

AVIS DE RÉUNION ☒PROCÈS-VERBAL ☐

Point 4

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 27 mai 2025, 13 h
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Claire Savoie Johanne Thériault Paulin		
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 24 mars 2025	Décision
13 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	Information
	8. Affaires permanentes	
13 h 10	8.1 Rapport T4 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient	Information
13 h 25	8.2 Rapport des risques organisationnels (T4) 2024-2025	Information
	9. Affaires nouvelles	
13 h 45	9.1 Suivi sur l'enquête publique du coroner – mise à jour	Information
13 h 55	9.2 Présentation du rapport au Conseil d'administration	Information

GOUVERNANCE

14 h	10. Approbation du procès-verbal de la réunion ordinaire du 24 mars 2025	Décision
	11. Suivis de la dernière réunion	

14 h 01	11.1 Durée des mandats des membres du Conseil d'administration et nombre total de mandats consécutifs selon la politique CA-120 : Conseil d'administration et régime de gouvernance et la Loi sur les régions régionales de la santé a) Note exécutive	Information
14 h 08	11.2 Corrections et mise à jour à la politique sur la signature des contrats par le Conseil d'administration a) Note exécutive b) Politique	Information
14 h 10	11.3 Mise à jour des règlements administratifs a) Note exécutive	Information
14 h 13	11.4 Cautionnement a) Note exécutive	
14 h 14	11.5 Demandes de formation des membres du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Registre des demandes de formation du Conseil d'administration	Information
12. Affaires permanentes		
14 h 15	12.1 Révision et approbation du calendrier de réunions du Conseil d'administration 2025-2026 a) Note exécutive b) Calendrier	Décision
14 h 20	12.2 Révision et adoption du profil des compétences des membres du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Profil des compétences	Décision
14 h 25	12.3 Adoption du rapport annuel du comité a) Note exécutive b) Rapport annuel	Décision
14 h 30	12.4 Nomination des dirigeants du Conseil d'administration a) Note exécutive	Décision
14 h 35	12.5 Recommandation de la nomination des présidences et des membres des comités du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Tableau de membricité des comités du Conseil d'administration	Décision
14 h 40	12.6 Recommandation de la nomination de la présidence du Comité professionnel consultatif a) Note exécutive	Décision
14 h 43	12.7 Recommandation de la nomination du médecin-chef régional a) Note exécutive	Décision
14 h 45	12.8 Adoption du mandat du Comité médical consultatif (CMC) a) Note exécutive b) Mandat	Décision
14 h 47	12.9 Recommandation de la nomination des membres du Comité médical consultatif (CMC)	Décision

	a) Note exécutive : Renouvellement annuel b) Tableau : Renouvellement annuel des membres du CMC c) Note exécutive : Nouvelles nominations d) Tableau : Nouvelles nominations de membres du CMC	
14 h 50	12.10 Recommandation de la nomination des médecins-chefs de zone a) Note exécutive b) Tableau : Renouvellement annuel des nominations des médecins-chefs de zone	Décision
14 h 54	12.11 Recommandation de la nomination des membres des Comités médical consultatif locaux (CMCL) a) Note exécutive b) Tableau : Renouvellement annuel des nominations des membres des CMCL	Décision
14 h 55	12.12 Renouvellement annuel des nominations des membres des Comités d'examen des titres (CET) a) Note exécutive b) Tableau : Renouvellement annuel des nominations des membres des Comités d'examen des titres de zones	Décision
14 h 56	12.13 Recommandation de la nomination des membres du Comité professionnel consultatif (CPC) a) Note exécutive	Information
14 h 57	12.14 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Résultats des évaluations	Information
14 h 59	12.15 Nomination de membres pour le remplacement de postes devenus vacants au Conseil d'administration a) Note exécutive	Information
15 h 02	12.16 Recommandations de séances de formation à l'intention du Conseil d'administration 2025-2026 a) Note exécutive b) Tableau des formations au Conseil d'administration 2025-2026	Information
15 h 05	12.17 Participation à la visite d'agrément a) Note exécutive	Information
	14 Date de la prochaine réunion : 23 septembre 2025 à 13 h	Information
	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 24 mars, de 13 h à 15 h 30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Coprésidentes :	Johanne Thériault Paulin Claire Savoie		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

Johanne Thériault Paulin (coprésidente)	✓	Claire Savoie (coprésidente)	✓	Jacques Doucet	✓
--	---	------------------------------	---	----------------	---

Membres d'office

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

Membres invités - Qualité

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

Membres invités – Gouvernance

Marc-André Leblanc	A	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 avec la modification suivante :

Pour des raisons de convenance relativement à la disponibilité de la présentatrice du point 12.5, celui-ci sera discuté lors de la section qualité, mais sera documenté dans la section gouvernance.

MOTION 2025-03-24 / 01CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que circulé avec la modification de déplacer le point 12.5.

Adoptée à l'unanimité.

5. Déclaration de conflits d'intérêts

Johanne Thériault Paulin est en conflit d'intérêts au point 9.1. Elle quittera donc la rencontre lorsque ce point sera discuté pour ensuite revenir au prochain point.

Jacques Doucet est en conflit d'intérêts au point 11.1. Il quittera la rencontre lorsque ce point sera discuté pour ensuite revenir au prochain point.

QUALITÉ

6. Approbation du procès-verbal du 17 décembre 2024

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 17 décembre 2024 est adopté tel que circulé.

MOTION 2025-03-24 / 02CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le procès-verbal du 17 décembre 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 : cadre de référence en mode consultatif. Préparation du projet pilote en cours.
- Formation aux membres du comité sur les concepts d'incidents et d'incidents évités de justesse en lien avec les taux de déclaration : à prévoir pour la prochaine rencontre T4 2024-2025.

8. Affaires permanentes

8.1 Rapport T3 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient (à titre informatif)

On présente le rapport T3 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient.

Le rapport résume les résultats 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.

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.

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

95 % des incidents signalés ne comportent aucun préjudice ou sont des incidents évités de justesse.

Nous travaillons avec le Centre hospitalier Restigouche et le secteur de la santé mentale pour ajuster notre compréhension de ce qui doit être déclaré comme étant un incident en ayant une approche non stigmatisante.

Un sondage public fait par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick sur les soins aigus a repris son cours après avoir pris une pause à la suite de la pandémie. Ce sondage est fait aux 3 ans.

*****Le point 12.5 de la section gouvernance est maintenant discuté.**

8.1 Rapport T3 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient (à titre informatif)

À la rencontre du 26 février 2025 de l'équipe de leadership, trois autres recommandations ont émergé du rapport fait au Comité de la qualité.

- Un travail systématique amorcé en tenant compte de l'approche centrée sur la personne et la promotion des valeurs organisationnelles en lien avec des plaintes récurrentes au chapitre des comportements, des attitudes et des comportements verbaux;
- Faciliter la finalisation de la politique de vérification des bagages, des effets personnels et des chambres, ainsi que la procédure d'appel pour une césarienne d'urgence pour le CHU Dr-Georges-L.-Dumont;
- On recommande aux programmes clientèle apprenant de poursuivre l'identification des mesures de mitigation et d'assurer leur mise en œuvre pour les recommandations en attente d'un financement.

Pour ce qui est de la possibilité d'avoir un patient partenaire membre du Conseil d'administration, des démarches devront être entreprises avec le ministère, car les membres du Conseil d'administration sont nommés par le ministre de la Santé. Pour l'instant, les efforts visent à combler les besoins sur des groupes et comités notés par le Réseau comme étant prioritaires.

8.2 Rapport T3 2024-2025 du secteur des Risques organisationnels (à titre informatif)

On présente le rapport T3 2024-2025 du secteur Risques organisationnels.

