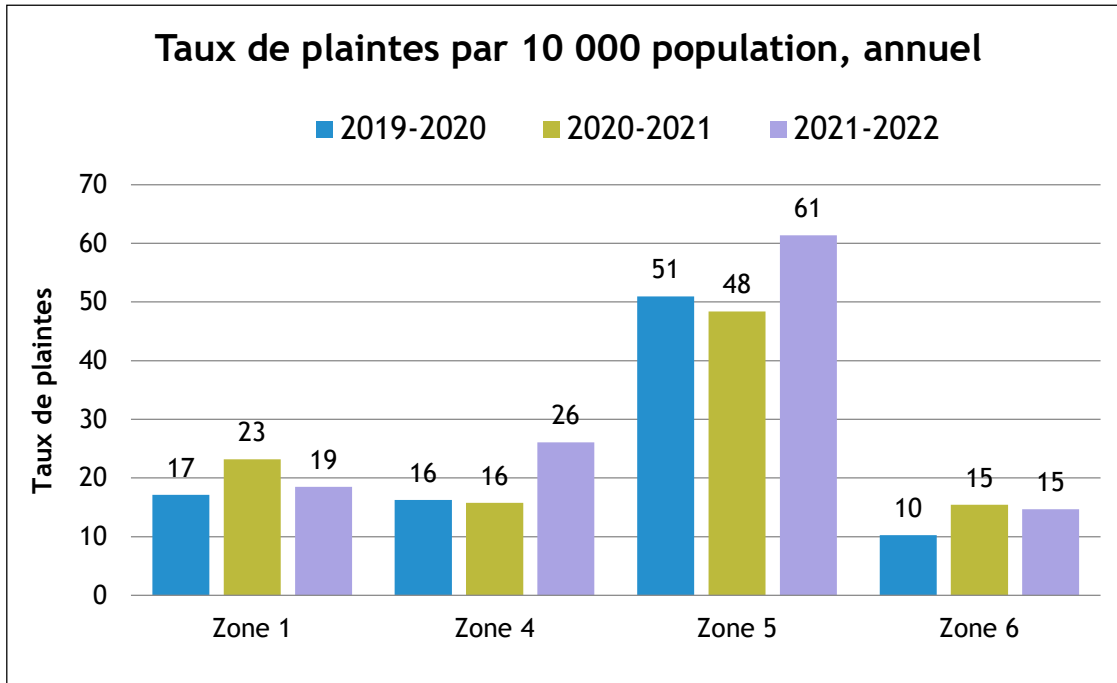
- Plainte - manifestation verbale (en personne ou par téléphone) ou écrite d'insatisfaction de la part d'un patient, d'un membre de la famille ou du public au sujet des soins ou services reçus, qui exige une étude ou un suivi.
- Les plaintes sont classées selon les catégories et sous-catégories provinciales suivantes:
 - Qualité des soins/services : accès, période d'attente, congé, sécurité, résultats des soins, attentes du patient, soins en général
 - Comportement : personnel médical, personnel infirmier, autres membres du personnel, autres patients
 - Communication : confidentialité, enseignement, langue, transfert des soins
 - Environnement : nourriture, bruit, stationnement, accès à l'établissement, qualité de l'air/eau, sécurité/propreté de l'établissement
 - Politiques et règlements du Réseau



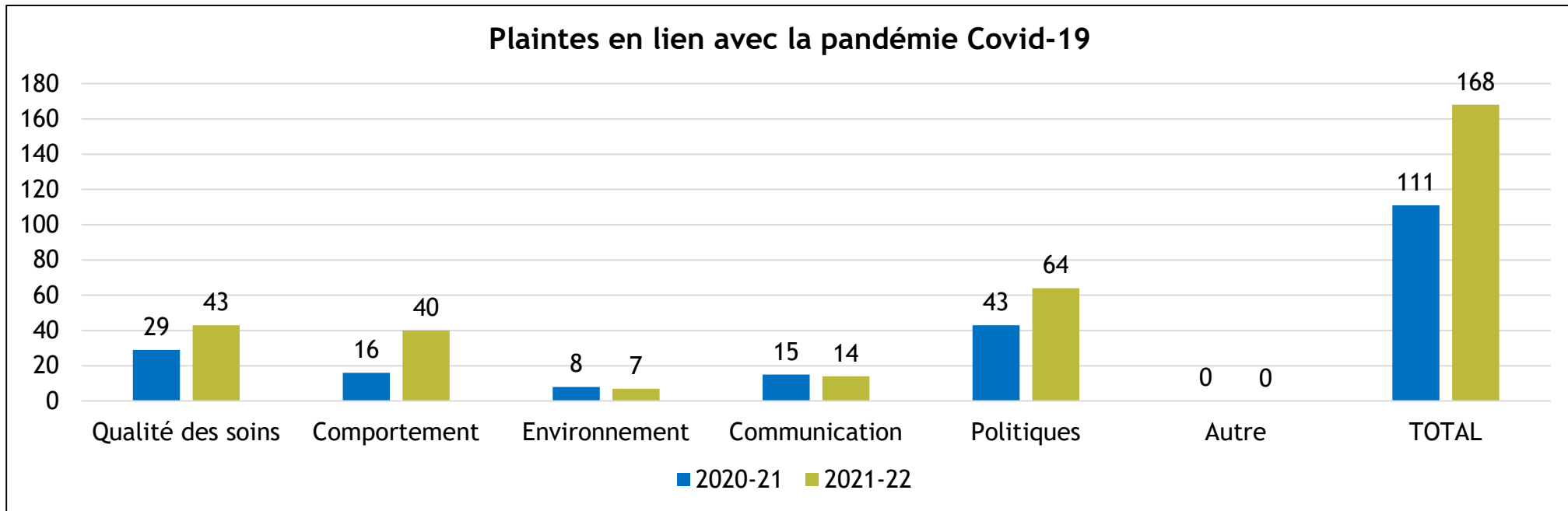
- Au niveau régional, on note une augmentation de 28 % dans le nombre total de plaintes depuis 2019-2020 (578 en 2021-22 vs 450 en 2019-20). Cette augmentation est surtout attribuable à la hausse du nombre de plaintes dans la catégorie politique (soit 20 en 2019-20 vs 85 en 2021-22). Cette augmentation s'explique par la mise en place des directives en lien avec la pandémie de la COVID-19.
- Depuis 2019-2020, on note une augmentation dans le nombre de plaintes dans la catégorie communication passant de 33 à 60. Les plaintes en lien avec la communication sont majoritairement (70 %) liées à la communication de renseignements aux patients. On note que le port du masque a rendu la communication difficile surtout pour les personnes âgées. Plusieurs autres défis nous ont été signalés, tels que le partage d'information sur les raisons d'isolement, les nombreux changements à la politique des personnes de soutien désignées (PSD), les directives en lien avec la COVID, etc.
- Les plaintes en lien avec le comportement et les politiques ont connu une hausse au cours des trois dernières années.
- Le nombre de plaintes dans la catégorie Qualité et dans la catégorie Environnement demeure assez stable au cours des trois dernières années.
- Dans la catégorie autres, nous retrouvons les plaintes en lien avec les pertes de biens (soulier, vêtements, etc.).



- Les plaintes sont réparties entre les zones comme suit: la zone 1B représentent 31 % du nombre total, la zone 4 - 22 %, la zone 5 - 27 % et la zone 6 - 20 %.
- On remarque une diminution du nombre de plaintes de 19 % depuis la dernière année à la zone 1B, et de 4 % à la zone 6. Tandis que les zones 4 et 5 ont connu une hausse de 66 % et 36 % respectivement.

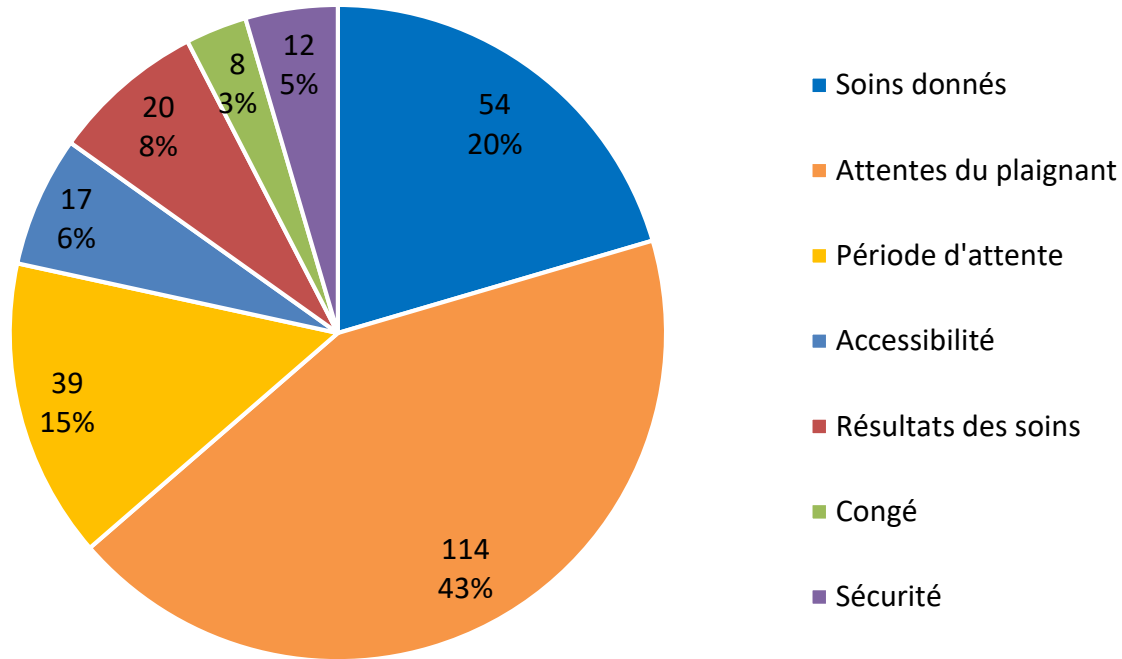


- Lorsqu'on analyse les plaintes par 10 000 de population desservie, on note que les zones 4 et 5 comptent plus de plaintes par 10 000 de population.
- L'augmentation du taux de plaintes de la zone 4 est surtout en lien avec les politiques en places dues à la COVID-19 (visites et personne de soutien désignée) et la communication des renseignements aux patients. Cette zone a été durement affectée par les vagues de la pandémie et les restrictions hospitalières et communautaires.
- Lorsqu'on analyse les plaintes par 10 000 contacts (la somme du # total d'admission, # total de consultations à l'urgence et # total de visites ambulatoires), la zone 5 compte plus de plaintes par 10 000 contacts.
- Le nombre de plaintes dans la Zone 5 est plus élevé pour le volume d'activités. Parmi les 154 plaintes de la zone 5 pour l'année 2021-2022, 75 ou 49 % sont issues du Centre Hospitalier Restigouche, plus précisément 38 plaintes provenant d'un patient ou de sa famille et 37 plaintes du bureau de l'ombudsman.



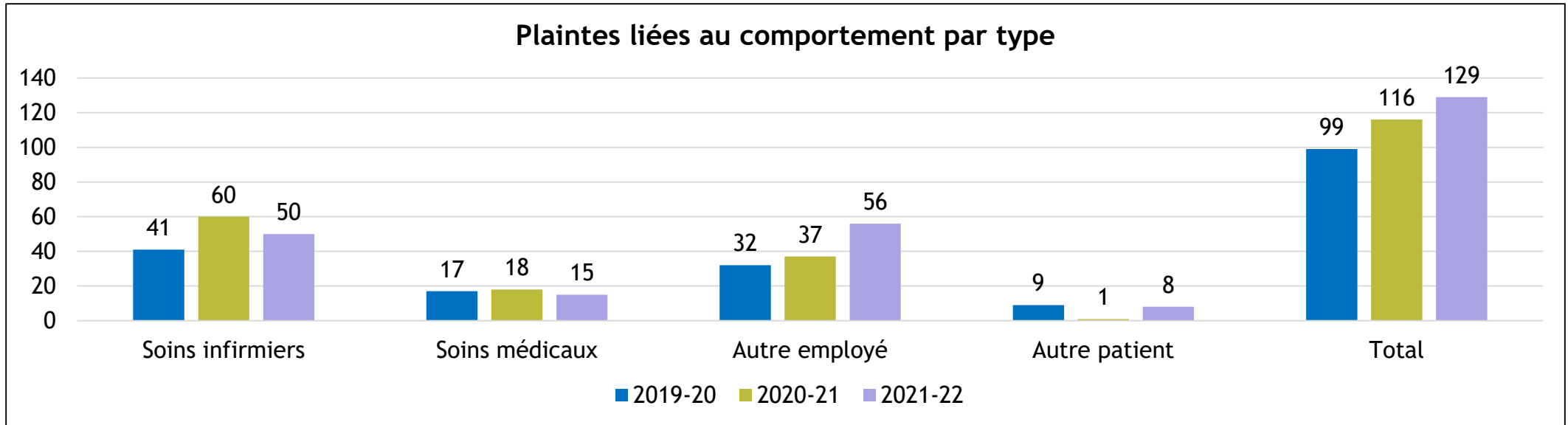
- Depuis le début de la pandémie de la COVID-19, le Service de qualité et sécurité des patients comptabilise les insatisfactions face à cette réalité. Parmi toutes les catégories de plaintes confondues, on compte 279 plaintes liées à la pandémie depuis mars 2020.
- On note une augmentation (51 %) dans le nombre total des plaintes en lien avec la pandémie à comparer à la dernière année. Cette augmentation est attribuable à l'augmentation des plaintes des catégories qualité, comportement et politiques.
- Dans la catégorie de la qualité, il y a surtout des insatisfactions dans la sous-catégorie attente des patients, tels que ne pas recevoir les soins auxquels ils s'attendaient (par ex.: avoir accès à une civière au lieu d'attendre dans la salle d'attente à l'urgence, ou être placés dans les corridors au lieu d'une chambre après la fermeture de certaines unités).
- Les plaintes dans la catégorie comportement sont majoritairement en lien avec les préposés et agents de sécurité au contrôle des établissements embauchés pour la période de la pandémie.

Plaintes liées à la qualité par sous-catégories

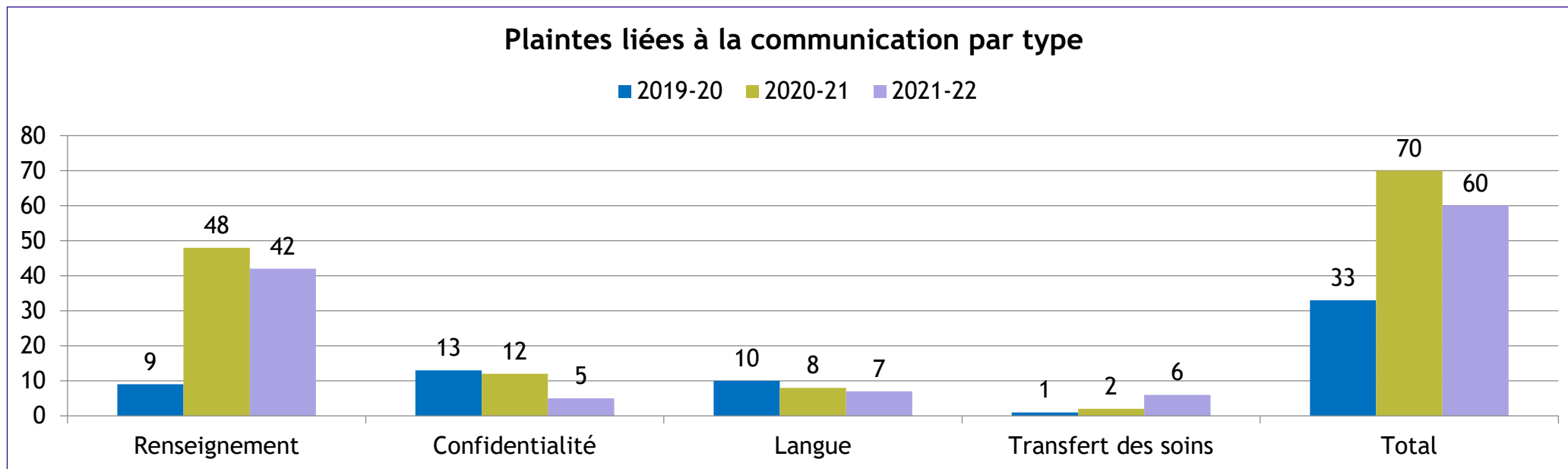


Ce tableau démontre la répartition des plaintes par sous-catégories dans la catégorie liée à la qualité des soins. 78 % des plaintes liées à la qualité des soins sont réparties dans trois catégories, soit :

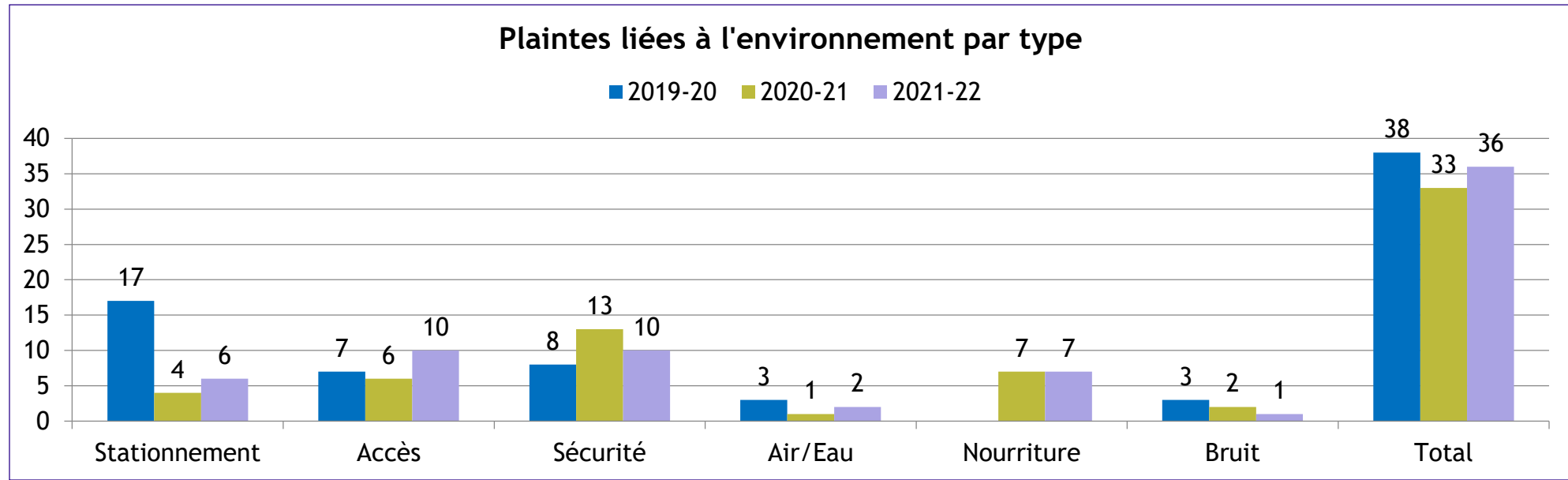
1. Les attentes du patient qui n'ont pas été satisfaites pour 43 % (ex. attentes au niveau du type de traitement, examen diagnostique, des soins offerts, etc.).
2. Les soins donnés en général pour 20 % (ex. aux unités de soins et à l'urgence).
3. La période d'attente pour un service pour 15 % (ex. à l'urgence et aux cliniques ambulatoires).



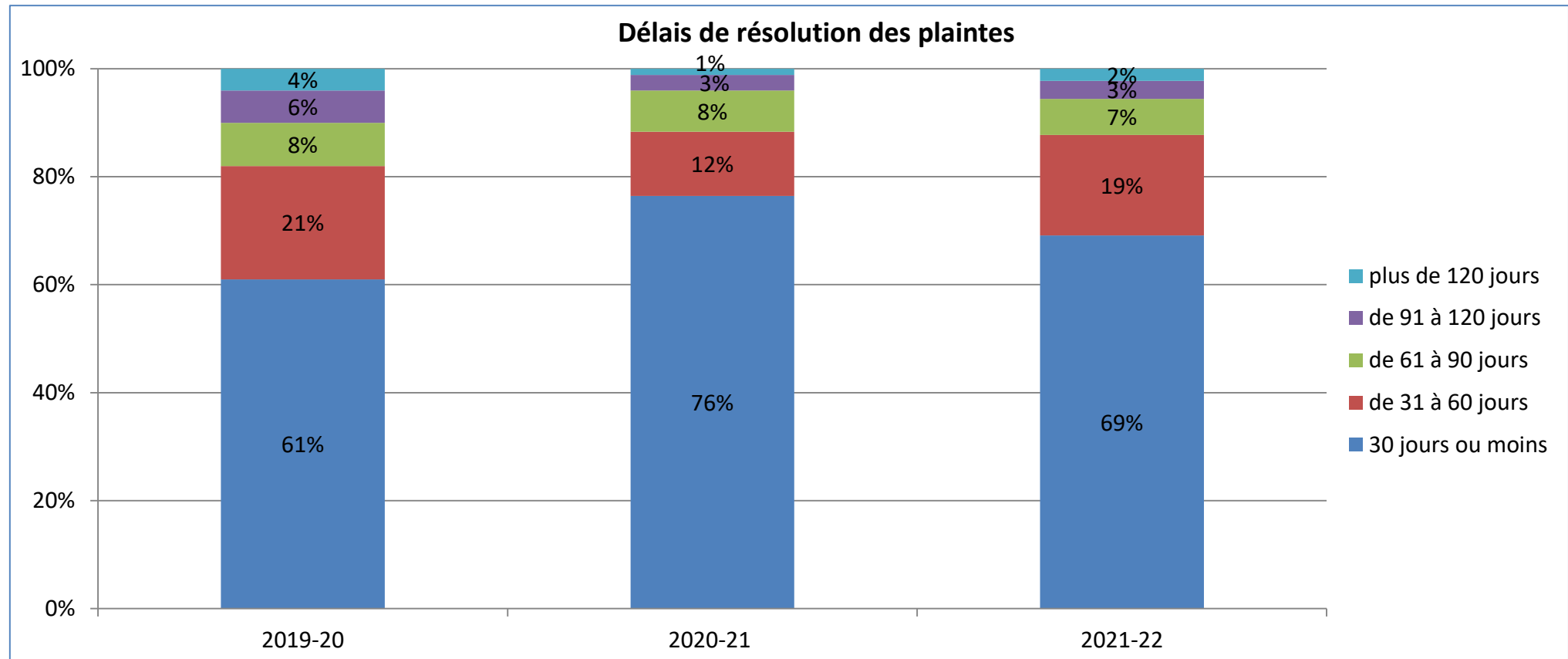
- Les plaintes liées au comportement représentent 22 % de l'ensemble des plaintes pour 2021-2022. On note une augmentation de 30 % comparativement à 2019-20.
- On observe une augmentation des plaintes dans la catégorie autres employés passant de 37 à 56 depuis la dernière année. Dans la catégorie autre employés, on retrouve les plaintes concernant les employés du triage à l'entrée et les commis à l'admission. La majorité des plaintes sont en lien avec l'attitude et le manque de respect selon les patients. Des suivis étroits et de la sensibilisation sont faits avec le membre du personnel visé par la plainte.
- Dans la sous-catégorie des soins médicaux, le nombre de plaintes en lien avec le comportement médical a légèrement diminué. Les exemples qui ressortent le plus dans cette catégorie selon la perspective du patient sont en lien avec l'approche non professionnel de la part du médecin.
- On note une diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement dans la sous-catégorie des soins infirmiers. Les plaintes sont majoritairement en lien avec un manque de professionnalisme, d'empathie et brusquerie selon les patients.



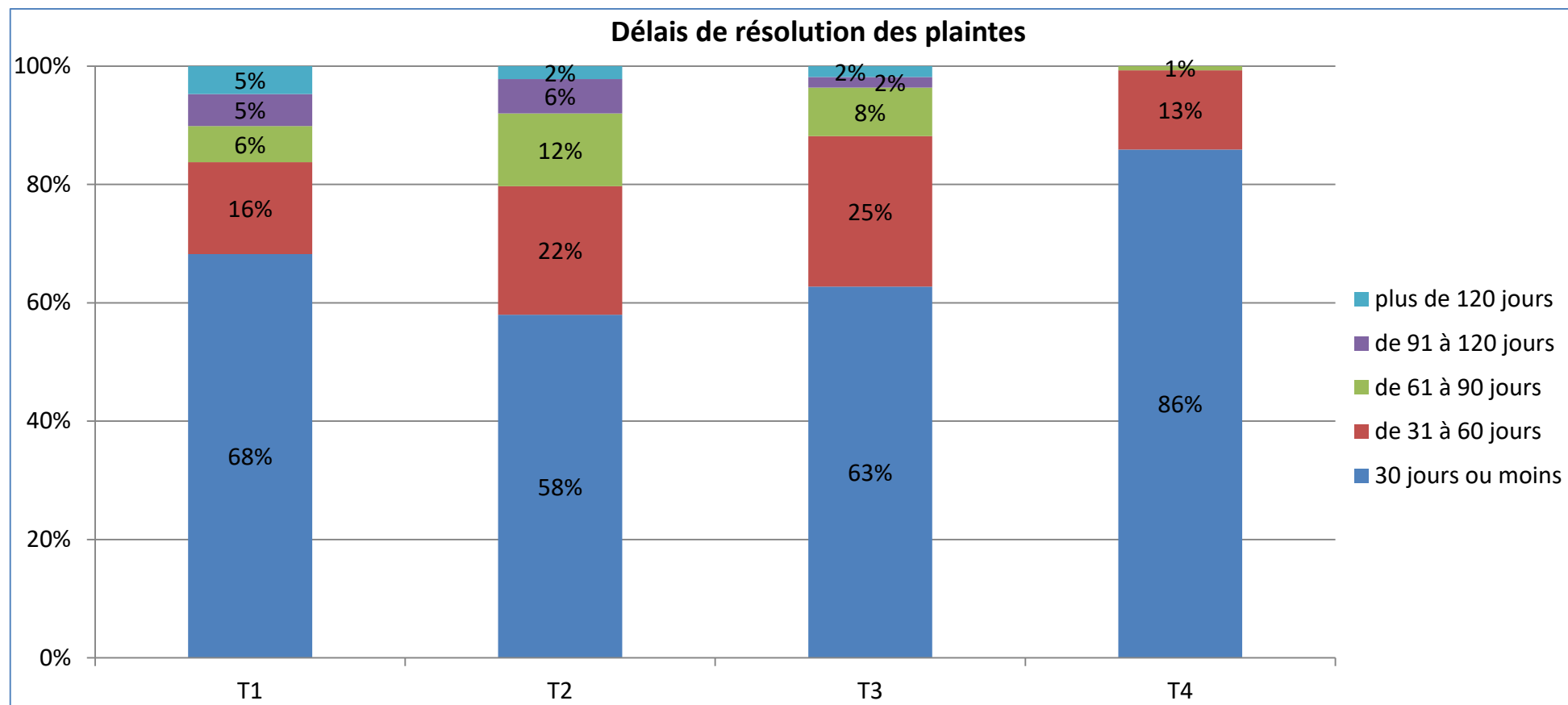
- Les plaintes liées à la communication représentent 10 % de l'ensemble des plaintes pour l'année 2021-2022. Le nombre a diminué passant de 70 en 2020 à 60 à la même période de l'année 2021-2022.
- Dans la sous-catégorie renseignements, les plaintes sont en lien avec le manque de communication et de renseignements par rapport aux directives durant la pandémie. Le nombre de plaintes en lien avec la langue de service a diminué graduellement au cours des trois dernières années.



- Comparativement à l'année 2020-2021, il y a une légère augmentation dans le nombre total de plaintes liées à l'environnement passant de 33 à 36 pour l'année 2021-2022.
- Les plaintes de stationnement sont en lien avec le manque de disponibilité de stationnement pour les personnes à besoins spéciaux au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L. Dumont et à l'Hôpital régional d'Edmundston. Dans la sous-catégorie accès, on note des plaintes en lien avec l'accès au service de télévision dans les chambres des patients et les difficultés à obtenir la ligne téléphonique au service de rendez-vous du Centre de santé de Paquetville et de Tracadie.
- Dans les plaintes en lien avec la sécurité, on note quelques plaintes en lien avec la propreté surtout dans les salles d'attentes aux urgences. Les plaintes dans la sous-catégorie nourriture sont en lien avec la diminution au service alimentaire en lien avec la grève ainsi que de la température des aliments.



- Ce graphique représente les délais de résolution des plaintes au cours des trois dernières années.
- Au cours de la dernière année, le nombre de plaintes résolu à l'intérieur de 60 jours a diminué légèrement tandis que le nombre dans la série 31 à 60 jours a augmenté. Le pourcentage de résolution en dedans de 60 jours se maintient à 88 % depuis la dernière année. Dans l'intervalle de 61 à 90 jours, nous retrouvons 7 % des plaintes, 3 % entre 91 à 120 jours et 2 % dans la série de plus de 120 jours.



- Ce graphique représente les délais de résolution des plaintes pour les 4 trimestres de 2021-2022.
- Comparé au T3 2021-2021, on note une augmentation de 23 % dans le nombre de plaintes réglées à l'intérieur de 30 jours. Parmi toutes les plaintes fermées au quatrième trimestre, 99 % ont été complétées en dedans de 60 jours de la réception de la plainte.
- Des 171 plaintes reçues au T4 de 2021-2022, 123 ou 72 % ont été fermées dans un délai de 30 jours ou moins et 19, soit 11 % ont été fermées en dedans de 31 à 60 jours, donc 83 % de nos plaintes fermées en dedans de 60 jours. Le travail de collaboration entre les gestionnaires, les directeurs et les services médicaux contribuent grandement à l'atteinte de l'objectif fixé dans notre politique.

Exemples d'amélioration découlant des suivis de plaintes

Chaque plainte reçue est portée à l'attention du chef de service pour fin d'examen et d'amélioration. Selon la gravité de la plainte, une analyse des causes profondes peut être effectuée. Voici quelques exemples d'amélioration qui découlent des plaintes pour le T4:

- L'équipe de directeurs des activités hospitalières poursuit le support et l'encadrement aux employés en poste aux entrées principales;
- Le processus de demande d'exemption pour la présence des personnes de soutien désignées(PSD) a été modifié, afin de permettre la présence d'un proche pour les patients qui en ont besoin;
- Des rappels ont été faits auprès du personnel, afin de réitérer l'importance d'une communication respectueuse avec la clientèle;
- La communication de l'horaire des sites de distribution des tests rapides COVID-19 a été améliorée. Par exemple, des affiches ont été placées à la porte d'entrée du Centre multifonctionnel de Shédiac et la fréquence des publications sur le site web et les médias sociaux a été augmentée;
- Un nouveau processus a été mis en place pour permettre une plus grande flexibilité dans les rendez-vous pour les bébés au Centre de santé du grand Moncton;
- Un rappel a été fait au personnel de ne pas hésiter d'utiliser le service « *Language Line Solutions* » pour faciliter la communication avec un patient d'une autre langue;
- Les codes de triage ont été révisés par le personnel de l'urgence et la gestionnaire;
- Une procédure de conciliation entre la lecture initiale des examens radiologique par le médecin de l'urgence et le rapport final du radiologiste est en cours;
- Un rappel a été fait aux médecins, afin de préciser que les suivis des tests demandés et résultats subséquents sont la responsabilité du médecin requérant à part entière.

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 2 juin 2022

Objet : Rapport annuel– Gestion des risques

Le présent rapport comprend les données de l'année financière 2021-2022, ainsi que les données comparatives pour les deux années précédentes. Le rapport contient aussi des données sur les litiges et réclamations, la déclaration obligatoire (Loi de Vanessa), ainsi que des données sur les demandes d'aide médicale à mourir. Les graphiques et les données détaillées sont en annexe.

Incidents :

- L'intention en matière de gestion des risques est de prévoir les risques et de les atténuer de manière à amoindrir la probabilité d'un incident et, advenant la survenue d'un incident, d'en atténuer la gravité.
- Les incidents sont classés selon des catégories (types) et des définitions provinciales. Ces catégories et définitions furent revues en prévision du nouveau logiciel de gestion des incidents, nommé iRapport, qui fut déployé dans l'ensemble du Réseau le 1^{er} mars dernier.
- Chaque incident et incident évité de justesse est analysé avec la collaboration des services concernés, afin d'identifier et mettre en place des mesures pour prévenir la récurrence d'incidents semblables et d'assurer la sécurité des patients. Voir en annexe des exemples d'analyse et les améliorations qui en découlent.
- Les incidents graves et critiques sont transmis aux Comités de revue pour une analyse des causes profondes et une mise en place de mesures pour prévenir que les incidents se reproduisent.

Litiges et réclamations :

- Les réclamations pour bris et perte de biens de plus de 6,000 \$ ainsi que toutes les réclamations pour blessures corporelles et les cas de poursuites (incluses dans les réclamations) sont gérés par l'administrateur du Plan de Protection de Responsabilités civiles de la province, soit HIROC.
- Les réclamations pour bris et perte de biens jusqu'à 6,000 \$ sont gérées par le Service de gestion des risques en collaboration avec les gestionnaires des unités/services concernés.

Déclaration obligatoire (Loi de Vanessa) :

- Depuis le 16 décembre 2019, le Réseau doit rapporter les réactions indésirables graves aux médicaments (RIM), ainsi que les incidents liés aux instruments médicaux (IMM) à Santé Canada.
- Les déclarations doivent être faites à l'intérieur de 30 jours civils à la suite de la première documentation d'une RIM ou d'un IMM.

Aide médicale à mourir (AMM) :

- Le Service de gestion des risques procède à l'évaluation administrative des documents relatifs aux demandes d'aide médicale à mourir.
- Il aide également à répondre à certaines questions en lien avec l'aide médicale à mourir.

Soumis le 13 mai 2022 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques



Rapport annuel - Gestion des risques



Plan de la présentation

- Définitions (types d'incidents)
- Graphiques:
 - Total des incidents rapportés (incluant les évités de justesse)
 - Total des incidents rapportés par trimestre
 - Incidents rapportés par catégorie (incluant les évités de justesse)
 - Incidents évités de justesse (IEJ) rapportés par catégorie
 - Nombre d'incidents rapportés par zone
 - Nombre d'incidents rapportés par catégorie et par zone
 - Incidents rapportés par trimestre:
 - Chutes
 - Taux de chutes
 - Taux de chutes avec blessure grave
 - Médicaments
 - Taux d'incidents médicamenteux
 - Sécurité
 - Traitement/Analyse/Procédé (TAP)

Plan de la présentation (suite)

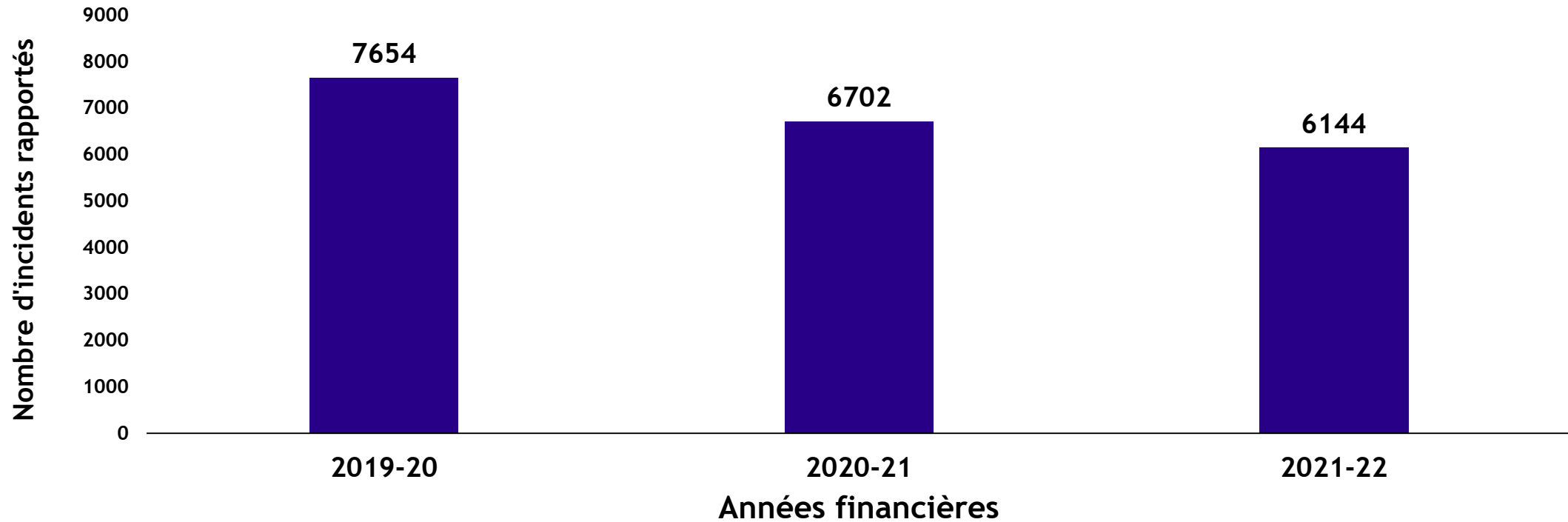
- Incidents rapportés par trimestre (suite):
 - Divers
 - Intraveineux
- Proportion des gravités
- Incidents modérés, graves et critiques par trimestre
- Incidents modérés, graves et critiques par zone et par type
- Activités d'amélioration découlant des analyses de tendances
- Litiges et réclamations - Dossier HIROC ouverts
- Litiges et réclamations - Dossiers HIROC ouverts par catégorie
- Réclamations (bris et perte de biens) - Moins de 6,000 \$
- Déclaration obligatoire (Loi de Vanessa) - Nombre total de déclarations
- Déclaration obligatoire (Loi de Vanessa) - Nombre de déclarations par zone
- Aide médicale à mourir

Définitions

Les incidents sont classés selon des définitions provinciales et par catégorie (types):

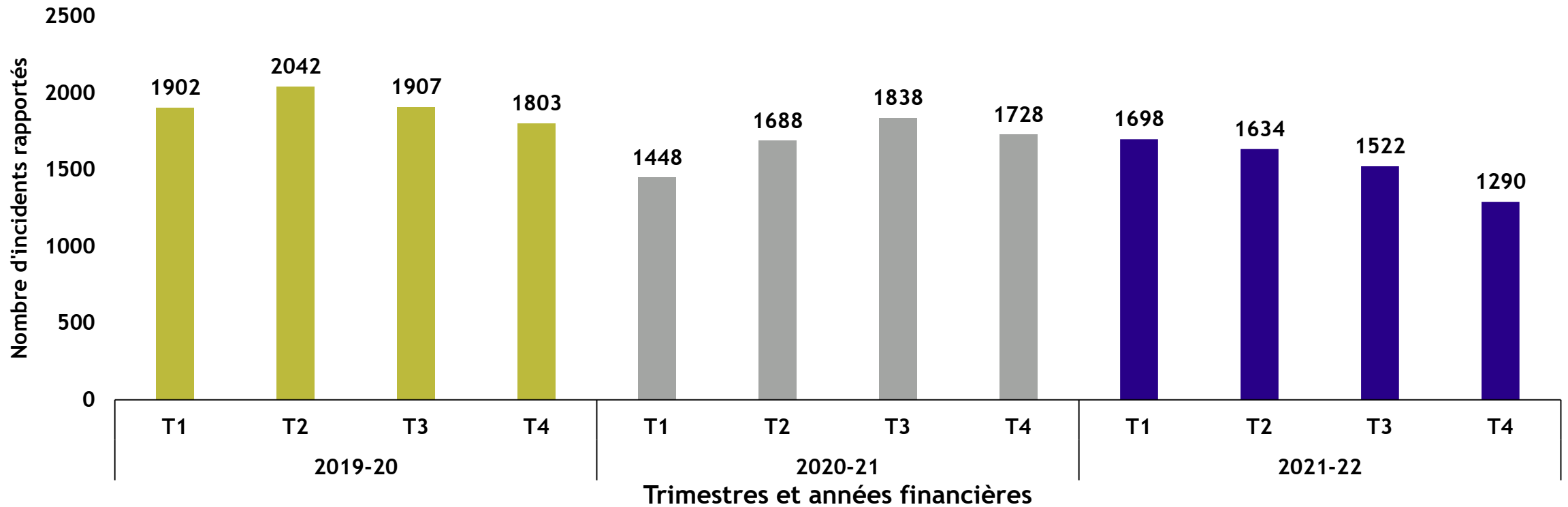
- Chutes (lit, debout, ambulant, commode, etc.)
- Solutions intraveineuses (infiltration, omission, allergie, posologie, etc.) incluant ceux de sang et produits sanguins (débit, omission, mauvais groupe sanguin, etc.)
- Médicaments (omission, aucune ordonnance, réaction allergique, posologie, etc.)
- Sécurité (agression, altercation, vol, incendie, bris ou perte de bien, etc.)
- Traitement/analyse/procédé (omission, délai, mauvais patient, réaction allergique, etc.)
- Divers (blessures accidentelles, automutilation, consentement, etc.)

Total des incidents rapportés (incluant les évités de justesse)



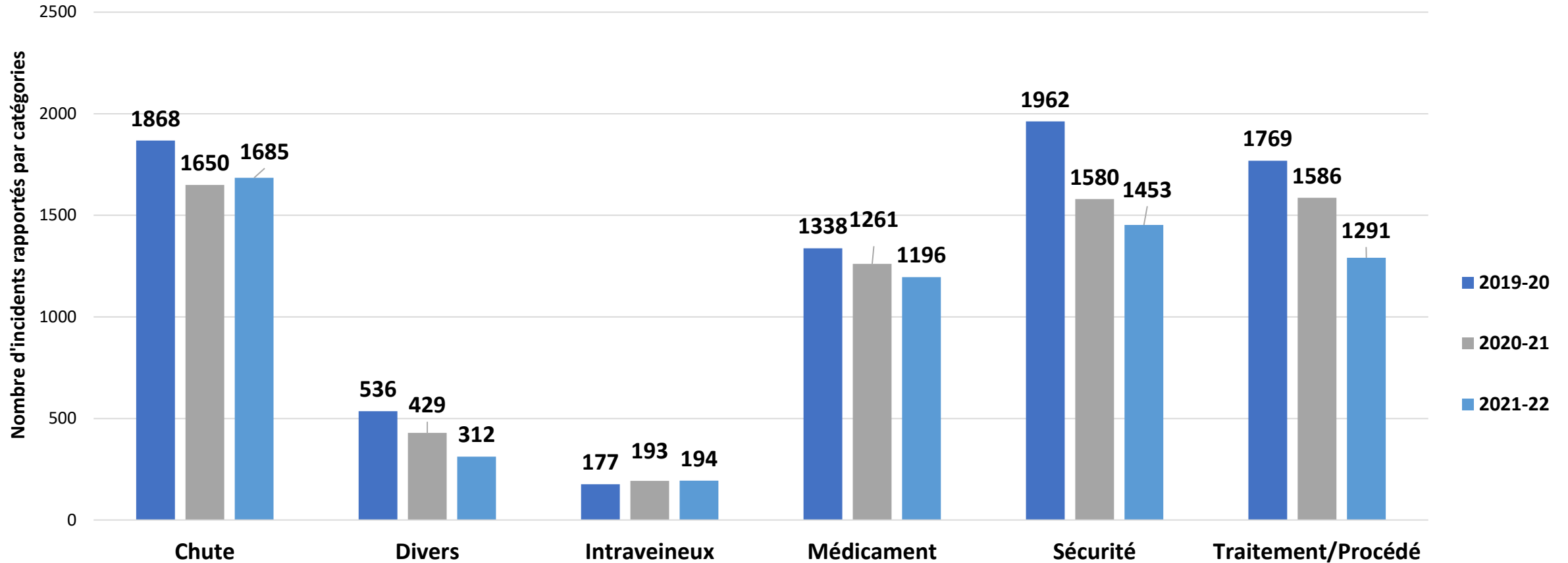
- Ces données représentent le total des incidents rapportés pour l'ensemble du Réseau. On remarque une diminution du nombre total d'incidents rapportés comparativement à l'année précédente (8 % de moins).
- L'écart est toutefois inférieur à celui de l'année précédente alors que 12 % d'incidents en moins avaient été rapportés comparativement à 2019-2020.
- En général, plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à la réduction des incidents rapportés, toutefois, il est difficile de valider ceux-ci. En voici quelques-uns:
 - Amélioration des soins et services à la suite des analyses des tendances des incidents contribuant ainsi à réduire les occurrences (effet souhaité).
 - Manque de personnel (les employés ont moins de temps pour compléter un rapport d'incident).

Total des incidents rapportés par trimestre



- On remarque une baisse soutenue du nombre d'incidents rapportés à chaque trimestre de 2021-2022, la baisse étant plus marquée en T4 (15 % de moins).
- Cette baisse peut encore une fois s'expliquer entre autres par le manque de personnel sur les unités de soins (manque de temps pour faire un rapport d'incident), dû en partie à la pandémie (plusieurs employés en isolement à la maison après avoir contracté la COVID ou après avoir été en contact étroit avec un membre de leur ménage ou au travail).
- Aussi, le déploiement du nouveau système de rapports d'incidents "iRapport" a eu lieu le 1^{er} mars dernier (mars étant le dernier mois du T4). Une diminution du nombre d'incidents rapportés fut remarquée dans toutes les zones lors de l'introduction du nouveau logiciel. Une période d'adaptation au nouveau système peut expliquer cette baisse. Le taux de déclaration s'est depuis amélioré.

