

AVIS DE RÉUNION ☒PROCÈS-VERBAL ☐

Point 4

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 14 octobre 2025, 14 h
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Johanne Thériault Paulin Claire Savroie		
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			
Marc-André Leblanc		Pierre Michaud			

Membres invités - Gouvernance

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

Avis de réunion

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

QUALITÉ

14 h 06	6. Approbation du procès-verbal du 27 mai 2025	Décision
14 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	Information
	8. Affaires permanentes	
14 h 10	8.1 Rapport annuel 2024-2025 et T1 2025-2026 du secteur QSPEP	Information
14 h 30	8.2 Rapport T1 2025-2026 des risques organisationnels	Information
	9. Affaires nouvelles	
14 h 45	9.1 Recommandation du plan de travail	Décision

GOUVERNANCE

15 h	10. Approbation des procès-verbaux 10.1 Réunion ordinaire du 27 mai 2025 10.2 Réunion extraordinaire du 29 août 2025	Décision
15 h 01	11. Suivis de la dernière réunion	

	11.1 Réflexion quant au meilleur moyen de superviser le secteur des ressources humaines au Conseil d'administration	Discussion
	11.2 Rencontre avec le Réseau de santé Horizon par rapport aux nominations des membres du Conseil d'administration	Discussion
	11.3 Cautionnement	Décision
15 h 20	12. Affaires permanentes	
	12.1 Recommandation d'un plan de formation annuel à l'intention du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Plan de formation annuel	Décision
	12.2 Révision et recommandation du plan de travail du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Plan de travail du Conseil d'administration	Décision
	12.3 Révision des plans de travail des comités du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Plans de travail des comités du Conseil d'administration	Décision
	12.4 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Tableau d'évaluation des réunions à huis clos et publique, et de l'assemblée générale annuelle du 24 juin 2025	Information
	12.5 Suivi du plan de travail sur les normes de gouvernance en prévision de la visite d'Agrément	Information
16 h 15	13. Affaires nouvelles	
	13.1 Comité d'éthique de la recherche - Recommandation de nomination de deux membres suppléants a) Note exécutive	Décision
16 h 20	14. Date de la prochaine réunion : 16 décembre 2025 à 13 h	Information
16 h 25	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 27 mai 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)	A	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	A
Brigitte Sonier-Ferguson	✓	Marjorie Pigeon	✓	Sonia Bernatchez	A
Marc-André LeBlanc	✓	Pierre Michaud	✓		

Membres invités – Gouvernance

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

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

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

2. Constatation de la régularité de la réunion

La réunion est dûment convoquée et le quorum est atteint.

3. Rappel de confidentialité

La coprésidente rappelle à tous leur devoir de confidentialité.

4. Adoption de l'ordre du jour

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

MOTION 2025-05-27 / 01CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Tom Soucy

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'intérêt est déclaré.

QUALITÉ**6. Approbation du procès-verbal du 24 mars 2025.**

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 24 mars 2025 est adopté tel que circulé.

MOTION 2025-05-27 / 02CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le procès-verbal du 24 mars 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 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, outils et processus en voie de finalisation. Changement : le pilote se fera pour la clientèle des Premières nations avec l'équipe de cheminement patients.
- Formation aux membres du comité sur les concepts d'incidents et d'incidents évités de justesse en lien avec les taux de déclaration : puisque 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.

8. Affaires permanentes**8.1 Rapport T4 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient (à titre informatif)**

On présente le rapport T4 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient.

On spécifie que ce sont les données du trimestre 3 qui sont présentées et non celles du trimestre 4, puisque ce trimestre n'était pas encore terminé au moment où on a sorti les données. Le trimestre 4 sera donc présenté en automne 2025.

Le rapport résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, de sécurité des patients et d'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.

- 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 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;
- 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, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme systémique.

Accès :

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 nombre de signalements pour les incidents évités de justesse a augmenté de 38% au T3 par rapport à T2.

Le secteur qui rapporte le plus fréquemment des évités de justesse par 1000 incidents est celui des soins intensifs.

Efficiences opérationnelles :

Le pourcentage de rapports d'incidents et de plaintes fermées dans les 30 jours a augmenté à 62%.

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.

Résultat patient :

Les incidents de sécurité signalés sont à la baisse, surtout dans la zone 5.

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.

On note 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.

Contre-indicateur :

Le taux d'incidents grave signalés a augmenté de 55% et celui d'incidents modérés signalés a diminué de 11% par rapport au T2.

Deux décès ont été signalés dans le T3. L'un aux soins palliatifs à l'Hôpital Chaleur et l'autre au bloc opératoire au CHU Dumont.

Les comités de surveillance des chutes et des lésions de pression poursuivent leurs analyses de données afin d'identifier des pistes de solution.

On a remarqué des inconsistances dans l'identification des événements qui ne devraient jamais arriver. On a clarifié la démarche à suivre auprès de l'équipe afin d'assurer une signalisation adéquate.

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.

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 N.-B. Elle doit être étudiée par le comité ainsi que les chefferies médicales des trois organisations (Horizon, Vitalité et EM/ANB).

Partenariat patient :

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.

Suivi de la rencontre du 7 mai 2025 du comité de la qualité :

- 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.
- 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 CHU Dumont 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.

8.2 Rapport T4 2024-2025 du secteur des Risques organisationnels (à titre informatif)

On présente le rapport T4 2024-2025 du secteur Risques organisationnels.

Les secteurs ci-dessous progressent très bien:

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

On note toutefois qu'en raison de certains délais survenus durant l'année, l'avancement se situe actuellement entre 50 % et 75 %.

On précise que l'avancement peut demeurer temporairement autour de 75 %. Cette stagnation apparente est volontaire, car il est important de prendre le temps de valider l'impact réel de l'implication dans la gestion des risques.

On mentionne qu'il peut parfois être nécessaire de prendre un trimestre ou deux pour atteindre le 100 %, afin de compléter l'inventaire et valider la réussite des actions entreprises.

9. Affaires nouvelles**9.1 Suivi sur l'enquête publique du coroner (à titre informatif)**

On présente une mise à jour sur l'enquête publique du coroner.

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.

L'enquête du coroner a pour objectif de formuler des recommandations visant à éviter qu'une situation similaire ne se reproduise. Bien que la mise en œuvre de ces recommandations ne soit pas obligatoire, elles doivent être sérieusement considérées par les parties responsables et appliquées dans la mesure du possible.

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 l'enquête publique.

Un avis d'intention de poursuite daté du 2 avril 2025 a été reçu à nos bureaux et est actuellement traité par l'avocate responsables du dossier.

9.2 Présentation du rapport au Conseil d'administration (à titre informatif)

Rapport au Conseil de la part du Comité – préparer des notes à ajouter à l'orale par la co-présidence du comité avec les faits saillants des éléments du rapport.

GOUVERNANCE

Note exécutive

Point 7

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

Date: 2025-10-14

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 2025-09-01 par Brigitte Sonier Ferguson, VP 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	Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient	30/09/2025	85%	Sur la bonne voie	Cadre de référence, outils et processus finalisés. Pilote : en cours
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%	Sur la bonne voie	Exploration des options de formation en cours

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

Date: 2025-10-14

Objet : Rapport annuel 24-25 et trimestre 1 25-26 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 27 août 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 l'année 2024-2025 ainsi que le premier trimestre de l'année 2025-2026, 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.