Les secteurs ci-dessous sont priorisés :

- Éthique;
- Mesures d'urgence;
- Politiques;
- Vie privée;
- Autres secteurs ou renseignements pertinents liés aux soins et à la sécurité des patients et des visiteurs.

Le secteur est présentement en restructuration des outils de présentation.

9. Affaires nouvelles

9.1 Suivi sur l'enquête publique du coroner (à titre informatif)

On présente un compte rendu sur l'enquête publique du coroner

Johanne Thériault Paulin quitte temporairement la réunion pour ce point en raison d'un conflit d'intérêts.

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. Dix témoins du Réseau ont été appelés à témoigner en présentiel ou via déposition, et deux autres témoins. À l'issue du processus, le jury a conclu à un suicide et a formulé cinq recommandations.

On a fait un bilan avec tous les gens impliqués afin de voir si on les avait bien accompagnés et si on avait été bien accompagnés par notre avocat, désigné par notre assureur.

Une rencontre se tiendra avec les vice-présidentes et vice-présidents et les directrices et directeurs de la santé mentale pour examiner les recommandations et déterminer comment les adopter.

La date limite pour que notre PDG donne suite à ces recommandations est fixée au 31 mai 2025.

Le Conseil d'administration sera tenu informé des prochaines étapes.

GOUVERNANCE

Note exécutive

Point 7

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

Date: 2025-05-27

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

Note: les éléments de suivi rédigés en rouge sont ceux qui font l'objet d'une mise à jour depuis la dernière rencontre

Voir le tableau plus bas.

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

Note exécutive

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 2 mai 2025 par Brigitte Sonier Ferguson, Vice-présidente - Système apprenant

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

Note exécutive

Date de la rencontre	Livrables	Responsable(s)	Échéancier prévu	Progrès	Statut	Suivis/commentaires
2024/12/17	Mettre en place un système de patients traceurs pour évaluer les services	A prévoir pour la prochaine rencontre T4 2024-2025.	01/09/2025	40%	Sur la bonne voie	Cadre de référence, outils et processus en voie de finalisation Changement: le pilote se fera pour la clientèle des Premières nations avec l'équipe du cheminement des patients
2024/12/17	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	30/12/2025	0%	Non débutée	Puisque de l'enseignement sur la sécurité des patients est requis pour les membres du CA selon les résultats de l'autoévaluation des normes de Gouvernance, il est proposé de prévoir une formation à l'automne, selon le calendrier prévu à cette fin.

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

Date: 2025-05-27

Objet : Rapport T4 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 a tenu une rencontre le 7 mai 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 et quatrième 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

Sans objet.

Soumis le 2 mai 2025 par Dre France Desrosiers, Présidente-directrice générale et présidente du Comité de la qualité

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

Note exécutive

Rapport du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient

Trimestre 4 – 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 7 mai 2025



Table des matières

Introduction	3
Rapport trimestriel 4 – 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 quatrième 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:

- **Mise en garde:** Un nettoyage des données est en cours pour les volumes d'activités pour les patients inscrits. Nous avons remarqué que les volumes ne sont pas représentatifs de la réalité, ce qui peut amplifier les ratios d'incidents et de plaintes pour les secteurs comprenant des patients inscrits (ex: néphrologie).
- 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

TABLEAU DE BORD COMITE QUALITE STRATEGIQUE

Année 2024-2025

2025-03-23 1:04:10 AM

	Accès		T1	T2	T3
	Cliquez pour voir plus de détails	% évaluations des risques de chutes terminés	77.95	78.80	77.16 ↓
		% des patients satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique	93.66		100.00 ↑
		Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	60.85	70.97	98.28 ↑
	Efficiencia opérationnelle		T1	T2	T3
	Cliquez pour voir plus de détails	% de divulgation d'incidents	72.29	71.01	73.02 ↑
		% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours calendrier	31.20	47.64	62.39 ↑
		% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours ouvrables	66.67	59.20	65.79 ↑
	Résultat patient		T1	T2	T3
	Cliquez pour voir plus de détails	Nombre de revues de qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue			
		% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus	1.14	1.97	1.19 ↓
		# d'incidents rapportés	1249	1240	1455 ↑
	Satisfaction de la clientèle		T1	T2	T3
	Cliquez pour voir plus de détails	Taux de plaintes par 1000 interactions de patients	1.30	1.21	1.25 ↑
		# compliments par 1000 interactions de patients	0.08	0.04	0.12 ↑
		% satisfaction patient			
	Contre-indicateur		T1	T2	T3
	Cliquez pour voir plus de détails	Taux d'incidents graves (standardisé par 1000 interactions de patients)	0.06	0.03	0.05 ↑
		Taux d'incidents modéré (standardisé par 1000 interactions de patients)	0.17	0.29	0.26 ↓
		Nombre de décès	5	1	2 ↑
# de poursuites et de plaintes reçues de la part des droits de la personne, d'un organisme de défense ou de l'Ombudsman et aucune plainte n'a été traitée au préalable par le secteur QSPEP					
# d'événements qui ne devraient jamais arriver			2	0	1 ↑

Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité

	Accès		T1	T2	T3
	Cliquez pour voir plus de détails	% évaluations des risques de chutes terminés	77.95	78.80	77.16 ↓
		% des patients satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique	93.66		100.00 ↑
		Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	60.85	70.97	98.28 ↑

Remarques:

- Le pourcentage d'évaluations des risques de chutes terminés pour les patients est similaire à celui des trimestres précédents. Les unités des soins intensifs ont déclaré un taux d'achèvement de 100% dans les zones 1B, 4 et 5.
- Le pourcentage de patients qui ont répondu « oui » ou « oui un peu » lorsqu'on leur a demandé s'ils étaient satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous aux cliniques de soins ambulatoires était de 100% dans le plus récent sondage.
- Le nombre de signalements pour les **incidents évités de justesse a augmenté de 38%** au T3 par rapport à T2.
 - Les évités de justesse dans la catégorie des **Traitement/Test/Procédure** sont le plus souvent rapportés avec 0,31 incidents chacun par 1000 interactions-patients au T3.
 - Le secteur qui rapporte le plus fréquemment des évités de justesse par 1000 incidents est celui des soins intensifs.

Suivis:

- Une nouvelle politique de prévention des chutes et un processus d'évaluation du risque furent introduits en février 2025.

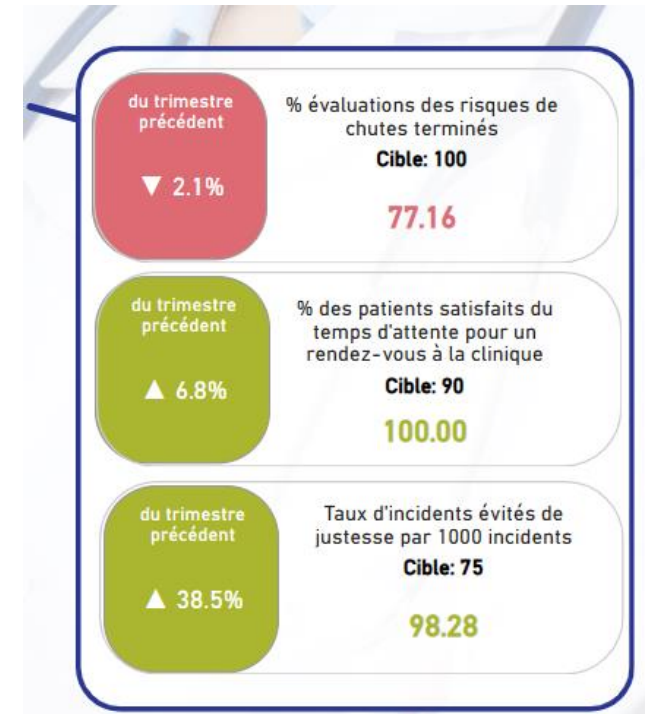


Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité

Efficience opérationnelle				
Cliquez pour voir plus de détails				
	T1	T2	T3	
% de divulgation d'incidents	72.29	71.01	73.02	↑
% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours calendrier	31.20	47.64	62.39	↑
% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours ouvrables	66.67	59.20	65.79	↑
% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)				