Incidents rapportés par catégorie (incluant les évités de justesse)

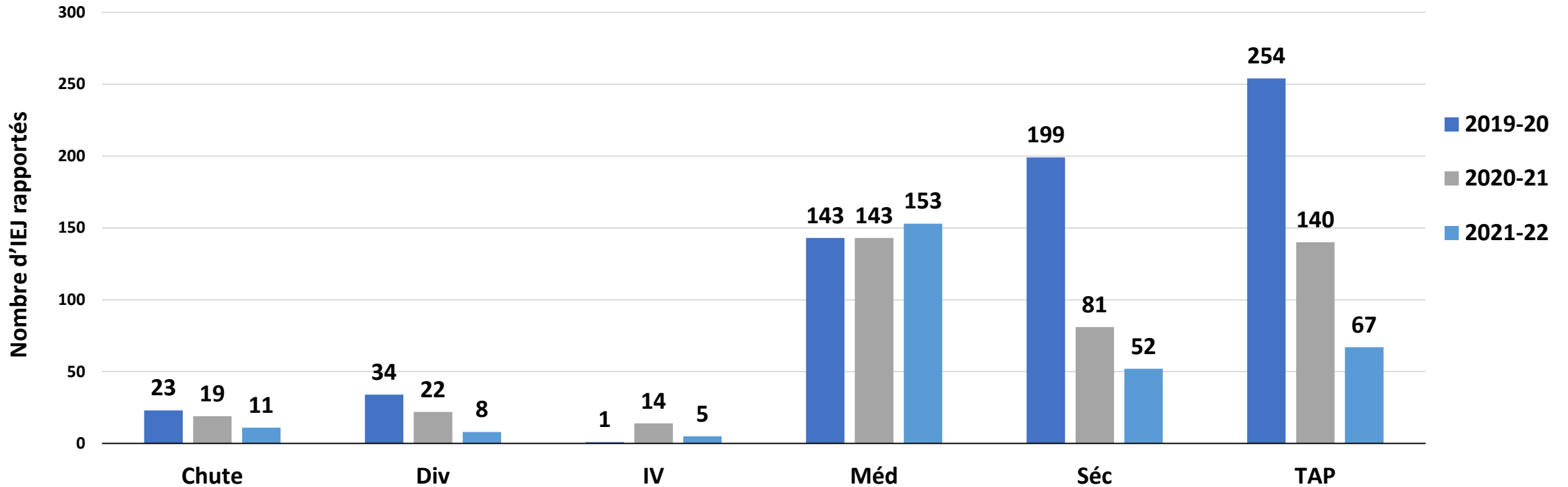


Les chutes (27 %), les incidents liés à la sécurité (24 %), ainsi que les incidents de traitement/analyse/procédé (21 %) représentent 72 % de l'ensemble des incidents. Il s'agit du même ratio que l'année précédente.

Les incidents reliés aux médicaments représentent une part non négligeable des incidents rapportés avec 19 % du nombre total.

Il y a une baisse de signalement dans presque toutes les catégories d'incidents, ceux de traitement/analyse/procédé furent cependant les moins rapportés par rapport à l'année précédente (19 %).

Incidents évités de justesse (IEJ) rapportés par catégorie (données extraites du tableau précédent)



Ces données représentent le total des incidents évités de justesse rapportés par catégorie pour l'ensemble du Réseau.

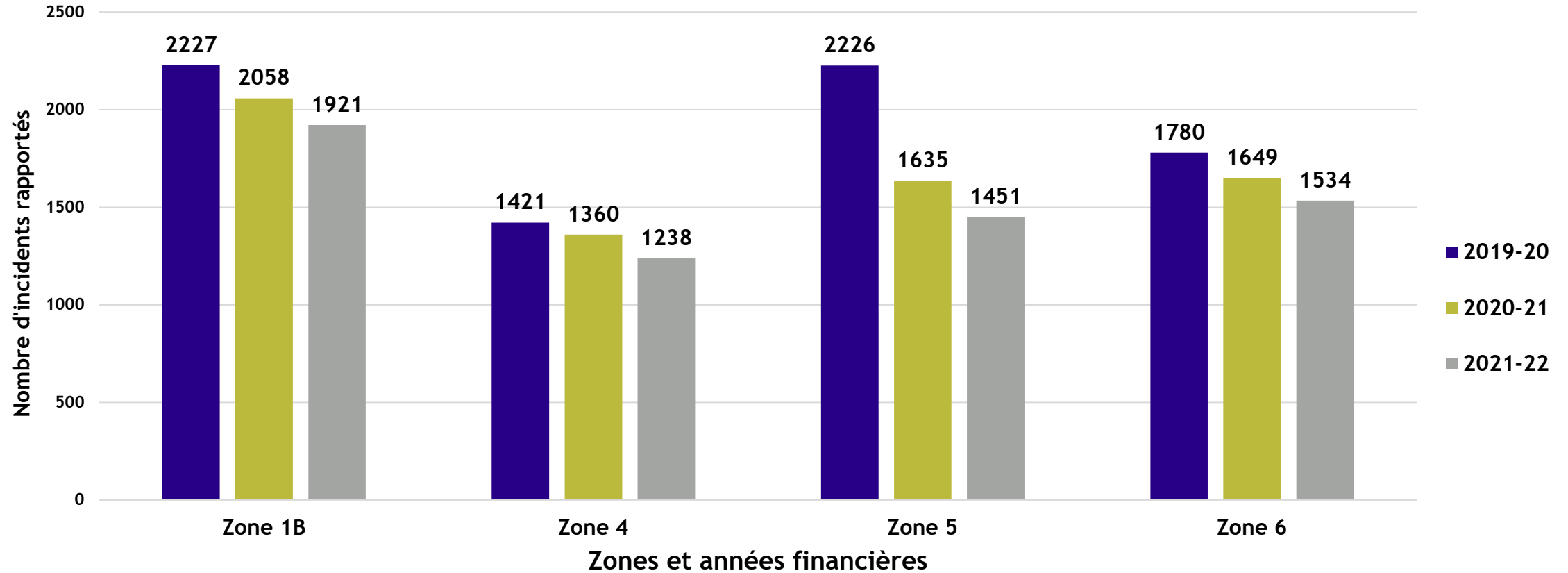
Un incident évité de justesse (IEJ) est un incident qui n'a pas atteint le patient en raison d'une intervention en temps opportun.

Un total de 296 IEJ furent signalés en 2021-2022, ce qui représente 5 % du total des incidents rapportés durant l'année, mais 29 % de moins que l'année précédente (419 en 2020-2021) et 55 % de moins qu'en 2019-2020 (654). Cette tendance à la baisse est plus marquée que pour les incidents en général. Avec iRapport, le signalement des IEJ devrait s'améliorer.

Les zones 4 (43 %) et 1B (36 %) sont encore celles qui rapportent le plus ce genre d'incident.

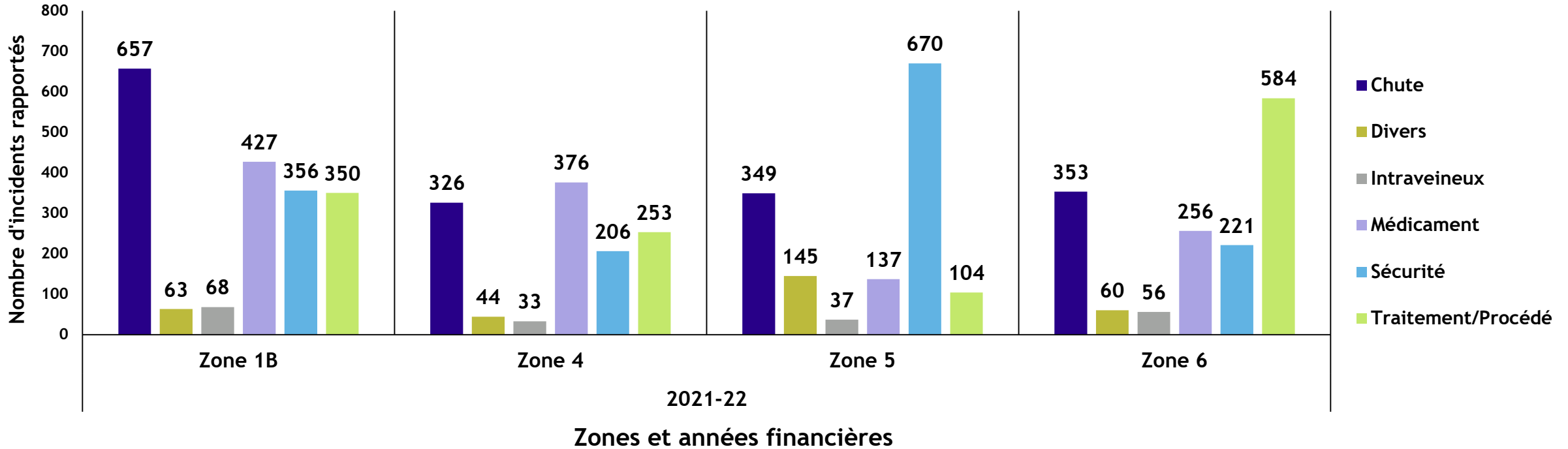
Les IEJ les plus souvent rapportés sont ceux liés aux médicaments (52 %), ceux de traitement/analyse/procédé (23 %) et ceux liés à la sécurité (18 %).

Nombre d'incidents rapportés par zone



- La zone 1B est celle ayant rapporté le plus d'incidents (31 % des incidents), comme par les années précédentes, et ce, malgré que l'on ait observé une diminution du taux de signalement en mars dernier (fin de T4). Cette zone a un volume d'activités plus élevé que les autres zones.
- Toutes les zones ont rapporté moins d'incidents, la zone 5 étant celle avec le plus grand écart (moins 11 %).
- La zone 4 est celle où il y a eu le moins d'incidents rapportés.

Nombre d'incidents rapportés par catégorie et par zone



Ce graphique démontre la répartition des incidents rapportés par zone et selon les catégories.

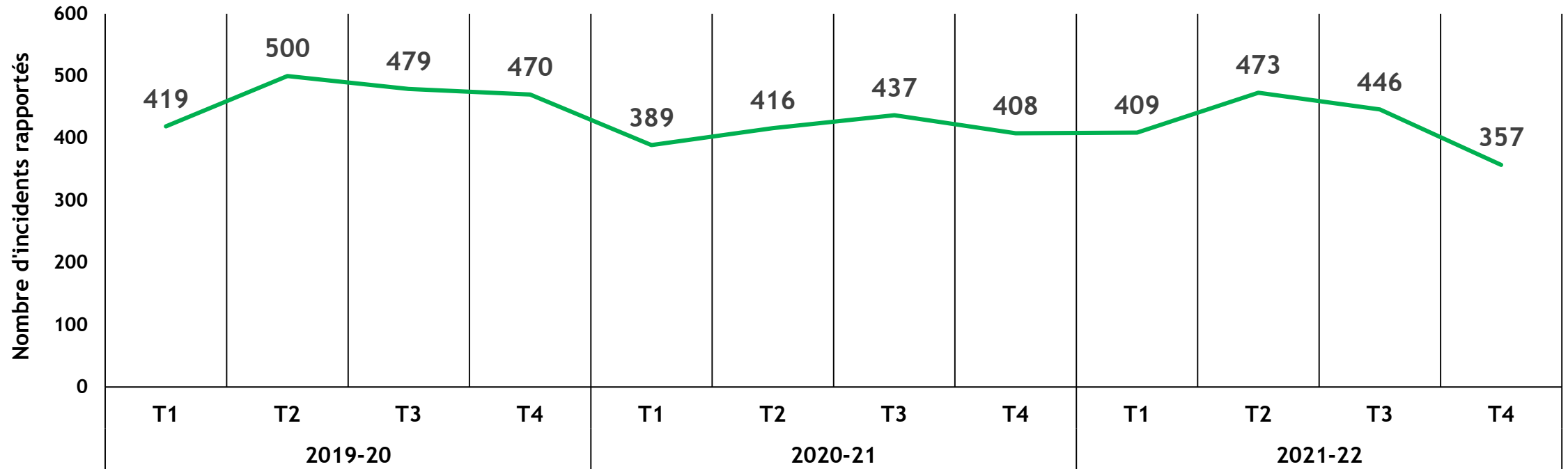
La zone 1B est celle qui a rapporté le plus de chutes, ainsi que le plus grand nombre d'incidents liés aux médicaments.

La zone 5 est celle qui a rapporté le plus d'incidents de sécurité.

Les zones 4 et 6 sont assez comparables quant au nombre d'incidents rapportés par catégorie, mis à part ceux liés aux médicaments où la Zone 4 en a rapporté 10 % de plus et ceux liés aux traitement/analyse/procédé, où la zone 6 en a rapporté 26 % de plus.

Plus de détails sont fournis dans les prochaines diapositives.

Chutes - Nombre d'incidents rapportés par trimestre

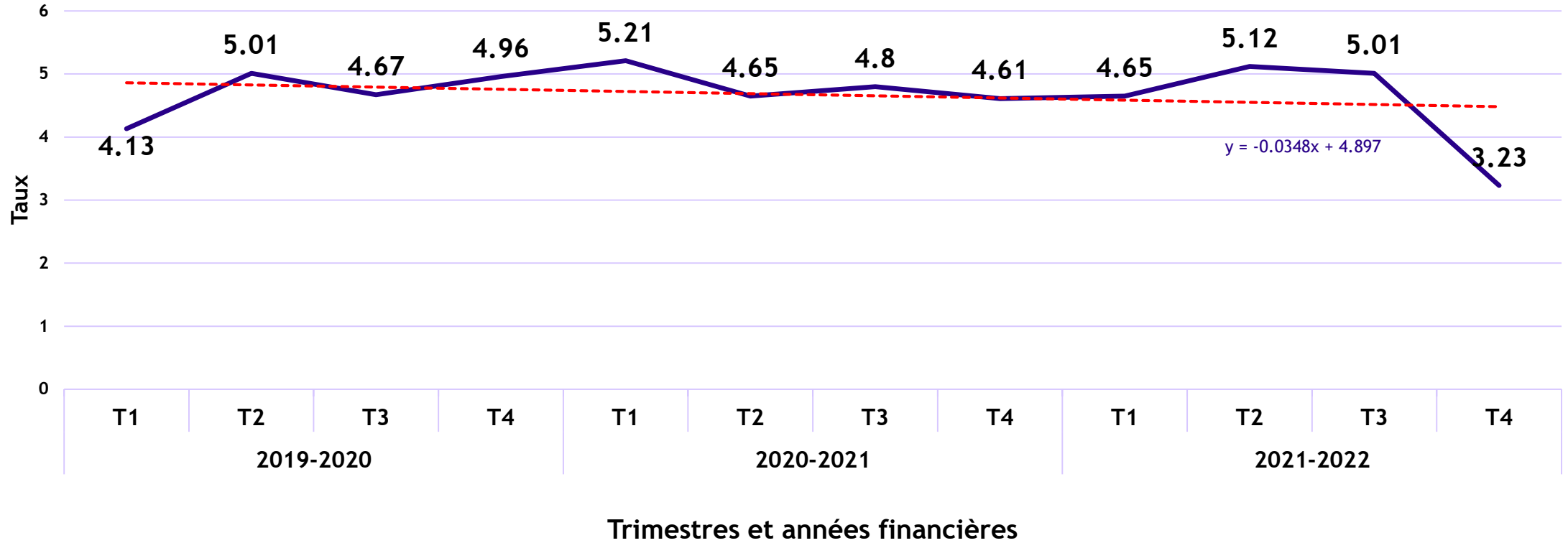


Trimestres et années financières

- Le nombre de chutes en T4 a atteint son plus bas niveau comparativement aux autres trimestres de l'année 2021-2022 et des années précédentes. Il a diminué de 20 % par rapport à T3.
- De façon générale, les chutes se produisent le plus fréquemment alors que le patient est debout (24 %), au lit/civière (23 %) et marchant/ambulant (22 %).
- Les endroits où se produisent la majorité des chutes sont les unités de soins de longue durée.
- La zone 1B est celle qui a rapporté le plus de chutes (39 %).
- Le pourcentage de chutes avec blessures graves et critiques est de 1 % (17/1685) en 2021-2022 et est identique à celui des 2 années précédentes.

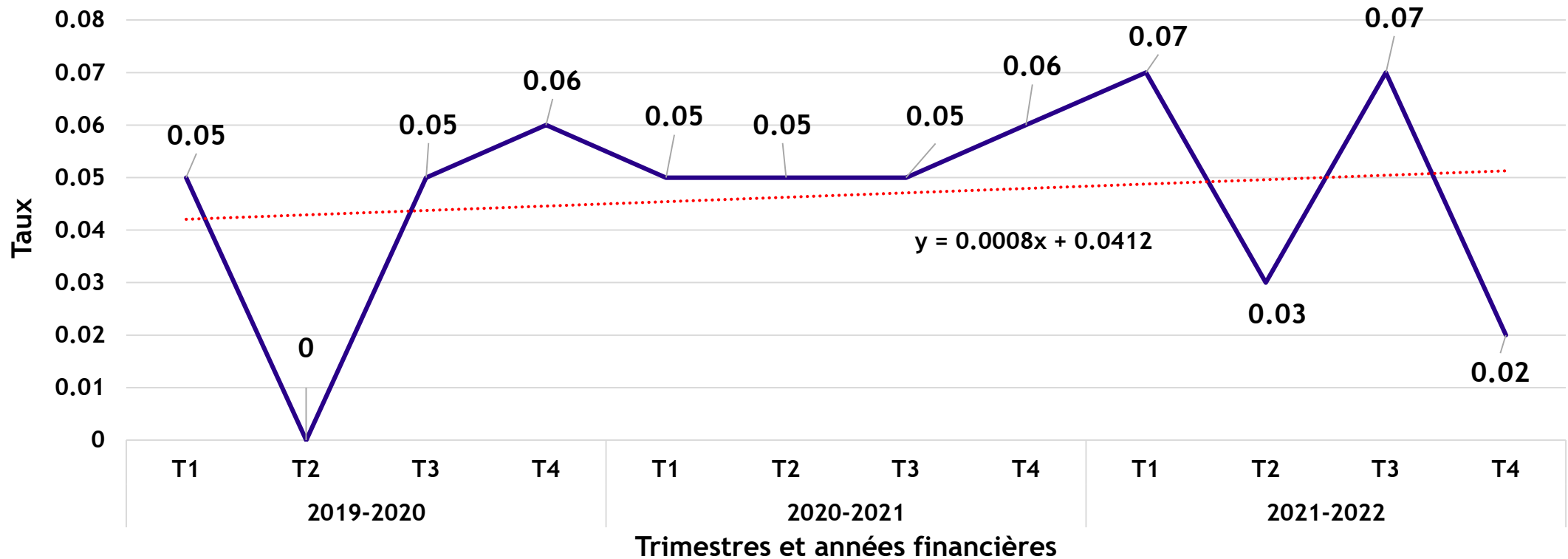
Taux de chutes par trimestre (Réseau)

- Cible du Réseau: 5 par 1000 jours patient

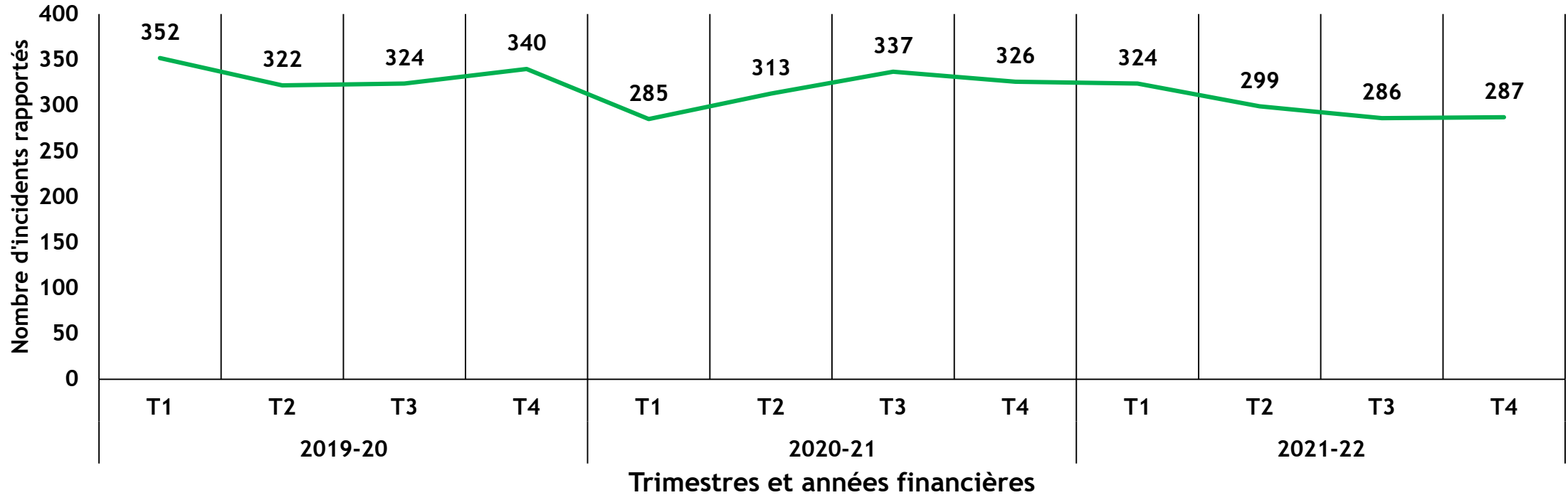


Taux de chutes avec blessure grave par trimestre (Réseau)

- Cible du Réseau: 0 par 1 000 jours patient



Médicaments - Nombre d'incidents rapportés par trimestre



Le nombre global d'incidents liés aux médicaments a connu une légère baisse (5 %) par rapport à l'an dernier. Le nombre d'incidents en T4 est stable par rapport au trimestre précédent.

Les omissions (35 %), les incidents de posologie/concentration incorrects (25 %) et ceux d'aucune ordonnance (22 %) demeurent les types les plus fréquents.

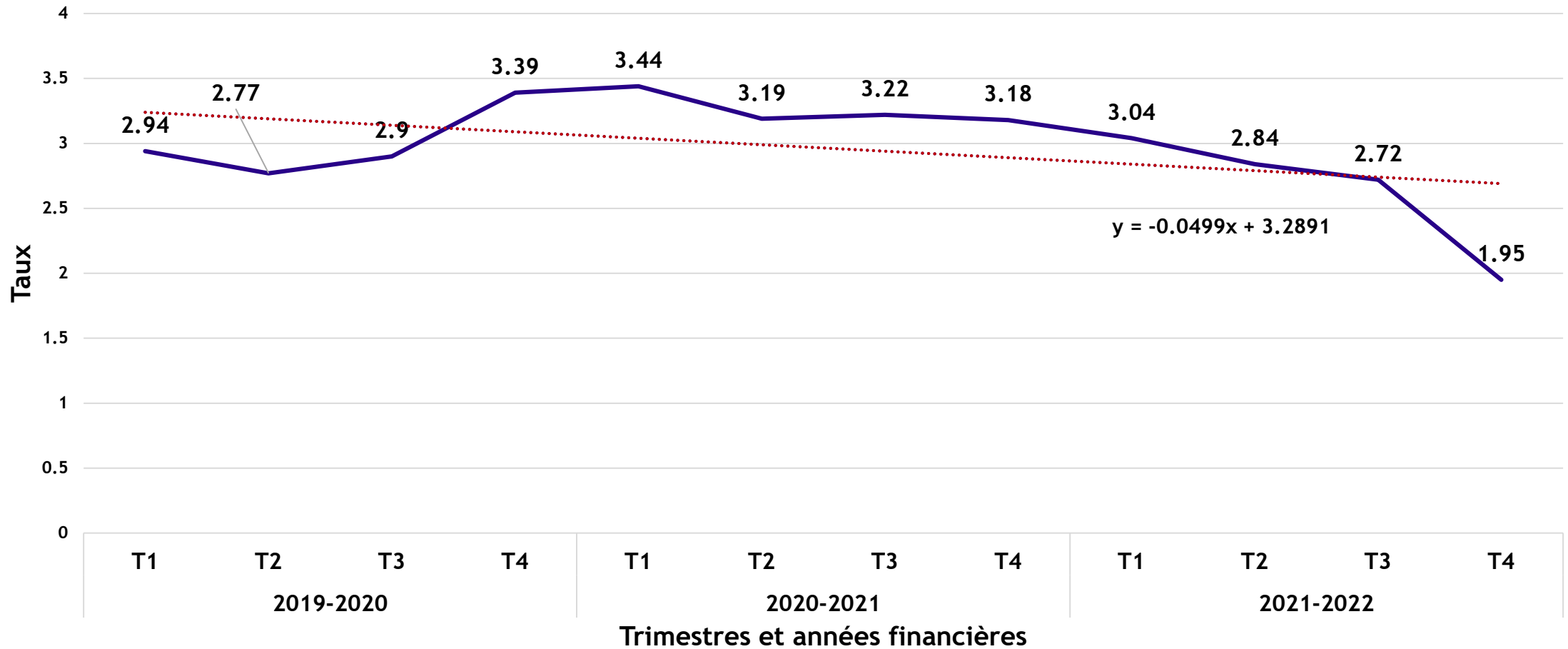
Les classes de médicaments les plus souvent visées sont les antibiotiques, les anticoagulants, les antidiabétiques, les narcotiques analgésiques et les anxiolytiques/sédatifs/hypnotiques.

La zone 1B est celle qui a rapporté le plus d'incidents (36 %) suivie de près par la zone 4 (31 %).

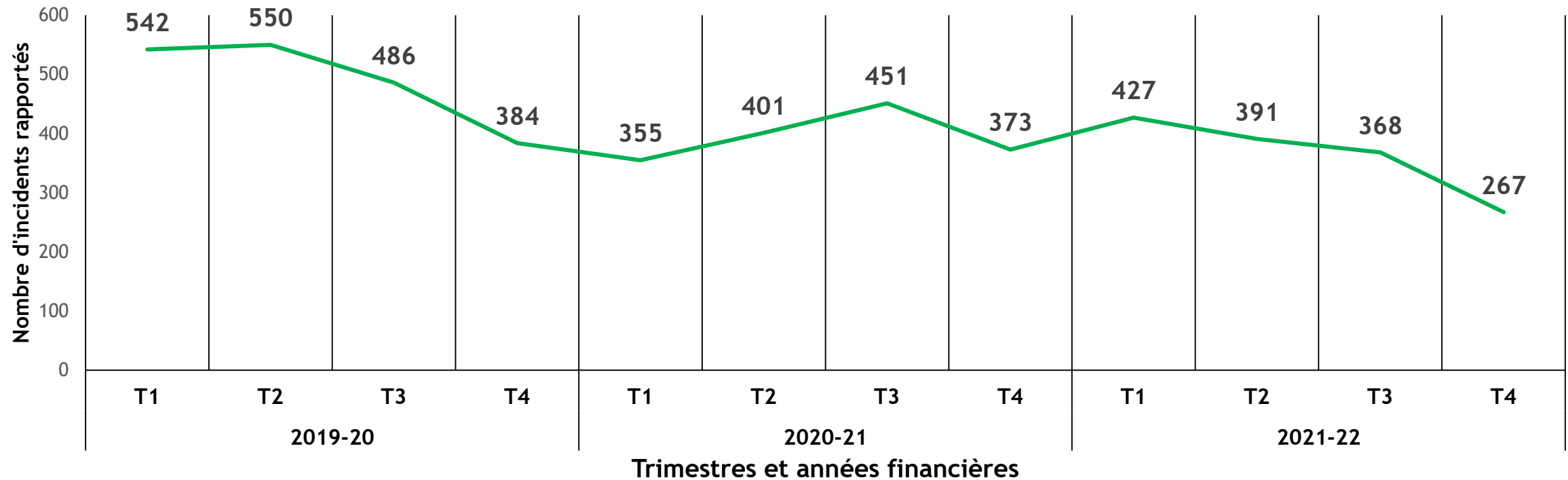
Le pourcentage d'incidents liés aux médicaments avec blessures graves et critiques est de 0.08 % (1/1196) en 2021-22 soit le même que l'année précédente.

Taux d'incidents médicamenteux par trimestre (Réseau)

- Cible du Réseau: 3.32 par 1 000 jours patient



Sécurité - Nombre d'incidents rapportés par trimestre

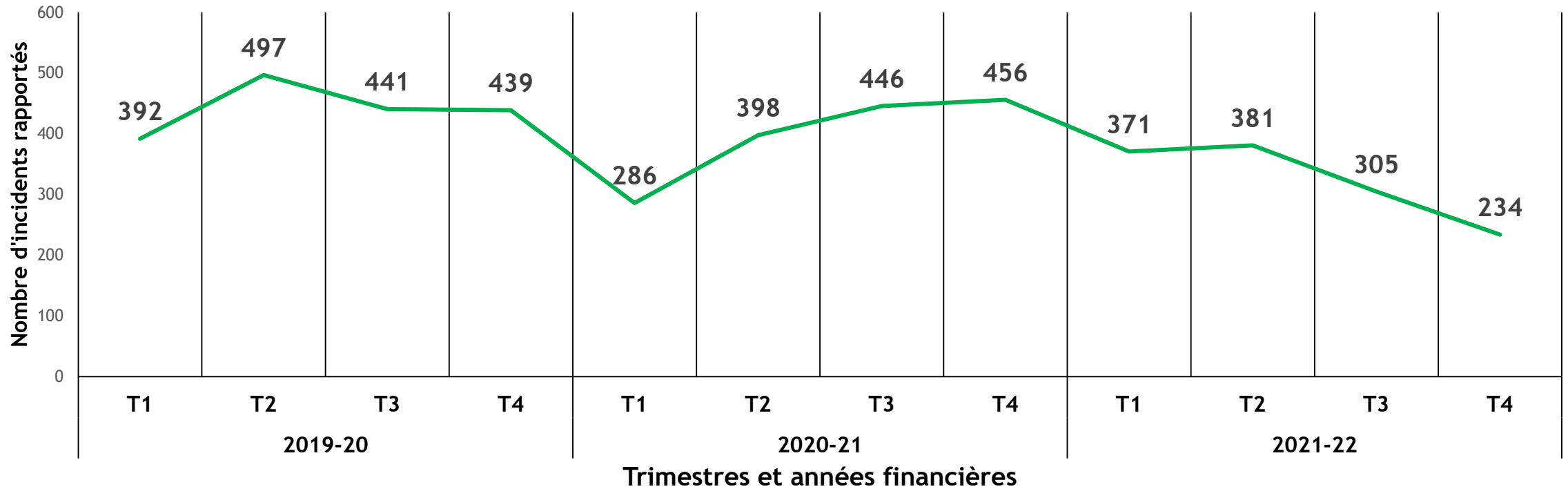


Le nombre global d'incidents de sécurité a connu une légère baisse (8 %) par rapport à l'an dernier. Le nombre d'incidents en T4 a diminué de 27 % par rapport au T3.

Les types les plus fréquemment rapportés sont les agressions (26 %), les altercations/abus verbaux (16 %) et les bris de confidentialité (15 %).

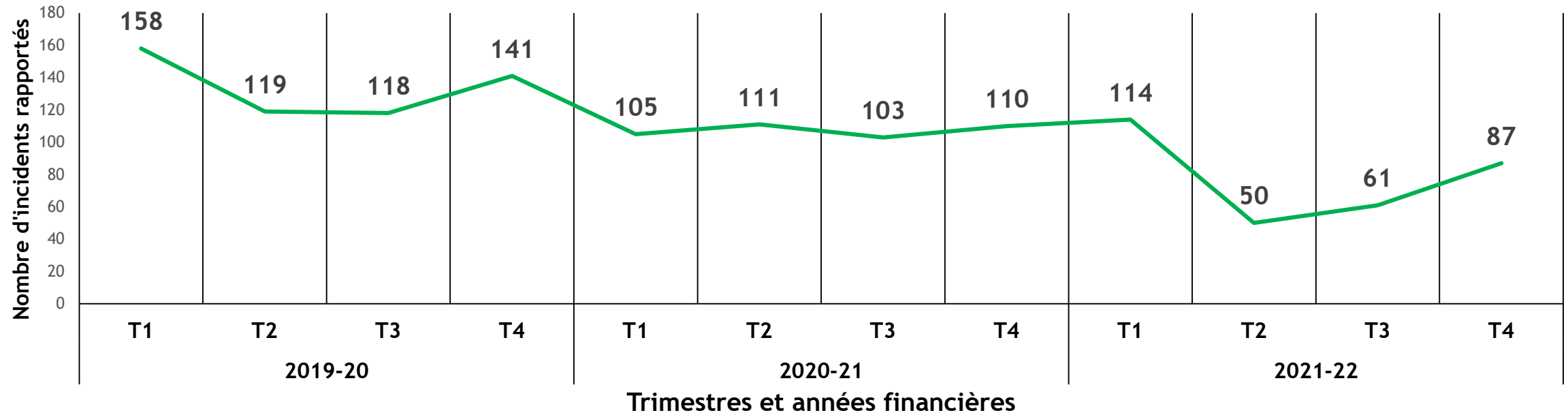
La zone 5 demeure la zone rapportant le plus ce genre d'incidents (46 %), dont 32 % au CHR, et ceci s'explique par le type de clientèle hospitalisée. On note toutefois une diminution de 12 % par rapport à l'année dernière, tendance qui est toujours à la baisse depuis les 3 dernières années.

vitalité **Traitement/Analyse/Procédé - Nombre d'incidents rapportés par trimestre**



- Les incidents de la catégorie traitement/analyse/procédé ont connu une baisse globale de 19 % par rapport à l'année dernière et de 23 % en T4 à comparé au T3 de cette année.
- Les types les plus fréquemment rapportés sont les omissions (42 %), les problèmes de politiques et procédures (21 %), délais inhabituels (10 %) et les problèmes liés aux spécimens (7.5 %). Les plaies de pressions représentent 3 % du total alors qu'elle étaient de 11 % l'année précédente.
- La zone 6 est celle qui a rapporté le plus soit 45 % du total.
- Le pourcentage d'incidents de traitement/analyse/procédé avec blessures graves et critiques est de 0.9 % (12/1291) en 2021-22. Il était de même valeur (15/1586) l'année précédente.

Divers - Nombre d'incidents rapportés par trimestre

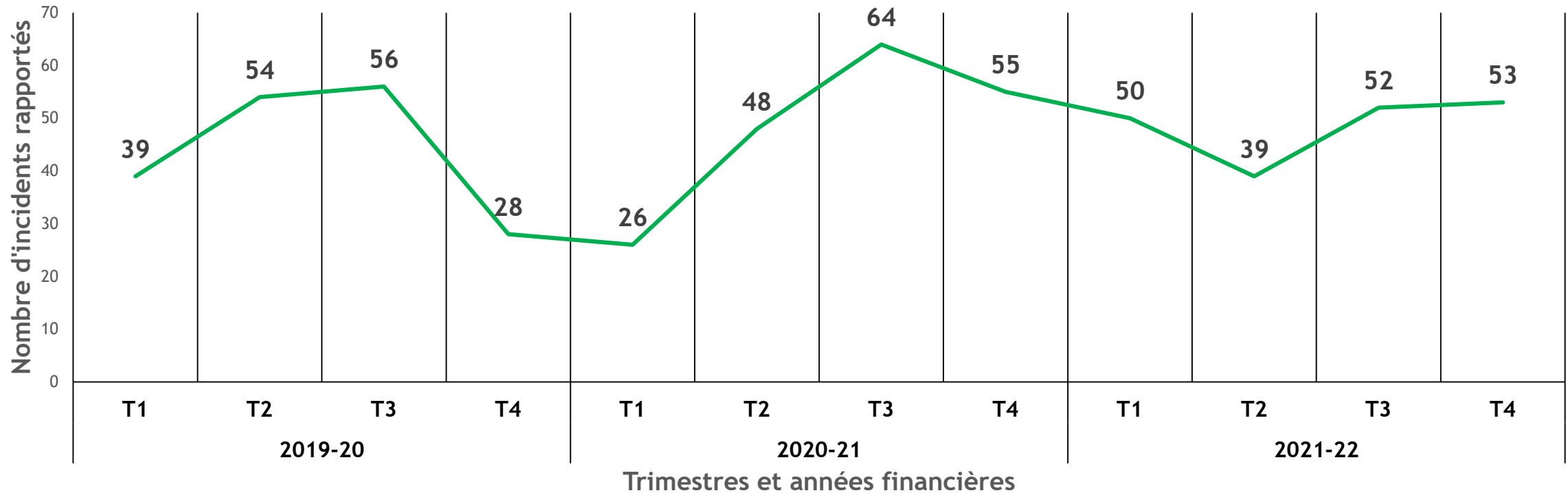


Le nombre global d'incidents divers a diminué de 27 % par rapport à l'an dernier. Le nombre d'incidents en T4 a quant à lui augmenté de 30 % par rapport au T3.

Les incidents divers les plus fréquents sont les divers-autres (27 %), les blessures accidentelles (17 %) et les problèmes de matériel/fournitures/équipements (15 %).

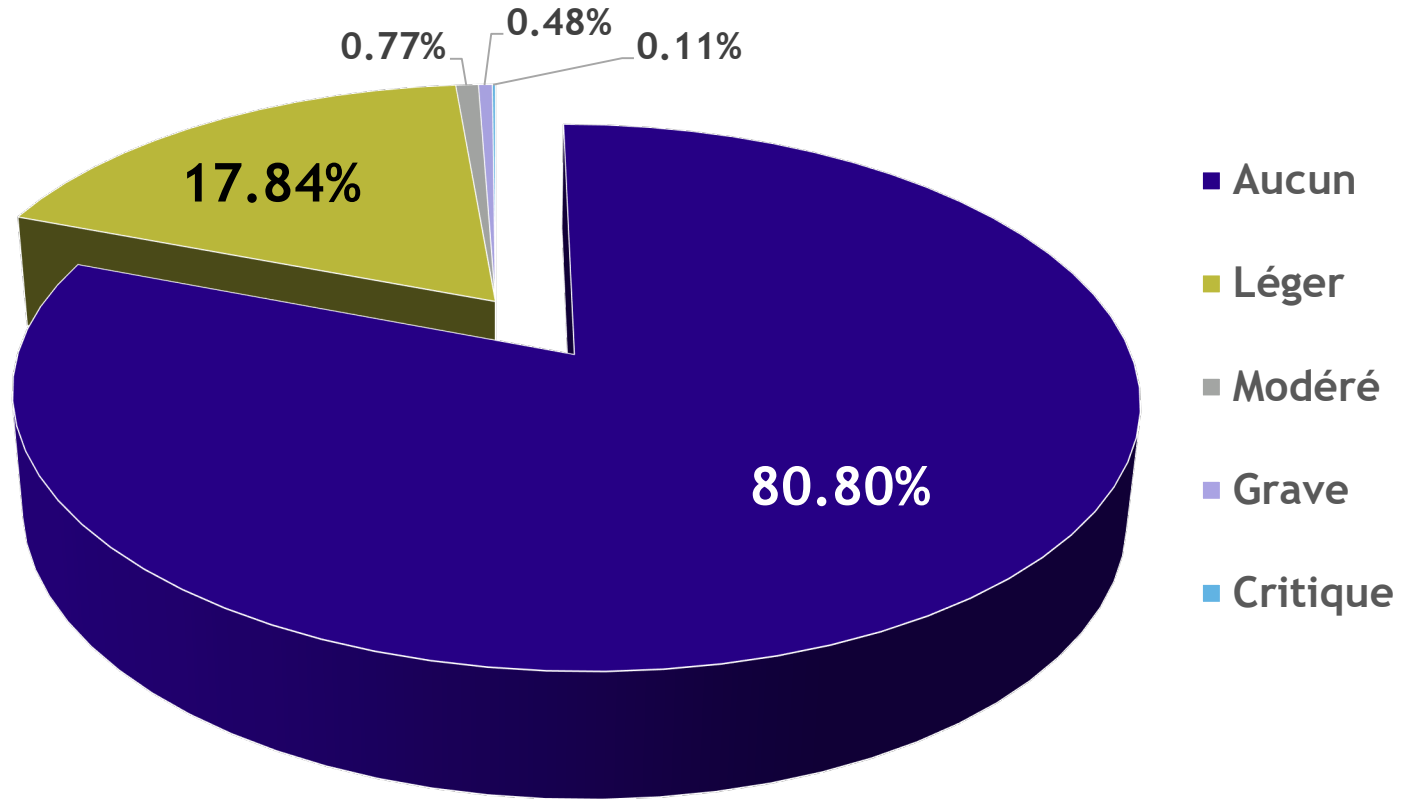
Avec le nouveau logiciel de gestion des incidents iRapport, des changements furent apportés à certains types d'incidents. Plusieurs types se situant dans la catégorie « Divers » furent déplacés dans d'autres catégories. Par exemple : les problèmes liés au consentement dans « Traitement/analyse/procédé », les expositions aux objets tranchants dans la catégorie « Sécurité ». De plus, de nouvelles catégories furent ajoutées « Vie privée » et « Prévention des infections ». Ces changements feront en sorte qu'il y aura moins d'incidents rapportés dans la catégorie « Divers », et plus précisément « Divers-Autres ». En principe, la personne qui rapporte un incident devrait pouvoir trouver un choix plus approprié dans le nouveau système.

Intraveineux - Nombre d'incidents rapportés par trimestre



- Le nombre global d'incidents intraveineux est stable par rapport à l'an dernier, ainsi que le nombre d'incidents en T4 par rapport au trimestre précédent.
- Les incidents liés aux intraveineuses les plus fréquents sont les infiltrations (40 %), les réactions allergiques (12 %) dont 14 incidents qui sont reliées à l'administration de sang et de produits sanguins et les posologie/concentration (8 %).
- La zone 5 est celle qui a rapporté le plus ce type d'incident (75 %), mais nous avons noté que plusieurs de ces incidents n'ont pas été enregistrés dans la bonne catégorie et seront corrigés dans le prochain rapport.

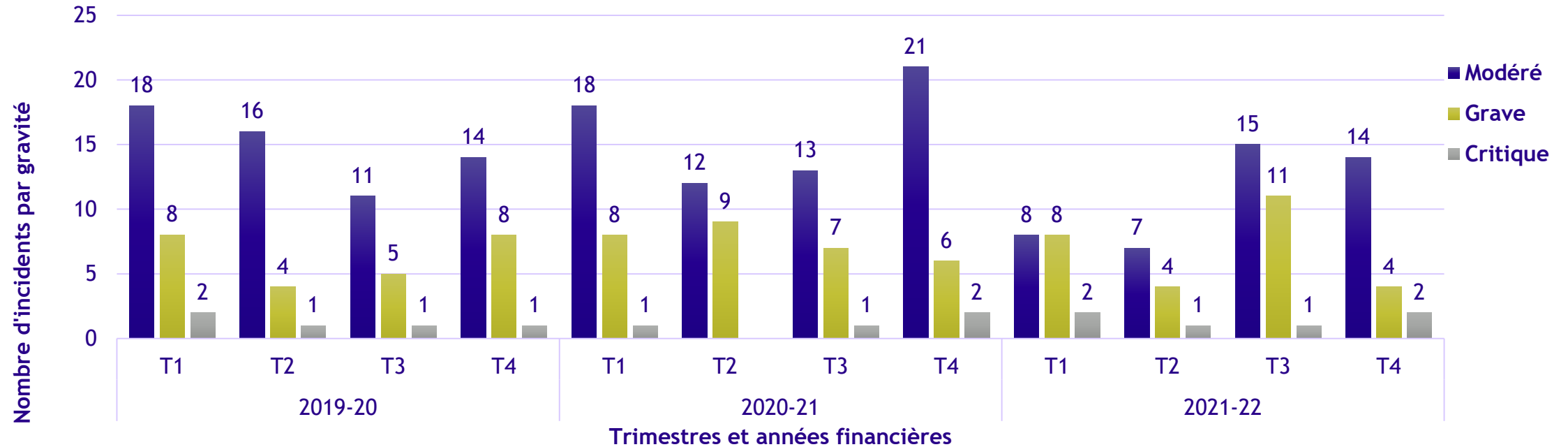
Proportion des gravités



La majorité des incidents rapportés dans l'ensemble du Réseau n'ont pas eu de conséquences pour le patient (81 %) ou ont eu une conséquence légère seulement (18 %).

Les incidents modérés (49), graves (27) et critiques (6) représentent une très faible proportion des incidents rapportés (1.36 % au total). Cette proportion était de 1,6 % en 2021-2022.

Incidents modérés, graves et critiques par trimestre

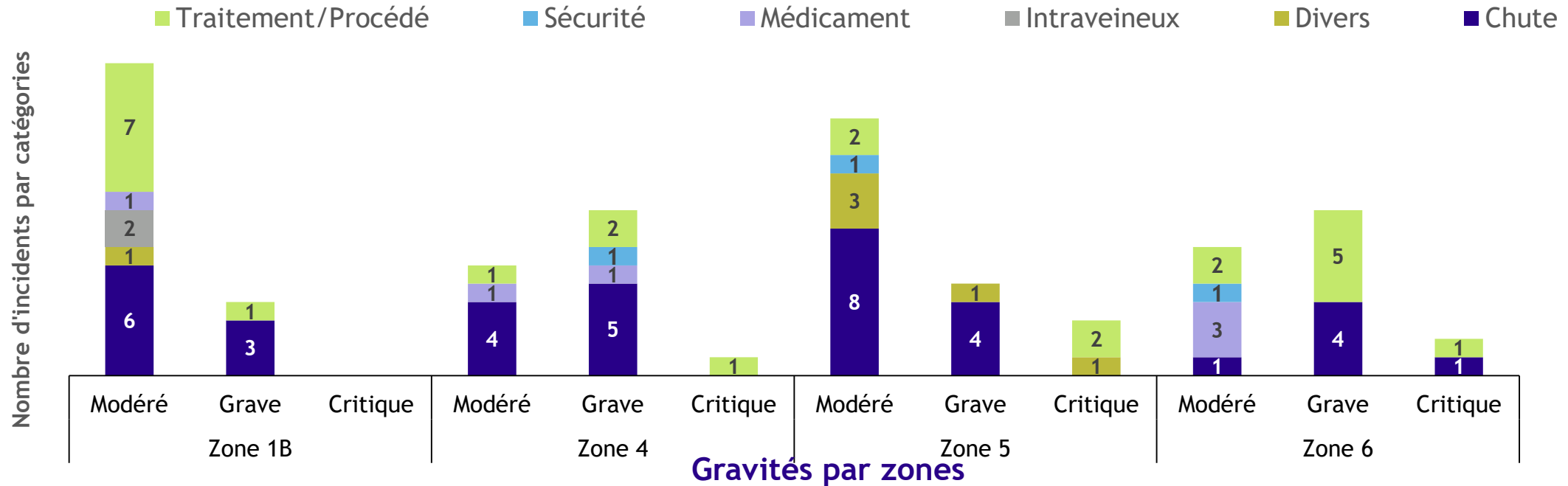


Le nombre d'incidents combinés graves/critiques est assez stable comparé à l'an dernier (33 cette année au lieu de 34). Le nombre d'incidents modérés a quant à lui diminué de 31 % (44 cette année au lieu de 64 l'an dernier).

