

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 15 janvier 2024, 9 h à 11 h 30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Claire Savoie (P) Johanne Thériault Paulin		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

Claire Savoie (co-présidente)	Johanne Thériault Paulin (co-présidente)	Poste vacant
-------------------------------	--	--------------

Membres d'office

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

Membres invités - Qualité

Dr Eric Levasseur	Annie Carré	Pandurang Ashrit
Brigitte Sonier Ferguson	Marjorie Pigeon	Diane Mignault

Membres invités - Gouvernance

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

ORDRE DU JOUR

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

QUALITÉ

9 h 06	6. Approbation du procès-verbal du 19 octobre 2023	4 – 7	Décision
9 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	8 – 9	Information
9 h 15	8. Affaires permanentes		Information
	8.1 Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients		
	8.1 a) Note exécutive : Performance des programmes clientèles apprenants et des secteurs cliniques transversaux	10 – 11	
	8.1 b) Bulletin de performance PAC et SCA	12 – 13	Information
	8.2 Rapport synthèse T2 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients		
	8.2 a) Note exécutive : Rapport de synthèse du secteur de la qualité, sécurité des patients et expérience patient (QSPEP) avec les résultats du trimestre 2	14 – 15	
	8.2 b) Rapport de synthèse QSPEP	16 – 27	
	8.3 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles	28 – 29	Information

	8.4 Rapport synthèse du Bureau du risque organisationnel (T2) 8.4 a) Note exécutive : Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2023-2024-T2 8.4 b) Rapport de synthèse du Bureau des risques organisationnels	30 – 31 32 – 35	Information
9 h 35	9. Affaires nouvelles 9.1 Révision et approbation du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients 9.1 a) Note exécutive : Révision et approbation du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients 9.1 b) Politique CA-350 – Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients 9.2 Révision et approbation du plan de travail du Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients 9.2 a) Note exécutive : : Révision et approbation du plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	36 – 37 38 – 41 42 – 43	Décision Décision
GOVERNANCE			
9 h 45	10. Approbation du procès-verbal du 25 octobre 2023	44 – 47	Décision
9 h 46	11. Suivis de la dernière réunion 11.1 Plan de formation du Conseil d'administration 2023-2024 : création d'un registre 11.1 a) Note exécutive : Plan de formation du Conseil d'administration 2023-2024 11.1 b) Registre des demandes de formation du Conseil d'administration 11.2 Mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature 11.2 a) Note exécutive : Politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature 11.2 b) Politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature 11.3 Réorganisation des comités du Conseil d'administration 11.3.1 Couplage du Comité de gouvernance et de mise en candidature et du Comité de la qualité de soins et de la sécurité des patients et couplage du Comité des finances et de vérification et du Comité stratégique de la recherche et de la formation 11.3.1 a) Note exécutive : Couplage des comités du Conseil d'administration 11.3.1 b) Membres des comités du Conseil d'administration 2023-2024 11.3.2 Changements relativement aux motions (en bloc)	48 – 49 50 51 – 52 53 – 55 56 – 57 58 – 59 60 – 61	Décision Information Information et décision Information

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 6

Titre de la réunion :	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Date et heure :	Le 19 octobre 2023 à 10:00
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	TEAMS
Présidente : Adjointe administrative :	Claire Savoie (par intérim) Vicky Pellerin		
Participants			
Membres votants			
√	Claire Savoie (présidente par intérim)	√	Tom Soucy
Membres d'offices			
√	Dre France Desrosiers	√	Annie Carré
√	Dr Éric Levasseur		
Membres invités			
√	Brigitte Sonier Ferguson	√	Marjorie Pigeon
		√	Diane Mignault
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la séance

Avec la démission du président du comité, Mme Savoie mentionne qu'elle assurera la présidence de façon intérimaire et ouvre la séance à 10:01 en souhaitant la bienvenue à tous. N'ayant pas le quorum, Mme Savoie reconnaît l'irrégularité de cette réunion à cause de l'absence d'un membre.

2. Adoption de l'ordre du jour

L'ordre du jour du 19 octobre 2023 est adopté tel que présenté. Les points de décision devront être reportés à la prochaine réunion régulière.

3. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Aucun conflit d'intérêts n'est signalé.

4. Soumission du rapport de l'assemblée générale annuelle 2022-2023 du Comité de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance

Le rapport est soumis aux membres pour information.

5. Affaires permanentes**5.1 Rapport synthèse du trimestre 1 (1^{er} avril – 30 juin 2023) en matière de qualité et sécurité des patients (sécurité des patients, plaintes, comités de revues, satisfaction de la clientèle, dossiers ouverts HIROC)**

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

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

Pour ce qui est des faits saillants, bons coups et points de surveillance de la sécurité des patients, toutes les zones ont connu une hausse de déclaration, notamment au niveau des incidents évités de justesse (12% par rapport à T4). Les éléments d'explication probables sont que les infirmières itinérantes ont maintenant accès à IRapport et qu'après une année d'implantation, il y a une meilleure utilisation du logiciel. Mme Marjorie Pigeon souligne que cette hausse peut également indiquer une plus grande sécurité psychologique au sein de l'organisation.

Les chutes sont demeurées stable (8.7% de moins). 80% sont répertoriées sur les unités pour les services aux aînés.

Les incidents reliés au contrôle des infections ont augmenté de 244.4%. Il s'agit principalement du fait de faire des tests de dépistages (87.9%) et du manque de signalisation adéquate. Élément explicatif : une sensibilisation à la déclaration a été effectuée sur le terrain. Il y avait donc une sous-déclaration.

Les incidents reliés aux médicaments ont augmenté de 13%. Les trois plus importants types d'incidents : omissions (32.8%); dose/concentration (27.7%); aucune ordonnance/problème lié à l'ordonnance (25.5%)

Monsieur Pandurang Ashrit demande comment les chutes sont mesurées.

Madame Marjorie Pigeon explique qu'on calcule de nombre de déclarations avec un logiciel nommé IRapport.

Madame Claire Savoie suggère d'avoir plus d'information sur les tendances.

Madame Brigitte Sonier Ferguson confirme que ces informations seront notées dans nos rapports aux prochaines réunions.

Dre Frances Desrosiers explique que le secteur de la Qualité est en transition. On veut devenir une équipe qui réfléchit à partir de données et qui pose des actions significatives pour les patients à travers les équipes cliniques sur le terrain. On s'est donné le mandat d'avoir un processus clair et des priorités claires d'ici les 3 prochains mois.

Dr Éric Levasseur mentionne que depuis quelques années, on fait de la formation sur la culture juste. Ce sont des formations qui permettent de bien décortiquer des événements. On est maintenant à notre 3^e cohorte.

Madame Brigitte Sonier Ferguson propose qu'aux prochaines réunions d'apporter des moments de discussions par rapport à des données spécifiques et que les présentations soient sur les processus en place pour assurer la prise d'actions.

Monsieur Pandurang Ashrit questionne sur la mesure des plaintes du triage et le manque d'empathie aux services des urgences.

Madame Brigitte Sonier Ferguson dit qu'on doit se demander comment mieux sensibiliser la patientèle. Ça serait intéressant d'investiguer et d'avoir des campagnes de sensibilisations aux gens aux services d'urgence.

Dre France Desrosiers mentionne qu'il y a deux grandes initiatives présentement à travers le Réseau. 1) Intégration des bénévoles aux équipes de soins; et 2) Nouveau modèle de soins infirmiers qui est basé sur le travail d'équipe. Ce qui veut dire, plus de préposés aux soins, plus d'auxiliaires et l'ajout de kinésiologues. Elle mentionne que c'est très important que chaque programme ait des patients traceurs qui peuvent passer en travers de nos processus et faire des recommandations.