Faits saillants à ressortir :

- **Rapport annuel 2024-2025 (diapos 4 à 10)**
 - 5 067 incidents rapportés
 - Sécurité (1 753 rapports)
 - Traitement/test/procédure (1 593 rapports)
 - Chutes (1 528 rapports)
 - 29 revues qualité et une enquête publique du Coroner
 - 660 plaintes (hausse de 24% par rapport à l'an dernier)
 - Qualité des soins
 - Comportements
 - Autres

Note exécutive

- **Trimestre 1 2025-2026 (diapos 11 à 21)**
 - 1 326 incidents rapportés
 - Traitement/test/procédure (438 rapports)
 - Chutes (409 rapports)
 - Médicaments (364 rapports)
 - 7 revues qualité entre le 2 mars et le 7 juillet 2025 : 10 recommandations approuvées par le comité de la qualité, y compris celles qui ont été reformulées en lien avec l'enquête publique du Coroner
 - 177 plaintes
 - Qualité des soins
 - Comportements
 - Autres
 - Satisfaction de la clientèle
 - Sondage patients hospitalisés soins aigus : satisfaction globale 82.9%
 - Sondage patients hospitalisés psychiatrie et traitement des dépendances : satisfaction globale de 77%
- **Agrément Canada (diapo 21)**
 - Sondage sur la qualité de vie au travail et culture de sécurité des patients fait. Analyse en cours et rapport en préparation.
 - Confirmation visite semaine du 7 juin 2026
 - Lancement du sondage sur la Gouvernance
- **Partenariat patient (diapo 22)**
 - Lancement du nouveau comité consultatif du partenariat patient
 - Présidence assurée par Mme Linda Clarke
 - Priorités : formation et recrutement
- **Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme (diapo 23)**
 - Priorités :
 - Mise en place d'un cadre reconnu par rapport à la lutte contre le racisme systémique
 - Mise en place de plan d'action pour lutter contre le racisme systémique ainsi que le racisme systémique contre les Premières nations
 - Formation et perfectionnement pour le personnel sur l'offre de service dans une optique de sécurité, de respect et d'humilité culturelle
- **Dossiers divers discutés à la rencontre du 27 août (diapo 24)**
 - Approbation des recommandations issues des comités de revue
 - Évaluation de l'impact des recommandations : priorité des risques organisationnels, en collaboration avec QSPEP
 - Approbation du mandat du comité de la qualité (révision)
 - Approbation de l'intégration du volet de santé et sécurité au travail
 - Un travail de cogestion sera amorcé pour adresser les plaintes liées au comportement et au savoir-être, particulièrement dans la zone Acadie-Bathurst

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

Soumis le 2025-09-01 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 sommaire qualité, sécurité des patients et expérience patient

*Annuel 2024-2025 et
trimestre 1 – 2025-2026*

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 1er septembre 2025



Table des matières

Introduction	3
Rapport annuel 2024-2025	4
Rapport trimestriel 1 – 2025-2026	11
• Accès	13
• Efficience opérationnelle	14
• Résultat patient	15
• Satisfaction de la clientèle	18
• Contre-indicateur	21
Agrément Canada	22
Partenariat patient	23
Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme	24
Dossiers divers discutés à la rencontre du comité de la qualité	25
Références et définitions	26

Introduction

Le rapport sommaire résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient pour l'année 2024-2025 ainsi que le premier trimestre de l'année 2025-2026, ainsi que les activités du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience des patients depuis la dernière rencontre. Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

1. Informer le comité des faits saillants en lien aux événements (incidents et plaintes) rapportés et les résultats des sondages de l'expérience des patients hospitalisés durant le trimestre 4, ainsi que les analyses, recommandations et actions en découlant;
2. Informer le comité des mises à jour en lien avec les redditions de comptes dans le cadre du processus d'Agrément Canada;
3. Présenter au comité les indicateurs de performance du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience des patients;
4. Informer le comité du plan d'optimisation du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience des patients.

Rapport annuel 2024-2025

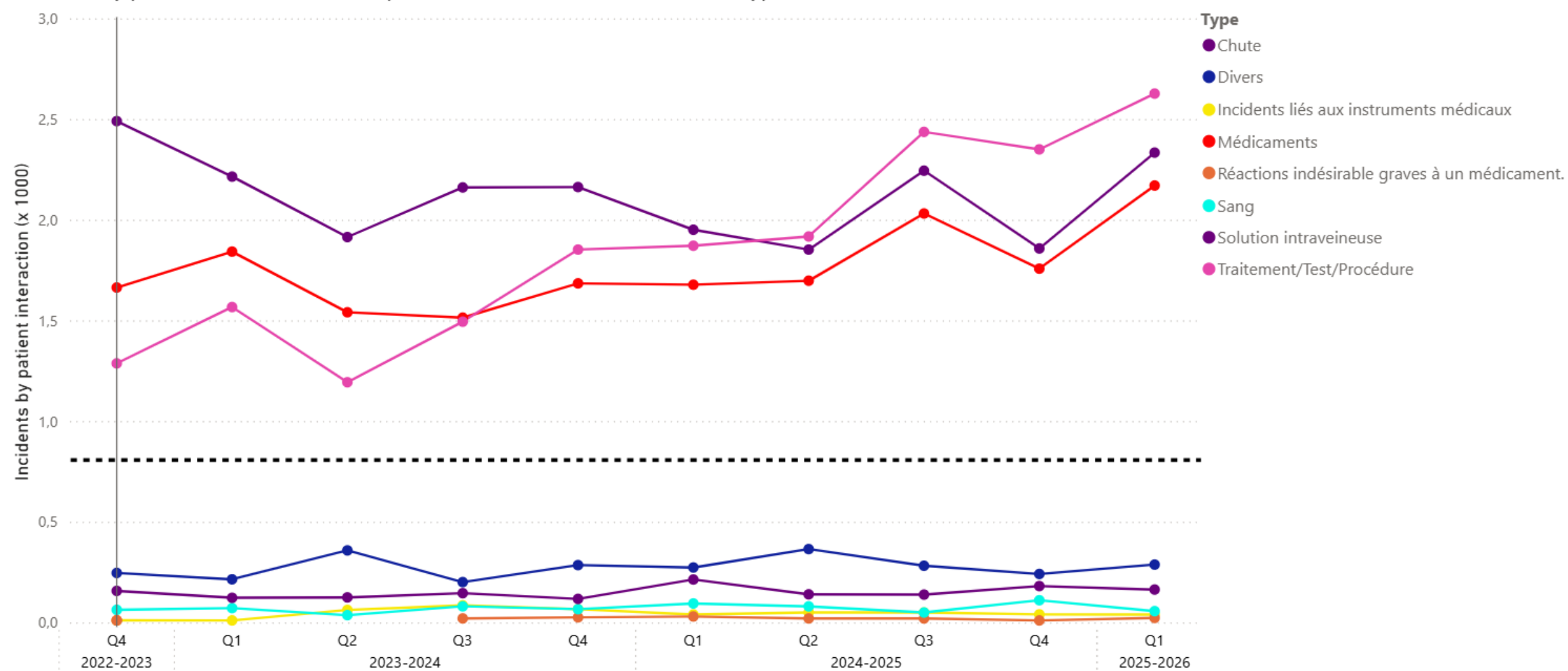
Principaux constats pour l'année 2024-2025 et actions prises/planifiées pour 2025-2026