Des 33 incidents graves et critiques, 6 furent critiques (un de plus que l'an dernier). La plupart d'eux sont dans la catégorie « Traitement/procédé - Résultat inattendu » (des décès non prévus ou durant une procédure). L'un d'eux fait suite à une chute à l'extérieur où le patient a subi un traumatisme crânien (saignement). Pour deux d'entre eux, une corrélation entre l'incident et le décès n'a pas pu être établie avec certitude.

Conformément à la *Loi sur la qualité*, tous les incidents font l'objet d'une analyse et d'un suivi. Lorsqu'il s'agit d'un incident grave ou critique, une revue des causes profondes est effectuée par un Comité de revue.

Incidents modérés, graves et critiques par zone et par type (2021-2022)



Les chutes (16/27) demeurent le type d'incident causant le plus fréquemment des blessures graves, 59 % dans ce cas-ci, et pour la plupart il s'agit de fractures de la hanche chez une clientèle âgée.

Plusieurs incidents de type Traitement/analyse/procédé (30 %) ont également causé des blessures graves chez les patients. Ces incidents sont liés à des délais inhabituels pour des tests diagnostiques (3/8), des résultats inattendus (3/8), une procédure inopportune et une lésion de pression (stade 3).

Pour ce qui est des incidents modérés (44), la majorité sont reliés à des chutes (43 %), traitement/analyse/procédé (27 %), médicaments (11 %), les autres étant répartis parmi les autres catégories.

Activités d'amélioration découlant des analyses de tendances des incidents

Les rapports mensuels préparés pour les gestionnaires permettent d'identifier les tendances et les guider à identifier et mettre en œuvre différentes activités d'amélioration. Dans les explications reçues concernant les tendances à la hausse, le manque de personnel revient fréquemment comme étant un facteur contributif et il est parfois difficile pour les gestionnaires d'identifier des mesures d'atténuation à cet égard.

Voici quelques mesures d'améliorations ou d'atténuations proposées ou apportées cette année:

Pour les chutes:

- Réitérer auprès des patients de demander de l'aide pour se lever lorsqu'ils sont à risque de chute.
- S'assurer de mettre en place les mesures de prévention selon le niveau de risque de chute du patient
 - Installer une alarme au lit et au fauteuil selon le cas (*sensor pads*).
 - Placer l'accessoire à la marche à la portée du patient selon le cas.
 - Placer le bouton d'alarme (cloche d'appel) à la portée du patient.
 - Rapprocher le patient du poste.
- Ajuster la médication et favoriser le port de bas support (chutes à répétition, reliées à la condition médicale).
- Familiariser les nouveaux employés avec le programme de prévention des chutes, avec emphase sur l'évaluation du risque de chutes et les mesures de prévention dont l'utilisation des accessoires à la marche.

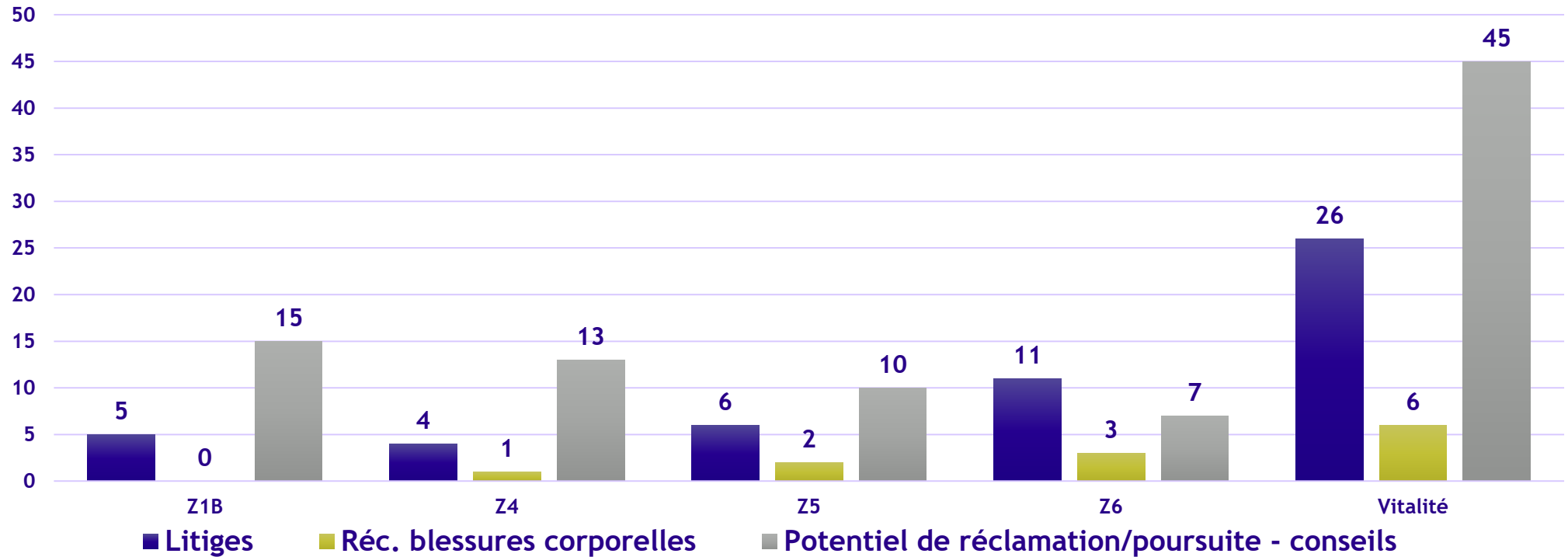
Activités d'amélioration découlant des analyses de tendances des incidents

(Suite)

- Pour les incidents liés aux médicaments:
 - Revoir la politique *Administration des médicaments* avec les employés avec emphase sur les cinq bons.
 - Réitérer la vérification/transcription des médicaments, réviser les formulaires d'administration des médicaments (FADM) post l'administration des médicaments.
 - Clarifier les ordonnances avec les médecins, s'assurer de bien retranscrire les informations et faire la vérification.

- Pour les incidents de sécurité:
 - Revoir la politique de *Code blanc - personne violente* avec les employés.
 - S'assurer que les employés soient à jour dans leur formation ou re-certification en intervention non-violente en situation de crise.
 - Revoir la politique de *Contentions* avec les employés.
 - Faire des audits de conformité en lien avec la politique de *Contentions* sur l'unité.
 - Ajuster la médication du patient (agressions d'un même patient envers d'autres patients).
 - Revoir le plan de soins avec l'équipe multidisciplinaire dans les cas où des patients admis sont à risque d'automutilation ou de tentative suicidaire.

Litiges et réclamations- Dossier ouverts avec assureurs (HIROC)

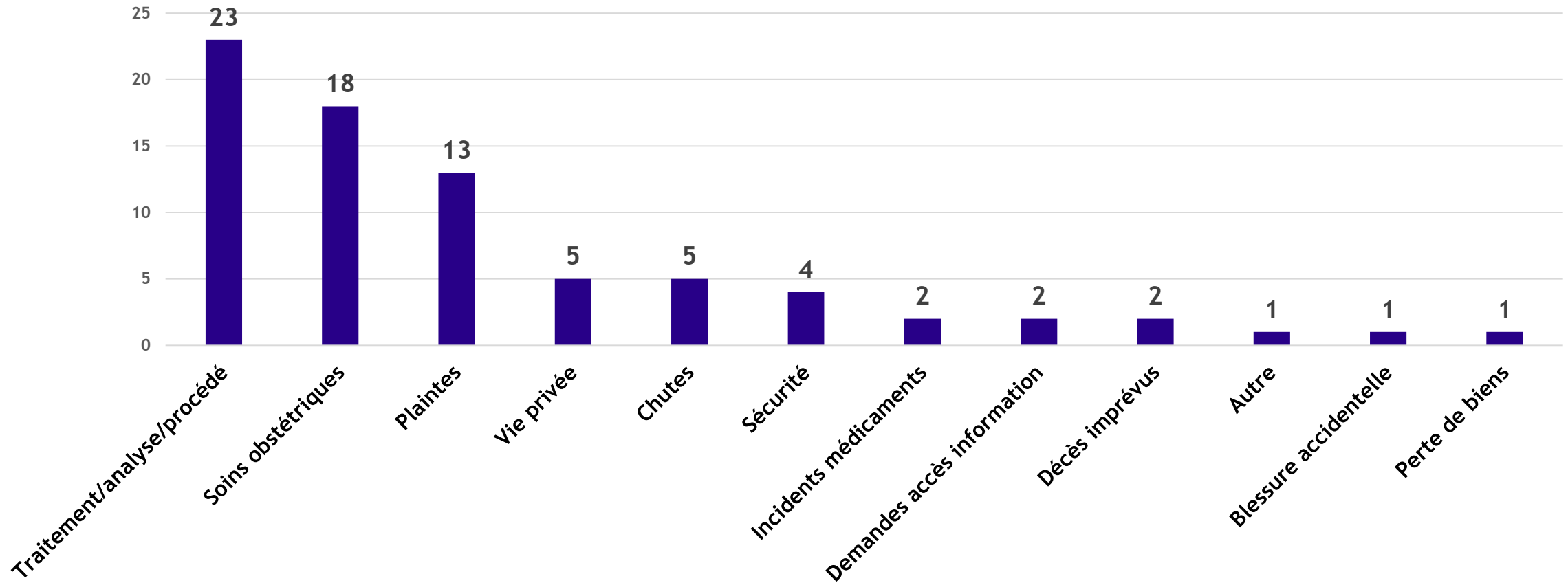


Voici un aperçu du nombre de dossiers ouverts avec nos assureurs HIROC dans l'ensemble du Réseau au 31 mars 2022.

Les dossiers ouverts au Service de gestion des risques sont constitués de dossiers actifs (litiges / poursuites, réclamations pour blessures corporelles ou dossiers nécessitant des conseils légaux) et de dossiers signalés en raison d'un potentiel de réclamation ou de poursuite (par exemple : soins obstétricaux, réclamation potentielle, mais pour laquelle aucune demande formelle ne fut encore reçue, atteintes à la vie privée multiples avec potentiel de recours collectif).

À noter que puisque la plupart du temps, les litiges et les dossiers sous surveillance s'étendent sur plusieurs années financières, il est donc difficile de produire un tableau comparatif.

Litiges et réclamations - Dossiers HIROC ouverts par catégorie



Les dossiers ouverts sont catégorisés selon les différentes catégories d'incidents connus, selon la classification utilisée par l'assureur (ex: soins obstétriques) ou selon le type de situation pour lequel un dossier fut signalé à l'assureur (ex: demandes accès à l'information).

Le graphique démontre la distribution des dossiers ouverts selon ces catégories.

Réclamations (bris et perte de biens) - Moins de 6,000 \$

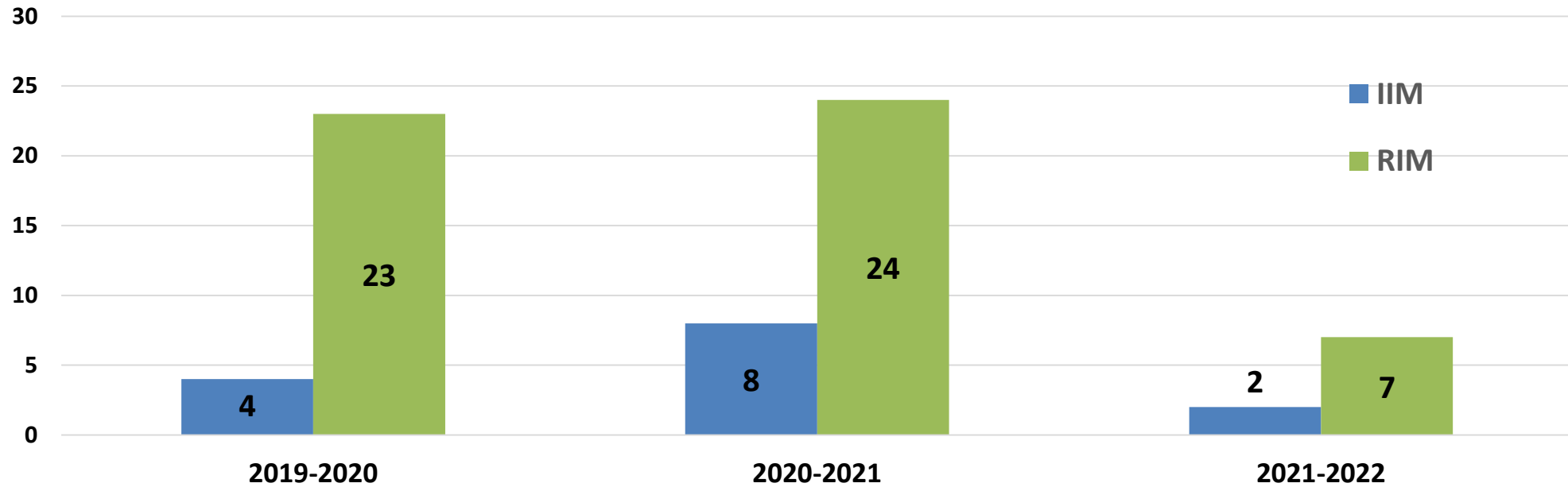


Les réclamations gérées par le Réseau sont variables d'une année à l'autre et sont difficiles à prévoir. Les montants déboursés sont pris à même le budget des unités/services responsables.

Les réclamations pour pertes de biens sont plus fréquentes que celles pour bris de biens.

Les effets personnels les plus souvent perdus sont les prothèses dentaires, les appareils auditifs et les lunettes. La majorité des montants payés en 2021-2022 étaient pour remplacer ce type d'effets personnels.

Déclaration obligatoire (*Loi de Vanessa*) - Nombre de déclarations

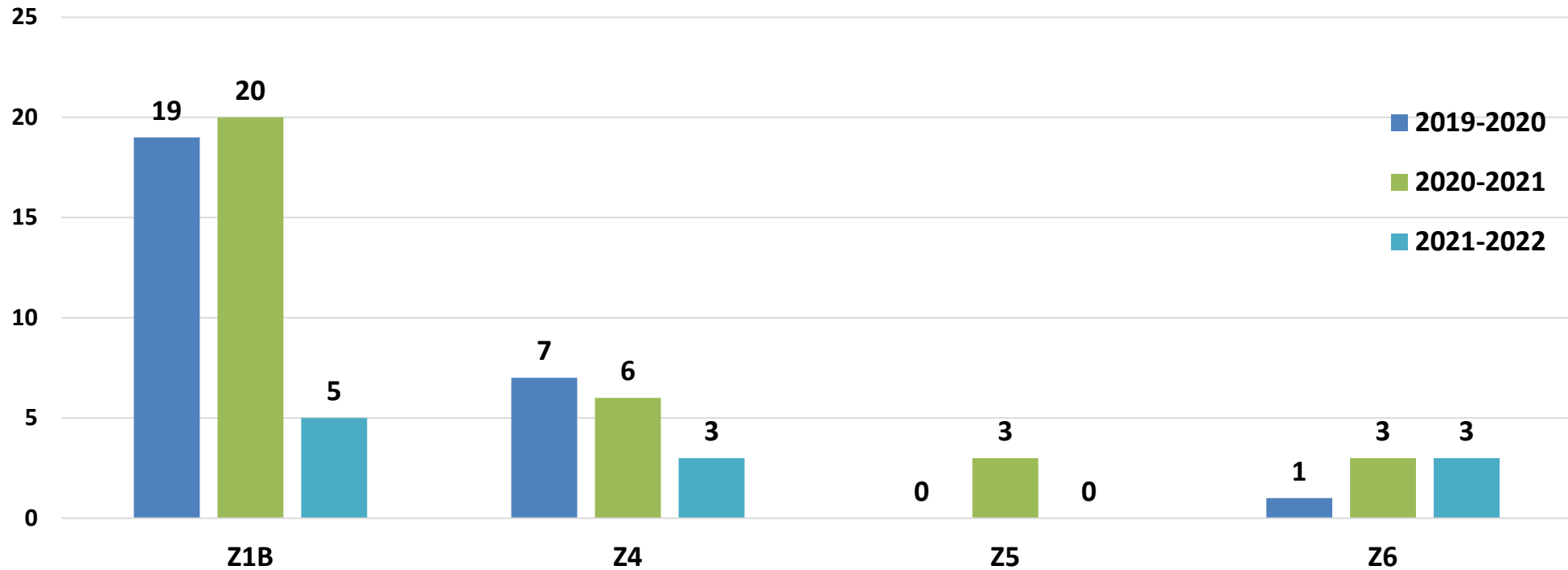


Le taux de déclaration des réactions indésirables graves aux médicaments (RIM) et des incidents liés aux instruments médicaux (IIM) a diminué de façon importante cette année.

La pandémie de COVID-19 a et le manque de ressource sont des facteurs contributifs.

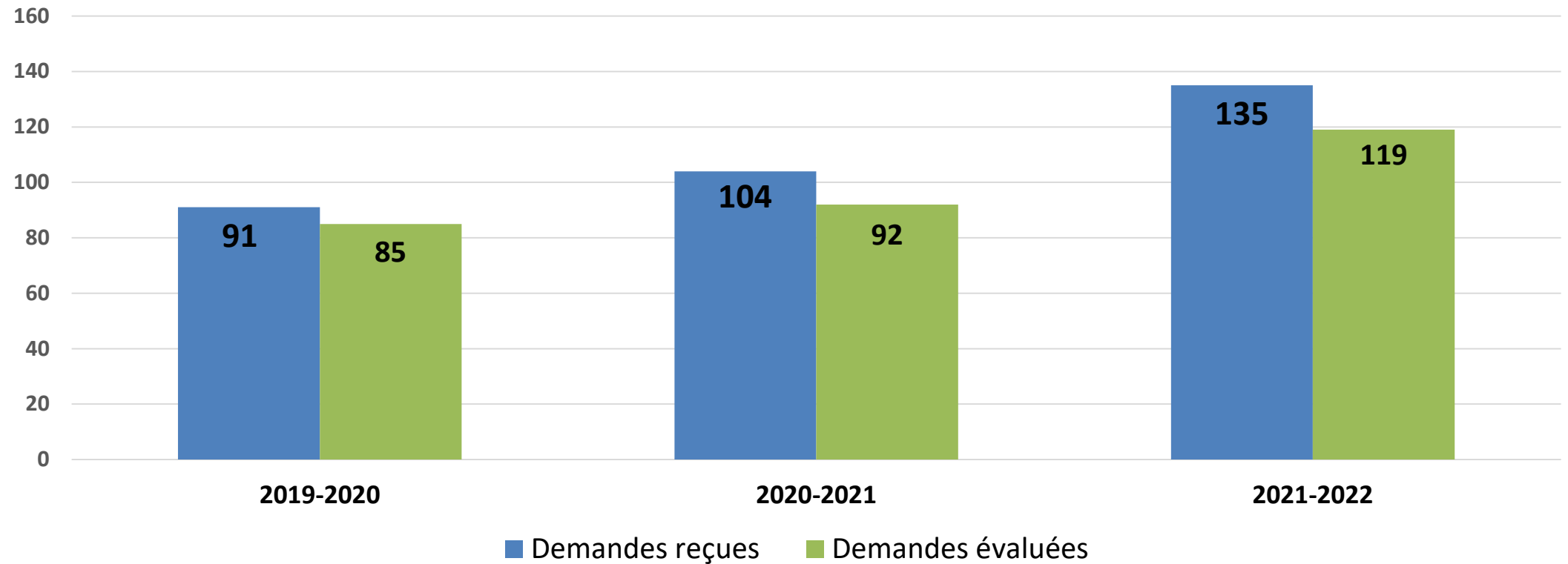
Les efforts devront se poursuivre, afin d'encourager le plus grand nombre de déclarations possibles.

Déclaration obligatoire (*Loi de Vanessa*) - Nombre de déclarations par zone



Comme le démontre le graphique ci-bas, la zone 1B est la zone ayant rapporté le plus fréquemment des réactions indésirables graves aux médicaments (RIM) et des incidents liés aux instruments médicaux (IIM). Toutes les zones ont fait des déclarations cette année, sauf la zone 5.

Aide médicale à mourir



Ce tableau représente le nombre de demandes d'aide médicale à mourir (AMM) reçues et évaluées par le service de Gestion des risques au courant des trois dernières années financières.

Dans le cadre du processus de demandes d'aide médicale à mourir, le Service de gestion des risques procède à la vérification administrative des documents. Cette vérification se fait lorsque les 4 documents suivants sont reçus : la demande écrite du patient, les 2 évaluations d'admissibilité et le consentement signé du patient. Certaines demandes ne se rendent pas à l'étape d'évaluation pour diverses raisons : le patient change d'idée, il y a une perte de capacité à consentir en cours de processus ou décès du patient en cours de processus.

Note d'information

Point 5.7

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

Date : 2022-06-02

Objet : Rapport annuel – Langues officielles

Décision recherchée

Cette note est présentée à titre d'information.

Contexte/problématique

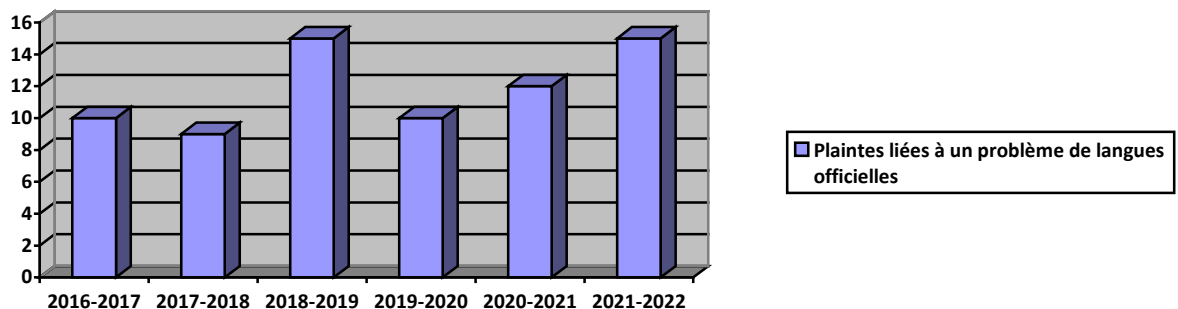
Profil linguistique

Une analyse de scénarios et des coûts a été produite et sera présentée à l'Équipe de leadership. Il n'y a actuellement aucun contrat qui lie le Réseau de santé Vitalité à un fournisseur externe, mais les services seront disponibles selon l'orientation choisie par l'Équipe de leadership.

L'objectif de cet exercice est de permettre au Réseau de tenir compte des compétences linguistiques en langue seconde des employés lors de la préparation des horaires de travail.

Plaintes – Langues officielles

Catégorie Communication/Information : Plaintes liées à un problème de langues officielles					
2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
10 plaintes	9 plaintes	15 plaintes	10 plaintes	12 plaintes	15 plaintes



Le nombre de plaintes reçues en 2021-2022 est comparable aux années antérieures. Les plaintes reçues en 2021-2022 avaient pour objet les éléments suivants : communications verbales ou écrites dans une langue autre que celle de choix du patient ou de la personne l'accompagnant, enseignes fixes qui ne sont

pas dans les deux langues officielles, manquement au niveau de l'offre active et rapports cliniques qui ne sont pas disponibles dans la langue de choix du patient.

Sondage interne : Niveau de satisfaction lié aux langues officielles

Service reçu dans la langue officielle de votre choix?					
		Toujours	Habituellement	Parfois	Jamais
Zone 1B	2021-22	93 %	6%	0%	1%
	2020-21	91 %	7%	1%	1%
	2019-20	94%	4%	1%	1%
	2018-19	93%	5%	1%	1%
	2017-18	91%	7%	2%	1%
	2016-17	92%	7%	1%	0%
Zone 4	2021-22	93%	5%	1%	1%
	2020-21	91 %	6%	1%	2%
	2019-20	96%	3%	0%	1%
	2018-19	90%	5%	3%	2%
	2017-18	92%	4%	2%	2%
	2016-17	90%	9%	1%	0%
Zone 5	2021-22	90%	10%	0%	0%
	2020-21	89%	7%	1%	0%
	2019-20	88%	10%	1%	1%
	2018-19	88%	10%	1%	1%
	2017-18	84%	12%	2%	2%
	2016-17	85%	14%	1%	0%
Zone 6	2021-22	91%	7%	1%	1%
	2020-21	92 %	6%	1%	0%
	2019-20	91%	7%	1%	1%
	2018-19	87%	10%	1%	2%
	2017-18	89%	8%	1%	1%
	2016-17	85%	13%	1%	1%
Vitalité	2021-22	92%	6%	1%	1%
	2020-21	91 %	7%	1%	1%
	2019-20	94%	5%	1%	1%
	2018-19	90%	7%	2%	1%
	2017-18	90%	7%	2%	1%
	2016-17	89%	10%	1%	0%

Ces données sont tirées des résultats du sondage de satisfaction de la clientèle. La question 21 du sondage pour les patients hospitalisés se lit comme suit : « *Combien de fois avez-vous reçu, à l'hôpital, le service dont vous aviez besoin dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix ?* ». Le taux de réponse à ce sondage a varié entre 17 % et 21 % au cours des dernières années toutefois, le taux de réponse pour 2021-22 était de 10 %.

E-apprentissage :

Taux de conformité des employés					
Module e-apprentissage sur les Langues officielles					
Zone	2017-2018	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
1	80%	76%	71%	71%	73%
4	87%	80%	81%	83%	82%
5	85%	85%	85%	82%	83%
6	88%	74%	80%	81%	82%
Vitalité	84%	80%	78%	78%	79%

Il est à noter que cette formation e-apprentissage est obligatoire pour l'ensemble du personnel du Réseau et doit être répétée chaque trois ans. Par conséquent, la cible est de 100 %. Chaque employée est responsable d'effectuer les e-apprentissage requis et un suivi est fait annuellement par le gestionnaire lors du processus d'appréciation du rendement.

La politique sur les Langues officielles du Réseau GEN.2.80.05, qui est en place depuis 2010, a fait l'objet d'une révision au cours de l'année 2020-2021. La version révisée est en vigueur depuis le 1^{er} mars 2021. Des définitions y ont été ajoutées soit celles de la langue de fonctionnement et de l'offre active. De plus, une section portant sur les rôles et responsabilités y a été incluse.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

L'accessibilité à des soins et services dans la langue du patient est un facteur qui contribue à améliorer l'accès aux soins de santé, la qualité et la sécurité des soins, la satisfaction des patients et surtout à l'amélioration des résultats (Source : Gouvernement du Canada).

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

- Mobiliser le secteur des Ressources humaines en matière d'évaluation des compétences en langue seconde, et ce, en vue d'établir un profil linguistique des employés du Réseau et d'offrir des formations ciblées.

Proposition et résolution

Sans objet

Soumis le 6 mai 2022 par Alexandre Couture, coordonnateur- Accès à l'information / Conseiller – Langues officielles.

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 2 juin 2022

Objet : Rapport annuel du Bureau de l'éthique 2021-2022

Éthique de la recherche : Le Comité d'éthique de la recherche (CER) a tenu 12 réunions régulières au cours de la dernière année. Aucun nouvel essai clinique n'a été soumis au CER dans la dernière année. Ceci s'explique par divers facteurs tels que la pandémie - COVID-19.

Depuis novembre 2020, le CER utilise la plateforme en ligne ROMEO pour l'évaluation des projets de recherche ce qui facilite considérablement le travail du Bureau de l'éthique. Au total, 149 projets de recherche sont en cours.

Éthique clinique : En 2021-2022, il n'y a eu aucune demande de consultation formelle, mais on compte 52 demandes de consultation informelles en éthique clinique comparativement à 37 en 2020-2021. L'augmentation des demandes de consultation informelles est surtout due à la *Loi* révisée sur l'aide médicale à mourir.

Un exercice important du Bureau de l'éthique en 2021-2022 a été de réviser la politique sur l'aide médicale à mourir pour qu'elle soit conforme à la nouvelle *Loi*. Un groupe de travail composé de représentants du Bureau de l'éthique et du service de Gestion des risques a été mis sur pied, afin de la réviser. 116 employés ont participé à une séance d'information sur le sujet.

Éthique organisationnelle : Le dépliant « Droits et responsabilités des patients » a été mis à jour et est maintenant disponible en ligne, ainsi que dans les imprimeries. Ce dépliant est inclus dans la trousse d'admission qui est préparée par les bénévoles et remis aux patients.

Le développement d'un module E-apprentissage sur l'éthique a été un projet important lors de la dernière année. Le module sera offert sur itacit et obligatoire pour tous les employés. L'objectif général de ce module est de faire connaître l'éthique au Réseau de santé Vitalité à tous les employés.

Soumis le 13 mai 2022 par Diane Mignault, directrice principale – Analytique en matière de santé, Gestion des risques et Vie privée et Martine McIntyre, coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique



Rapport annuel du Bureau de l'éthique 2021-2022

Période d'avril 2021 à mars 2022

Préparé par :

Martine McIntyre, coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique

Le 12 mai 2022

Éthique de la recherche

1. Nom et titre des membres du Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

Rôle des membres	Noms
Membre expert en recherche quantitative	Michael Kemp
Membre expert en recherche qualitative	Jacinthe Beauchamp
Membre expert en éthique	Pierrette Fortin (présidente)
Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche	Mark Sinclair (vice-président)
Membre versé en droit	Me Marie-Andrée Mallet
Membre clinique - médecine	Dre Lucie Morais Poste vacant (recrutement en cours)
Membre clinique – soins infirmiers	Marie-Noëlle Paulin Poste vacant (recrutement en cours)
Membre clinique – services professionnels	Alexandre Savoie
Membre de la collectivité	Linda Thériault Godin
Membre expert en éthique (substitut)	Marie-Noëlle Ryan
Membre versé en droit (substitut)	Marc Deveau

2. Nombre de réunions du Comité d'éthique de la recherche

- Réunions régulières : 12
- Réunion extraordinaire : 0

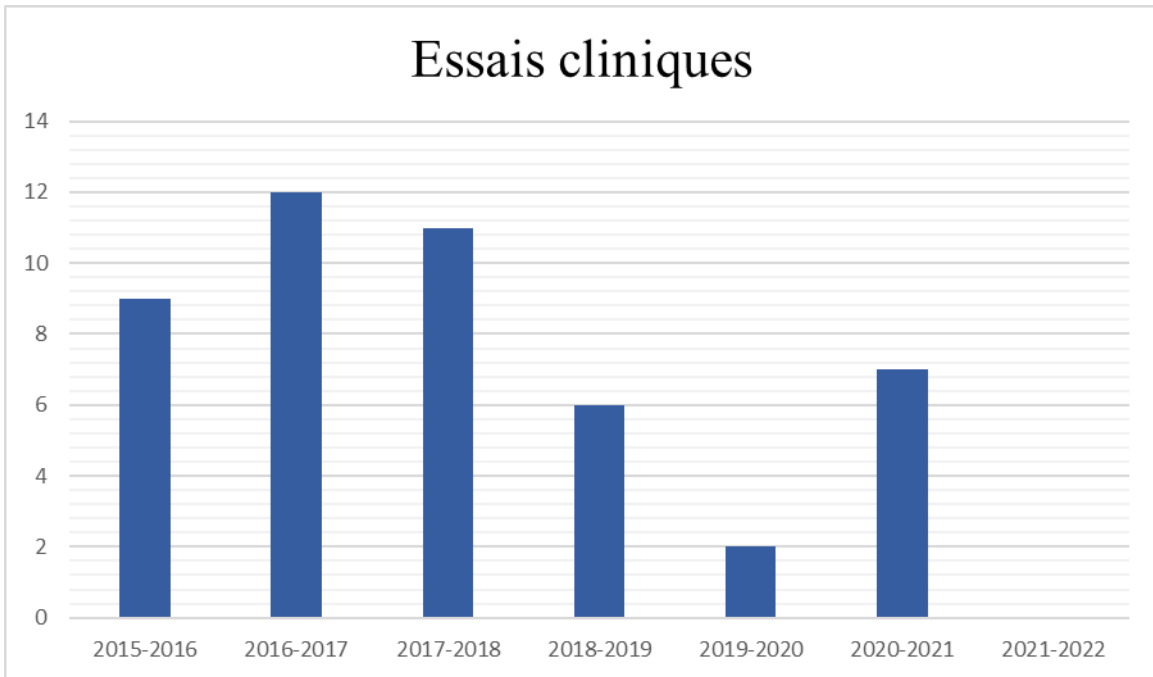
Le CÉR se réunit de façon mensuelle, et ce, 12 mois par année. Il n'y pas eu de réunion extraordinaire au cours de la dernière année.

3. Nombre de projets soumis et évalués au Comité d'éthique de la recherche

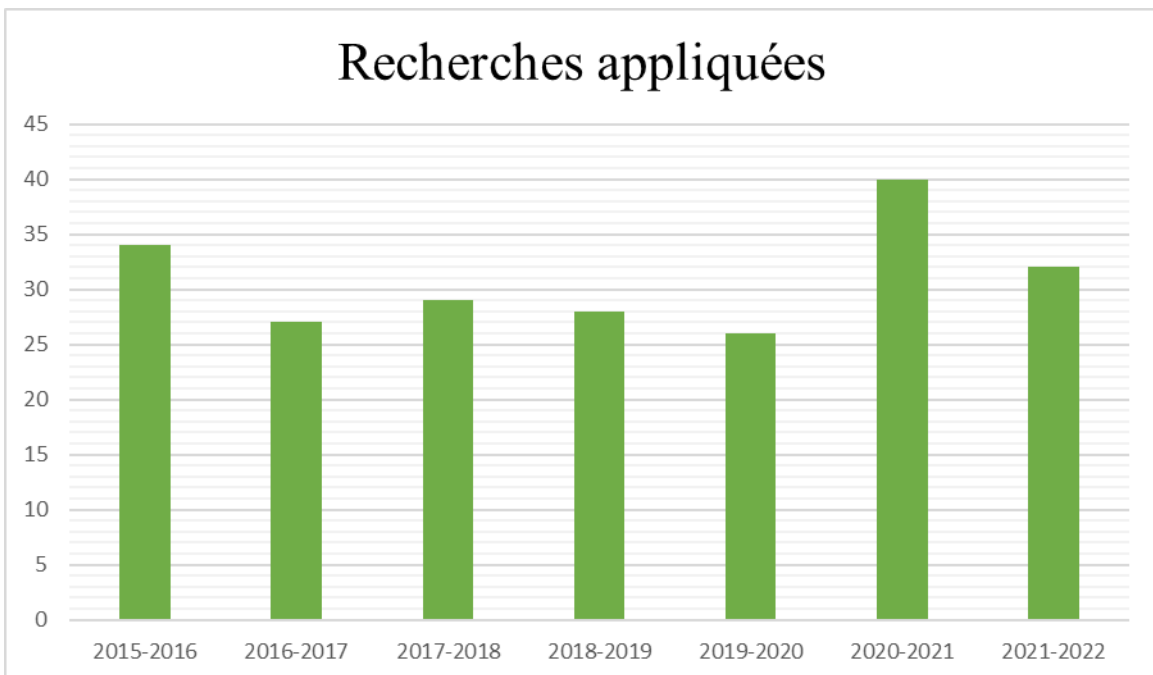
3.1 Nouveaux projets

- Essais cliniques : 0
- Recherches appliquées : 32

Essais cliniques



Recherches appliquées



Il n'y a eu aucun nouvel essai clinique soumis au CÉR dans les 12 derniers mois. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ceci tels que des facteurs internes (manque de personnel au Bureau d'appui à la recherche), ainsi que des facteurs externes (pandémie COVID-19). D'après des informations reçues du Bureau d'appui à la recherche, des essais cliniques sont prévues débuter dans les prochains mois.

Au niveau de la recherche appliquée (projets provenant des universités, de l'Institut Atlantique de recherche sur le cancer, etc.), le nombre de projets de recherche évalué par le Comité d'éthique de la recherche a légèrement diminué pour l'année 2021-2022 comparativement à 2020-2021 avec 32 projets évalués comparativement à 40 l'année précédente.

3.2 Suivi de projets

	Essais cliniques	Recherches appliquées	Total
Renouvellements annuels	28	36	64
Amendements aux projets en cours	14	21	35
Mise à jour de la brochure d'investigateur ou de la monographie	17	S/O	17
Projets terminés	8	17	25
Projets refusés	0	0	0
Projets en cours	34	115	149

Depuis novembre 2020, le CÉR utilise la plateforme en ligne ROMEO pour s'acquitter de ses tâches d'évaluation. Les chercheurs soumettent leurs documents par l'entremise de la plateforme et la coordonnatrice du Bureau de l'éthique gère et envoie les projets à évaluer aux membres du CER par l'entremise de la même plateforme.

La plateforme ROMEO facilite beaucoup le travail de l'adjointe administrative, de la coordonnatrice, ainsi que du CÉR. Tous les documents y sont facilement retrouvables. De plus, la plateforme permet des suivis plus rigoureux, puisque ROMEO indique les demandes qui sont en attente. La plateforme permet aussi d'envoyer des rappels aux chercheurs pour qu'ils n'oublient pas le renouvellement annuel de leurs études.

D'ailleurs, le Bureau de l'éthique travaille sur un virage vert pour cesser d'imprimer les documents du CÉR. Ce virage implique le développement d'une politique pour la conservation et la destruction des dossiers. Le Bureau travaille présentement en collaboration avec le Bureau de la vie privée et le Secteur des technologies pour assurer la sécurité des dossiers du CÉR.

4. Politiques, procédures et formulaires

Le Bureau de l'éthique a débuté la mise à jour des politiques en éthique de la recherche. La dernière révision de plusieurs politiques datait de plus de 3 ans. D'autre part, les politiques ne sont pas en conformité avec les pratiques qui sont présentement employées par le CÉR.

Trois politiques ont été révisées par le CÉR et sont en cours d'approbation. Voici les politiques qui ont été révisées :

- Frais du CÉR;
- Approbation d'un projet de recherche par évaluation déléguée;
- Évaluation continue de l'éthique de la recherche.

Au cours de la prochaine année, le Bureau de l'éthique continuera son processus de révision des politiques et procédures.

Cette année, le Bureau de l'éthique a créé un formulaire de dérogation au consentement qui a été mis en œuvre dans la plateforme ROMEO. Ce formulaire sert aux chercheurs qui veulent faire un projet de recherche sans demander le consentement des participants pour une raison quelconque. Les informations recueillies dans le formulaire aident le CÉR à prendre une décision et à accorder ou non la dérogation au consentement.

Au cours de la prochaine année, le Bureau de l'éthique planifie de réviser ses formulaires ainsi que d'insérer le contenu dans le gabarit administratif du Réseau. De cette façon, les formulaires seront migrés dans le Boulevard et seront facilement accessibles.

5. Formation et éducation

- Didacticiel de l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec les êtres humains (EPTC) :
 - Cette formation doit être complétée par tous les nouveaux membres du CÉR;
 - Les nouveaux membres ont deux mois pour compléter le didacticiel et le certificat d'accomplissement est conservé au Bureau de l'éthique;
 - Les mises à jour de l'EPTC reçues au Bureau de l'éthique sont communiquées, par courriel, aux membres du CER.
- Cette année, les membres du CÉR ont reçu trois formations grâce à une collaboration entre les CÉR du Collège communautaire du Nouveau-Brunswick et l'Université de Moncton. Ces formations ont été données par l'Association pour la recherche au collégial (ARC) et Michel Bergeron, éthicien. La première formation a eu lieu en octobre 2021 et portait sur les thèmes du consentement, risques et confidentialité en éthique de la recherche avec des êtres humains. Deux autres formations plus courtes ont été données le 23 février et le 17 mars 2022 pendant l'heure du dîner. La première sur le thème suivant : Quelles activités le CÉR doit-il évaluer? et la deuxième sur le thème du consentement. Les couts des formations ont été partagés entre les trois CÉR. Ce partenariat entre les CÉRs a été fructueux et se poursuivra.

6. Prochaines étapes

- Poursuivre la rédaction et la révision des politiques et procédures selon le plan de travail;
- Développer ou coordonner des formations sur les sujets d'actualité en éthique de la recherche pour les membres du CÉR;
- Recruter un membre clinique en soins infirmiers;
- Recruter un membre clinique en médecine.

Éthique clinique

1. Nom et titre des membres du Comité d'éthique clinique

Rôle des membres	Noms
Médecin généraliste	Dre Karine Bouffard
Médecin spécialiste	Dre Carole Williams
Infirmières (2)	Céline Marsh
	Rachel Mann
Représentant – Soins spirituels	Marguerite-Rose Cormier
Travailleur social	Annick Bard
Professionnel de la santé – Autre profession	Paul Ouellette
Avocat	Nicholas Léger-Riopel
Représentant de la communauté	Jean-Claude Landry
Éthicien ou expertise en éthique	Pierrette Fortin
Coordonnatrice régionale – Bureau de l'éthique	Joanie Gagnon
Représentant – Direction des soins/services clinique	Renelle Thibodeau
Représentant de la direction	Gisèle Beaulieu
	Diane Mignault

2. Consultations en éthique clinique

Plusieurs consultations informelles ont eu lieu au cours de la dernière année. Les détails de ces consultations sont regroupés dans un registre :

- Consultations formelles* : 0
- Consultations informelles** : 52

* Consultation incluant la consultante en éthique et les membres du Comité d'éthique clinique/ personnes ressources nécessaires, ainsi que toutes autres personnes nommées dans la demande de consultation. Des suggestions sont formulées dans un rapport pour faciliter la prise de décision.

** Discussion entre la consultante en éthique et le demandeur seulement. Des conseils sont offerts au besoin pour faciliter la prise de décision.

Le nombre de consultations en éthique clinique a augmenté durant la dernière année soit 52 en 2021-2022 comparativement à 37 en 2020-2021. La *Loi* révisée sur l'aide médicale à mourir est la raison majeure qui explique cette augmentation.

3. *Politiques et procédures et autres documents*

Lors de la dernière année, quelques politiques et procédures en éthique clinique ont été révisées et mises en vigueur.

- La politique *Procuration durable pour soins personnels et directives en matière de soins de santé* est entrée en vigueur au mois de juillet 2021.
- Les versions révisées des politiques *Intensité des soins et Réanimation cardiorespiratoire* sont en vigueur depuis le mois d'août 2021.
- Un exercice important du Bureau de l'éthique en 2021-2022 a été de réviser la politique sur l'aide médicale à mourir pour qu'elle soit conforme à la nouvelle *Loi*. Un groupe de travail composé de représentants du Bureau de l'éthique et du service de Gestion des risques a été mis sur pied, afin de réviser la politique, les formulaires et les dépliants. Plusieurs consultations ont été faites avec une multitude de secteurs. Celle-ci a été mise en vigueur en janvier 2022.
- Tous les formulaires reliés à ces politiques ont aussi été révisés et mis à jour.
- Au cours des prochains mois, le Bureau de l'éthique se concentrera sur la révision de la politique *Mandataire spécial*. Cette politique était auparavant sous la responsabilité du service de Gestion des risques, mais est maintenant sous la responsabilité du Bureau de l'éthique.

4. *Formation et éducation*

- Une séance d'information portant sur le thème de la procuration durable aux soins personnels et des directives en matière de soins de santé a été donnée le 23 septembre 2021. La présentation s'est donnée sous forme de webinaire et 119 personnes y ont assisté.
- Une séance d'information générale sur l'aide médicale à mourir a été donnée le 2 mars 2022. La présentation s'est donnée sous forme de webinaire et 116 personnes y ont participé.
- En plus de la séance d'information générale, plusieurs présentations sur l'aide médicale à mourir ont été données à différents groupes au sein du Réseau. Le Bureau de l'éthique a présenté les modifications à la *Loi* aux infirmières praticiennes, au service de Gestion des risques et aux médecins des zones 1, 4 et 6.

5. *Prochaines étapes*

- Poursuivre la rédaction et la révision de politiques et procédures selon le plan de travail;
- Développer des formations en lien avec les nouvelles politiques en application.

Éthique organisationnelle

1. Droits et responsabilités des patients

- Le dépliant *Droits et responsabilités des patients* a été mis à jour et est maintenant disponible en ligne, ainsi que dans les imprimeries. Ce dépliant est inclus dans la trousse d'admission qui est préparé par les bénévoles et remis aux patients.

2. Formation et éducation

- Le colloque annuel du Réseau d'éthique organisationnelle du Québec s'est déroulé en mode virtuel le 28 octobre 2021. Le thème du colloque portait sur le leadership éthique.
- La coordonnatrice du Bureau de l'éthique a aussi participé à un symposium virtuel sous le thème de : *seulement de l'éthique ? Faire avancer l'équité dans les soins de santé*. Ce symposium offert par l'université d'Ottawa a accueilli une multitude de conférenciers.

3. Module E-apprentissage

- Le développement d'un module E-apprentissage a été un projet important pour le Bureau de l'éthique lors de la dernière année. Avec la collaboration du service de l'éducation, nous avons réussi à créer le contenu que nous voulons présenter aux employés dans ce nouveau module. Le module sera obligatoire pour tous les employés et aura seulement besoin d'être complété une fois. L'objectif général de ce module est de faire connaître l'éthique au Réseau de santé Vitalité à tous les employés. À la fin du module, les employés devraient être en mesure de distinguer une situation qui requiert une consultation avec le Bureau de l'éthique. Le module est présentement en phase de développement et sera mis à l'essai dans les prochains mois. Nous prévoyons qu'il soit complété cet été.

4. Prochaines étapes

- Développer un plan de communication pour la promotion des valeurs organisationnelles.

