

AVIS DE RÉUNION ☒PROCÈS-VERBAL ☐

Point 4

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 24 mars 2025, 13 h
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Johanne Thériault Paulin Claire Savoie		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

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

Membres d'office

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

Membres invités - Qualité

Dr Eric Levasseur	Annie Carré	Catherine Rouanes
Brigitte Sonier Ferguson	Marjorie Pigeon	Sonia Bernatchez
Marc-André Leblanc	Pierre Michaud	

Membres invités - Gouvernance

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

Avis de réunion

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

QUALITÉ

13 h 06	6. Approbation du procès-verbal du 17 décembre 2024	Décision
13 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	Information
	8. Affaires permanentes	
13 h 10	8.1 Rapport T3 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient	Information
13 h 25	8.2 Rapport des risques organisationnels (T3) 2024-2025	Information
	9. Affaires nouvelles	
13 h 45	9.1 Suivi sur l'enquête publique du coroner	Information

GOVERNANCE

14 h	10. Approbation du procès-verbal de la réunion ordinaire du 17 décembre 2024	Décision
	11. Suivis de la dernière réunion	
14 h 01	11.1 Nomination des membres pour les vacances au 1^{er} juillet 2025 a) Note exécutive	Information

14 h 05	11.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs a) Note exécutive	Information
14 h 08	11.3 Politique sur la signature des contrats par le Conseil d'administration a) Note exécutive	Information
12. Affaires permanentes		
14 h 10	12.1 Adoption du plan d'évaluation annuelle de la performance de la PDG, du médecin-chef et de la présidence du CPC a) Note exécutive b) Politique CA-400 : Plan d'évaluation du rendement et du développement – Président-directeur général c) Politique CA-430 : Plan d'évaluation du rendement et du développement – médecin-chef ou président du Comité professionnel consultatif (CPC)	Décision
14 h 15	12.2 Évaluation annuelle du Conseil d'administration et des membres a) Note exécutive b) Politique CA-410 : Cadre d'évaluation c) Évaluation des membres par les employés	Information
14 h 20	12.3 Révision et adoption du manuel d'orientation du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Manuel d'orientation du Conseil d'administration	Décision
14 h 25	12.4 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Tableau d'évaluation des réunions à huis clos et publique du 21 janvier 2025	Information
14 h 30	12.5 Suivi du plan de travail sur les normes de gouvernance en prévision de la visite d'Agrément Canada a) Note exécutive	Information
14 h 35	12.6 Demandes de formation des membres du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Registre des demandes de formation du Conseil d'administration	Information
13. Affaires nouvelles		
14 h 38	13.1 Cautionnement a) Note exécutive	Information
14 h 45	13.2 Renouvellement annuel des mandats des membres du Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2025-2026 a) Note exécutive b) Document : Renouvellement de mandats pour la période du 1 ^{er} avril 2025 au 31 mars 2026 – Comité d'éthique de la recherche	Décision
14 h 50	14 Date de la prochaine réunion : 27 mai 2025 à 13 h	Information
14 h 50	15 Levée de la réunion	Décision

AVIS DE RÉUNION ☐PROCÈS-VERBAL ☒

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 17 décembre 2024, 13 h 30 à 14 h 29
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Johanne Thériault Paulin Claire Savoie		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

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

Membres d'office

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

Membres invités - Qualité

Dr Eric Levasseur	✓	Annie Carré	✓	Catherine Rouanes	✓
Brigitte Sonier Ferguson	✓	Marjorie Pigeon	✓	Sonia Bernatchez	A
Marc-André LeBlanc	✓	Pierre Michaud	✓		

Membres invités - Gouvernance

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

Procès-verbal**1. Ouverture de la réunion**

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

2. Constatation de la régularité de la réunion

La réunion est dûment convoquée et le quorum est atteint.

3. Rappel de confidentialité

La coprésidente rappelle à tous leur devoir de confidentialité.

4. Adoption de l'ordre du jour

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

MOTION 2024-12-17 / 01CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté dans la forme présentée.

Adoptée à l'unanimité.

5. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

QUALITÉ**6. Approbation du procès-verbal du 1er octobre 2024**

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 1^{er} octobre 2024 est adopté tel que circulé.

MOTION 2024-12-17 / 02CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le procès-verbal du 1^{er} octobre 2024 soit adopté tel que circulé.

Adoptée à l'unanimité.**7. Suivis de la dernière rencontre**

Un retour sur les points d'action convenus lors de la rencontre précédente est présenté sous forme de tableau qui permet de rendre compte de l'état d'avancement et d'assurer les suivis.

- Mettre en place un système de patients traceurs pour évaluer les services : projet en cours d'élaboration actuellement.

Le concept du patient traceur est une façon d'obtenir la voix du patient et de connaître son expérience par rapport à un service. Un cadre de référence est sur le point d'être finalisé, pour ensuite déployée et évaluer le concept dans une équipe locale de santé familiale.

On suggère éventuellement de présenter ce projet au Conseil d'administration.

- Faire une formation avec les membres du Conseil d'administration sur le fonctionnement des cartes de chaleur : première étape – formation sur la gestion des contrats, deuxième étape – formations pour l'Agrément Canada et la troisième étape – formation sur les cartes de chaleur en début d'année 2025.

On souligne la qualité des formations qui sont offertes au Conseil d'administration.

8. Affaires permanentes**8.1 Rapport T2 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient (à titre informatif)**

On présente le rapport T2 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient.

Le rapport résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient pour le deuxième trimestre de l'année 2024-2025, ainsi que les actions depuis la dernière rencontre du comité de la qualité.

Afin de mieux outiller le comité dans son analyse de futurs rapports, une formation sur les concepts d'incidents, incidents évités de justesse, en lien avec le taux de déclaration, sera offerte au membre du comité dans une prochaine rencontre.

8.2 Rapport des risques organisationnels T2 2024-2025 (à titre informatif)

On présente le rapport T2 2024-2025 du secteur Risques organisationnels.

- Poursuivre les initiatives en vue du développement d'un registre des risques organisationnels
- Finaliser les indicateurs de performance du secteur
- Poursuivre la révision des règlements administratifs
- Compléter la cartographie du processus d'engagement des dépenses et de signature des contrats
- Voir à l'information des cartes de chaleur

Un onglet a été créé sur le Boulevard pour donner plus d'informations sur les différents outils qu'on a créés en ce qui concerne la gestion des contrats.

9. Affaires nouvelles

Sans objet.

GOUVERNANCE

Note exécutive

Point 7

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

Date: 2025-03-24

Objet : Affaires découlant et suivis

Résultat ou état futur recherché

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.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Assurer l'évolution des dossiers, la prise en charge des recommandations et besoins du comité ainsi que l'amélioration continue de la qualité.

Données probantes ou information probante à l'appui

Sans objet.