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

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

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

Le comité est également amené en dernier lieu à se pencher sur une série d'indicateurs qui pourraient constituer le tableau de bord au fil du temps. Il est recommandé que l'équipe revienne avec une suggestion d'indicateurs de performance pour le comité.

Dre France Desrosiers mentionne qu'on a perdu beaucoup de bénévoles durant la pandémie et on est présentement en train de renouveler nos bassins de bénévoles.

Dre France Desrosiers recommande à son équipe qu'on revienne avec des propositions d'indicateurs qui vont refléter la performance du secteur et qui va nous permettre de suivre l'évolution des priorités des secteurs dans les feuilles de route.

Monsieur Tom Soucy demande comment on fait pour valider nos chiffres de taux de satisfaction des gens.

Madame Annie Carré donne l'exemple de comment l'imagerie médicale procède lorsqu'ils partagent les services à la clientèle externe. On se donne comme mission de distribuer 300 sondages, donc 50 par modalité. Toutes les équipes font l'effort de distribuer les sondages. Lorsque la cible de 50 par modalité est atteinte, on a une belle brochette de commentaires.

5.3 Suivi de la démarche d'Agrément Canada

Le tableau présenté est à la suite du suivi effectué le 10 avril et des suivis requis pour le 8 octobre prochain en lien avec les non-conformités issues du rapport d'Agrément Canada de la visite de juin 2022. Le Réseau de santé s'est vu décerner le statut d'organisme agréé lors de la visite de juin 2022 avec suivi sous forme de rapport le 10 avril et le 8 octobre 2023. Une première reddition de compte a été soumise avec un dépôt de preuves dans le portail en avril dernier.

Les éléments qui nous représentent un plus grand risque organisationnel sont la gestion des médicaments, les aires d'entrepôts des médicaments et les chariots à médicament.

Dre Desrosiers mentionne que c'est dans les priorités, mais que nous devons voir aux financements des modifications d'infrastructures nécessaires.

6. **Affaires nouvelles**

6.1 Révision et approbation du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Une version révisée du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est présentée aux membres pour approbation. Les commentaires émis lors de la journée de formation du mardi 26 septembre 2023 ont été pris en considération.

Les grands faits saillants sont de s'assurer d'inclure tous les éléments en lien avec les normes de gouvernance par rapport à Agrément Canada et revoir la membriété des membres du Conseil d'administration à ce comité.

L'approbation formelle est reportée à la prochaine réunion.

6.2 Révision et approbation du plan de travail

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

L'approbation formelle est reportée à la prochaine réunion.

7. Date de la prochaine réunion

La date de la prochaine réunion est le 15 janvier 2024.

8. Levée de la réunion

La séance est levée à 11:14.

Claire Savoie
Présidente (par intérim)
Comité de la qualité des soins et de la sécurité des
patients

Brigitte Sonier-Ferguson
Vice-présidente principale
Performance, Mission universitaire et Stratégies

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

Date : 15 décembre 2023

Objet : Affaires découlant et suivis

Objectif

La présente note exécutive permet au comité mixte de qualité et de gouvernance de faire un retour sur les points d'action convenus lors de la rencontre précédente.

Contexte

Le tableau de suivi plus bas permet de rendre compte de l'état d'avancement et d'assurer les suivis.

Solution proposée

Action	Responsable	Suivi
Obtenir plus d'information sur les tendances en matière de sécurité des patients	VP – Performance, Mission universitaire et Stratégies Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient Directeur Analytique de santé	Un travail est en cours sur l'accessibilité des données, la modélisation dans Power BI, en partenariat avec l'analytique de santé.
Avoir un processus et des priorités claires en matière de qualité, sécurité des patients et expérience patient d'ici les prochains 3 mois	VP – Performance, Mission universitaire et Stratégies Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient	La raison d'être, les orientations, la vision pour les prochaines 4 années et des projets 90 jours pour le secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience ont été définis.
Suggestion de mieux sensibiliser la patientèle de l'urgence par rapport à leurs attentes à l'égard de ce service	Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient	Une discussion a eu lieu avec le directeur clinico-administratif des urgences.
Mettre en place un système de patients traceurs pour évaluer les services	Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient	Cette nouvelle initiative fait l'objet d'un projet prioritaire pour le trimestre 4.
Suggérer des indicateurs à suivre par le comité	VP – Performance, Mission universitaire et Stratégies Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient	Un tableau de bord de performance est présenté à la rencontre de janvier 2024.
Réviser le mandat du comité, notamment en ce qui concerne la membricité	Bureau des risques organisationnels	Une nouvelle version est soumise pour la rencontre de janvier 2024.

Avantages

Le développement d'une expertise dans l'analyse et le croisement de différentes bases de données afin de mieux cibler les points chauds et les priorités d'action.

Une utilisation plus juste et courante des données issues des processus QSPEP en tenant compte des contextes, des attentes et des besoins des programmes clientèle apprenants et autres secteurs cliniques et non-cliniques.

Une vision plus claire de la raison d'être et des objectifs du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient permet d'être pleinement aligné sur les priorités et les valeurs organisationnelles, le tout en complémentarité avec les autres secteurs.

Désavantages

Sans objet.

Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

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

Sans objet.

Soumis le 15 décembre 2023 par Marjorie Pigeon, directrice Qualité, Sécurité des patients et Service des bénévoles.

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

Date : 17 décembre 2023

Objet : Performance des programmes clientèles apprenants et des secteurs cliniques transversaux

Objectif

Les bulletins de performance par programme clientèles apprenant et par secteur clinique transversal qui sont présentement en élaboration permettront au Comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 3.1.6. L'instance de gouvernance examine régulièrement les indicateurs de rendement organisationnels, y compris ceux liés à la qualité et à la sécurité. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont cités en référence dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

Les bulletins de performance seront présentés à titre informatif.

Contexte

Quoique le Réseau a toujours mesuré des indicateurs en matière de qualité et de sécurité des patients, la visibilité de ces derniers et la capacité d'analyser ces indicateurs en relation avec la performance de nos secteurs en matière d'accès, d'efficacité, de pertinence et de continuité des soins n'étaient pas optimales.

Par le biais de notre approche de planification stratégique apprenante en continu, la performance de nos programmes clientèle apprenants et de nos secteurs cliniques transversaux sera constamment questionnée et analysée, et ce, toujours en tenant compte des besoins futurs de notre population. Par cet exercice, le comité sera en mesure de :

- 1) Comprendre la performance trimestrielle actuelle de chaque programme clientèle apprenant et secteur clinique transversal;
- 2) Veiller à ce que le Réseau adresse les écarts perçus par le biais de projets d'amélioration, séquencés et déployés selon les enjeux prioritaires de l'organisation.

Solution proposée

Afin de permettre une surveillance de la performance organisationnelle plus approfondie, des bulletins de performance par programme clientèle apprenant, ainsi que par secteur clinique transversal, sont en cours d'élaboration. Les indicateurs de performance clés pour chaque programme et chaque secteur seront répertoriés selon cinq catégories (qui s'arriment avec les dimensions de la qualité d'Agrément Canada) :

- 1) L'accès
- 2) L'efficacité opérationnelle
- 3) Les résultats patients
- 4) Les contre-indicateurs de performance (qualité et sécurité)
- 5) La satisfaction des clients

Les programmes clientèle apprenants et les secteurs cliniques transversaux ont finalisé le choix de 5 à 6 indicateurs de performance clés et ces derniers seront présentés au comité de priorisation et d'exécution

stratégique de l'Équipe de leadership pour approbation finale en janvier 2024. Certains des indicateurs choisis sont déjà captés alors que d'autres nécessiteront un certain travail du point de vue analytique en matière de santé afin d'assurer la collecte automatisée des données nécessaires. Nous vous présentons, en pièce jointe, les définitions et un exemple de bulletin de performance pour le programme clientèle apprenant – chirurgie.