Note d'information

Point 5.9

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

Date : 2022-06-02

Objet : Rapport annuel– Accès à l'information

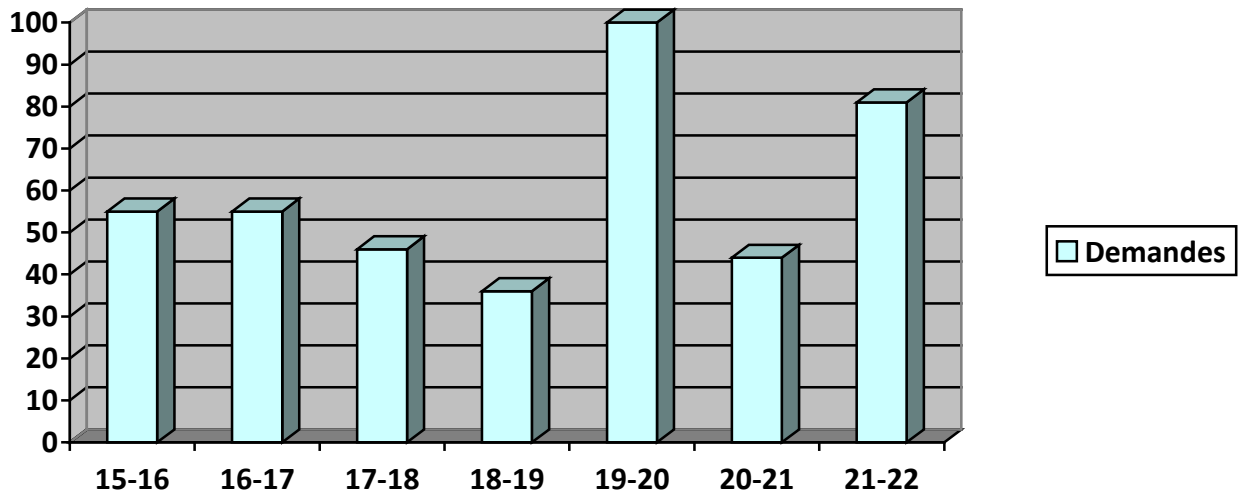
Décision recherchée

Cette note est présentée à titre d'information.

Contexte/problématique

Demandes de renseignements

- Au cours de l'année 2021-2022, 81 demandes de renseignements en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP) ont été reçues et traitées.
- Les demandes de renseignements pour la période visaient des informations concernant différentes activités du Réseau et aussi certains enjeux couverts dans l'actualité.
- Une prorogation (30 jours supplémentaires) a été requise pour 15 % (12) des demandes. Douze demandes ont dû être transférées à un autre organisme public.



Demandes d'information en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée*

		Demandes faisant l'objet d'une plainte au bureau de l'Ombud	Cas porté à la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick
2015-2016	55	4	0
2016-2017	55	0	1
2017-2018	46	1	0
2018-2019	36	4	0
2019-2020	100	3	1
2020-2021	44	2	1
2021-2022	81	4	0

Trois des quatre demandes qui ont fait l'objet d'une plainte au bureau de l'Ombud ont été conclues à la satisfaction du demandeur dans le cadre du processus de résolution informel. Une plainte est encore en cours de résolution.

Au cours des dernières années, les demandes d'accès à l'information provenaient en majorité des médias et des groupes d'intérêts. En 2019-2020, la catégorie Parti politique (bureau de l'opposition officielle) avait généré un tiers des demandes, cette proportion a toutefois diminuée en 2020-2021 pour s'établir à près de la moitié de l'ensemble des demandes en 2021-2022. Depuis les deux dernières années, on notait une augmentation significative du volume de demandes en provenance de groupes d'intérêt. Cependant, cette proportion a chuté en 2021-2022.

Type de demandeur	2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Média	18	53%	27	27%	6	14%	19	24%
Groupe d'intérêt	12	36%	32	32%	25	57%	12	15%
Citoyen	2	4%	2	3%	2	4%	5	6%
Citoyen - Patient	2	4%	3	3%	2	4%	1	2%
Organisme publique	1	3%	3	3%	4	9%	6	7%
Parti politique	0	0%	33	33%	5	12%	38	46%
Grand Total	36	100%	100	100%	44	100%	81	100%

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Chaque demande de renseignements est traitée individuellement et requiert la consultation des secteurs appropriés du Réseau.

La politique Demande d'informations GEN.6.30.35 a été révisée et sera approuvée sous peu.

Note d'information

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Poursuivre le suivi des demandes d'accès à l'information conformément à la *Loi sur le droit à l'information et la protection des renseignements personnels*.

Proposition et résolution

Sans objet

Soumis le 6 mai 2022 par Alexandre Couture, conseiller – Langues officielles / coordonnateur – Accès à l'information.

Note d'information

Point 5.10

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

Date : 2 juin 2022

Objet : Rapport annuel – Confidentialité et protection de la vie privée

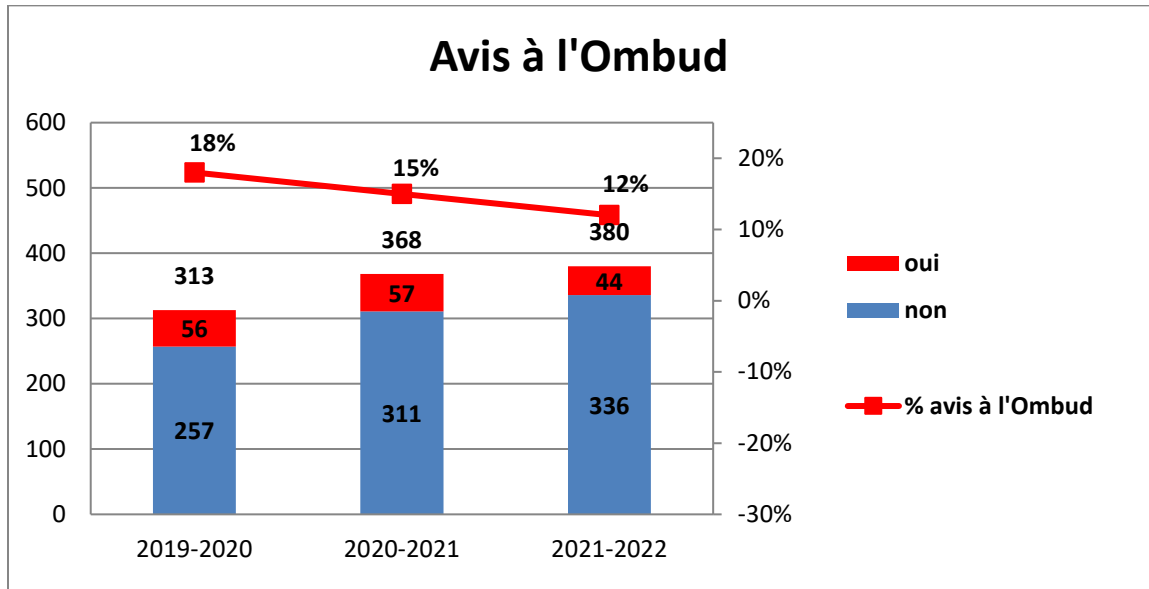
Décision recherchée

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

Contexte/problématique

Les graphiques suivants illustrent les principaux incidents liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée pour 2021-2022, ainsi que les tendances depuis trois ans.

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

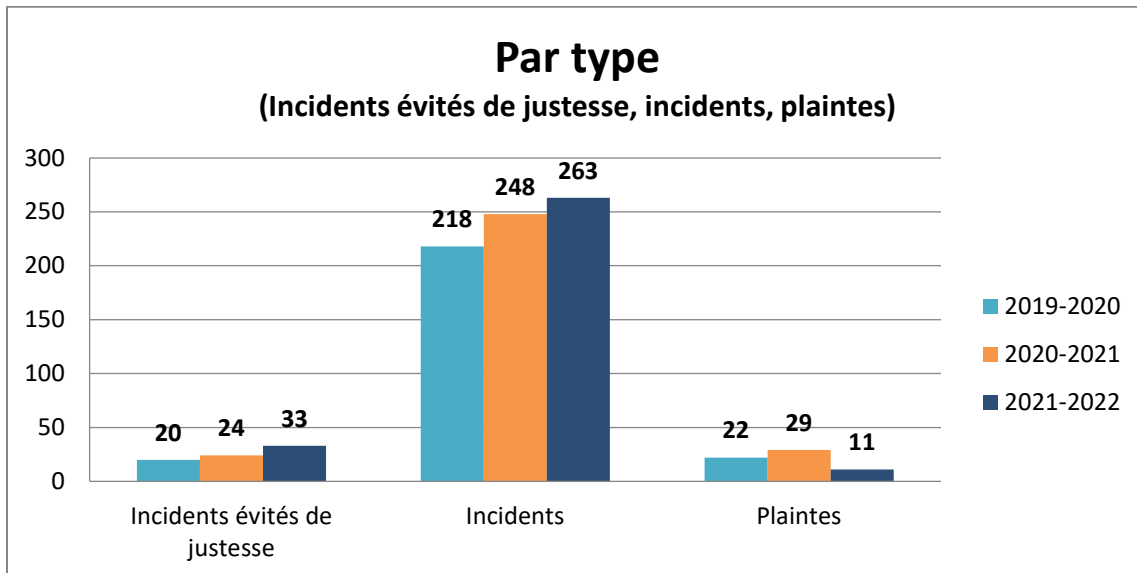


*Ces données incluent les incidents hors service.

2. RÉPARTITION DES INCIDENTS RAPPORTÉS PAR ZONE

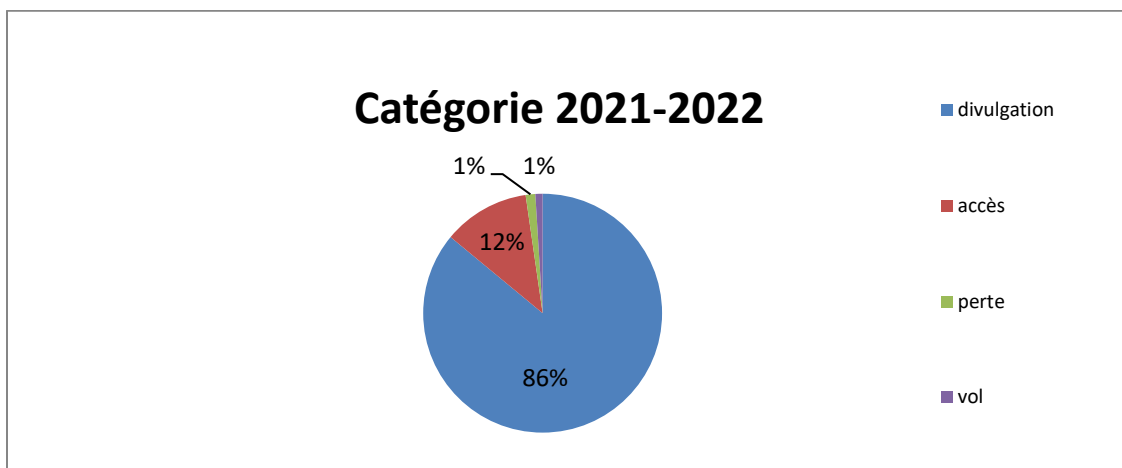
Zone	2019-2020		2020-2021		2021-2022	
z1b	123	47%	166	55%	183	60%
z4	45	17%	46	15%	31	10%
z5	40	16%	33	11%	32	10%
z6	51	20%	56	19%	61	20%

3. INCIDENTS PAR TYPE



*Exclus les hors service

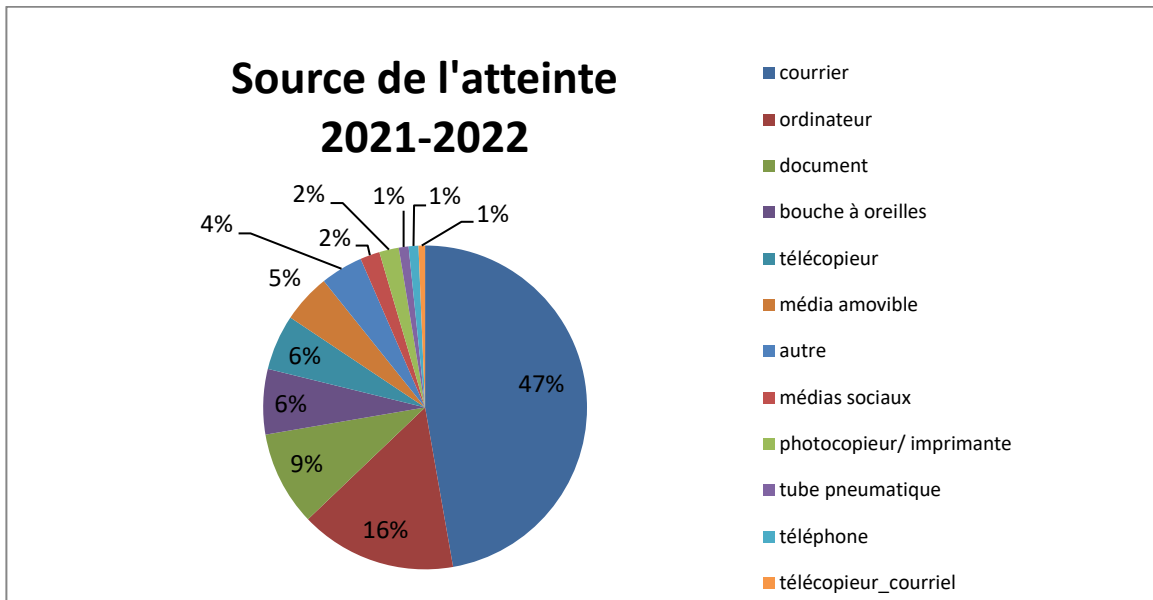
4. INCIDENTS PAR CATÉGORIE



*Exclus les hors service

La répartition des incidents par catégorie est comparable à celle de 2020-2021. Toutefois, la catégorie divulgation est passée de 78 % à 86 % et celle d'accès de 16 % à 12 %. En 2021-2022, un vol d'ordinateur a été signalé contre aucun vol en 2020-2021.

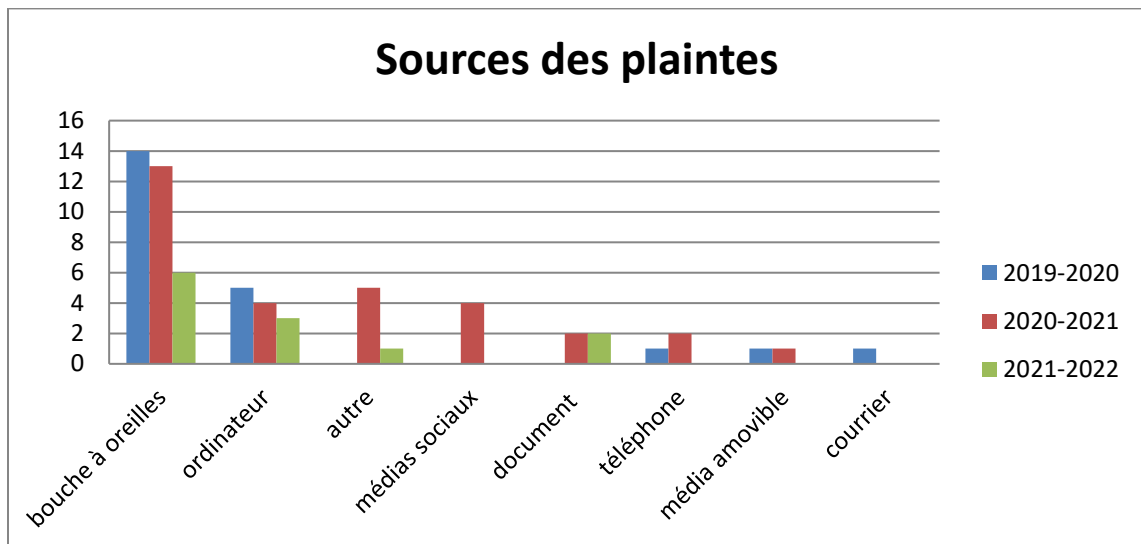
5. INCIDENTS PAR SOURCE DE L'ATTEINTE



*Exclus les hors service

La majorité des incidents dont la source est le courrier ont été découverts lors de l'envoi par courrier, mais il ne s'agit pas d'erreur de distribution du courrier. 85 % des incidents dont la source est le courrier ont été rapportés dans la zone 1B en 2021-2022. 40 % des incidents dont la source est un ordinateur ont été rapportés dans la zone 1B. La majorité de ces incidents sont des accès ou des divulgations non appropriés (courriels).

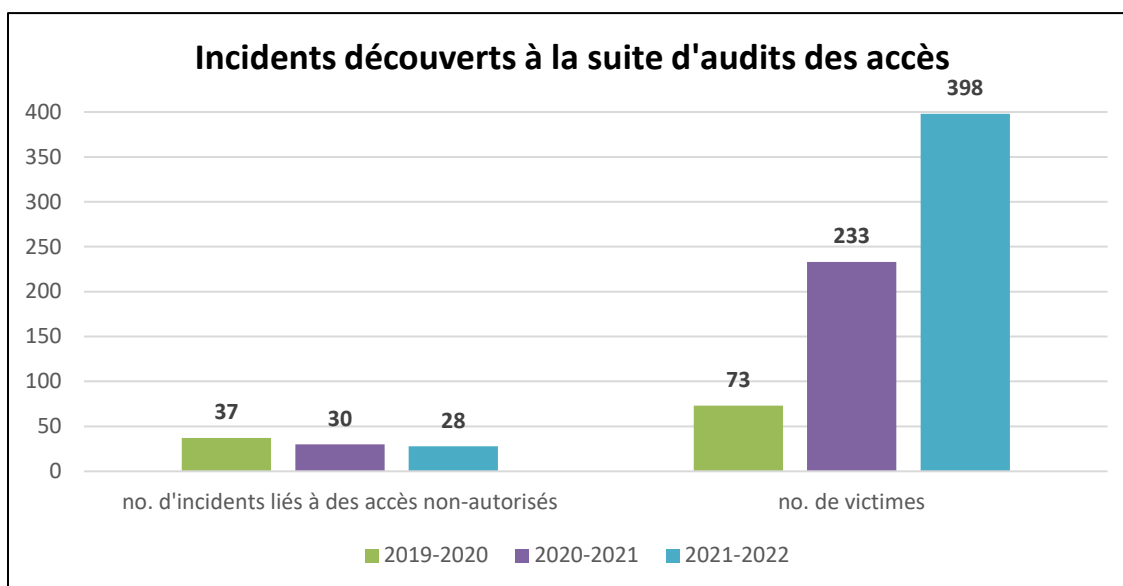
6. PLAINTES (SOURCES)



7. INCIDENTS HORS-SERVICES

En 2021-2022, le Réseau a traité 73 incidents hors service, c'est-à-dire des incidents rapportés au Bureau de la vie privée (BVP), mais dont l'origine provient d'une autre organisation (exemple : Réseau de santé Horizon, ministère de la Santé, IWK, CHU, cabinets privés de médecins, etc.). Le rôle du BVP est de communiquer à ces organisations l'incident et au besoin les aider dans l'analyse de la cause et dans les suivis. Ce nombre constitue une augmentation par rapport à 2020-2021 où le total était 65.

8. VÉRIFICATION DES ACCÈS



Deux incidents majeurs ont généré la notification de 387 victimes soit 97 % du nombre total pour 2021-2022. L'un de ces deux incidents origine d'un non-employé.

Il est à noter que lorsqu'un employé ou un non-employé accède à son propre dossier ou à celui de son enfant âgé de moins de seize ans, ceci est comptabilisé comme un incident, mais sans victime. Un suivi est toutefois effectué, afin de cesser les mauvaises pratiques. En 2021-2022, cette situation représentait 68 % (19/28) des incidents identifiés à l'aide du logiciel d'audit.

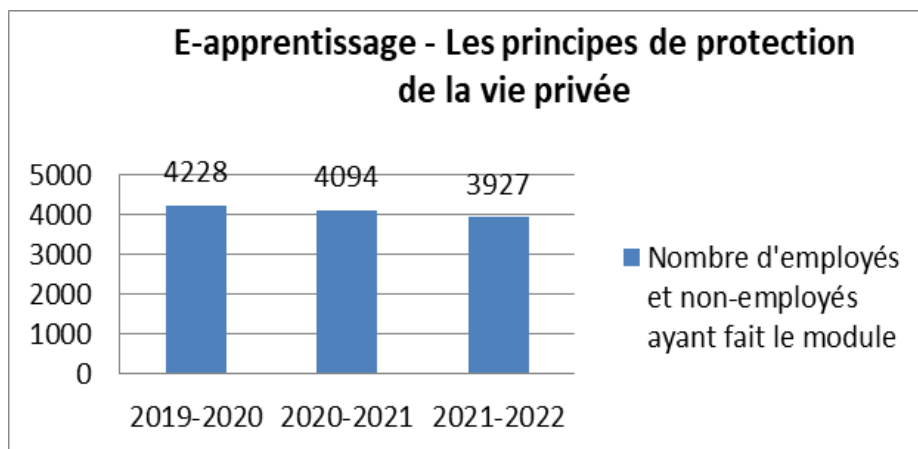
Dans le cadre du projet d'harmonisation des accès pour les non-employés, plusieurs initiatives ont été complétées ou sont en voie de l'être:

- La communication des changements à tous les médecins;
- Depuis le 24 janvier 2022, la recherche pour les dossiers de patients dans le système MEDITECH a été réduite par numéro d'assurance maladie et numéro

de dossier pour les non-employés de tous les cabinets privés ayant des accès au système du Réseau;

- L’approbation d’une demande pour l’achat d’une application dans Itacit qui permettra de créer des formulaires. Ces formulaires permettront entre autres de recueillir les données démographiques des non-employés à partir du site web du Réseau. Les données recueillies permettront un meilleur suivi des formations effectuées par les non-employés, ainsi qu’une meilleure capacité d’audit de leurs accès.
- La politique pour la gestion des accès, incluant les demandes d’accès en provenance des non-employés, a été développée et sera en processus de consultation et d’approbation sous peu.
- L’équipe assignée à la gestion des accès de Service Nouveau-Brunswick communiquera sous peu avec les médecins de chaque zone, afin de s’assurer que les accès de leurs non-employés sont conformes et proposer des solutions de rechange au besoin.

9. MODULE E-APPRENTISSAGE



Zone	% 2021-2022
1b	44%
4	52%
5	48%
6	52%

Note d'information

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

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

Le Réseau effectue chaque année des activités pour assurer la conformité aux Lois en matière de protection de la vie privée, telles que des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée, des révisions de contrats ou d'ententes, des examens de demandes d'accès non standards, des séances d'information et de sensibilisation, etc.

À l'hiver 2022, Me Marie-France Pelletier a été nommée en tant qu'Ombudsman de la province en remplacement de Me Charles Murray.

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Priorités pour 2022-2023 :

- Compléter le projet, afin d'harmoniser les divers processus pour les accès électroniques des non-employés.
- Promouvoir l'importance de suivre la formation « Principes de protection de la vie privée » auprès des employés et des médecins, ainsi que des non-employés qui ont accès à des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé des patients.

Proposition et résolution

Le rapport est présenté à titre d'information.

Soumis le 2022-04-11 par Diane Mignault, directrice principale - Analytique en matière de santé, Gestion des risques et Vie privée et Michelle Bernard, conseillère à la Protection des renseignements personnels – Accès.

Note d'information

Point 5.11

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

Date : 2 juin 2022

Objet : Rapport annuel sur l'expérience des patients hospitalisés 2021-2022

Décision recherchée

Le rapport sur l'expérience des patients hospitalisés 2021-22 est présenté à titre d'information, selon le calendrier de présentation des rapports.

Contexte/problématique

- Le sondage pour les patients hospitalisés doit être remis à tous les patients au congé. En 2021-22, 1,645 questionnaires ont été complétés.
- Le tableau en annexe démontre les résultats annuels 2021-22, ainsi que les données comparatives pour l'année 2020-21.
- Les résultats du dernier sondage du Conseil de la santé du NB (CSNB) effectué en 2019 ont également été inclus à titre de référence. Il est à noter qu'il faut comparer les résultats du Réseau avec ceux du CSNB avec prudence, puisque la méthodologie et l'échantillonnage étaient différents dans les deux sondages.
- Au niveau régional, il y a un maintien du taux de participation au sondage avec l'année précédente.

	Taux de participation		
	2019-20	2020-21	2021-22
Vitalité	13 %	10 %	10 %
Zone 1B	11 %	9 %	11 %
Zone 4	20 %	13 %	11 %
Zone 5	11 %	13 %	7 %
Zone 6	11 %	9 %	10 %

- Lorsqu'on compare les résultats de 2021-22 aux résultats du dernier sondage du CSNB (2019), on note une amélioration ou le maintien dans 18 questions sur 20. Dans les deux questions suivantes, on note une diminution dans le taux de satisfaction : la qualité de la nourriture et les heures de visite.
- Lorsqu'on compare les résultats de 2021-22 aux résultats de l'année précédente, on remarque une amélioration ou le maintien dans 16 questions sur 20. Dans les quatre questions suivantes, on note une diminution dans le taux de satisfaction : attente pour obtention d'un lit, obtention d'aide, la propreté et renseignements écrits au congé.
- Dix questions ont eu un taux de 85 % et plus, quatre questions ont obtenu un taux de 70-84 % et six questions ont eu un taux de moins de 70 %.
- En 2021-22, les questions avec les plus hauts taux de satisfaction (Toujours ≥ 85 %) sont en lien avec: l'attente pour un lit, la courtoisie, explications d'une manière à comprendre, explications médicaments,

l'hygiène des mains, la préoccupation pour la sécurité, vérification du bracelet d'identité, connaissance des médicaments au congé, la langue de service et l'expérience globale.

- En 2021-22, les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec : gestion de la douleur, tenir compte des valeurs culturelles, la propreté, la tranquillité, la nourriture et les heures de visites.
- À titre d'information, les gestionnaires reçoivent leurs résultats pour fin d'analyse et identification des pistes d'amélioration. Au cours de la dernière année, diverses améliorations ont été mises en œuvre.
 - Des rappels ont été faits au personnel concernant la politique sur les langues officielles, ainsi que l'importance de l'offre active.
 - Des améliorations et suivis ont été faits au Service alimentaire ; révision du menu végétarien, suivi avec le personnel afin d'accélérer la distribution des repas.
 - Des contenants de lingettes désinfectantes ont été installés dans la salle d'attente de l'urgence pour les patients qui désirent nettoyer leurs chaises avant de s'asseoir.
 - Des rappels ont été faits concernant les procédures en vigueur concernant l'hygiène et la salubrité et des audits futurs auront lieu.
 - Des rappels ont été faits au personnel sur le fait d'utiliser un langage neutre lorsqu'il s'adresse à une personne et de se référer simplement au nom indiqué au dossier si on ne connaît pas les préférences de la personne concernant le pronom à utiliser.
 - Révisions régulières des politiques en vigueur concernant les personnes de soutien désignées (PSD) en temps de pandémie.
 - Les commis à l'admission ont maintenant des masques avec visières au niveau buccal pour permettre de voir les lèvres et faciliter la compréhension.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet – rapport présenté à titre d'information.

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Poursuivre les démarches pour améliorer la méthodologie et les processus entourant l'évaluation de l'expérience des patients.

Proposition et résolution

Aucune – rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 13 mai 2022 par Lynne Lévesque, gestionnaire régionale - Qualité et Sécurité des patients.

Annexe – Tableau des résultats
Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés
 Rapport régional annuel 2021-22

QUESTIONS	CSNB 2019 (%)		Vitalité 2020-21 (%)		Vitalité 2021-22 (%)	
	NB	Vitalité	Toujours	Habituellement	Toujours	Habituellement
Q1) Attente trop longue pour obtenir votre lit ? (Oui)	22.8	19.8	95 (non)	5 (oui)	92 (non) ↓	8 (oui)
Q2) Traité avec courtoisie et respect ? (Toujours)	86.9 MD 81.0 RN	87.9 MD 82.2 RN	92	7	94 ↑	5
Q3) Explications d'une manière que vous pouviez comprendre ? (Toujours)	73.8 MD 69.7 RN	77.1 MD 74.6 RN	86	11	88 ↑	9
Q4) Obtention de l'aide dès que vous en avez fait la demande ? (Toujours)	59.2	68.6	85	11	84 ↓	13
Q5) Explication – à quoi servait le nouveau médicament ? (Toujours)	69.2	69.6	85	11	89 ↑	9
Q6) Participation aux décisions concernant vos soins/traitements? (Toujours)	61.1	58.7	78	17	81 ↑	14
Q7) Participation de la famille aux décisions concernant vos soins ? (Toujours)	72.2	70.9	69	16	74 ↑	14
Q8) Douleur a-t-elle été bien contrôlée ? (Toujours)	61.1	63.3	68	26	69 ↑	24
Q9) Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille (Fortement en accord)	37.9	41.4	43	53	47 ↑	49
Q10) Chambre et salle de bain nettoyées ? (Toujours)	50.4	55.0	64	22	63 ↓	23
Q11) Tranquillité autour de votre chambre la nuit ? (Toujours)	40.7	48.8	55	33	58 ↑	32
Q12) Qualité de la nourriture (goût, température, variété) ? (Excellente + Très bonne)	53.7	53.3	37 (excellente + très bonne)	34 (bonne)	37 (excellente + très bonne)	33 (bonne)
Q13) Heures de visite pour vos proches (famille, amis) rencontraient vos attentes? (Toujours)	85.6	85.0	56	22	60 ↑	20
Q14) Personnel se lavait /désinfectait les mains avant de vous donner des soins? (Oui, toujours)	72.5	73.2	88	11	91 ↑	8
Q15) Hôpital se préoccupe véritablement de votre sécurité? (Oui, certainement)	81.1	81.1	95	5	95 –	5
Q16) Vérification du bracelet d'identité avant médicaments/traitements/tests? (Oui, toujours)	84.2	83.6	84	14	87 ↑	11
Q17) Reçu des renseignements écrit sur symptômes/problèmes à surveiller après congé ? (Oui)	67.0	73.2	83 (oui)	17 (non)	81 (oui) ↓	19 (non)
Q18) Bonne connaissance de vos médicaments au congé ? (Complètement)	80.5	84.0	85 (complètement)	10 (moyennement)	87 ↑ (complètement)	9 (moyennement)
Q19) Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix? (Toujours)	90.8	86.5	91	7	92 ↑	6
Q20) Dans l'ensemble, comment a été votre expérience lors de ce séjour? (8, 9, 10)	82.3	83.9	90 (excellente)	7 (bonne)	91 ↑ (excellente)	7 (bonne)

	Satisfaction générale par zone (8, 9, 10)							
	Z1B		Z4		Z5		Z6	
	2020-21	2021-22	2020-21	2021-22	2020-21	2021-22	2020-21	2021-22
Excellent	88%	90%	93%	94%	90%	90%	91%	90%
Bonne	9%	8%	5%	4%	7%	7%	6%	8%

Note d'information

Point 5.12

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

Date : 2 juin 2022

Objet : Recommandations des Comités de revues

Décision recherchée

- Le rapport est présenté, afin d'informer les membres du comité des recommandations qui découlent des analyses des incidents préjudiciables par les Comités de revues.

Contexte/problématique

- Conformément aux exigences de la *Loi sur la Qualité des soins de santé et la sécurité des patients*, ce rapport présente les recommandations des Comités de revues pour les analyses des incidents préjudiciables qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, soit en février 2022.
- Ce rapport présente également un résumé de l'état d'avancement des recommandations qui découlent des Comités de revues qui ont été effectués avant cette période.
- Dans la période du 26 janvier au 10 mai 2022, un total de 10 revues a été effectué (7 incidents préjudiciables et 3 suicides en communauté) et un total de 15 recommandations ont été émises.
- De ces 15 recommandations : 7 (47 %) sont en place et 8 (53 %) sont en voie d'implantation (la plupart avec des échéanciers dans les prochains mois). Voir tableau en annexe « *Résumé des recommandations – Comités de revues du 26 janvier au 10 mai 2022* ».
- Il y a eu 15 revues effectuées avant janvier 2022 avec recommandations incomplètes. Pour ces 15 revues, 59 % (35/59) des recommandations sont implantées et il reste 24 recommandations à mettre en place.
- Le travail est débuté pour toutes les recommandations et plusieurs recommandations seront complétées dans les mois à venir.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- L'amélioration de la qualité et la sécurité des patients.
- L'atténuation des risques et la prévention d'incidents semblables.
- La faisabilité des recommandations et impacts sur les ressources.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique		√		
Qualité et sécurité			√	
Partenariats	√			
Gestion des risques (analyse légale)			√	
Allocation des ressources (analyse financière)		√		
Impacts politiques	√			
Réputation et communication		√		

Suivi à la décision

Poursuivre la mise en œuvre des recommandations incomplètes.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients accepte cette note d'information.

Adoption

Soumis le 12 mai 2022 par Lynne Levesque, gestionnaire régionale – Qualité et Sécurité des patients

Résumé des recommandations – Comités de revues du 26 janvier au 10 mai 2022

Types d'incidents	Résumé des recommandations	Avancement
Lésion de pression	S'assurer que la révision de la politique <i>Prévention des lésions de pression NSG.3.70.60</i> inclut l'application des interventions préventives et la participation du patient, afin de promouvoir sa santé tégumentaire.	(J) - débuté
	Faire un rappel au personnel du bloc opératoire de l'importance des positionnements lors d'une intervention chirurgicale et de consigner les anomalies tégumentaires au dossier.	(V) - en place
	Faire un rappel au personnel des unités de soins de l'importance de faire l'évaluation tégumentaire de la tête aux pieds incluant les proéminences osseuses.	(V) - en place
	Faire un rappel au personnel des unités de soins de l'importance d'appliquer les interventions préventives et de compléter la documentation au verso de l'échelle de Braden pour les patients à risque de lésions de pression.	(V) - en place
Chutes x 3	Faire un rappel auprès de l'équipe de surveillants de respecter dans la mesure du possible, les critères d'admission de la pédiatrie, afin d'assurer une continuité de soins sécuritaire.	(V) - en place
	Sensibiliser le personnel à l'importance d'être vigilant et d'identifier lorsque le patient pourrait nécessiter de l'assistance supplémentaire après un examen. (Ex: mobilité réduite, condition médicale, non accompagné, etc.).	(V) - en place
Délai de traitement	Régionaliser et mettre en œuvre un processus interne qui inclue le cheminement complet et la traçabilité des lames d'histopathologie.	(J) - débuté
	Voir à la possibilité de standardiser le processus de signature « <i>sign out</i> » versus le rapport préliminaire d'histopathologie lorsque des analyses de confirmation sont à suivre.	(J) - débuté
	Voir à la possibilité d'implanter un système informatisé avec codes à barres pour assurer la traçabilité des lames d'histopathologie.	(J) - débuté
Résultat inattendu x2	Faire un suivi auprès du fournisseur de pompe I.V., afin de vérifier s'il y a une fonction dans les pompes pour la pression négative dans la tubulure.	(V) - en place
	Standardiser et régionaliser la liste d'interventions/procédures qui nécessitent un consentement écrit aux soins ambulatoires.	(J) - débuté
Suicide en communauté x 3	Faire un rappel au personnel du Centre de santé mentale de compléter et documenter l'évaluation du risque suicidaire selon le modèle <i>Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)</i> pour les clients qui présentent un risque suicidaire.	(V) - en place
	S'assurer que tout le personnel infirmier de l'urgence a complété la formation de prévention et gestion des conduites suicidaire.	(J) - débuté
	Faire un rappel au personnel infirmier de compléter l'évaluation continue de l'urgence suicidaire (RC-116F) selon la politique Risque suicidaire (GEN.3.80.90)	(J) - débuté
	Organiser une rencontre avec la santé mentale pour le personnel de l'urgence, afin de les sensibiliser aux risques suicidaires.	(J) - débuté

Légende – État d'avancement

● (V) - en place ● (J) - débuté ● (R) - non débuté

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 2 juin 2022

Objet : Rapport du Comité consultatif des patients et familles

Le Comité consultatif des patients et familles a tenu une réunion régulière le 19 mai dernier. Les principaux sujets discutés lors de cette réunion sont :

- la mise à jour de la structure organisationnelle ;
- le plan de travail 2022-2023 ;
- le plan de communication/recrutement ;
- la visite d'Agrément Canada ;
- la révision du mandat du Comité consultatif des patients et familles ;
- le mandat des membres du comité.

Les membres ont passé en revue le plan de travail 2022-2023 du comité. Les principaux objectifs du plan de travail pour la prochaine année sont :

- d'accroître les connaissances du personnel et des médecins en lien avec le rôle du partenaire de l'expérience patient et les soins centrés sur les patients et la famille.
- de recruter des patients partenaires.
- de soutenir et accompagner les nouveaux partenaires de l'expérience patient.
- d'évaluer et améliorer le fonctionnement du comité.
- d'accroître les connaissances des membres du Comité consultatif des patients et familles.

D'autres blitz d'information se poursuivront durant la prochaine année sur les réseaux sociaux pour faire connaître le rôle et le besoin de partenaires de l'expérience patient au grand public.

Nicole Frigault a présenté un bref survol de la visite d'agrément prévue du 19 au 24 juin 2022. Un groupe de discussion avec les patients/familles aura lieu virtuellement le lundi 20 juin 2022 de 10:30 à 12:00.

La révision du mandat du Comité a été présentée aux membres pour consultation et approbation. Il a été suggéré d'apporter quelques modifications quant à la durée du mandat. Le mandat est d'une durée de trois ans et il peut être renouvelé pour une période d'un an ou deux ans ; ne dépassant une durée maximale de cinq ans.

La majorité des partenaires de l'expérience patient (PEPs) ont signifié leur intérêt à poursuivre leur mandat pour l'année 2022-2023, à l'exception d'un PEP puisque sa santé ne lui permettra pas.

La prochaine réunion du Comité consultatif des patients et familles est prévue en septembre prochain.

Soumis le 24 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

Note d'information

Point 5.14

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

Date : 2022-06-02

Objet : Rapport sur les dossiers ouverts HIROC (litiges, réclamations et autres)

Décision recherchée

Le rapport sur les dossiers ouverts HIROC est présenté à titre d'information et avis.

Contexte/problématique

- Le présent rapport comprend les informations concernant la mise à jour des dossiers ouverts avec nos assureurs HIROC.
- HIROC Management Ltd. est le gestionnaire du régime d'assurance responsabilité des services de santé (Protection de responsabilité civile et professionnelle).
- Tous les sinistres impliquant des préjudices personnels de même que tous les sinistres impliquant des dommages matériels dont la valeur est supérieure à 6,000 \$ doivent être rapportés à et gérés par le gestionnaire du programme de protection de responsabilité civile.
- La province du Nouveau-Brunswick assume toute responsabilité pour les sinistres couverts par l'attestation de protection de protection de responsabilité civile.
- Il y a présentement 77 dossiers ouverts. De ce nombre, 26 sont des cas de litiges (poursuites), 6 sont des réclamations pour blessures corporelles, 44 sont des dossiers qui représentent un fort potentiel de poursuite ou de réclamation et 1 fut ouvert pour conseil. Il y a eu trois nouveaux dossiers signalés à HIROC depuis le dernier rapport et 17 dossiers furent fermés pour un total de 23 dossiers fermés en 2021-2022. La plupart de ces dossiers furent fermés en raison du délai de prescription échu et du fait qu'aucune action ne fut intentée.
- Voir en annexe le tableau complet des dossiers ouverts. Les avancements, les dossiers fermés depuis le dernier rapport, ainsi que les nouveaux dossiers en date du 31 mars 2022 sont surlignés en jaune.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Certains dossiers demeurent ouverts pour une longue période, tant que le délai de prescription n'est pas expiré. C'est souvent le cas pour les dossiers obstétricaux, où les patients/parents ont jusqu'à 2 ans après l'atteinte de la majorité pour tenter une poursuite envers le Réseau.

Considérations importantes

Chaque incident ou situation ayant un potentiel de litige ou de réclamation pour blessures corporelles (par exemple : incident avec blessure grave, complications des suites d'un accouchement, plainte avec menaces de poursuites, bris de confidentialité impliquant plusieurs patients) est signalé à HIROC par le Service de gestion des risques. Celui-ci communique dans les plus brefs délais tout nouvel avis de poursuite reçu ou toute réclamation pour blessure corporelle reçue et collabore étroitement avec HIROC pour la gestion des dossiers de litiges et réclamations. HIROC assigne un aviseur légal en temps opportun.

Note d'information

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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
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

- Poursuivre le signalement des incidents ou situations ayant le potentiel de mener à une poursuite ou une réclamation.
- Poursuivre le support à HIROC pour les dossiers actifs.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 13 mai 2022 par Sonia Bernatchez, gestionnaire du Service de gestion des risques.