Solution ou action proposée

Actions	Responsables	Suivis
Mettre en place un système de patients traceurs pour évaluer les services	Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient	Cadre de référence en mode consultatif. Préparation du pilote en cours aux services de soins primaires.
Formation aux membres du comité sur les concepts d'incidents et d'incidents évités de justesse en lien avec les taux de déclaration.	Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient	A prévoir pour la prochaine rencontre T4 2024-2025.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Sans objet.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique		X		
Qualité et sécurité			X	
Partenariats		X		
Gestion des risques (analyse légale)			X	

Note exécutive

Allocation des ressources (analyse financière)	X			
Impacts politiques		X		
Réputation et communication		X		

Suivi(s) à la décision

Sans objet.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le(s) critère(s) de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant(s) :

N° de critère	Libellé
	Sans objet

Motion

Soumis le 2025-02-19 par Brigitte Sonier Ferguson, VP Performance, mission universitaire et stratégies

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

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

Date: 2025-03-24

Objet : Rapport T3 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient

Résultat ou état futur recherché

Le rapport est soumis au comité à titre informatif. Il permet au président du comité de la qualité de faire état des travaux du Réseau en matière de qualité des soins, de sécurité des patients et d'expérience patient.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Le comité de la qualité n'a pu tenir sa rencontre du 19 février 2025 faute de quorum. Or, les recommandations devant être approuvées avant d'être rapportées aux rencontres du comité mixte de la qualité et de la gouvernance, l'équipe de Leadership a pris une mesure exceptionnelle d'approbation pour veiller à la coordination des différentes activités du Réseau découlant de cette rencontre du comité de la qualité. Les recommandations ont par conséquent été approuvées à la rencontre du comité de Leadership du 26 février 2025.

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 troisième trimestre de l'année 2024-2025, ainsi que les actions depuis la dernière rencontre du comité de la qualité. Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

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

Données probantes ou information probante à l'appui

Voir le rapport ci-joint.

Solution ou action proposée

La gestion intégrée de la qualité sous-tend :

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

Note exécutive

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Les suivis permettent d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Considérations importantes

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

Suivi(s) à la décision

Poursuite des travaux en cours.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le(s) critère(s) de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant(s) :

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

Motion

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

Note exécutive

Soumis le 2025-02-26 par Dre France Desrosiers, PDG et présidente du comité de la qualité

Rapport du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient *Trimestre 3 – 2024-2025*

À l'intention du comité mixte de qualité et de gouvernance

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

Édition 26 février 2025



Table des matières

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

Introduction

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

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

Introduction (suite)

La gestion intégrée de la qualité sous-tend :

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

Notes importantes:

- **Nouveauté:** sous la recommandation du secteur de l'Aide à la décision, les ratios sont maintenant présentés en 1 000 interactions, ce qui permet de combiner à la fois les visites ainsi que les jours-présence en admission.
- Les indicateurs du tableau de bord stratégique sont fournis pour l'ensemble du trimestre 2 2024-2025. En revanche, les données, constats et suivis pour les programmes clientèles apprenants reflètent le travail effectué entre juillet et août, Ceci est dû au fait que les éléments concernant les programmes clientèles apprenants présentés au comité de la qualité sont les mêmes qui ont été discutés lors des rencontres avec eux qui ont eu lieu durant la période entre la dernière réunion comité de la qualité et la date de dépôt des documents en vue de la présente rencontre.
- Les données peuvent comporter une certaine marge d'erreur, mais on rappelle l'importance de voir les résultats comme une opportunité de se questionner, revoir nos approches, et porter des actions concrètes qui auront un impact positif sur la qualité de soins et de la sécurité des patients.

Rapport trimestriel 3 – 2024-2025

Tableau de bord stratégique - comité de la qualité

NOTE IMPORTANTE: Les indicateurs du tableau de bord stratégique ne sont pas disponibles pour l'ensemble du trimestre 3 2024-2025. En revanche, les données, constats et suivis pour les programmes clientèles apprenants reflètent le travail effectué entre septembre et novembre. Ceci est dû au fait que les éléments concernant les programmes clientèles apprenants présentés au comité de la qualité sont les mêmes qui ont été discutés lors des rencontres de ce comité qui ont eu lieu durant la période entre la dernière réunion comité de la qualité et la date de dépôt des documents en vue de la présente rencontre.

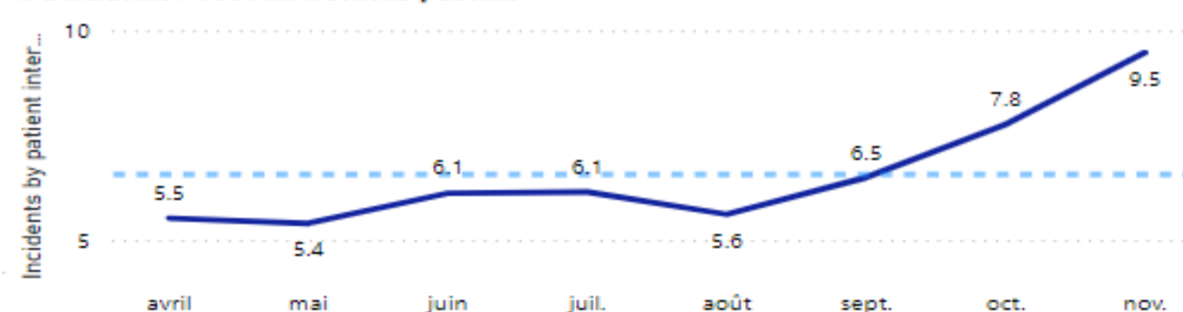
Tableau de bord sur les incidents

pour la période de septembre, octobre, novembre 2024

**À l'exclusion des incidents de sécurité

- Au cours de la période examinée, nous avons eu **1 403 incidents signalés au Réseau**, ce qui équivaut à **7,79 incidents par 1 000 interactions patients**.
- Ceci est une **augmentation de 31% de signalement** d'incidents comparativement aux trois mois précédents.
- La plupart des signalements proviennent du **service de néphrologie**. L'équipe de néphrologie a renforcé auprès de son personnel l'importance du signalement des incidents. De plus, plusieurs patients ont été affectés par un bris d'équipement en hémodialyse à Miramichi.

d'incidents / 1000 interactions patients



d'incidents / 1000 interactions patient

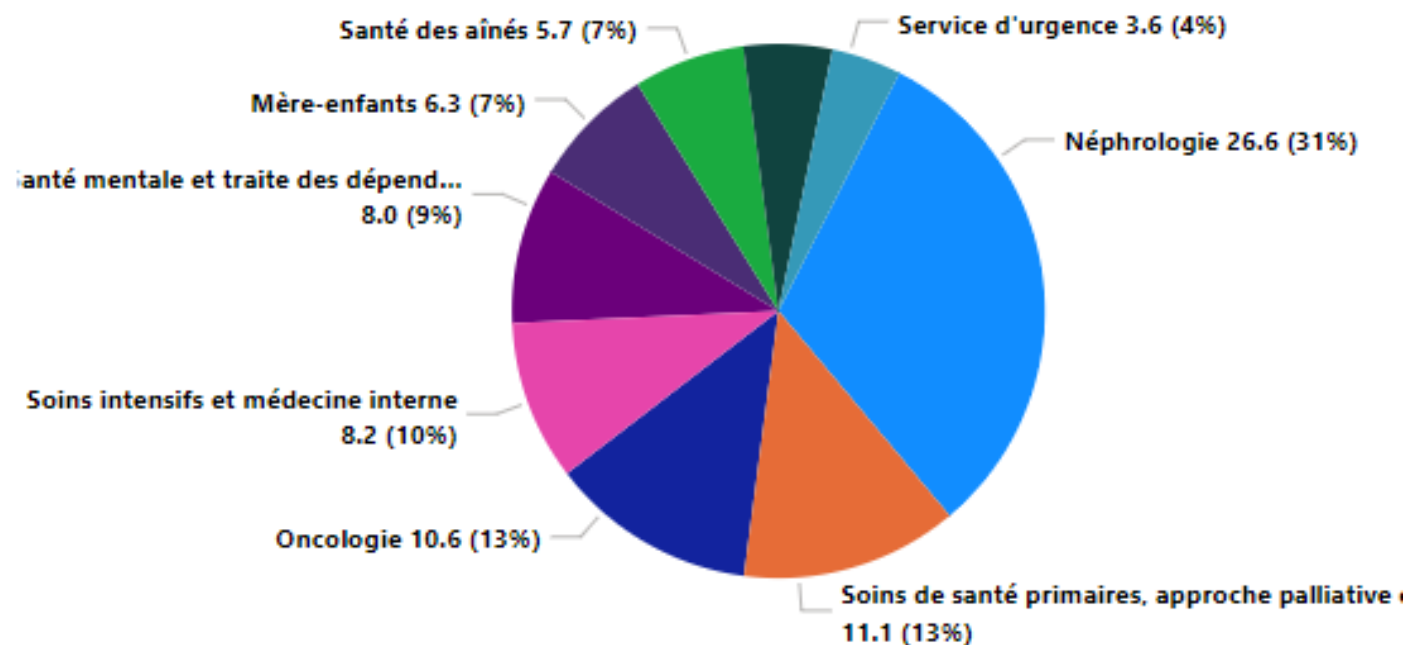


Tableau de bord sur les incidents (suite)