Avantages

L'avantage de l'approche proposée cadre avec la vision de gestion intégrée de la qualité, ainsi qu'avec l'approche apprenante préconisée par le Réseau.

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

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

Sans objet.

Soumis le 4 janvier 2024 par Brigitte Sonier Ferguson.

Définitions

Accès	Efficience opérationnelle	Résultats patients	Contre-indicateur de performance (qualité et sécurité de patients)	Satisfaction de la clientèle
<p>Les indicateurs de performance de l'accès nous permettent de mesurer la capacité des individus à obtenir des services, des soins ou des interventions en santé pour un programme clientèle apprenant donné. L'accès adéquat aux services et aux soins de santé est fondamental pour établir un système de santé équitable et efficace.</p>	<p>Les indicateurs de performance de l'efficience opérationnelle nous permettent d'optimiser l'utilisation des ressources humaines, physiques et financières disponibles pour fournir des soins de qualité et sécuritaires. Un programme clientèle apprenant efficace fonctionne de manière productive avec un minimum de gaspillage, tout en maintenant une amélioration en continu de la qualité.</p>	<p>Les indicateurs de performance des résultats patients se réfèrent aux effets mesurables des services et des soins sur la santé, le bien-être et la satisfaction des patients dans un programme clientèle donné. Mesurer les résultats patients est crucial pour évaluer l'efficacité des interventions et garantir une prestation de soins de haute qualité.</p>	<p>Les contre-indicateurs de performance mettent en évidence des situations à éviter ou à minimiser. Ils servent à identifier les domaines où des améliorations sont nécessaires pour assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Ils nous permettent également de valider si les améliorations apportées ont un effet positif ou négatif sur la qualité et la sécurité des soins.</p>	<p>L'indicateur de performance de la satisfaction de la clientèle nous permet d'évaluer à quel point le « client » (patient) est satisfait de la qualité des services et des soins de santé reçus.</p>

Programme clientèle apprenant – Chirurgie

Bulletin de performance

Accès



	Référence	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de chirurgies complétées dans les délais prescrits par catégorie (I, II, III et cancer)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temps moyen d'attente d'un patient pour son premier rendez-vous avec le chirurgien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Résultats patients



	Référence	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Durée moyenne de récupération post-opératoire selon le type de chirurgie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de mortalité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Satisfaction de la clientèle



	Référence	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de satisfaction des patients	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Efficiency opérationnelle



	Référence	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Temps moyen de rotation des salles d'opération	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de minutes utilisées vs minutes disponibles des salles d'opération	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contre-indicateur (Qualité et sécurité)



	Référence	Cible	Résultats	Tendance trimestrielle	Tendance annuelle
Taux de réadmission	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de complications chirurgicales global	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux d'infection post-opératoires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom du comité : Comité mixte de qualité et de gouvernance – section qualité

Date : 13 décembre 2023

Objet : Rapport de synthèse du secteur de la qualité, sécurité des patients et expérience patient (QSPEP) avec les résultats du trimestre 2

Objectif

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

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

3.1.6	L’instance de gouvernance examine régulièrement les indicateurs de rendement organisationnels, y compris ceux liés à la qualité et à la sécurité.
3.1.7	L’instance de gouvernance veille à ce que l’organisme se serve de la rétroaction des usagers pour améliorer la qualité de ses services.
3.1.8	L’instance de gouvernance examine régulièrement les progrès effectués par l’organisme par rapport aux objectifs de son plan intégré d’amélioration de la qualité.
3.4.3	L’instance de gouvernance veille à ce que l’organisme facilite le signalement des incidents ou des préoccupations en matière de sécurité.
3.4.5	L’instance de gouvernance veille à ce que l’organisme dispose d’une politique et d’une procédure efficace pour permettre aux gens de formuler des plaintes ou d’exprimer leurs préoccupations sans qu’ils subissent des répercussions négatives.
3.4.6	L’instance de gouvernance veille à ce que l’organisme dispose de politiques et de procédures efficaces pour gérer les plaintes en temps opportun et de façon transparente.

Le rapport est soumis au comité à titre informatif.

Contexte

Le rapport synthèse en pièce jointe résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient pour le trimestre 2, ainsi que les activités du secteur QSPEP depuis la dernière rencontre. Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

1. Informer le comité des faits saillants en lien aux événements (incidents et plaintes) rapportés et les résultats des sondages de l’expérience des patients hospitalisés durant le trimestre deux, ainsi que les analyses, les recommandations et les actions qui en découlent;
2. Informer le comité des mises à jour en lien avec les redditions de comptes dans le cadre du processus d’Agrément Canada;
3. Présenter au comité les indicateurs de performance du secteur QSPEP;
4. Informer le comité du plan d’optimisation du secteur QSPEP, ainsi que des projets prioritaires du secteur pour les 90 prochains jours.

Solution proposée

La gestion intégrée de la qualité dépend :

- 1) de l'accès aux rapports et aux données en matière de qualité et de sécurité des patients qui sont pertinents et de qualité élevée;
- 2) d'une écoute active et signifiante de la voix des patients;
- 3) d'un accompagnement des équipes terrains par des experts-conseils en matière de qualité, de sécurité des patients et d'expérience patient.

Les priorités présentées par le secteur QSPEP permettront d'assurer la mise en œuvre des éléments identifiés ci-dessus.

Avantages

L'avantage de l'approche proposée cadre avec la vision de gestion intégrée de la qualité, ainsi qu'avec l'approche apprenante préconisée par le Réseau.

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

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

Sans objet.

Soumis le 4 janvier 2024 par Brigitte Sonier Ferguson.

Objectif

Ce rapport a été présenté au Comité de qualité de l'Équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité le 20 décembre 2023. Afin d'assurer la sécurité des patients, la qualité des services et des soins prodigués, et l'amélioration continue de ces derniers, l'Équipe de leadership, par le biais de son comité de qualité, doit chaque trimestre :

- 1) Prendre connaissance des résultats en matière d'incidents et de plaintes, ainsi que des recommandations qui découlent des comités de révision, et de la satisfaction de la clientèle;
- 2) Assurer à la mise en œuvre des actions qui découlent des recommandations pour atténuer les risques liés aux incidents et aux plaintes;
- 3) Assurer des suivis appropriés auprès des équipes de terrain afin de traiter des tendances (positives ou négatives) en matière d'incidents ou de plaintes.

Lors de cette rencontre, le comité a également pris connaissance de l'exercice de réflexion et du plan d'optimisation du secteur de la qualité, sécurité des patients et expérience patient (QSPEP) pour les 90 prochains jours.