Rapport - Dossiers HIROC - Réseau santé Vitalité

Date de révision: 2022-05-09 (Sonia)

Zone	Date incident	Lieu	Catégorie	Brève description	Date ouverture	Type de dossier	# HIROC	Mise à jour	Statut
6	2022-01-13	HRC	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à 266 dossiers de patients	2022-03-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 124	Nouveau dossier Avocate assignée	Ouvert
1B	2022-02-03	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé		2022-02-24	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 121	Nouveau dossier Avocate assignée	Ouvert
5	2022-01-20	CHR	Demande accès - information	Demande de divulgation du dossier clinique et de documents administratifs (Rapports d'incidents, rapports d'enquête, etc.)	2022-02-07	Ouvert pour conseil	730 116	Nouveau dossier Avocate assignée Dossier clinique remis par les Archives. Documents administratifs non remis, lettre explicative envoyée le 2022-04-13	Ouvert
1B	2022-01-04	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Délai de 45 minutes dû à un problème avec l'équipement lors d'une chirurgie à l'oeil. Allégations à l'effet que le délai aurait causé des complications et que le patient a dû subir une chirurgie dans une autre province.	2022-01-14	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 114	Ajusteur a évalué le dossier. Aucun recours légal entrepris par le réclamant pour le moment.	Ouvert

1B	2013-02-13	CHUDGLD	Plainte	Plainte reliée à des complications urologiques suite à une césarienne d'urgence.	2021-12-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 113	Dossier réglé sans avoir eu besoin d'impliquer avocate. Allons aviser HIROC que ce dossier peut être fermé.	Fermé
1B	2021-11-02	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Aucun diagnostic n'a pu être obtenu suite à la préparation de blocs de biopsie de la prostate.	2021-12-15	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 112	Ajusteur a étudié le dossier. Aucun recours légal présentement entrepris par le réclamant. Dossier en suspens.	Ouvert
1B	2021-11-08	CHUDGLD	Chute	Plainte de la famille suite à une chute de leur mère à l'hôpital et menace de poursuite.	2021-11-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 111	Ajusteur a étudié le dossier. Aucun recours légal présentement entrepris par le réclamant. Dossier en suspens.	Ouvert
1B	2021-04-02	CHUDGLD	Plainte	Plainte de la mère d'un patient adulte pour négligence médicale. Décès imprévu au domicile 4 jours après une consultation à l'urgence.	2021-10-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 108	Rapport donné à HIROC. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2021-07-08	HRC	Chute	Trébuché en marchant sur un trottoir.	2021-10-07	Réclamation - blessure corporelle	730 109	Ajusteur en discussion avec l'avocat de la réclamante - échange de documents.	Ouvert
4	2019-10-11	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de complications post chirurgie en raison d'un résultat erroné de test pré-chirurgie.	2021-10-07	Litige - poursuite signifiée	730 107	Recommandation donnée à HIROC. Avocate tentera de régler l'affaire.	Ouvert
5	2020-09-13	HRC	Plainte	Plainte avec allégation de délai pour diagnostic de cancer du côlon. Demande pour compensation monétaire.	2021-10-05	Réclamation - blessure corporelle	730 104-01	Ajusteur a terminé l'étude du dossier. Responsabilité niée.	Ouvert

6	2020-06-25	HRC	Plainte	Plainte avec allégation de diagnostic manqué suite à visite à l'urgence. Demande pour une compensation monétaire.	2021-10-05	Réclamation - blessure corporelle	730 105-01	Ajusteur a terminé l'étude du dossier. Responsabilité niée.	Ouvert
4	2021-09-02	HRE	Chute	Chute en marchant sur le trottoir de l'hôpital.	2021-09-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 099-01	Ajusteur a déterminé la responsabilité du Réseau concernant l'incident.	Ouvert
4	2021-08-17	HRE	Soins Obstétriques	Complications lors de l'accouchement. Césarienne d'urgence nécessaire. BB transféré à un autre établissement.	2021-08-20	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 097	À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
5	2021-07-20	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Divergences au niveau de rapports de pathologie	2021-08-20	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 101	Audit de qualité en cours. Le dossier est suivi de près.	Ouvert
4	2021-04-05	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à 120 dossiers de patients.	2021-07-22	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 096	Lettre de divulgation revue. En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2019-07-11	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Douleur et perte de fonction du MSG suite à l'installation sur la table de chirurgie.	2021-07-19	Litige - poursuite signifiée	730 095	Exposé de la défense a été déposée et les affidavits des documents ont été échangés. Dates pour l'interrogatoire au préalable ont été fixées pour le 24 et 25 mai 2022.	Ouvert
5	2020-05-28	HRC	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisés à 48 dossiers de patients.	2021-07-13	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 092-01	Lettre de divulgation revue. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

4	2021-03-18	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à 80 dossiers de patients.	2021-04-20	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 086	Lettre de divulgation revue. En attente de l'action ou de l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	20 août et 23 octobre 2018	HEJC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Délai de diagnostic	2021-03-23	Litige - poursuite signifiée	730 084	Interrogatoires au préalable prévus les 15 et 16 juin 2022.	Ouvert
6	2019-11	HTS	Blessure accidentelle	Blessure à un pied en manipulant un fauteuil gériatrique (bénévole).	2021-03-11	Réclamation - blessure corporelle	730 082	Réclamation acceptée par HIROC (189 \$), paiement à venir.	Ouvert
5	2020-12-03	CHR	Demande accès - information	Requête déposée à la Cour du banc de la Reine afin qu'une ordonnance soit émise envers le Réseau de conserver les enregistrements vidéo.	2021-03-08	Litige - poursuite signifiée	730 080	Décision rendue de remettre au requérant les enregistrements avec les visages embrouillées de toutes les personnes sauf le requérant. Enregistrements remis le 5 novembre 2021.	Ouvert
5	2020-12-21	HRC	Perte biens	Réclamation à la cour des petites créances pour remboursement de frais de remplacement pour un dentier perdu.	2021-03-08	Litige - Cour petites créances	730 081	Règlement du dossier. Recommandation à HIROC pour fermer le dossier.	Ouvert
1B	2021-01-05	CHUDGLD	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisés à des dossiers de patients.	2021-03-02	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 079	Lettre de divulgation a été revue pas nos représentants légaux. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

6	2018-09-06	HEJC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un manquement au niveau du diagnostique et soins reçus à l'urgence. Après plusieurs visites - patiente a subi une amputation sous le genou droit	2021-02-19	Litige - poursuite signifiée	730 076	Défense déposée et rédaction de notre affidavit de documents en cours.	Ouvert
1B	2019-06-09	CHUDGLD	Plainte	Plainte en lien avec les soins à la clinique d'OBS. Patiente a accouché dans un autre établissement et fait mention d'avoir retenu les services d'un avocat.	2021-02-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	730 775	Revue du dossier faite par l'avocate. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B		CHUDGLD	Autre	Réseau et médecins poursuivis en lien avec la gestion du rendement et impact sur la clientèle.	2020-10-30	Litige - poursuite déposée	730 069	Plainte de la demanderesse à la Commission des droits de la personne fut rejetée. À l'attente de l'avis de précisions de la part de l'avocat pour finaliser notre défense.	Ouvert
6	2017 et 2019 NB aucun RI	HEJC ? Bureau md	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de manquement au niveau des soins (atteinte rénale, doit avoir recours à la dialyse maintenant).	2020-10-13	Litige - poursuite signifiée	720 776	Ordonnance de désistement par consentement signé par la cour. Recommandation faite à HIROC pour fermer le dossier.	Ouvert
4	2020-08-20	Hors lieu	Traitement/ Analyse/ Procédé	Réclamation pour remboursement de frais liés à une chirurgie au dos faite au Maine. Pt allègue des manquements au niveau des soins qui ont mené à cette chirurgie au Maine.	2020-08-27	Réclamation - blessure corporelle	720 772	Réclamation refusée. Plaintes liées au manquement de traitement sont pour services reçus dans l'autre Réseau et par son médecin de famille. Recommandation à HIROC de fermer le dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé

4	2020-04-07	HRE	Plainte	Réclamation pour remboursement d'une chaise roulante. Allègue que le personnel lui a causé des blessures aux épaules lors d'un code blanc.	2020-08-12	Réclamation - blessure corporelle	720 771	Dossier de réclamation toujours en cours avec les avocats.	Ouvert
6	2017-11-25	PEM Lamèque	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de mauvais traitement (déhiscence de la plaie suite au retrait des agrafes).	2020-07-13	Litige - poursuite signifiée	720 768	Défense déposée. En processus de préparer l'Affidavit des documents.	Ouvert
5	2018-06-04	CHR	Sécurité	Patient agressé par un autre patient et a subi fracture du bras.	2020-06-05	Litige - poursuite signifiée	720 764	Recommandations données à HIROC. Défense et réclamation entre défenseurs déposée et signifiée. En attente de la décision de la motion en certification du CHR, car si certifiée, cette cause devrait être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
5	2020-05-21	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Éclosion Covid-19 suite à un retour d'un voyage par un travailleur de la santé.	2020-06-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 763	Le travailleur de la santé a déposé un avis de poursuite envers la GRC, le gouvernement du Nouveau-Brunswick et Facebook. Le Réseau ne fait pas partie des défendeurs, mais des allégations envers le Réseau seraient inclus dans l'exposé de la demande.	Ouvert
6	2019-08-30	HRC Bathurst	Plainte	Allégations que des délais de traitement et ses complications sont liés à des problèmes administratifs.	2020-02-26	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 758	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

5	2019-12-10	HRC	Incident m-x	Réclamation pour support émotionnel et aide financière suite à un incident relié aux médicaments.	2020-01-31	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 755	Pas de poursuite ni réclamation reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'une poursuite ou expiration du délai.	Ouvert
4	2020-01-20	HRE	Soins Obstétriques	Accouchement difficile avec multiples tentatives de tractions avec ventouse. Bébé admis en néonatalogie.	2020-01-23	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 754	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2012-07-31	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de mauvais traitements (patient a développé des complications entraînant une incapacité)	2020-01-22	Litige - poursuite signifiée	720 752	Plaidoiries échangées entre les parties ainsi que l'affidavit de documents. En attente des dates de disponibilités pour l'interrogatoire au préalable.	Ouvert
6	2019-09-22	HTS et HRC Ba	Plainte	Plainte concernant qualité des soins reçus. Allégation de manquements qui auraient pu contribuer à la quadraplégie.	2020-01-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 749	Plaignante non satisfaite des suivis reçus. Elle a demandé à parler à notre représentant légal. Correspondance envoyée en janvier par l'avocate assignée au dossier ainsi qu'un appel. Plaignante mentionne vouloir procéder avec une action.	Ouvert
5	2019-12-29	HRC	Sécurité	Fugue d'un patient et a été retrouvé sans vie à la maison (suicide).	2019-12-30	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 753	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

4	2019-08-20	HRE	Soins Obstétriques	Complications à 28 semaines de grossesse (échographie démontre retard croissance sévère). Patiente transférée dans un hôpital tertiaire.	2019-08-21	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 744	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2016-11-19	HGGS	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'une fracture cervicale non diagnostiquée. Patient allègue souffrance et blessure permanentes au cou avec baisse de mobilité.	2019-08-08	Litige - poursuite signifiée	720 743	Décision rendue que le demandeur était hors de son délai de prescription au moment où la motion a été déposée. Le demandeur fait appel de la décision. L'appel va être entendu le 22 mars 2022.	Ouvert
1B	2019-07-03	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Traces de sang aperçues à l'intérieur de la machine (hémodialyse) pendant la maintenance (potentiel de contamination croisée entre les patients).	2019-07-05	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 740	Suivis effectué auprès de la gestion des risques et aucun des patients n'a indiqué vouloir intenter une action. Recommandation à HIROC pour fermer le dossier, car le délai est échu.	Ouvert
5	2014-02	CHR	Sécurité	Allégation d'abus durant son hospitalisation au CHR. Demande de réclamation.	2019-05-21	Réclamation - blessure corporelle	720 738	Fait maintenant partie du recours collectif déposé envers le CHR.	Ouvert
4	2018-08-16	HRE	Plainte	Plaintes multiples - famille allègue manquement au niveau des soins.	2019-05-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 737	Délai de prescription échu. Aucune action n'a été intentée à ce jour. Recommandation à HIROC pour la fermeture du dossier.	Ouvert

5	2019-04-29	CHR	Plainte	Pt transgredre se plainte de discrimination et d'abus lors d'une admission au CHR.	2019-05-06	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 734	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu, car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
1B	2019-03-14	CHUDGLD	Sécurité	Plaignant a fait une demande à la cour pour avoir une copie d'un enregistrement vidéo. Demande refusée.	2019-05-02	Litige - poursuite signifiée	720 733	Une action a été intentée uniquement contre Garda et non contre Vitalité. Garda a défendu sa cause sans ajouter Vitalité comme mis en cause. Ce dossier est maintenant fermé.	Fermé
4	2019-04-24	HRE	Soins Obstétriques	Césarienne élektive avec complications.	2019-04-26	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 732	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2018-06-05	CHUDGLD	Plainte	Intervention chirurgicale non nécessaire suite à un mélange au niveau des prélèvements.	2019-04-23	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 730	Délai de prescription échu. Aucune action n'a été intentée à ce jour. Recommandation à HIROC pour la fermeture du dossier.	Ouvert
4	2019-04-18	Bureau de md. Implique I.P.	Traitement/ Analyse/ Procédé	Plainte en lien avec délai pour être transféré au spécialiste. Patient a nécessité une chirurgie extensive pour un cancer.	2019-04-18	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 729	Délai de prescription échu. Aucune action n'a été intentée à ce jour. Recommandation à HIROC pour la fermeture du dossier.	Ouvert
5	2019-03-02	CHR	Sécurité	Blessure au patient lors d'un code blanc.	2019-04-11	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 727	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu, car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert

4	2019-04-01	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Accouchement d'un bébé mort-né. Réclamation en lien avec perte du fœtus (disposé par erreur).	2019-04-08	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 726	Violation de la clause de confidentialité: rapport donné à HIROC et Vitalité. Recommandation à HIROC de fermer le dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé
1B	2019-03-29	CHUDGLD	Frais hospitaliers	Réclamation à la cour des petites créances concernant des frais payés en lien avec le congé médical.	2019-04-01	Litige - Cour petites créances	720 724	Règlement obtenu. Avis de retrait déposé à la cour. Dossier maintenant fermé.	Fermé
5	2018-10-22	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Réclamation d'un travailleur de la santé suite à une réaction après avoir reçu son vaccin.	2019-03-22	Réclamation - blessure corporelle	720 728	Délai de prescription échu. Dossier maintenant fermé	Fermé
5	2019-05-24	CHR	Traitement/ Analyse/ Procédé	Recours collectif: Allégations de négligence systémique dans le traitement de patients au Centre Hospitalier de Restigouche.	2019-02-28	Litige - poursuite signifiée	720 723	La Cour a confirmé la certification de la cause comme recours collectif. Réception des ébauches d'une ordonnance de certification et d'une ordonnance pour l'avis aux membres du groupe visé par le recours collectif. Les avocats de la défense proposeront des modifications à l'ordonnance. Si les avocats des demandeurs ne sont pas d'accord, une audience avec la juge pour plaider notre position sera demandée.	Ouvert
5	2019-02-09	CHR	Décès imprévu	Suicide au Centre Hospitalier de Restigouche.	2019-02-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 720	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert

1B	2019-02-01	CHUDGLD	Plainte/incident - Vie privée	Plainte et menace de poursuite pour soins reçus et bris de confidentialité.	2019-02-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 722	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. Recommandation à HIROC pour fermer le dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé
4	2018-07-25	HRE	Plainte	Allégation d'un manque au niveau de l'évaluation d'une blessure (tendon déchiré) et des soins prodigués.	2018-10-25	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 708	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé
4	2018-08-01	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Plainte en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-09-25	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 704	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé
5	2018-05-01	CHR	Décès imprévu	Décès inattendu au CHR (décédé d'une pneumonie).	2018-09-13	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 703	Dossier gardé ouvert même si le délai de prescription est échu car cette cause peut être incluse dans le recours collectif.	Ouvert
6	2018-03-30	HTS	Traitement/ Analyse/ Procédé	Décès inattendu	2018-08-09	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 696	L'expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé
1B	2016-03-19	CHUDGLD	Plainte	Allégation de mauvais soins et infection à l'incision chirurgicale lors du changement de pansements.	2018-07-27	Litige - poursuite signifiée	720 694	En attente de l'affidavit des documents de la part du demandeur.	Ouvert

4	2018-07-16	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Incident en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-07-19	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 693	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé
1B	2016-06-20	CHUDGLD et Moncton City Hospital (Horizon)	Plainte	Suicide en communauté	2018-07-12	Litige - poursuite signifiée	720 689	Ordonnance par consentement pour désistement sans dépens obtenue. Dossier maintenant fermé.	Fermé
1B	2018-06-11	CHUDGLD	Plainte	Plainte et menace de poursuite en lien avec plaie de pression.	2018-07-04	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 690	Expiration du délai de prescription sans dépôt d'une action alors avocate recommande à HIROC de fermer le dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé
4	2018-06-01	HRE	Plainte/incident - Vie privée	Plainte en lien avec accès non autorisés au dossier électronique.	2018-06-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 687	Expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé
1B	2018-03-29	CHUDGLD	Traitement/ Analyse/ Procédé	Réclamation pour faire payer médicaments à la suite d'une complication.	2018-04-30	Réclamation - blessure corporelle	720 682	Expiration du délai de prescription sans dépôt d'une action alors avocate recommande à HIROC de fermer le dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé

5	2018-04-17	HRC	Plainte/incident - Vie privée	Accès non autorisé à des dossiers médicaux.	2018-04-24	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 679	L'expiration du délai de prescription sans qu'une action soit intentée. En attente d'une décision de HIROC quant à la fermeture du dossier. Dossier maintenant fermé.	Fermé
6	2016-01-30	HTS	Incident m-x	Allégation de dommages permanents suite à l'administration d'un médicament auquel la personne était allergique.	2018-03-26	Litige - poursuite signifiée	720 631	À l'attente des engagements de la part de la demanderesse.	Ouvert
1B	2018-02-02	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complication lors de l'accouchement et bébé transféré à un autre établissement.	2018-03-01	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 671	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2014-12-25	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de mauvais traitement et omission de diagnostic (bébé décédé quelques jours après le congé de l'hôpital).	2018-01-08	Litige - poursuite signifiée	720 668	Ordonnance par consentement pour désistement signée. Dossier maintenant fermé.	Fermé
6	2016-02-12 au 18	HRC	Plainte	Allégation d'avoir été placé dans l'unité de psychiatrie contre sa volonté.	2017-11-17	Litige - poursuite signifiée	720 662	Démarches avec la cour pour rejet de l'action en raison des délais.	Ouvert
1B	2017-08-02	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Demande d'une césarienne d'une patiente non compliant et refusée par le médecin. Accouchement dans un autre hôpital.	2017-08-03	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 654	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

5	2015-07-20	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un diagnostique manqué et des soins reçus à l'urgence. Suite à plusieurs visites patient décédé d'un embolie pulmonaire.	2017-07-17	Litige - poursuite signifiée	720 651	Interrogatoires au préalable débutés. Demandeur a l'intention de modifier ses plaidoiries. En attente d'un suivi.	Ouvert
1B	2015-03-15	CHUDGLD	Chute	Chute d'un visiteur dans la salle d'attente de l'urgence.	2017-07-07	Litige - poursuite signifiée	720 645	Procédures en cours, interrogatoires au préalable ont eu lieu. Engagements finalisés et recommandations données à HIROC pour règlement.	Ouvert
6	2013-09-16	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation de blessures au bras nécessitant greffe de peau lors d'une chirurgie.	2017-05-04	Litige - poursuite signifiée	720 646	À l'attente des engagements.	Ouvert
4	2017-03-21	HRE	Soins Obstétriques	Accouchement d'urgence par césarienne. Bébé né avec complications et transféré dans un autre établissement.	2017-03-22	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 642	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
4	2016-07-12	HRE	Soins Obstétriques	Bébé né avec diagnostic d'hypoxie et lésion cérébrale ischémique.	2017-03-17	Litige - poursuite signifiée	720 641	Interrogatoires au préalable eurent lieu du 25 au 29 avril 2022.	Ouvert
4	2017-03-08	HRE	Soins Obstétriques	Complications suite à accouchement vaginal avec utilisation de ventouse. Condition du bébé s'est ensuite stabilisée.	2017-03-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 637	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

4	2013-12-18	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un faux diagnostique suite à une lecture d'un CT scan sternum/clavicule	2016-09-02	Litige - poursuite signifiée	720 616	Interrogatoires au préalable ont eu lieu. Suivis des engagements envoyés le 26 août 2020 à notre avocate. En attente de suivis.	Ouvert
5	2015-04-01	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'un diagnostique manqué et des soins reçus à l'urgence. Suite à plusieurs visites patient a subi une chirurgie de la vésicule biliaire.	2016-08-06	Litige - poursuite signifiée	720 615	Ordonnance de désistement par consentement signé par la cour obtenue. Recommandation à HIROC de fermer le dossier.	Ouvert
6	2016-05-19	CSC Lamèque	Plainte	Plainte avec sortie médiatique concernant les soins reçus par son enfant dans 2 établissements du Réseau.	2016-06-07	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 610	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2015-06-15	H/CSCL	Chute	Allégation d'invalidité totale suite à une chute dans le corridor de l'établissement.	2015-12-18	Litige - poursuite signifiée	720 588	L'interrogatoire au préalable a eu lieu. Les engagements ont été reçus et un rapport préparer pour HIROC.	Ouvert
1B	2015-06-16	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications durant l'accouchement du bébé (nécrose de la graisse et paralysie Erb's).	2015-06-19	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 571	Dossier en suspens pour l'instant vu qu'aucune poursuite n'a été déposée. À l'attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

6	2008-09-05	HRC	Soins Obstétriques	Bébé né par césarienne avec complications sévères.	2015-05-14	Litige - poursuite signifiée	720 562	Interrogatoires au préalable annulés en raison de la COVID-19 et autres raisons. Les plaidoiries doivent être modifiées en raison du décès de l'enfant. À l'attente de la réponse de la part de l'avocat des demandeurs pour savoir si un tuteur d'instance est nécessaire en lien avec la perte de capacité de l'un des témoins.	Ouvert
4	2015-03-08	HRE	Traitement/ Analyse/ Procédé	Bébé vu à l'urgence pour vomissements et congédié après évaluation. Réadmis à l'urgence le jour-même, avec choc septique possible et hypothermie. Intubé et transféré dans un autre	2015-03-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 556	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2014-12-25	HRC	Soins Obstétriques	Délai pour procéder à une césarienne d'urgence.	2015-01-16	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 545	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2011-12-08	HL'EJ HL PEM LA	Traitement/ Analyse/ Procédé	Allégation d'omission de traitement et de mauvais soins.	2013-12-12	Litige - poursuite signifiée	720 524	Interrogatoire au préalable complété et nous sommes en attente des engagements et des suivis.	Ouvert
1B	2012-05-13	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Accouchement difficile par césarienne.	2012-05-16	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 477	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

4	2011-09-05	HRE	Soins Obstétriques	Bébé né par césarienne avec détresse respiratoire. Congé à la maison après quelques jours.	2011-09-16	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 465	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à réception d'un avis de poursuite ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	1991-03-20	HEJC	Soins Obstétriques	Bébé avec paralysie cérébrale suite à un accouchement d'urgence par césarienne.	2011-02-21	Litige - poursuite signifiée	720 452	Interrogatoires au préalable ont eu lieu et les suivis aux engagements sont complétés. Rapport d'expert obtenu et sommes en attente des rapports des parties adverses.	Ouvert
6	2010-08-15	HRC	Traitement/ Analyse/ Procédé	Bébé échappé accidentellement en le berçant (aucune blessure notée)	2010-09-15	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 456	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2010-05-06	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications suite à un accouchement par césarienne nécessitant un transfert dans un autre établissement.	2010-05-10	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 427	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
6	2007-12-25	HRC	Soins Obstétriques	Bébé avec paralysie cérébrale suite à accouchement par césarienne urgente.	2009-08-05	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 397	Pas de poursuite reçue à ce jour. Dossier ouvert pour surveillance jusqu'à l'expiration du délai de prescription.	Ouvert
1B	2007-09-11	CHUDGLD	Soins Obstétriques	Complications à la naissance d'un bébé (ne respirait pas à la naissance et a nécessité une transfusion sanguine).	2007-09-17	Potentiel de réclamation ou poursuite	720 278	En attente de l'action ou l'expiration du délai de prescription.	Ouvert

Note d'information

Point 5.15

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

Date : 2 juin 2022

Objet : Mise à jour de la démarche d'agrément

Décision recherchée

La note est présentée à titre d'information et afin de donner une mise à jour sur la démarche d'agrément.

Contexte/problématique

- L'horaire de la visite a été établi avec Agrément Canada et sera communiqué aux équipes (voir horaire en annexe).
- Il y a eu un changement à l'équipe des visiteurs. Mme Marie-Josée Gagnon sera remplacée par M. Yves Desjardins qui œuvre depuis plus de vingt ans dans le domaine de la santé et des services sociaux à titre de spécialiste en planification, en évaluation de programme et en amélioration continue de la qualité. Mme Nicole Tremblay, patiente-partenaire, se joint à l'équipe des visiteurs (voir profil en annexe). Elle accompagnera certains visiteurs pour évaluer la dimension des soins centrés sur le patient et la famille et participera au groupe de discussion avec les patients-partenaires. Nous avons recommandé à Agrément Canada qu'elle participe aux rencontres des équipes suivantes : santé mentale, traitement des dépendances, chirurgie, pédiatrie, soins primaires et enfants-jeunes.
- La collecte/documentation des preuves avance bien et sera terminée par la mi-mai. L'équipe qualité et sécurité des patients fera une révision des preuves avant de les transférer sur les clés USB pour les visiteurs.
- De façon générale, l'implantation de la pratique organisationnelle requise sur le bilan comparatif des médicaments (BCM) est un défi pour plusieurs équipes, ainsi les normes qui touchent le partenariat avec les patients/familles. Un plan d'action sera élaboré par l'Équipe régionale de BCM, afin d'identifier les prochaines étapes dans la mise en œuvre du BCM. Un document a été élaboré avec des exemples de partenariats, afin d'aider les équipes dans la collecte des preuves pour les normes qui touchent les soins centrés sur le patient et la famille.
- Avec la pandémie, il y a eu un retard dans la révision des politiques et procédures. Plusieurs politiques dépassent la période de révision prévue de 3 ans. Certaines politiques en lien avec les PORs (ex. prévention des chutes, TEV) sont en processus de révision, mais ne seront pas en vigueur au moment de la visite. Les politiques existantes, datant de 4-5 ans, seront présentées aux visiteurs. Il sera important, lors de la rencontre préliminaire avec la direction, que ce défi soit partagé avec les visiteurs.

- Les activités du plan de communication se poursuivent. Les forums avec les directeurs et gestionnaires sont débutés et des rencontres sont prévues aux deux semaines jusqu'à la visite d'agrément. Ces forums permettent un partage d'information sur la démarche d'agrément et les processus prioritaires qui touchent l'ensemble de l'organisation dans le but de mieux préparer les équipes et le personnel pour la visite. Une présentation est également prévue vers la fin mai pour le personnel médical.
- Des exercices de simulation sont prévus en mai avec les équipes qui seront visitées. Une rencontre a eu lieu avec les chefs d'équipe pour discuter de l'organisation et du déroulement des simulations. Il y aura une rencontre virtuelle avec chaque équipe régionale et des visites sur le terrain pour préparer le personnel à la visite.
- Dans le cadre de la visite, Agrément Canada demande à l'organisme d'identifier des objectifs propres à la visite ou des éléments à évaluer. Voici quelques propositions pour discussion qui sont en lien avec le partenariat et notre culture organisationnelle :
 - Évaluer l'intégration des patients, clients et leurs proches comme partenaires de décisions à tous les niveaux de l'organisation.
 - Évaluer la mise en œuvre de l'approche apprenante dans notre culture organisationnelle d'amélioration continue de la qualité.
 - Évaluer notre niveau de collaboration avec nos partenaires dans la livraison des soins et services.
 - Est-ce qu'il y a des activités/initiatives propres à un secteur qu'on voudrait évaluer?

Prochaines étapes

- Finaliser la préparation des preuves en lien avec les normes.
- Poursuivre les initiatives du plan de communication (Forum, simulation, article dans l'Hebdo).
- Poursuivre les discussions avec Agrément Canada sur les préparatifs pour la visite.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Sans objet - note présentée à titre d'information.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique		X		
Qualité et sécurité			X	
Partenariats	X			
Gestion des risques (analyse légale)		X		
Allocation des ressources (analyse financière)		X		
Impacts politiques	X			
Réputation et communication		X		

Suivi à la décision

- Poursuivre la démarche d'agrément et les préparatifs pour la visite du 19-24 juin 2022.

Proposition et résolution

- Aucune – rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 9 mai 2022 par Nicole Frigault - directrice Qualité, Risques et Expérience patient.

Profil patiente partenaire d'Agrément Canada



Profil

Nicole Tremblay est retraitée du réseau de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean depuis 2010. Elle a œuvré 35 ans à titre de professionnelle, 25 ans dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et 10 ans dans un centre de réadaptation en déficience physique. Tout au long de sa carrière, elle a travaillé auprès de plusieurs clientèles et dans plusieurs programmes, tel que déficience visuelle, auditive, motrice et en traumatologie.

Elle a travaillé sur un projet pour la mise en place d'intervenants en éducation spécialisée, dans le but d'améliorer l'offre de service dans une unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Et sur un autre projet pour offrir des services de maintien dans la communauté à une clientèle atteinte de paralysie cérébrale.

Depuis qu'elle est à la retraite, Nicole s'implique bénévolement auprès des comités des usagers du réseau de la santé et des services sociaux. Elle est actuellement présidente du comité des usagers de l'hôpital de Jonquière et présidente du comité des usagers du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-St-Jean.

En 2010, elle a reçu le prix Hommage Bénévolat-Québec dans la catégorie «Bénévole», pour la fondation d'une organisation venant en aide aux personnes traumatisées crânio-cérébrale et à leurs proches. Elle s'implique toujours comme vice-présidente du conseil d'administration de cet organisme qui travaille en continuum de service.

En 2017, l'Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux (INESSS) l'a invité à faire partie d'un comité d'experts pour la lecture de l'étude sur l'état de pratique en traumatologie pédiatrique. Toujours en 2017, elle a été panéliste au forum du ministère de la santé et des services sociaux, sur les meilleures pratiques dans les Centres d'Hébergement en Soins Longue Durée (CHSLD).

Nicole Tremblay désire s'impliquer comme «Patient visiteur» afin d'apporter la dimension usager dans l'amélioration continue des services en santé et services sociaux.

VISITE D'AGRÉMENT CANADA – 19 au 24 juin 2022
SECTEURS QUI SERONT VISITÉS

Zone 1	Zone 4	Zone 5	Zone 6
Urgence (GD, SMK)	Urgence (EDM, GS, SQ)	Urgence (CAMP)	Urgence (BA, TR, CA)
Soins intensifs (GD)	Soins intensifs (EDM)	Soins intensifs (CAMP)	Soins intensifs (BA)
Services périopératoires et interventions invasives (GD)	Services périopératoires et interventions invasives (EDM)	Services périopératoires et interventions invasives (CAMP)	Services périopératoires et interventions invasives (BA)
Soins ambulatoires (GD)	Soins ambulatoires (GS)	Soins ambulatoires (CAMP)	Soins ambulatoires (LA)
Médecine (GD – 4C, 3D)	Médecine (GS, SQ)	Médecine (CAMP – Med/Surg)	Médecine (BA 4 est, TR 2 ^e Nord)
Néphrologie (GD – 4F)	Clinique hémodialyse (EDM)		
Obstétrique (GD - 3B)	Obstétrique (EDM)		Obstétrique (BA)
Gestion des médicaments Pharmacie (GD)	Gestion des médicaments Pharmacie (EDM)	Gestion des médicaments Pharmacie (CAMP)	Gestion des médicaments Pharmacie (CA)
Laboratoire, incluant transfusion et ADBD (GD)	Laboratoire, incluant transfusion et ADBD (EDM, SQ)	Laboratoire, transfusion et ADBD (CAMP)	Laboratoire incluant ADBD (BA, CA, LA)
Service d'imagerie diagnostique (GD)	Service d'imagerie diagnostique (EDM, GS)	Service d'imagerie diagnostique (CAMP)	Service d'imagerie diagnostique (BA, TR, CA)
URDM/Stérilisation (GD)	URDM/Stérilisation (EDM)	URDM/Stérilisation (CAMP)	URDM/Stérilisation (BA, TR)
Prévention des infections (GD)	Prévention des infections (EDM)	Prévention des infections (CAMP)	Prévention des infections (CA)
Traitement du cancer (GD – centre d'oncologie, 4D)	Traitement du cancer (EDM)		Traitement du cancer (CA)
Santé mentale – unité psychiatrie (GD)	Télésanté (EDM)	Santé mentale (CHR – C1, F1)	Santé mentale - unité psychiatrie (BA)
	Services de santé mentale communautaires (Kedgwick)	Services de santé mentale communautaires (CAMP)	Services de santé mentale communautaires (Enfants-jeunes BA)
Réadaptation (GD – 3F)		Traitement des dépendances (CAMP)	
Soins de longue durée (GD, SMK, Anciens Combattants)			Soins de longue durée (BA 4 Ouest)
Soins primaires (Centre médical Shédiac, Centre de santé du Grand Moncton)	Soins primaires (Centre de santé Dr-Chanel-Dupuis)	Soins primaires (Clinique médicale E.L. Murray) Santé et bien-être de la population (CSC St. Joseph)	Soins primaires (Pointe-Verte)
Santé publique (Shédiac)	Environnement physique (EDM)	Santé publique (CAMP)	Environnement physique (BA)
Capital humain (GD - dossiers RH)	Capital humain (EDM - dossiers RH)	Capital humain (CAMP - dossiers RH)	Capital humain (BA - dossier RH)
			Gestion intégrée de la qualité (BA)
			Gestion intégrée des risques (BA)
			Communication (BA)
			Préparation en vue de situations d'urgence (BA)
			Prestation des soins fondée sur principes éthiques (BA)
			Équipement – ingénierie clinique (BA)
			Gestion des ressources (BA)
			Planification et conception des services (BA)
			Cheminement des patients (BA)

Note d'information

Point 5.16

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

Date : 2 juin 2022

Objet : État d'avancement - Plan de qualité et sécurité 2021-2022 et Plan pour 2022-2023

Décision recherchée

Cette note est présentée afin de partager l'état d'avancement des objectifs du Plan de qualité et sécurité 2021-2022 du Réseau et d'approuver la reconduction de l'actuel plan pour l'année 2022-2023.

Contexte/problématique

État d'avancement des objectifs du Plan de qualité et sécurité 2021-2022

- **Implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM):** dû à la pandémie, il y a eu peu d'avancement dans ce dossier au cours de la dernière année. Les équipes ont toutefois maintenu les acquis. L'équipe régionale a été réactivée et a eu une première rencontre le 14 avril. Un plan d'implantation est en voie d'élaboration pour voir à la mise en œuvre du BCM aux points de transition des soins.
- **Réduction des obstacles au cheminement des usagers :** plusieurs initiatives sont en cours et doivent se poursuivre dans le but d'améliorer le cheminement des usagers (par ex. : réorientation des patients à l'urgence, projet sur la durée de séjour prévue, comité provincial sur les temps d'attente aux urgences, initiatives du comité et sous-groupes de travail sur la gestion de la capacité hospitalière, programme de maintien à domicile, GPS, plan de débordement, etc.).
- **Augmenter le nombre de patients partenaires :** la cible de 22 patients partenaires a été atteinte. Les démarches de recrutement doivent se poursuivre pour bâtir la banque des patients partenaires. Les directeurs et gestionnaires ont été sollicités pour obtenir la liste des patients partenaires qui œuvrent auprès de leur secteur, afin de bonifier l'inventaire. Le plan de recrutement et de communication sera révisé. Des initiatives seront mises en œuvre afin de soutenir davantage les équipes qui souhaitent avoir un patient partenaire (par ex. : création de communautés de pratique pour les personnes de soutien et les partenaires expérience patient (PEP)).
- **Réduction du nombre d'incidents de violence en milieu de travail :** au cours de l'année, la politique, les outils et la formation en lien avec la prévention de la violence ont été révisés. Les évaluations des risques ont été débutées et doivent se poursuivre, ainsi que le coaching et formation aux gestionnaires. La mise en œuvre du plan provincial sur la sensibilisation de la population sur la violence en milieu de travail est en cours et doit se poursuivre.

Plan qualité 2022-2023

La direction Qualité, Sécurité et Expérience patient recommande la reconduction du Plan de qualité et sécurité 2021-2022 pour l'année 2022-2023 considérant le contexte actuel, à savoir :

- Les vagues de pandémie ont ralenti les activités liées à l'actualisation du plan prévu;
- Une transition du secteur Qualité s'est amorcée au courant de l'année 2021-2022;
- Un changement au poste de directeur Qualité, Sécurité et Expérience patient est imminent compte tenu le départ à la retraite de la directrice actuelle en juillet;
- La préparation en vue de la visite d'Agrément Canada prévue en juin mobilise temps et ressources;
- 2022-2023 marque la dernière année du Plan stratégique 2020-2023 du Réseau et les activités du Plan sont déjà alignées.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Voir plus haut.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique		X		
Qualité et sécurité			X	
Partenariats			X	
Gestion des risques (analyse légale)		X		
Allocation des ressources (analyse financière)		X		
Impacts politiques		X		
Réputation et communication		X		

Suivi à la décision

- Suivre la mise en œuvre du plan de qualité et sécurité par le biais d'indicateurs/tableau de bord.
- Reconduire le plan pour l'année 2022-2023.

Proposition et résolution

Proposé




Appuyé

Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients approuve la reconduite du plan de qualité pour l'année 2022-2023.


Adoption

Soumis le 12 mai 2022 par Nicole Frigault - directrice Qualité, Risques et Expérience patient.

PLAN DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ 2021-2022

Dimensions de la qualité	Objectifs	Initiatives en cours	Mesures/indicateurs	Cibles	T1	T2	T3	T4
	 <p>Implanter le bilan comparatif des médicaments (BCM) aux points de transition des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réactiver l'équipe régionale de BCM - Évaluer les besoins en ressources et les effectifs nécessaires pour poursuivre l'implantation à travers chaque zone (incluant les petits établissements) - Élaborer un plan d'implantation selon la disponibilité des ressources - Finaliser le travail sur l'outil de BCM au congé - Explorer la possibilité d'avoir un outil informatisé pour le BCM - Poursuivre le travail sur le processus et les outils pour le BCM aux soins ambulatoires 	Pourcentage des patients ayant un BCM lors de l'admission (Obj. : maintenir les acquis et augmenter de 5%)	50%	45%	45%	41%	
			Pourcentage des patients ayant un BCM au congé (Obj. : maintenir les acquis et augmenter de 5%)	22 %	20%	21%	24%	
			Taux d'erreurs de médicaments (Obj. : diminution de 5% de l'année précédente)	3.32	3.11	2.93	2.78	
Sécurité	 <p>Réduire les obstacles au cheminement des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques - Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète - Instaurer une approche gériatrique - Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir des niveaux de soins alternatifs (NSA) - Améliorer la coordination entre les foyers de soins de niveau 3 et les services d'urgence - Prévenir les admissions en offrant un meilleur support dans la communauté - Améliorer l'accès aux soins de première ligne - Favoriser un retour à domicile propice et rapide - Voir à la mise en œuvre de la pratique organisationnelle requise (POR) sur le cheminement des patients 	Pourcentage de visites des niveaux 4 et 5 à l'urgence (Obj.: diminution de 2% de l'année précédente)	57.2 %	57.6%	59.2%	58.1%	
			Nombre de jours NSA (Obj.: diminution de 2% de l'année précédente)	112 690 28173/T	24 450	24 681		
			% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus (Obj.: diminution de 2% de l'année précédente)	11.5 %	7.4%	6.9%		
			Pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires (Obj. : résultats en dessous de la moyenne de l'année précédente)	4.9 %	5.72%	5.25%		
Soins centrés sur les patients et les familles	 <p>Augmenter le nombre de patients partenaires qui participent à des équipes/comités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Voir à la diffusion du guide pour les équipes, afin d'intégrer les patients partenaires dans leurs activités - Mettre en œuvre un plan de communication (incluant un vidéo) pour promouvoir les patients-partenaires - Revoir les stratégies de recrutement et de marketing via les médias sociaux/site web - Poursuivre le recrutement de partenaires de l'expérience patient - Faire appel aux médecins pour identifier des patients potentiels - Mettre en œuvre le sondage pour évaluer l'intégration du patient partenaire dans l'équipe 	Nombre de partenaires de l'expérience patient (PEP) (Obj. : augmenter de 15 le nombre de PEP)	22	16	16	19	22

PLAN DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ 2021-2022

Dimensions de la qualité	Objectifs	Initiatives en cours	Mesures/indicateurs	Cibles	T1	T2	T3	T4
Milieu de travail	 <p>Réduire le nombre d'incidents et d'accidents de violence en milieu de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour et promouvoir la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail - Réviser les outils (formation, évaluation du risque) en lien avec la prévention de la violence en milieu de travail - Donner de la formation aux gestionnaires sur les outils d'évaluation du risque - Effectuer les évaluations des risques dans les divers secteurs - Assurer l'analyse des rapports trimestriels sur les incidents et les suivis/améliorations qui en découlent - Voir à la mise en œuvre du plan provincial sur la sensibilisation de la population sur la violence en milieu de travail - Faire une enquête de tous les accidents en lien avec la violence - Voir à la mise sur pied d'une équipe consultative en lien avec la prévention de la violence en milieu de travail 	<p>Taux d'accidents de violence Nouvelle base de données – taux basé sur la moyenne du T4 de l'année précédente</p>	0.98	0.47	0.34	0.71	

Note d'information

Point 5.17

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

Date : 2 juin 2022

Objet : État d'avancement de la mise en œuvre du Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité

Décision recherchée

La note est présentée à titre d'information et afin de faire état de l'avancement du dossier de la mise en œuvre du Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Contexte/problématique

Le Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité a été approuvé par le présent comité à sa réunion du 16 novembre 2021. Des actions étaient planifiées pour s'assurer de la diffusion et de l'appropriation du Guide dans l'ensemble du Réseau de santé Vitalité. Voici un suivi des étapes depuis la dernière rencontre.

Étapes	Suivi
Présentation et approbation du guide par le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.	Fait le 16 novembre 2021
Mise en œuvre des stratégies de communication et marketing afin de diffuser le guide, la structure d'imputabilité et les rôles et responsabilités de tous en matière d'amélioration de la qualité et de sécurité des patients.	Plan d'action élaboré. Ajustements à prévoir ainsi qu'aux échéanciers prévus en raison du contexte de transition. Il faudra également réviser le plan sous une approche de gestion du changement. D'ici à juin, les publics visés sont : <ul style="list-style-type: none">• Les directeurs et les responsables des équipes d'Agrément (date à déterminer en mai)• Le CMCR (prévu le 24 mai)• Comité consultatif des patients et familles (prévu le 19 mai)• Le CPC (fait en février)
Rendre le guide (format abrégé) disponible sur le site Web.	Traduction du résumé en cours Démarches entreprises avec le secteur des communications pour mise en ligne Le comité consultatif des patients et familles sera consulté le 19 mai
Préparation du matériel et des outils pour les équipes et gestionnaires.	En cours
Mise sur pied des comités et des équipes qualité-sécurité.	En cours <u>Équipes qualité-sécurité</u> : l'inventaire par VP sera effectué après la visite d'Agrément. Ceci permettra de partager les meilleures pratiques pour les comités déjà existants et de mettre sur pied des équipes dans les secteurs qui n'en ont pas encore.

	Caucus de sécurité : rencontre avec tous les directeurs le 23 mars pour échanger sur ce qui se fait actuellement et les ajustements à faire à la formule proposée pour adaptation à leurs secteurs. L'inventaire des services qui font des caucus sécurité et les outils qu'ils utilisent pourra être effectué suivant la visite d'Agrément Canada.
Tournée dans les zones pour présenter le guide aux gestionnaires, directeurs et médecins.	À prévoir à l'automne 2022
Tournée des dirigeants en continu pour discuter des succès, des défis et prendre le pouls du personnel sur le terrain en lien avec la qualité et la sécurité des patients.	La tournée de la PDG de mai 2022 dans toutes les zones servira de dialogue sur les bons coups et les préoccupations en lien avec ces thèmes. Cette tournée des dirigeants devrait être incluse dans le cycle de planification du Réseau.
Suivi et évaluation de la mise en œuvre du guide et de la structure d'imputabilité.	À venir

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- La préparation à la visite d'Agrément Canada mobilise une portion importante de l'agenda des conseillers en qualité et sécurité, leur gestionnaire et la direction, ce qui diminue le temps qui peut être consacré à d'autres volets du secteur Qualité.

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nécessite l'adhésion et la collaboration de tous les secteurs
Gestion des risques (analyse légale)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
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

- Nil

Proposition et résolution

Aucune - rapport présenté à titre d'information.

Soumis le 2022-05-12 par Marjorie Pigeon, directrice Qualité, Sécurité et Expérience patient.

Note d'information

Point 5.18

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

Date : 2022-06-02

Objet : Mise à jour de l'implantation du logiciel de gestion des incidents

Décision recherchée

Cette note d'information est présentée à titre d'information et avis.

Contexte/problématique

- Le nouveau logiciel de gestion des incidents, iRapport, fut déployé dans l'ensemble du Réseau le 1^{er} mars dernier.
- Les communications vont bon train et suivent le plan de communication établi.
- Une présentation pour les directeurs, gestionnaires, superviseurs et ressources a eu lieu le 10 février 2022. Au total, 272 personnes y ont pris part.
- Afin de faciliter l'utilisation du nouveau logiciel, divers outils furent mis à la disposition des employés et des gestionnaires sur le Boulevard, dans la page de Gestion intégrée des risques de la section Services et programmes. Ces outils sont fréquemment mis à jour.
- Le nombre d'incidents rapportés a connu une légère baisse en mars durant les premières semaines d'implantation du nouveau système. Depuis, on note une augmentation graduelle du taux de signalement des incidents.
- Les commentaires des utilisateurs concernant le nouveau système sont majoritairement positifs.
- La période de validation et d'ajustements technologiques se poursuit avec le fournisseur ou les administrateurs du système.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- La configuration principale du système est complétée, mais une nouvelle proposition de changements à la taxonomie a été demandée par le ministère de la Santé. Les suivis sont en cours pour évaluer ces changements.
- Une structure de gouvernance est en discussion et doit être mise en place avec le ministère et les deux Régies pour la gestion des accès au système, aux données, aux divers rapports ainsi qu'au partage d'information avec des organismes externes.
- Nous prévoyons faire un court sondage auprès des utilisateurs en septembre prochain (six mois après la date du déploiement).
- Une nouvelle campagne publicitaire pour le iRapport débutera prochainement afin de poursuivre la sensibilisation auprès du personnel du Réseau.

Considérations importantes

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

Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Continuer à promouvoir l'utilisation du nouveau logiciel.
Poursuivre le développement du logiciel en fonction des besoins du Réseau et des tendances au niveau provincial et fédéral en matière de signalement des incidents et des incidents évités de justesse.
Définir les règles d'accès et de partage des données du système.

Proposition et résolution

Aucune proposition nécessaire

Soumis le 2022-05-13 par Sonia Bernatchez, gestionnaire régionale – Gestion des risques.

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 2 juin 2022

Objet : **Politique et procédure CA-350 « Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients »**

Vous trouverez ci-joint une mise à jour de la politique et procédure CA-350 « Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients » pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure CA-350 « Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients » soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 24 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

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 : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :		

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. 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 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.

Composition et fonctionnement

1. Le comité est composé de quatre membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du comité.
2. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli.
3. Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
4. 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.
5. Le président du Conseil d'administration est membre d'office avec droit de vote et la présidente-directrice générale est membre d'office sans droit de vote.

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;

- 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. recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité des patients, de gestion des risques et d'éthique et suit leurs mises en œuvre;
 - 1.1.3. passe en revue et recommande un plan sur la qualité et la sécurité des patients ainsi que des objectifs d'amélioration annuels;
 - 1.1.4. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques;
 - 1.1.5. 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;
 - 1.1.6. 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;
 - 1.1.7. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité des patients, à la gestion des risques et à l'éthique;
 - 1.1.8. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité des patients pour les membres du comité et du Conseil;
- 1.2. aux normes d'agrément liées aux soins centrés sur le patient/client, 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;
- 1.4. aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical, de renouvellement, de suspension ou de modification;
- 1.5. 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.
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. 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;
- 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 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.

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.
 - 1.5 Passer en revue les priorités nationales actuelles dans le domaine de la qualité et de la sécurité des patients, comme la rémunération en fonction du rendement et l'usage de technologies de l'information pour améliorer la qualité.

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.

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

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 2 juin 2022

Objet : Plan de travail 2022-2023

Un plan de travail 2022-2023 est proposé afin que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients puisse voir les progrès réalisés par le Réseau de santé Vitalité envers l'atteinte de ses objectifs en matière de soins centrés sur les usagers et leur famille, et les responsabilités du conseil à l'égard de l'amélioration de la qualité, de la sécurité des usagers et des membres de l'équipe, et d'un milieu de travail positif.

Proposé par

Appuyé

Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients approuve le plan de travail pour l'année 2022-2023.

Adopté

Soumis le 16 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

PLAN DE TRAVAIL

2022-2023

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Date de la réunion	Activités
Septembre 2022	<ul style="list-style-type: none">• Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, des risques et de l'éthique• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers• Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis)• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Novembre 2022	<ul style="list-style-type: none">• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers• Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP• Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis)• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Mars 2023	<ul style="list-style-type: none">• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers• Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP• Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis)• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)
Juin 2023	<ul style="list-style-type: none">• Révision du plan de travail et du calendrier des réunions du Comité de la qualité• Surveiller le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais des tableaux de bord stratégique et équilibré et d'autres rapports réguliers• Présentation du plan qualité, initiatives, projets - VP• Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis)• Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille• Surveiller le risque organisationnel (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)• Examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)• Surveiller la satisfaction de la clientèle (rapport sur les plaintes, rapport sur l'expérience des patients hospitalisés, histoire patient)

Note d'information

Point 6.1

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

Date : 2 juin 2022

Objet : Programme de gestion intégrée des risques

Décision recherchée

- La version 2022 du Programme de gestion intégrée des risques est déposée pour consultation et approbation.

Contexte/problématique

- Le Programme de Gestion intégrée des risques, développé initialement en 2014 et approuvé par le Comité de qualité du Conseil d'administration, a été révisé une seconde fois en 2016 et approuvé en 2017 par le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration.
- Le programme a été une fois de plus révisé, afin de s'assurer qu'il reflète toujours les pratiques de gestion des risques en vigueur dans l'organisation, la vision du secteur de Gestion des risques ainsi que la maturité du Réseau en matière de gestion intégrée des risques. Les changements apportés au Programme ont été surlignés en pointillés.
- Le programme s'appuie toujours sur les normes d'agrément et sur la norme ISO 31000 portant sur la gestion des risques. Il s'aligne également avec le Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du Réseau.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Le programme a été initialement développé, afin de faciliter une approche intégrée pour la gestion des risques au sein du Réseau.
- La norme d'agrément 12.3 du Cahier de normes à l'intention de la gouvernance indique que le Conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soient en place.
- La norme d'agrément 12.0 du Cahier de normes sur le leadership indique qu'un processus permet de gérer et de réduire les risques au sein de l'organisme.
- Le programme vise à protéger des risques, le public, les employés et l'organisation et s'applique à l'ensemble des risques faisant partie des domaines suivants : stratégique/gouvernance, opérationnel, soins aux patients/ sécurité des patients, financier, ressources humaines, juridique/ réglementaire, technologique et des dangers liés à l'environnement et aux infrastructures.
- Ce programme veut aussi appuyer l'organisation dans son cheminement vers l'atteinte de bonnes pratiques de gestion des risques, et ce, afin d'améliorer de façon continue la gestion et les opérations et de soutenir le développement d'une culture de gestion intégrée des risques.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valeurs organisationnelles: intégrité, imputabilité et équité
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Encadrement du processus de gestion intégrée des risques...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

- Présenter le Programme de gestion intégrée des risques au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du Conseil d'administration pour approbation.
- Développer un plan de communication et de formation pour la mise en œuvre du programme.

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Programme de gestion intégrée des risques soit accepté tel que présenté.