pour la période de septembre, octobre, novembre 2024

**À l'exclusion des incidents de sécurité

Top 3 catégories d'incidents

- Les **chutes**, les incidents **traitement/test/procédures** et les incidents de **médicaments** étaient les principaux incidents au sein du Réseau.
- **95 %** des incidents signalés n'ont causé **aucun préjudice** ou un **préjudice minime** aux patients, ou étaient des **évités de justesse**.
- Tout incident ayant causé un préjudice grave ou décès est analysé via un comité de revue, voir diapos 12 et 13.

Top 3 catégorie d'incidents / 1000 interactions patient

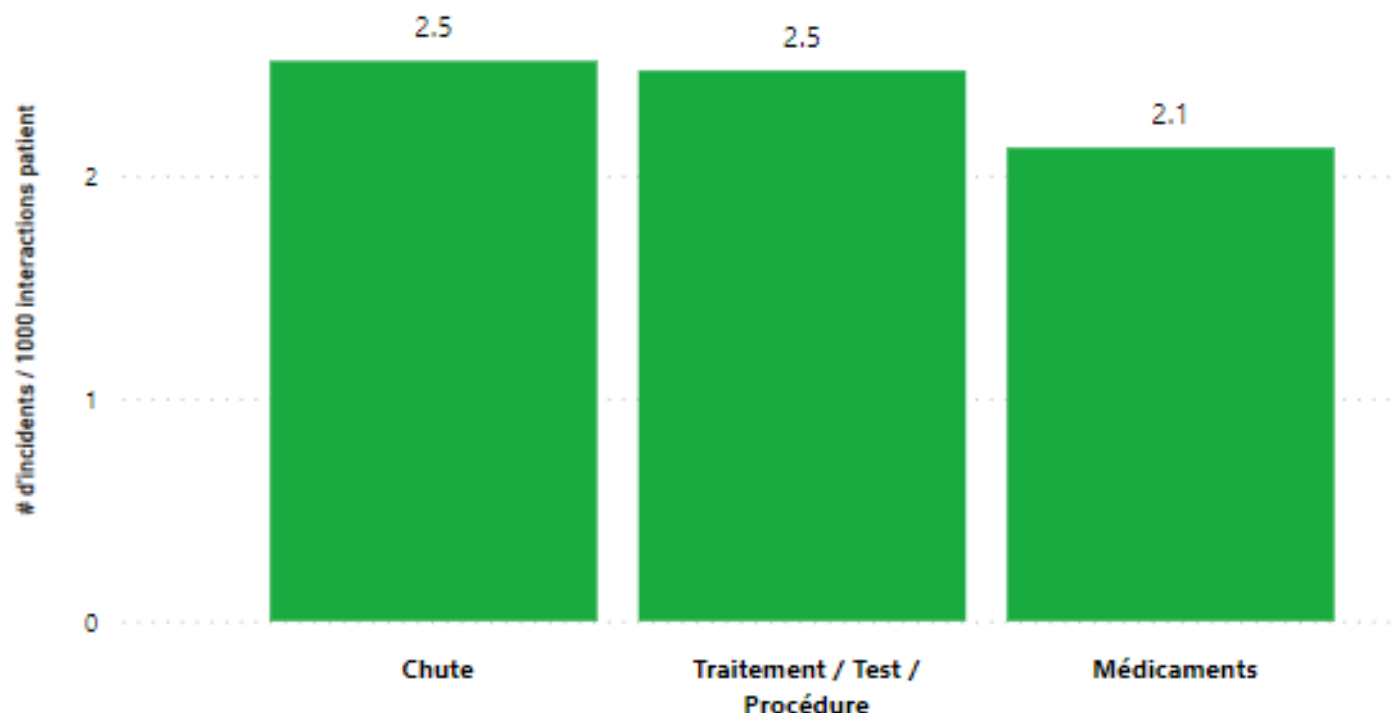


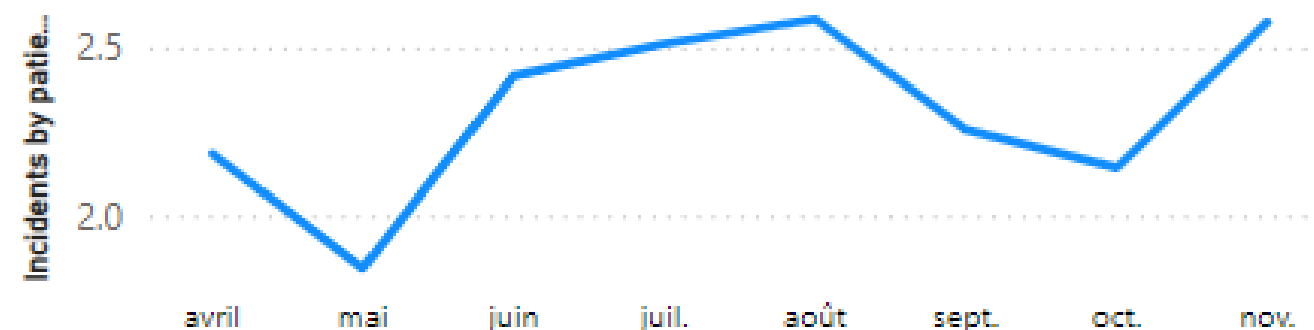
Tableau de bord sur les incidents (suite)

pour la période de septembre, octobre, novembre 2024

SÉCURITÉ

- Un total de **420 incidents** furent signalés, ce qui équivaut à **2,31 incidents par 1000 interactions patients**.
- **Légère diminution** des signalements comparativement aux trois mois précédents. **Tendance plus long terme demeure toutefois à la hausse.**
- Les catégories d'incident de sécurité les plus souvent signalées sont les **agitations et gestes inappropriés**.
- Avec le facteur de pondération, les incidents de sécurité sont plus fréquemment rapportés **au CHR**.

d'incidents Sécurité par 1000 interactions patient



Top 5 Incidents Sécurité par interaction patient (x 1000)