Incidents et revues qualité

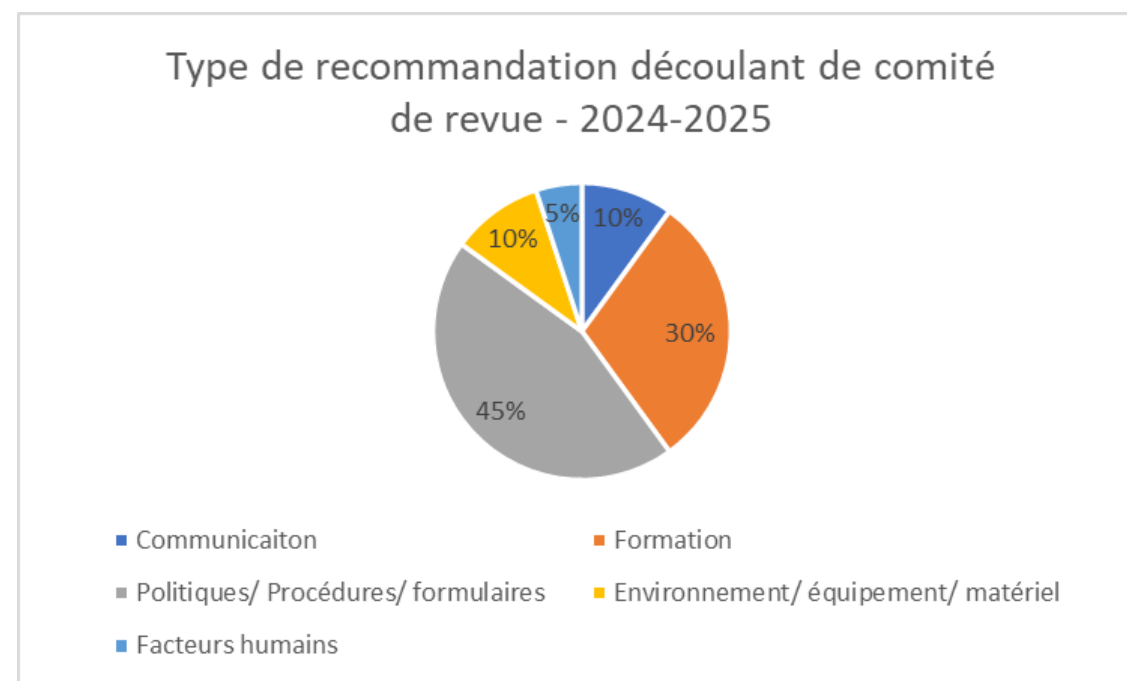
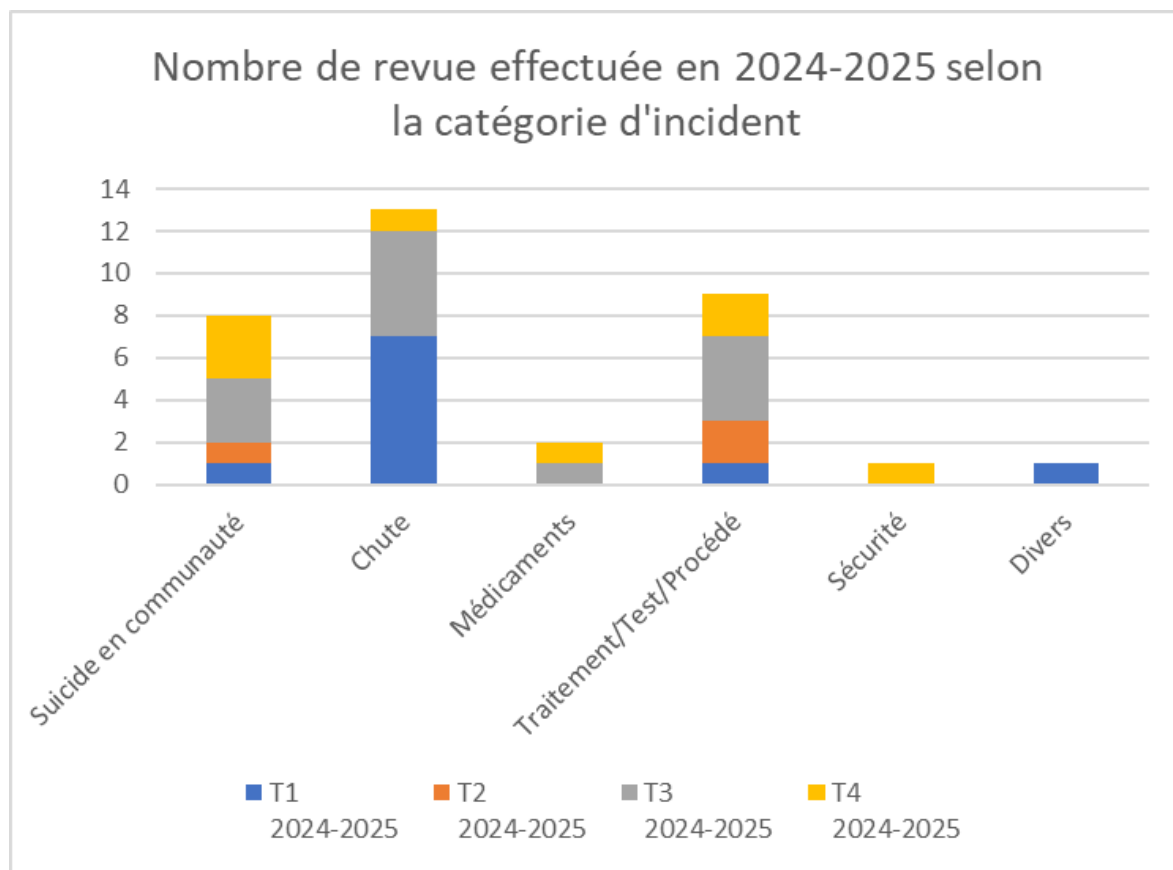
Constats 2024-2025	Actions prises/planifiées 2025-2026
5 067 incidents rapportés. Les plus courants sont: 1. Sécurité: 1 753 rapports La majorité sont rapportés au CHR 2. Traitement/test/procédure: 1 593 rapports 3. Chute: 1 528 rapports	CHR: travail important de stabilisation de la main-d'œuvre, début des travaux sur les contentions et poursuite de la formation sur la désescalade. On note également un sur-rapportage identifié qui devra être adressé avec la direction en place Révision du programme de prévention des chutes en cours.
29 revues qualité effectuées : • 45% des recommandations touchent des politiques, procédures et formulaires, et 30% concernent de la formation	Travail d'arrimage avec le secteur des risques organisationnels pour mesure d'impact des recommandations.

Incidents 2023-2024

Incidents by patient interaction (x 1000) par Fiscal Year, Quarter Fiscal text et Type



Revue de qualité 2024-2025



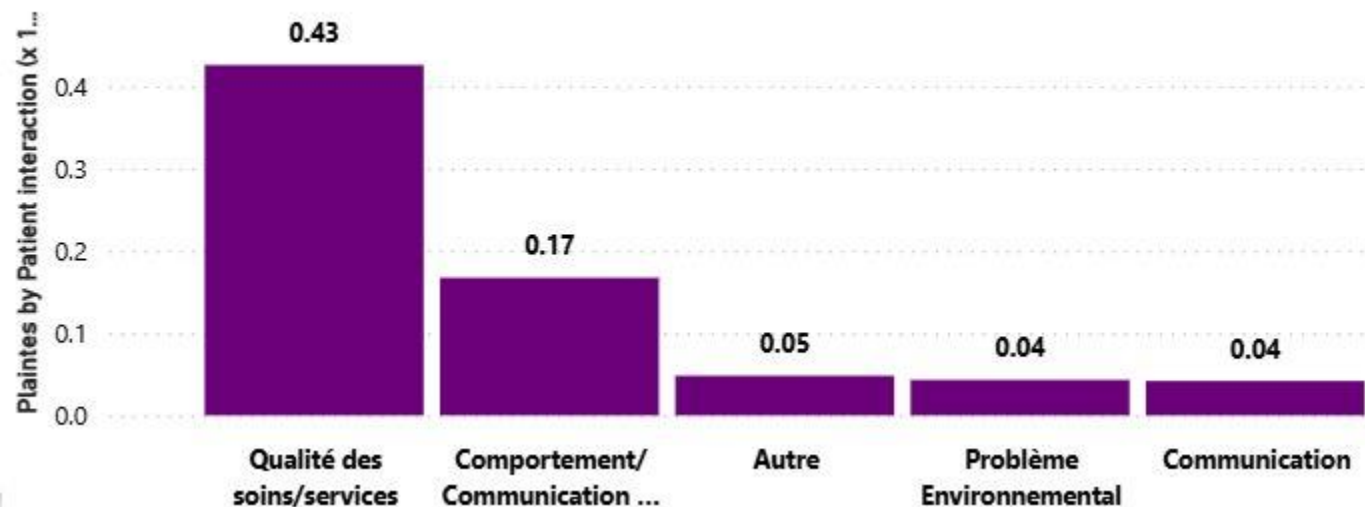
Principaux constats pour l'année 2024-2025 et actions prises/planifiées pour 2025-2026

