

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 4

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
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
Steve Savoie	Pierre Michaud	Marc-André Leblanc

Membres invités - Gouvernance

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

Avis de réunion

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

QUALITÉ

13 h 06	6. Approbation du procès-verbal du 14 octobre 2025	Décision
13 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	Information
	8. Affaires permanentes	
13 h 10	8.1 Rapport T2 2025-2026 du secteur QSPEP	Information
13 h 30	8.2 Rapport T2 2025-2026 des risques organisationnels	Information
13 h 50	9. Affaires nouvelles Sans objet.	

GOUVERNANCE

13 h 50	10. Approbation du procès-verbal de la réunion ordinaire du 14 octobre 2025	Décision
	11. Suivis de la dernière réunion	
13 h 51	11.1 Réflexion quant au meilleur moyen de superviser le secteur de l'expérience employé au Conseil d'administration	Discussion et décision

14 h 05	11.2 Rencontre avec le Réseau de santé Horizon par rapport aux nominations des membres du Conseil d'administration – mise à jour et planification de la rencontre a) Note exécutive b) Processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration c) Ordre du jour du 18 décembre 2025	Discussion
	12. Affaires permanentes	
14 h 15	12.1 Adoption du processus d'élection des dirigeants du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Politique CA-130 : Élections des dirigeants du Conseil d'administration	Décision
14 h 25	12.2 Adoption du plan d'évaluation annuelle de la performance de la PDG, du médecin-chef et de la présidence du Comité professionnel consultatif a) Note exécutive b) Tableau d'exécution du processus d'appréciation du rendement et de la performance c) Calendrier d) Politique CA-400 : Évaluation du rendement et du développement du président-directeur général e) Politique CA-430 : Processus d'évaluation du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif	Décision
14 h 35	12.3 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Tableau d'évaluation des réunions à huis clos et publique du 28 octobre 2025	Information
14 h 40	12.4 Suivi du plan de travail sur les normes de gouvernance en prévision de la visite d'Agrément (résultats du sondage)	Information
14 h 50	12.5 Vacances à venir au sein du Conseil d'administration a) Note exécutive	Décision
15 h 15	13. Date de la prochaine réunion : 24 mars 2026 à 13h	Information
15 h 20	14. 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 14 octobre 2025, 14 h
But de la réunion :	Réunion ordinaire	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	✓
--	---	------------------------------	---	-----------------	---

Membres d'office

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

Membres invités – Qualité

Dr Éric Levasseur	✓	Annie Carré	A	Catherine Rouanes	✓
Brigitte Sonier Ferguson	✓	Marjorie Pigeon	✓		
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 Johanne Thériault Paulin, 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 qu'on l'a fait circuler.

MOTION 2025-10-14 / 01CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Claire Savoie

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel qu'on l'a fait circuler.

Adoptée à l'unanimité.

5. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

QUALITÉ**6. Approbation du procès-verbal de la réunion du 27 mai 2025**

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 27 mai 2025 est adopté tel qu'on l'a fait circuler.

MOTION 2025-10-14 / 02CMQG

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 27 mai 2025 soit adopté tel qu'on l'a fait circuler.

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.

- **Patients traceurs**

On vise les Premières Nations pour le projet pilote. On précise que la région concernée est le Restigouche et que le projet est ciblé à l'Hôpital Régional de Campbellton. Le processus a été effectué avec un premier patient, mais l'objectif est d'inclure plusieurs patients afin de permettre une comparaison. Un guide et un cadre de référence ont été élaborés.

Le but est d'appliquer la démarche dans différents secteurs cliniques. Une fois le projet pilote complété, les résultats seront présentés.

8. Affaires permanentes**8.1 Rapport annuel de 2024-2025 et rapport du T1 de 2025-2026 du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience patient (à titre informatif)**

On présente le rapport annuel de 2024-2025 et le rapport du T1 de 2025-2026 du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience patient.

Le rapport résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, de sécurité des patients et d'expérience patient pour l'année 2024-2025 et le premier trimestre de l'année 2025-2026 ainsi que les mesures prises depuis la dernière rencontre du comité de la qualité.

Rapport annuel de 2024-2025

- 5 067 incidents signalés
 - Sécurité (1 753 rapports)
 - Traitements/tests/procédures (1 593 rapports)
 - Chutes (1 528 rapports)
- 29 revues de la qualité et une enquête publique du coroner
- 660 plaintes (hausse de 24 % par rapport à l'an dernier)
 - Qualité des soins
 - Comportements
 - Autres

Rapport du trimestre 1 de 2025-2026

- 1 326 incidents signalés
 - Traitements/tests/procédures (438 rapports)
 - Chutes (409 rapports)
 - Médicaments (364 rapports)
- 7 revues de la 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 auprès de patients hospitalisés en soins aigus : satisfaction globale 82,9 %
 - Sondage auprès de patients hospitalisés en psychiatrie et en traitement des dépendances : satisfaction globale de 77 %

Agrément Canada

- Sondage sur la qualité de vie au travail et la culture de sécurité des patients fait; analyse en cours et rapport en cours de préparation
- Confirmation de la visite durant la semaine du 7 juin 2026
- Lancement du sondage sur la gouvernance

On souligne l'importance d'informer les trois nouveaux membres qu'ils ne participeront pas au sondage puisqu'ils ne peuvent pas faire de commentaire sur un processus qu'ils n'ont pas encore vécu. Ils participeront toutefois à la visite, ce qui leur permettra d'acquiescer de l'expérience.

Une fois l'exercice terminé, les participants au sondage devront envoyer à Marjorie Pigeon un message renfermant la mention « FAIT ».