Adoption

Soumis le 2022-05-13 par Sonia Bernatchez, gestionnaire régionale – Gestion des risques.



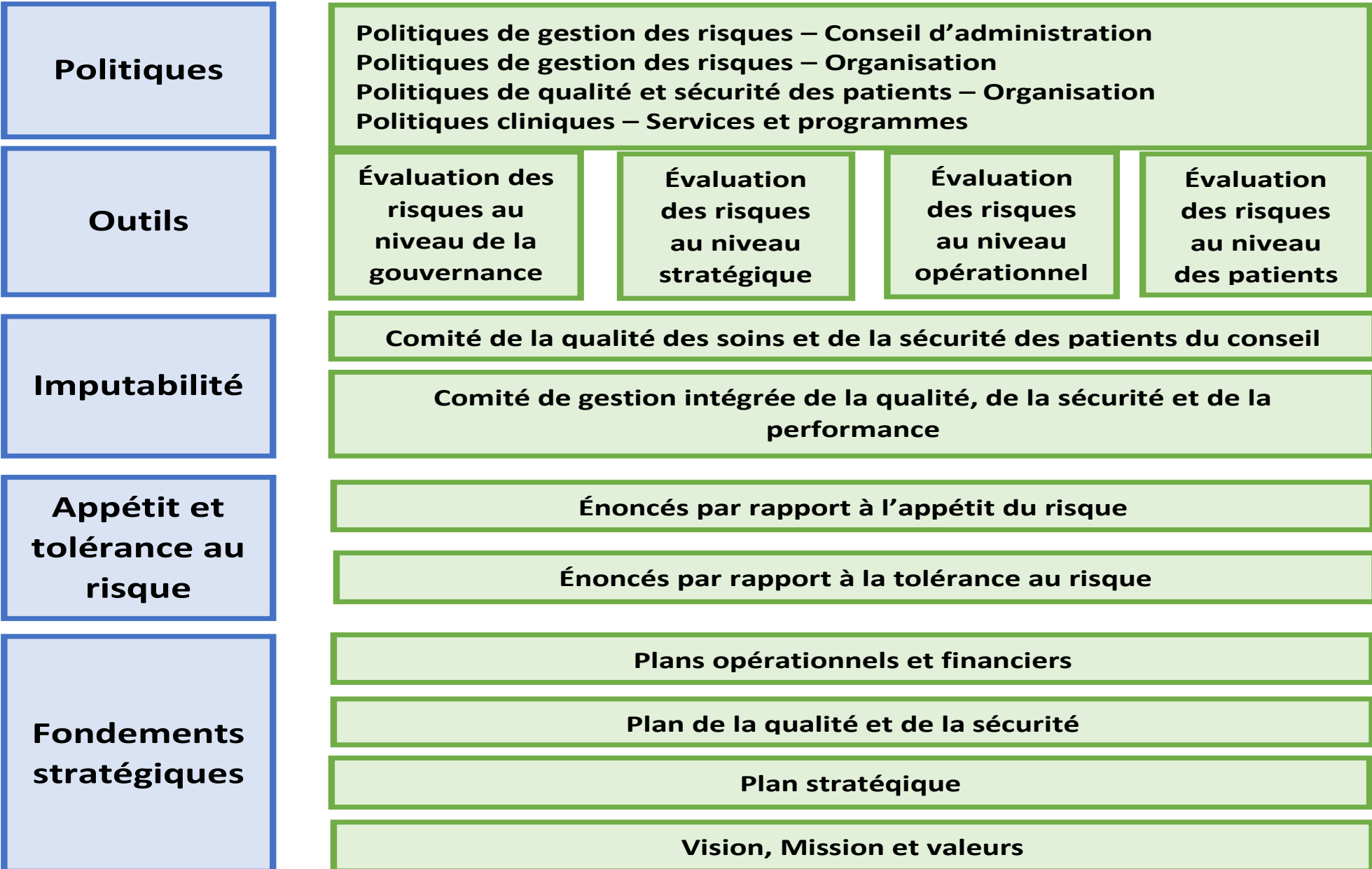
Programme de gestion intégrée des risques

Révision du programme
Mai 2022

Contexte

- Le *Programme de Gestion intégrée des risques*, développé initialement en 2014 et approuvé par le Comité de qualité du Conseil d'administration, a été révisé une seconde fois en 2016 et approuvé en 2017 par le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration.
- Le programme a été une fois de plus révisé, afin de s'assurer qu'il reflète toujours les pratiques de gestion des risques en vigueur dans l'organisation, la vision du secteur de Gestion des risques, ainsi que la maturité du Réseau en matière de gestion intégrée des risques.
- Le programme s'appuie toujours sur les normes d'agrément et sur la norme ISO 31000 portant sur la gestion des risques. Il s'aligne également avec le Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du Réseau.

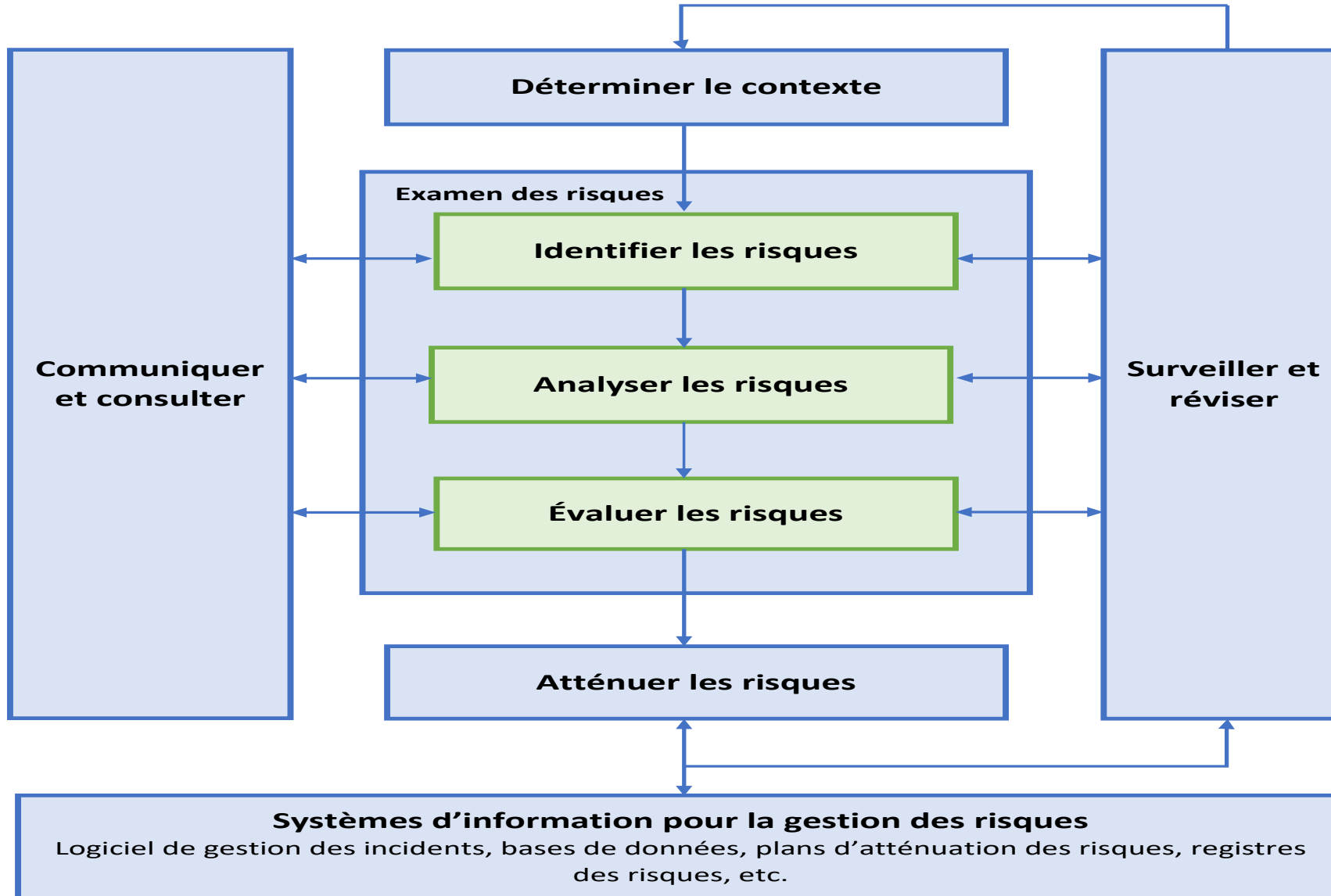
CADRE CONCEPTUEL DE LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES



Les principaux changements du cadre

- Les informations concernant les dimensions du cadre conceptuel de la Gestion intégrée des risques (GIR) furent bonifiées.
 - Ajout d'un hyper lien pour chacune des politiques en lien avec le cadre.
 - Ajout de la listes des outils disponibles permettant l'identification et l'évaluation des risques
 - Ajout des rôles de l'Équipe de leadership et des gestionnaires au niveau de l'imputabilité en matière de risques.
 - Énoncés par rapport à l'appétit et la tolérance aux risques incluant trois types de décisions basées selon le niveau de risques.

PROCESSUS DE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES



Les principaux changements au niveau processus

- Ajout de domaines de risques permettant de catégoriser les risques. Les domaines utilisés par le Réseau sont les suivants:
 - Stratégique/gouvernance
 - Opérationnel
 - Soins aux patients/ sécurité des patients
 - Financier
 - Ressources humaines
 - Juridique/ réglementaire
 - Technologique et dangers liés à l'environnement et aux infrastructures

- Chaque domaine est défini à l'annexe 3 du programme.

Questions ?



Programme de gestion intégrée des risques

Préparé par :

Le service de gestion des risques du Réseau de santé Vitalité

Ébauche - révision 2022-05-02

APPROBATIONS		
VERSION	PAR	DATE
1	Comité de la qualité du Conseil d'administration	3 novembre 2014
2	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration	19 janvier 2017
3	Comité de la qualité et de la sécurité des patients du Conseil d'administration	

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
MISE EN CONTEXTE.....	4
OBJECTIFS ET PRINCIPES DE LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES.....	4
NORMES D'AGRÉMENT.....	5
TERMES FRÉQUEMMENT UTILISÉS EN GESTION DES RISQUES	6
Risque.....	6
Appétit du risque	6
Tolérance au risque.....	6
Matrice d'analyse des risques.....	6
Mesure d'atténuation	6
Risque résiduel.....	6
Registre de risques.....	6
Niveau de risque	6
Probabilité.....	6
Conséquence.....	6
Évaluation des dangers, des risques et de la vulnérabilité (EDRV).....	6
Analyse des modes de défaillance et de leurs effets (ADME)	6
CADRE CONCEPTUEL DE LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES (GIR)	7
DIMENSIONS DU CADRE CONCEPTUEL DE LA GIR	8
POLITIQUES.....	8
OUTILS.....	8
IMPUTABILITÉ	8
APPÉTIT ET TOLÉRANCE AU RISQUE	11
FONDEMENTS STRATÉGIQUES.....	11
PROCESSUS DE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES.....	12
ÉTAPES	13
Déterminer le contexte.....	13
Identifier les risques.....	13
Analyser les risques	14
Évaluer les risques	14

Atténuer les risques	14
Surveiller et réviser	14
Communiquer et consulter	14
Rendre compte des résultats.....	14
ÉVALUATION DU PROGRAMME.....	14
BIBLIOGRAPHIE	16
ANNEXES	17
Annexe 1 – Matrice des risques.....	17
Annexe 2 – Plan d’atténuation des risques	18
Annexe 3 – Domaines de risque	19

INTRODUCTION

Le présent Programme de gestion intégrée des risques a été développé afin de faciliter une approche intégrée pour la gestion des risques au sein du Réseau de santé Vitalité. Il vise à protéger des risques le public, les employés et l'organisation, et il s'applique à l'ensemble des risques qu'ils soient cliniques, stratégiques, opérationnels, financiers, juridiques, environnementaux, épidémiologiques, etc.

Le programme veut aussi appuyer l'organisation dans son cheminement vers l'atteinte des meilleures pratiques de gestion des risques, et ce, afin d'améliorer de façon continue la gestion et les opérations et de soutenir le développement d'une culture de gestion intégrée des risques.

MISE EN CONTEXTE

La gestion des risques contribue, avec la gestion de la qualité et de la sécurité des patients, à la prestation de soins de qualité et sécuritaire. Lorsqu'il est question de la qualité des services, la notion de sécurité y est toujours associée. La gestion des risques occupe une place importante et elle s'intègre aux activités du Réseau grâce au développement d'une culture de sécurité ainsi qu'à la mise en place de processus de gestion intégrée des risques.

La gestion des risques est d'abord et avant tout une activité de gestion comme le sont la gestion financière, la gestion des ressources humaines, la gestion des opérations, la gestion de la qualité, etc. Partie intégrante des activités régulières de l'organisation, la gestion des risques contribue à l'atteinte des objectifs organisationnels. Elle implique l'appréciation et le traitement de chacun des risques de l'organisation de manière à faciliter l'atteinte de ses objectifs.

Il s'agit d'un « processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des systèmes et des sous-systèmes de l'organisation qui permet l'identification, l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques des situations jugées à risque qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux patients, aux visiteurs, au personnel, aux biens de ceux-ci ou à ceux de l'établissement¹ ». Les activités en gestion intégrée des risques font partie d'une démarche d'amélioration de la qualité en identifiant et en instaurant des mesures d'amélioration au sein des processus de manière à ce que la prise de décision tienne constamment compte des risques pouvant compromettre l'atteinte des objectifs.

Une gestion intégrée des risques efficaces fournit un cadre pour comprendre et prioriser les différents types de risques dans une organisation, pour créer un résumé concis des risques les plus importants et pour déterminer si des travaux supplémentaires sont nécessaires pour amener ces risques à des niveaux acceptables.

OBJECTIFS ET PRINCIPES DE LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

Comme les risques font partie intégrante de notre quotidien, la gestion intégrée des risques (GIR) ne vise pas à les éliminer complètement, mais plutôt à trouver un juste équilibre entre la tolérance au risque et le respect de la mission et des orientations stratégiques du Réseau. Ainsi, les objectifs de la gestion intégrée des risques visent à permettre aux services, aux établissements, aux zones et au Réseau de :

- Réduire au minimum l'exposition aux risques;
- Assurer la sécurité des patients et des employés;
- Minimiser les pertes de ressources;

- Réduire la survenue d'incidents préjudiciables;
- Mieux prévoir et maximiser l'allocation des ressources;
- Améliorer la performance;
- Maintenir et améliorer la qualité des services.

Une gestion intégrée des risques se distingue d'une gestion traditionnelle par l'adoption des principes suivants :

- Un processus structuré et systématique qui fait partie intégrante de chaque processus décisionnel, y compris la planification stratégique et la gestion des projets;
- Un processus continu qui implique de réévaluer les risques et d'en faire le suivi périodiquement;
- Une approche applicable ultimement à l'ensemble du Réseau, soit à chaque service, unité et département;
- Une approche proactive basée sur le suivi de données mesurables qui permet une prise de décision informée et une reddition de comptes de l'évolution des niveaux d'exposition aux risques.

NORMES D'AGRÉMENT

Le Réseau reconnaît l'encadrement fourni aux organismes de santé par Agrément Canada en respectant les normes suivantes :

Cahier de normes à l'intention de la gouvernance : La norme 12.3 indique que le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soient en place.

Cahier de normes sur le Leadership : La norme 12.0 indique « qu'un processus permet de gérer et de réduire les risques au sein de l'organisme. »

12.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés, les risques réels et potentiels.

12.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en œuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques.

12.3 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme établit des plans d'atténuation des risques.

12.4 La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme.

12.5 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.

12.6 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, les politiques et les procédures qui portent sur la sélection des services contractuels et des prestataires de services en sous-traitance, ainsi que sur la négociation des contrats, sont respectées.

12.7 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, la qualité des services contractuels et de ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance est évaluée régulièrement.

TERMES FRÉQUEMMENT UTILISÉS EN GESTION DES RISQUES

Risque

Évènement dont l'effet potentiel est susceptible de nuire à l'atteinte des objectifs opérationnels ou stratégiques (déviation positive ou négative par rapport à ce qui est prévu).

Appétit du risque

Désir de connaître les risques en présence.

Tolérance au risque

Tolérance aux effets potentiels des risques.

Matrice d'analyse des risques

Outil de soutien à la décision qui permet de quantifier le risque sur la base de sa probabilité et de ses conséquences (Annexe 1).

Mesure d'atténuation

Action / mécanisme qui vise à réduire le niveau d'exposition à un risque.

Risque résiduel

Risque inhérent pour lequel des mesures de contrôle sont insuffisantes ou inexistantes.

Registre de risques

Document dans lequel sont consignés l'ensemble des risques résiduels.

Niveau de risque

Importance d'un risque, déterminé par la combinaison de la probabilité que le risque se produise et de la gravité des conséquences dans cette éventualité.

Probabilité

Possibilité qu'un risque se manifeste. Au Réseau de santé Vitalité, on s'accorde sur les qualificatifs suivants : très bas, bas, moyen, haut et très haut.

Conséquence

Répercussion possible d'un risque sur l'organisation, les patients, l'environnement, les employés, la réputation, la tenue des affaires, etc. Au Réseau de santé Vitalité, on s'accorde sur les qualificatifs suivants : très bas, bas, moyen, haut et très haut.

Évaluation des dangers, des risques et de la vulnérabilité (EDRV)

Processus de gestion servant à définir et à comprendre les risques présentés par les dangers qui pourraient, en théorie, avoir des conséquences sur une organisation. Cet outil est utilisé pour déterminer les dangers potentiels, évaluer les risques associés à chacun, établir des priorités en vue de la planification et de la préparation, ainsi que pour élaborer une stratégie en matière de prévention, d'atténuation, de préparation, d'intervention et de rétablissement en cas de survenue de tout évènement.

Analyse des modes de défaillance et de leurs effets (ADME)

Méthode de résolution de problèmes qui est utilisée pour évaluer la fiabilité et les points critiques de toutes sortes de processus. Cet outil est idéalement utilisé en phase de définition (conception). Il s'utilise aussi en amélioration continue de la qualité pour des phases de reconception ou de réingénierie

des processus. Cet outil permet d'établir un équilibre entre l'amélioration de la performance et la maîtrise des risques.

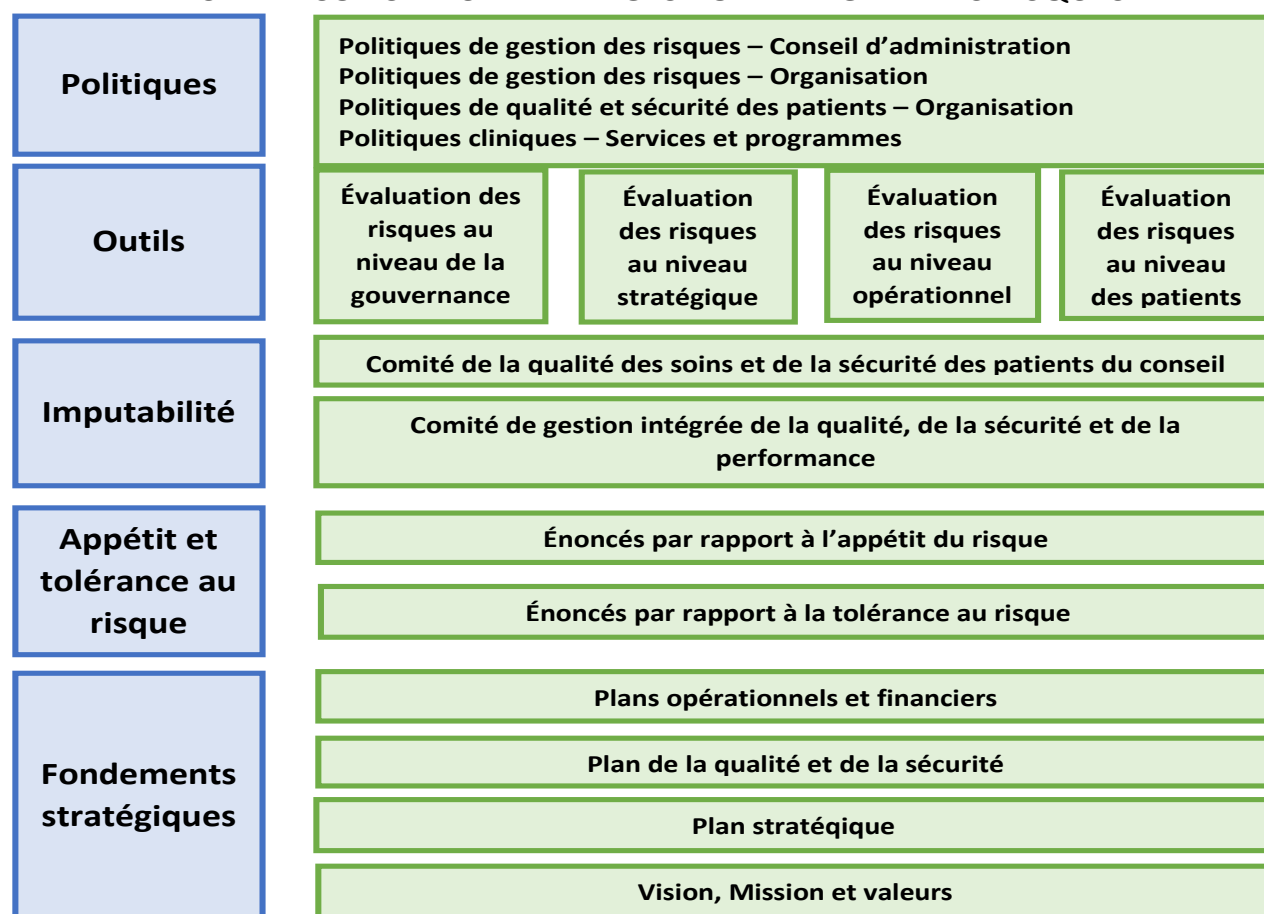
Plan d'atténuation des risques

Outil utilisé pour développer un plan d'action afin de faire face à des risques potentiels générés par une nouvelle initiative, un projet, une menace, etc. Il s'agit d'un outil évolutif dont le contenu doit être mis à jour régulièrement, et ce, au fur et à mesure que le risque se développe ou que les mesures d'atténuation sont mises en œuvre. (Annexe 2).

CADRE CONCEPTUEL DE LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES (GIR)

Dans le contexte de la révision du présent programme, le service de gestion des risques a développé un cadre conceptuel propre à la gestion intégrée des risques.

CADRE CONCEPTUEL DE LA GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES



DIMENSIONS DU CADRE CONCEPTUEL DE LA GIR

POLITIQUES

Le Réseau de santé Vitalité a mis en œuvre des politiques et procédures qui encadrent des aspects de la gestion intégrée des risques. Ces politiques s'appuient sur les différentes normes, les lois et les meilleures pratiques.

- CA-240 - Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques [hyperlien](#)
- GEN.1.20.10 - Demande d'avis juridique [hyperlien](#)
- GEN.5.20.02 - Atténuation des risques [hyperlien](#)
- GEN.5.20.10 - Incidents et incidents évités de justesse [hyperlien](#)
- GEN.5.20.15 - Réclamations en cas de bris ou de pertes de biens [hyperlien](#)
- GEN.5.20.20 - Plaintes [hyperlien](#)
- GEN.5.20.30 - Alertes et rappels de produits [hyperlien](#)
- GEN.5.20.70 - Mandataire spécial [hyperlien](#)
- GEN.5.30.05 - Engagement à une culture d'amélioration de la qualité et sécurité des patients [hyperlien](#)
- GEN.5.30.10 - Incidents préjudiciables [hyperlien](#)
- GEN.5.30.20 - Divulgence d'un incident préjudiciable [hyperlien](#)
- GEN.5.30.40 - Rôles et responsabilités à l'égard de la sécurité des patients [hyperlien](#)
- GEN.6.30.25 - Évaluation des facteurs relatifs à la vie privée [hyperlien](#)

OUTILS

Différents outils et processus sont utilisés au sein de l'organisation afin d'identifier et de gérer les risques ou à titre de référence. Voici les principaux :

- Rapport d'incident et de plaintes [hyperlien](#)
- Plan d'atténuation des risques (Annexe 2)
- Évaluation des dangers, des risques et de la vulnérabilité (EDRV) [hyperlien](#)
- Analyse des modes de défaillance et de leurs effets (ADME)
- Évaluation des facteurs de risques de violence en milieu de travail [hyperlien](#)
- Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients.

IMPUTABILITÉ

La responsabilité de gérer les risques appartient à tous. Toutefois, certains groupes ou comités ont des responsabilités particulières pour ce qui est de la gestion intégrée des risques.

Conseil d'administration

Tel que ce qui est stipulé dans la politique du conseil « Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques » CA-240, le Conseil est responsable d'assurer la mise en œuvre d'une méthode intégrée de gestion des risques, de surveiller les risques qui menacent l'organisation et d'approuver le niveau de tolérance général de risques du Réseau. Ces responsabilités sont appuyées par les normes d'Agrément Canada à l'intention de la gouvernance.

Pour s'acquitter adéquatement de ses fonctions, le Conseil doit recevoir des rapports de gestion des risques et être informé des plans d'intervention mis en œuvre pour répondre aux différents risques.

Comité de la qualité des soins et sécurité des patients du Conseil d'administration

Le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du Conseil (comité) est responsable d'assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité. 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 afin d'être en mesure de guider le Conseil d'administration à l'égard de ses responsabilités concernant tous les aspects liés à la prestation des soins et services aux patients.

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

Le Comité régional de la qualité, de la sécurité et de la performance assure le leadership en ce qui concerne la gestion intégrée des risques pour l'ensemble du Réseau. Il s'assure de la mise en œuvre du Plan intégré d'amélioration de la qualité et de la sécurité et des stratégies qui appuient une culture d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients, et ce, afin que l'organisation atteigne ses objectifs. Il assure un rôle de surveillance et d'intégration des dimensions de la qualité reconnue ainsi que de l'intégration des meilleures pratiques en matière de gestion de la qualité, des risques et de sécurité par la mise en œuvre de processus d'évaluation, d'analyse systématique et de mise à niveau des pratiques.

Équipe de leadership

L'équipe de leadership établit la stratégie et assure la mise en place des structures, processus et mécanismes d'évaluation et de mobilisation nécessaires au développement d'une culture juste et sécuritaire et d'une culture apprenante de mesure et d'amélioration continue de la qualité. Elle assure une vigie-alerte au sein de l'organisation (ex. : analyses prospectives sur la sécurité, analyses des causes profondes, retrait du matériel dangereux ou de médicaments (rappels), etc.) et veille à l'optimisation et à l'allocation des ressources nécessaires aux activités d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la performance, incluant également des ressources pour soutenir le développement du partenariat de soins et de services.

L'équipe de leadership établit annuellement les priorités et objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité pour l'ensemble du Réseau et assure leur intégration au Plan intégré d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Elle supporte le développement et la priorisation des activités d'amélioration continue de la qualité des soins et des services en cohérence avec les orientations stratégiques, les plans de gestion et les besoins spécifiques des équipes.

Elle rend compte au Conseil d'administration sur la qualité et la sécurité des soins et services dispensés par le Réseau.

Gestionnaires

Afin de développer la culture de sécurité et d'encourager la déclaration des incidents, les gestionnaires jouent un rôle de leader et de modèle en encourageant la déclaration des incidents dans un environnement juste et sécuritaire, où les membres du personnel, les patients et les membres de leur famille peuvent parler ouvertement des risques et des erreurs en recherchant les causes sous-jacentes et les solutions pour apprendre de ces derniers et partager ces apprentissages. Dans une culture juste et sécuritaire, les erreurs ne se traduisent pas automatiquement en réprimandes.

Ils rapportent les résultats des activités d'amélioration à leur directeur sur une base semestrielle.

Les gestionnaires assurent la promotion et la mise en œuvre des meilleures pratiques basées sur les données probantes, des lignes directrices et normes de pratique, des normes d'agrément ou autres normes à l'intérieur de leurs secteurs/services.

Les gestionnaires jouent un rôle de leader dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services par différents moyens notamment :

- En mettant un point statuaire Qualité et sécurité à l'ordre du jour de toutes les rencontres de service;
- En veillant à l'animation de cercles ou d'équipes qualité et à la tenue de caucus sécurité le cas échéant;
- En impliquant les employés dans la détermination des priorités qualité et sécurité de leur secteur/service et des mesures ou solutions à mettre en place;
- En identifiant, affichant et communiquant clairement les priorités, objectifs et indicateurs de résultats de l'équipe en matière de qualité et sécurité pour le secteur/service;
- En assurant la participation active de l'équipe aux projets ou initiatives en lien avec l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services;
- En valorisant l'apprentissage en action, la résolution de problème en équipe et l'amélioration continue basées sur les données probantes et la mesure des résultats;
- En valorisant et reconnaissant la contribution de chacun dans l'apprentissage collectif et l'amélioration continue.

Service de gestion des risques

Le Service de gestion des risques est responsable d'encadrer le processus de gestion des incidents, de faire le suivi des cas litigieux et des réclamations, d'encadrer le processus de divulgation, de coordonner le processus entourant le suivi des alertes et rappels, d'offrir du soutien aux gestionnaires et directeurs pour ce qui est des évaluations des risques (Plan d'atténuation des risques, ADME, etc.), d'offrir de la formation sur la gestion des risques, de conseiller le personnel sur des questions d'ordre juridique ou en ce qui touche le risque, de réviser les ébauches de politiques et procédures, etc. Le service est aussi responsable de surveiller les indicateurs par rapport aux risques cliniques, d'effectuer des analyses de tendances et des analyses de causes profondes, de préparer des rapports et de soumettre des recommandations à l'attention des gestionnaires et des différents comités.

APPÉTIT ET TOLÉRANCE AU RISQUE

L'appétit (désir de connaître les risques en présence) et la tolérance aux risques (tolérance aux effets potentiels des risques) sont les deux concepts sur lesquels repose l'exercice d'évaluation des risques. Une fois les risques identifiés, ils sont catégorisés selon leur probabilité d'occurrence et la gravité des conséquences possibles. Ils sont ensuite classés, à l'aide de la matrice des risques, en trois niveaux : faible, modéré ou élevé.

Le programme de gestion des risques propose les trois types de décisions suivantes qui seront déterminés pour chacun des risques identifiés :

- **Statu Quo** - signifie que le dirigeant est confortable avec les mesures d'atténuation existantes. S'applique habituellement aux risques de niveau faible, mais pourrait s'appliquer aux autres niveaux de risques lorsque les mesures d'atténuation en place sont jugées suffisantes (risques résiduels faibles).
- **Surveillance** - signifie que le dirigeant souhaite obtenir de l'information régulière sous forme de rapport ou d'indicateur afin de surveiller le risque et pouvoir réagir au besoin. S'applique habituellement aux risques de niveau modéré, mais pourrait s'appliquer à un risque élevé lorsque les mesures d'atténuation en place sont jugées suffisantes.
- **Plan d'action** – signifie que le dirigeant souhaite qu'un plan d'action spécifique soit élaboré pour atténuer les risques et identifie un responsable. S'applique habituellement aux risques de niveau élevé.

FONDEMENTS STRATÉGIQUES

Le Réseau de santé Vitalité reconnaît que la gestion intégrée des risques fait partie non seulement de son processus stratégique, mais aussi de sa culture organisationnelle.

Par conséquent, les pratiques suivantes sont favorisées :

- Identification des principaux risques organisationnels et communication de ceux-ci jusqu'au Conseil d'administration;
- Prise en compte des risques organisationnels lors de l'élaboration du plan stratégique, du plan régional de santé et d'affaires, des budgets, de l'allocation des ressources, etc.;
- Formation des employés par rapport à la gestion intégrée des risques, au signalement des incidents et des risques;
- Promotion d'une culture organisationnelle d'amélioration continue de la qualité visant l'apprentissage lors du suivi des incidents;
- Promotion d'une culture juste et sécuritaire qui encourage une communication transparente lors de l'analyse des incidents;
- Suivi des résultats ayant trait aux risques et suivi des répercussions de la mise en œuvre des actions correctives;
- Utilisation de moyens pour assurer l'étendue des principes de gestion intégrée des risques à tous les paliers de l'organisation (surveillance, mesure et rapport).

Cette approche est appuyée par Agrément Canada. En effet, dans la section « conseils » de la norme 12.2 s'appliquant à la direction, Agrément Canada précise qu'« une méthode intégrée de gestion des

risques signifie que la gestion des risques est intégrée à la culture de l'organisme. Le personnel d'encadrement de l'organisme incite la participation des cadres à tous les échelons de l'organisme à la planification de la gestion des risques et encourage ceux-ci à tenir compte de la gestion des risques dans leurs activités quotidiennes. Cela comprend les plans ou les objectifs opérationnels et l'attribution de responsabilités à l'échelle de l'organisme. »

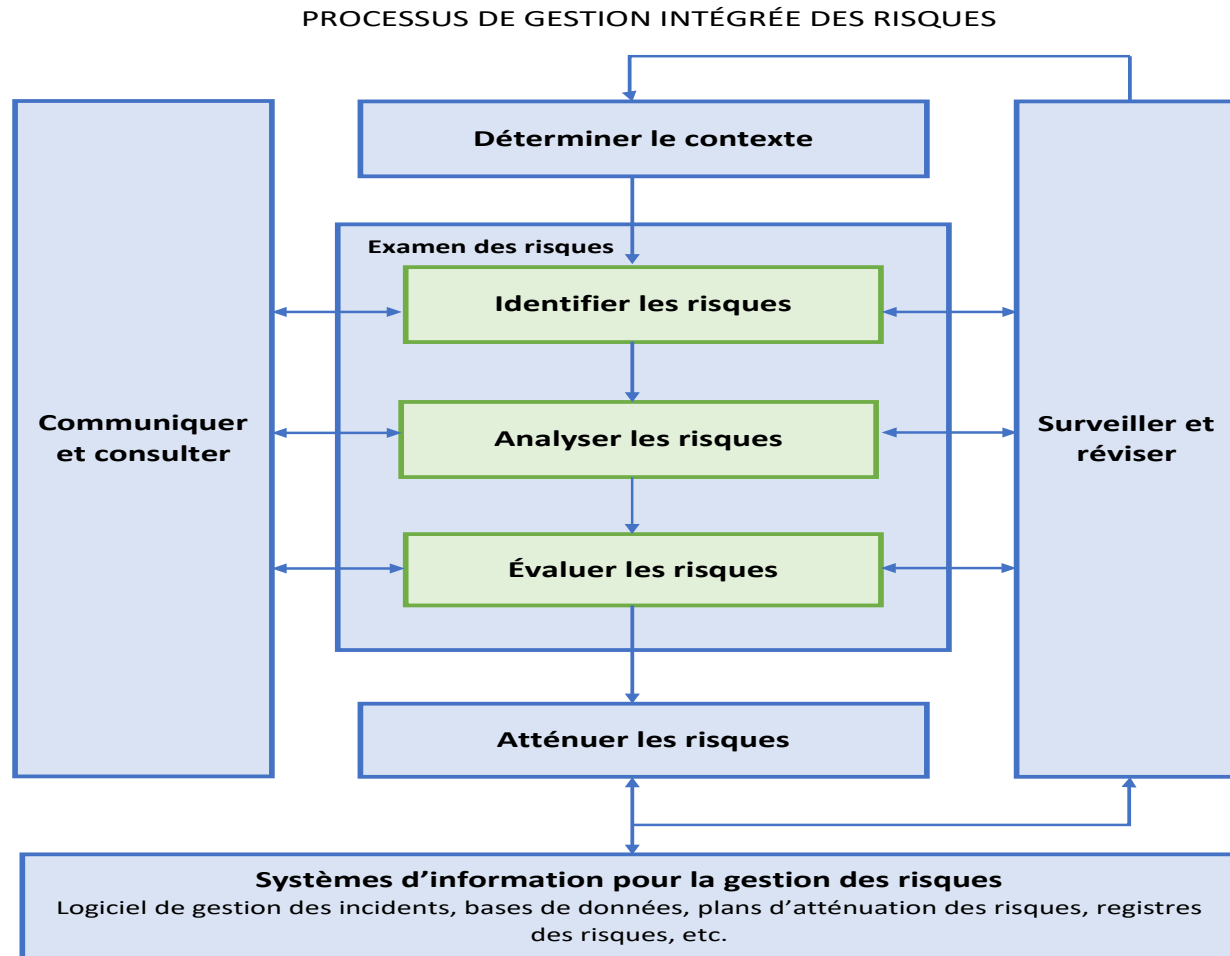
PROCESSUS DE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

Le diagramme à la page suivante est inspiré de la norme ISO 31000. Il décrit les différentes composantes de la gestion intégrée des risques, y compris l'examen des risques.

Il faut rappeler que le processus d'examen des risques ne peut pas être fondé seulement sur les expériences, les émotions ou les instincts. Il doit être fait méthodiquement afin de réduire au minimum les distorsions entraînées par des a priori personnels et des hypothèses erronées. Tout comme certaines personnes craignent de voyager en avion malgré la preuve que le trajet en voiture pour se rendre à l'aéroport est statistiquement beaucoup plus dangereux, une organisation peut être tentée de se concentrer sur des dangers qui, en fait, pourraient ne pas être les plus probables ni les plus graves. Une évaluation des risques objective permet à une organisation de concentrer ses ressources humaines et financières limitées sur les risques prioritaires.

Idéalement, un examen des risques devrait être fait par les personnes qui connaissent le mieux le processus visé ou l'initiative ou la situation visée. L'exercice peut toutefois être facilité par une personne qui possède des habilités ou des connaissances des méthodes ou des outils de gestion des risques.

DIAGRAMME



ÉTAPES

Voici les différentes étapes du processus pour les dirigeants qui souhaiteraient faire un exercice d'évaluation des risques, et ce, afin de faciliter le processus de gestion opérationnelle des risques.

Déterminer le contexte

Dresser le portrait de l'environnement interne et externe du service / secteur de façon à mieux prévoir l'origine des risques. Le fait de bien connaître l'environnement dans lequel le service évolue permet de prévoir d'une manière proactive les risques potentiels.

Identifier les risques

Dresser périodiquement la liste de l'ensemble des risques auxquels est exposé le service / secteur. Pour cette étape, l'appétit du risque sera un élément déterminant!

Les risques identifiés peuvent être classés selon des domaines (ou catégories) de risques. Les domaines utilisés par le Réseau sont les suivants : stratégique/gouvernance, opérationnel, soins aux patients/sécurité des patients, financier, ressources humaines, juridique/ réglementaire, technologique et dangers liés à l'environnement et aux infrastructures. Ceux-ci sont définis dans l'annexe 3.

Cet exercice devrait être effectué dans le cadre de l'élaboration d'un plan de travail annuel. L'analyse de la performance du service à partir des différents rapports que le gestionnaire a en main devrait le guider dans cet exercice et permettre d'objectiver les risques auxquels le service est confronté.

Il est à noter que les risques pour lesquels une mesure d'atténuation ou de contrôle efficace est établie doivent faire l'objet d'une surveillance afin de s'assurer qu'ils demeurent en contrôle. Toutefois, les risques résiduels devraient faire l'objet d'un suivi rigoureux afin de s'assurer que les mesures d'atténuation identifiées sont mises en œuvre et efficaces.

Analyser les risques

Comprendre davantage les risques auxquels le service est exposé afin de déterminer si ces risques doivent être abordés et, si oui, par quelle méthode ou stratégie. L'analyse des risques doit tenir compte des causes et de la source des risques, de leurs conséquences et de la probabilité qu'ils surviennent. L'existence de mesures de contrôle et leur efficacité doivent aussi être prises en compte.

Évaluer les risques

Évaluer le niveau d'exposition résiduel pour chacun des risques en se basant sur la probabilité et les conséquences du risque. Une matrice des risques peut être utilisée à cette étape pour quantifier chacun des risques identifiés (Annexe 1). Déterminer, pour chacun des risques résiduels, si le niveau d'exposition est acceptable ou non (tolérance au risque).

Atténuer les risques

Les mesures d'atténuation sont les actions concrètes qu'un gestionnaire va mettre de l'avant afin de contrer ou de réduire le risque. Ces actions et les indicateurs qui seront surveillés devraient être consignés dans le plan d'atténuation des risques.

Surveiller et réviser

Faire le suivi des différents indicateurs identifiés à l'étape précédente. Réagir aux résultats obtenus soit en renforçant les actions prévues ou en révisant le plan d'atténuation des risques.

Communiquer et consulter

Communiquer les objectifs et les résultats obtenus aux membres de l'équipe. Il est important d'engager le personnel dans l'atteinte des objectifs et dans la mise en œuvre des mesures d'atténuation. La communication peut être aussi requise avec le niveau hiérarchique supérieur tel que la direction, l'équipe de leadership, ou le conseil d'administration, surtout si la mise en œuvre des mesures d'atténuations identifiées requiert leur approbation (par ex : ajout de ressources, achat d'équipement, changements majeurs au niveau des processus, construction, etc.).

Rendre compte des résultats

Communiquer au superviseur l'état d'avancement du plan mis en œuvre pour atténuer le risque. Si les résultats obtenus diffèrent de ceux escomptés, il faut demander pour de l'aide auprès du superviseur ou d'un conseiller du Service de gestion intégrée des risques.

ÉVALUATION DU PROGRAMME

Le programme de gestion intégrée des risques fait l'objet d'une évaluation continue afin de déterminer la contribution de celui-ci à la gestion des risques de l'organisation, tant au niveau organisationnel qu'opérationnel. Cette évaluation tient compte des objectifs ainsi que de la performance ciblée.

BIBLIOGRAPHIE

American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM) (2006), *Enterprise Risk Management* (3 parts), in *Monograph*, Janvier 2006, 14 p.

Behamdouni, G. and K. Millar (2010), Implementation of an enterprise risk-management program in a community teaching hospital, in *Healthcare Quarterly*, vol. 13(1), p. 72-78.

Brousselle, Astrid, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (sous la dir.)(2009), *L'évaluation: concepts et méthodes*, Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 300 p.

Carroll, Roberta et American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM) (2010), [*Risk Management Handbook for Health Care Organizations, Clinical Risk Management*](#), San Francisco: Jossey-Bass, 642 p.

Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) (2004), *Enterprise Risk Management – Integrated Framework : Executive Summary*, 16 p., http://www.coso.org/documents/coso_erm_executivesummary.pdf (page consultée le 19 août 2013).

Department of Education, Training and Employment of Queensland Government (Australia), *Enterprise Risk Management Framework 2012-2016*, 22 p., <http://deta.qld.gov.au/corporate/pdf/enterprise-risk-management-framework.pdf> (page consultée le 19 août 2013).

HIROC (2011), *Integrated Risk Management (IRM) for Healthcare Organizations : Risk Management Resource Guide*, Healthcare Insurance Reciprocal of Canada: Toronto, 23 p.

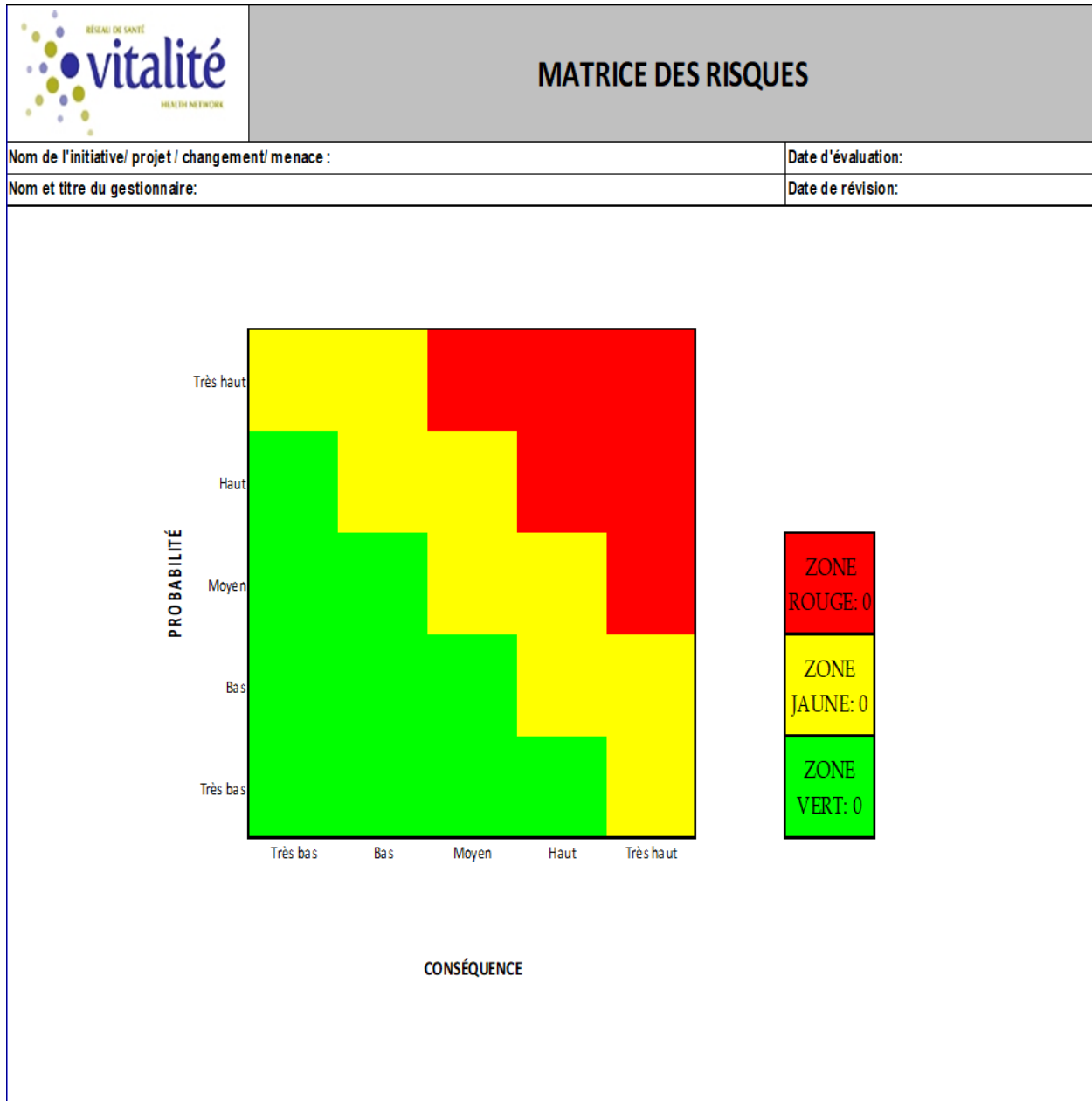
International Electrotechnical Commission (2009), *Risk Management – Risk Assessment Techniques*, Final Draft, IEC/FDIS 31010:2009(E), 90 p.

Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick (2011), *Évaluation des dangers, des risques et de la vulnérabilité (ÉDRV) à l'intention des fournisseurs de soins de santé*, Frédéricton : Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, Octobre 2011, 33 p.

New South Wales Department of Health (Australia) (2009), *Risk Management – Enterprise-Wide Policy and Framework*, 23 p., http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2009/pdf/PD2009_039.pdf (page consultée le 19 août 2013).


ANNEXES

Annexe 1 – Matrice des risques



Annexe 2 – Plan d'atténuation des risques

N'hésitez pas à faire appel au personnel du Service de gestion intégrée des risques pour obtenir de l'aide.

		PLAN D'ATTÉNUATION DES RISQUES				
Nom de l'initiative/ projet / changement/ menace :			Date de préparation (aaaa/mm/jj) :			
Nom et titre du gestionnaire: Manon Roussel, mesures d'urgence			Date de révision (aaaa/mm/jj) :			
	Risques potentiels	Probabilité	Conséquence	Répercussions et effets possibles Énumérez les événements défavorables qui peuvent se produire si le risque survient (p. ex., un effet sur les échéances, le budget, la qualité ou l'étendue du projet).	Actions planifiées pour prévenir le risque ou réduire Énumérez les actions qui seront prises pour éliminer la probabilité que le risque survienne ou les actions qui seront prises dans l'éventualité où le risque surviendrait.	Responsable Indiquez le responsable de la mise en œuvre
1						
2						
3						
4						
5		TB	M			
6						
7						

Légende

Probabilité du risque (niveau de probabilité que le risque survienne) : TB = Très bas, B = Bas, M = Moyen, H = Haut, TH = Très haut

Conséquence du risque (niveau de répercussions si le risque survient) : TB = Très bas, B = Bas, M = Moyen, H = Haut, TH = Très haut

Annexe 3 – Domaines de risque

Stratégique/ Gouvernance	Opérationnel
<p>Risques associés à l'orientation et à la direction de l'organisation.</p> <p>Risques associés à l'image de marque, à la réputation, à l'incapacité de s'adapter aux changements, aux réformes de la santé ou aux priorités établies.</p> <p>Risques associés aux partenariats, conflits d'intérêts, relations avec les médias, aux affiliations et ententes, à l'administration des contrats, etc.</p>	<p>La raison d'être du système de santé est la livraison de soins qui sont sécuritaires, opportuns, efficaces, efficaces et centrés sur les patients.</p> <p>Les risques opérationnels sont liés aux risques qui ont une incidence sur le bon fonctionnement des opérations.</p> <p>Sont inclus les risques liés à la gestion des événements indésirables, à l'octroi de privilèges, à la dotation du personnel, à la gestion de l'information, au fonctionnement organisationnel et aux écarts par rapport aux pratiques, etc.</p>
Soins aux patients/ Sécurité des patients	Financier
<p>Risques associés à la prestation de soins aux patients : l'accessibilité, la sécurité, les services centrés sur l'usager, le milieu de travail, l'efficacité, la pertinence, l'accent sur la population et la continuité.</p> <p>Les risques cliniques comprennent : le non-respect de la pratique fondée sur des données probantes, les erreurs de médicaments, les infections nosocomiales, les incidents préjudiciables graves et autres.</p>	<p>Risques qui affectent la viabilité financière de l'organisation et l'accès au capital pour fournir des soins et services à la population.</p> <p>Les risques peuvent comprendre : les coûts associés avec les litiges et réclamations, la croissance des programmes/ services, budget capital insuffisant (équipements et infrastructures), la conformité de l'entreprise (fraude), les contrats, la facturation et le recouvrement</p>
Ressources humaines	Juridique/ Réglementaire
<p>Sont inclus les risques associés à la sélection des employés, le maintien en poste, le roulement du personnel, l'absentéisme, les blessures liées au travail, les horaires de travail et la fatigue, la productivité et la rémunération.</p> <p>Les risques connexes du capital humain peuvent couvrir le recrutement, le maintien en poste et le congédiement d'employés ou de médecins</p>	<p>Ces risques sont associés à la responsabilité légale résultant du non-respect des lois, des ententes, des normes et des règlements.</p> <p>Ces risques peuvent aussi inclure le non-respect des politiques, la perte du statut d'agrément ou d'une désignation, la responsabilité de gestion ainsi que des questions liées à la propriété intellectuelle.</p>
Technologie	Dangers liés à l'environnement et aux infrastructures
<p>Les soins de santé ont connu une explosion dans l'utilisation de la technologie pour le diagnostic clinique et le traitement, la formation et l'éducation, le stockage et l'extraction de l'information et la préservation des biens.</p> <p>Ce domaine inclut les risques associés avec le matériel informatique, les logiciels, les équipements et les outils, mais comprend également les techniques, les systèmes et les méthodes d'organisation. Il inclut aussi les risques reliés à la cybersécurité.</p>	<p>Ces risques touchent principalement les actifs ou la livraison de services et sont causés par des désastres naturels ou une défaillance interne (environnement et infrastructure).</p> <p>Les risques peuvent inclure les risques liés à la gestion des installations, à l'âge des bâtiments, aux stationnements (éclairage, emplacement et sécurité), vandalisme, constructions/rénovations, tremblements de terre, tempêtes de vent ou de neige, tornades, inondations, incendies, pandémies, etc.</p>

Note couverture

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Date : le 2 juin 2022

Objet : **Registre de risque – dimension qualité, risques et sécurité**

Le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients doit approuver les mesures de contrôles existantes, ainsi que les mesures d'atténuation proposées pour chaque risque relié à la dimension qualité, risques et sécurité.

Vous trouverez ci-joint le registre de risque de la dimension qualité, risques et sécurité pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que le registre de risque – dimension qualité, risques et sécurité soit approuvé tel que présenté.

Adoption

Soumis le 24 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

Suivi du registre de risques du Conseil d'administration

Comité du CA : Qualité des soins et sécurité des patients

Domaine 2 – Opérationnel

Date de la rencontre : 2 juin 2022

No	Risque	Mesures de contrôle existantes	Indicateurs (surveillance)	Suivi
7	Fragilité du système de santé	Nouveau Plan de santé provincial qui engage les partenaires Plan stratégique et Plan régional de santé et d'affaires du Réseau	S/O	<ul style="list-style-type: none"> • La fatigue du personnel se fait sentir à l'échelle de l'organisation et du système de santé. • Il y a une pression du système pour des résultats rapides (ex : mise en œuvre du Plan provincial de santé avec des projets à réaliser dans 24 mois). • Les initiatives du plan de santé provincial ont été alignées avec le plan régional de santé et d'affaires du Réseau (PRSA). De plus, il y a eu un exercice de priorisation des projets/initiatives pour la prochaine année au niveau de l'équipe de Leadership. Le PRSA sera présenté au CA en juin 2022 pour approbation. • Les efforts se poursuivent pour mettre en place des cycles rapides d'exécution des projets (ex. : 90 jours) avec l'aide d'une firme externe.
8	Fermeture et réduction de services	Plan d'atténuation des risques effectué lors des changements majeurs	S/O	<ul style="list-style-type: none"> • Des efforts sont consentis pour maintenir les services en place ou les augmenter à un niveau pré-pandémique. • Fermeture temporaire des services suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Clinique sans rendez-vous du Centre de santé communautaire St-Joseph de Dalhousie (31 janvier 2022) – manque de personnel ○ Services de pédiatrie de l'Hôpital régional d'Edmundston (29 au 30 avril 2022) – manque de personnel médical
9	Données manquantes pour prendre des décisions par rapport aux risques opérationnels	Tableaux de bord stratégique et équilibrés alignés avec le Plan stratégique et le Plan régional de santé et d'affaires	S/O	<ul style="list-style-type: none"> • Un exercice a eu lieu avec l'Équipe de leadership dans le cadre de la préparation du Plan régional de santé et d'affaires afin d'identifier les projets/ initiatives et les indicateurs qui ont le plus grand potentiel de favoriser l'atteinte des objectifs stratégiques.
10	Manque de coordination et de communication avec nos partenaires.	Initiatives provinciales en cours qui facilitent le travail avec les partenaires par ex : groupe de travail	S/O	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de travail en place sur la gestion de la capacité hospitalière qui évalue quatre (4) chantiers : avant l'arrivée à l'hôpital, à l'arrivée du patient à l'hôpital, à l'admission et au congé. • Mise en œuvre des groupes de travail en lien avec le plan de santé (domaines d'action et facteurs de réussite).

		pour les congés, pour la prévention et le contrôle des infections, sur la capacité hospitalière, les services d'urgence, etc.		<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre hebdomadaire entre les directeurs médicaux et hospitaliers entre le CHUDGLD et Moncton Hospital pour échanges et collaboration. • Groupe provincial <i>ED Wait Time</i> regarde aux urgences du grand Moncton en particulier.
--	--	---	--	--

Domaine 3 - Soins aux patients/ Sécurité des patients

11	Réduction de l'accès aux services dus à la pandémie	Optimisation des soins virtuels Plan de rattrapage par programme/service clinique (ex. : blocs opératoires, services diagnostiques, services ambulatoires		<ul style="list-style-type: none"> • Projets d'amélioration d'accès pour les services professionnels et diagnostiques dans le Plan régional de santé et d'affaires. • Optimisation des soins oncologiques. • Réadaptation pédiatrique communautaire.
12	Chirurgies non effectuées dans un délai raisonnable (niveau 1 et 2)	Objectifs établis avec des indicateurs et cibles provinciales Suivi étroit des listes d'attentes (coordonnateurs à l'accès) Plan de rétablissement (postpandémie)		<ul style="list-style-type: none"> • Le comité PSAG (Provincial Surgery Acces Group) est à établir de nouvelles cibles plus réalistes pour le plan de santé. Les derniers 6 mois ont été difficiles. Toutefois le retard est principalement dans les chirurgies de catégories 3 et 4. • Nous utilisons nos ressources avec précaution et devons prévoir un ralentissement estival, afin de reposer notre personnel. Les cas 1 et 2 seront priorités durant cette période.
13	Manque d'accès aux soins d'urgence pour les communautés rurales	Services d'urgence accessibles sur tout le territoire du Réseau Initiatives pour améliorer l'accès aux soins de santé primaire		<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place pendant la vague Omicron d'un processus d'aiguillage en collaboration avec le 811. • Mobilisation de l'ensemble des Infirmières praticiennes pour soutenir l'accès à une consultation via ce processus d'aiguillage.
14	Incidents non rapportés par le personnel	Nouveau logiciel pour rapporter		<ul style="list-style-type: none"> • Le nouveau logiciel de gestion des incidents « iRapport » fut déployé dans l'ensemble du Réseau le 1^{er} mars dernier.

		<p>les incidents sera mis en œuvre au printemps 2022. Celui-ci sera plus convivial.</p> <p>Plan de communication développé pour la mise en œuvre du nouveau logiciel qui adressera entre autres l'importance de rapporter les incidents</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Une présentation pour les directeurs, gestionnaires, superviseurs et ressources a eu lieu le 10 février 2022. Au total, 272 personnes y ont pris part. • Divers outils furent mis à la disposition des employés et des gestionnaires afin de faciliter l'utilisation. • Le nombre d'incidents rapportés a connu une légère baisse en mars durant les premières semaines d'implantation du nouveau système. Depuis, on note une augmentation graduelle du taux de signalement des incidents. • Les commentaires des utilisateurs concernant le nouveau système sont majoritairement positifs. • Nous prévoyons faire un court sondage auprès des utilisateurs en septembre prochain (six mois après la date du déploiement). • Une nouvelle campagne publicitaire pour le « iRapport » débutera prochainement afin de poursuivre la sensibilisation auprès du personnel du Réseau.
15	Absence d'évaluation des impacts des chirurgies annulées et reportées	Suivi étroit des listes d'attente et réévaluation au besoin des priorités		<ul style="list-style-type: none"> • Nous sommes à faire une analyse complète de nos listes d'attente, afin de planifier adéquatement la reprise de l'automne. Un tableau par zone et régional sera produit. • Nous sommes à l'évaluation d'un projet pour la zone 4 où les retards sont plus importants et à la zone 6 pour la chirurgie de cataracte qui est responsable de plus de 50 % des listes d'attente de cette zone.
16	Accès aux services et aux équipements spécialisés sur tout le territoire du Réseau	Processus de priorisation pour l'achat ou le renouvellement des équipements		<ul style="list-style-type: none"> • Budget d'équipement augmenté pour 2022-23, 6,6 millions pour équipement de 100,000 \$+ et 3,8 millions pour équipement 5,000 \$ à 100,000 \$ pour un total de 10,4 millions (7,2 millions 2021-22). • Plan de rattrapage sur 2 ans demandé au ministère de 10,3 millions, afin de permettre le remplacement d'équipement désuet. • Projet spécifique approuvé par le ministère pour la mise au point d'équipement des services alimentaire et services de pharmacie.
17	Manque d'indicateurs en soins primaires (soins et cliniques ambulatoires, soins professionnels en réadaptation, etc.)	Tableau de bord opérationnel en développement pour les soins primaires		<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de bord pour le programme « Maintien à domicile de la population vulnérable (MAD) » en place. • Tableau de bord pour le programme « Gestion personnalisée des services (GPS) » en place.

Note d'information

Point 7.1

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

Date : 2 juin 2022

Objet : Tableau de bord équilibré 2021-2022 – Quadrants qualité/satisfaction à la clientèle et Opérationnel - Quatrième trimestre (T4)

Décision recherchée

Ce rapport est présenté à titre d'information et avis.

Contexte/problématique

Le rapport trimestriel inclut le tableau de bord équilibré.

- Les indicateurs du tableau de bord équilibré sont présentés par quadrant (Qualité/Satisfaction de la clientèle, Financiers, Opérationnel, Ressources Humaines).
- Une fiche par indicateur est présentée pour cerner les possibilités d'amélioration de la qualité et celles-ci représentent un point de départ d'un processus d'amélioration.
- La majorité des indicateurs sont produits pour le quatrième trimestre de 2021-2022, mais certains indicateurs sont seulement disponibles pour le troisième trimestre de 2021-2022 (indicateurs provenant de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de 3M). Ces données seront seulement disponibles après la fin du mois d'avril 2022.
- Les données de 2020-2021 et de 2021-2022 doivent être interprétées avec prudence puisque la pandémie de la COVID-19 peut avoir un impact sur les statistiques présentées.
- L'ensemble des indicateurs et la cible de chacun de ceux-ci sont en processus de révision dans le cadre de la mise à jour du plan stratégique.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Tableau de bord équilibré

- Quadrant qualité/satisfaction à la clientèle :
 - Pour l'indicateur « Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète - Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) » le Réseau continue d'atteindre l'objectif. Au troisième trimestre de 2021-2022, toutes les zones rencontraient la cible, mais puisque la province n'a pas mis à jour sa cible, il serait recommandé d'envisager de la réviser pour la prochaine année financière.
 - Pour l'indicateur « Centre de santé mentale - % de patients traités dans les 40 jours - priorité modérée », nous continuons d'avoir des difficultés à atteindre la cible et lors de l'examen de la variabilité entre les zones, il a été observé qu'une évaluation plus approfondie sur les différents processus et une révision de l'objectif réel fixé serait nécessaire. En outre, il peut y avoir un décalage dans l'amélioration de cet indicateur par rapport à l'impact des services que le Réseau a mis en place, notamment, des services sans rendez-vous et la thérapie à séance unique dans tous les Centres de santé.
 - En 2020-2021, le Réseau de santé Vitalité présentait un taux de réadmission 30 jours moins élevé que le Réseau de santé Horizon et le Canada. Au troisième trimestre de 2021-2022, bien que la cible ait été atteinte pour le Réseau, la zone 4 continue d'être à la traîne pour atteindre la cible.

- Le « pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires » a diminué au sein du Réseau de santé Vitalité depuis les trois dernières années. Pour ce rapport, nous remarquons une tendance non favorable de cet indicateur en particulier les zones 4 et 5. L'examen et l'alignement des projets/initiatives de soins primaires pour répondre à ces tendances sont en cours.
- Quadrant opérationnel :
 - Il y a eu une diminution pour 2020-2021 par rapport aux deux années précédentes pour l'indicateur « % de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques ». Pour ce rapport, seule la zone 6 présentait une performance satisfaisante par rapport à la cible. De plus, les zones 1 et 5 montrent des améliorations, alors que la zone 4 montre une tendance défavorable. Certaines initiatives ont été mises en place afin de réduire la durée moyenne de séjour, mais la cible de 0 % devra être revue et révisée pour la prochaine année fiscale pour soutenir les efforts d'amélioration de la qualité.
 - La durée moyenne de séjour d'une année à l'autre pour le « Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus » semble stable et nettement inférieure à la cible fixée. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. Par conséquent, une nouvelle cible devrait être établie en considérant la performance d'un réseau de santé homologue.
 - Pour le « Taux de césarienne à faibles risques », les taux des deux réseaux de santé sont statistiquement les mêmes par rapport à la performance canadienne et le Réseau de santé Vitalité est bien en deçà de la cible. Par conséquent, une nouvelle cible devra être envisagée pour la prochaine année fiscale.
 - Le taux de chutes est un indicateur important, car les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Au quatrième trimestre de 2021-2022, non seulement le Réseau a atteint la cible, mais tous les hôpitaux l'ont également atteint.
 - L'objectif de 90 % pour l'indicateur « Taux de conformité à l'hygiène des mains » a été atteint pour l'ensemble du Réseau (91.3 %) pour le quatrième trimestre de 2021-2022.
 - Pour les indicateurs d'infections C.diff, SARM, et Taux d'infection ERV, le Réseau a pu atteindre toutes les cibles.
 - Le ratio normalisé de mortalité hospitalière, lorsque suivi au fil du temps, peut aider à déterminer si les hôpitaux ont réussi à réduire le nombre de décès de patients et à améliorer les soins. Les deux réseaux de santé ont des problèmes de rendement similaires liés à cet indicateur et le N.-B. obtient un rendement nettement inférieur à celui du ratio canadien. Une évaluation détaillée de cet indicateur est en cours et nécessite des examens des dossiers, afin de déterminer la cause de l'augmentation.
 - Pour le « % chirurgies urgentes effectuées dans les délais » et « % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) », atteindre la cible fixée reste un défi pour le quatrième trimestre. Pour les prothèses, le facteur principal qui contribue à réduire la capacité à atteindre les cibles est la pandémie COVID qui a occasionné la réduction des activités des blocs opératoires et la réduction de la capacité des lits dans les hôpitaux. Certains processus ont été mis en place pour améliorer les temps d'attente en chirurgie pour les patients :
 - Les cas de cancer et autres catégories 1 et 2 sont surveillés individuellement par les gestionnaires d'accès pour s'assurer que les chirurgies soient effectuées le plus rapidement possible.
 - Les cas de prothèses sont priorisés et le temps opératoire est accordé en tenant compte du temps d'attente
 - Ajout d'instruments et de cabarets orthopédiques selon le besoin.
 - Le pourcentage de chirurgie arthroplastie du genou effectué dans les délais est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité, passant de 65.7 % en

- 2019-2020 à 53.8 % en 2021-2022. Pour le quatrième trimestre, la zone 4 a le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées dans les délais de 26 semaines le plus bas (23.8 %) et la zone 5 a le pourcentage le plus élevé (58.3 %).
- Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuée est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 68.0 % en 2019-2020 à 71.8 % en 2021-2022. Pour le quatrième trimestre de 2021-2022, la zone 1B a le pourcentage de chirurgies arthroplastie de la hanche effectuées dans les délais de 26 semaines le plus bas (34.5 %) et la zone 5 a le pourcentage le plus élevé (80.0 %).

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

Aucun.

Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 13 mai 2022 par Michelina Mancuso, directrice Planification et Amélioration de la performance.

Réseau de santé Vitalité

Tableau de bord équilibré 2021-2022

Rapport trimestriel (T4)



							ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Qualité/ Satisfaction à la clientèle										
1.1	Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)	Dre.Banville	130	196	126	121	✓	✓	✓	
1.2	Centre de Santé Mentale- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée	Jacques Duclos	45%	100%	43%	42%	✗	✗	✗	✗
1.3	Taux de réadmission 30 jours	Dre. Banville	8.91	8.01	8.41	7.33	✗	!	✓	
1.4	% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires	Stéphane Legacy	4.93%	4.89%	5.52%	5.78%	✗	!	✗	

- ✓ Conforme à l'objectif de rendement
- ! Près de la cible
- ✗ Inférieur à l'objectif de rendement
- 🔍 Analyse plus approfondie

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Opérationnel										
3.1	% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) pour les cas typiques	Dre.Banville	4.7%	0.0%	3.1%	1.7%	!	×	×	
3.2	Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus	Sharon Smyth-Okana	8.73	12.00	8.97	8.96	✓	✓	✓	
3.3	Taux de césarienne à faibles risques	Dre.Banville	11.0%	15.2%	6.3%	6.3%	✓	✓	✓	
3.4	Taux de chutes	Sharon Smyth-Okana	4.83	5.00	4.57	3.34	✓	!	!	✓
3.5	Taux de chutes avec blessures graves	Gisèle Beaulieu	0.05	0.00	0.05	0.02	×	!	×	!
3.6	Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)	Gisèle Beaulieu	0.003	0.000	0.017	0.012	!	!	!	!
3.7	Taux d'incidents médicamenteux	Gisèle Beaulieu	3.32	3.32	2.74	2.13	✓	✓	✓	✓
3.8	Taux de conformité à l'hygiène des mains	Gisèle Beaulieu	83.2%	90.0%	80.6%	91.3%	!	×	×	✓

- ✓ Conforme à l'objectif de rendement
- ! Près de la cible
- × Inférieur à l'objectif de rendement
- 🔍 Analyse plus approfondie

							ÉTAT D'AVANCEMENT			
INDICATEURS/MESURES	LEADERSHIP	TAD ANNÉE PRÉCÉDENTE	CIBLE	TAD 2021-2022	PÉRIODE EN COURS	T1	T2	T3	T4	
Quadrant: Opérationnel										
3.9	Taux d'infection Clostridium difficile	Gisèle Beaulieu	1.48	3.57	1.85	1.51	✓	✓	✓	✓
3.10	Taux d'infection et de colonisation au SARM	Gisèle Beaulieu	0.13	1.29	0.09	0.25	✓	✓	✓	✓
3.11	Taux d'infection et de colonisation ERV	Gisèle Beaulieu	0.03	0.05	0.03	0.00	✓	✓	!	✓
3.12	Ratio normalisé de mortalité hospitalière	Gisèle Beaulieu	118	100	125	135	✗	✗	✗	
3.13	% de patients Niveau Soins Alternatif (NSA) avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus	Sharon Smyth-Okana	8.0%	11.5%	8.2%	10.2%	✓	✓	✓	
3.14	% chirurgies urgentes effectuées dans les délais	Sharon Smyth-Okana	50.0%	90.0%	50.8%	50.9%	✗	✗	✗	✗
3.15	% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	45.8%	75.0%	53.8%	39.6%	✗	✗	✗	✗
3.16	% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)	Sharon Smyth-Okana	49.8%	85.0%	71.8%	57.6%	✗	!	✗	✗

- ✓ Conforme à l'objectif de rendement
- ! Près de la cible
- ✗ Inférieur à l'objectif de rendement
- 🔍 Analyse plus approfondie

FICHE EXPLICATIVE

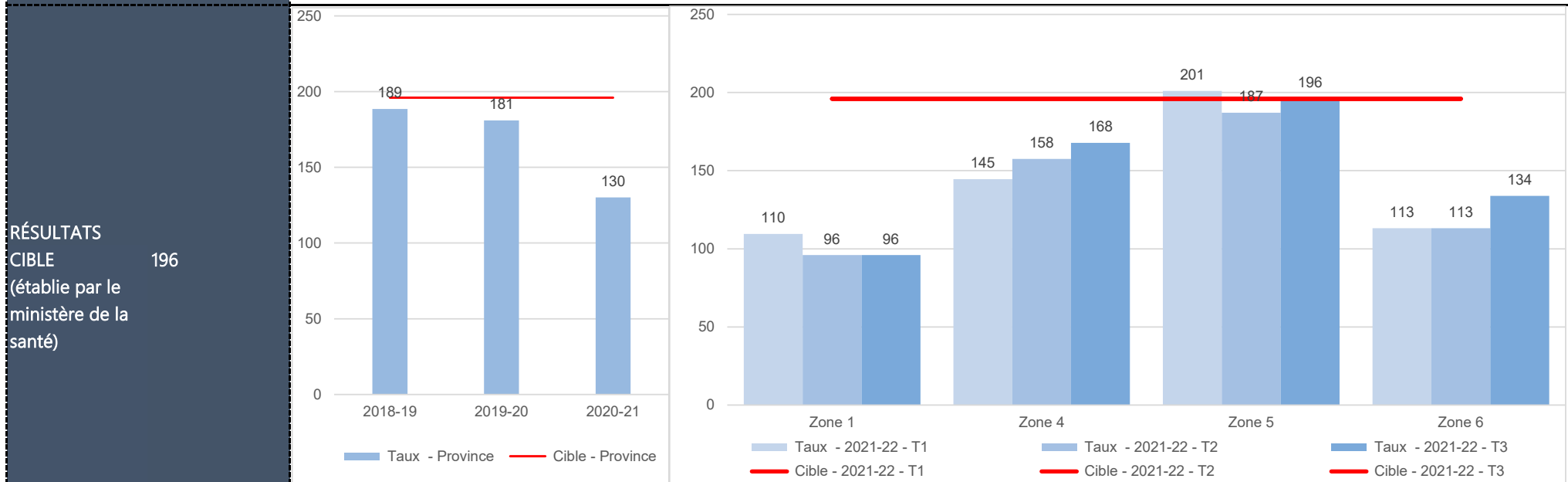
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux d'hospitalisations - MPOC, Ins. Cardiaque et diabète- Population de 20 ans et plus (par 100 000 de population) (Taux provincial)

LEADERSHIP	Dre.Banville	INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Améliorer le continuum de soins des patients	✓

DÉFINITION Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation pour trois maladies chroniques (par 100 000 de population) : la MPOC, l'insuffisance cardiaque et le diabète. Une bonne prise en charge de ces patients dans la communauté permettrait de prévenir ou à tout le moins de réduire les hospitalisations tout en libérant des ressources hospitalières pour le traitement des maladies aiguës.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION Cet indicateur reflète le taux d'hospitalisation de 3 conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète) combinées. Le taux provincial d'hospitalisation était de 130 et était sous la cible pour l'année fiscale 2020-2021. La tendance du taux d'hospitalisation pour ces maladies chroniques est généralement à la baisse au sein de la province. Au troisième trimestre de 2021-2022, la cible est atteinte au sein de Réseau. Le taux d'hospitalisation était le plus élevé dans la Zone 5 (196) et le plus bas dans la Zone 1B (96).

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Centre de Santé Mentale- % de patients traités dans les 40 jours- Priorité modérée

LEADERSHIP	Jacques Duclos	INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Renforcer l'intégration des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'intérieur des soins de santé primaire	✓
SOURCE DE DONNÉES	CSDC-SPSC			
DÉFINITION	Cet indicateur permet aux services de santé mentale aux adultes et de traitement des dépendances de déterminer si les clients reçoivent des services dans les délais souhaités. Une prise en charge rapide des patients peut éviter des hospitalisations ou des réadmissions. Cet indicateur se calcule en divisant le nombre de clients de catégorie modérée vu dans les 40 jours divisés par le nombre total de clients dans cette catégorie.			
RÉSULTATS	<p>CIBLE (vise à ce 100% que tous les patients avec une priorité modérée soient traités dans les 40 jours)</p>			
ANALYSE ET INTERPRÉTATION	<p>Un pourcentage élevé est souhaitable. Les résultats sont présentés par zone et par établissement. La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (79 %) au quatrième trimestre de 2021-2022 tandis que la Zone 4 présentait le pourcentage le plus faible (24 %). Le Réseau de santé Vitalité et le Réseau de santé Horizon présentaient le même pourcentage de patients à priorité modérée traités dans les 40 jours (43%) en 2021-2022.</p> <p>Le Réseau est en processus de mettre en place des services sans rendez-vous au Centre de santé mentale de Campbellton pour améliorer l'accès aux services. De plus, le Réseau est en processus d'offrir et de mettre en place dans tous les Centres de santé mentale communautaires et de traitement des dépendances, la thérapie à séance unique (efficace pour les clients ayant des besoins de santé mentale légers à modérés).</p>			

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

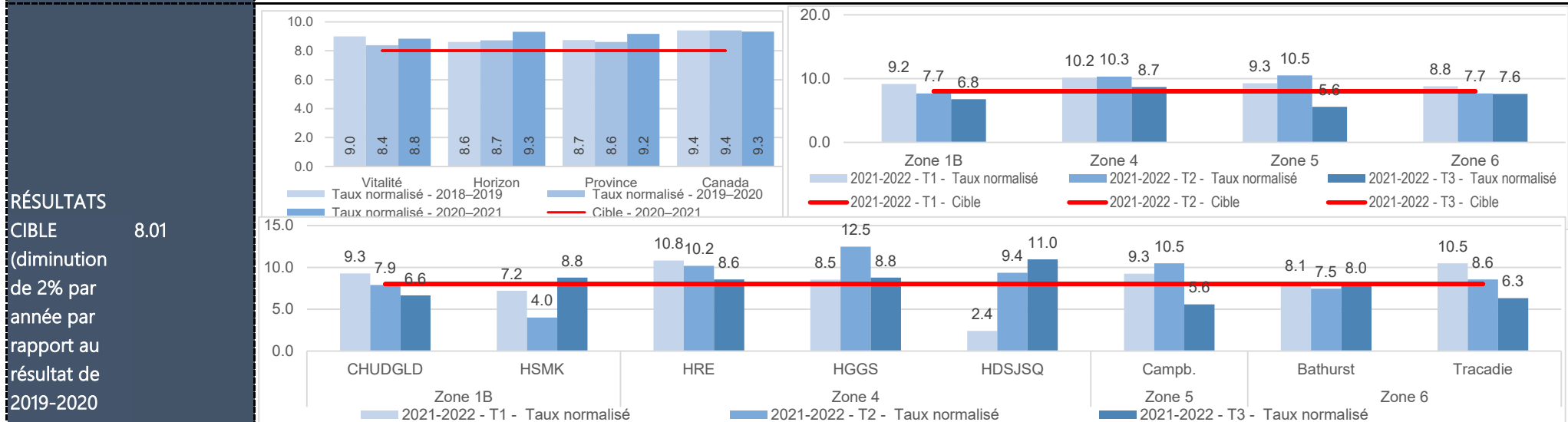
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux de réadmission 30 jours

LEADERSHIP	Dre. Banville	INITIATIVES	Développer un continuum de soins de santé mentale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS			

DÉFINITION Cet indicateur concerne le nombre de patients réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie initiale. Il se calcule en divisant le nombre de réadmissions observées par le nombre de réadmissions prévues, puis en multipliant par le taux moyen au Canada. La réadmission d'urgence à l'hôpital est difficile pour le patient et coûteuse pour le système de santé. Bien que toutes les réadmissions ne puissent pas être évitées, le taux peut être réduit par un meilleur suivi et une bonne coordination des soins dispensés aux patients après leur sortie.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION Un faible résultat est favorable puisqu'il signifie qu'un faible pourcentage de patients ont été réadmis d'urgence dans le mois suivant leur congé de l'hôpital. Cette mesure peut contribuer à évaluer combien de patients présentent des problèmes de santé ou des complications à la suite d'un séjour à l'hôpital, et à quel point le système de santé réussit à offrir aux patients les soins de suivi nécessaires dès leur retour à la maison. La mesure est ajustée pour tenir compte de certaines différences quant aux types de patients traités dans un hôpital. Néanmoins, comme tous les indicateurs, elle ne peut pas être ajustée en fonction de toutes les différences. Lorsqu'on compare le taux de réadmission à l'hôpital, il est important de tenir compte du type d'hôpital. Par exemple, les grands hôpitaux d'enseignement traitent souvent des cas de patients plus complexes qui sont plus susceptibles de retourner à l'hôpital. Dans les petits hôpitaux en région rurale, il arrive que moins de services soient disponibles hors de l'hôpital pour veiller à ce que les patients reçoivent des soins de suivi adéquats.

En 2020-2021, le Réseau de santé Vitalité présentait un taux de réadmission 30 jours moins élevé que le Réseau de santé Horizon et le Canada. Au troisième trimestre de 2021-2022, toutes les zones ont montré une amélioration en comparaison avec les deux trimestres précédents. L'accent a été mis sur l'amélioration de la planification des congés de

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

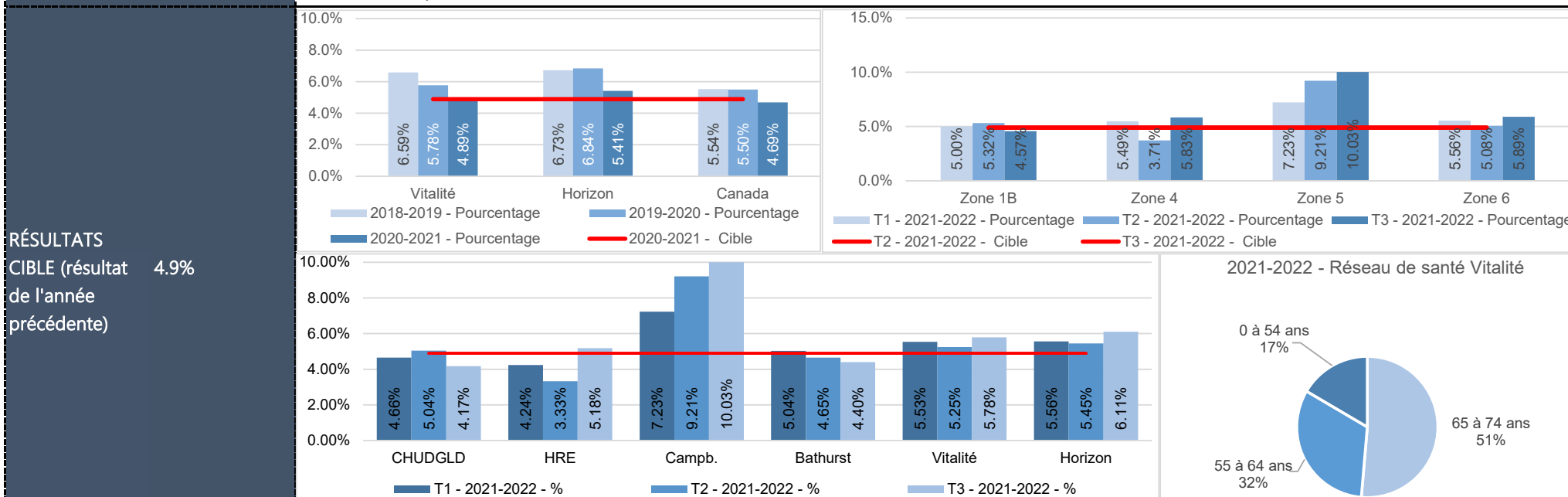
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

% de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires

LEADERSHIP	Stéphane Legacy	INITIATIVES	Établir un point d'entrée unique pour les patients avec multiples conditions chroniques	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS		Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓

DÉFINITION
L'hospitalisation pour une condition propice aux soins ambulatoires est considérée comme une mesure d'accès à des soins primaires appropriés. Bien que les admissions pour ces conditions ne soient pas toutes évitables, on présume que des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir le début de ce type de maladie ou de condition, aider à maîtriser une maladie ou une condition épisodique de soins de courte durée, ou contribuer à gérer une condition ou une maladie chronique.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un faible taux est souhaitable. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins de santé primaire appropriés. Le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires a diminué au sein du Réseau de santé Vitalité depuis les trois dernières années. De plus, le taux était plus bas que le Réseau de santé Horizon en 2020-2021. Au troisième trimestre de 2021-2022, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires était le plus élevé dans la Zone 5 (10.03 %) et le plus bas dans la Zone 1B (4.57 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur. Les patients peuvent avoir hésité de consulter dans les soins de santé primaires initialement, ce qui a pu mener à des hospitalisations par la suite.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

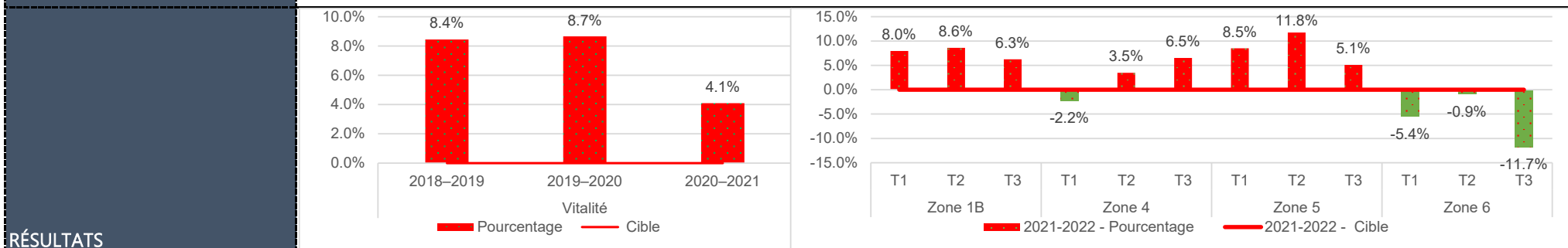
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

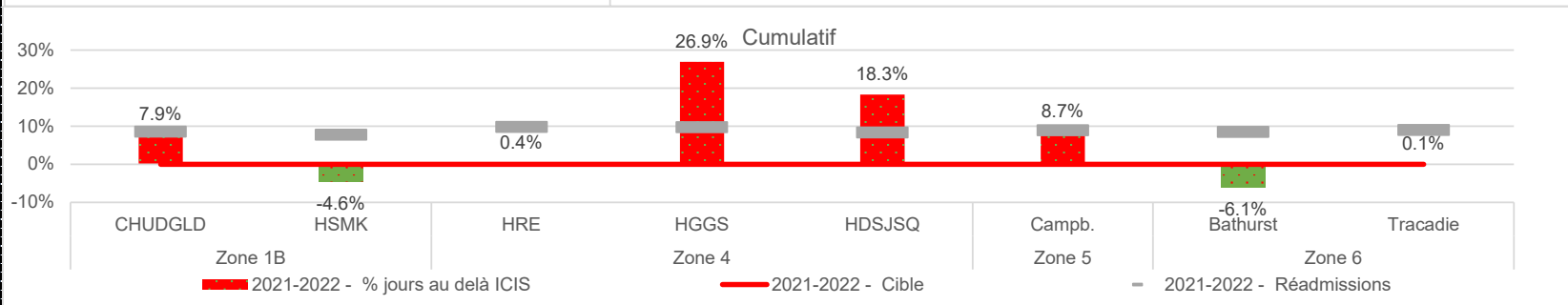
% de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) pour les cas typiques

LEADERSHIP	Dre.Banville	INITIATIVES	Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Améliorer l'accès aux soins de première ligne	✓
SOURCE DE DONNÉES	3M		Favoriser un retour à domicile propice et rapide	✓

DÉFINITION
 L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit une durée de séjour prévue d'hospitalisation pour chaque diagnostic, basée sur l'âge, les comorbidités et autres facteurs, que l'on peut utiliser pour comparer avec les durées de séjour dans les établissements du Réseau. Il est important de monitorer les durées de séjour afin d'assurer une gestion efficace des lits et d'utiliser les ressources de façon efficace. Cet indicateur représente l'efficacité de la durée de séjour dans nos hôpitaux pour les cas typiques. Il représente en pourcentage la différence entre la durée de séjour en soins de courte durée pour l'ensemble des hôpitaux du Réseau et la durée prévue de séjour de l'ICIS. Les cas typiques exclus les décès, les transferts entre établissements de soins de courte durée, les sorties contre l'avis du médecin et les séjours prolongés (au-delà du point de démarcation). Les jours NSA sont aussi exclus du calcul pour cet indicateur.



RÉSULTATS
 CIBLE (établie par l'équipe de leadership) 0%



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Si le pourcentage est peu élevé, c'est un signe d'efficacité dans notre durée de séjour. Il devrait donc y avoir une réduction dans les temps d'attente, un taux d'occupation stable et une augmentation dans la possibilité d'admettre et de traiter plus de patients. Cependant, il est possible qu'un pourcentage très peu élevé entraîne une augmentation du taux de réadmission. Les données ci-dessus sont présentées par zone et par établissement. Le graphique par établissement met en relation le pourcentage de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques avec le taux de réadmission. La pandémie de COVID-19 a pu influencer les résultats. Au troisième trimestre de 2021-2022, seule la Zone 6 présentait une performance satisfaisante par rapport à la cible. Certaines initiatives ont été mises en place afin de réduire la durée moyenne de séjour.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

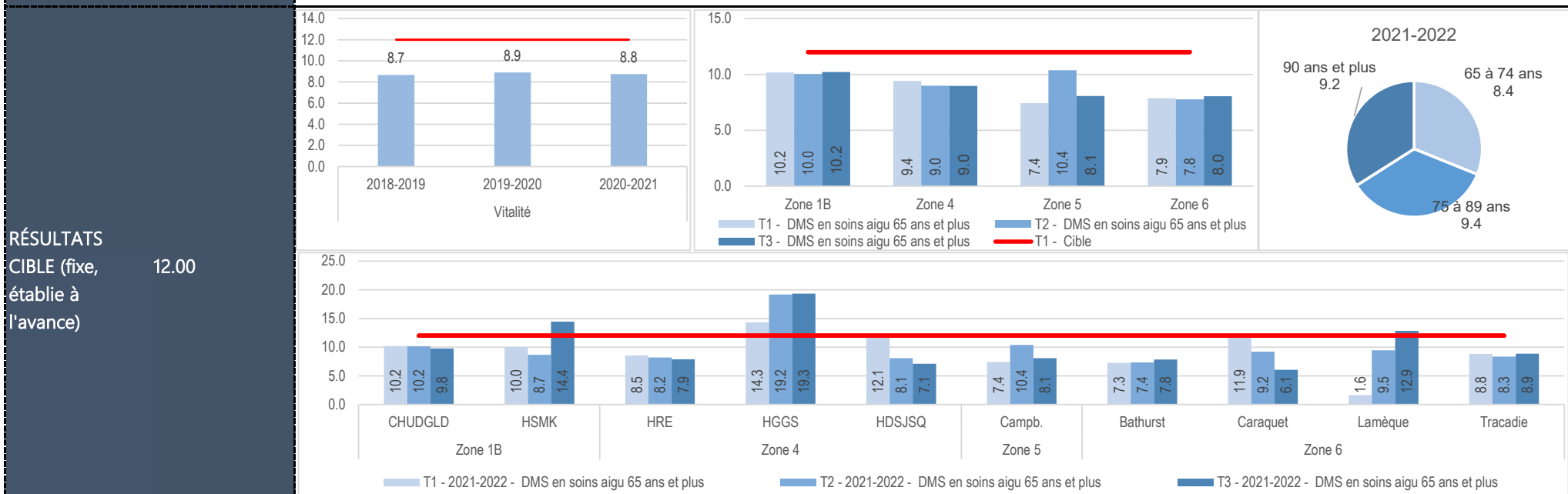
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Prévenir des admissions en offrant un meilleur support dans la communauté	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓
SOURCE DE DONNÉES	3M		Améliorer l'accès à l'évaluation gériatrique complète	✓

DÉFINITION
 La durée moyenne de séjour fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital (en soins aigus). Elle est obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une même période par le nombre d'admissions ou de sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. La durée moyenne de séjour est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un séjour plus court est souhaitable. Un séjour trop court peut toutefois compromettre l'efficacité si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission. Au troisième trimestre de 2021-2022, toutes les zones rencontrent la cible. Le nombre moyen de jours d'hospitalisations en soins aigus chez les 65 ans et plus était le plus élevé dans la Zone 1B (10.2) et le plus bas dans la Zone 6 (8.0). Au niveau des établissements, c'est HGGS qui a le nombre le plus élevé (19.3). Le vieillissement de la population peut avoir un effet sur cet indicateur.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

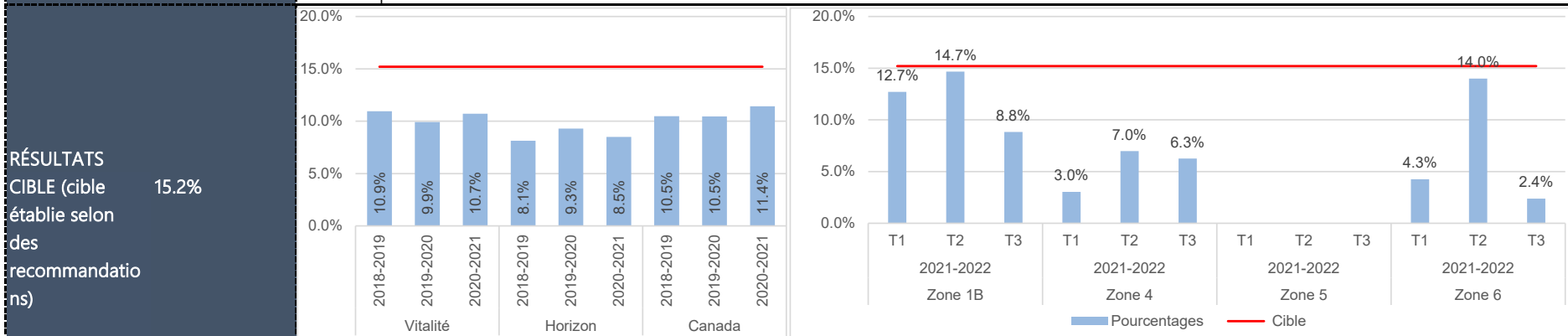
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux de césarienne à faibles risques

LEADERSHIP	Dre.Banville	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité de soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	3M			

DÉFINITION
 Cet indicateur mesure le taux d'accouchements par césarienne pour les grossesses qui ne sont pas à risque (à terme, naissance unique) chez des femmes ne souffrant pas de placenta prævia et sans antécédents de césarienne. Puisque les accouchements par césarienne non nécessaires entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et sont associés à des coûts plus élevés, le taux de césariennes sert souvent à surveiller les pratiques cliniques. Les variations dans les taux peuvent signaler la nécessité d'examiner la pertinence des soins et les résultats pour la mère et le nouveau-né.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un faible taux est souhaitable. Les variations des résultats de cet indicateur pourraient faire état de différences dans la pratique clinique. Cet indicateur permet de signaler les éléments à améliorer et de réduire les taux de césariennes. Bien qu'il soit limité à une population à très faible risque, les efforts de réduction des taux de césariennes dans cette population pourraient entraîner une réduction globale des taux. Au troisième trimestre de 2021-2022, la Zone 1B a le taux de césariennes à faible risque le plus haut (8.8 %). Cela représente 6 accouchements par césarienne sur 68 accouchements de grossesses à faible risque. Cet indicateur présente des nombres bruts peu élevés par trimestre et par établissement. Le taux par établissement peut ainsi varier d'un trimestre à l'autre.