Plaintes

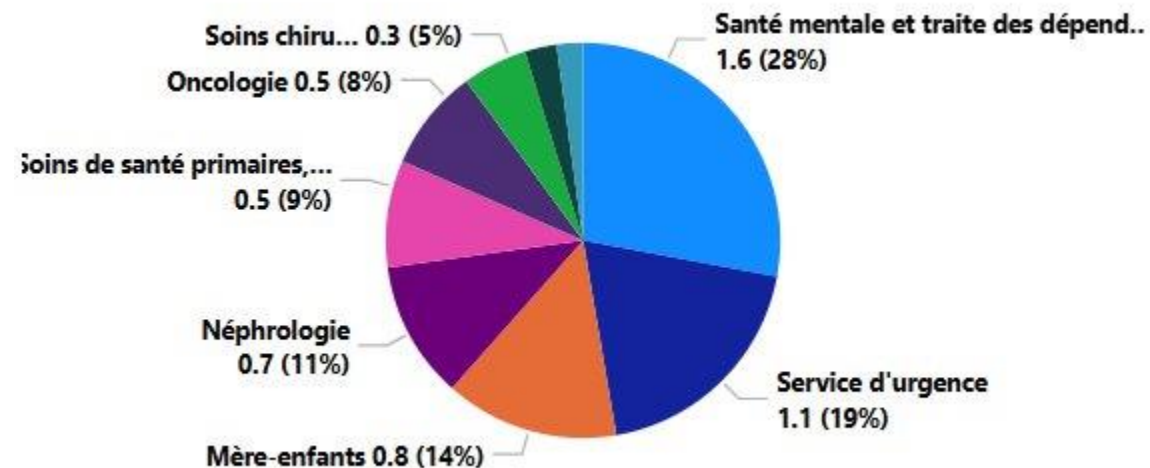
Constats 2024-2025	Actions prises/planifiées 2025-2026
660 plaintes. Les plus courantes sont: 1. Qualité des soins 2. Comportements 3. Autres Une grande proportion des plaintes provient des urgences.	Analyse des plaintes à l'urgence et plan d'amélioration incluant la mise en œuvre d'un nouveau sondage des services en mode continu d'ici l'automne. Meilleure utilisation des données par les programmes et secteurs pour apporter des changements significatifs.

Plaintes 2024-2025

Top 5 plaintes par categories / 1000 interactions patient



de Plaintes / 1000 patient interaction (PCA)



Plaintes par interaction patient (x 1000)



Satisfaction de la clientèle-constats pour l'année 2024-2025

Constats 2024-2025	Actions prises/planifiées 2025-2026
Nouveau sondage sur l'expérience des patients hospitalisés-soins aigus en utilisation depuis janvier 2025. • Ce sondage capte des PREMs (<i>Patient-reported experience measures</i>) qui consistent en la mesure de l'expérience de soins perçue rapportée par les patient(e)s. Ces résultats permettent d'obtenir une vision plus complète de la qualité des services de santé reçus. • Le projet d'optimisation de l'évaluation de l'expérience patient a permis d'augmenter le taux de participation passant de 13,5 à 29 %.	Transposition des données du sondage des patients hospitalisés-soins aigus dans Power BI rendant les données plus facilement accessibles et permettant une vue systémique de certaines thématiques sondées. Construction d'un rapport des résultats avec une vue régionale et non pas juste par unité et également par PCA.

Rapport trimestriel 1 – 2025-2026

Tableau de bord stratégique - comité de la qualité

TABEAU DE BORD COMITE QUALITE STRATEGIQUE

2025-07-20 1:05:35

Année 2025-2026



Accès

Cliquez pour voir plus de détails

	T1
% évaluation des risques de chutes terminée	70,70 ↑
% des patients satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique	
Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	71,37 ↑



Efficience opérationnelle

Cliquez pour voir plus de détails

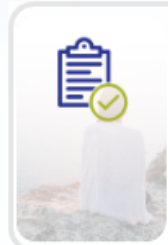
	T1
% de divulgation d'incidents	70,71 ↑
% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours civils	50,81 ↓
% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours ouvrables	65,58 ↓
% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)	



Résultat patient

Cliquez pour voir plus de détails

	T1
Nombre de revues qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue	
% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus	1,04 ↓
# d'incidents rapportés	1331 ↑
Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 interactions patient)	2,91 ↑
Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires	



Satisfaction de la clientèle

Cliquez pour voir plus de détails

	T1
Taux de plaintes par 1000 interactions patient	1,38 ↓
Nombre de compliments par 1000 interactions patient	0,15 ↑
% satisfaction patient	

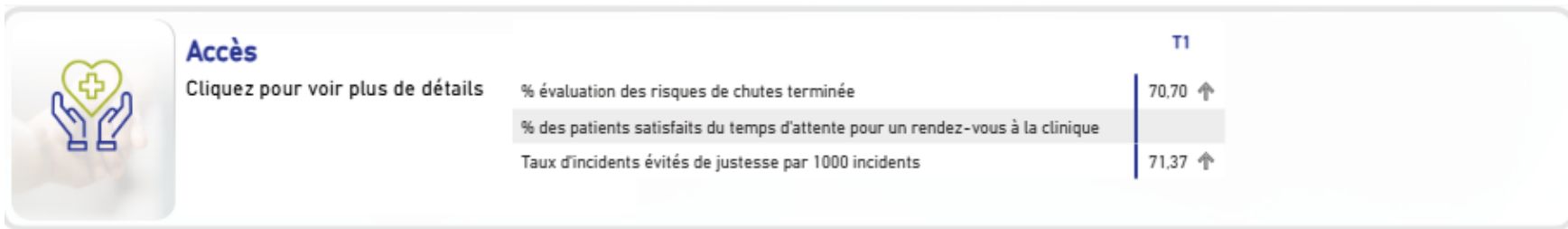


Contre-indicateur

Cliquez pour voir plus de détails

	T1
Taux d'incidents graves (standardisé par 1000 interactions patient)	0,07 ↓
Taux d'incidents modérés (standardisé par 1000 interactions patient)	0,17 ↓
Nombre de décès	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 (never events)	5 ↓

Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



Remarques et suivis:

- La déclaration des incidents évités de justesse à la hausse par rapport au trimestre précédent.
- Le Réseau procède actuellement à la révision de la stratégie de déploiement de la nouvelle version du programme de prévention des chutes