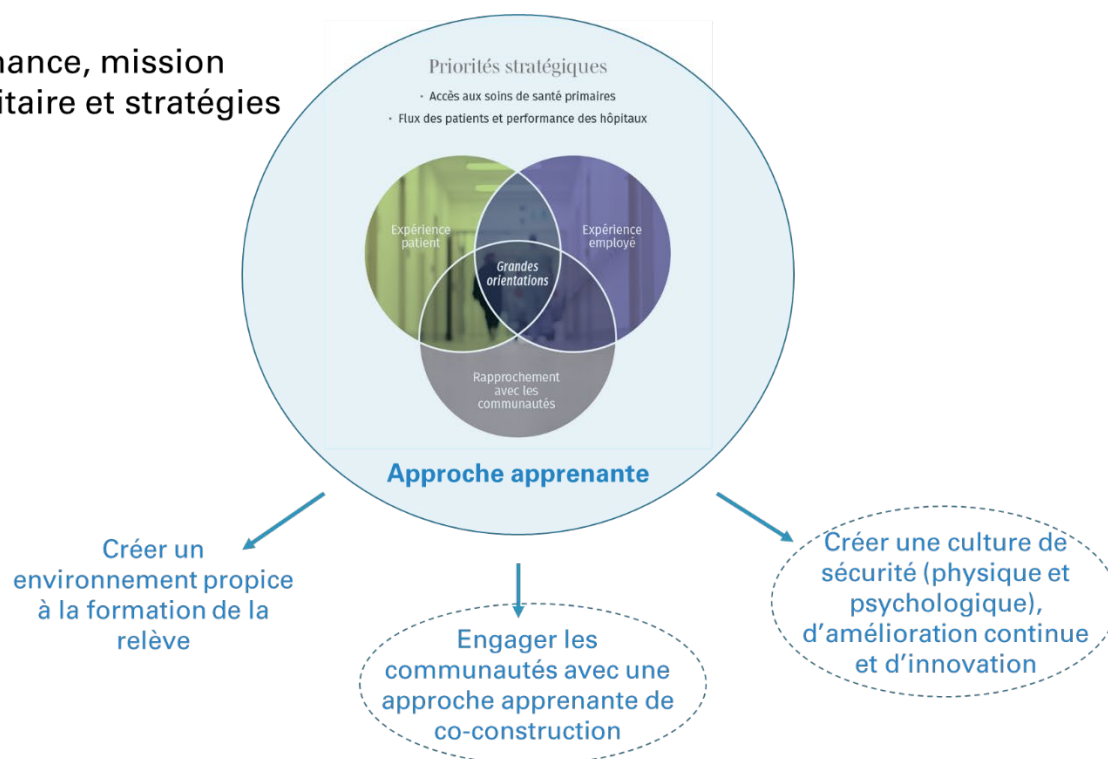
Actions qui découlent de la rencontre du 20 décembre 2023

1. Appropriation des résultats du trimestre 2 et approbation des nouvelles recommandations qui découlent des comités de révision d'incidents qui ont eu lieu entre le 11 août et le 31 octobre 2023 (Annexe 1).
2. Voir à la mise en œuvre des suivis et des recommandations en lien avec les incidents les plus fréquents (comportements agressifs et inappropriés, chutes, médicaments (Annexe 2).
 - **Les incidents de la catégorie agitation/gestes inappropriés ont augmenté de 36 % (point de surveillance au CHR);**
 - **Les chutes représentent de 47% à 57 % des incidents de niveaux de gravité léger, modéré ou grave.**
3. Voir à la mise en œuvre des suivis et des recommandations en lien avec les plaintes les plus fréquentes (comportement du personnel, attentes des plaignants, communication (Annexe 3).
 - **Les plaintes liées aux comportements du personnel ont connu une croissance au cours de la dernière année.**
4. Voir à la mise en œuvre des suivis et des recommandations en lien avec les résultats des sondages sur l'expérience des patients hospitalisés (Annexe 4).
 - **Le taux de satisfaction globale des patients hospitalisés en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en traitement des dépendances a connu une diminution dans la dernière année.**
5. Appropriation des mises à jour en matière de reddition de compte dans le cadre du processus d'agrément d'Agreement Canada (Annexe 5).

Optimisation du secteur de la Qualité, sécurité des patients et expérience patient (QSPEP)

Le mois dernier, le Réseau de santé Vitalité a retenu les services d'un consultant en amélioration de la performance et de la gestion de changement pour accompagner le secteur (vice-présidence, direction et gestion) dans un exercice de réflexion. Cet exercice avait comme objectif principal d'élaborer un plan d'optimisation afin de mieux positionner le secteur dans sa capacité de soutenir le Réseau dans le déploiement de la gestion intégrée de la qualité. Le secteur devait également prendre conscience de son rôle primordial dans la mise en œuvre de l'approche apprenante de l'organisation. La figure ci-après présente les grandes priorités du secteur de la performance, mission universitaire et stratégies, ce qui comprend le secteur QSPEP.

Performance, mission universitaire et stratégies



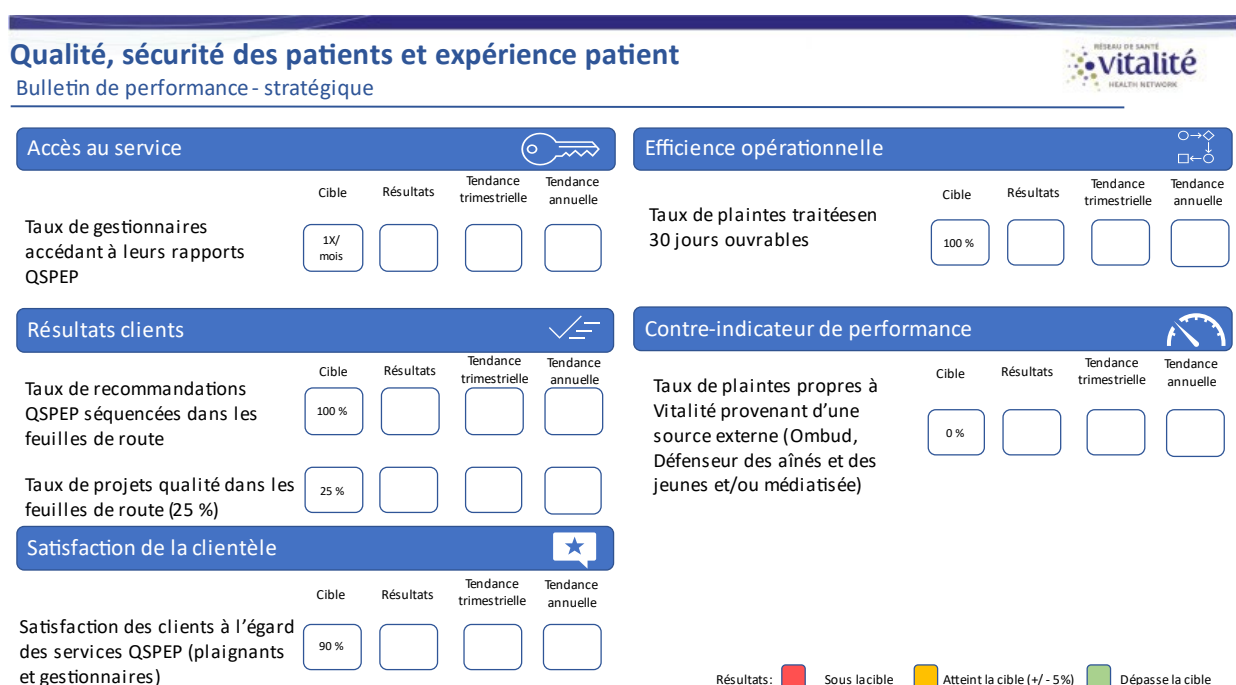
Le secteur QSPEP s'est également penché sur les éléments suivants dans son exercice de réflexion afin de clarifier sa raison d'être au Réseau :

- Les volets de la gestion intégrée de la qualité
- Les dimensions de la qualité selon Agrément Canada
- Les quatre perspectives de la qualité (Attendue-Voulue-Perçue-Rendue)

C'est ainsi que tous se sont entendus sur le fait que le secteur QSPEP a comme responsabilités de :

- ❖ produire des renseignements pertinents de qualité, et, en temps opportun, en matière de qualité, de sécurité des patients et de satisfaction de la clientèle pour une priorisation éclairée et des ajustements avisés;
- ❖ s'assurer que la voix du patient est entendue et valorisée à travers l'organisation.

Le secteur a identifié une série d'indicateurs qui lui permettra de mesurer ses résultats relativement aux responsabilités identifiées dans les deux énoncés ci-après. Ces indicateurs formeront le bulletin de performance du secteur QSPEP qui sera régulièrement présenté au leadership, ainsi qu'au Conseil d'administration. Le secteur priorisera la mise au point de ces mesures dans les 90 prochains jours.