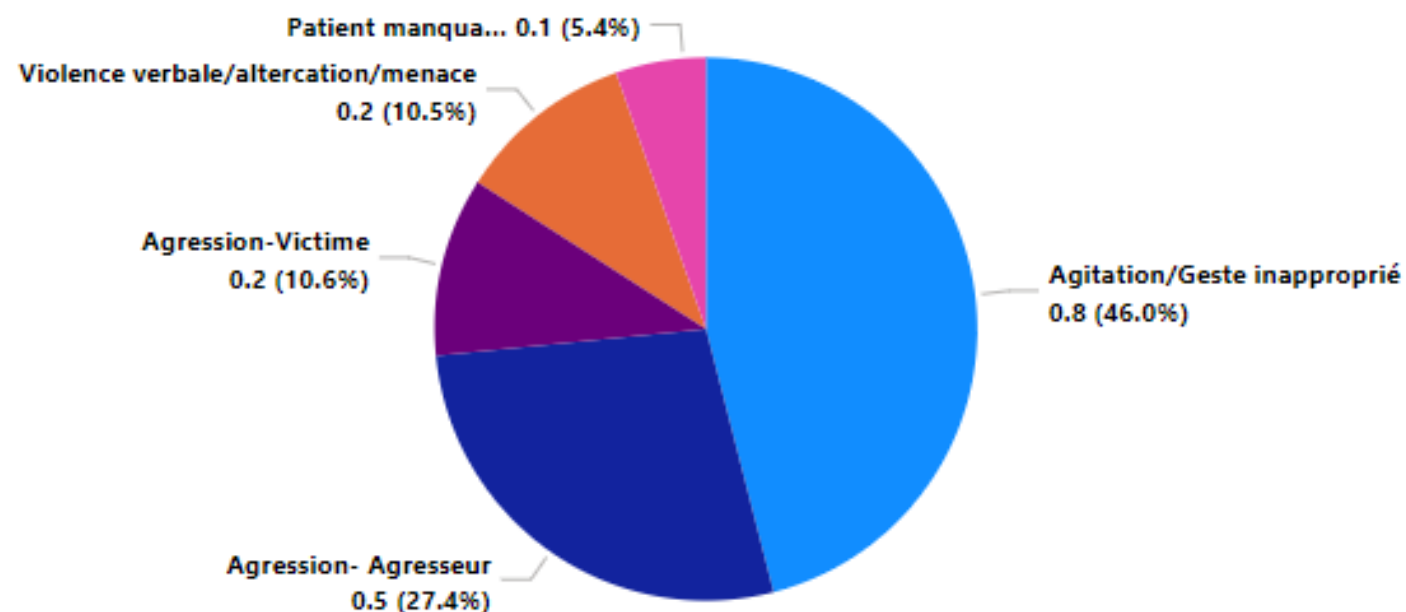
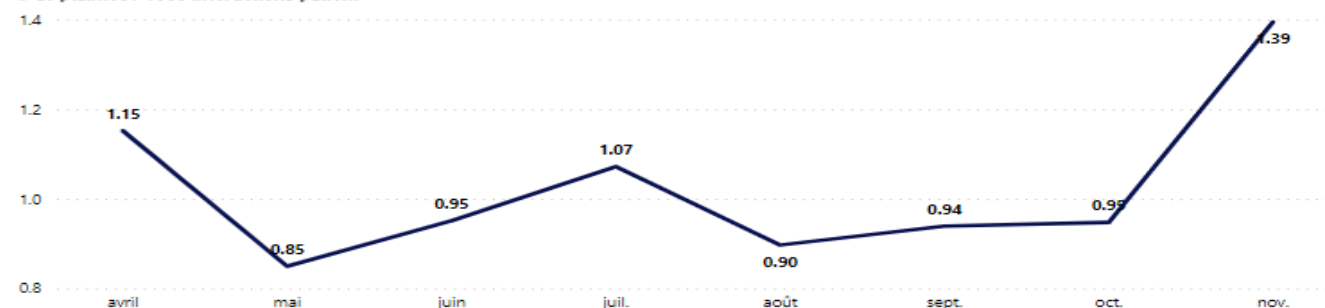


Tableau de bord sur les plaintes

pour la période de septembre, octobre, novembre 2024

- Au cours de la période examinée, nous avons eu **195 plaintes signalées au Réseau**, ce qui équivaut à **1,07 plaintes par 1000 interactions patients**.
- **Augmentation de 10%** de plaintes reçues comparativement aux trois mois précédents.
- Le PCA avec le plus grand nombre de plaintes par interaction est celui de la **santé mentale et du traitement des dépendances**.

de plaintes / 1000 interactions patient



de Plaintes / 1000 patient interaction (PCA)

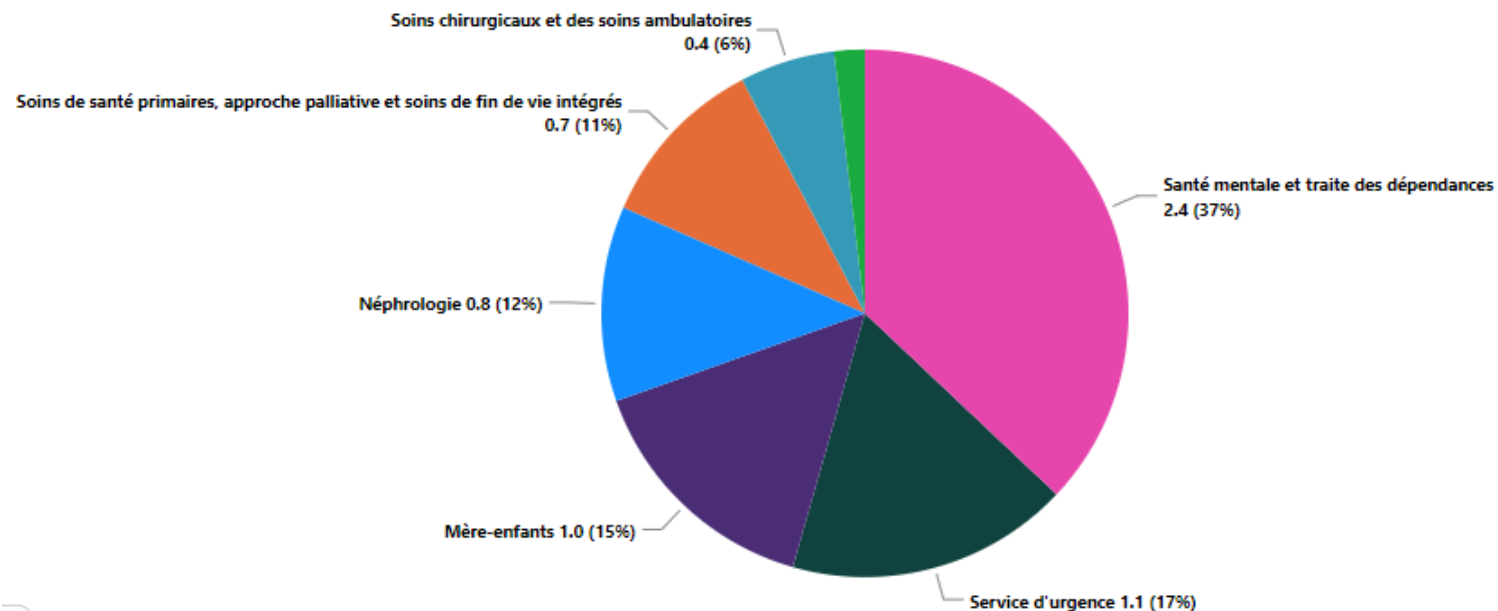
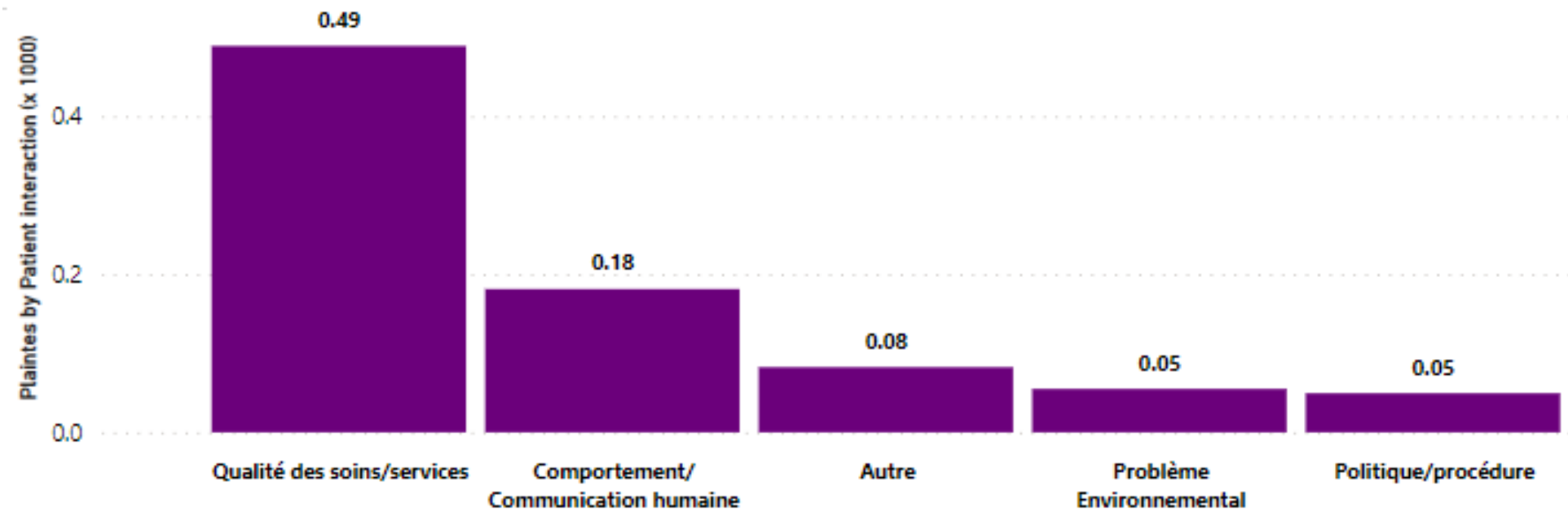