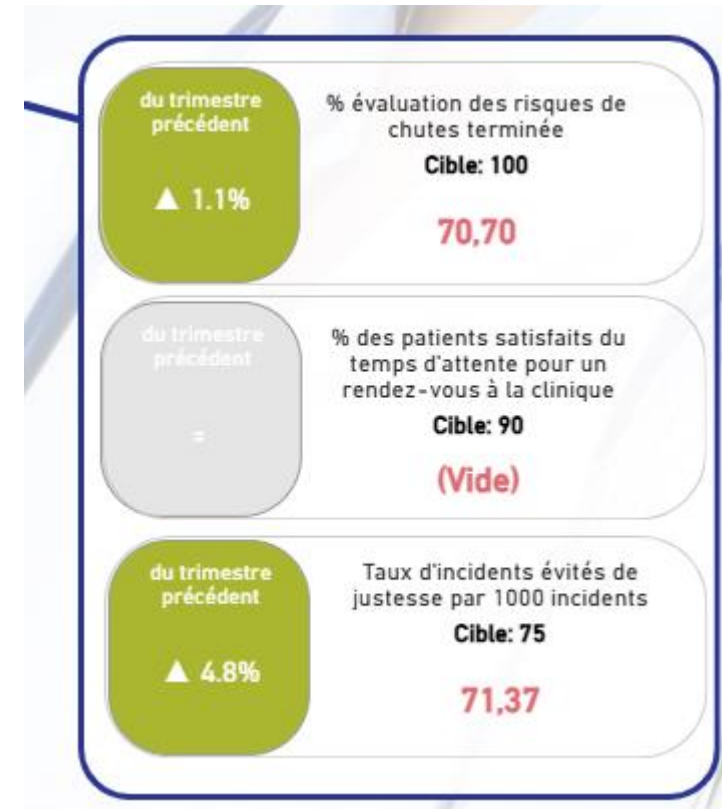


Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité

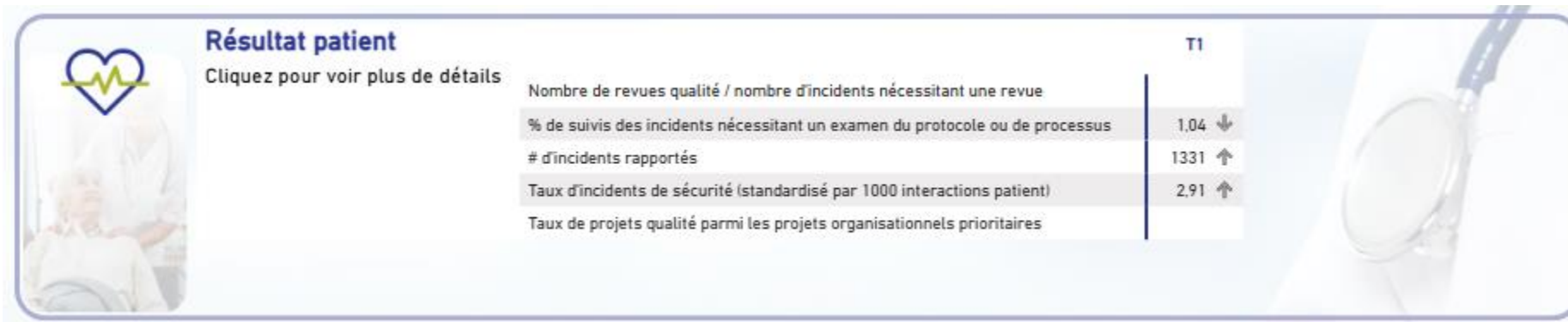


Remarques et suivis:

- Les délais de réponse plus longs que d'habitude pour les incidents et les plaintes sont dus à une instabilité temporaire des équipes de sécurité des patients et de l'expérience patient. Le recrutement va toutefois bon train.
- Le comité consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients du N.-B a établi la formation sur la divulgation comme une priorité provinciale. Par ailleurs, le Réseau participe activement aux réflexions dans ce domaine via un groupe de travail initié par Excellence en santé Canada.



Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



Remarques et suivis:

- CHR: des efforts importants sont consentis par l'équipe de direction et de gestion pour stabiliser le personnel en place et réduire le recours aux infirmières d'agence, ce qui peut influencer positivement la sécurité des patients.
- On remarque une hausse de la sensibilisation de la part des consultants à l'égard de l'importance de la déclaration sur le terrain, qui a une incidence favorable sur le nombre de rapports.
- L'orientation et l'encadrement des infirmières d'agence et des nouveaux embauchés est importante, notamment en lien avec les médicaments, ceci afin de réduire le nombre d'incidents dans cette catégorie.
- 1 326 incidents rapportés
 - Traitement/test/procédure (438 rapports)
 - Chutes (409 rapports)
 - Médicaments (364 rapports)

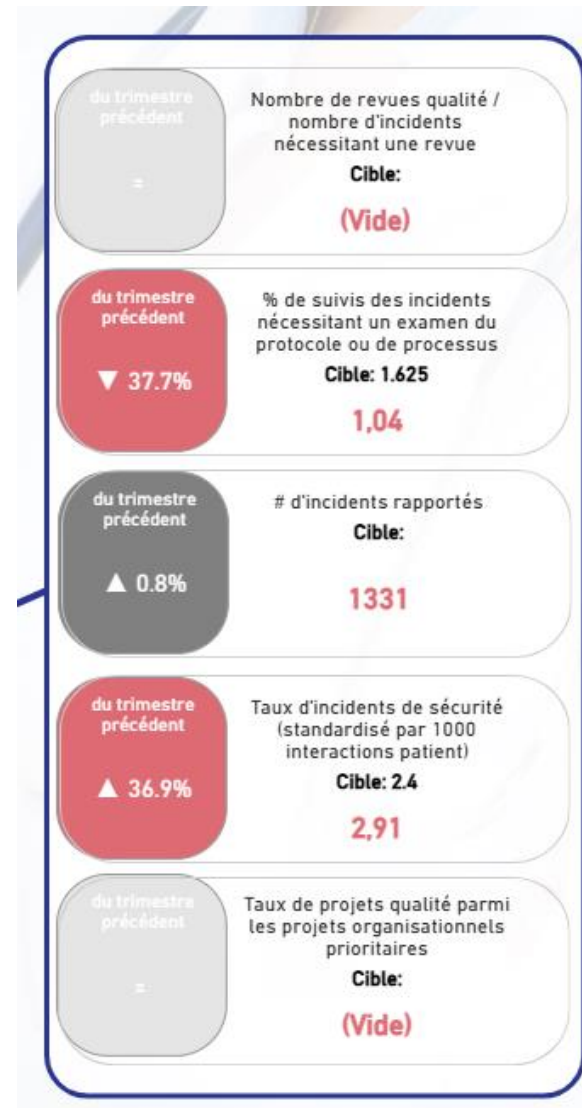
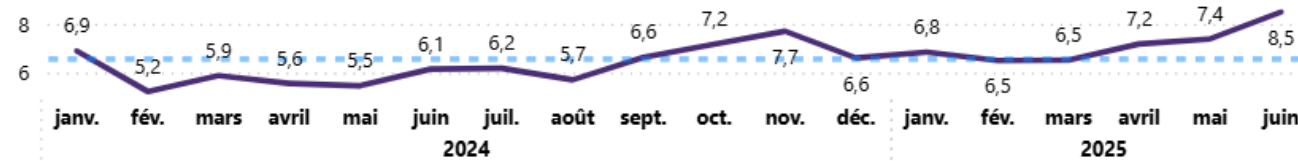
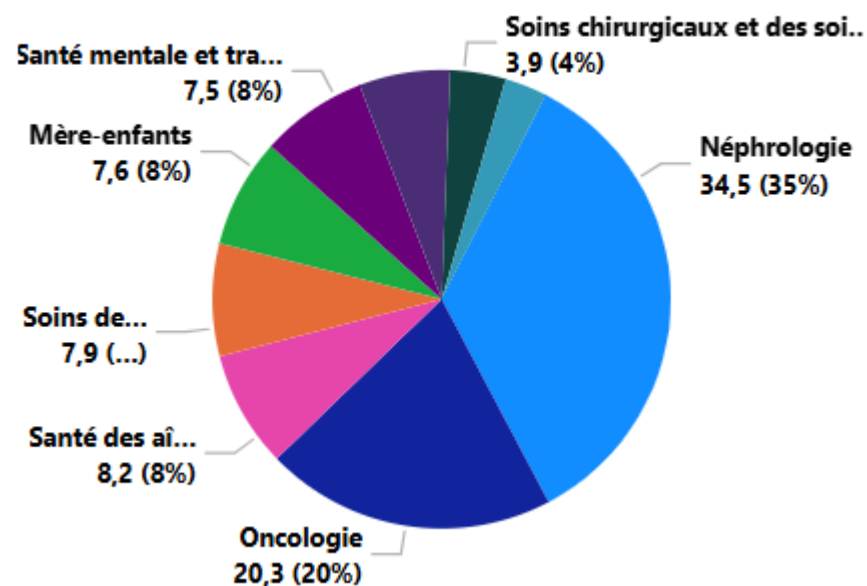