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

- Priorités
 - Établissement d'un cadre reconnu par rapport à la lutte contre le racisme systémique
 - Établissement d'un plan d'action pour lutter contre le racisme systémique ainsi que le racisme systémique contre les Premières Nations
 - Formation et perfectionnement du personnel sur l'offre de services dans une optique de sécurité, de respect et d'humilité culturelle

Partenariat patient

- Création du nouveau comité consultatif sur le partenariat patient
- Présidence assurée par Mme Linda Clarke
- Priorités : formation et recrutement

Suivi de la rencontre du 27 août 2025 du comité de la qualité

- Approbation des recommandations issues des comités de revue
- Évaluation des répercussions des recommandations : priorité des risques organisationnels, en collaboration avec le secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience patient (QSPEP)
- Approbation du mandat du comité de la qualité (révision)
- Approbation de l'intégration du volet relatif à la santé et à la sécurité au travail
- Amorçage d'un travail de cogestion pour traiter les plaintes liées au comportement et au savoir-être, particulièrement dans la zone Acadie-Bathurst

Lien entre le comité de la qualité du conseil d'administration et le comité de la qualité régional

Une présentation sera faite aux membres pour mettre en contexte les responsabilités respectives des deux comités. Il est proposé de comparer et de distinguer les responsabilités opérationnelles et de gouvernance, y compris les rôles, les actions et les mandats de chacun.

Un tableau comparatif sera préparé à cet effet.

Point soulevé : Dans l'ensemble, 43 % des plaintes concernent la qualité des soins (catégorie large). Une clarification est demandée pour déterminer si cette insatisfaction concerne principalement les temps d'attente ou la qualité des soins en tant que telle.

Analyse des données – qualité des soins

Il est proposé d'évaluer la faisabilité d'analyser les données plus en détail pour pouvoir les présenter sous forme de sous-catégories plutôt que sous un élément global comme la qualité des soins. Cette approche permettra de mieux cibler les pistes d'amélioration et de traiter les données selon la nature des plaintes.

Cette information sera intégrée au tableau comparatif qui sera présenté à la prochaine réunion du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance (CMQG) – Qualité du 16 décembre 2025.

8.2 Rapport du T1 de 2025-2026 du secteur des risques organisationnels (à titre informatif)

On présente le rapport du T1 de 2025-2026 du secteur des risques organisationnels.

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

9. Affaires nouvelles

9.1 Recommandation du plan de travail (pour approbation)

Le plan de travail du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section qualité est adopté tel qu'on l'a fait circuler.

MOTION 2025-10-14 / 03CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Claire Savoie

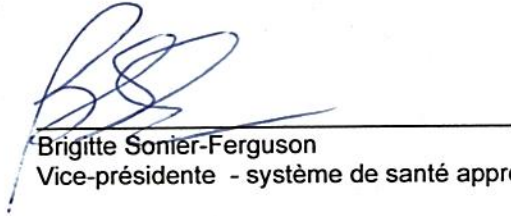
Et résolu que le plan de travail du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section qualité soit adopté tel qu'on l'a fait circuler.

Adoptée à l'unanimité.

GOUVERNANCE



Johanne Thériault Paulin
Coprésidente du Comité mixte de la qualité
des soins et de la sécurité des patients et
de gouvernance et de mise en candidature
– section gouvernance



Brigitte Sonier-Ferguson
Vice-présidente - système de santé apprenant

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

Date: 2025-11-21

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 2025-11-26 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.	A prévoir pour la prochaine rencontre T4 2024-2025.	01/09/2025	80%	Sur la bonne voie	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	0%	Non débuté	Absence de la directrice pour raison de maladie.
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	0%	Non débuté	Absence de la directrice pour raison de maladie.

Note exécutive

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

Date: 2025-12-16

Objet : Rapport juillet et août 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 5 novembre 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 juillet et août de l'année 2024-2025, ainsi que les actions depuis la dernière rencontre du comité de la qualité. Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

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

Données probantes ou information probante à l'appui

Voir le rapport ci-joint.

Faits saillants de juillet et août 2025

- **Incidents (diapos 7 à 9)**
 - 1076 incidents rapportés
 - Traitement/test/procédure (275 rapports)
 - Chutes (248 rapports)
 - Médicaments (224 rapports)
 - Sécurité (274 rapports)
 - 3 revues ont été réalisées entre le 7 juillet et le 10 octobre 2025, réparties parmi la médecine générale (1 plaie de pression), l'urgence (1 transfert de soins) et la chirurgie (1 chute). 2 recommandations ont été formulées et approuvées par le comité de la qualité.

- **Plaintes (diapo 10)**
 - 102 plaintes
 - Qualité des soins/services (19 reçues)
 - Comportements/communication humaine (17 reçues)
- **Satisfaction de la clientèle (diapo 11 et 12)**
 - Sondage patients hospitalisés soins aigus : satisfaction globale 91%
 - Sondage patients hospitalisés psychiatrie et traitement des dépendances : satisfaction globale de 85%
- **Agrément Canada (diapo 13)**
 - 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
 - **Enjeux:**
 - 3 sur 4 réponses reçus pour le sondage de gouvernance.
 - Mise à jour des politiques et procédures à l'échelle de l'organisation. Recommandation approuvée pour mobilisation à l'égard des révisions requises.
 - Conformité à la pratique organisationnelle requise (POR) sur évaluation du risque suicidaire. Recommandation approuvée pour intensification de la mobilisation pour amorcer le déploiement chez les secteurs à risque.
- **Culture juste (diapo 14)**
 - Cohorte de formation prévu à Moncton et Edmundston en mars 2026
 - Inscription en cours
- **Partenariat patient (diapo 15)**
 - 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 (diapo 16)**
 - Nomination 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 pour enrayer le racisme systémique
 - Transfert du dossier au secteur de l'Engagement.
- **Dossiers divers discutés à la rencontre du 27 août (diapo 17-18)**
 - 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 la sécurité 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 mixte 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 complétion et le suivi de la conformité des évaluations d'hygiène et sécurité au travail.

Note exécutive

- Soutien du leadership via à vis le renforcement de la culture de sécurité au travail afin que les gestionnaires se sentent imputables vis-à-vis des inspections mensuelles et des évaluations de risques annuelles.

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.

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

Note exécutive

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 2025-12-12 par Dre France Desrosiers, PDG et présidente du comité de la qualité

Rapport du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient

période couverte : juillet et août 2025

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

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

Édition 21 novembre 2025



Table des matières

Introduction	3
Rapport sommaire – juillet et août 2025	5
• Incidents	7
• Incidents de sécurité	8
• Suivi des revues	9
• Plaintes	10
• Satisfaction de la clientèle	11
Agrément Canada	13
Culture juste	14
Partenariat patient	15
Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme	16
Dossiers divers	17
Références et définitions	18

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 juillet et août 2025, ainsi que les actions depuis la dernière rencontre du comité de la qualité. Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

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

Introduction (suite)

La gestion intégrée de la qualité sous-tend :

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

Notes importantes:

- **Mise en garde:** Un nettoyage des données est en cours pour les volumes d'activités pour les patients inscrits. Nous avons remarqué que les volumes ne sont pas représentatifs de la réalité, ce qui peut amplifier les ratios d'incidents et de plaintes pour les secteurs comprenant des patients inscrits (ex: néphrologie).
- Les 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: juillet et août 2025

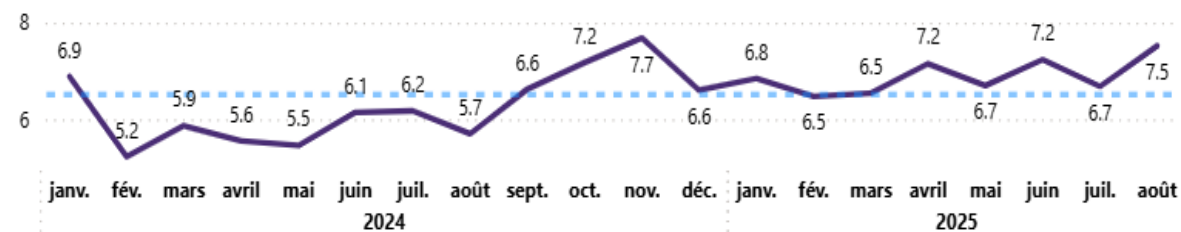
Tableau de bord stratégique - comité de la qualité

Les résultats du deuxième trimestre complet n'étaient pas disponibles au moment d'éditer le présent rapport. Le tableau de bord sera présenté à la prochaine édition.

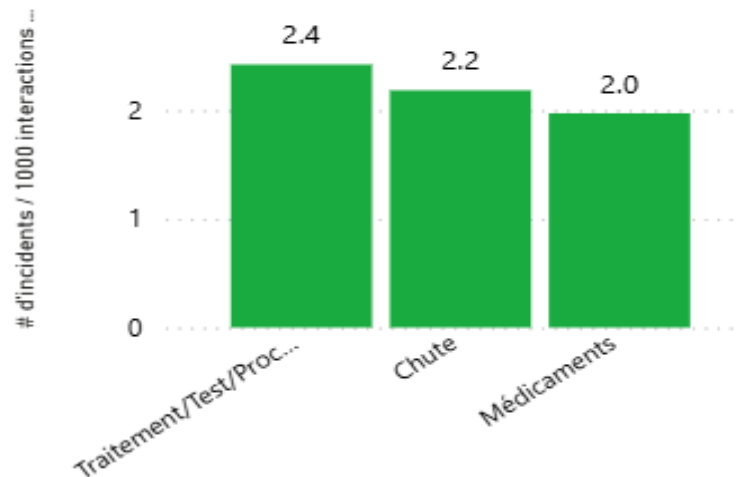
Incidents (à l'exclusion des incidents sécurité)

Période représentée : Juillet et août 2025

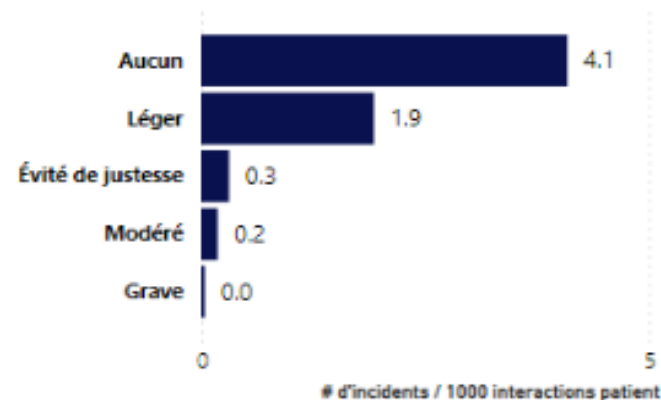
Incidents par interaction patient (x 1000)



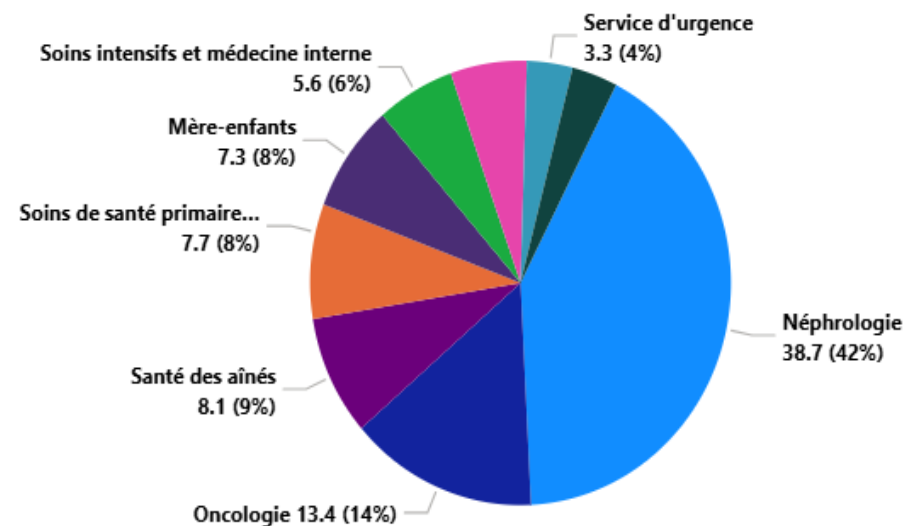
Top 3 catégorie d'incidents / 1000 interactions patient



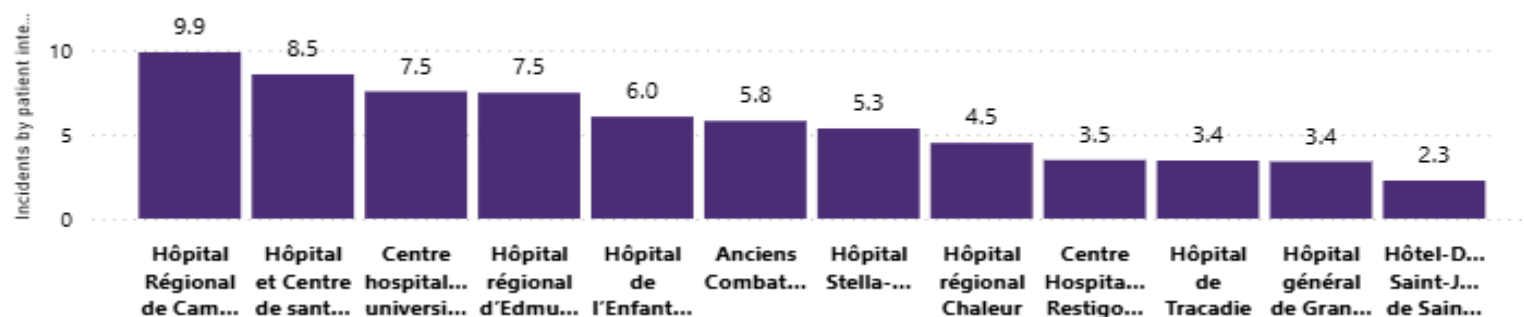
d'incidents / 1000 interaction patients



d'incidents /1000 interactions patient



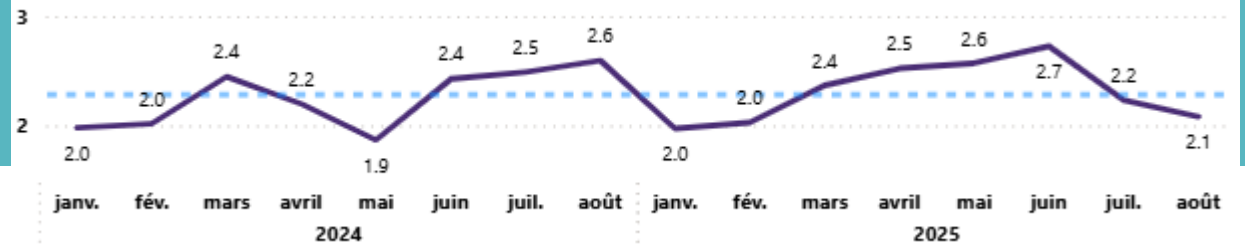
d'incidents par 1000 interaction patient



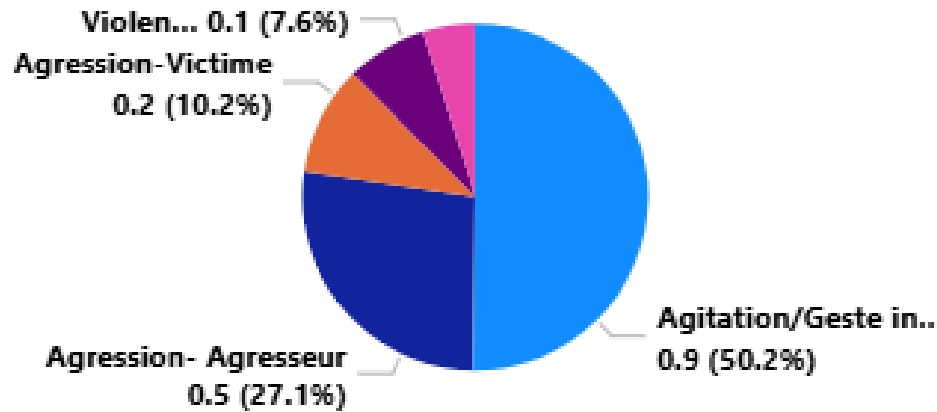
Incidents de sécurité

Période représentée : Juillet et août 2025

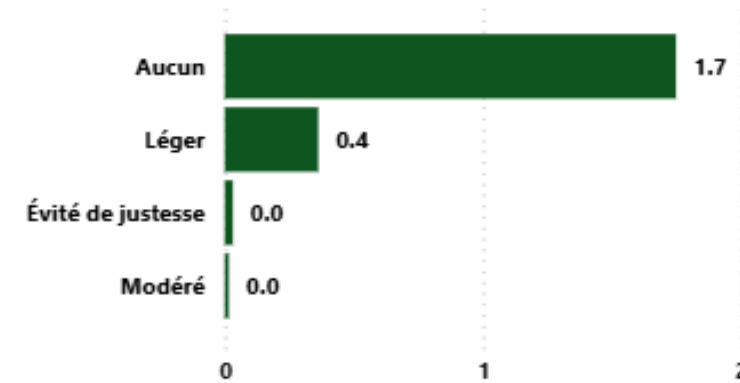
Incidents par interaction patient (x 1000)



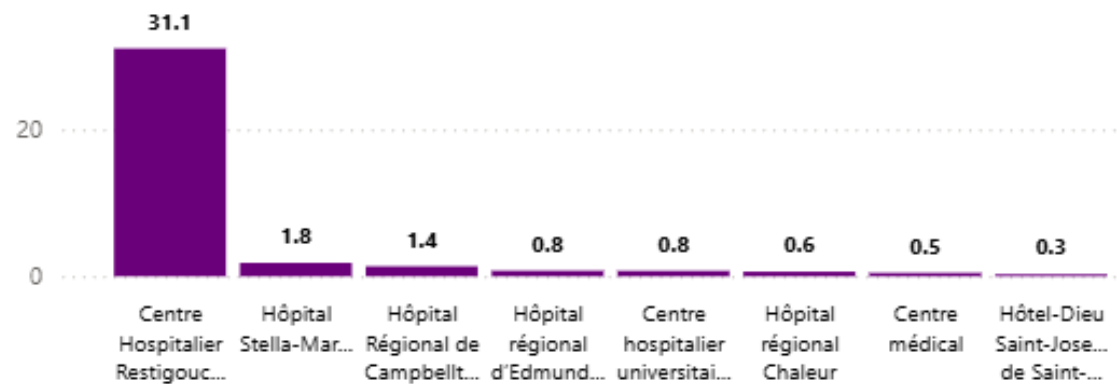
Top 5 Incidents Sécurité par interaction patient (x 1000)



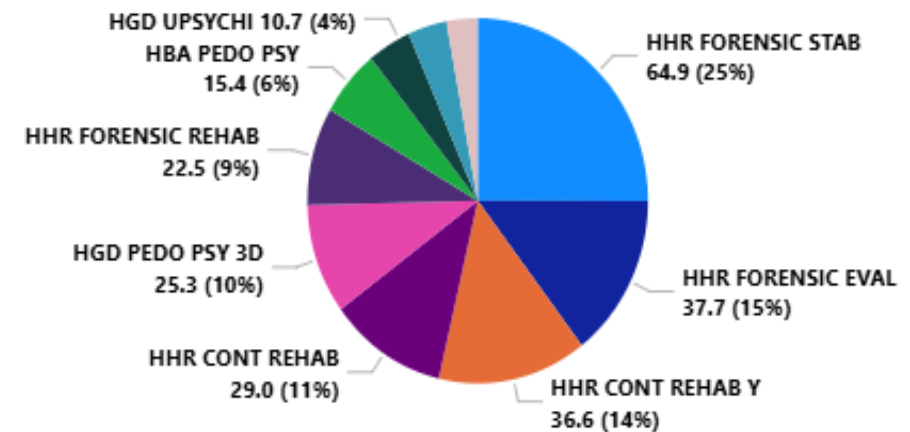
d'incidents sécurité par degré par 1000 interactions patient



d'incidents par 1000 interactions patient interaction



Incidents par 1000 interactions patient



Suivi des revues qualité et suicides en communauté

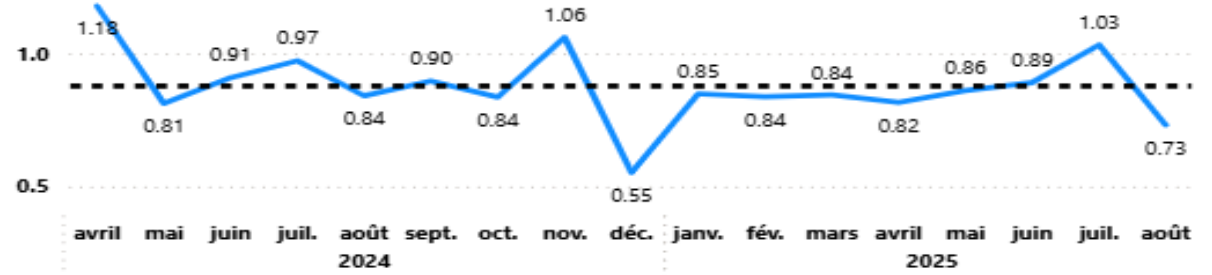
Nouvelle revue complétée – T2 2025-2026

PCA/Secteur	Type	Recommandations		
		Faible	Modérée	Élevée
Médecine	Incident -Traitement, test, procédure - plaie de pression	Aucune recommandation		
Urgence	Incident -Traitement, test, procédure - transfert des soins		1	1
Chirurgie	Incident - Chute	Aucune recommandation		

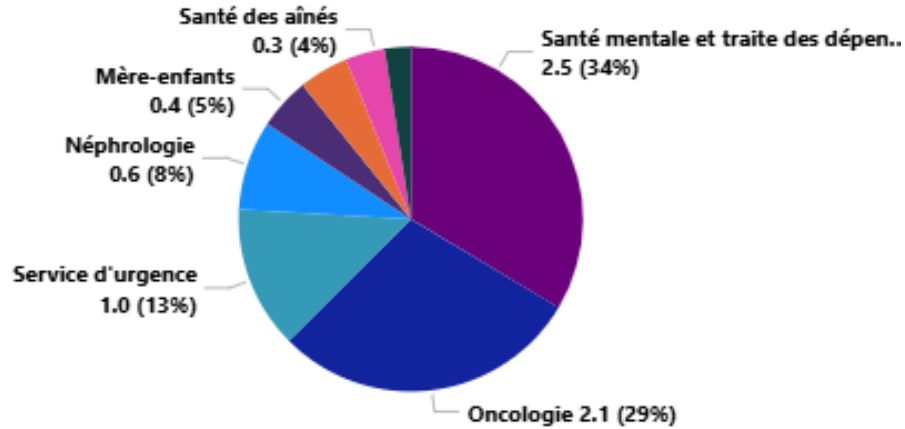
Plaintes

Période représentée : Juillet et août 2025

Plaintes par interaction patient (x 1000)



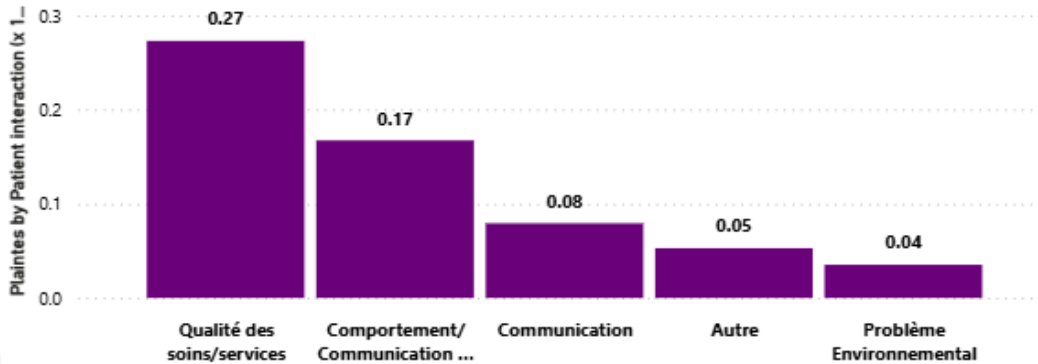
de Plaintes / 1000 patient interaction (PCA)