- ✓ **Conforme au plan**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**

FICHE EXPLICATIVE

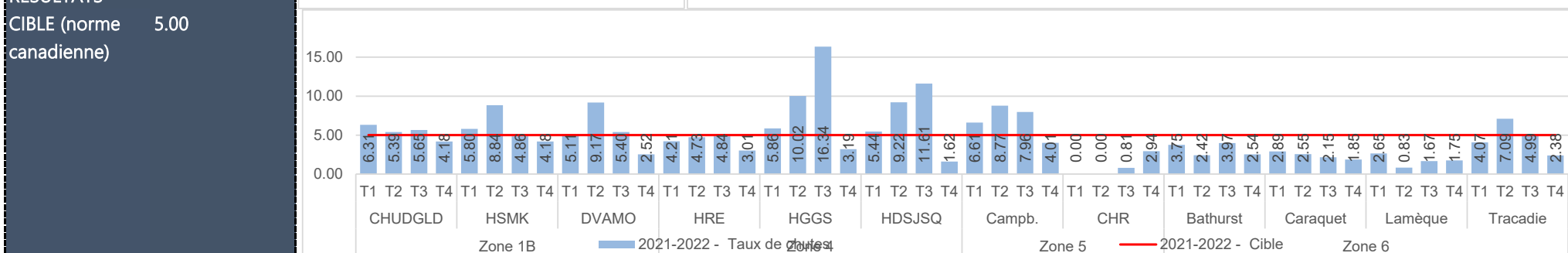
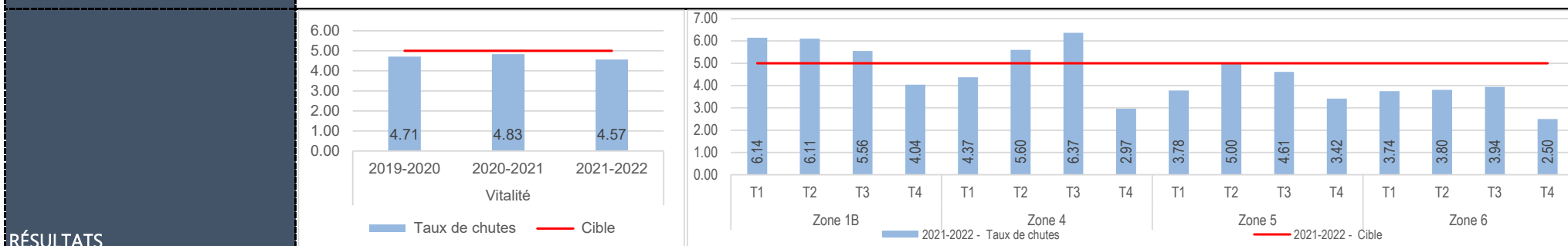
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux de chutes

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

DÉFINITION
 Cet indicateur reflète le nombre de chute à l'hôpital par 1 000 jours patients. Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les chutes sont classées selon la gravité. La cible est de 5% selon le benchmark national.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car les chutes en milieu hospitalier présentent un risque élevé de complications et de mortalité hospitalière. Un taux de chutes élevé présente également un potentiel de litige important pour le Réseau de santé Vitalité. Au quatrième trimestre de 2021-2022, toutes les zones rencontraient la cible. Le taux de chutes était le plus élevé dans la Zone 1B (4.04) et le plus bas dans la Zone 6 (2.50).

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

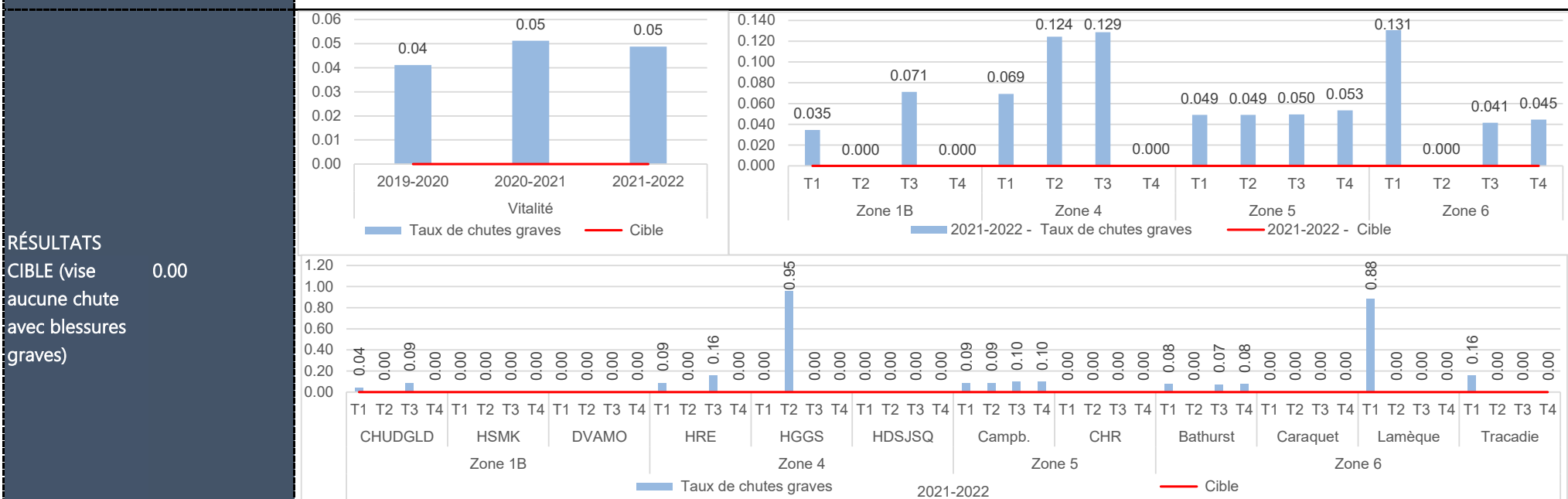
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux de chutes avec blessures graves

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

DÉFINITION
 Les chutes et les blessures causées par les chutes sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les chutes sont classées selon la gravité. Le Réseau de santé Vitalité a mis en place un programme de prévention des chutes dans l'ensemble de ses établissements et services.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable car chez les personnes âgées, les chutes peuvent mener à une perte d'autonomie, de mobilité et augmentent le risque de décès précoce. La réduction des chutes et des blessures causées par les chutes peut améliorer la qualité de vie, prévenir la perte de mobilité et la douleur chez les patients et réduire les coûts. Au quatrième trimestre de 2021-2022, le taux de chutes avec blessures graves était le plus élevé dans la Zone 5 (0.053). La Zone 1B et la Zone 4 n'ont eu aucune chute avec blessures graves au cours de la même période. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

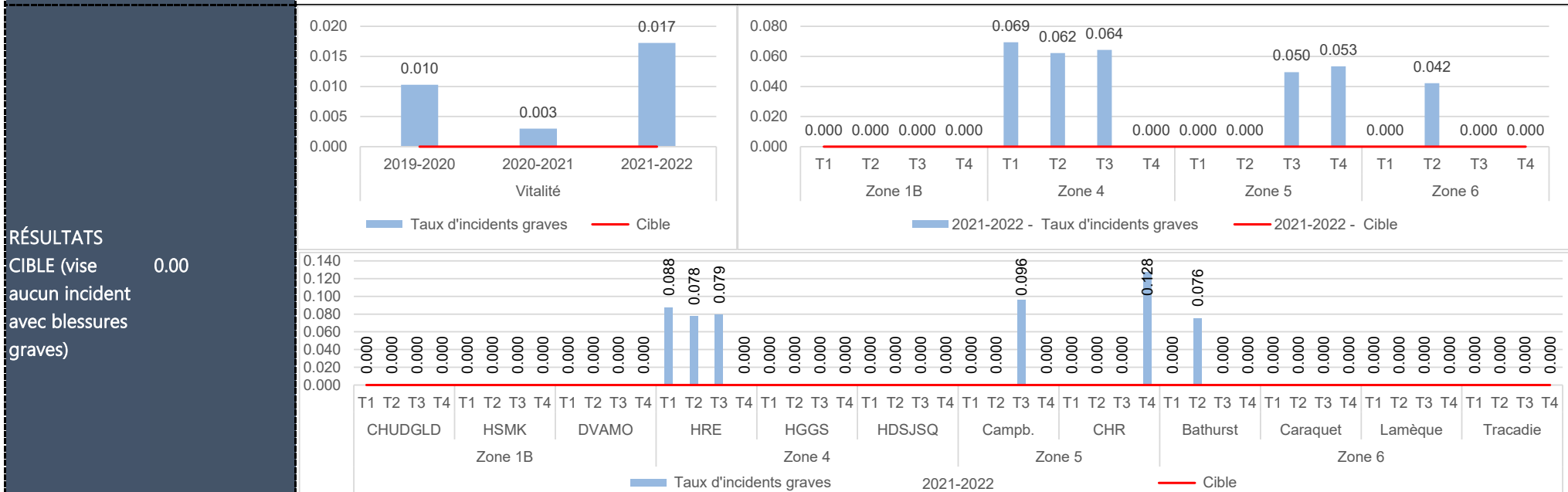
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux d'incident avec blessures graves (excluant les chutes)

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

DÉFINITION
 Cet indicateur se calcule en divisant le nombre d'incidents avec blessures graves à l'hôpital par 10 000 jours patients. Un incident est un événement qui résulte ou peut résulter en une blessure ou perte pour: patient, employés, médecins, visiteurs, étudiants, ou dommage aux biens. Chaque incident est assigné à une catégorie de gravité.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat nul est souhaitable. Parmi les risques hospitaliers, les incidents graves sont les plus importants et les études démontrent qu'ils seraient évitables dans 50 % des cas. Au quatrième trimestre de 2021-2022, le taux d'incident avec blessures graves était le plus élevé dans la Zone 5 (0.053). Les trois autres zones n'ont pas eu d'incident avec blessure grave au cours de la même période. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

Conforme au plan **Non débuté**
 Non conforme au plan et mesures correctives en place **Complété**
 Non conforme au plan et interventions requises

FICHE EXPLICATIVE

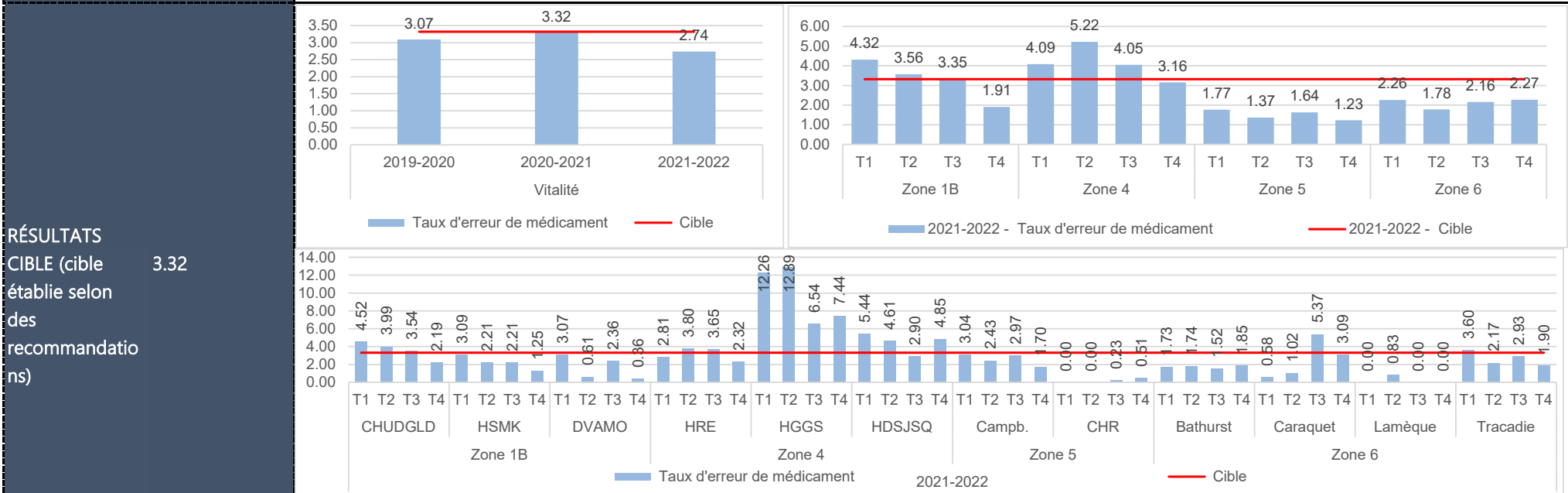
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux d'incidents médicamenteux

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Direction de la Qualité et de la Sécurité des patients			

DÉFINITION
 Cet indicateur reflète le taux d'erreurs des médicaments. Les incidents liés aux médicaments sont un problème important en matière de sécurité des soins de santé. Les incidents sont classés selon la gravité. Tous les incidents méritent une attention afin d'en analyser la(les) cause(s) et d'en chercher les solutions pour réduire la récurrence.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est souhaitable. Réduire les erreurs de médicaments est important pour atténuer les préjudices aux patients et contribue à un processus d'amélioration continue des soins de santé. Au quatrième trimestre de 2021-2022, toutes les zones atteignaient la cible. La Zone 4 présentait le taux le plus élevé (3.16) et la Zone 5, le plus bas (1.23).

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

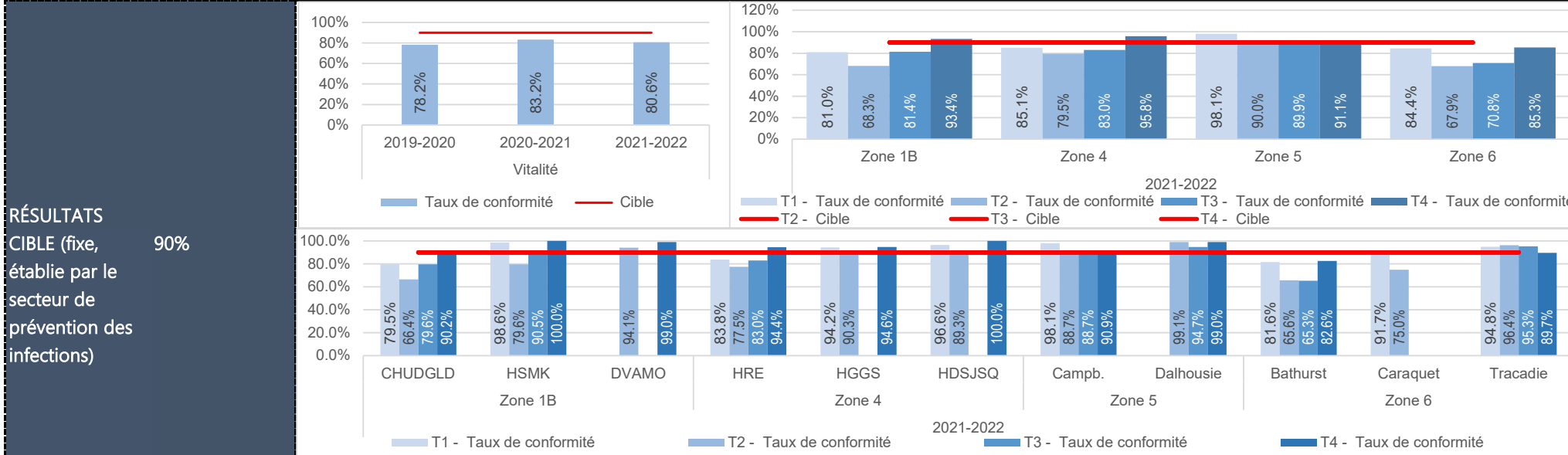
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux de conformité à l'hygiène des mains

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité de soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Diminuer la propagation de la COVID-19	✓
SOURCE DE DONNÉES	Système CREDE			

DÉFINITION Cet indicateur reflète le taux de conformité à l'hygiène des mains au sein du Réseau de santé Vitalité.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Un taux élevé est souhaitable. Le taux de conformité à l'hygiène des mains est relativement stable et démontre de bonnes pratiques sanitaires au sein du Réseau de santé Vitalité. Au quatrième trimestre de 2021-2022, le taux de conformité à l'hygiène des mains était le plus élevé dans la Zone 4 (95.8 %) et le plus bas dans la Zone 6 (85.3 %). La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur cet indicateur étant donné l'importance l'hygiène des mains qui a été renforcée. On note une amélioration au quatrième trimestre de 2021-2022 par rapport au trimestre précédent de la même année dans toutes les zones.

L'objectif de 90% pour l'indicateur « Taux de conformité à l'hygiène des mains » n'a pas pu être atteint depuis 3 ans. Au cours des années avec l'amélioration dans les taux d'hygiène des mains, la cible a été augmentée graduellement à 90%. Au Réseau de santé Horizon, la cible est fixée à 85%. Dans d'autres organisations de santé au Canada la cible varie (80 -100%). Divers suivis sont effectués pour améliorer la conformité à l'hygiène des mains :

- La sensibilisation est faite auprès du personnel lors les tournées des infirmières en Prévention et contrôle des infections (PCI) sur les unités.
- Lors des tournées, des discussions ont également lieu sur les barrières pour une hygiène des mains efficace (ex. emplacement des éviers et distributeurs de produit d'hygiène des mains, type de produit - mousseux, manque de produits d'hygiène des mains, etc.) et des suivis sont faits.
- Les résultats des audits sont partagés avec les gestionnaires, directeurs et vice-présidents pour suivi.
- Les résultats des audits sont affichés sur les tableaux blancs de chaque unité.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	✓	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

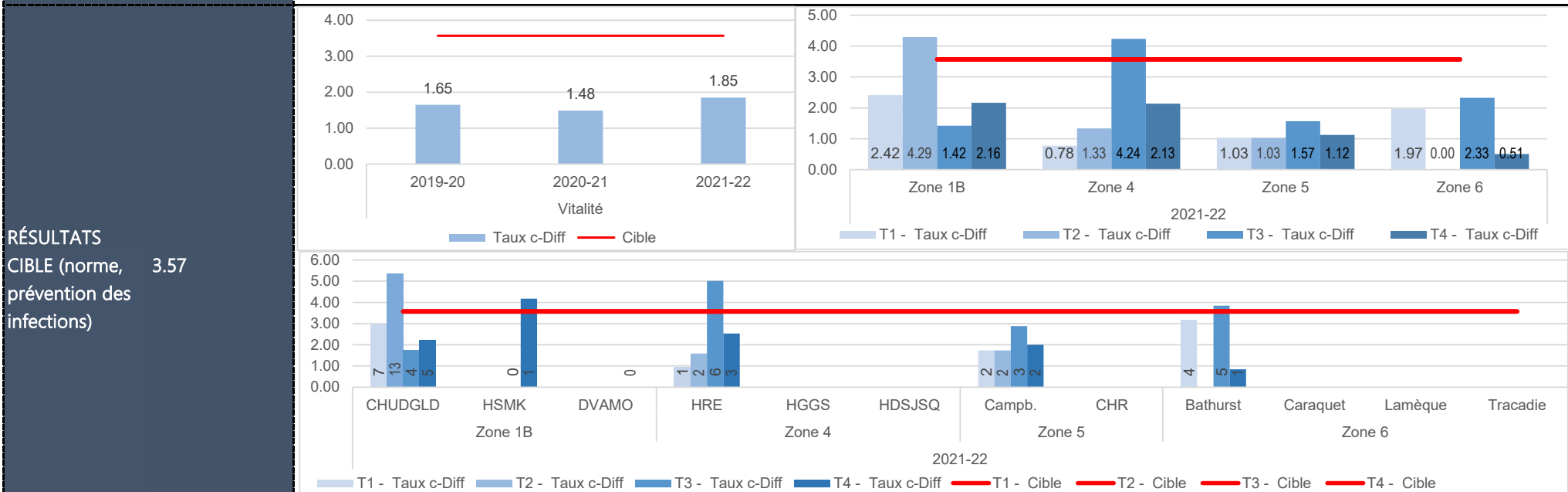
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux d'infection Clostridium difficile

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			

DÉFINITION
Le Clostridium difficile, également appelé C. difficile, est une bactérie connue depuis longtemps. Un faible pourcentage de la population (environ 5 %) peut être porteur de cette bactérie dans l'intestin sans avoir de problème de santé. La prise d'antibiotiques est, dans la majorité des cas, le facteur précipitant.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un résultat faible est préférable. Afin de procurer un environnement sécuritaire, notamment pour les personnes âgées ou immunosupprimées hospitalisées ayant des problèmes de santé et qui sont plus à risque d'être infectées, on doit monitorer le taux de cette infection et agir pour en prévenir la transmission dans le Réseau. Le taux d'infection Clostridium difficile a augmenté au cours des trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité passant de 1.65 en 2019-2020 à 1.85 en 2021-2022. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur les résultats de cet indicateur étant donné les mesures de désinfection accrues mises en place. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

- ✓ **Conforme au plan**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**

FICHE EXPLICATIVE

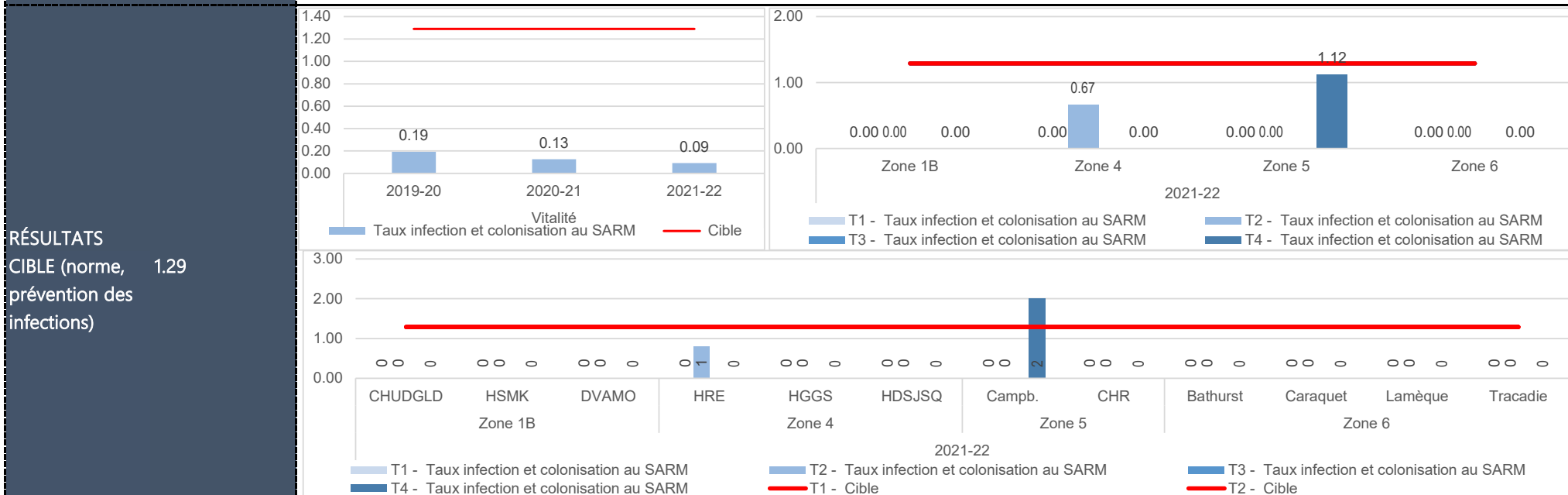
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux d'infection et de colonisation au SARM

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			

DÉFINITION
 Le SARM est un staphylocoque qui a développé une résistance à plusieurs antibiotiques. Le SARM ne cause pas plus d'infections que les autres staphylocoques, mais il limite le choix d'antibiothérapie. En général, les staphylocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections de la peau ou des infections de plaies et, plus rarement, des pneumonies ou des infections du sang. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est favorable. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission. Au quatrième trimestre de 2021-2022, il y a eu 2 cas d'infection au SARM (Hôpital régional de Campbellton) et il n'y a eu aucun cas dans les autres zones. Au cours de la même période, toutes les zones rencontrent la cible. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur les résultats de cet indicateur étant donné les mesures de désinfection accrues mises en place. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

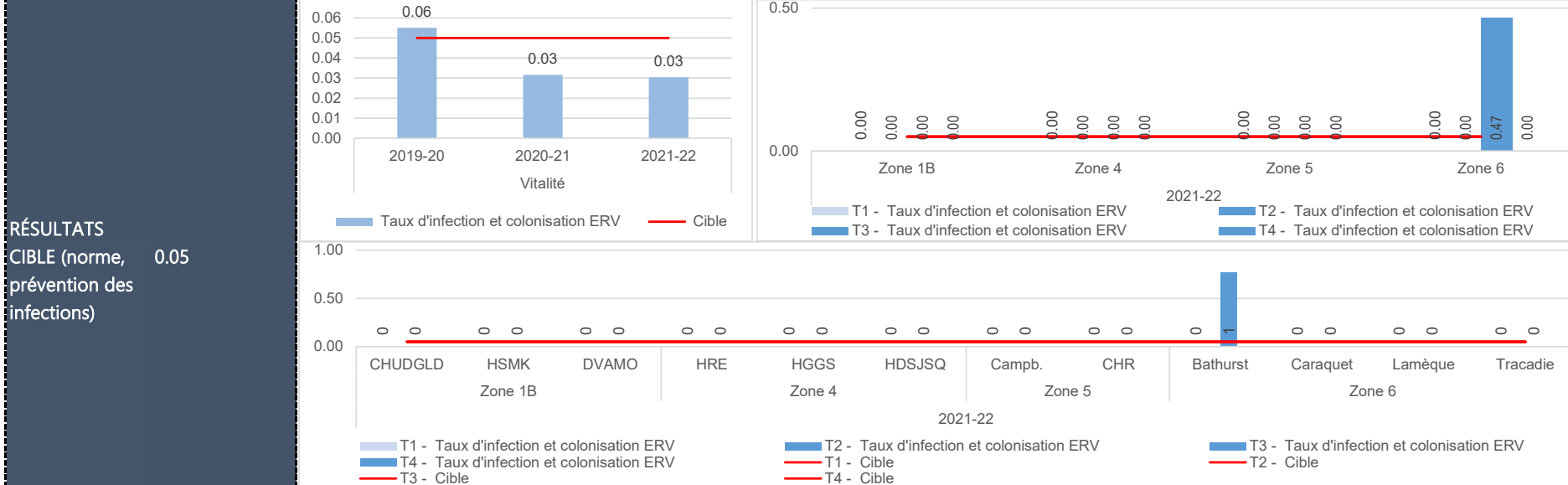
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Taux d'infection et de colonisation ERV

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Service de prévention des infections des établissements de santé			

DÉFINITION
 Les bactéries entérocoques résistantes à la vancomycine (ERV) sont des bactéries qu'on trouve habituellement dans l'intestin et les selles ou sur les parties génitales des personnes. En général, les entérocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections urinaires, des infections de plaies et, plus rarement, des infections du sang. Ces infections sont acquises lors d'un séjour dans un établissement de soins et sont difficilement traitables par les antibiotiques. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est favorable. Afin de procurer un environnement sécuritaire aux patients, il est essentiel de monitorer la fréquence de ce type d'infection et d'agir pour prévenir la transmission. Au quatrième trimestre de 2021-2022, il y a eu aucun cas d'infection ERV. La pandémie de COVID-19 peut avoir un effet sur les résultats de cet indicateur étant donné les mesures de désinfection accrues mises en place. Cet indicateur présente des nombres peu élevés par zone et par établissement, les données doivent ainsi être interprétées avec prudence.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

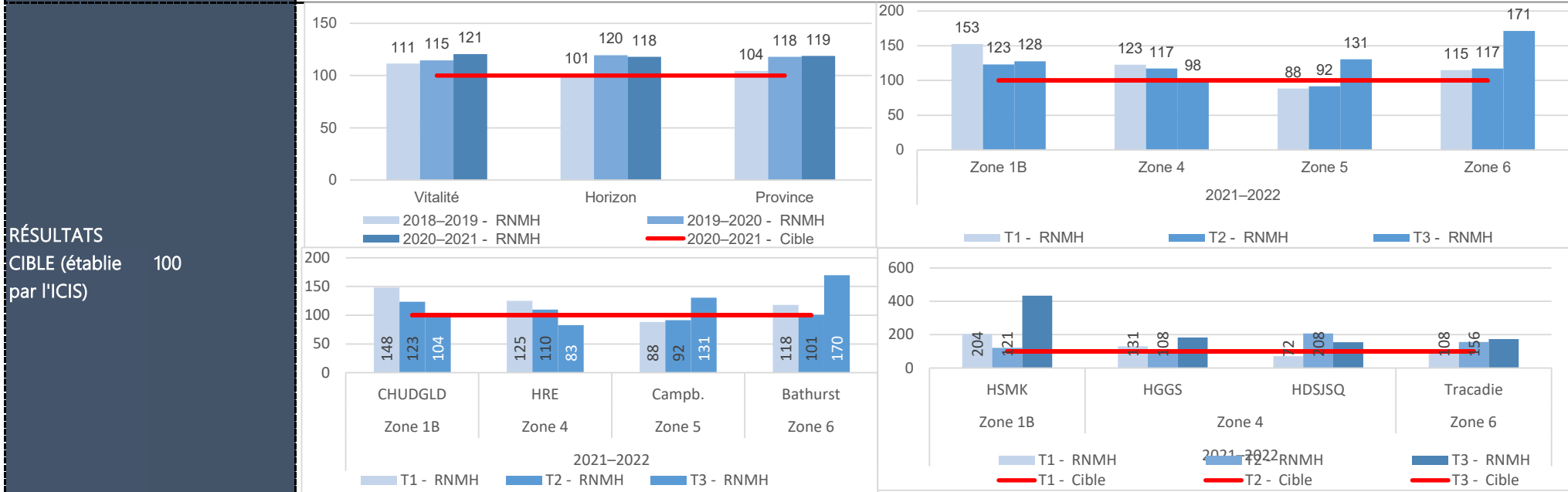
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

Ratio normalisé de mortalité hospitalière

LEADERSHIP	Gisèle Beaulieu	INITIATIVES	Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Portail de l'ICIS			

DÉFINITION
 Il s'agit du ratio entre le nombre réel de décès en soins de courte durée et le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections responsables de 80 % de la mortalité hospitalière. Un ratio de 100 signifie qu'il n'y a pas de différence entre le taux de mortalité de l'établissement et le taux de mortalité moyen.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un résultat faible est favorable. Cette mesure est ajustée en fonction de certaines différences observées quant au type de patients traités dans un hôpital. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est surtout utile pour suivre la performance d'un même hôpital au fil du temps. Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité et de la province. Au troisième trimestre de 2021-2022, la Zone 5 présentait le ratio de mortalité hospitalière le plus élevé (131) et la Zone 4 présentait le ratio le moins élevé (98). Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est rajusté en fonction de divers facteurs et doit être considéré comme point de départ pour guider des analyses plus poussées qui pourront potentiellement aider à cerner des zones d'amélioration. Une évaluation détaillée de cet indicateur est en cours et nécessite des examens des dossiers afin de déterminer la cause de l'augmentation.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

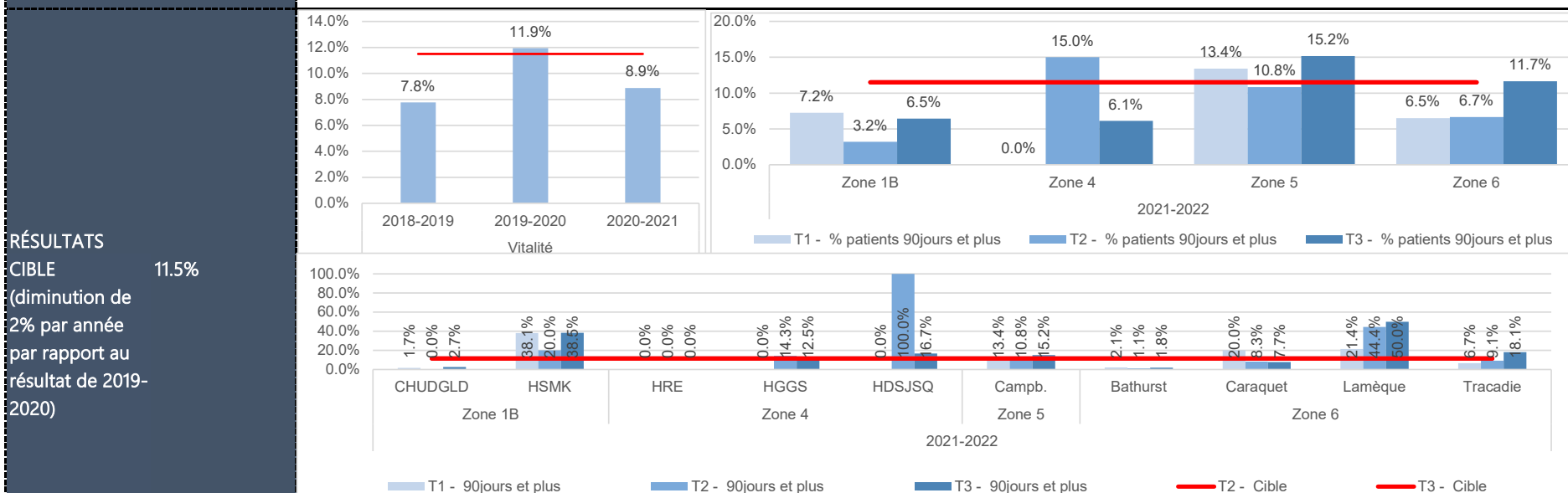
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

% de patients Niveau Soins Alternatif (NSA) avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Réduire la période d'hospitalisation pour la clientèle gériatrique	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle		Cibler à l'urgence les patients potentiels à devenir NSA	✓
SOURCE DE DONNÉES	3M			

DÉFINITION
Cet indicateur reflète le pourcentage de patients en niveaux de soins alternatifs avec plus de 90 jours dans des lits de soins aigus. La grande majorité des jours NSA sont associés aux personnes âgées.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un résultat faible est favorable. Au troisième trimestre de 2021-2022, la cible était atteinte au sein de Réseau. La Zone 5 présentait le pourcentage le plus élevé (15.2 %) et la Zone 4, le pourcentage le plus bas (6.1 %). Au niveau des établissements, Lamèque avait le pourcentage le plus élevé (50.0 %) pour cette même période. Nous avons constaté une amélioration significative principalement due aux efforts concertés de tous les partenaires du système de santé pour déplacer les patients NSA hors de l'hôpital afin de libérer des lits en raison de la pandémie.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

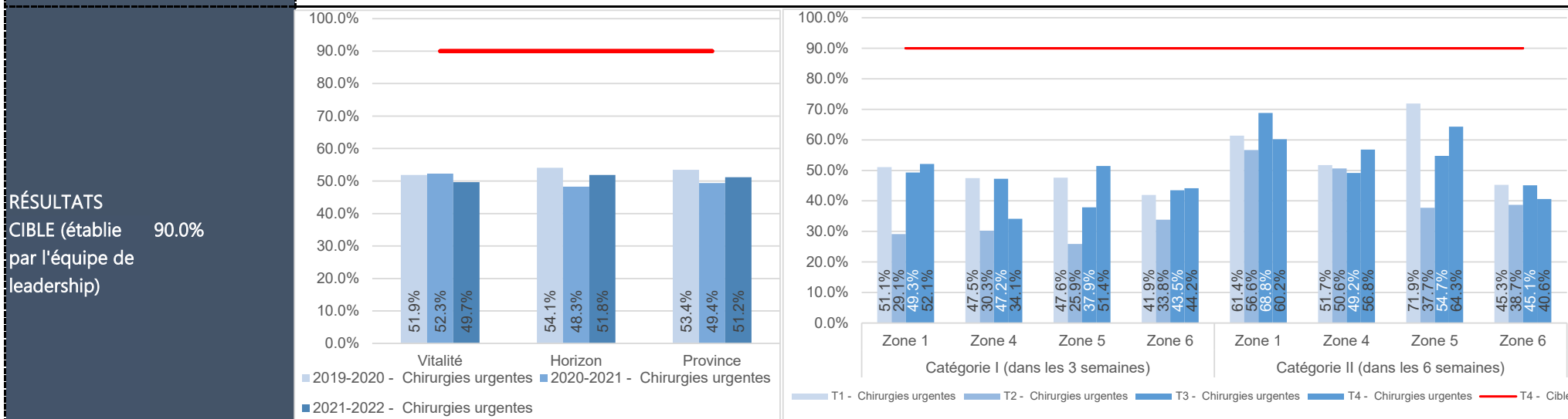
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

% chirurgies urgentes effectuées dans les délais

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

DÉFINITION
 Cet indicateur évalue l'accès de la clientèle du Réseau de santé Vitalité à des services chirurgicaux de catégories 1 et 2. Ces catégories sont les chirurgies les plus urgentes (catégorie 1: dans les 21 jours et catégorie 2: dans les 42 jours). Au Nouveau-Brunswick, les délais d'attente de chirurgie sont calculés à partir du moment où le patient et le chirurgien décident de procéder à l'intervention chirurgicale et que la demande de réservation en chirurgie est reçue à l'hôpital. Le délai d'attente se termine lorsque la chirurgie est complétée.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
 Un pourcentage élevé de chirurgies urgentes effectuées dans les délais est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies urgentes effectuées dans les délais (catégories 1 et 2) est à la baisse au sein du Réseau depuis les 3 dernières années, passant de 51.9 % en 2019-2020 à 49.7 % en 2021-2022. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19. Atteindre la cible fixée reste un défi pour le quatrième trimestre. Pour les prothèses, le facteur principal qui contribue à réduire la capacité à atteindre les cibles est la pandémie COVID-19 qui a nécessité la réduction des activités des blocs opératoires et la réduction de la capacité des lits dans les hôpitaux. Un des processus mis en place pour améliorer les temps d'attente en chirurgie pour les patients est le suivant:
 -Les cas de cancer et autres « vraies » catégories 1 et 2 sont surveillés individuellement par les gestionnaires d'accès pour s'assurer que leurs chirurgies soient effectuées le plus rapidement possible.

✓	Conforme au plan	○	Non débuté
●	Non conforme au plan et mesures correctives en place	☑	Complété
✗	Non conforme au plan et interventions requises		

FICHE EXPLICATIVE

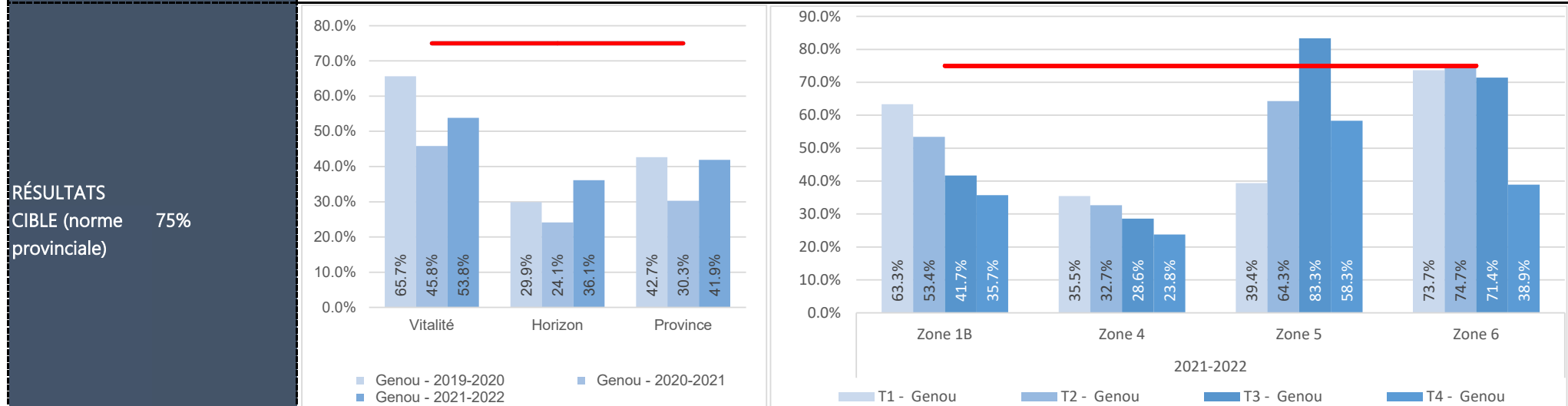
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

% de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines)

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

DÉFINITION
Cet indicateur reflète le pourcentage des patients qui ont subi une arthroplastie du genou planifiée dans les 26 semaines (182 jours) suivant la date à laquelle ils étaient prêts à être traités.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un pourcentage élevé de chirurgie d'arthroplastie du genou effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgie arthroplastie du genou effectuées dans les délais est à la baisse depuis les trois dernières années au sein du Réseau de santé Vitalité, passant de 65.7 % en 2019-2020 à 53.8 % en 2021-2022. Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.
Pour le quatrième trimestre, la Zone 4 a le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées dans les délais de 26 semaines le plus bas (23.8 %) et la Zone 5 a le pourcentage le plus élevé (58.3 %). Pour les prothèses, le facteur principal qui contribue à réduire la capacité à atteindre les cibles est la pandémie COVID-19 qui a nécessité la réduction des activités des blocs opératoires et la réduction de la capacité des lits dans les hôpitaux. Certains processus ont été mis en place pour améliorer les temps d'attente en chirurgie pour les patients :
-Les cas de prothèses sont priorisés et le temps opératoire est accordé en tenant compte du temps d'attente.
-Ajout d'instruments et de cabarets orthopédiques selon le besoin.

✓ **Conforme au plan**
 ○ **Non débuté**
● **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
 ☑ **Complété**
✗ **Non conforme au plan et interventions requises**

FICHE EXPLICATIVE

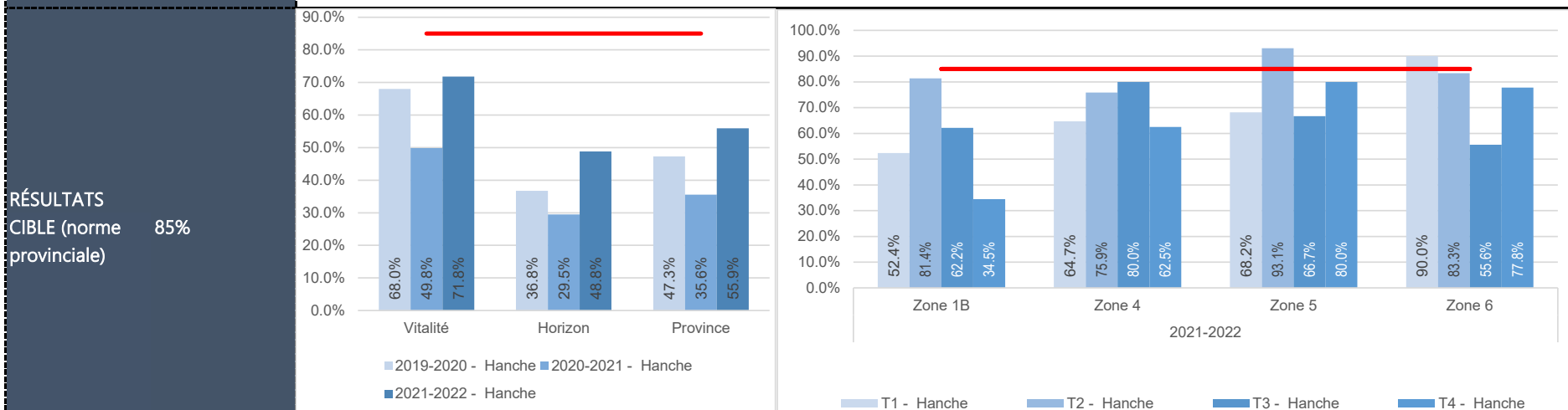
Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement

[Retour au sommaire](#)

% de chirurgies arthroplastie totale de la hanche effectuées (26 semaines)

LEADERSHIP	Sharon Smyth-Okana	INITIATIVES	Optimiser l'expérience chirurgicale	✓
FRÉQUENCE	Trimestrielle			
SOURCE DE DONNÉES	Registre de l'accès aux soins chirurgicaux			

DÉFINITION
Cet indicateur reflète le pourcentage des patients qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche planifiée dans les 26 semaines (182 jours) suivant la date à laquelle ils étaient prêts à être traités.



ANALYSE ET INTERPRÉTATION
Un pourcentage élevé de chirurgies arthroplastie de la hanche effectuées dans les délais de 26 semaines est souhaitable et reflète un accès accru aux services chirurgicaux et une productivité dans le Réseau de santé Vitalité. Le pourcentage de chirurgies d'arthroplastie totale de la hanche effectuées est à la hausse depuis les trois dernières années au sein du Réseau, passant de 68.0 % en 2019-2020 à 71.8 % en 2021-2022. Pour le quatrième trimestre de 2021-2022, la Zone 1B a le pourcentage de chirurgies arthroplastie de la hanche effectuées dans les délais de 26 semaines le plus bas (34.5 %) et la Zone 5 a le pourcentage le plus élevé (80.0 %). Les résultats de cet indicateur sont influencés par la pandémie de COVID-19.

- ✓ **Conforme au plan**
- **Non conforme au plan et mesures correctives en place**
- ✗ **Non conforme au plan et interventions requises**
- **Non débuté**
- ☑ **Complété**