Tableau de bord sur les plaintes (suite)

pour la période de septembre, octobre, novembre 2024

- La **qualité des soins/services** et le **comportement/communication humaine** sont les principales catégories de plaintes par 1000 interactions patient au sein du Réseau.

Top 5 plaintes par catégories / 1000 interactions patient



Suivi des revues qualité et suicides en communauté

Nouvelles revues effectuées entre le 12 octobre 2024 et le 31 décembre 2024

PCA/Secteur	Type	Recommandations		
		Faible	Modérée	Élevée
Médecine générale	Incident - Chute	Aucune recommandation		
	Incident - Chute	Aucune recommandation		
	Incident - Chute	Aucune recommandation		
Mère-enfant	Incident - Traitement/Test/Procédé - politique/procédure		2	
Santé des aînés	Incident- Chute	1		
	Incident - Chute	Aucune recommandation		
	Incident - Chute	Aucune recommandation		



Remarque: Les recommandations ont été exceptionnellement approuvées par l'équipe de Leadership en date du 26 février, en remplacement du comité de la qualité.

Suivi des revues qualité et suicides en communauté

Nouvelles revues effectuées entre le 12 octobre 2024 et le 31 décembre 2024 (suite)

PCA/Secteur	Type	Recommandations		
		Faible	Modérée	Élevée
Chirurgie	Incident - Plaie de pression/lésion	Aucune recommandation		
	Incident - Traitement/Test/Procédé - retard considérable	1	1	
Santé mentale et traitement des dépendances	Suicide en communauté	Aucune recommandation		
	Suicide en communauté	Aucune recommandation		
Urgence	Plainte - Qualité des soins/services	2	2	



Remarque: Les recommandations ont été exceptionnellement approuvées par l'équipe de Leadership en date du 26 février, en remplacement du comité de la qualité.

Satisfaction de la clientèle

CSNB Sondage sur les soins hospitaliers aigus 2023 –Accent sur les facteurs décisifs où il y a de grands écarts au niveau des zones (Vitalité)

Facteurs décisifs	NB	Vitalité	Zone 1b	Zone 4	Zone 5	Zone 6
Coordination des soins à l'interne: Patients en soins de courte durée qui ont déclaré qu'ils ont toujours bénéficié d'une coordination des soins à l'interne(composite)	57.6	59.6	58.2	66.9	46.9	59.4
Soutienémotionnel: Patients en soins de courte durée qui ont déclaré avoir toujours reçu le soutien nécessaire pour affronter l'anxiété, la peur et l'inquiétude	60.8	61.3	60.9	65.4	47.7	62.2
Reçu l'information sur leur état de santé et leurs traitements : Patients en soins de courte durée qui ont déclaré avoir toujours reçu l'information nécessaire sur leur état de santé et leurs traitements	63.8	66.1	66.5	69.1	52.1	67.9
Hôpital se préoccupe de leur sécurité : Patients en soins de courte durée qui ont déclaré que cet hôpital se préoccupe certainement de leur sécurité	76.4	77.9	77.8	86.2	67.1	74.2

Satisfaction de la clientèle

Questions les moins bien notées du Réseau

CSNB Sondage sur les soins hospitaliers aigus 2023	(%)
Comment évalueriez-vous la qualité de la nourriture (le gout des aliments, la température au moment du service, la variété)? (bonne, très bonne, excellente)	55
Avant de vous donner un médicament, combien de fois le personnel de l'hôpital vous a-t-il expliqué les effets secondaires possible d'une manière que vous pouviez comprendre? (toujours, habituellement)	62

Satisfaction de la clientèle

Taux de participation – patients hospitalisés

	% participation –T3	
	sondage patient hospitalisé - soins aigu	sondage patient hospitalisé psychiatrie pédopsychiatrie et traitement des dépendances
Zone 1B	16	11
Zone 4	23	44
Zone 5	4	14
Zone 6	10 (89.6% BA, 2.4 % TR, 8% CA)	37
Régional	12	31



Remarques:

Le taux de participation moyen dans l'ensemble du Réseau est de 21.5%

ATTENTION : interpréter les résultats de certaines questions avec prudence:

Zone 1B:

- 52% des réponses proviennent de l'unité de maternité

Zone 6:

- 46% des réponses proviennent de l'unité de maternité

Satisfaction de la clientèle

Trois questions avec les plus faibles taux de satisfaction

Patients hospitalisés-Soins Aigus	T3 24-25 (%)
Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille ?	45
Tranquillité autour de votre chambre la nuit ?	62
Chambre et salle de bain nettoyées?	64

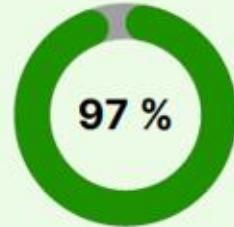
Remarques:

Les résultats sont semblables au trimestre précédent.

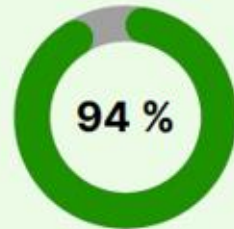
Satisfaction de la clientèle

Sondage Patient hospitalisé en psychiatrie, pédopsychiatrie et traitement des dépendances

Questions les mieux notées

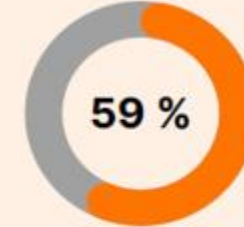


Pendant votre séjour, combien de fois le personnel vous a-t-il traité avec courtoisie et respect?