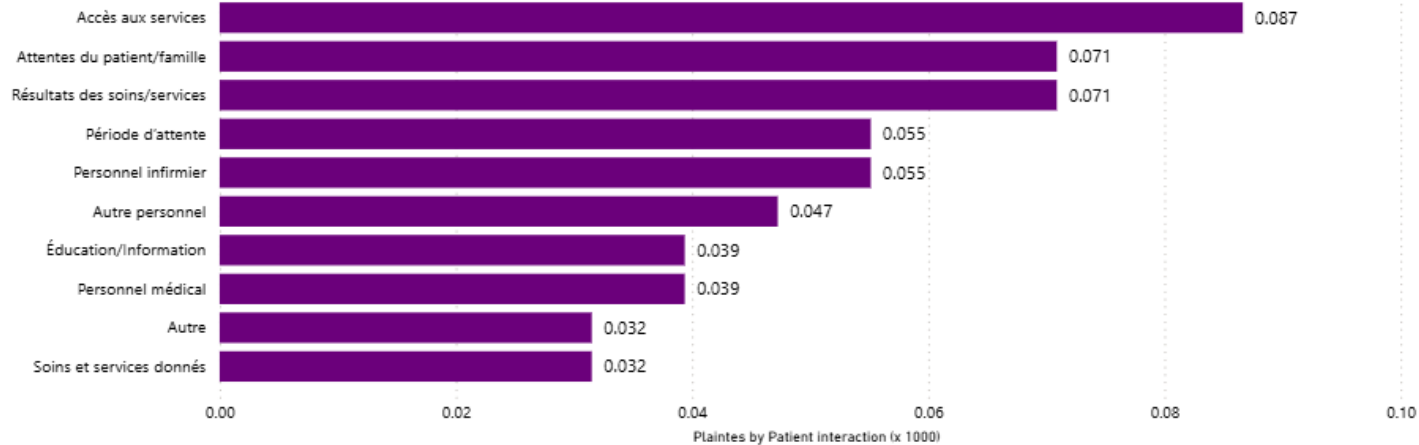
Plaintes par Patient interaction (x 1000) par Top Département



Top 5 plaintes par categories / 1000 interactions patient



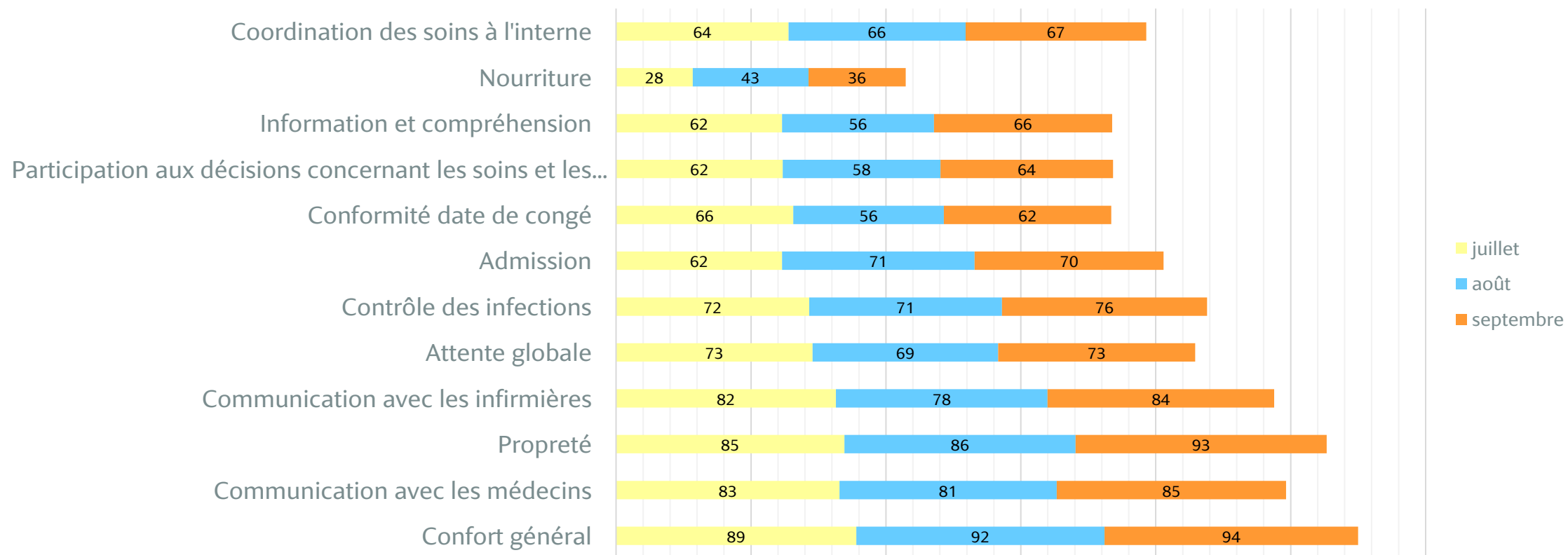
de plaintes par sous-catégories par 1000 interactions patient



Satisfaction de la clientèle

Soins aigus hospitalisés (Juillet, août septembre 2025)

91% Taux de satisfaction global



Satisfaction de la clientèle

Sondage Patient Hospitalisé Psychiatrie, pédopsychiatrie et traitement des dépendances (juillet, août 2025)

Questions les mieux notées:

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

90% disent toujours

- Le personnel vous a-t-il préparé à votre congé?

90% disent que oui

Questions les moins bien notées:

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

41% disent parfois ou jamais

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

33% disent parfois ou jamais

Agrément Canada

Général:

- Élaboration de la programmation pour la préparation à la visite en cours
- Dépôt des preuves en cours
- Sondage sur la Gouvernance en octobre
- Intensification des préparatifs par un SWAT Agrément
- Reddition de compte plus régulière à l'équipe de Leadership

À venir:

- Encart au « On jase » de novembre
- Point de discussion au CSO
- Actualisation d'une série de webinaires
- Préparation aux simulations

Enjeux :

- Mise à jour des politiques et procédures
- POR sur évaluation du risque suicidaire

Culture juste

- Prochaines cohortes de formation de champions à prévoir la semaine du 23 mars 2025
 - Lundi 23 mars: Moncton – Anglais (invitation aux médecins anglophones ou bilingues seulement à se joindre à Horizon)
 - Mardi 24 mars: Moncton – Français
 - Mercredi 15 mars: Fredericton – Anglais- Horizon seulement
 - Jeudi 26 mars: Edmundston – Français
- Période d'inscription en cours
- Affectation d'un conseiller à la qualité pour la coordination permanente de ce dossier.

Partenariat patient

Nombre de sièges comblés par les PEP au 10 octobre:

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	0	0%
Total	19	16	84%

Activités à souligner au deuxième trimestre 2025:

- Octroi d'un budget par le Réseau permettant le développement des compétences et la reconnaissance des PEP
- Demande du Ministère pour intégrer des patients-partenaires au projet SIC
- Activités de promotion/recrutement
 - distribution de trousse promotionnelles aux coordonnatrices de l'approche apprenante en communauté

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

Suivi en date du 10 octobre 2025:

- Nomination d'un directeur régional pour le dossier des Premières nations
- Formations offertes pour le développement des compétences interculturelles intégrées dans la stratégie d'accompagnement du Leadership

À faire/en cours:

- Mise sur pied d'un groupe de travail spécifique pour élaborer et recommander un plan d'action pour enrayer le racisme systémique
- Recadrage du comité régional sur la DÉIA engendré par le transfert du dossier au secteur de l'Engagement

Dossiers divers discutés à la rencontre du 5 novembre

- Les recommandations issues des comités de revue ont toutes été approuvées.
- Actions à prévoir pour le comité de surveillance des chutes : mise en œuvre du mandat, analyse annuelle et gestion des procès-verbaux.
- Actions à prévoir pour le comité de surveillance des incidents médicamenteux : analyse annuelle et gestion des procès-verbaux.
- Présentation sommaire des résultats du sondage sur la culture de sécurité et du plan d'action proposé. Partage avec les équipes terrain à venir.
- Les priorités proposées par le comité consultatif provincial de la qualité des soins et la sécurité des patients ont toutes été approuvées.
- Le secteur de la prévention des infections entamera une collaboration avec le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales afin d'évaluer notre performance et de se comparer aux taux référentiels canadiens.

Dossiers divers discutés à la rencontre du 5 novembre (suite)

- Le secteur de la santé et sécurité au travail entame un 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 pour adresser un taux d'accidents élevé en lien avec les incidents de violence au travail.
- Les données d'accidents au travail découlant du CHR seront isolées des données générales du réseau pour mieux refléter le type de services/soins offerts et produire des cibles/comparatifs avec d'autres établissements similaires.
- Outils à venir pour faciliter la complétion et le suivi de la conformité des évaluations d'hygiène et sécurité au travail.
- Soutien du leadership via à vis le renforcement de la culture de sécurité au travail afin que les gestionnaires se sentent imputables vis-à-vis des inspections mensuelles et des évaluations de risques annuelles.

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 recharge
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









Dimension de satisfaction

Dimension	Question(s) associée(s)
Admission	<ul style="list-style-type: none">• Comment évalueriez-vous la clarté des renseignements reçus lors de l'admission?
Attente globale	<ul style="list-style-type: none">• Comment évalueriez-vous votre satisfaction par rapport au temps global d'attente tout au long de votre trajectoire de soins à l'hôpital, de votre admission jusqu'à votre congé?
Communication avec les infirmières	<ul style="list-style-type: none">• Pendant ce séjour à l'hôpital, à quelle fréquence les infirmiers et infirmières vous ont-ils traité(e) avec courtoisie et respect?• Pendant ce séjour à l'hôpital, à quelle fréquence les infirmiers et infirmières vous ont-ils expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre?• Pendant ce séjour à l'hôpital, à quelle fréquence les infirmiers et infirmières ont-ils écouté attentivement ce que vous aviez à dire?
Communication avec les médecins	<ul style="list-style-type: none">• Pendant ce séjour à l'hôpital, à quelle fréquence les médecins vous ont-ils traité(e) avec courtoisie et respect?• Pendant ce séjour à l'hôpital, à quelle fréquence les médecins vous ont-ils expliqué les choses d'une manière que vous pouviez comprendre?• Pendant ce séjour à l'hôpital, à quelle fréquence les médecins ont-ils écouté attentivement ce que vous aviez à dire?
Conformité date de congé	<ul style="list-style-type: none">• 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?
Confort général	<ul style="list-style-type: none">• Étiez-vous à l'aise pendant votre séjour à l'hôpital?
Contrôle des infections	<ul style="list-style-type: none">• Avez-vous remarqué si le personnel se lavait ou se désinfectait les mains avant de vous donner les soins?

Dimension de satisfaction - suite

Dimension	Question(s) associée(s)
Coordination des soins à l'interne	<ul style="list-style-type: none">• Pendant votre séjour à l'hôpital: Concernant vos soins et traitements, à quelle fréquence un membre du personnel vous a-t-il dit quelque chose qui ne concordait pas avec ce qu'un autre membre du personnel vous avait dit?• Pendant votre séjour à l'hôpital: A quelle fréquence les médecins, les infirmiers, les infirmières et les autres membres du personnel de l'hôpital semblaient-ils informés et au fait de vos soins hospitaliers?
Expérience d'hospitalisation globale	<ul style="list-style-type: none">• En général, comment évalueriez-vous votre expérience d'hospitalisation?
Information et compréhension	<ul style="list-style-type: none">• 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?
Nourriture	<ul style="list-style-type: none">• Comment évalueriez-vous la qualité de la nourriture servie à l'hôpital (incluant le goût, la température au moment du service et la variété des aliments)?
Participation aux décisions concernant les soins et les traitements	<ul style="list-style-type: none">• Votre famille ou vos amis ont-ils participé autant que vous le souhaitiez aux décisions concernant vos soins et vos traitements?• Pendant votre séjour à l'hôpital: Avez-vous participé autant que vous l'auriez souhaité aux décisions concernant vos soins et vos traitements?
Propreté	<ul style="list-style-type: none">• Environnement et Hygiène hospitalière: Lors de votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous la propreté de votre chambre?