Tableau de bord sur les incidents T1 25-26

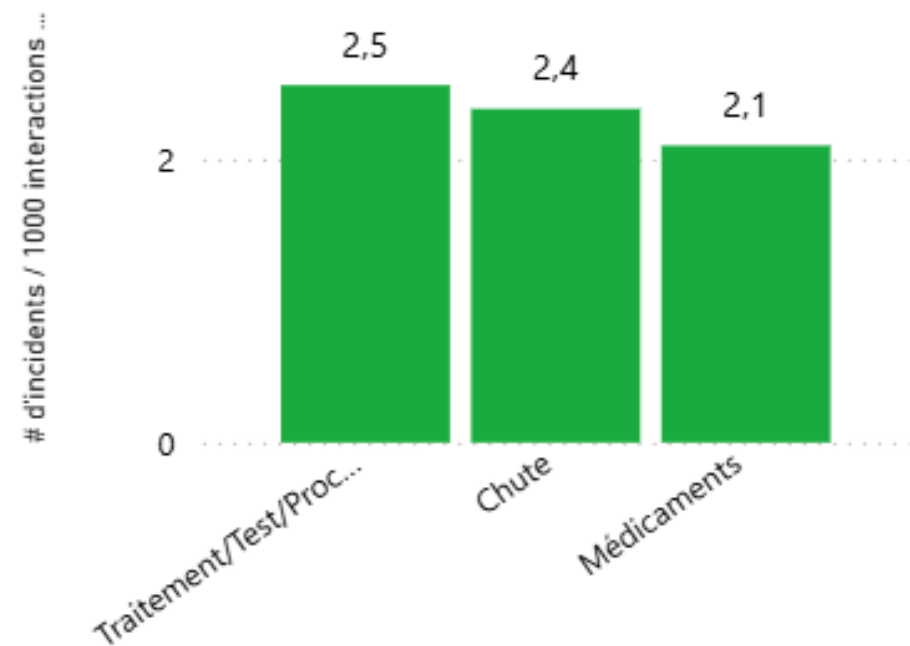
Incidents par interaction patient (x 1000)



d'incidents / 1000 interactions patient



Top 3 catégorie d'incidents / 1000 ir

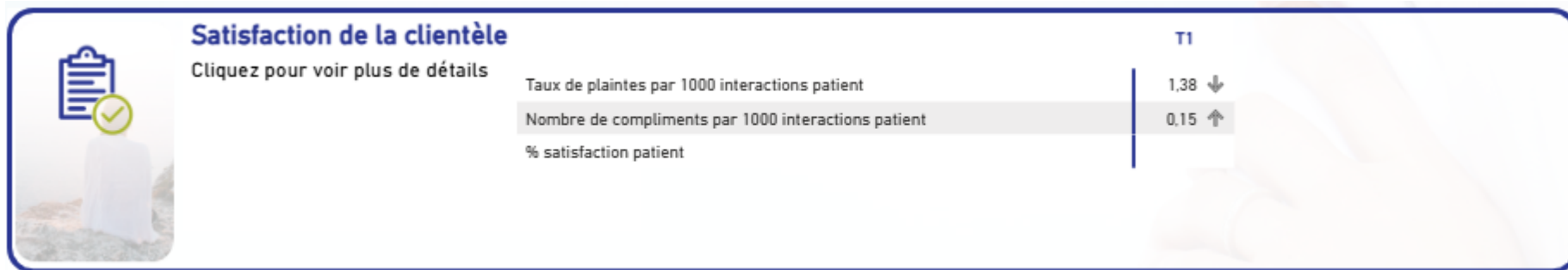


Suivi des revues qualité et suicides en communauté

Nouvelles revues effectuées entre
le 2 mars et le 7 juillet 2025

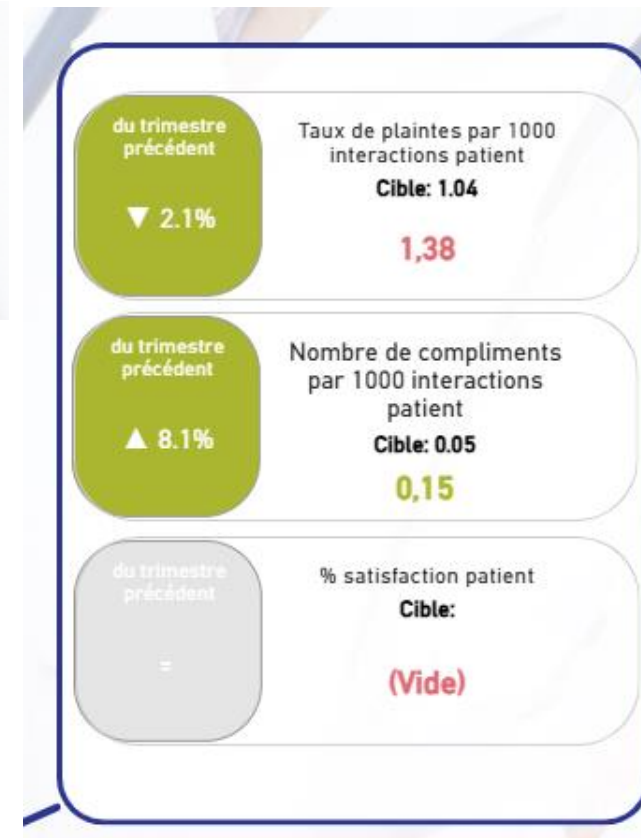
PCA/Secteur	Type	Recommandations		
		Faible	Modérée	Élevée
Médecine générale	Incident -Traitement, test, procédure - plaie de pression	1	1	
	Incident - Chute	Aucune recommandation		
Santé des aînés	Incident - Chute	Aucune recommandation		
Chirurgie	Incident -Traitement, test, procédure - identification du patient			3
	Incident - Chute	Aucune recommandation		
Santé mentale et traitement des dépendances	Enquête publique	1	4	
Urgence	Suicide en communauté	Aucune recommandation		

Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



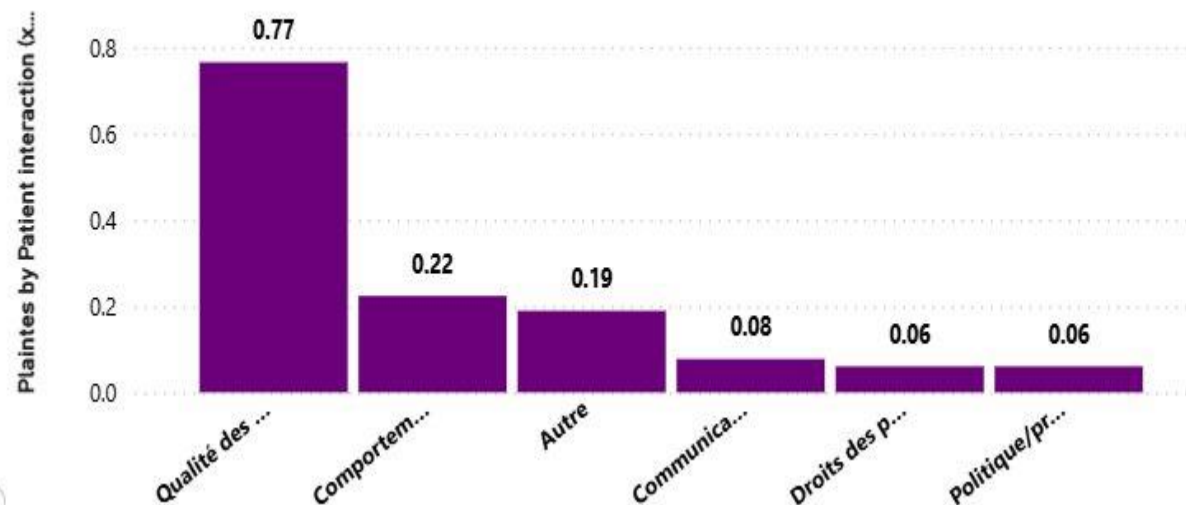
Remarques:

- Le taux de plaintes démontre une légère diminution par 1000 interactions-patients.
- Les indicateurs sur la satisfaction de la clientèle seront graduellement ajustés au nouveau format pour l'édition future du rapport trimestriel.
- 177 plaintes
 - Qualité des soins
 - Comportements
 - Autres