Droit à suffisamment d'intimité pour discuter de problèmes ou de traitement avec le personnel

Questions les moins bien notées



Y a-t-il suffisamment d'activités pour vous, le soir ou la fin de semaine?



Y a-t-il suffisamment d'activités pour vous, le jour, durant la semaine?

Agrément Canada

Mise à jour depuis la dernière rencontre:

- Toutes les autoévaluations sont complétées, à l'exception d'une équipe.
- Travaux d'analyse à prévoir au cours des prochaines semaines pour orienter les plans d'actions.

Partenariat patient

Nombre de sièges comblés par les PEP au 13 janvier:

Nom du comité	# sièges permanents	# de sièges	% de sièges
PCA-Programme mère-enfant	2	2	100%
PCA-Santé mentale et traitement des dépendances	6	3	50%
PCA-Soins de santé primaires	2	1	50%
PCA-Néphrologie	2	1	50%
PCA-Oncologie	2	1	50%
PCA-Santé des aînés	2	2	100%
PCA-Chirurgie	2	1	50%
PCA-Services d'urgences	2		0%
PCA-Soins intensifs et médecine interne	2	2	100%
Comité d'éthique	1	1	100%
Comité médical consultatif régional (CMC)	1	0	0%
Comité professionnel consultatif (CPC)	1	1	100%
Comité de gestion de la qualité	1	0	0%
Comité consultatif sur la qualité des soins et sécurité des patients du NB	1	0	0%
Total	27	15	56%

Activités à souligner au troisième trimestre:

- En octobre, 6 patients partenaires ont participé au Congrès d'échange de connaissances au Canada Atlantique, dont une des PEP faisait partie du comité organisateur.
- 2 PEP ont participé à la révision de la formation sur le partenariat patient désignée aux employés.
- La première rencontre (virtuelle) réunissant tous les partenaires de l'expérience patient a eu lieu le 22 novembre.
- Premier sondage d'évaluation de l'engagement des patients et du public s'est déroulé du 4 au 18 décembre 2024.

Constats :

- Attrait et satisfaction partagés à la participation des patients partenaires
- À travailler : clarification du rôle attendu du patient partenaire et maintien des communications entre les rencontres.

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

Mise à jour depuis la dernière rencontre:

- Début des rencontres du comité prévu le 30 janvier 2025.
- Analyse en cours des résultats de l'autoévaluation des critères d'agrément en lien avec la DEIA

Dossiers divers discutés à la rencontre du 19 février

- Faute de quorum, la rencontre du comité de la qualité du 19 février a dû être annulée.
- Pour assurer la continuité et l'approbation des recommandations et du mandat du comité consultatif pour le partenariat patient, le tout a été exceptionnellement approuvé à la rencontre de l'équipe de Leadership du 26 février 2025.
- Outre celles issues des revues qualité, les recommandations suivantes ont également été approuvées:
 - Qu'un travail systémique soit amorcé en tenant compte de l'approche centrée sur la personne et la promotion des valeurs organisationnelles.
 - Faciliter la finalisation de la politique de vérification des bagages/effets personnels/chambre (PSA.4.10.05) ainsi que la procédure d'appel pour une césarienne d'urgence pour le CHUDumont
 - Nous recommandons aux PCA concernés poursuivre l'identification des mesures de mitigation et d'assurer leur mise en œuvre, pour les recommandations en attente d'un financement.
- Le mandat du nouveau comité consultatif pour le partenariat patient a été approuvé.

Références et définitions

Définitions générales

Terme	Définition
Événement	Terme généralisé qui peut inclure des incidents ou des plaintes.
Incident lié à la sécurité du patient	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 : • Incident préjudiciable : Un incident lié à la sécurité des patients qui a causé un préjudice au patient. • Incident évité de justesse: Un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas atteint le patient et n'a pas causé de préjudice. • Incident sans préjudice : Un incident lié à la sécurité d'un patient qui a atteint le patient, sans toutefois entraîner de préjudice discernable. Tous les incidents doivent être déclarés selon les canaux appropriés (IRapport).
Plainte	Insatisfaction des patients ou familles face à la qualité des soins, à des comportements du personnel soignant, de l'environnement, de la communication ou des politiques et procédures en vigueur au Réseau. Certaines plaintes, notamment en lien avec la qualité des soins, peuvent se traduire en incident, si ces dernières découlent d'un événement qui aurait pu entraîner un préjudice accessoire à un patient.

Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Accès	% évaluation des risques de chutes terminé	Selon les rapports d'incidents de chute: Nombre d'évaluations des chutes effectuées / Nombre de patients à risque de chutes
	% des patients satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique	Du sondage de satisfaction de la clientèle pour les soins ambulatoires. Les options de réponse comprennent « Oui satisfait », « oui, un peu satisfait » et « Insatisfait ». Le calcul comprend "Oui ,satisfait" et "Oui, un peu satisfait"
	Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	Indication que les processus en place fonctionnent et témoigne de la saine culture de sécurité des patients. Situation ou incident qui aurait pu causer des préjudices, des pertes ou des dommages, mais qui a été décelé ou corrigé avant d'atteindre le patient ou de se produire.
Efficience opérationnelle	% de divulgation d'incidents	Évaluer que l'incident causant un préjudice a été communiqué à un patient ou à un subrogé (à l'exclusion des quasi-accidents)
	% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours	% d'incidents fermés dans un délai de 30 jours civils. Comprend le signalement des incidents, l'attribution, le suivi du gestionnaire et la fermeture.
	% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours	% d'incidents fermés dans un délai de 30 jours ouvrables. Comprend le signalement des incidents, l'attribution, le suivi du gestionnaire et la fermeture.
	% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)	Calcul des résultats par dimension de la qualité obtenus à partir du dernier rapport d'Agrément Canada. (Q3)

Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Résultat patient	Nombre de revues de qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue	Calculer le nombre de revues de qualité qui ont eu lieu par rapport au nombre d'incidents nécessitant une revue. La politique GEN.5.30.10 stipule que les incidents dommageables (modérés, graves, décès) doivent faire l'objet d'une enquête afin de déterminer les causes profondes et les mesures correctives. (Q3)
	% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus	% de suivis par le gestionnaire des incidents signalés qui indiquent un examen du protocole ou du processus. Le but de cet indicateur est d'accroître la visibilité en ce qui a trait à l'efficacité des suivis des gestionnaires aux incidents signalés
	# d'incidents rapportés	Les trois principales catégories d'incidents signalés par 1000 jours-patients normalisés
	Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 jours-patients)	Nombre d'incidents de sécurité signalés par 1000 jours-patients (pour les patients hospitalisés)
	Taux d'incidents de sécurité à l'urgence (standardisé par 1000 visites à l'urgence)	Nombre d'incidents de sécurité signalés pour 1000 visites d'urgence
	Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires	Taux de projets prioritaires correspondant à la définition d'un projet qualité selon les dimensions d'Agrément Canada (critères à construire)

Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Satisfaction de la clientèle	Taux de plaintes par 1000 jour-patients (pour patients hospitalisés)	Taux de plaintes pour 1000 jours-patients (pour les patients hospitalisés)
	Taux de plaintes par 1000 visites à l'urgence	Taux de plaintes pour 1000 visites à l'urgence
	Taux de plaintes par 1000 visites externes	Taux de plaintes pour 1000 visites externes (toutes les cliniques ambulatoires)
	# compliments par 1000 jours-patients	Nombre de compliments rapportés au service de l'Expérience patient par 1000 jours-patients. Permet de présenter des commentaires positifs et d'identifier les meilleures pratiques
	% satisfaction patient	À déterminer

Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Contre-indicateur	Taux d'incidents grave (standardisé par 1000 jours-patients)	Nombre d'incidents graves par 1000 jours-patients. Normalisé pour tenir compte du volume de patients lors de la comparaison des résultats entre les établissements ou les PCA
	Taux d'incidents modéré (standardisé par 1000 jours-patients)	Nombre d'incidents modérés par 1000 jours-patients. Normalisé pour tenir compte du volume de patients lors de la comparaison des résultats entre les établissements ou les PCA
	Nombre de décès	Nombre de décès survenus au sein du Réseau à la suite d'un incident rapporté (nombre entier - non normalisé). Exclusion: les rapports sur les décès inattendus pour lesquels on a confirmé qu'ils n'étaient pas reliés à un incident
	# de poursuites et de plaintes reçues de la part des droits de la personne, d'un organisme de défense ou de l'Ombudsman et aucune plainte n'a été traitée au préalable par le secteur QSPEP	Démontre que les patients n'ont pas confiance dans les processus de Vitalité ou qu'ils n'étaient pas à l'aise de signaler. Opportunité pour Vitalité d'examiner pourquoi la plainte n'a pas été signalée; permet de comprendre si le plaignant savait comment signaler la situation auprès du Réseau

Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Contre-indicateur (suite)	% d'événements qui ne devraient jamais arriver	Selon la définition d'Excellence en santé Canada: 1) Intervention chirurgicale au mauvais endroit, sur le mauvais patient ou mauvaise intervention; 2) Erreur dans les tissus, un implant biologique ou les produits sanguins utilisés sur le patient; 3) Oubli d'un corps étranger après une intervention chirurgicale; 4) Décès ou préjudice grave attribuable à l'utilisation d'instruments ou d'appareils fournis par l'établissement de soins de santé et insuffisamment stérilisés; 5) Décès ou préjudice grave dû à la non-détection d'une allergie connue au médicament administré ou à l'administration d'un médicament lorsque l'allergie du patient avait été détectée; 6) Décès ou préjudice grave dû à l'administration du mauvais gaz par inhalation ou insufflation; 7) Décès ou préjudice grave dû à l'un des cinq événements pharmaceutiques; 8) Décès ou préjudice grave à la suite de l'omission de déceler et de traiter les perturbations métaboliques; 9) Toute plaie de pression de stade III ou IV acquise après l'admission à l'hôpital; 10) Décès ou préjudice grave dû au mouvement non contrôlé d'un objet ferromagnétique dans une salle d'IRM; 11) Décès ou préjudice grave dû à des brûlures accidentelles; 12) Patient sous le niveau d'observation le plus élevé quittant un établissement ou un service sécurisé sans que le personnel en ait connaissance; 13) Suicide ou tentative de suicide d'un patient donnant lieu à un grave préjudice alors que les protocoles de prévention du suicide auraient dû être appliqués pour les patients sous le niveau d'observation le plus élevé; 14) Nourrisson enlevé ou confié à la mauvaise personne; 15) Décès ou préjudice grave dû au transport d'un patient de santé fragile ou atteint de démence, au cours duquel on n'a pas suivi les protocoles visant à assurer que le patient soit laissé dans un environnement sécuritaire. https://www.healthcareexcellence.ca/media/tinpazmp/never-events-for-hospital-care-in-canada-fr.pdf

Catégories d'indidents

(selon définitions provinciales)

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

Catégories de plaintes

(selon les définitions provinciales)

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

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

Catégories de plaintes - suite

(selon les définitions provinciales)

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

Note: Le dictionnaire des définitions peut être fourni sur demande

Dimensions de la qualité selon Agrément Canada

DIMENSION		TEXTE EXPLICATIF
	Accent sur la population :	Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
	Accessibilité :	M'offrir des services équitables, en temps opportun.
	Sécurité :	Assurer la sécurité.
	Qualité de vie au travail :	Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
	Services centrés sur l'utilisateur :	Collaborer avec moi et ma famille dans le cadre des soins.
	Continuité des services :	Coordonner mes soins dans le continuum de soins.
	Pertinence :	Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.
	Efficiencia :	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Ligne du temps – démarche avec Agrément Canada

Ligne du temps - visite Agrément Canada										
	T4 23-24 (jan-mars)	T1 - 24-25 (avr-juin)	T2 - 24-25 juil-sept	T3 - 24-25 (oct-dec)	T4- 24-25 (jan-mars)	T1 - 25-26 (avr-juin)	T2 - 25-26 juil-sept	T3 - 25-26 (oct-dec)	T4- 25-26 (jan-mars)	T1 - 26-27 (avr-juin)
Suivi sous forme de rapport										
Choix des cahiers de normes										
Autoévaluation de toutes les équipes en fonction des cahiers de normes identifiés et identification des actions à prendre										
Mise en œuvre des actions à prendre pour la mise aux normes										
Sondage Qualité de vie au travail et culture de sécurité des patients										
Sondage sur la Gouvernance										
Sondage sur la satisfaction de la clientèle										
Planification logistique de la visite										
Exercices de simulation										
Dépôt des preuves dans le portail										
Visite										

***Chaque défi est une
occasion de croissance***

Note exécutive

Point 8.2

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

Date: 2025-03-24

Objet : Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2024-2025-T3

Résultat ou état futur recherché

Le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le troisième trimestre de 2024-2025 est présenté à titre d'information.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Le rapport trimestriel du BRO est présenté sous un différent format afin de pouvoir mieux s'aligner avec le mandat du Comité de qualité et s'assurer de présenter l'information pertinente aux activités du Comité.

Le rapport du BRO fait état des actions en cours ou à venir des différents secteurs par rapport aux risques identifiés.

Le BRO comprend les secteurs suivants: Bureau de la vie privée, Accès à l'information et langues officielles, Gestion de l'information d'entreprise, Gestion des contrats, Gouvernance, Gestion de l'information sur la santé, Mesures d'urgence, Bureau de l'éthique, Bureau des politiques et formulaires, Alertes et rappels/Déclaration obligatoire et volontaire ainsi que la Gestion des risques organisationnels.

Données probantes ou information probante à l'appui

Le rapport est présenté en annexe.

Solution ou action proposée

Les activités en cours permettent d'identifier des situations avec des risques à la qualité des soins et à la sécurité du personnel, des patients et des proches, de les analyser et de mobiliser les parties prenantes pour réduire les risques organisationnels.

Les secteurs ci-dessous sont priorisés:

- Éthique
- Mesures d'urgence
- Politiques
- Vie privée
- Autres secteurs ou informations pertinentes liés aux soins et à la sécurité des patients et des visiteurs

Risque lié à cette action ou à l'inaction

La gestion intégrée des risques à travers l'organisation facilite l'amélioration organisationnelle et coordonne l'intégration des meilleures pratiques et une optimisation des modes de fonctionnement, de la communication, des processus et des outils.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique			X	
Qualité et sécurité			X	
Partenariats			X	
Gestion des risques (analyse légale)			X	

Note exécutive

Allocation des ressources (analyse financière)			X	
Impacts politiques			X	
Réputation et communication			X	

Suivi(s) à la décision

Le rapport du BRO sera aussi présenté au Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature.

Motion

Sans objet.

Soumis le 15 janvier 2025 par Pierre Michaud, Vice-président - Gestion des risques et services financiers, Catherine Rouanes, Directrice principale-Gestion de l'information d'entreprise-Accès à l'information-Langues officielles et Chef de la protection des renseignements personnels, Sonia Bernatchez, Directrice de la Gestion des risques organisationnels et Marc-André Leblanc, Conseiller principal de la Gestion des risques organisationnels.