Remarques:

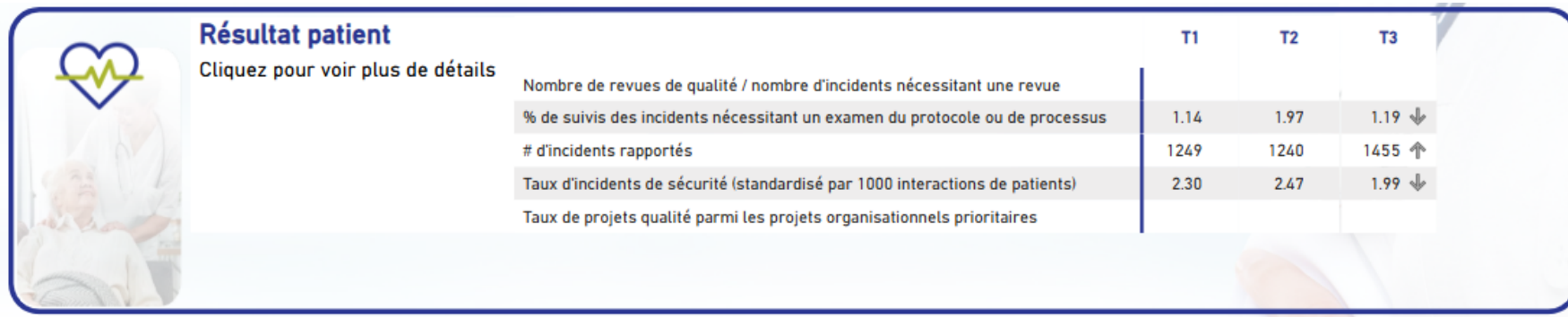
- Le taux de divulgation des incidents signalés par les patients était similaire à celui des trimestres précédents, à 73,02% pour le Réseau au T3. Le plus grand nombre de divulgations ayant eu lieu dans la zone 1B (79 %), et le moins dans la zone 4 (66 %)
- Le pourcentage de rapports d'incidents et de plaintes fermées dans les 30 jours a augmenté à 62% et 66% respectivement.

Suivis:

- Projet de ceinture noire terminé auprès de l'équipe de sécurité des patients concernant la fermeture des dossiers à l'intérieur des échéanciers prévus. Maintien du progrès à surveiller au courant des prochains mois.

du trimestre précédent	% de divulgation d'incidents Cible: 95 73.02
du trimestre précédent	% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours calendrier Cible: 60 62.39
du trimestre précédent	% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours ouvrables Cible: 60 65.79
du trimestre précédent	% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada) Cible: (Blank)

Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



Remarques:

- Le nombre **d'incidents signalés a augmenté de 17,3 %** au T3 par rapport au T2. Cependant, le pourcentage de suivis d'incidents nécessitant un **examen du protocole ou du processus demeure faible à 1,2%**.
- Les **incidents de sécurité signalés sont à la baisse**, surtout dans la zone 5.
 - Les incidents d'agitation/geste inapproprié ont diminué de 7 % par rapport au trimestre précédent. Ceci nous apporte à 1,73 incidents par 1000 interactions-patients.
 - Les incidents d'agression – agresseur ont diminué de 37 %, soit 0,30 incident par 1000 interactions-patients.

Suivis:

- Les équipes de sécurité des patients et de la qualité poursuivent leurs efforts de sensibilisation auprès des équipes afin qu'ils signalent les incidents qui se produisent dans leur secteur.
- Nous avons noté une sur signalisation des événements dans la catégorie sécurité pour le CHR. Une rencontre a eu lieu avec la direction pour clarifier ce qui doit et ne doit pas être signalé, et les discussions sont à poursuivre.

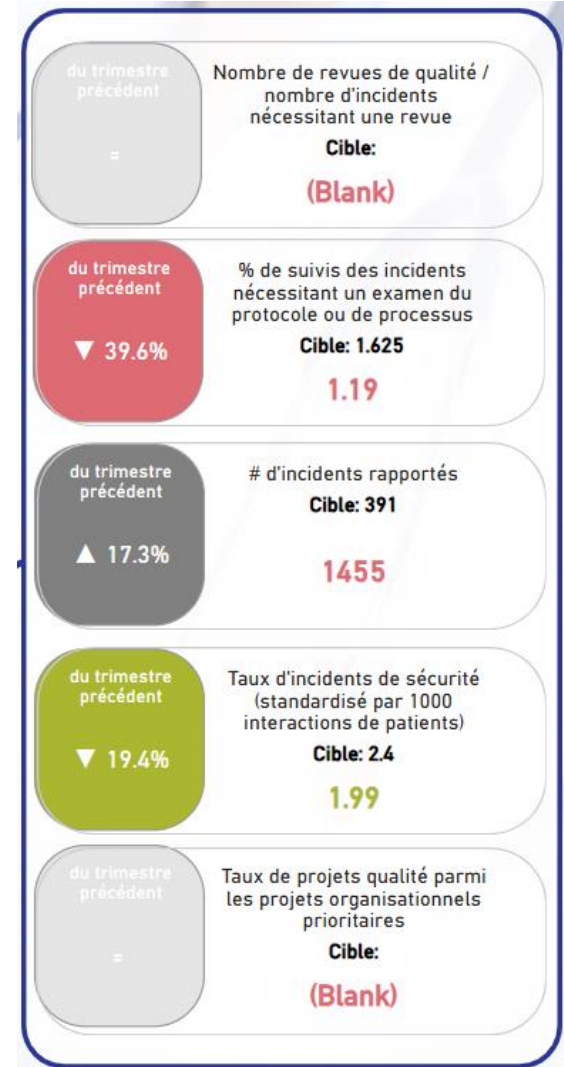


Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité

Contre-indicateur		T1	T2	T3
	Cliquez pour voir plus de détails			
	Taux d'incidents graves (standardisé par 1000 interactions de patients)	0.06	0.03	0.05 ↑
	Taux d'incidents modéré (standardisé par 1000 interactions de patients)	0.17	0.29	0.26 ↓
	Nombre de décès	5	1	2 ↑
	# de poursuites et de plaintes reçues de la part des droits de la personne, d'un organisme de défense ou de l'Ombudsman et aucune plainte n'a été traitée au préalable par le secteur QSPEP			
	# d'événements qui ne devraient jamais arriver	2	0	1 ↑

Remarques:

- Le taux **d'incidents grave signalés est de 0,05 incidents par 1000 interactions-patients (11 incidents), une augmentation de 55%** par rapport au T2. D'autre part, le taux d'incidents **modérés signalés a diminué de 11% à 0.26 par 1000 interactions-patients** (44 incidents) rapport au trimestre précédent.
 - La plupart des incidents graves et modérés signalés résultent de chute ou plaie/lésion de pression.
- Deux décès** ont été signalés dans le T3. L'un s'est produit en soins palliatifs (4 Est) à l'Hôpital régional Chaleur et l'autre au bloc opératoire au CHU Dumont.

Suivis:

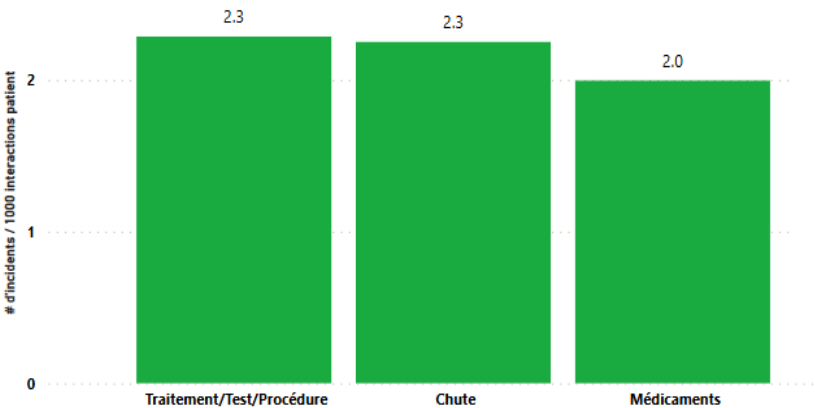
- Les comités de surveillance des chutes et des lésions de pression poursuivent leurs analyses de données afin d'identifier des pistes de solution
- Nous avons remarqué des inconsistences dans l'identification des événements qui ne devraient jamais arriver. Nous avons clarifié la démarche à suivre auprès de notre équipe afin d'assurer une signalisation adéquate.

du trimestre précédent ▲ 55.4%	Taux d'incidents graves (standardisé par 1000 interactions de patients) Cible: 0.04 0.05
du trimestre précédent ▼ 11.3%	Taux d'incidents modéré (standardisé par 1000 interactions de patients) Cible: 0.15 0.26
du trimestre précédent ▲ 100.0%	Nombre de décès Cible: 0 2
du trimestre précédent =	# de poursuites et de plaintes reçues de la part des droits de la personne, d'un organis... Cible: (Blank)
du trimestre précédent =	# d'événements qui ne devraient jamais arriver Cible: 0 1

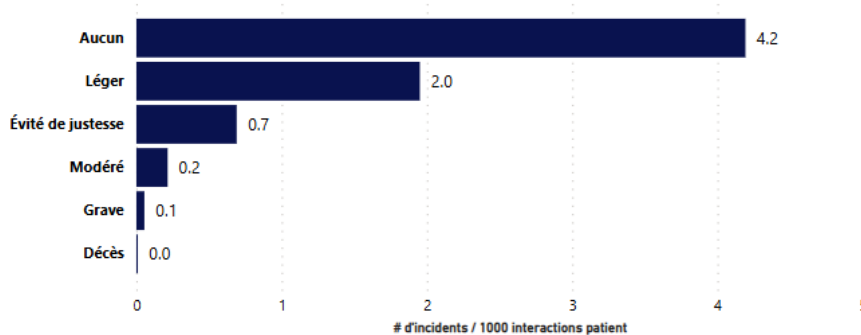
Incidents (à l'exclusion des incidents sécurité)

Période représentée : T3 2024-2025

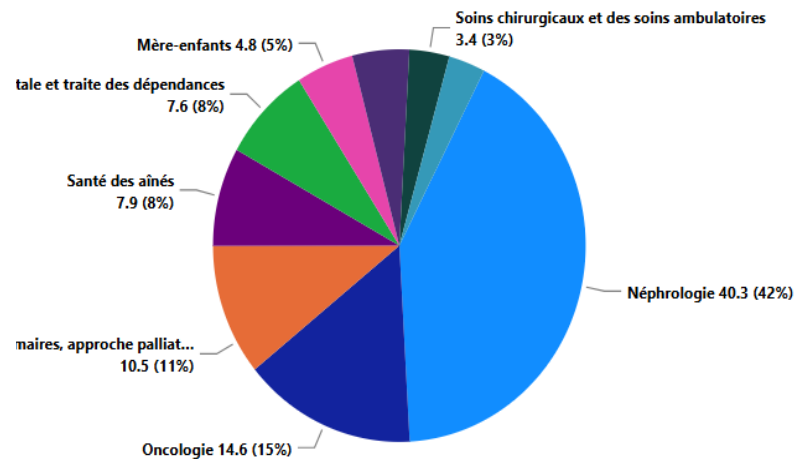
Top 3 catégorie d'incidents / 1000 interactions patient



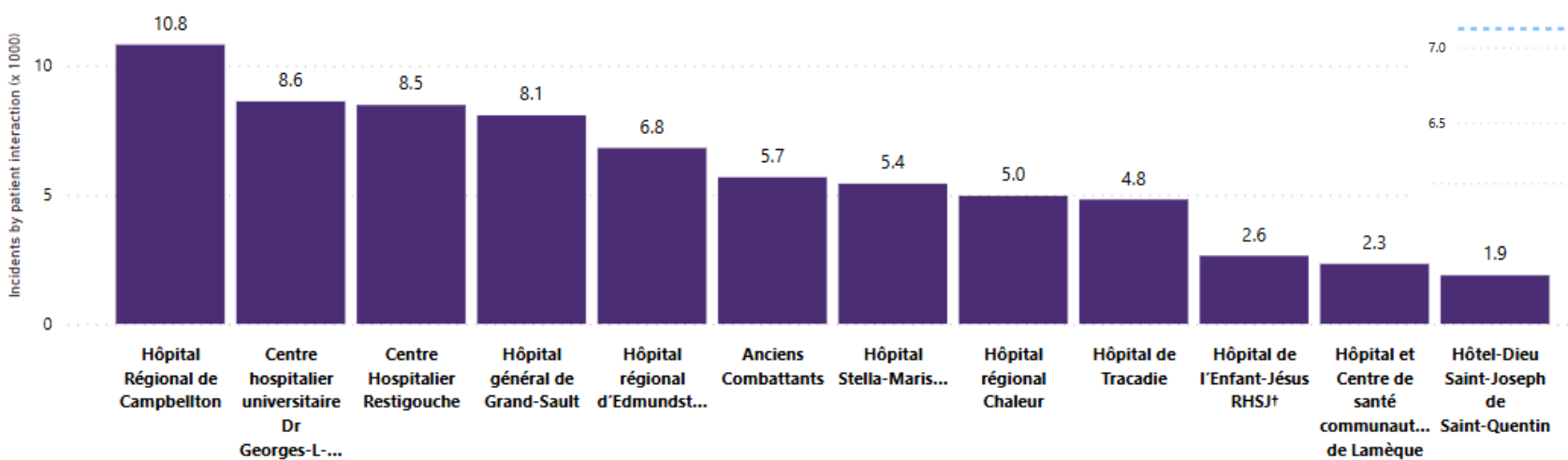
d'incidents / 1000 interaction patients



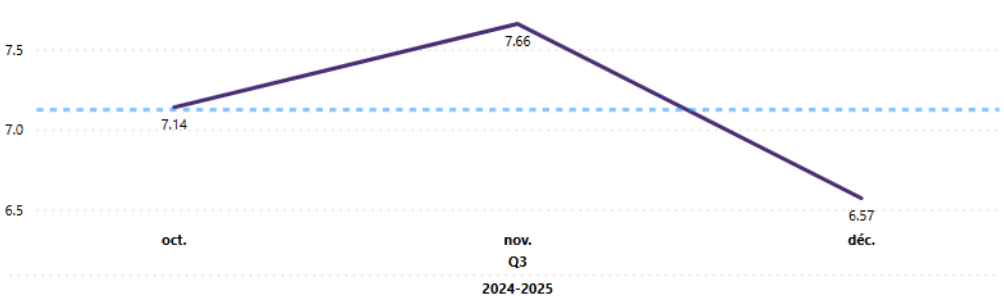
d'incidents / 1000 interactions patient



d'incidents par 1000 interaction patient



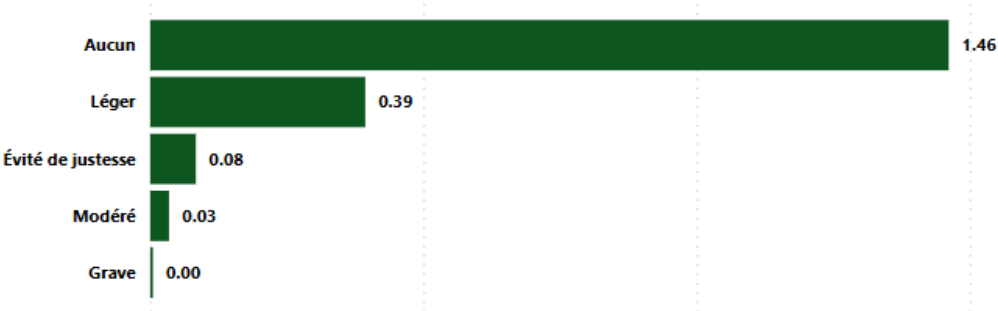
Incidents par interaction patient (x 1000)



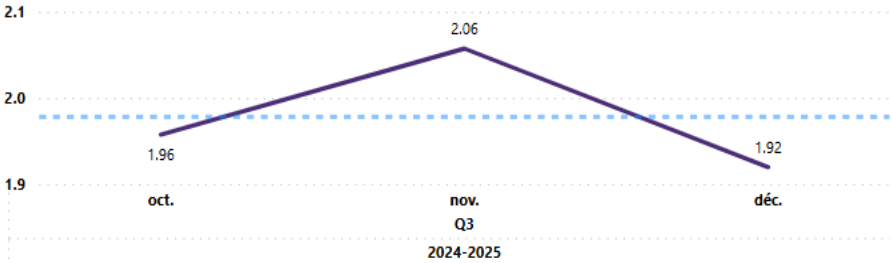
Incidents de sécurité

Période représentée : T3 2024 - 2025

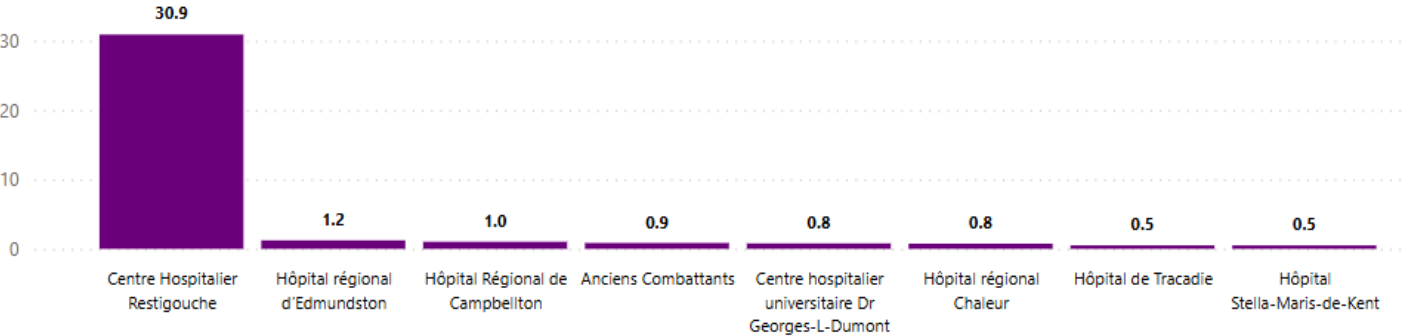
d'incidents sécurité par degré par 1000 interactions patient



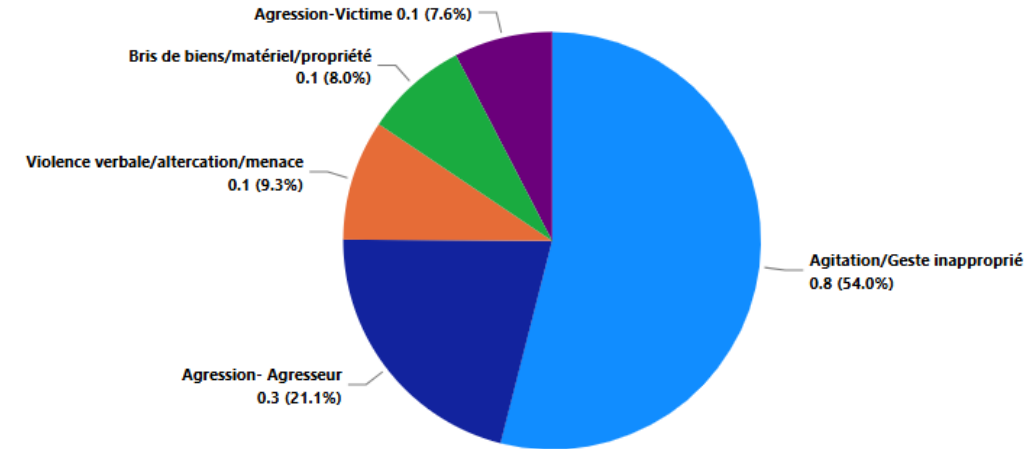
Incidents par interaction patient (x 1000)



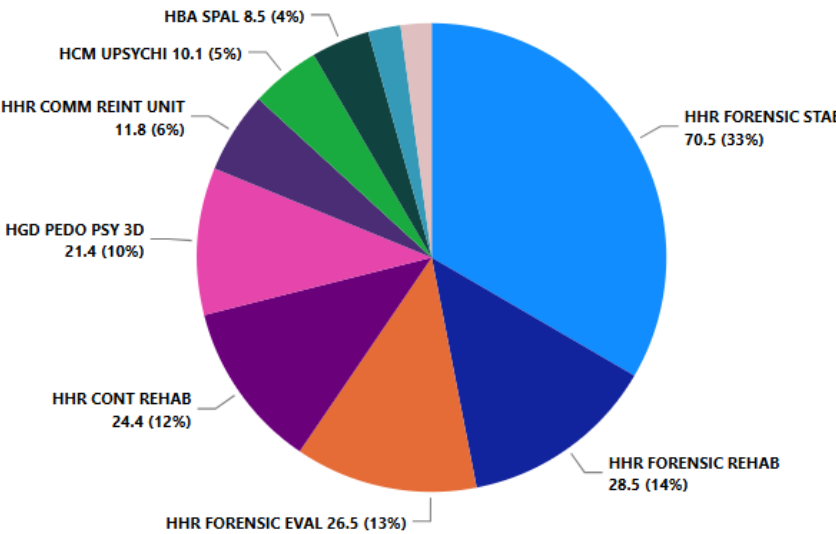
d'incidents par 1000 interactions patient interaction



Top 5 Incidents Sécurité par interaction patient (x 1000)



Incidents par 1000 interactions patient

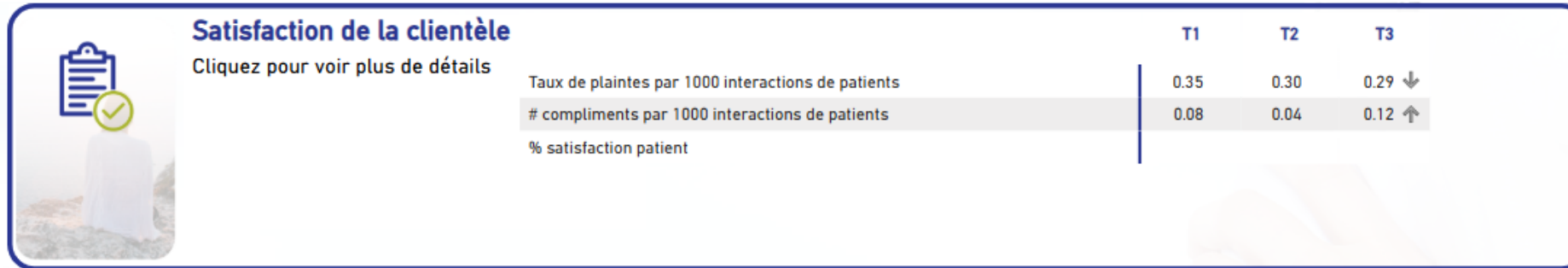


Suivi des revues qualité et suicides en communauté

**Revue complétée entre le 1^{er} janvier
et le 21 mars 2025**

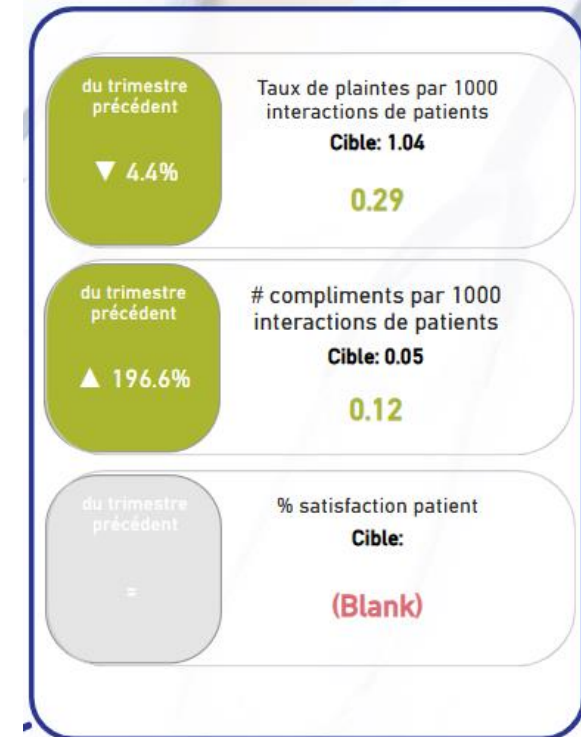
PCA/Secteur	Type	Recommandations		
		Faible	Modérée	Élevée
Médecine générale	Médicament		1	1
	Plainte - Droit des patients	1	4	
	Incident - Chute	Aucune recommandation		
Urgence	Suicide en communauté	3		

Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



Remarques:

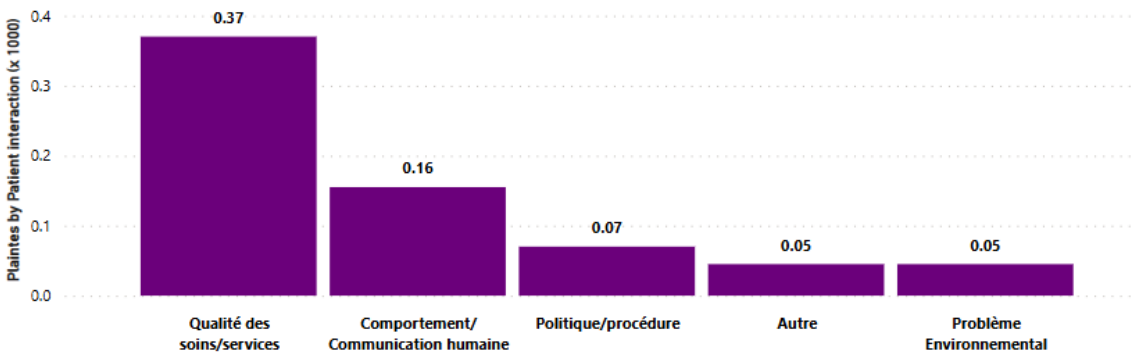
- Le taux de **plaintes démontre une légère diminution** encore au T3.
- Les indicateurs sur la satisfaction de la clientèle seront ajustés au nouveau format pour l'édition future du rapport trimestriel.



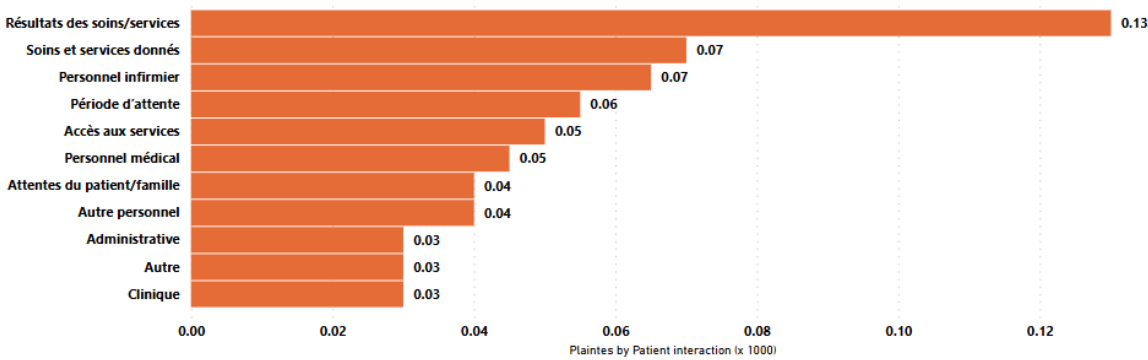
Plaintes

Période représentée : T3 2024-2025

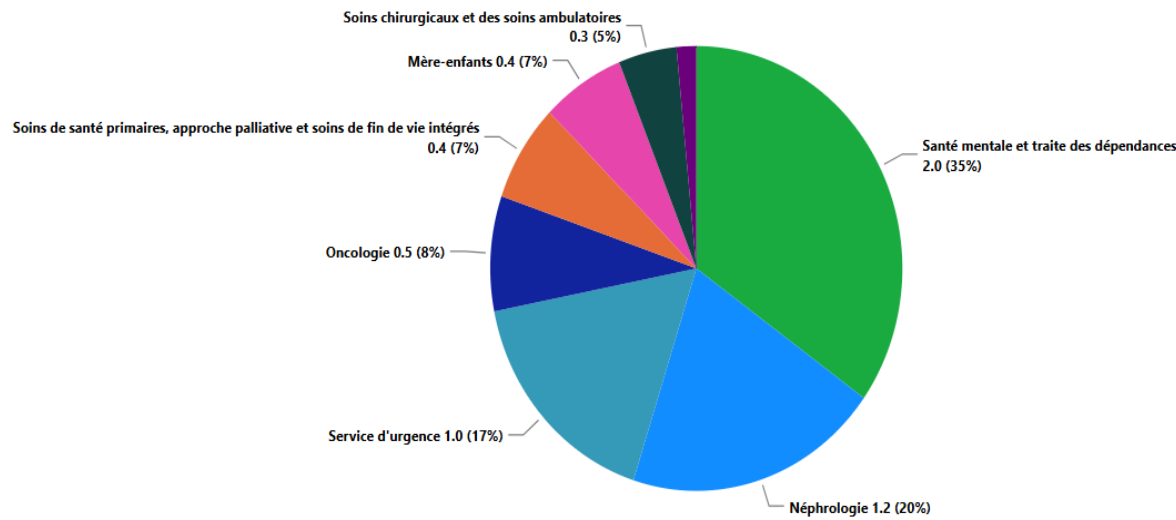
Top 5 plaintes par categories / 1000 interactions patient



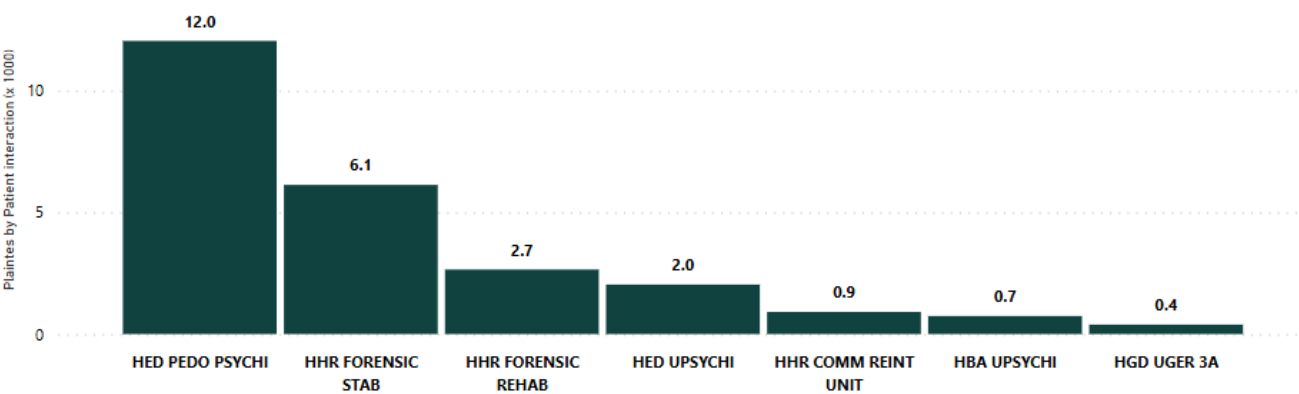
de plaintes / 1000 interactions patient (sous catégories)



de Plaintes / 1000 patient interaction (PCA)



Plaintes par Patient interaction (x 1000) par Top Département

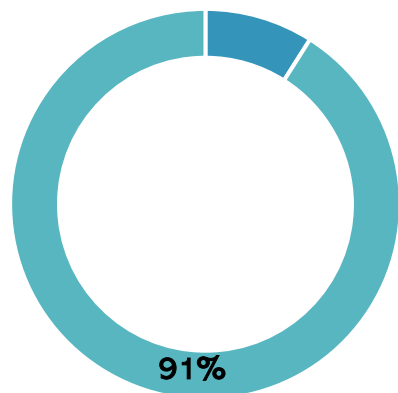


Satisfaction de la clientèle

Soins aigus hospitalisés (T4 2023-2024 à T3 2024-2025)

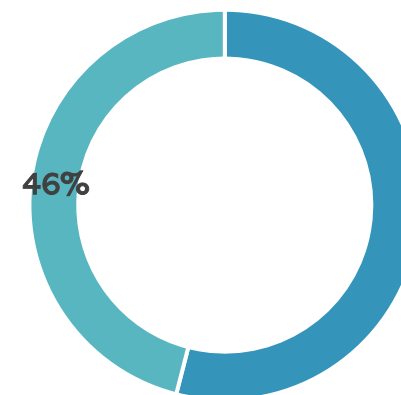
91% Taux de satisfaction global

Question la mieux notée



Traiter avec courtoisie et respect ?

Question la moins bien notée



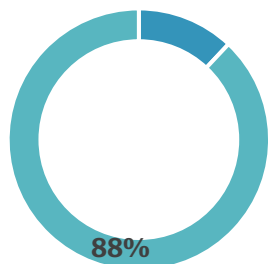
Tenir compte de vos valeurs culturelles / celles de votre famille?

Satisfaction de la clientèle

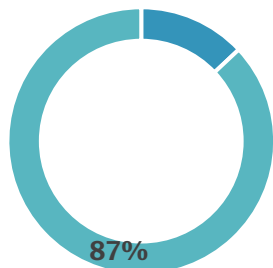
(Sondage Patients hospitalisés - psychiatrie, pédopsychiatrie et traitement des dépendances

T4 24-25-jusqu'au 18 mars)

Questions les mieux notées

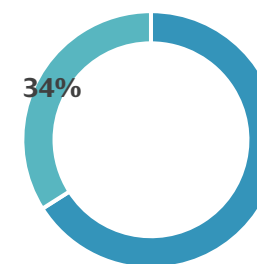


Service dans la langue officielle
(anglais ou français) de votre choix?

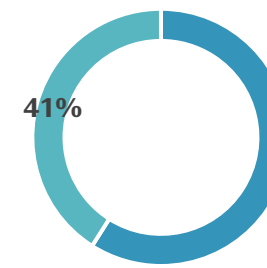


Service dans la langue officielle
(anglais ou français) de votre choix?

Questions les moins bien notées



Suffisamment d'activités pour
vous le soir ou la fin de semaine ?



Participation de la famille aux
décisions concernant vos
soins/traitements ?

Agrément Canada

Général:

- Les équipes ont été rencontrées pour partager les faits saillants des résultats de leur autoévaluation. Une ébauche d'un plan de travail leur fut remise afin d'établir des actions à prendre pour adresser les non-conformités identifiées.
- Un guide de dépôt des preuves leur fut aussi partagé.

À venir:

- Poursuivre le travail avec les équipes pour adresser les non-conformités identifiées actuellement et lors de la visite de 2022.
- Partager les résultats des autoévaluations avec les porteurs POR et autres secteurs transversaux/catalyseurs selon la pertinence.
- Sondage universel de HSO auprès de la main-d'œuvre ciblée pour mai 2025.

Culture juste

Les directrices des relations de travail et de l'engagement ont été rencontrées pour discuter des besoins émergents issus de la vaste cueillette de données auprès des gestionnaires et du personnel. Le sujet de la culture juste semble un sujet important à couvrir.

Une mise à jour de la soumission de la compagnie Just Culture a été fournie en début de mars. Cette soumission reflète les coûts pour former des formateurs à l'interne.

L'Association canadienne de protection médicale a fait une proposition de service très intéressante au sous-groupe de travail du comité consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients du Nouveau-Brunswick. Elle doit être étudiée par le comité ainsi que les chefferies médicales des trois organisations (Horizon, Vitalité et EM/ANB).

Partenariat patient

Nombre de sièges comblés par les PEP au 21 mars:

Nom du comité	# sièges permanents	# de sièges comblés	% de sièges comblés
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	1	100%
Comité consultatif sur la qualité des soins et sécurité des patients du NB	1	1	100%
Total	27	17	63%

Activités à souligner au quatrième trimestre:

- Lors de la rencontre de tous les partenaires de l'expérience patient (PEP) le 13 février 2025 nous avons eu la chance de recevoir la coordonnatrice du partenariat patient au Centre hospitalier de l'université de Sherbrooke qui nous a fait une présentation intitulée : « Le partenariat patient, qu'est-ce que ça donne? »
- En mars 2025, un groupe de travail composé de PEP s'est rencontré pour débiter l'offre de services de rétroaction rapide au bureau PEP.
- Une patient partenaire a aidé à créer une affiche qui invite les patients à remplir des sondages. Deux PEP ont également aidé à réviser le carton d'information comment faire une plainte ainsi que la page web Expérience patient.

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

Étapes réalisées en date du 21 mars 2025:

- Un outil d'auto-évaluation a été créé afin de permettre aux membres du comité de faire l'évaluation des normes d'agrément en lien avec la DEIA et la lutte contre le racisme selon leur expérience dans leurs secteurs. Un plan de travail sera développé selon les résultats de l'auto-évaluation du comité et des résultats reçus de la Gouvernance et du Leadership.
- Recrutement d'un patient partenaire des Premières nations Malécite du Madawaska ayant de l'expérience comme coordonnateur du programme Avenir Wabanaki pour les campus de l'Université de Moncton. Intégration possible sur des groupes de travail ou projets reliés aux efforts de lutte contre le racisme envers les Premières nations.