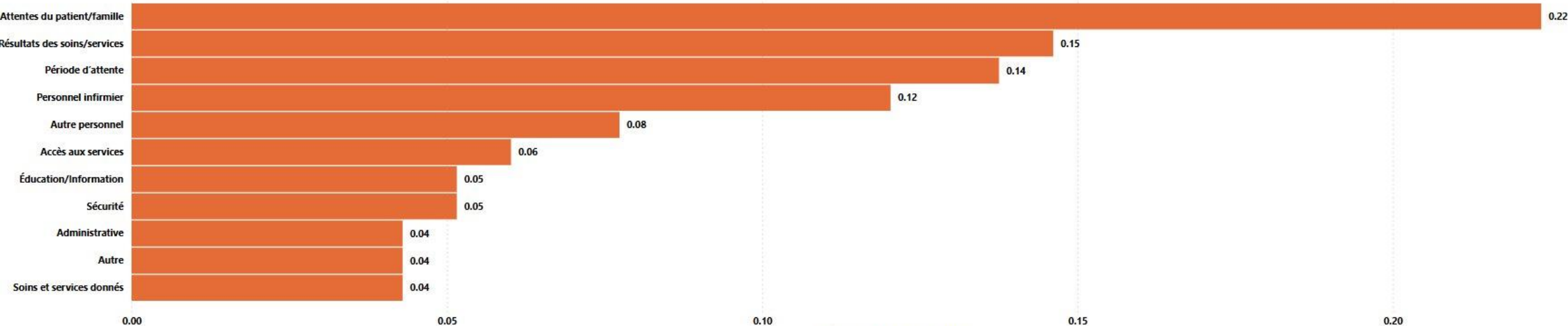
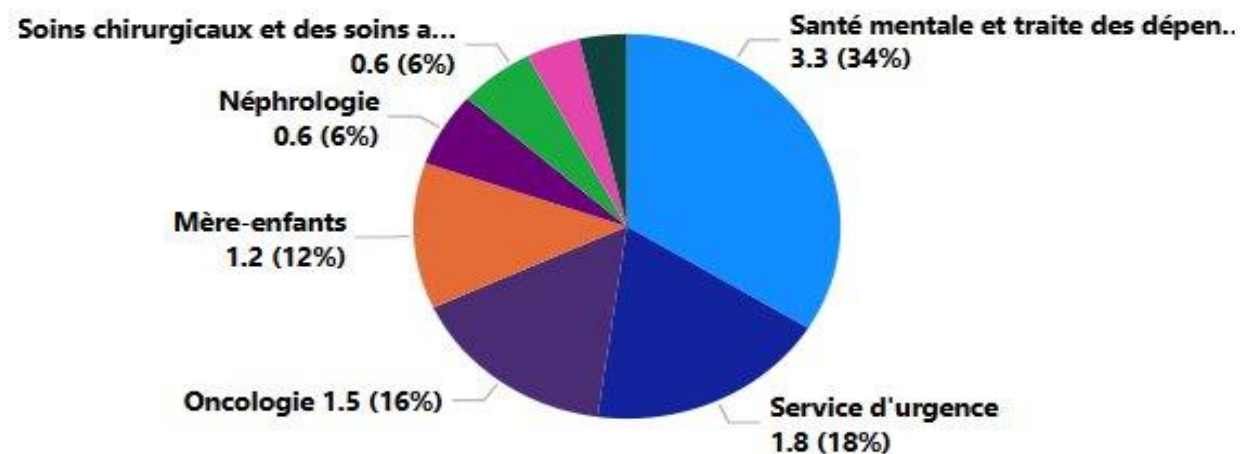


Plaintes – T1 25-26

Top 5 plaintes par categories / 1000 interactions patient



de Plaintes / 1000 patient interaction (PCA)



Satisfaction de la clientèle -constats – mars, avril, mai 2025

Satisfaction- Expérience globale
patients hospitalisés - soins aigus



Satisfaction- Expérience globale
patients hospitalisé - psy et
traitement des dépendances

77%
Usagers ayant attribué
une note de 8, 9 ou 10

Satisfaction -59%

Question

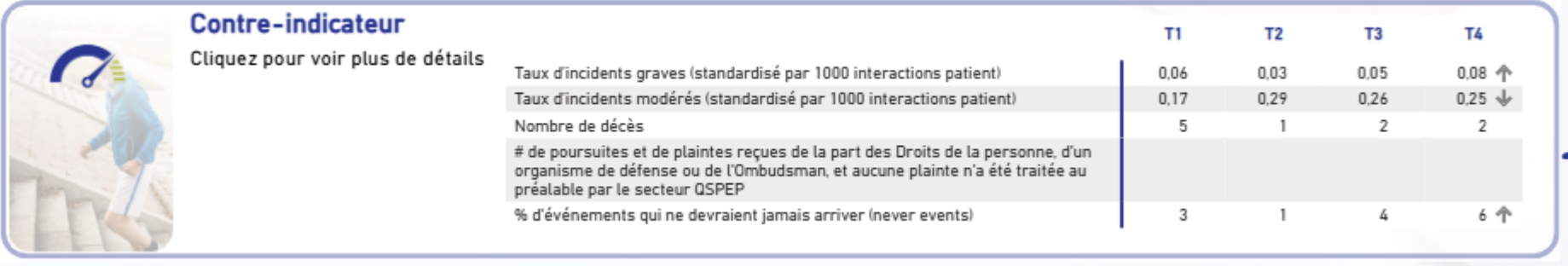


Sortie de l'hôpital: Pendant ce séjour à l'hôpital, avez-vous reçu l'information nécessaire pour mieux comprendre votre état?

Sortie de l'hôpital: Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre sortie de l'hôpital?

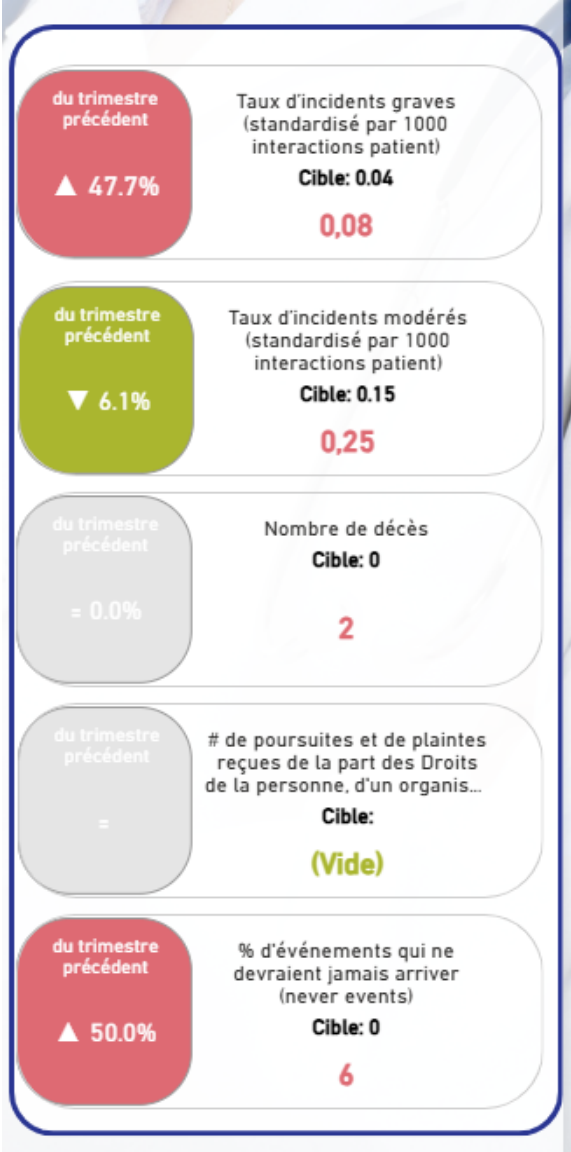
Sortie de l'hôpital: Avant de quitter l'hôpital, connaissiez-vous bien tous vos médicaments prescrits, y compris ceux que vous preniez avant votre séjour à l'hôpital?

Tableau de bord stratégique - Comité de la qualité



Remarques et suivis:

- La hausse des événements qui ne devraient jamais arriver (never events) est attribuable techniquement au fait qu'ils n'étaient pas identifiés correctement comme tel auparavant.
- On note 11 incidents à conséquence grave répertoriés principalement dans les catégories traitement/test/procédure et chute. Les deux décès sont associés à la catégorie traitement/test/procédure.
- Les comités de surveillance des chutes et des lésions de pression poursuivent leurs analyses de données afin d'identifier des pistes de solution. Les comités de revue sont tenus selon la politique en vigueur.