Le secteur a également identifié trois grandes initiatives qui lui permettront de bâtir sa feuille de route pour les quatre prochaines années.

- 1) Optimiser la pertinence, la précision et la qualité des informations en matière de qualité et de sécurité des patients;
- 2) Faire entendre la voix des patients;
- 3) Accompagner les programmes clientèle apprenants et les services cliniques transversaux dans la gestion intégrée de la qualité.

Compte tenu de ces trois initiatives, le groupe a identifié des projets prioritaires pour les 90 prochains jours (en plus de l'élaboration des indicateurs de performance spécifiés plus tôt); ceux-ci sont présentés à l'annexe 6.

ANNEXE 1 : Résultats du 1^{er} juillet au 30 septembre 2023

Expérience des patients hospitalisés

Les rapports sur l'expérience des patients hospitalisés et sur l'expérience des patients hospitalisés en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en STD (T2 2022-23) sont présentés à titre d'information. Les tableaux présentés en annexes 4 et 5 démontrent les résultats par question du deuxième trimestre de l'année 2023-24, ainsi que les données comparatives du trimestre précédent et pour la même période en 2022-23.

En ce qui a trait à l'expérience des patients hospitalisés, nous voyons que le taux de **satisfaction général demeure stable à 92 % (en baisse de 1 % comparativement au dernier trimestre)**. En ce qui concerne les patients hospitalisés en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en traitement des dépendances, nous remarquons une **diminution de la satisfaction générale de 5,2 % (73 % vs 77 %)**.

Événements (incidents et plaintes)

Le tableau ci-après présente les résultats des événements (incidents et plaintes) et des incidents qui ont nécessité une révision. Ces derniers sont classés selon les dimensions de la qualité d'Agrement Canada et les définitions provinciales.

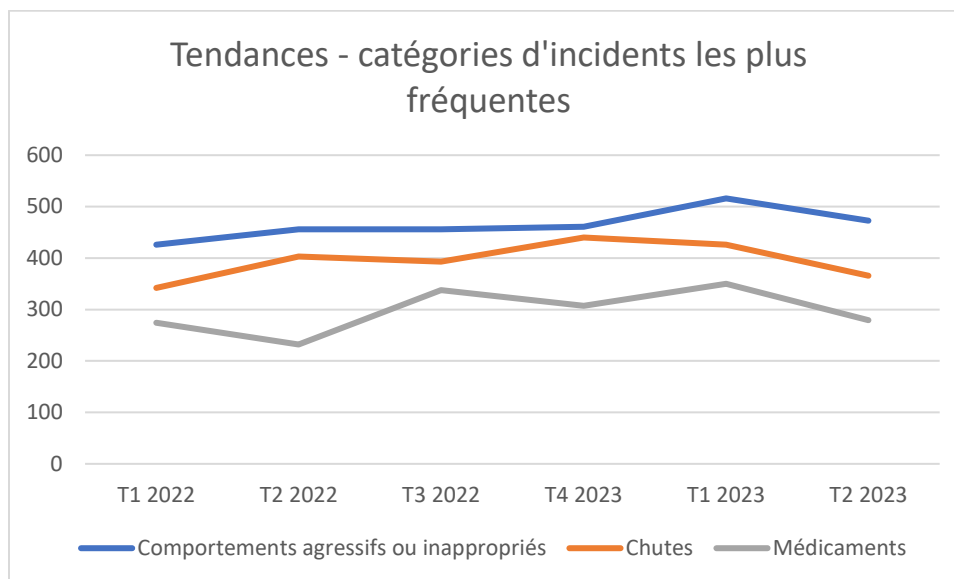
Définitions importantes

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

TABLEAU 1 : SOMMAIRE DES RÉSULTATS QSPEP T2 (INCIDENTS, PLAINTES ET COMITÉ DE RÉVISION)

Dimension de la qualité touchée	Événement	Incident ou plainte (I ou P)	Pourcentage % (Nombre total d'incidents = 1494; Nombre total de plaintes = 126)	Incident qui a nécessité une révision		Recommandation (Comité de révision)		
				Lieu	Catégorie	Faible	Modérée	Élevée
Sécurité	Sécurité (comportements agressifs ou inappropriés)	I	31,7					
	Chutes	I	24,5	HRE	En marchant	Aucune recommandation à la suite de la revue		
	Médicaments	I	18,7					
	Traitements, analyses et procédés	I	14,3	CHUDGLD – 3B Obstétrique	Résultat inattendu	Aucune recommandation à la suite de la revue		
				HRE – Service d'urgence	Retard considérable	3	1	1
				CHUDGLD – 4C	Plaie de pression/lésion	1	4	4
	Résultats des soins	P	6,3					
	Contrôle des infections	I	5,02					
	Blessures non liées aux soins	I	3,4					
	Solutions intraveineuses	I	1,5					
	Produits sanguins	I	0,5					
	Suicide	I	-	Zone 4 (Centre correctionnel régional du Madawaska)	En communauté	1	-	-
Services centrés sur l'utilisateur	Comportement du personnel	P	22,2					
	Attentes du plaignant	P	17,5					
	Communication	P	11,9					
	Politiques et règlements du Réseau	P	9,5					
	Environnement	P	6,3					
Pertinence	Types de soins donnés	P	7,1					
Accessibilité	Accès aux services	P	11,1					
	Période d'attente à l'urgence	P	7,1					

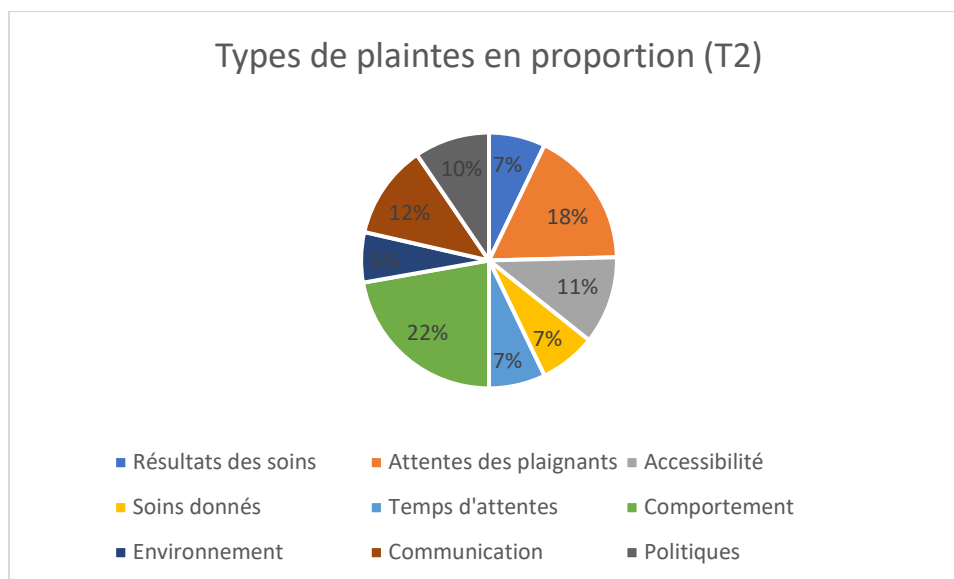
ANNEXE 2 : Analyses et recommandations en lien avec les incidents