Bureau des risques organisationnels-Rapport trimestriel-T3					
Trimestre et Année financière: T3 2024-2025					
Nom du comité	Rapports réguliers	État de situation	Pistes d'amélioration		Avancement
Comité qualité - ÉL	Registre et évaluation des risques	La vision du secteur s'est affinée et elle vise une approche proactive et non réactive qui comprend un plan stratégique de la gestion globale des risques du réseau sur cinq ans, incluant une structure de gouvernance, des indicateurs de performance et un tableau de bord, qui sera présenté au CA durant l'exercice 2025-26	Catégorisation et inventaire des risques gérés, maintenus et accessibles par le biais d'une solution informatique unique Connaissance et partage en temps réel des risques présents et à venir (veille) Mise en place de plans d'atténuations visant à réduire, éliminer ou répondre aux risques lorsqu'ils se matérialisent Plan d'amélioration continu comprenant une évaluation des mesures, de leur impact, de leur efficacité et des rajustements rapides Reddition de comptes sur le niveau de préparation du réseau	25%	Objectif temps: 2025/2026 Phase de préparation et de recherche
Comité qualité - ÉL	Mesures d'urgence	Des formations ont été été données dans les zones	Le secteur des MU est en train d'analyser les résultats des formations et les rétroactions des zones qui permettront d'identifier des pistes d'amélioration	25%	Phase de préparation et de recherche
Comité qualité - ÉL	Protection des RP/RPS	Besoin de clarification des règles et processus de divulgation d'information au Développement social (DS) notamment lors d'enquête suite à plaintes/incidents	Approche collaborative encadrée, respect des principes de justice naturelle, partage de conclusions et de recommandations visant l'amélioration continue	50%	Les améliorations ont été identifiées et sont en cours d'implantation
Nom du comité	Rétroaction qualité systémique	État de situation	Pistes d'amélioration		
Comité qualité - ÉL	Politiques/Processus/Programmes	Le processus de gestion des contrats est en cours de cartographie des pistes d'améliorations ont déjà été identifiées et testées	Inventaire des contrats Banque de clauses contractuelles types et modèles de contrats Équipe ad-hoc de révision et négociation contractuelle Discussion continue avec SNB pour améliorer le processus d'approvisionnement	25%	Phase de préparation et de recherche
Nom du comité	Recommandations / rapports des organismes externes / vérificateurs	État de situation	Pistes d'amélioration		
Comité qualité - ÉL	Commissaire aux langues officielles	Recommandation: Prendre des mesures pour s'assurer que les Formulaires 1 soient remplis dans la langue de choix du client	Les deux réseaux et la directrice des défenseurs des malades psychiatriques ont travaillé ensemble pour modifier les différents formulaires afin d'assurer une meilleure sensibilisation des professionnels de la santé, la commissaire a été avisée des changements et s'est montrée satisfaite	50%	Les améliorations ont été identifiées et sont en cours d'implantation
Comité qualité - ÉL	Défenseur des enfants et de la jeunesse	Recommandation: Capacité des mineurs de moins de 16 ans a consentir a recevoir des services de traitement de dépendances et de santé mentale	Les deux régies collaborent et apportent une réponse commune par le biais d'une note de service et la révision d'une politique commune, en cours de révision, des présentations conjointes au secteur seront planifiées, une fois la politique approuvée.	25%	Phase de préparation et de recherche

Légende:

Vert : les améliorations sont en place tout est sous contrôle.

Jaune : les améliorations ont été identifiées et sont en cours d'implantation

Orange : phase de préparation et de recherche

Rouge : découverte de la situation

25%

Débuté

50%

En cours

75%

Évaluation

100%

Terminé-Amélioration valide

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

Date : 2025-03-24

Objet : Enquête publique du coroner

Résultat ou état futur recherché

Fournir un compte rendu sur l'enquête publique du coroner

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Assurer le suivi des recommandations à venir

Données probantes ou information probante à l'appui

État de situation

Solution ou action proposée

Mise en contexte :

- Le bureau du Coroner du N.-B. a mené une enquête publique du coroner concernant le décès d'une patiente de l'unité de psychiatrie aigüe du CHU Dumont le 11 avril 2023. Un état de situation avait été produit à ce moment, et des mises à jour ont été produites puisque la situation avait été dans les médias.
- Une revue de la qualité a été effectuée, à la suite de quoi les recommandations en découlant ont été approuvées par le comité de la qualité en 2023.

Enquête publique et recommandations émises :

L'enquête s'est tenue au Palais de justice de Moncton du 27 au 29 janvier avec un jury constitué de 5 personnes et du coroner. 10 témoins de Vitalité ont été appelés à témoigner en présentiel ou via déposition, et deux autres témoins. À la fin du processus, le jury a conclu à un suicide et a émis 5 recommandations*

*au moment d'écrire cette note d'information, le Réseau n'a pas encore reçu la lettre avec les formulations de recommandations officielles. Il s'agit ici du texte tiré du communiqué de presse du Bureau du coroner du 30 janvier dernier :

- Du personnel devrait être affecté exclusivement aux vérifications des patients afin d'éliminer tout risque lié à un manque de personnel ou à la réalisation de tâches multiples, et de réduire la charge de travail du personnel infirmier, qui pourra alors se concentrer sur les soins aux patients.
- Une surveillance continue à l'aide de dispositifs portables permettant de mesurer les signes vitaux – comme la fréquence cardiaque, la saturation du sang en oxygène et les mouvements – devrait être mise en place pour assurer une détection précoce de la détresse physiologique, favoriser une intervention rapide et prévenir les préjudices.
- Le rapport personnel infirmier-patients devrait être abaissé.
- Les portes et les fenêtres devraient être dégagées, et le retrait des rideaux devrait être envisagé pour faciliter les vérifications visuelles.

Note exécutive

- Les changements et les nouvelles directives découlant de cet incident devraient être mis en œuvre dans toutes les unités de psychiatrie de la province.

La coroner en chef adjointe, Emily Caissy, qui a présidé l'enquête, a formulé d'autres recommandations :

- Le Réseau de santé Vitalité devrait équiper tous les postes de soins infirmiers des unités de psychiatrie de couteaux d'urgence à lame arrondie pour faciliter le sauvetage en cas de pendaison.
- Le Réseau de santé Vitalité devrait se doter d'une politique encadrant son formulaire de documentation de la surveillance (RC-357B (2024)) pour veiller à sa bonne mise en œuvre, assurer la conformité et effectuer une vérification de la qualité relative à son utilisation.

Prochaines étapes :

- Une fois le rapport officiel reçu, rencontrer les VP et directeurs concernés pour évaluer la faisabilité des recommandations dans le but de faire une proposition de recommandations au comité de la qualité, lesquelles seront par la suite intégrées en complément au registre des recommandations des dossiers de revue qualité et, par conséquent, suivies par le comité de la qualité.
- Faire état des progrès de la mise en application des recommandations à nos assureurs pour suivi de dossier (il existe toujours une possibilité de poursuite).
- Procéder à un débriefing en lien avec la gestion et le soutien de l'enquête publique comme telle

Risque lié à cette action ou à l'inaction

L'enquête du coroner vise à trouver des solutions pour éviter qu'une situation similaire se produise. Sans qu'il soit obligatoire de les mettre en application telles quelles, elles doivent être considérées par les responsables et mises en œuvre autant que faire se peut.

Considérations importantes

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

Suivi(s) à la décision

Procéder aux prochaines étapes décrites plus haut.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le(s) critère(s) de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant(s) :

N° de critère	Libellé

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

Note exécutive

Motion

Sans objet

Soumis le 2025-02-14 par Marjorie Pigeon, directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient