

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 24 mars 2026, 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)	Misty Labillois
--	-------------------------------	-----------------

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	Caroline Ringuette
Marc-André Leblanc	Pierre Michaud	Steve Savoie

Membres invités - Gouvernance

Marc-André Leblanc	Pierre Michaud	Patrick Parent
Ghislaine Arsenault		

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 16 décembre 2025	Décision
13 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	Information
	8. Affaires permanentes	
13 h 10	8.1 Rapport T3 2025-2026 (septembre à novembre) du secteur QSPEP	Information
13 h 30	8.2 Rapport T3 2025-2026 du bureau des risques organisationnels	Information
13 h 50	9. Affaires nouvelles	
	9.1 Comparatif de la portée des mandats des comités qualité du Réseau	Information
	9.2 Présentation projet pilote patient-traceur : cheminement patient Premières Nations	Information

GOUVERNANCE

14 h 15	10. Approbation du procès-verbal de la réunion ordinaire du 16 décembre 2025	Décision
	11. Suivis de la dernière réunion	

14 h 16	11.1 Rencontre avec le Réseau de santé Horizon par rapport aux nominations des membres du Conseil d'administration - mise à jour du Comité de gouvernance et de mise en candidature du Réseau de santé Horizon a) Note exécutive	Discussion
	12. Affaires permanentes	
14 h 25	12.1 Évaluation annuelle du Conseil d'administration et des membres a) Note exécutive b) Politique CA-410 : Cadre d'évaluation	Information
14 h 30	12.2 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 35	12.3 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Tableaux d'évaluation des réunions à huis clos et publique du 20 janvier 2023	Information
14 h 45	12.4 Suivi du plan de travail sur les normes de gouvernance en prévision de la visite d'Agrément a) Note exécutive b) Résultats du sondage de gouvernance	Information
14 h 55	12.5 Rapport sur les indicateurs liés à l'engagement et aux ressources humaines a) Note exécutive b) Annexe A : Indice de maturité – Diversité, équité, inclusion et accessibilité (DEIA) c) Annexe B : Indice de maturité – Gestion du changement	Discussion
	13. Affaires nouvelles	
15 h 05	13.1 Membres du Comité d'éthique de la recherche a) Note exécutive b) Renouvellement de mandats pour la période du 1 ^{er} avril 2026 au 31 mars 2027	Décision
15 h 08	13.2 Nomination du Dr Marc-André Doucet à titre de médecin-chef de la zone Acadie-Bathurst a) Note exécutive	Décision
15 h 11	13.3 Recommandation de nominations de deux nouveaux membres votants au Comité médical consultatif du Réseau pour un premier mandat a) Note exécutive	Décision
15 h 14	13.4 Approbation du plan de travail du Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification – section finances et vérification 2025-2026 a) Note exécutive b) Plan de travail	Décision
15 h 17	14. Date de la prochaine réunion : 26 mai 2026 à 13 h	Information
15 h 18	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 16 décembre 2025, 13 h
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Coprésidentes :	Claire Savoie Johanne Thériault-Paulin		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

Johanne Thériault-Paulin (coprésidente)	✓	Claire Savoie (coprésidente)	✓	Misty Labillois	A
--	---	------------------------------	---	-----------------	---

Membres d'office

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

Membres invités – Qualité

Dr Éric Levasseur	✓	Marc-André LeBlanc	✓	Caroline Ringuette	✓
Brigitte Sonier-Ferguson	✓	Annie Carré	✓	Pierre Michaud	✓
Steve Savoie	✓	Marjorie Pigeon	A	Catherine Rouanes	✓

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 2025-12-16 / 01CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

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

Adoptée à l'unanimité.

5. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

QUALITÉ**6. Approbation du procès-verbal du 14 octobre 2025.**

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 14 octobre 2025 est adopté tel que circulé.

MOTION 2025-12-16 / 02CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le procès-verbal du 14 octobre 2025 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, ce qui permet de rendre compte de l'état d'avancement et d'assurer les suivis.

Patients traceurs

- Cadre de référence, outils et processus en voie de finalisation.
- Pilote auprès de la patientèle des Premières nations avec l'équipe du cheminement des patients terminée.
- Partage des résultats avec l'équipe de cheminement patient prévue le 16 décembre 2025.

Formation sur les concepts d'incidents et d'incidents évités de justesse en lien avec les taux de déclaration

- Formation offerte aux membres du comité le 27 octobre 2025.

Tableau comparatif pour distinguer les responsabilités opérationnelles et de gouvernance du comité de qualité régional et du comité de qualité du conseil

- Non débuté en raison de l'absence de la directrice de la qualité. Une mise à jour sera présentée à la prochaine rencontre.

Approche de ventilation des données en lien avec les plaintes de la catégorie qualité des soins, afin de voir les sous-catégories

- Non débuté en raison de l'absence de la directrice de la qualité. Une mise à jour sera présentée à la prochaine rencontre.

8. Affaires permanentes

8.1 Rapport T2 2025-2026 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient (à titre informatif)

On présente le rapport T2 2025-2026 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 patientes et des patients et d'expérience patient pour le deuxième trimestre de l'année 2025-2026, ainsi que les actions réalisées depuis la dernière rencontre du Comité de la qualité.

Tableau de bord stratégique

Incidents

- 1 076 incidents signalés :
 - Traitement/test/procédure (275 rapports);
 - Chutes (248 rapports);
 - Médicaments (224 rapports);
 - Sécurité (274 rapports).
- Trois revues ont été réalisées entre le 7 juillet et le 10 octobre 2025, réparties entre la médecine générale, l'urgence et la chirurgie. Deux recommandations ont été formulées et approuvées par le Comité de la qualité.

Plaintes

- 102 plaintes :
 - Qualité des soins/services (19 reçues);
 - Comportements/communication humaine (17 reçues).

Satisfaction de la clientèle

- Sondage auprès des patientes et des patients hospitalisés en soins aigus : satisfaction globale à 91 %;
- Sondage auprès des patientes et des patients hospitalisés en psychiatrie et en traitement des dépendances : satisfaction globale à 85 %.

Agrément Canada

- Élaboration de la programmation pour la préparation à la visite en cours, intensification des préparatifs;
- Dépôt des preuves en cours;
- Sondage de gouvernance en cours – prolongation jusqu'au 20 décembre 2025.

Culture juste

- Cohorte de formation prévue à Moncton et à Edmundston en mars 2026;
- Inscription en cours.

Partenariat patient

- 84 % des sièges comblés;
- Octroi d'un budget par le Réseau permettant le développement des compétences et la reconnaissance des PEP.

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

- Nomination d'une directrice ou d'un directeur régional pour le dossier des Premières Nations;
- Formations offertes pour le développement des compétences interculturelles;
- Mise sur pied d'un groupe de travail spécifique pour élaborer et recommander un plan d'action visant à enrayer le racisme systémique;
- Transfert du dossier au secteur de l'engagement.

Suivi de la rencontre du 5 novembre 2025 tenue par le Comité de la qualité

- Approbation des recommandations issues des comités de revue;
- Prochaines étapes et imputabilité du comité de surveillance des chutes et du comité de surveillance des incidents médicamenteux;
- Présentation sommaire des résultats du sondage sur la culture de sécurité et partage du plan d'action;
- Approbation des priorités proposées par le comité consultatif provincial de la qualité des soins et de la sécurité des patientes et des patients;
- Collaboration du secteur de la prévention des infections avec le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales;
- Projet pilote au CHR avec le soutien de Travail sécuritaire NB afin d'améliorer l'efficacité des comités mixtes en hygiène et sécurité au travail. De plus, un comité de prévention de la violence sera mis sur pied;
- Outils à venir pour faciliter la saisie et le suivi de la conformité des évaluations en hygiène et sécurité au travail;
- Soutien du leadership pour renforcer la culture de sécurité au travail afin que les gestionnaires se sentent imputables quant aux inspections mensuelles et aux évaluations de risques annuelles.

➤ **PROPOSITION** : Présenter, à la prochaine rencontre, l'évolution :

- du niveau des mesures prises pour répondre aux insatisfactions des patientes et des patients relevées dans les plaintes et les sondages. Intérêt à mieux comprendre l'influence de la patientèle sur les résultats observés et à connaître les mesures mises en place par les équipes pour répondre à ces enjeux;
- du partenariat patient depuis la dernière visite d'Agrément ainsi que des comparatifs avec d'autres organisations.

8.2 Rapport T2 2025-2026 du secteur des risques organisationnels (à titre informatif)

On présente le rapport T2 2025-2026 du secteur des risques organisationnels avec une modification du format de rapport.

Une nouvelle approche dans la gestion des situations et/ou des événements hors de l'ordinaire permet de recueillir des données probantes lors de revues post-événements systématiques et uniformes, d'en déterminer les causes fondamentales et d'identifier, avec les parties prenantes, des pistes de solutions visant l'amélioration.

9. Affaires nouvelles

Sans objet.

GOVERNANCE

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

Date: 2026-02-19

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 2026-02-19 par Brigitte Sonier Ferguson, VP Système de santé 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	100%	Terminée	Cadre de référence, outils et processus en voie de finalisation. Pilote auprès de la clientèle des Premières nations avec l'équipe du cheminement des patients terminée. Partage des résultats avec l'équipe de cheminement patient prévue le 16 décembre 2025.
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	100%	Terminée	Formation donnée aux membres du comité le 27 octobre 2025.
2025/10/14	Préparer un tableau comparatif pour distinguer les responsabilités opérationnelles et de gouvernance du comité de qualité régional et du comité de qualité du conseil, y compris les rôles, les actions et les mandats de chacun.	Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient	2026/03/24	90%	Sur la bonne voie	Présentation au comité en date du 24 mars 2026.
2025/10/14	Proposer une approche de ventilation des données en lien avec les plaintes de la catégorie qualité des soins, afin de voir les sous-catégories.	Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient	2026/03/24	100%	Terminée	

Note exécutive

2025/12/16	Identifier les tendances et les influences sur le degré d'insatisfaction des activités en psychiatrie (sondage)	Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient	2026/03/24	50%	Débutée	L'équipe de santé mentale adoptera prochainement le modèle de soins collaboratif sur ses unités. Ceci inclut entre autres l'ajout/transformation de ressources humaines dédiées aux activités pour les patients.
2025/12/16	Comparer notre taux de partenaire patient avec la dernière visite d'Agrément Canada pour voir l'évolution et faire une comparaison avec d'autres instances	Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient	2026/03/24	100%	Terminée	<p>L'approche du partenariat patient a évolué depuis la dernière visite et il est difficile d'identifier le taux de patients partenaires. Toutefois, voici une liste des actions prises depuis la visite de 2022 :</p> <p>Structuration du partenariat patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création du bureau de partenariat avec les patients et les familles en 2023 et d'un poste de conseiller attitré - Arrimage avec la recherche - Élaboration et révision d'outils éducatifs - Création d'une page sur l'intranet et le site Internet - Lancement du service de rétroaction rapide - Identification de 20 sièges permanents pour les PEP sur les divers comités et groupes formels du Réseau - Refonte du mandat du comité consultatif du partenariat patient - Établissement d'un budget annuel pour favoriser la formation, le réseautage la reconnaissance.

Note exécutive

					<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres d'information régulières avec l'ensemble des patients partenaires - Sondage annuel de l'évaluation de l'engagement <p>Recrutement, communication et engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campagne de recrutement en collaboration avec les Communications et l'Engagement - Nouveau plan de communication 2026 - Participation à un kiosque d'information - Présentations et formations offertes en interne au personnel et aux patients partenaires - Production de deux vidéo-témoignages - Publicités ciblées sur les réseaux sociaux <p>Formations et réseautage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation active à divers réseaux : Atlantic PCC Collaborative, World Café sur l'expérience patient, Communauté de pratique du Québec, CEPPP, SSA Québec - Participation à plus de 20 formations et conférences (conseillère et patients partenaires) <p>Nombres de patients partenaires :</p> <p>2023-2024 : 23 2024-2025 : 35 2025-2026 : 40</p>
--	--	--	--	--	---

Note exécutive

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

Date: 2026-03-24

Objet : Rapport septembre à novembre 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 28 janvier 2026.

Le rapport synthèse en pièce jointe résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient pour septembre à novembre 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'avancement du dossier de formation sur la culture juste;
5. Informer sur l'approche de partenariat patient à travers le Réseau;
6. Informer sur l'évolution du dossier de la diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme systémique.
7. Informer sur les autres dossiers divers discuté lors du comité de la qualité.

Données probantes ou information probante à l'appui

Voir le rapport ci-joint.

Faits saillants de septembre à novembre 2025

- **Incidents (diapos 7 à 12)**
 - 1446 incidents rapportés
 - Chutes (461 rapports)
 - Traitement/test/procédure (437 rapports)
 - Médicaments (405 rapports)
 - Sécurité (370 rapports)

Note exécutive

- Déclaration des IIM (incidents liés aux instruments médicaux) et les RIM (réactions indésirables graves aux médicaments)
 - 6 déclarations obligatoires, dont 3 IIM et 3 RIM.
 - 12 déclarations volontaires, dont 11 IIM et 1 RIM
- 5 nouvelles revues sont présentées. Entre autres, pour des lésions de pression en médecine, chirurgie et néphrologie, un incident lié aux politiques et procédures en chirurgie et un incident de sécurité au CHR. 7 recommandations ont été présentées et approuvées à l'unanimité.
- Amélioration en cours :
 - Création d'un comité régional interdisciplinaire de surveillance des incidents de médicament
 - Formation Itacit « Gestion sécuritaire des médicaments »
 - Sessions éducatives ciblées et modification de l'heure d'impression des FADM (feuilles d'administration des médicaments) en obstétrique de la zone 4 pour adresser les erreurs de retranscription des médicaments
 - Revoir le fonctionnement du signalement des incidents de sécurité au CHR
 - Des activités de sensibilisation aux signalements et à la culture de sécurité ont eu lieu en octobre et novembre
 - Analyse des incidents les plus fréquents causés par l'inattention afin d'identifier des tendances et formuler des recommandations systématiques.
- **Plaintes (diapo 13 à 15)**
 - 169 plaintes
 - Qualité des soins/services (64 reçues)
 - Comportements/communication humaine (28 reçues)
 - Améliorations en cours:
 - Explorer les options pour faire une évaluation plus approfondie des problèmes d'accès par téléphone/texto/courriel aux soins de santé primaires
 - Nouveau système téléphonique à la clinique de Pointe-Verte
 - Plan d'amélioration en cours entre la phlébotomie et l'admission à la zone 1B pour diminuer les temps d'attente
 - Double vérification des rendez-vous en médecine nucléaire de la zone 4 pour éviter les erreurs de booking
 - Rencontre faite avec les personnels infirmier et médical de l'urgence de la zone 6 concernant les plaintes de comportement/communication
 - Effectuer une analyse plus approfondie des plaintes liées aux soins de santé primaires et aux cliniques externes pour identifier des tendances et recommandations systémiques.
- **Satisfaction de la clientèle (diapo 16 à 20)**
 - Soins aigus hospitalisés
 - Satisfaction globale : 81.5%, stable
 - Top satisfaction :
 - Confort général
 - Propreté
 - Communication avec les médecins
 - À améliorer :
 - Conformité date de congé
 - Information et compréhension
 - Nourriture
 - Patients hospitalisés en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en traitement des dépendances
 - Taux de satisfaction général de 76%, diminution
 - Top satisfaction:
 - Préparation au congé
 - Service dans la langue officielle
 -

Note exécutive

- À améliorer :
 - Activités en quantité suffisante le soir ou la fin de semaine
 - Intérêt pour les activités offertes
- Cliniques externes
 - Taux de satisfaction général de 95%
 - Top satisfaction:
 - Traité avec courtoisie et respect
 - Respect de l'intimité
 - À améliorer :
 - Lavage des mains
 - Choix du temps de rendez-vous
- Soins de santé primaires
 - Taux de satisfaction concernant le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous est de 84%
 - Top satisfaction:
 - Traité avec dignité et respect
 - Explication compréhensible
 - À améliorer :
 - L'accès à l'extérieur des heures normales
 - Nombre de jours pour obtenir un rendez-vous
- Améliorations en cours :
 - Service alimentaire : augmenter la vitesse de livraison, diversifier le menu et effort de recrutement de personnel
 - Logistique clinique : améliorer la communication de la date de congé avec le patient
 - Santé mentale : collaboration avec logistique clinique pour améliorer les activités thérapeutiques aux départements
 - CHR : espace dédié pour que les patients puissent faire des appels en privé sur l'unité D2
 - Poursuivre l'intégration du programme Lime santé et le partage des résultats des sondages de satisfaction
- **Agrément Canada (diapo 21)**
 - Complétion du sondage de gouvernance
 - Plan de communication interne déployé
 - Le dépôt des preuves progresse bien
 - Un comité régional pour la pratique organisationnelle requise (POR) de la prévention du suicide fut mis sur pied
 - Modification de la période de révision de 3 à 5 ans à venir pour la politique des « politiques et procédures »
 - À venir :
 - Diffusion des résultats et plan d'action découlant du sondage de la qualité de vie au travail et la culture de sécurité
 - Finaliser et diffuser l'horaire de visite, en collaboration avec Agrément Canada
 - Simulations du printemps (en préparation)
- **Culture juste (diapo 22)**
 - Cohortes de formation prévues à Moncton et Edmundston en mars 2026
 - Inscription complétée – 56 participants
- **Partenariat patient (diapo 23)**
 - 89% des sièges comblés - augmentation
 - Effort de recrutement se poursuit
 - Groupe de patients partenaires formés pour collaborer aux comités clés du programme Symbio

Note exécutive

- **Alertes et rappels (diapo 24)**
 - 22 alertes, dont majoritairement de l'équipement médical (55%)
 - 78% des alertes sont clôturés à l'intérieur des 14 jours recommandés.
 - 10 rappels, plus fréquemment des produits chirurgicaux (60%)
 - Seulement 33% des rappels sont clôturés à l'intérieur des 5 jours recommandés.
 - Améliorations en cours :
 - Révision de la politique
 - Plusieurs communications faites avec les collaborateurs pour améliorer la coordination et le temps de réponse aux alertes et rappels
 - Optimisation des données captées pour des fins d'analyse
- **Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme (diapo 25)**
 - Membres du groupe de travail sélectionnés et première rencontre en janvier.
 - Le plan d'action qui sera élaboré aura une portée transversale tout en utilisant les données déjà recueillies par nos collègues de l'Engagement et des soins infirmiers.
- **Dossiers divers discutés à la rencontre du 28 janvier 2026 (diapo 26)**
 - Prévention et contrôle des infections (PCI)
 - Le Réseau de santé Vitalité compare ses taux d'infections nosocomiales aux références nationales du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) pour évaluer la qualité de ses soins. Une collaboration avec le PCSIN est proposée afin d'intégrer son réseau d'hôpitaux sentinelles et accéder directement aux données canadiennes.
 - Santé et sécurité au travail (SST)
 - Accidents les plus fréquents : agressions physiques, chutes/glissements, heurts; analyses approfondies effectuées. Collaboration avec le secteur de la gestion des risques pour établir des recommandations.
 - Ajout des rapports de code dans le logiciel Parklane afin de faire des analyses communes avec la gestion intégrée des risques et aligner nos recommandations.
 - Comité de prévention de la violence en place au CHR pour évaluer et adresser les accidents d'agressions physiques.
 - Amélioration des comités mixtes (SST) avec l'ajout de directeurs et gestionnaires d'établissement comme représentants de l'employeur.
 - Ajout de l'identification Santé et sécurité dans les demandes de maintenance pour aider à la priorisation et au suivi des recommandations.

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.

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

Soumis le 2026-02-27 par Dre France Desrosiers, PDG et présidente du comité de la qualité

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

Rapport du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient

période couverte : septembre à novembre 2025

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

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

Édition du 27 février 2026



Table des matières

Introduction	3
Rapport sommaire – septembre à novembre 2025	5
• Tableau de bord stratégique	6
• Incidents	7
• Incidents de sécurité	9
• IIM (incidents liés aux instruments médicaux) et RIM (réactions indésirables graves aux médicaments)	10
• Suivi des revues	12
• Plaintes	13
• Satisfaction de la clientèle	16
Agrément Canada	21
Culture juste	22
Partenariat patient	23
Alertes et rappels	24
Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme	25
Dossiers divers discutés à la rencontre du Comité de la qualité	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 la période de septembre à novembre 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.
6. Informer sur les autres dossiers divers discuté lors du comité de la qualité.

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 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 sommaire

Tableau de bord stratégique: indisponible

Données sur les PCA: septembre à novembre 2025

Tableau de bord stratégique - comité de la qualité

TABLEAU DE BORD COMITE QUALITE STRATEGIQUE

Année 2025-2026

2025-11-10 11:43:52 AM

	T1	T2
 Accès Cliquez pour voir plus de détails		
% évaluation des risques de chutes terminée	70.63	67.55 ↓
% des patients satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique		
Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	69.06	60.17 ↓
 Effizienz opérationnelle Cliquez pour voir plus de détails	T1	T2
% de divulgation d'incidents	68.93	73.50 ↑
% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours civils	55.00	54.76 ↓
% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours ouvrables	71.96	67.74 ↓
% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)		
 Résultat patient Cliquez pour voir plus de détails	T1	T2
Nombre de revues qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue		
% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus	1.11	0.77 ↓
# d'incidents rapportés	1390	1313 ↓
Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 interactions patient)	2.63	2.27 ↓
Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires		
 Satisfaction de la clientèle Cliquez pour voir plus de détails	T1	T2
Taux de plaintes par 1000 interactions patient	1.23	1.49 ↑
Nombre de compliments par 1000 interactions patient	0.13	0.12 ↓
% satisfaction patient		
 Contre-indicateur Cliquez pour voir plus de détails	T1	T2
Taux d'incidents graves (standardisé par 1000 interactions patient)	0.06	0.07 ↑
Taux d'incidents modérés (standardisé par 1000 interactions patient)	0.17	0.25 ↑
Nombre de décès	1	↓
# 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 GSPEP		
% d'événements qui ne devraient jamais arriver (never events)	7	2 ↓

Incidents (à l'exclusion des incidents sécurité)

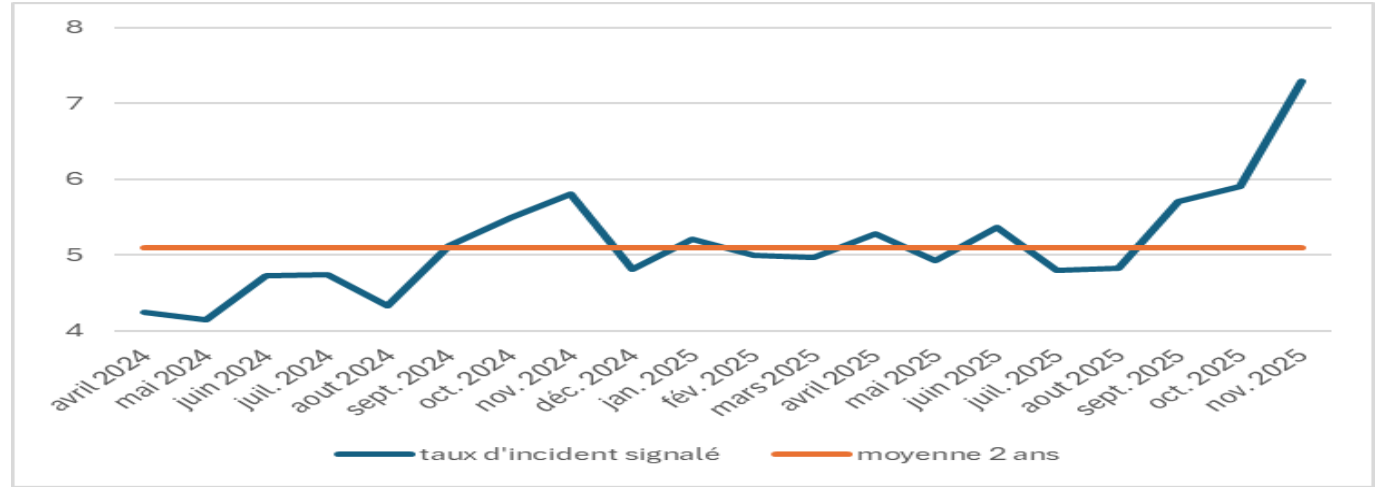
Période représentée : septembre à novembre 2025

1446

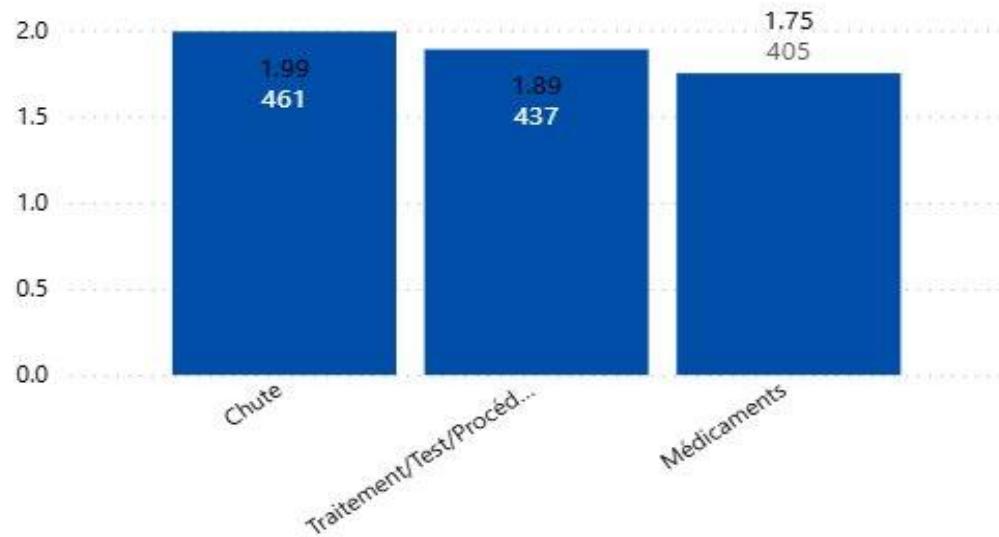
Incidents (#)

7.55

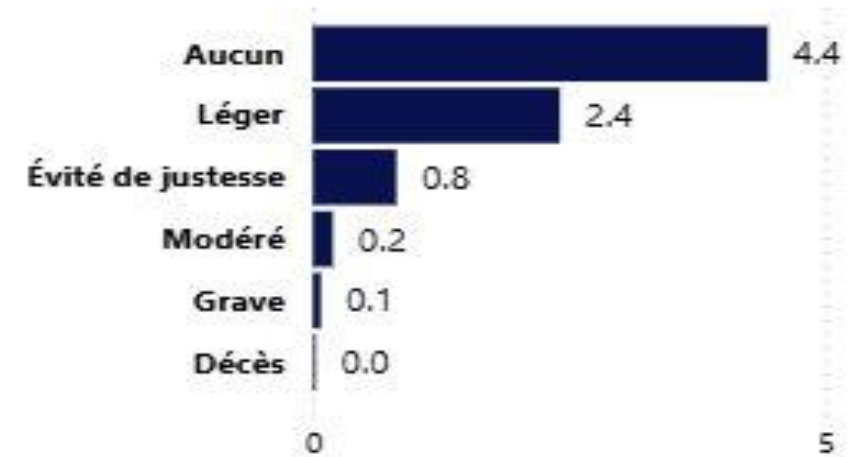
Incidents by patient interaction (x 1000)



Top 3 Taux d'incidents par types



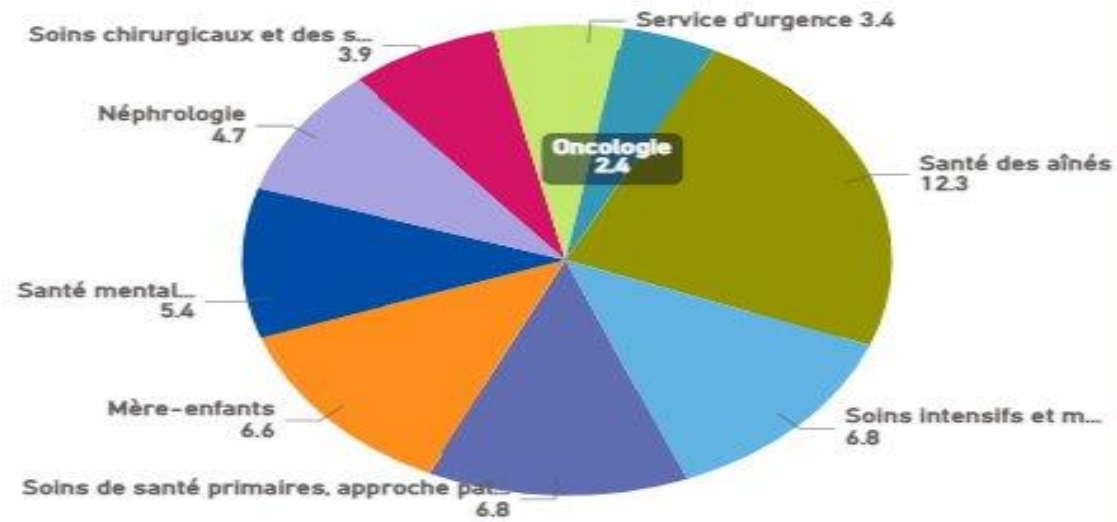
d'incidents / 1000 interaction patients



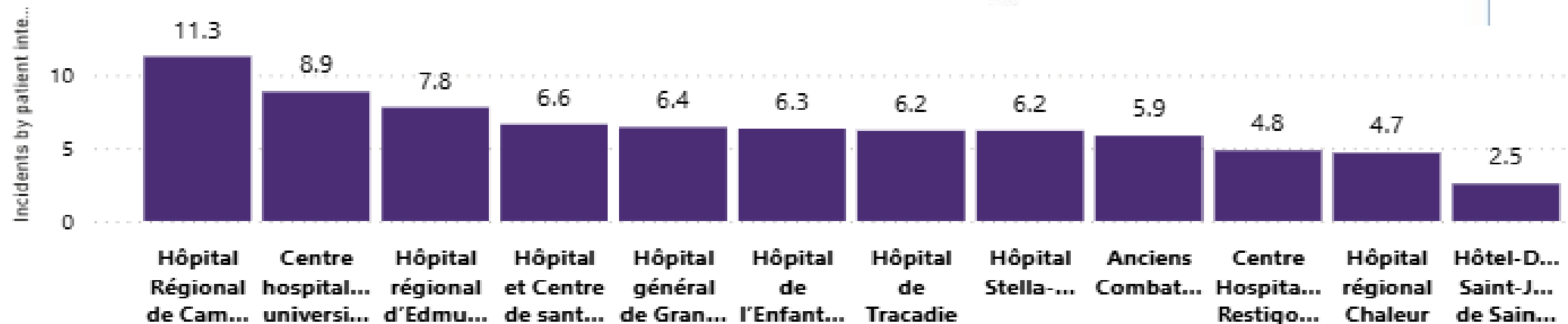
Incidents (à l'exclusion des incidents sécurité)

Période représentée : septembre à novembre 2025

Taux d'incidents par PCA



d'incidents par 1000 interaction patient

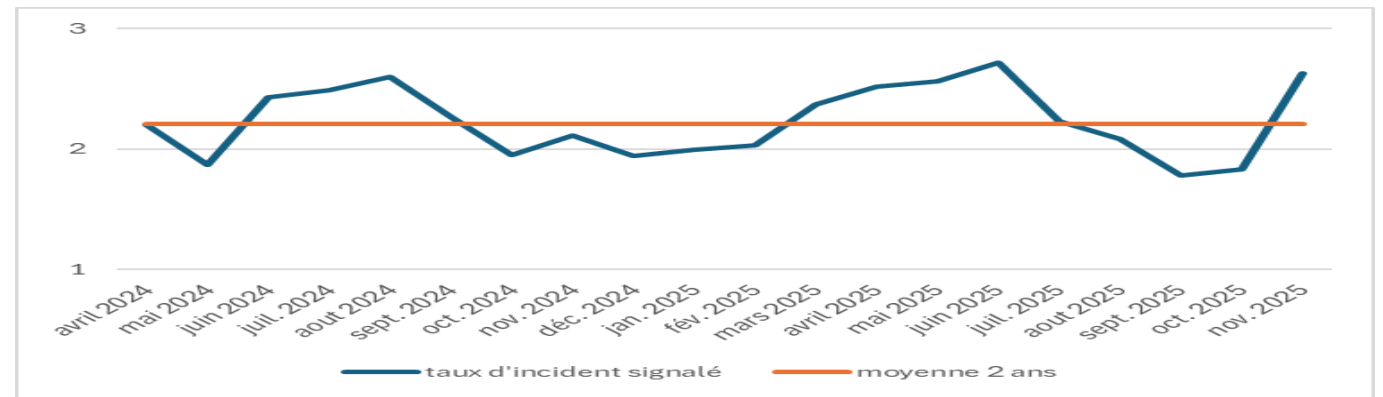


Incidents de sécurité

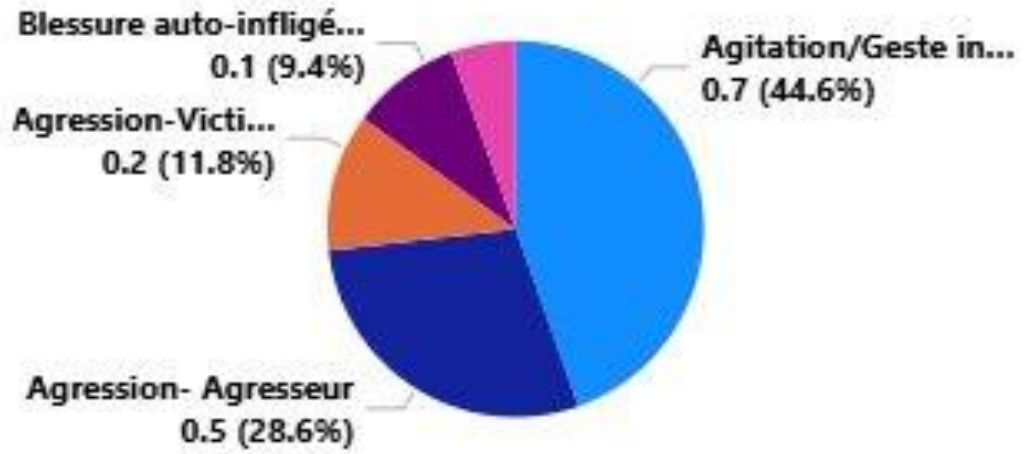
Période représentée : septembre à novembre 2025

370
Incidents (#)

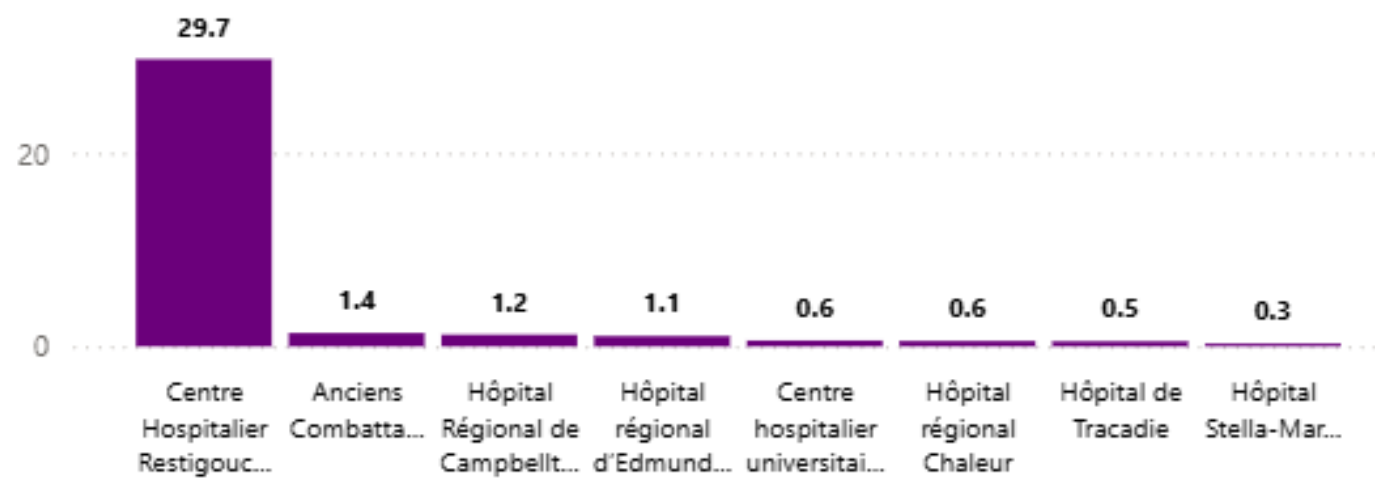
1.90
Incidents by patient interaction (x 1000)



Top 5 Incidents Sécurité par interaction patient (x 1000)

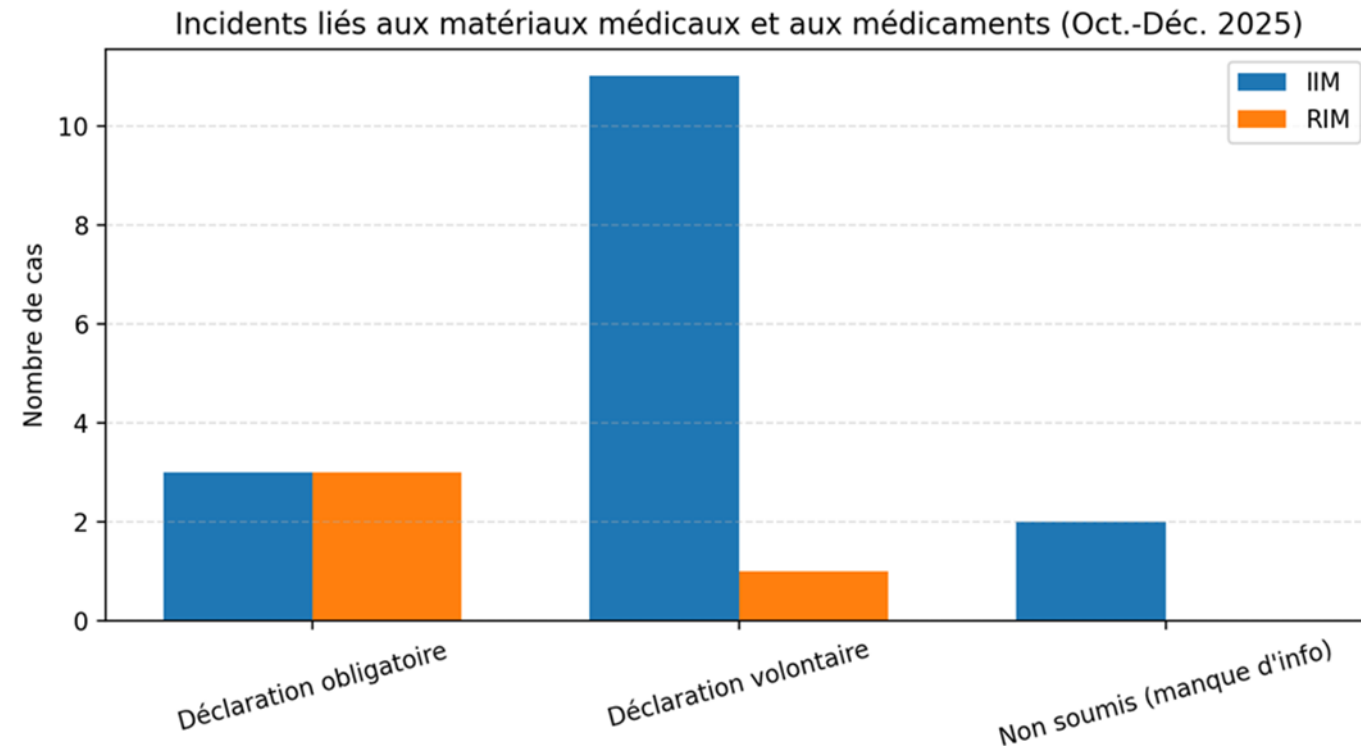


d'incidents par 1000 interactions patient interaction



Déclarations de IIM (incidents liés aux instruments médicaux) et RIM (réactions indésirables graves aux médicaments) (sept., oct. et nov. 2025)

Ce graphique présente les données relatives aux déclarations obligatoires conformément à la Loi de Vanessa, ainsi que les déclarations volontaires concernant les incidents ne répondant pas aux critères de déclaration obligatoire.



** Ces informations proviennent des signalements reçus par la coordonnatrice régionale via iRapport, pour la période d'octobre à décembre 2025.

Tableau de bord sur les incidents

(sept., oct. et nov. 2025)

Améliorations en cours

- Création d'un **comité régional interdisciplinaire de surveillance des incidents de médicament** en cours.
- Nouvelle formation Itacit disponible « **Gestion sécuritaire des médicaments** ».
- Première **analyse effectuée** et **recommandations proposées** par les **comités de surveillances des chutes et des lésions de pression**.
- Une rencontre a eu lieu le 27 janvier pour **revoir le fonctionnement du signalement des incidents de sécurité au CHR** afin que ceux-ci soient rapportés de façon efficiente tout en tenant compte des réalités du milieu afin d'éviter toute forme de stigmatisation.
- Effort de **sensibilisation face à la culture de sécurité et le signalement des incidents** lors de la semaine nationale de la sécurité des patients, forum d'agrément et rencontre d'analyse avec les PCA.
- Une analyse des **incidents les plus fréquemment liés à l'inattention** sera effectuée pour dégager des tendances et ciblée des possibilités d'améliorations.

Suivi des revues qualité et suicides en communauté

Nouvelles revues et recommandations pour approbation entre le 7 octobre et le 31 décembre 2025

PCA/Secteur	Type	Recommandations		
		Faible	Modérée	Élevée
Médecine générale	Incident - Traitement, test, procédure - plaie de pression	Aucune recommandation		
Chirurgie	Incident - Traitement, test, procédure - Politique/Procédure		2	
	Incident - Traitement, test, procédure - plaie de pression	Aucune recommandation		
Santé mentale et traitement des dépendances	Sécurité	2	3	
Néphrologie	Incident - Traitement, test, procédure - plaie de pression	Aucune recommandation		

Les recommandations issues des comités de revue ont toutes été approuvées.

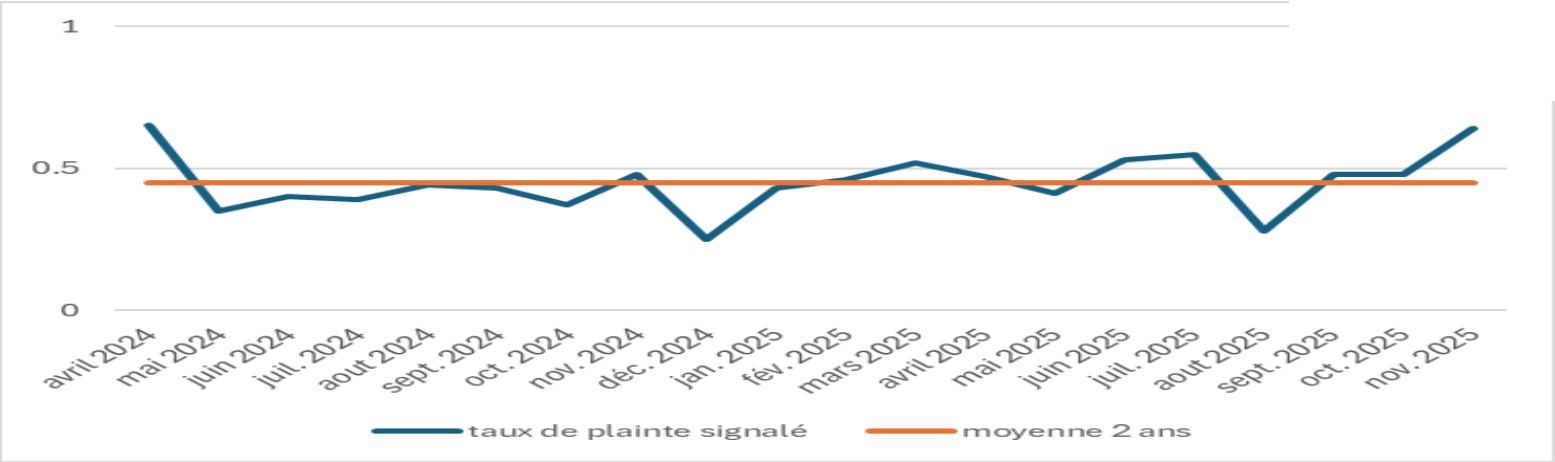
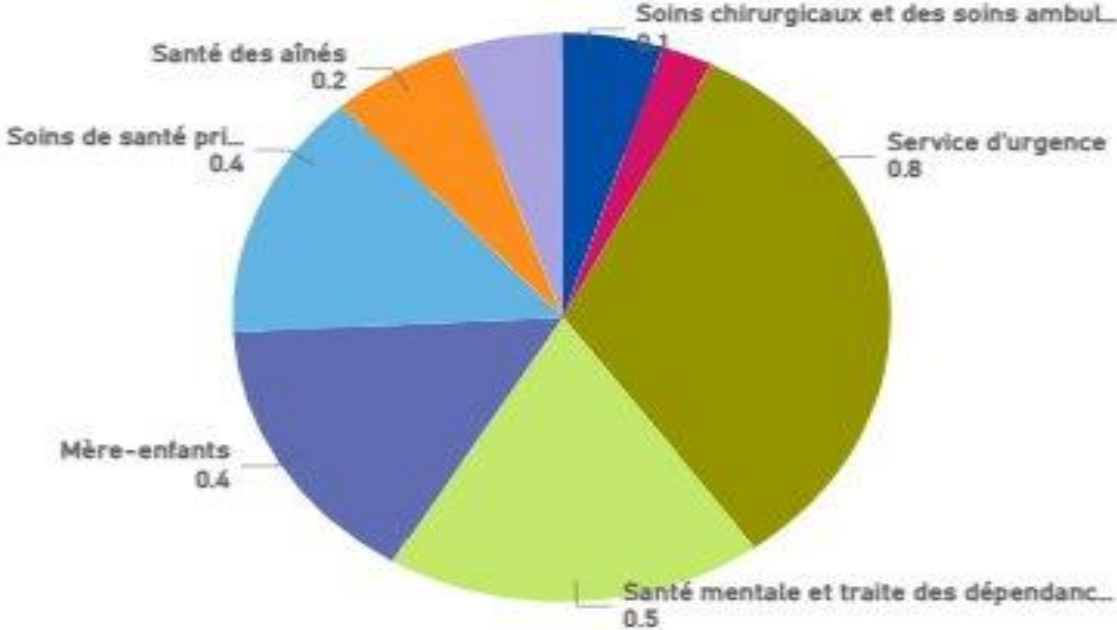
Plaintes

Période représentée : septembre à novembre 2025

169
Plaintes (#)

0.87
Plaintes by Patient interaction (x 1000)

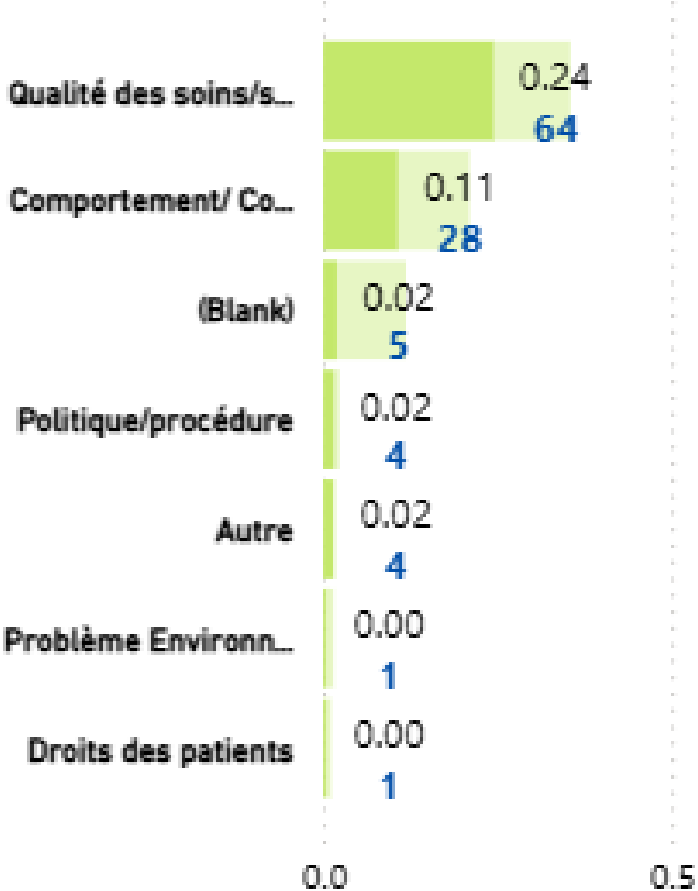
Taux de plaintes par PCA



Plaintes

Période représentée : septembre à novembre 2025

Taux de plaintes par catégorie



de plaintes par sous-catégories par 1000 interactions patient

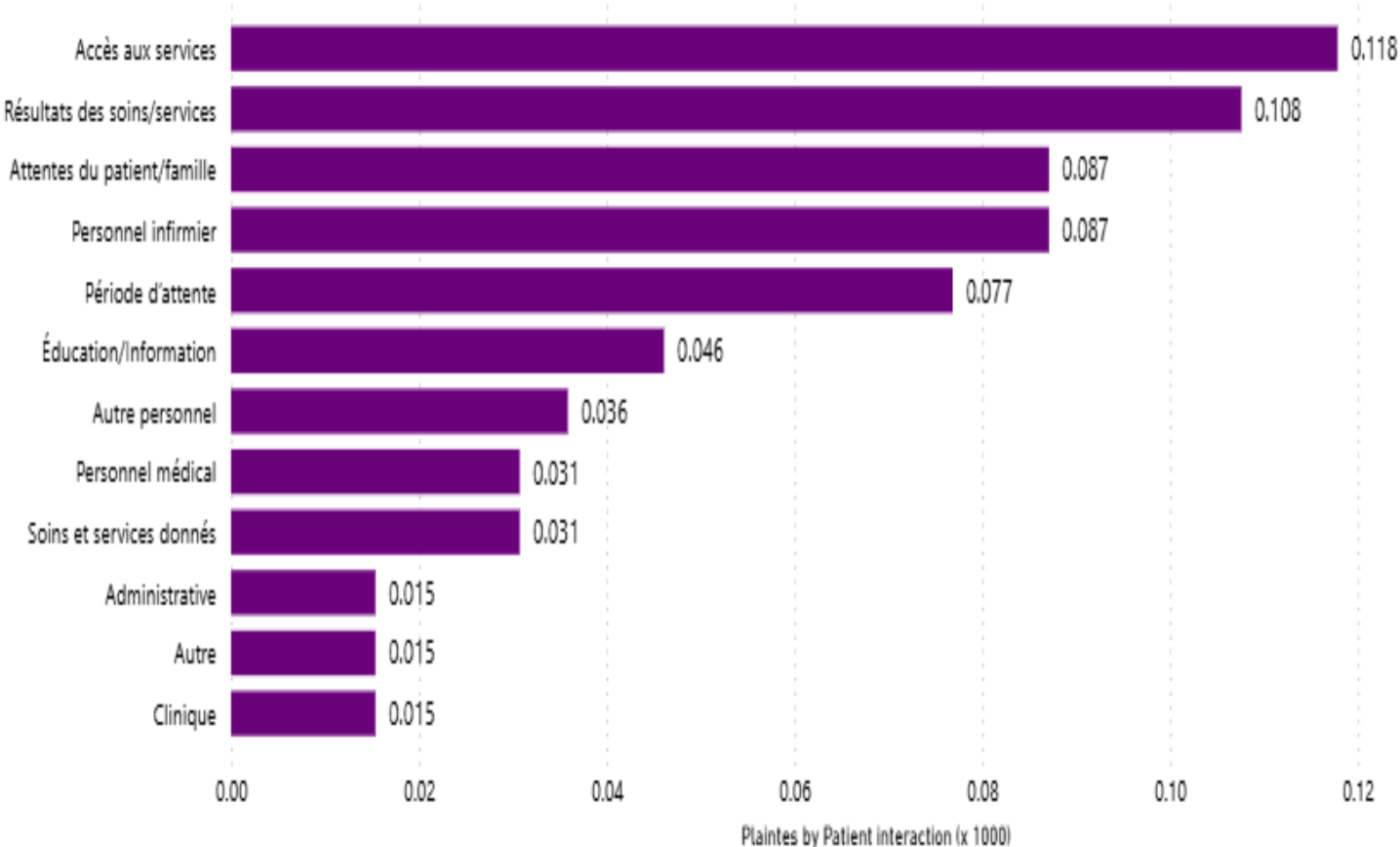


Tableau de bord sur les plaintes

(sept., oct. et nov. 2025)

Améliorations en cours

- **Nouveau système téléphonique en place à la clinique de Pointe-Verte.**
- **Projet de collaboration en cours entre la clinique de Phlébotomie dans la zone 1B et le département de l'admission pour adresser les temps d'attente.**
- **Double vérification des rendez-vous planifiés** au secteur de **médecine nucléaire de la zone 4** pour prévenir des erreurs de booking.
- Rencontre faite avec le **personnel de soins et médical concernés de l'urgence de l'hôpital de Bathurst** pour adresser les **plaintes de comportement/ communication.**
- **Rappel et rencontre individuelle** avec l'employé impliqué dans la plainte notée comme étant une des **mesures d'améliorations les plus communes.**
- Une **analyse plus approfondie sera effectuée** pour cibler des possibilités d'amélioration découlant des **plaintes d'accès aux soins de santé primaire et aux services externes.** D'ailleurs, **un audit aux cliniques de soins de santé primaires** sera effectué à cet égard au courant des prochains mois.

Satisfaction de la clientèle

Soins aigus hospitalisés (sept., oct. et nov. 2025)

Résultats favorables

- Étiez-vous à l'aise pendant votre séjour à l'hôpital?

94% disent à l'aise ou très à l'aise

- Lors de votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous la propreté de votre chambre?

89% disent bonne ou excellente

Points à améliorer

- Lors de votre séjour à l'hôpital, le médecin ou l'équipe soignante vous-a-t-il informé de votre date de congé, c'est-à-dire la date prévue pour votre sortie de l'hôpital?

54% disent oui dès l'admission ou oui, mais plus tard pendant mon séjour

- La dimension de la satisfaction concernant le partage d'information sur l'état de santé et les traitements, ainsi que la compréhension des informations à la sortie de l'hôpital.

58% disent complètement ou moyennement

Satisfaction de la clientèle

Sondage Patient hospitalisé psychiatrie, pédopsychiatrie et traitement des dépendances (sept., oct. et nov. 2025)

Résultats favorables

- Avez-vous participé autant que vous l'auriez souhaité dans la planification de votre congé?

84.4% disent Oui, certainement

- Combien de fois avez-vous reçu le service dont vous aviez besoin dans la langue officielle (anglais ou français) de votre choix?

84.08% disent toujours

Points à améliorer

- Y a-t-il suffisamment d'activités (thérapie de groupe, activités organisées, etc.) pour vous, le soir ou la fin de semaine?

40.4% disent parfois ou jamais

- Les activités offertes à l'unité (thérapie de groupe, activités organisées, etc.) vous intéressent elles?

27.1% disent parfois ou jamais

Satisfaction de la clientèle

Cliniques externes (nov. et déc. 2025)

Résultats favorables:

- Est-ce que le personnel vous a traité avec courtoisie et respect?

98.1% disent Oui, absolument

- Est-ce que le personnel a respecté votre intimité lors des soins ou des traitements (p. ex. fermait la porte, tirait l'rideau)?

97.0% disent Oui, absolument

Points à améliorer

- Avez-vous remarqué si le personnel se lavait ou se désinfectait les mains avant de vous donner des soins?

29.6% disent Je n'ai pas remarqué; Oui, parfois ou jamais

- Avez-vous eu la possibilité de choisir un temps convenable (jour/heure) pour votre rendez-vous?

23.8% disent Oui, un peu ou Non

Satisfaction de la clientèle

Soins de santé primaires (nov. et déc. 2025)

Résultats favorables:

- Pendant votre rendez-vous, est-ce que l'équipe de soins vous a traité avec dignité et respect?

95% disent Oui, toujours

- Pendant votre rendez-vous, est-ce que l'équipe de soins vous a expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre?

90% disent Oui, absolument

Points à améliorer

- Est-ce que vous avez accès à un médecin / une infirmière praticienne en dehors des heures normales d'ouverture des bureaux (8 h - 16 h)?

46.5% disent Non

- En général, combien de jours faut-il pour obtenir un rendez-vous à ce service / cette clinique?

25.9% disent entre 3 jours à plus de 5 jours

Satisfaction de la clientèle

(sept., oct. et nov. 2025)

Améliorations en cours

- Le **service alimentaire** effectue un sondage plus exhaustif concernant la qualité de la nourriture. Des actions sont en cours pour **améliorer la vitesse de livraison ainsi que la diversité du menu**. Les problématiques découlent d'un manque d'effectif important, donc les **efforts de recrutement se poursuivent**.
- **Projet cheminement patient en cours à la zone 1B** pour adresser la date de congé, entre autres la communication avec le patient.
- L'équipe de **santé mentale** adoptera prochainement le **modèle de soins collaboratif sur ses unités**. Ceci inclut **entre autres l'ajout/transformation de ressources humaines** dédiées aux **activités pour les patients**.
- Un **espace dédié pour faire des appels en privé** fut identifié pour les patients de **l'unité D2 du CHR**. Un téléphone y sera prochainement installé.
- **Évaluation des commentaires** reçus par le personnel face au déploiement du sondage des cliniques externes et des soins de santé primaire afin **d'améliorer le processus lors du prochain blitz**.
- **Optimiser l'information et le partage ponctuel** des rapports de sondage avec les équipes concernées.

Agrément Canada

Général:

- Le **sondage sur la gouvernance** est terminé. Les résultats sont à l'ordre du jour du volet de la rencontre dédié au comité de gouvernance.
- Un **plan de communication interne fut déployé** en novembre.
- Le **dépôt de preuves progresse très bien** pour la majorité des équipes. Les consultants poursuivent leur accompagnement.
- Un groupe régional pour la **POR Programme de prévention du suicide** a été lancé.
- Révision de la politique des « **politiques et procédures** » afin de modifier le temps de révisions de 3 ans à 5 ans.

À venir:

- Diffusion des résultats et plan d'action du **sondage sur la qualité de vie au travail et la culture de sécurité;**
- Rencontres avec les **porteurs des pratiques organisationnelles requises (POR), les gestionnaires et les infirmières ressources ;**
- Diffusion de l'**horaire de la visite ;**
- **Simulations** avec les unités et services qui seront visités en juin.

Culture juste

- L'Association canadienne de protection médicale a été retenue pour offrir d'abord de la formation à des champions au sein de l'organisation, et ce, dès le printemps 2026, dans un format en personne et pour une durée de 8h par formation.
- Des cohortes mixtes regroupant à la fois du personnel médical et des professionnels de la santé seront organisées.
- À plus long terme, la collaboration avec l'ACPM permettra de creuser certaines thématiques et de personnaliser des formations en fonction des différents publics (cliniciens, non-cliniciens, gestionnaires, conseiller, leadership, gouvernance, etc.).

Nouveauté:

- Inscription aux cohortes de mars 2026 complétée.

Partenariat patient

Nombre de sièges comblés par les PEP au 12 janvier:

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	3	3	50%
PCA-Soins de santé primaires	1	1	100%
PCA-Néphrologie	1	1	100%
PCA-Oncologie	1	1	100%
PCA-Chirurgie	1	1	100%
PCA-Services d'urgences	1	0	0%
PCA-Soins intensifs et médecine interne	2	2	100%
Comité d'éthique	1	1	100%
Comité médical consultatif régional (CMC)	1	1	100%
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%
PCI	1	0	0%
SIC	1	1	0%
Total	19	16	89%

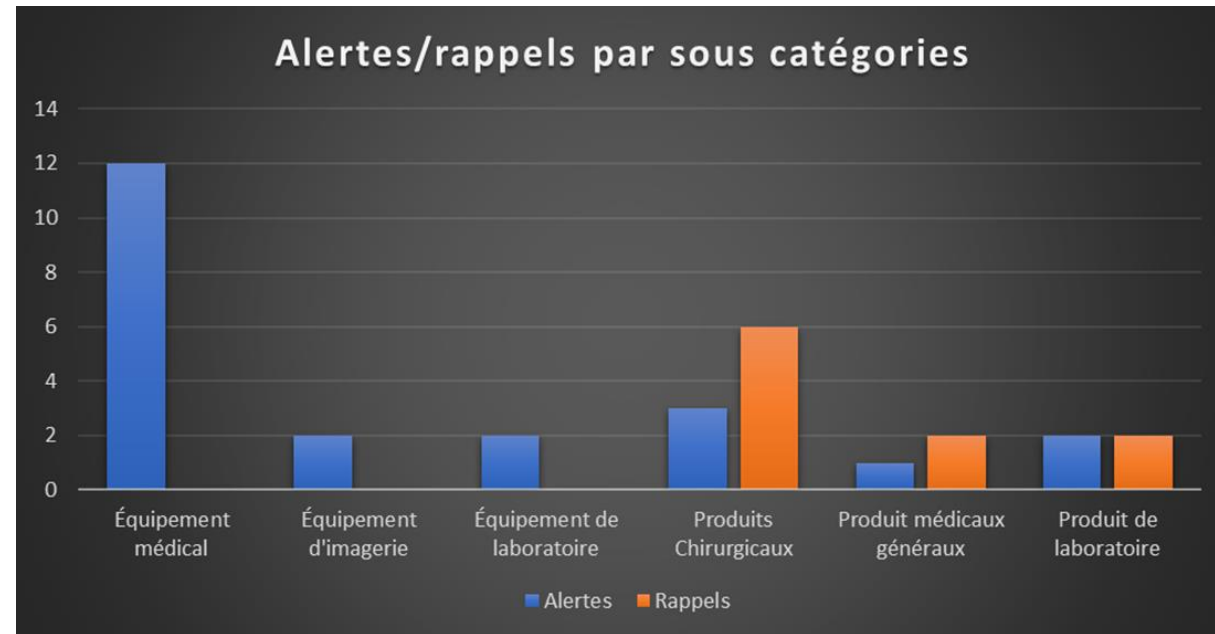
Activités à souligner au troisième trimestre 2025:

- Recrutement d'une représentante patient pour le comité d'engagement patient du dossier SIC et formation d'un groupe ciblé de PEP qui sera mobilisé pour répondre aux besoins des comités clés du programme Symbio.
- Animation d'une présentation lors du Sommet du programme Symbio à Fredericton, en collaboration avec une PEP du Réseau et l'équipe partenariat patient de Horizon.
- Efforts de recrutement:
 - *participation au salon des aînés à Petit-Rocher
 - *élaboration d'un plan de communication (déploiement prévu prochainement)

Alertes et rappels

(sept., oct. et nov. 2025)

- Le réseau a reçu 22 alertes et 10 rappels dans la période examinée.
- L'équipement médical représente à lui seul 55 % des alertes (12/22), loin devant les autres sous-catégories.
- Les produits chirurgicaux comptent pour 60 % des rappels (6/10), suivis des produits médicaux généraux et des produits de laboratoire (chacun 20 %).



** Les alertes et rappels reçus comptabilisés dans ce rapport concernent seulement les avis applicables au Réseau de santé Vitalité après vérification du département des achats et de l'ingénierie clinique (MDSO).

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

Actions en cours:

- Les **membres du groupe de travail** sur la diversité culturelle et la lutte contre le racisme systémique ont été **sélectionné.es** et une **première rencontre a eu lieu en janvier**. Des rencontres aux 2 semaines sont prévues pour faire avancer le plan d'action pour contrer le racisme systémique au Réseau.
- Des conversations préliminaires se sont déroulées en grand comité, et un **document de réflexion est en cours de préparation** pour aider à guider les conversations au sein du groupe de travail.
- Le **plan d'action aura une portée transversale**, c'est-à-dire qu'il touchera aux employé.es, à la patientèle, aux bénévoles, aux étudiant.es et stagiaires, et ce, selon plusieurs sphères d'activités au sein du Réseau (p. ex. soins infirmiers, RH, gestion, etc.).
- Le groupe se basera également sur les **observations déjà recueillies par les collègues de l'Engagement** (série de consultations auprès des directions, gestionnaires et collègues recruté.es à l'étranger) **et des soins infirmiers** (série de consultations auprès du personnel en lien avec les défis interculturels en milieu de travail et de soins).

Dossiers divers discutés à la rencontre du 28 janvier 2026

Prévention et contrôle des infections (PCI)

- Le Réseau compare ses **taux d'infections nosocomiales aux références nationales du Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN)** pour évaluer la qualité de ses soins. Une **collaboration avec le PCSIN est proposée** afin d'intégrer son réseau d'hôpitaux sentinelles et accéder directement aux données canadiennes.

Santé et sécurité au travail (SST)

- **Accidents les plus fréquents** : agressions physiques, chutes/glissements, heurts; analyses approfondies effectuées. **Collaboration avec le secteur de la gestion des risques** pour établir des recommandations.
- **Ajout des rapports de code dans le logiciel Parklane** afin de faire des analyses communes avec la gestion intégrée des risques et aligner nos recommandations.
- **Comité de prévention de la violence en place au CHR** pour évaluer et adresser les accidents d'agressions physiques.
- Amélioration des **comités mixtes avec l'ajout de directeurs et gestionnaires d'établissement** comme représentants de l'employeur.
- **Ajout de l'identification Santé et sécurité dans les demandes de maintenance** pour aider à la priorisation et au suivi des recommandations.

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	<p>Un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice accessoire à un patient.</p> <p>Il y en a trois types :</p> <ul style="list-style-type: none">• Incident préjudiciable : Un incident lié à la sécurité des patients qui a causé un préjudice au patient.• Incident évité de justesse: Un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas atteint le patient et 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. <p>Tous les incidents doivent être déclarés selon les canaux appropriés (IRapport).</p>
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	<p>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.</p> <p>https://www.healthcareexcellence.ca/media/tin pazmp/never-events-for-hospital-care-in-canada-fr.pdf</p>

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.
	Efficiences :	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Ligne du temps – démarche avec 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)
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										
Planification logistique de la visite										
Exercices de simulation										
Dépôt des preuves										
Visite										

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

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

Date: 2026-02-25

Objet : Rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) – 2025-2026-T3

*Nouveau : le rapport comprend les dossiers ouverts HIROC

Résultat ou état futur recherché

Présentation de l'information pertinente à valeur ajoutée des risques organisationnels aux membres du comité afin de permettre l'alignement avec le mandat du Comité de la qualité.

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

Le BRO a analysé les données disponibles dans le registre d'événements gérés par le système des administrateurs en disponibilité, afin de pouvoir les utiliser dans un objectif d'amélioration continue et de soutien aux différents secteurs.

Les résultats de ces premières analyses sont présentés au Comité dans une présentation Power Point alignée avec le mandat du Comité.

Le BRO, le secteur de la qualité et le secteur santé sécurité au travail ont des rencontres mensuelles de direction, pour échanger sur des dossiers communs et identifier des opportunités d'arrimage.

Le secteur des mesures d'urgence collabore de près avec les conseillers qualité et santé sécurité au travail, notamment lors de la revue post-événements gérés par les Administrateurs en disponibilité.

La transition de la gestion des réclamations des dossiers actifs avec l'assureur HIROC vers le BRO se poursuit, selon le plan de transition concerté, et notamment la dernière étape consistant à assurer que tous les accès à la documentation nécessaire et aux données sont en place.

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

Une présentation Power Point est annexée à la note exécutive.

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.

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.

Note exécutive

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

Sans objet.

Motion

Sans objet.

Soumis le 25 février par :

Pierre Michaud, Vice-président – Services Corporatifs

Catherine Rouanes, Chef de la gestion des risques intégrés



RISQUES ORGANISATIONNELS

Rapport T3-Comité de la qualité
Janvier 2026
Mandat du Comité de la qualité-
GEN.1.40.20





Bureau de la protection des renseignements personnels

Rapport d'activité T3- Initiatives et bons coups



Optimisation du Bureau de la protection des renseignements personnels

Mandat: « Assurer l'intégration des meilleures pratiques en matière de qualité en veillant à l'optimisation des modes de fonctionnement, de la communication, des processus et des outils. »

- **Modes de fonctionnement:**

- Clarification des rôles et responsabilités au sein de l'équipe

- **Communication:**

- Publication sur le Boulevard de la raison d'être, des services offerts, et des moyens de contacts

- **Processus:**

- Évaluation préliminaire Étude d'impact à la vie privée- simplifiée

- Nouveau processus de traitement des rapports d'incident

- **Outils:**

- Sondages pour mesurer le niveau de satisfaction du personnel ayant recours aux services du BPRP*

- Guide aide-mémoire pour les situations impliquant les forces policières

Bon coup illustrant une amélioration

Avant: Nombre de consultations au sujet de situations impliquant les forces policières
Sentiment des équipes sur le sujet (sondage avant présentation) et impact

Après: Nombre de consultations au sujet de situations impliquant les forces policières
Sentiment des équipes sur le sujet (sondage après présentation) et impact

Renforcement et mesures d'impact à moyen/long terme:

Plan de formation continue

Sondages



Secteurs des mesures d'urgence

Systeme des administrateurs en disponibilité (AD*)



Mise à jour: Gestion d'évènements par les ADs*

Mandat: « Veiller à la mise en œuvre des principes de la gestion intégrée de la qualité et de la sécurité ainsi que de la gestion intégrée des risques à travers l'organisation et en assurer la mise à jour. »

- Un total de 49 évènements gérés par les ADs*
- Sur ces 49 évènements 35 rencontres de coordination/ CCU

Top 3 Catégorie d'évènements
1. Débordement aux urgences
2. Couverture médicale Transferts ambulances Défaillance d'équipement
3. Dégât d'eau

Top 3 Secteur de risques
1. Ressources Humaines
2. Maintenance
3. Infrastructures

*Les tops 3 sont déterminés sur la base du tableau détaillé de la prochaine diapo

Catégorie	Nombre d'évènements	Secteur de risque
Débordement aux urgences	7	Infrastructure/Cheminement patients
Couverture médicale (médecins)	5	Ressource Humaines
Transferts ambulances	5	Infrastructure/ Approvisionnement/Cheminement patients
Défaillance d'équipement	5 CT scan Hors service Technolgie de l'information Meditech Panne Rogers imprimante Hors service Ventilation bloc opératoire Accès Accudose	Technologie de l'information/Approvisionnement
Dégât d'eau	4	Maintenance
Code rouge	2	Maintenance/Sécurité/Mesures d'urgence
Incendie-alarme défaillante	1	
Système d'alarme désactivé	1	
Punaises de lit	3	Environnement/Prévention et contrôle des infections
Violence/agression/	3	Sécurité/Santé Mentale et Addictions/ Maintenance/ Infrastructure
COVID	3	Ressources Humaines
Manque d'effectif	2	Ressources Humaines
Code jaune	2	Sécurité/ Santé Mentale et Addictions
Couverture médicale (soins infirmiers)	1	Ressources Humaines
Capacité médecin	1	Ressources Humaines/Affaires médicales
Employé intoxiqué	1	Ressources Humaines
Intoxication chimique	1	Santé Publique/Sécurité Publique
Évènement pédo psy	1	Maintenance/ Santé Mentale et Addictions
Arrivée massive de patients	1	Mesures d'urgence

Optimisation du système des ADs*

Mandat: « Assurer l'intégration des meilleures pratiques en matière de qualité en veillant à l'optimisation des modes de fonctionnement, de la communication, des processus et des outils. »

- Modes de fonctionnement:

- Élimination des silos: une équipe/ un registre / coordination et réponse immédiate

- Communication:

- Alerte-Avis Équipe de Leadership / coordination avec les autres secteurs

- Processus:

- Analyse et revue/ arrimage avec le bureau de la qualité et santé sécurité des employés

- Outils:

- Plan d'action/ Nouveau registre

❖ **Prochaine étape:** Création d'un programme complet de gestion d'évènements nécessitant une coordination par les administrateurs en disponibilité

Optimisation des leçons apprises et des analyses

Mandat: « S'assurer que les écarts en matière de gestion de la qualité sont pleinement intégrés dans les priorités d'amélioration organisationnelles et d'exécution stratégique du Réseau. Le choix des priorités doit notamment prendre en compte les données en matière de qualité, de sécurité et de risques.

- **Sectorielles**
 - Informer/ analyser/ améliorer/mesurer
- **Organisationnelles**
 - Outils et protocoles systémiques
- **Intégrées**
 - Revues/ partage de données /analyses conjointes

❖ **Prochaine étape:** feuille de route gestion intégrée des risques à travers l'organisation



Bureau des risques organisationnels

Healthcare Insurance Reciprocal of
Canada (HIROC)



Mise à jour du Bureau des Risques Organisationnels: Dossiers HIROC*

Mandat: « Veiller à la mise en œuvre des principes de la gestion intégrée de la qualité et de la sécurité ainsi que de la gestion intégrée des risques à travers l'organisation et en assurer la mise à jour. »

- Les tableaux ci-dessous sont présentés suite à une analyse des données disponibles actuellement, un travail sur la nomenclature et la capture des données est en cours afin d'en optimiser l'exploitation

BRO - Comité de qualité

Top 3 Catégorie d'évènements	
1.	Traitement / Analyse/ Procédé
2.	Plaintes
3.	Soins obstétriques

Top 3 Secteur de risques	
1.	À venir
2.	À venir
3.	À venir

*Les tops 3 sont déterminés sur la base du tableau détaillé de la prochaine diapo

Mise à jour du Bureau des Risques Organisationnels: Dossiers HIROC*

BRO - Comité de qualité

Catégories	4	5	6	1B	Grand Total
Autre		2	2	1	5
Chute	3		8	5	16
Demande accès - information		2	1		3
IIM			1		1
Incident m-x	1	1	1		3
Médicament			1	1	2
Perte biens		1		1	2
Plainte	4	2	6	10	22
Plainte		1			1
Plainte/incident - Vie privée	2	2	3	2	9
Sécurité	4	8		2	14
Soins Obstétriques	8	1	4	8	21
Traitement/ Analyse/ Procédé	9	9	9	20	47
Grand Total	31	29	36	50	146

Optimisation gestion des dossiers HIROC*

Mandat: « Assurer l'intégration des meilleures pratiques en matière de qualité en veillant à l'optimisation des modes de fonctionnement, de la communication, des processus et des outils. »

- Modes de fonctionnement:
 - Transition du dossier au Bureau des risques organisationnels
- Communication:
 - Note de service
- Processus:
 - Élaboration d'un guide « Processus de gestion des réclamations HIROC* »
- Outils:
 - Boîte courriel générique « réclamations »
 - Registre

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

Date: 2026-03-24

Objet : Comparatif de la portée des mandats des comités qualité du Réseau

Résultat ou état futur recherché

Présenter à titre informatif.

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

Meilleure compréhension du conseil d'administration envers la distinction entre les responsabilités de **gouvernance (surveillance)** du comité de qualité des soins et de sécurité des patients et les responsabilités **tactiques et opérationnelles** du comité de la qualité relevant du Leadership.

Éviter les chevauchements, assurer une reddition de comptes efficace, renforcer la gouvernance de la qualité et de la sécurité, et soutenir l'amélioration continue en clarifiant le **qui-fait-quoi** entre gouvernance et gestion.

Données probantes ou information probante à l'appui

Mandats du comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients et du comité de la qualité en vigueur au Réseau.

[Loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients](#)

Solution ou action proposée

Portée des responsabilités

Aspect	Sous-comité qualité & sécurité des soins (CA)	Comité de la qualité (Leadership)
Niveau d'intervention	Stratégique – gouvernance	Tactique / opérationnel – gestion
Objet principal	Surveillance, imputabilité, performance organisationnelle	Exécution, coordination, amélioration continue
Documentation revue	Rapports synthèses, indicateurs clés, risques majeurs, recommandations, tableau de bord stratégique	Analyses détaillées, incidents, plaintes, audits, non-conformités d'agrément, tableaux de bord complets, plans d'action
Sujets discutés	Qualité, sécurité des patients, expérience patient, gestion des risques organisationnels, agrément, diversité, équité, inclusion et accessibilité (DÉIA) et lutte contre le racisme, partenariat patient, prévention et contrôle des infections	Qualité, sécurité des patients, expérience patient, gestion des risques organisationnels, agrément, diversité, équité, inclusion et accessibilité (DÉIA) et lutte contre le racisme, partenariat patient, prévention et contrôle des infections, cybersécurité, santé et sécurité au travail
Redevabilité	Au CA	À la PDG et aux VP

Note exécutive

Aspect	Sous-comité qualité & sécurité des soins (CA)	Comité de la qualité (Leadership)
Type de décisions	Orientations, exigences de suivi, validation de niveaux de performance	Actions correctives, implantation, méthodes de travail
En bref	Reddition de compte et surveillance <i>S'assure que les processus sont en place pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients</i>	Action et pilotage <i>Mesure, définit les actions, coordonne les activités, soutient la mise en œuvre</i>

Matrice de responsabilité (RACI)

Activité / Objet	Leadership – Comité de la qualité	PDG / VP	Sous-comité CA – Qualité & Sécurité	CA
Gestion intégrée qualité, sécurité des patients, expérience patient, partenariat patient, DEIA, lutte contre le racisme & risques organisationnels (implantation)	R	A	C	I
Tableaux de bord, incidents, plaintes, SST, PCI – analyses détaillées	R	A	C	I
Rapport trimestriel – synthèse indicateurs & risques majeurs	R	A	I	I
Surveillance, questionnement des écarts & risques majeurs	C	C	R	A
Exigences de suivi et actions correctives	C	C	R	A

Légende du RACI : R : responsable | A : approbateur | C : consulté | I : informé

Exemples de niveaux de questions et d'information rapportés

Thème	Sous-comité du CA – Gouvernance (vérifier le processus)	Comité de la qualité – Leadership (vérifier la mise en œuvre)
Incidents & événements indésirables	Quel est le processus organisationnel (déclaration → analyse → suivi des recommandations)? Comment assurez-vous que les recommandations approuvées sont bien implantées et ont l'impact souhaité?	Les incidents sont-ils saisis dans les délais? % de clôture des analyses, qualité des plans d'action, preuve d'efficacité post-implantation (par unité/site).
Prévention et contrôle des infections	Quels indicateurs PCI haut niveau et seuils d'alerte sont approuvés? Comment est suivie la tolérance au risque à l'échelle du Réseau?	Taux de conformité au lavage des mains/isollement, écarts observés, actions correctives implantées et réévaluées localement.
Plaintes, satisfaction clientèle	Le processus assure-t-il la collecte systématique, l'analyse thématique et l'escalade?	Taux de résolution dans les délais, thèmes récurrents, changements de processus effectués et satisfaction post-intervention.

Note exécutive

Thème	Sous-comité du CA – Gouvernance (vérifier le processus)	Comité de la qualité – Leadership (vérifier la mise en œuvre)
Santé et sécurité au travail	Les risques SST critiques sont-ils consolidés et suivis?	Taux d'incidents, gravité, implantation des correctifs, couverture de formation et audits de conformité.
Agrément	Les processus de gestion intégrée de qualité et de risques sont-ils à jour et évalués par des sources externes? Comment les résultats du rapport d'Agrément Canada sont-ils pris en compte par l'organisation?	Conformité critères, non-conformités corrigées, suivi des projets prioritaires en lien avec les normes d'agrément
Diversité, équité, inclusion, accès et lutte contre le racisme	Quels résultats émanent de la promotion du partenariat patient dans l'organisation? L'organisation dispose-t-elle d'un mécanisme pour adresser la question du racisme vécue par les employés et les patients?	Suivi du plan d'action, sondage clientèle et employés, suivi des incidents rapportés

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Si manque de compréhension de la portée des mandats des deux comités : confusion, chevauchements, lourdeur ou angles morts en surveillance, retards dans la correction d'écarts, exposition accrue aux risques cliniques et réputationnels.

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

Intégration des actions retenues au plan de travail et suivis réguliers des progrès.

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

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

Motion

Soumis le 2026-02-27 par Brigitte Sonier Ferguson, VP Système de santé apprenant

Nom du comité : Comité mixte de qualité et de gouvernance

Date : 2026-03-24

Objet : Service de patient-traceur

Résultat ou état futur recherché

Mise à jour de l'avancement du projet-pilote dans le cadre du projet prioritaire sur la mise sur pied du service de patient-traceur, incluant le changement d'approche adopté pour optimiser la collecte de rétroaction auprès des patients autochtones.

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

L'approche par patient-traceur est une méthode d'amélioration continue centrée sur la personne, où le vécu du patient devient la principale source d'apprentissage. Elle repose sur une philosophie simple, mais puissante : comprendre le système de soins à travers l'expérience réelle de la personne, plutôt qu'à partir de processus théoriques ou de données administratives.

Le processus du patient-traceur repose sur une série d'étapes structurées qui permettent de comprendre en profondeur le parcours de la personne. Il débute par la sélection d'un patient dont le parcours clinique est pertinent ou représentatif d'une situation ciblée. Une discussion initiale est ensuite menée afin d'expliquer le service et d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient à participer au processus. L'entretien structuré a habituellement lieu après que le patient a vécu son épisode de soins, ce qui permet d'explorer son expérience de manière complète et réfléchie. Guidé par un outil d'entrevue, cet entretien vise à recueillir ses perceptions, les obstacles rencontrés et les moments clés du continuum de soins, ou encore selon les thèmes spécifiques ciblés. Les informations recueillies sont ensuite examinées et regroupées pour faire ressortir les points forts, les irritants et les pistes d'amélioration. Les enseignements tirés de cette analyse sont par la suite intégrés aux pratiques et processus de l'organisation afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins.

Données probantes ou information probante à l'appui

Dans le cadre du pilote mené auprès de la population autochtone, un premier processus de rappels téléphoniques post-congé avait été mis en place. Cependant, le taux de réponse s'est avéré très faible (1/6 personne a répondu à nos tentatives).

Pour assurer la pertinence et la réussite du projet ainsi que la qualité des informations recueillies, un réalignement de l'approche a été nécessaire. L'équipe a désormais adopté une approche centrée sur des entrevues réalisées au chevet des patients, avant leur congé. Des rencontres furent menées conjointement avec la gestionnaire régionale des Premières Nations afin d'assurer une démarche culturellement sécuritaire et respectueuse. Le guide d'entretien, initialement élaboré, fut adapté au contexte de préparation au congé et est utilisé systématiquement pour garantir la cohérence des échanges. Les échanges recueillis furent documentés et analysés afin d'alimenter les travaux du secteur de la logistique clinique et du cheminement patient.

Constats issus des entrevues

Points forts

- Prise en charge rapide
- Personnel professionnel, respectueux et disponible
- Bonne communication des éléments cliniques
- Environnement calme et rassurant
- Congé bien structuré (formulaires, explications, soutien social)

- Transparence et honnêteté du personnel

Enjeux

- Séjours prolongés en corridor affectant dignité, repos, sentiment de sécurité et confidentialité.
- Communication inégale : droits, responsabilités et informations cliniques.
- Aucune date de congé communiquée ou informations sur les médicaments ou suivis.
- Gestion de la douleur inadéquate et peu de réévaluation.
- Pas informé des fournitures à apporter lors de l'hospitalisation.
- Intégration culturelle insuffisante.

Recommandations

- Standardiser la planification du congé.
- Assurer une communication claire et uniforme.
- Améliorer les conditions du séjour, particulièrement en corridor.
- Renforcer la gestion de la douleur.
- Assurer l'accès au matériel essentiel en maternité.
- Mettre en place une approche culturellement sécuritaire pour les Premières Nations.

À noter qu'il sera essentiel de réviser notre processus afin de s'assurer de maintenir un niveau de flexibilité dans la façon de recueillir l'information et d'adapter nos méthodes aux caractéristiques, besoins et réalités propres de chaque type de clientèle. Notre processus doit soutenir une approche adaptable et culturellement sécuritaire, tout en maintenant la rigueur et la validité nécessaires pour assurer la qualité et la fiabilité des informations recueillies.

Solution ou action proposée

Les prochaines étapes sont les suivantes :

Implantation du service de patient-traceur

- Ajuster la documentation du processus en fonction des apprentissages qu'a permis le projet-pilote (avril)
- Lancer le nouveau service à travers le Réseau (mai)

Suivi des résultats du traceur :

- Considération des recommandations et mise en œuvre des améliorations identifiées par l'équipe de logistique clinique et cheminement des patients

Risque lié à cette action ou à l'inaction

La mise en œuvre de cette approche comporte certains risques, notamment la disponibilité limitée des ressources nécessaires pour réaliser les entrevues en personne, la coordination requise avec les unités de soins et la possibilité de variations dans la conduite des entrevues si le processus n'est pas suffisamment uniformisé.

Toutefois, l'inaction présente également des risques importants : le maintien d'un faible niveau de rétroaction fiable, l'incapacité d'identifier adéquatement les lacunes du cheminement patient et une détérioration potentielle de la confiance des communautés autochtones envers le système de santé.

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		

Note exécutive

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 leadership selon le(s) critère(s) de la norme Leadership d'Agrément Canada suivant(s) :

N° de critère	Libellé
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.

Motion

Sans objet

Soumis le 2026-02-27 par Caroline Ringuette, directrice adjointe de la gestion intégrée de la qualité et des services bénévoles

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

Le service d'appréciation par patient-traceur

24 mars 2026

Bureau de la gestion intégrée de la qualité

Plan de la présentation



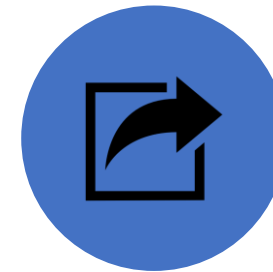
QU'EST-CE QUE LE
SERVICE D'APPRÉCIATION
PAR PATIENT-TRACEUR?



RÉSULTATS DU PROJET
PILOTE



APPRENTISSAGE DU
PROJET PILOTE



PROCHAINES ÉTAPES

QU'EST-CE QUE LE SERVICE
D'APPRÉCIATION PAR PATIENT-
TRACEUR?

Méthode d'analyse qualitative via entrevue, complémentaire aux sondages traditionnels.

Analyse du parcours complet ou partiel du patient selon la demande.

Valorisation du savoir expérientiel des patients.

Résultats utilisés pour améliorer les processus et trajectoires de soins.

Approche innovante et humaine.

Contribution à un système de santé apprenant pour renforcer la qualité, la sécurité et l'expérience patient.

Le patient devient un partenaire actif et un catalyseur du changement.

RÉSULTATS DU PROJET PILOTE

Objectifs de la demande reçue

Entretien avec une clientèle des Premières Nations pour:

- Évaluer la planification du congé
- Apprécier la qualité de la communication et des informations transmises
- Mesurer l'intégration de la culture et des savoirs traditionnels

Résultats

Points forts

- Prise en charge rapide
- Personnel professionnel, respectueux et disponible
- Bonne communication des éléments cliniques
- Environnement calme et rassurant
- Congé bien structuré (formulaires, explications, soutien social)
- Transparence et honnêteté du personnel

Enjeux

- Séjours prolongés en corridor affectant dignité, repos, sentiment de sécurité et confidentialité.
- Communication inégale : droits, responsabilités et informations cliniques.
- Aucune date de congé communiqué ou informations sur les médicaments ou suivis.
- Gestion de la douleur inadéquate et peu de réévaluation.
- Pas informé des fournitures à apporter lors de l'hospitalisation.
- Intégration culturelle insuffisante.

Recommandations

- Standardiser la planification du congé.
- Assurer une communication claire et uniforme.
- Améliorer les conditions du séjour, particulièrement en corridor.
- Renforcer la gestion de la douleur.
- Assurer l'accès au matériel essentiel en maternité.
- Mettre en place une approche culturellement sécuritaire pour les Premières Nations.

APPRENTISSAGE DU PROJET- PILOTE

Points forts

- Entretiens en personne très appréciés par les patients : plus humains, plus engageants.
- Présence d'une personne des Premières Nations lors des entretiens, ce qui renforce la confiance et la sécurité culturelle.
- Collecte de témoignages riches et utiles pour l'amélioration continue.
- Collaboration d'équipe.

Défis

- Difficulté à joindre les patients avec la méthode de recrutement prévue dans le cadre.

PROCHAINES ÉTAPES

Introduire une flexibilité explicite dans l'application du cadre pour permettre des ajustements selon les contextes.

Inclure des entretiens en personne lorsque possible, étant donné leur impact positif.

Intégrer systématiquement des approches culturellement sécurisantes.

Lancer le service de patient-traceur à l'ensemble du Réseau.

Questions/Commentaires