Agrément Canada

Général :

- Le sondage sur la qualité de vie au travail et la culture de sécurité des patients a été effectué. Analyse en cours et rapport en préparation.
- Confirmation visite semaine du 7 juin 2025
- Préparation de l'horaire en cours par Agrément Canada

À venir:

- Actualisation par notre équipe d'un plan de préparation de septembre à juin qui inclura des activités éducatives ainsi que des simulations à débiter dès le T3
- Lancement du sondage sur la Gouvernance (adressé au volet Gouvernance)

Partenariat patient

Suivis depuis la dernière rencontre du CMQG

- Le nouveau comité consultatif du partenariat patient (CCPP) a tenu deux rencontres en mai et juin.
- Le mandat du comité a été révisé et les membres ont identifiés la formation et le recrutement comme les priorités pour la prochaine année.
- Le recrutement de membres se poursuit.
- Le CCPP sera présidé par Mme Linda Clarke.

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

Suivis depuis la dernière rencontre du CMQG

- Mise en place d'un plan d'action à la suite d'un exercice d'auto-évaluation fait par le comité régional
- Attention particulière sera accordée, entres autres, aux éléments suivants:
 - Mise en place d'un cadre reconnu par rapport à la lutte contre le racisme systémique
 - Mise en place de plan d'action pour lutter contre le racisme systémique ainsi que le racisme systémique contre les Premières nations
 - Formation et perfectionnement pour le personnel sur l'offre de service dans une optique de sécurité, de respect et d'humilité culturelle
- À noter que le leadership du dossier a été remis à la direction de l'Engagement à la lumière de la récente restructuration. Le Bureau de partenariat avec les patients et les familles demeurera un collaborateur.

Dossiers divers discutés à la rencontre du 27 août

- Les recommandations issues des comités de revue ont toutes été approuvées.
- Un travail sera amorcé pour l'évaluation de l'impact des recommandations. Dossier mené par les risques organisationnels, en collaboration avec QSPEP
- Approbation du mandat du comité de la qualité (révision)
- Intégration du volet de santé et sécurité au travail dès la prochaine rencontre
- Un travail de cogestion sera amorcé pour adresser les plaintes liées au comportement et au savoir-être, particulièrement dans la zone Acadie-Bathurst

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/tinpazmp/never-events-for-hospital-care-in-canada-fr.pdf

Catégories d'indidents

(selon définitions provinciales)

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

Catégories de plaintes

(selon définitions provinciales)

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

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

Date: 2025-10-14

Objet : Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2025-2026-T1

Résultat ou état futur recherché

Le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le premier trimestre de 2025-2026 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.

Dans cet optique, deux activités ont été ajoutées (ligne 6 et 8) afin de supporter une reddition de compte quant aux suivis de recommandations visant à corriger des mauvaises pratiques ou améliorer des processus.

Ces activités permettront à court terme de commencer à bâtir un rapport de risques intégrés, basé sur des conclusions tirées d'analyse de données probantes (problèmes/solutions/résultats/suivis), à moyen terme de suivre les tendances d'amélioration/aggravation et d'y remédier de façon pro-active et à long terme d'avoir une visibilité en temps réel de notre gestion de risques au niveau organisationnel par le biais de la plateforme de gestion de risques intégrés.

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.

Une nouvelle composante d'analyse de données probantes démontrant le résultat de nos actions est ajoutée par le biais de deux activités, à titre de preuve de concept.

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.

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

Le rapport du BRO sera aussi présenté au Comité de la qualité.

Motion

Sans objet.

Soumis le 02 septembre 2025 par :
 Pierre Michaud, Vice-président – Services Corporatifs
 Catherine Rouanes, Chef des risques

Bureau des risques organisationnels-Rapport trimestriel-T1					
Trimestre et Année financière: T1 2025-2026					
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	65%	Objectif temps: 2025/2026 Le processus d’acquisition d’une plateforme de gestion intégrée des risques a commencé;
Comité qualité - ÉL	Rétroaction qualité systémique	Reddition de comptes et suivi des actions visant à redresser des situations ou améliorer des processus	Suite à des discussions avec le secteur de la qualité, un sujet sera identifié (ex: chutes) et diverses données analysées afin de pouvoir déterminer l’impact et les résultats des actions et le taux de suivis des recommandaions pour informer le Comité des tendances d’amélioration, d’aggravation ou de statu-quo basée sur une analyse de risques intégrés prenant en compte divers paramètres	15%	Objectif temps: automne 2025
Comité qualité - ÉL	Mesures d'urgence	Système d'Administrateur en disponibilité (AD) et gestion de situations d'urgence	Mise à jour de la formation 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	65%	Objectif temps: 2025/2026 Deux sessions de formation ADs nouveau format ont été donné à 25 participants; un sondage ciblé après la formation permet d'améliorer le contenu après chaque session; de nouveaux outils ont été créés et mis à la disposition des ADs; une nouvelle formation pour les surveillant(e)s est en cours de développement; les revues d'événements sont en cours de systémisation; un processus d'analyse combinées de diverses données est en cours de développement
Comité qualité - ÉL	Rétroaction qualité systémique	Analyse des codes blancs dans le Réseau	Une analyse approfondie des données du rapport communiqué aux MUs permettra de déterminer si, le s protocoles les temps de réponse, les critères déclencheurs, les résultats et impacts sont uniformes dans tout le Réseau et si tous les codes blancs appelés sont toujours la meilleure réponse pour assurer la sécurité de nos patients, employés et visiteurs. Les concluson de l'analyse supporteront des pistes d'amélioration (protocole, formation, exercices)	15%	Objectif temps: automne 2025
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	85%	Objectif temps: 2025/26 Un Bulletin et des formulaires à jourt ont été distribués aux secteurs concernés Une stratégie pour mesurer l'impact et la conformité sera développé cet automne
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	100%	Objectif temps: 2025/2026 La commissaire aux langues officielles a publié un communiqué de presse le 25 juin avec les conclusions suivantes "Depuis la publication du rapport d'enquête du Commissariat, le ministère de la Santé, le Réseau de santé Horizon et le Réseau de santé Vitalité ont travaillé avec diligence dans la mise en oeuvre des recommandations de la commissaire. La commissaire aux langues officielles, Shirley MacLean, estime qu'il est important de mentionner tout particulièrement ce résultat très positif, qui veille à ce que les droits linguistiques des patients vulnérables soient protégés. Cela montre une fois de plus que, lorsque nous travaillons tous ensemble, nous pouvons atteindre des résultats positifs pour tous."
Comité qualité - ÉL	Défenseur des enfants et de la jeunesse	Recommandation: Capacité des mineurs de moins de 16 ans a consentir a recevoir des services de traitement de dépendances et de santé mentale	Les deux régies collaborent et apportent une réponse commune par le biais d'une note de service et la révision d'une politique commune, en cours de révision, des présentations conjointes au secteur seront planifiées, une fois la politique approuvée.	100%	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

Note exécutive

Point 9.1

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

Date: 2025-10-14

Objet : Recommandation du plan de travail

Résultat ou état futur recherché

Recommander le plan de travail pour l'année 2025-2026 du comité mixte de qualité et de gouvernance, volet qualité.

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

Assurer que le rôle et les responsabilités du comité sont respectées tout au long de l'année.

Données probantes ou information probante à l'appui

Sans objet.

Solution ou action proposée

Voir le calendrier en annexe.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Manque de planification.

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.

Note exécutive

Agrément Canada¹

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

N° de critère	Libellé
	Sans objet

Motion

Soumis le 2025-09-03 par Brigitte Sonier Ferguson, VP Système apprenant

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

PLAN DE TRAVAIL – COMITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

	ACTIVITÉS	Date				
		Septembre	Décembre	Mars	Mai	Au besoin
Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Révision et adoption du plan de travail annuel du comité	X				
	Révision et adoption du mandat du comité					X
	Réception du rapport annuel du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient	X				
	Réception du rapport annuel du Bureau des risques organisationnels				X	
	Réception du rapport annuel du Bureau de la vie privée				X	
	Réception du rapport trimestriel du Bureau des risques organisationnels	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel du Bureau de la vie privée	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel en matière de qualité, de sécurité des patients et d’expérience patient (incidents, plaintes , satisfaction de la clientèle, suivi des recommandations, agrément, culture juste, partenariat patient, diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme)	X	X	X	X	
	Présentation du rapport de performance du Réseau en matière de qualité et de sécurité des patients	X	X	X	X	
	Identification des besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, des risques et de l’éthique					X
*Support de la vice-présidence responsable de la qualité des soins et la sécurité des patients						