Dossiers divers discutés à la rencontre du 7 mai

- Les recommandations issues des comités de revue ont toutes été approuvées.
- Des améliorations concernant la collaboration entre les secteurs de la qualité, sécurité des patients et expérience patient ainsi que le Bureau des risques organisationnels seront apportées, notamment sur les sujets suivants:
 - Les incidents, plaintes et résultats d'évaluation de la satisfaction de la clientèle au regard des langues officielles;
 - Les dossiers HIROC.
- Un meilleur accès aux données issues du secteur de la qualité, la sécurité des patients et expérience patient auprès de différents publics et instances internes constitue une priorité stratégique pour l'année 2025-2026.
- Le déploiement de la culture juste doit être apportée comme étant priorité organisationnelle et être reflétée dans le Plan régional de santé et d'affaires.
- La pratique professionnelle poursuit ses projets d'amélioration pour l'intégration des employés nouveaux arrivants.
- Un plan de mitigation doit être élaboré et mis en œuvre en attendant le financement des postes pour la surveillance dans les urgences
- La politique de vérification des bagages/effets personnels/chambre et la procédure d'appel pour une césarienne d'urgence pour le CHUDumont doivent toujours être traités en priorité pour leur finalisation dans les meilleurs délais.
- En Prévention et contrôle des infections, une surveillance pour la rougeole est exercée à travers le Réseau.

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 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/tin pazmp/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***

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

Date: 2025-04-08

Objet : Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2024-2025-T4

Résultat ou état futur recherché

Le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le quatrième 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 08 avril 2025 par Pierre Michaud, Vice-président – Services Corporatifs et Catherine Rouanes, Directrice principale - Chef des risques par intérim

Bureau des risques organisationnels-Rapport trimestriel-T4					
Trimestre et Année financière: T4 2024-2025					
Nom du comité	Sujet	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	50%	Objectif temps: 2025/2026 Une solution informatique complète a été identifiée Plusieurs démo ont eu lieu avec participation de secteurs clés Un devis a été soumis l’étude de financement est en cours
Comité qualité - ÉL	Mesures d'urgence	Système d'Administrateur en disponibilité (AD) et gestion de situations d'urgence	Mise à jour de la formation des rôles et responsabilités Clarification des rôles et responsabilités Mise à jour des outils et ajout de mesures d'impacts Création d'une matrice d'analyse visant l'amélioration continue et la proactivité	50%	Objectif temps: 2025/2026 Outils en cours de développement Formation test le 30 avril Stratégie de collection de données pour valider les pistes Identification des partenaires et planification d'une session de revue et amélioration de processus
Comité qualité - ÉL	Protection des Renseignements Personnels(RP)/Renseignements Personnels en santé (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	75%	Objectif temps: 2025/26 Élaboration d'un Bulletin en collaboration avec le Ministère de la santé/Ministère de Développement social/Horizon) accompagné de nouveaux formulaires à jour Distribution du Bulletin et des formulaires aux secteurs concernés Développement d'une stratégie pour mesurer l'impact et la conformité
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	50%	Objectif temps: 2025/2026 Cartographie débuté Banque de clauses types disponible Développement d'une stratégie pour mesurer l'impact et la conformité
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	75%	Objectif temps: 2025/2026 Politique conjointe en cours de révision Groupe de travail des deux réseaux
Comité qualité - ÉL	Défenseur des enfants et de la jeunesse	Recommandation: Capacité des mineurs de moins de 16 ans à consentir à 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.	75%	Objectif temps: 2025/2026 Formulaire mis à jour Note des services distribué dans les deux réseaux Développement d'une stratégie pour mesurer l'impact et la conformité

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 validé

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

Date : 2025-05-27

Objet : Suivi sur l'enquête publique du coroner – mise à jour

Résultat ou état futur recherché

À titre informatif, effectuer un suivi sur l'enquête publique du coroner de janvier 2025

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

Assurer le suivi des recommandations

Données probantes ou information probante à l'appui

Note exécutive présentée à la rencontre du 24 mars dernier.

Solution ou action proposée

Rappel - Mise en contexte :

- Au cours de décembre 2024 et janvier 2025, le bureau du Coroner du N.-B. a mené une enquête publique concernant le décès d'une patiente de l'unité de psychiatrie aigüe du CHU Dumont le 11 avril 2023. Le Réseau a reçu la lettre officielle en date du 10 mars 2025 et le bureau du Coroner attend une rétroaction d'ici le 31 mai (voir lettre annexée).
- Une revue qualité avait été effectuée en interne, conformément à la Loi et aux politiques en vigueur, à la suite de quoi les recommandations en découlant ont été approuvées par le comité de la qualité en 2023.

Suivi en cours :

- L'équipe de Santé mentale travaille sur l'élaboration d'un tableau de suivi indiquant les travaux en cours ou complétés, puis proposant certaines reformulations à des fins de suivi « internes » de certaines recommandations en expliquant les motifs : ce que disent les données probantes à ce sujet (y compris des éléments de droits de la personne), le contexte de la santé mentale à Vitalité, notre champ de responsabilité et les considérations financières liées à certaines recommandations.

Prochaines étapes :

- Acheminer la lettre réponse au Bureau du Coroner après consultation auprès de nos assureurs.
- Suivre les recommandations par l'intermédiaire du comité de la qualité.

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.

Par ailleurs, bien que la date limite pour poursuivre se termine techniquement deux ans après la connaissance de l'événement (en l'occurrence ici la mi-avril 2025), il pourrait arriver que la cour décide d'accepter la poursuite après ce délai en raison de la mise au fait d'information récente dans le cadre de

Note exécutive

l'enquête publique. Nul ne peut utiliser des éléments d'une enquête publique pour poursuivre, mais un avocat saurait quoi demander comme information et documentation pour monter son dossier.

À ce chapitre, un avis d'intention de poursuite daté du 2 avril 2025 a été reçu à nos bureaux et est traité par nos avocats attitrés au dossier.

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
3.1.12	L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins offerts par l'organisme.
3.4.4	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.

Motion

Sans objet

Soumis le 4 mai 2025 par Marjorie Pigeon, Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient

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

le 10 mars 2025

Dre France Desrosiers, Présidente-Directrice générale
Réseau de santé Vitalité
275 rue Main, Suite 600
Bathurst N.-B.
E2A 1A9

Dre Desrosiers,

Comme vous le savez peut-être, une enquête du coroner sur le décès de Kayltyn Hemsworth a eu lieu du 27 au 29 janvier 2025 à Moncton. Mme. Hemsworth est décédée le 11 avril 2023 au Centre Hospitalier Universitaire Dr-Georges-L.-Dumont.

Le jury composé de cinq personnes sélectionnées dans la communauté a formulé 3 recommandations pour éviter des décès similaires à l'avenir :

1. 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.
2. 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.
3. Le rapport personnel infirmier-patients devrait être abaissé.
4. Les portes et les fenêtres devraient être dégagées, et le retrait des rideaux devrait être envisagé pour faciliter les vérifications visuelles.
5. 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 a aussi fait les recommandations suivantes :

6. 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.
7. 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.

Je vous demande si possible de me fournir avec vos réponses à toutes les recommandations mentionnées ci-dessus avant le 31 mai.

Je vous remercie à l'avance de l'attention que vous porterez à ces recommandations. Les recommandations et les réponses seront intégrées au rapport annuel 2024 du coroner en chef.

Veuillez agréer, Madame la Présidente-directrice générale, mes salutations distinguées.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a series of loops and curves.

Heather Brander
La Coroner en chef