POINTS DE SURVEILLANCE PAR CATÉGORIES D'INCIDENTS LES PLUS FRÉQUENTES				
Incident	Catégorie	Changement dernier trimestre (% ↑ ou ↓)	Tendance annuelle (↑↓→)	Interprétation/action/suivi
Comportements agressifs et inappropriés	Agitation/gestes inappropriés	↑ 36 %*	↑	<ul style="list-style-type: none"> - Malgré une diminution globale des comportements agressifs et inappropriés au cours du dernier trimestre, une augmentation remarquable d'une catégorie spécifique de comportements est observée; - Cette augmentation semble être attribuée à une augmentation particulière dans la zone 5 (CHR); - Actions et suivis : Analyse plus approfondie en cours avec un retour auprès des gestionnaires et des directions afin d'identifier des solutions de désescalade pour réduire le nombre d'incidents. <p>*Révision de la manière de rapporter les incidents de sécurité pour éviter le doublement des déclarations.</p>
Chutes (* Les chutes représentent jusqu'à 40 % des incidents subis par les patients)	Toutes catégories confondues	↓ 14 %	→	<ul style="list-style-type: none"> - Les chutes représentent en moyenne entre 47 % et 57 % des incidents de niveaux de gravité léger, modéré ou grave; - Suivis : Effectuer une analyse multi-incidents afin d'identifier les causes communes et élaborer un

hospitalisés. ICSP)				<p>plan de réduction du nombre de chutes avec blessure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recommandation au comité : Création d'un groupe de travail régional sur la prévention des chutes.
Médicaments	Toutes catégories confondues	↓ 17 %	→	<ul style="list-style-type: none"> - Rien à signaler
Contrôle des infections	Toutes catégories confondues	↓ 54 %	→	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution marquée des incidents en lien avec la prévention et le contrôle des infections. - Suivis : en cours afin de mieux comprendre la raison derrière cette diminution. - Recommandation au comité : Statuer sur l'utilisation d'IRapport par la PCI ou autre moyen de communication des résultats au secteur QSPEP.

ANNEXE 3 : Analyses et recommandations en lien avec les plaintes



POINTS DE SURVEILLANCE PAR TYPES DE PLAINTES LES PLUS FRÉQUENTES			
Type	Changement dernier trimestre (% ↑ ou ↓)	Tendance annuelle (↑↓→)	Interprétations/Actions/suivis
Comportement du personnel	↓ 3,4 %	↑	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'empathie et de professionnalisme (soins infirmiers et autres professions) - Suivis : Retour auprès des employés sur l'importance de la validation et de la communication compassionnelle (fait) - Recommandation au comité : Arrimage avec le secteur RH pour aligner les stratégies et les interventions (« HEAT MAP »)
Attentes des plaignants	ND	ND	<ul style="list-style-type: none"> - 41 % des plaintes en lien avec les attentes du plaignant relèvent d'expériences vécues aux urgences (traitements souhaités, codes de triage, etc.) - Recommandation au comité : Identification de stratégies de communication avec le public en lien avec le service d'urgence
Communication	↑ 20 %	→	<ul style="list-style-type: none"> - La majorité des plaintes relève du manque de renseignement et d'information (changement de RV, information au triage à l'urgence ou au congé) - Suivis : Les gestionnaires ont rappelé l'importance de fournir des informations complètes aux patients et à leur famille (fait). - Élément de surveillance : Augmentation des plaintes en lien avec les services dans la langue officielle au choix du patient

ANNEXE 4 : Analyses et recommandations en lien avec l'expérience des patients hospitalisés

Les trois questions avec le plus faible taux de satisfaction sont :

Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés	T2 2023-2024 (%)
Tenir compte de vos valeurs culturelles/celles de votre famille?	41
Chambre et salle de bain nettoyées?	61
Tranquillité autour de votre chambre la nuit?	66

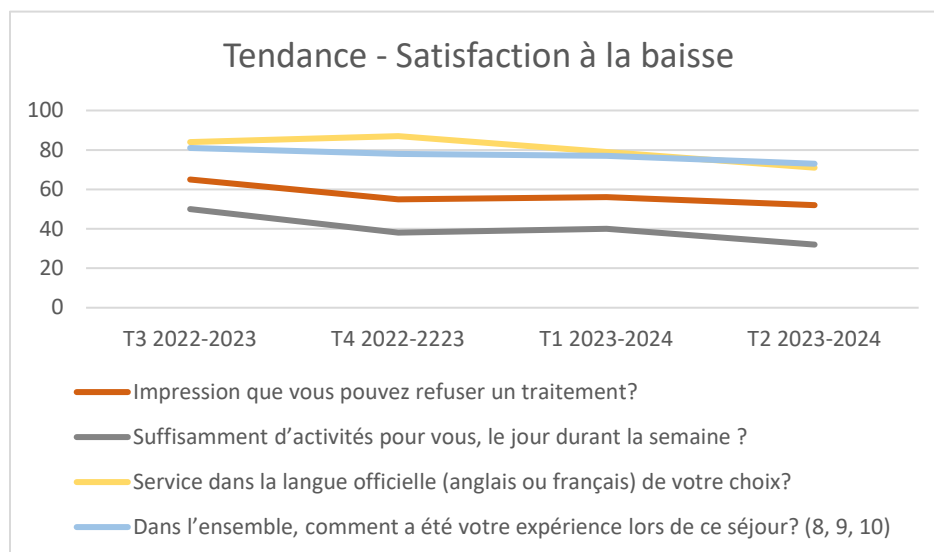
Parmi les 20 questions du sondage, la suivante est celle où l'on note le plus grand déclin dans le taux de satisfaction au cours des 4 derniers trimestres. Cette question fait également l'objet de surveillance dans le sondage des patients hospitalisés en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en traitement des dépendances.

	T3 (%) 2022- 2023	T4 (%) 2022- 2223	T1 (%) 2023- 2024	T2 (%) 2023- 2024
Service dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix?	90	90	87	76

En ce qui a trait à l'expérience des patients hospitalisés en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en STD, les trois questions qui démontrent le plus faible taux de satisfaction sont :

Sondage sur l'expérience des patients hospitalisés – Psychiatrie, pédopsychiatrie et traitement des dépendances	T2 2023-2024 (%)
Suffisamment d'activités?/Les activités offertes vous intéressent-elles?	32
Participation de la famille aux décisions concernant vos soins/traitements ?	46
Impression que vous pouvez refuser un traitement?	52

En faisant le portrait des résultats sur une ligne de temps, voici les tendances à surveiller. On note également que le taux régional de satisfaction globale de l'expérience pendant le séjour a diminué graduellement au cours des quatre derniers trimestres.



ANNEXE 5 : Mise à jour des suivis en matière de reddition de compte auprès d'Agrément Canada

Le Réseau de santé Vitalité s'est vu décerner le statut d'organisme agréé lors de la visite de juin 2022 avec suivis sous forme de rapports les 10 avril et 8 octobre 2023. La deuxième reddition de compte a été soumise avec un dépôt de preuves sur le portail.

État du suivi	En lien avec les POR	Critères à priorités élevées	Total
Nb de critères pour lesquels une reddition de compte était requise	12	12	24
Nb de critères pour lesquels les preuves étaient acceptées et suffisantes	4	9	13
Nb de critères nécessitant des preuves supplémentaires	8	1	9
Nb de critères qui demeurent non conformes, mais pour lesquels nous ne sommes pas tenus de fournir d'autres preuves de conformité	0	2	2

- Les preuves ont été **acceptées et suffisantes** pour les critères suivants :
 - Le bilan comparatif des médicaments (BCM) (réadaptation)
 - La « *Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées* » (gestion des médicaments)
 - L'évaluation du risque suicidaire chez les usagers (Centre des Anciens combattants)
 - Le transport des médicaments cytotoxiques et autres médicaments dangereux (gestion des médicaments)

- L'obtention du consentement (urgence, soins ambulatoires et soins primaires)
- La radioprotection (question de grossesse) (imagerie diagnostique)
- Les précautions universelles en matière de prévention des chutes (désencombrement des lieux physiques à l'urgence du CHUDGLD)
- L'environnement physique sécuritaire, confortable et favorisant le rétablissement de l'utilisateur (santé mentale Bathurst)
- La politique sur les pratiques d'éthique et de recherche (obstétrique)

Nous devons **fournir plus de preuves le 9 avril 2024** pour les critères suivants :

POR/critère	Équipe	Preuves à fournir
POR du BCM	Soins ambulatoires	Confirmer que votre politique est adoptée et diffusée dans votre organisme.
Critère à priorité élevée – BCM	Soins primaires	Continuer la mise en œuvre de vos plans d'action.
POR du transfert d'information	Soins critiques	Veuillez soumettre les résultats de vos évaluations et tout exemple de la manière dont vous avez utilisé ces informations pour apporter des améliorations au processus.
	Urgences	
	Unités d'hospitalisation	

ANNEXE 6 : Projets prioritaires du secteur QSPEP pour les 90 prochains jours (1^{er} janvier et 31 mars 2024)

Optimiser la pertinence, la précision et la qualité des informations en matière de qualité et de sécurité des patients	Faire entendre la voix des patients	Accompagner les programmes clientèle apprenants et les services cliniques transversaux dans la gestion intégrée de la qualité
Poursuivre la migration des rapports QSPEP sur PowerBI	Mise en œuvre d'une nouvelle approche de sondage de l'expérience patient	Optimisation de la structure pour mieux répondre aux besoins des clients
Ajouter les recommandations des comités de révision et les plaintes	Mise en œuvre d'une stratégie élargie de l'approche centrée sur les patients	Redistribution du travail entre les secteurs qualité et sécurité des patients
Élaborer une formation sur l'utilisation des rapports PowerBI	Optimisation de l'utilisation de partenaire de l'expérience patient	Redéfinition du rôle et des responsabilités du secteur Qualité, identification des profils et compétences requises et début de l'habilitation de l'équipe
Mesurer l'utilisation des rapports et l'évaluation de la qualité des rapports	Concept des patients traceurs (flux des patients et SSP)	Mise en œuvre d'équipes d'accompagnement pour les programmes clientèle apprenants

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

Date : 15 décembre 2023

Objet : Rapport du Comité consultatif des patients et des familles

Objectif

La présente note exécutive a pour objectif d'informer le comité des activités du comité consultatif des patients et des familles du Réseau. Selon le mandat en vigueur, le Comité consultatif des patients et des familles relève directement du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance, section qualité. Elle permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le critère de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 1.1.6 « L'instance de gouvernance collabore avec l'organisme pour intégrer une approche de soins centrés sur la personne dans l'ensemble de l'organisme et dans ses activités de gouvernance ».

Contexte

Le Comité consultatif des patients et des familles s'est réuni à deux reprises depuis la dernière rencontre du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance, soit :

- 30 octobre 2023 : atelier en personne co-dirigé par la directrice Qualité, Sécurité des patients et Service des bénévoles et Mme Caroline Jose, chercheure du Réseau de santé Vitalité spécialisée en partenariat patient.
- 11 décembre 2023 : réunion formelle et suivi de l'atelier.

Après quatre années de vie et plusieurs changements organisationnels autour du Comité consultatif des patients et des familles (CCPF), l'atelier visait à démarrer la co-construction d'une vision et d'une compréhension communes quant à la portée, au mandat et aux objectifs du CCPF.

Le CCPF doit poursuivre ses réflexions et sera en mesure de proposer une nouvelle version du mandat lors de la prochaine rencontre du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance en avril 2024.

Solution proposée

Mettre en œuvre d'une stratégie élargie de l'approche centrée sur les patients :

- Optimiser l'utilisation de partenaire de l'expérience patient ;
- Concept des patients-traceurs (flux des patients et SSP).

Dans le cadre de ce projet de 90 jours, proposer une révision de son mandat pour la prochaine réunion.

Avantages

Mieux définir la portée du mandat du comité consultatif des patients et des familles.

Cibler les objectifs pertinents et revoir le plan d'action en conséquence.

Assurer le recrutement ainsi que l'éducation des membres selon le mandat redéfini.

Désavantages

Sans objet.

Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

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

Sans objet.

Soumis le 15 décembre par Marjorie Pigeon, directrice Qualité, Sécurité des patients et Service des bénévoles.

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

Date : 2024-01-11

Objet : Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2023-2024-T2

Objectif

Le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le deuxième trimestre de 2023-2024 est présenté à titre d'information.

Contexte

Bureau des risques organisationnels

La mise en œuvre d'un nouveau modèle de registre des risques organisationnels pour le suivi des risques organisationnels par l'Équipe de leadership et le Conseil d'administration a débuté. De plus, une réflexion a été entamée sur le type d'indicateurs de risque pouvant mener à une cote globale afin de suivre l'évolution et la performance de l'organisation en termes de risques organisationnels.

Depuis le 1er juillet 2023, un processus de mise à jour des cartes de chaleur (« heat map ») pour le suivi de l'évolution des secteurs à risque d'interruption de service par manque de ressources humaines a été mis en œuvre.

La révision des règlements administratifs du Réseau a débuté et celle-ci se poursuivra au cours des prochains mois. Les règlements révisés et harmonisés avec ceux du Réseau de santé Horizon seront par la suite présentés au Conseil d'administration avant leur soumission au Ministère pour approbation.

Le projet de développement d'un plan d'urgence en cas de code orange pour les établissements qui ont une urgence est en cours. Ceci facilitera la prise en charge de l'arrivée en masse de blessés et la gestion des taux d'occupation à risque.

Un plan de communication afin de promouvoir l'importance de la Loi de Vanessa et d'augmenter le taux de signalement des déclarations obligatoires à Santé Canada des réactions indésirables graves aux médicaments (RIM) et des incidents liés aux instruments médicaux (IIM) a été développé et mis en œuvre.

Le projet visant l'amélioration de la gestion des contrats afin de réduire les risques inhérents à ceux-ci se poursuit.

Les politiques du Conseil d'administration (Conseil) sont présentement en révision. Les politiques relatives aux mandats des comités du Conseil ont été modifiées et adoptées par le Conseil le 7 novembre dernier. Les autres politiques devraient être soumises au Conseil pour adoption d'ici le mois de juin 2024.

Solution proposée

Sans objet.

Avantages

Sans objet.

Désavantages

Sans objet.

Considérations importantes

Le Bureau des risques organisationnels soutient l'organisation dans ses efforts de réduction des risques qui pourraient avoir une incidence sur l'atteinte des objectifs du Réseau).

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

Suivi à la décision

Poursuivre la révision des règlements administratifs du Réseau;
Poursuivre les initiatives en vue du développement d'un registre des risques organisationnels et d'indicateurs;
Poursuivre les initiatives en vue de réduire les risques d'interruption de service;
Poursuivre le projet de gestion des contrats;
Poursuivre la révision des politiques du Conseil d'administration qui requièrent une mise à jour.

Soumis le 15 décembre 2023 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques .



Rapport de synthèse du Bureau des risques organisationnels

**Pierre Michaud, Chef de la gestion des
risques**

Registre des risques organisationnels

- Suivi des risques opérationnels et organisationnels
- Détermination et évaluation des contres-indicateurs
- Cote globale de risque

Cartes de chaleur (« heat map »)

Légende

- Critique - 70%
- Modéré 70% à 80%
- Faible 80% +
- Modèle de soins 85% +

Exclus: FLOT AIDE ETU (étudiant)

TOUT

Zone	Service - Département	ris.	Impact	Département	# Position Total DPT	Hrs trav. requis	# Employés ACTIFS	Hrs trav. empl ACTIF	# Employés LEAV	Hrs trav. empl LEA	# Postes LIBRE	Hrs trav. poste LIBRE	% empl ACTIF	# T.N.	Utilisation T.N.	% empl ACTIF	# Embauch	Projetion	% empl ACTIF
Zone 1B	HGD PREV INF	0	0	102.711105600	4	3,900	3	3,900	-	-	-	-	100%	-	-	100%	0	0	100%
Zone 1B	HGD SAN EMP	0	0	102.711206000	9	5,480	4	5,080	-	-	1	400	93%	-	-	93%	0	0	93%
Zone 1B	HGD STE	0	0	102.711354000	60	400	1	400	-	-	-	-	100%	-	-	100%	0	0	100%
Zone 1B	HGD PLAN CONG	0	0	102.711820000	5	5,080	3	4,680	-	-	1	400	92%	-	-	92%	0	0	92%
Zone 1B	HGD ADM SI	0	0	102.712051000	13	400	-	-	1	400	-	-	0%	-	-	0%	0	0	0%
Zone 1B	HGD PRAT PRO	0	0	102.712051015	7	3,120	2	3,120	-	-	-	-	100%	-	-	100%	0	0	100%
Zone 1B	HGD DIR CHIRURGIE	0	0	102.71205105E	5	1,560	1	1,560	-	-	-	-	100%	-	-	100%	0	0	100%
Zone 1B	HGD UMED 4C	3	jeurs soins	102.712101000	60	64,548	26	31,640	5	7,800	22	25,108	49%	12.3	19,230	79%	5	7800	91%
Zone 1B	HGD EQUIPE INTRA-HO	0	0	102.712101023	8	-	-	-	-	-	8	12,480		-	-		0	0	

Dossiers en cours

- Révision des règlements administratifs
- Développement de plans d'urgence (code orange)
- Loi de *Vanessa*
- Gestion de contrats
- Révision des politiques du Conseil d'administration

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

Date : 11 janvier 2024

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

Objectif

L'objectif est d'adopter le mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Contexte

Puisque le quorum n'a pas pu être atteint à la dernière réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, le mandat n'a pas pu être adopté.

Selon la politique du Conseil CA-300, le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est responsable de réviser son mandat annuellement et de soumettre celui-ci à l'approbation du Conseil d'administration.

Le mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients a été révisé par les membres du comité le 26 septembre. Les changements sont identifiés en jaune dans le document en annexe.

Solution proposée

S/O.

Avantages

S/O.

Désavantages

S/O.

Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

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

Proposé et appuyé

Et résolu que le mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, tel que présenté en annexe, soit soumis pour approbation au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Adoption.

Soumis le 14 décembre 2023 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

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 : aaaa-mm-jj
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2022-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Thomas Soucy, président.	Approuvée le : aaaa-mm-jj
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 et d'expérience patient. Le comité est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, de la sécurité des patients, des risques et de l'éthique d'approche centrée sur la personne, de diversité, équité et inclusion, de l'éthique et de la protection de la vie privée, ceci afin d'être en mesure de guider le Conseil d'administration (le « Conseil ») à l'égard de ses responsabilités concernant tous les aspects liés à la prestation des soins et services aux patients. Enfin, il appuie le Conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5)

Composition et fonctionnement

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

Responsabilités

1. Le comité surveille, conseille le Conseil et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives :
 - 1.1. aux processus de services à la clientèle et de gestion de la qualité, ~~des risques~~ et de la sécurité des patients ainsi qu'à l'éthique **et à la protection de la vie privée** (AC : 3.1.12);
 - 1.1.1. priorise la qualité et la sécurité des patients et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
 - 1.1.2. **veille à ce que le Réseau adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité** (AC : 3.4.2);
 - 1.1.3. recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité des patients, ~~de gestion des risques et d'éthique~~ **et de protection de la vie privée**, et suit leurs mises en œuvre;
 - 1.1.4. ~~passé en revue et recommande un plan sur la qualité et la sécurité des patients ainsi que des objectifs d'amélioration annuels~~ **examine régulièrement les progrès effectués par l'organisme par rapport aux objectifs de son plan intégré d'amélioration de la qualité** (AC : 3.1.8);
 - 1.1.5. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques (AC : 3.4.3);
 - 1.1.6. surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord et d'autres rapports réguliers (AC : 3.1.6, 3.4.4);
 - 1.1.7. reçoit et analyse les rapports du comité ~~régional de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients~~ et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
 - 1.1.8. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité des patients, ~~à la gestion des risques et à l'éthique~~;
 - 1.1.9. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité des patients pour les membres du comité et du Conseil **et à la protection de la vie privée** (AC : 1.1.7);
 - 1.2. **à l'approche des soins centrés sur la personne et aux patients partenaires** (AC : 1.1.6, 3.1.5);
 - 1.3. aux normes d'agrément liées ~~aux~~ **à l'approche des** soins centrés sur le ~~patient/client~~ **la personne**, à la qualité et à la sécurité des soins et des services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;
 - 1.3. à la satisfaction et à l'expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
 - 1.3.1. assure la mise en place de mécanismes pour évaluer et améliorer l'expérience des patients et pour gérer les plaintes (AC : 3.1.7, 3.4.5, 3.4.6);
 - 1.4. **à la protection de la vie privée et de tous les renseignements des intervenants** (AC :

3.5.7).

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

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

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

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

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

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

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

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

Rapport

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

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

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

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

1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables;

1.5 Satisfaction/perception des patients;

~~1.6 Satisfaction/perception des médecins;~~

~~1.7 Satisfaction/perception des employés;~~

- 1.8 Culture **juste et** de sécurité des patients;
- 1.9 Agrément;
- 1.10 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats;
- 1.11 Rapport des activités en éthique.
- 1.12 Rapport sur la protection de la vie privée.**

Plan de travail et objectifs annuels du comité

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

RÉFÉRENCE

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

Attestation de lecture et compréhension du mandat

Signature

Date

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

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

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

Date : 11 janvier 2024

Objet : Révision et approbation du plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Objectif

L'objectif est d'adopter le plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Contexte

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 1.1.6, 1.2.5, 3.1.12, 3.4.2, 3.4.4, 5.1.5, 6.1.5.

Le plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est soumis à titre d'ébauche pour discussion et approbation. Il s'agit d'une version révisée du plan de travail précédent, laquelle tient également compte des commentaires émis lors de la journée de formation du 26 septembre 2023.

Tableau des critères du cahier de normes Gouvernance d'Agrément Canada concernés :

1.1.6	L'instance de gouvernance collabore avec l'organisme pour intégrer une approche de soins centrés sur la personne dans l'ensemble de l'organisme et dans ses activités de gouvernance.
1.2.5	L'instance de gouvernance collabore avec l'organisme pour transmettre régulièrement, à tous les intervenants, des renseignements sur les services, sur la qualité des soins et sur le rendement de l'organisme. Ces intervenants comprennent les usagers, les proches, la communauté et la main-d'œuvre.
3.1.12	L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins offerts par l'organisme.
3.4.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité.
3.4.4	L'instance de gouvernance fait en sorte de rester informée des progrès de l'organisme par rapport aux objectifs de ce dernier en matière de santé et de sécurité.
5.1.5	L'instance de gouvernance veille à ce que le plan d'action de l'organisme soit orienté de façon à lutter contre le racisme systémique.
6.1.5	L'instance de gouvernance veille à ce que le plan d'action de l'organisme soit orienté de façon à lutter contre le racisme systémique à l'endroit des Autochtones.

Solution proposée

S/O.

Avantages

S/O.

Désavantages

S/O.

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

Proposé et appuyé

Et résolu que le plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, tel que présenté en annexe, soit soumis pour approbation au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance.

Adoption.

Soumis le 20 décembre 2023 par Brigitte Sonier Ferguson, VP Performance, Mission universitaire et Stratégies.