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.
	Effizienz :	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: 2025-12-04

Objet : Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2025-2026-T2
 *Nouveau : changement du format et du contenu du rapport

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

Action de suivi documentée dans le TABLEAU DES SUIVIS DES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU CONSEIL D'ADMINISTRATION-SECTION QUALITÉ :

Point 8.2 du PV de la rencontre du 14/10/2025.

- Modifier le format du rapport du Bureau des risques organisationnels pour que ce soit plus facile à lire.

Données probantes ou information probante à l'appui

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

Solution ou action proposée

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

Risque lié à cette action ou à l'inaction

L'approche collaborative, coordonnée et structurée permet une meilleure visibilité sur les risques à tous les niveaux de l'organisation ce qui facilite la priorisation de prises de décisions quant aux améliorations de la qualité.

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

Poursuivre l'approche dans la gestion de situations ou d'évènements hors de l'ordinaire permettant de collecter des données probantes lors de de revues post-évènements systématiques et uniformes, d'en déterminer les causes racines, et d'identifier avec les parties prenantes, des pistes de solutions visant l'amélioration.

Motion

Sans objet.

Soumis le 4 décembre 2025 par Pierre Michaud, Vice-président – Services Corporatifs et Catherine Rouanes, Chef des risques



BUREAU DES RISQUES ORGANISATIONNELS (BRO)

Présentation des initiatives clés et des
avancées récentes-
CMQG Décembre 2025



Développement d'une approche analytique

Méthodologie d'analyse robuste

Élaborer une méthodologie alignée avec les objectifs organisationnels pour analyser efficacement les données collectées.

Identification des risques émergents

Utiliser des techniques analytiques pour détecter et anticiper les risques imminents.

Génération de rapports utiles

Mettre en place des mécanismes pour produire des rapports clairs et pertinents pour différents secteurs.



Processus de collecte et objectifs



Collecte de données et d'informations structurée

Le BRO collecte des données et des informations de diverses sources notamment lors de revues post-événement, dans le cadre de la gestion de plaintes, d'incidents, ou lors de consultation

Analyse collaborative

L'analyse en équipe avec les experts sectoriels et/ou de contenus permet d'identifier les causes racines et les pistes de solutions à soumettre pour décisions stratégiques

Aide à la prise de décision informée

Des options d'amélioration sont basées sur les résultats et conclusions d'analyses structures prenant en compte tous les paramètres pertinents

Mesures d'impact

La mise en place d'outils analytiques permettra de mesurer l'impact des décisions stratégiques

Transition des dossiers HIROC

Gestion intégrée des réclamations

La transition vise à créer un point d'entrée unique pour toutes les réclamations, améliorant ainsi l'intégration et l'efficacité du traitement.

Collaboration intersectorielle

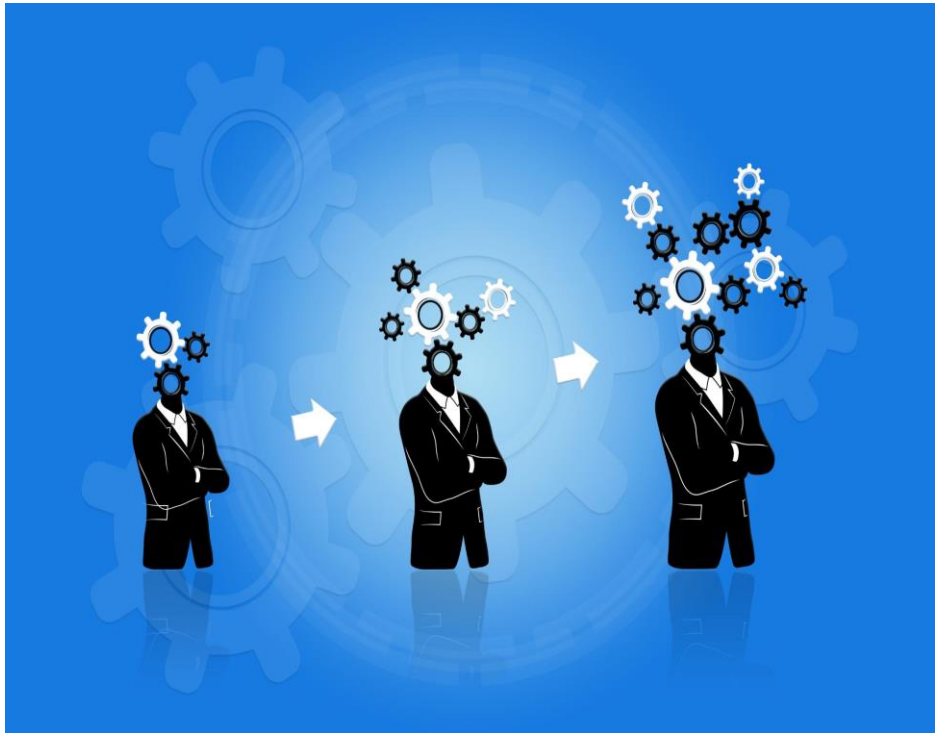
Une coordination renforcée entre la qualité des soins et l'assurance est nécessaire pour assurer un traitement harmonieux des incidents.

Préparation et conformité

Il est essentiel de vérifier que tous les accès documentaires soient en place avant le transfert officiel pour garantir la conformité.

Optimisation des ressources

La transition permet une analyse juridique interne préalable, libérant les équipes qualité pour se concentrer sur les priorités clés.



Collaboration facilitant l'efficacité

Collaboration avec le secteur qualité

Le BRO et le secteur qualité ont mis en place divers canaux de communication et d'échange d'informations dans le but de mieux se supporter l'un l'autre et d'éviter la duplication créant de la confusion

Renforcement de la gestion des risques

Le nouveau modèle améliore la transparence, la coordination et la gestion des risques alignée sur les objectifs stratégiques du Réseau.



Validation du format et prochaines étapes



Ce nouveau format et son contenu répondent-ils mieux à vos attentes?

Avez-vous des suggestions d'améliorations sur le format ou le contenu?

Livrable suggéré pour la prochaine rencontre?

Merci!