AVIS DE RÉUNION ☒ **PROCÈS-VERBAL** ☐ Point 4

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	**Date et heure :**	Le 22 septembre 2026, 13 h
But de la réunion :	Réunion régulière	**Endroit :**	Teams
Co-présidentes : **Adjointes administratives :**	Claire Savoie Johanne Thériault Paulin Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants					
Membres votants					
Johanne Thériault Paulin (co-présidente)		Claire Savoie (co-présidente)		Misty Labillois	
Réjean Després		Léo-Paul Pinet		Janice Goguen	
Membres d'office					
Dre France Desrosiers		Thomas Soucy (ayant droit de vote)			
Membres invités - Qualité					
Dr Eric Levasseur		Justin Morris		Catherine Rouanes	
Brigitte Sonier Ferguson		Marjorie Pigeon		Caroline Ringuette	
Charline Morrison		Christian Blanchard		Marc-André Leblanc	
Steve Savoie		Pierre Michaud			
Membres invités - Gouvernance					
Marc-André Leblanc		Pierre Michaud			

Avis de réunion

Heure	Sujet	Action
13 h	**1. Ouverture de la réunion**	Décision
13 h 01	**2. Constatation de la régularité de la réunion**	Décision
13 h 02	**3. Rappel de confidentialité**	Information
13 h 03	**4. Adoption de l'ordre du jour**	Décision
13 h 05	**5. Déclaration de conflits d'intérêts**	Information
	QUALITÉ	
13 h 06	**6. Approbation du procès-verbal du 26 mai 2026**	Décision
13 h 07	**7. Mesurer l'impact réel de nos actions d'amélioration – *Steve Savoie*** a) Note exécutive	Information
13 h 12	**8. Suivis de la dernière rencontre – *Marjorie Pigeon*** a) Note exécutive b) Plan d'amélioration continue de la qualité 2022-2023	Information
	9. Affaires permanentes	
13 h 15	**9.1 Rapport annuel 2025-2026 et T1 2026-2027du secteur QSPEP – *Marjorie Pigeon*** a) Note exécutive b) Rapport	Information
13 h 30	***9.2* Rapport T1 2026-2027 du Bureau des risques organisationnels – *Catherine Rouanes*** a) Note exécutive	Information

	b) Rapport	
13 h 45	**9.3 Rapport T1 2026-2027 – Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme (DÉIA) - *Charline Morrison*** a) Note exécutive b) Rapport	Information
	10. Affaires nouvelles	Information
13 h 55	**10.1 Révision et adoption du plan de travail annuel du comité** a) Note exécutive b) Plan de travail annuel	Décision
13 h 57	**10.2 Amendements à la loi sur la qualité des soins et sécurité des patients (LQSSP) – *Marjorie Pigeon*** a) Note exécutive b) Présentation PL40	Information
14 h 10	**10.3 Suivi Agrément - Gouvernance – *Marjorie Pigeon*** a) Note exécutive b) Plan d'action	Information
GOUVERNANCE		
14 h 15	**11.**	Décision

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL** ☒

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	**Date et heure :**	Le 26 mai 2026, 13 h
But de la réunion :	Réunion régulière	**Endroit :**	Teams
Co-présidentes : **Adjointes administratives :**	Claire Savoie **Johanne Thériault Paulin** Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants					
Membres votants					
Johanne Thériault Paulin (co-présidente)		Claire Savoie (co-présidente)		Misty Labillois	
Janice Goguen		Réjean Després		Léo-Paul Pinet	
Membres d'office					
Dre France Desrosiers		Thomas 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			

PROCÈS-VERBAL

Sujet

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 que circulé avec l'ajout à la section gouvernance, soit le point 12.16 Rapport sur les indicateurs liés à l'engagement et aux ressources humaines.

   MOTION 2026-05-26 / 01CMQG
   Proposée par Claire Savoie
   Appuyée par Thomas Soucy
   Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que circulé avec l'ajout à la section gouvernance, soit le point 12.16 Rapport sur les indicateurs liés à l'engagement et aux ressources humaines.

   Adoptée à l'unanimité.

5. **Déclaration de conflits d'intérêts**
   Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

QUALITÉ

6. **Approbation du procès-verbal du 24 mars 2026**
   Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 24 mars 2026 est adopté tel que circulé.

MOTION 2026-05-26 / 02CMQG
Proposée par Thomas Soucy
Appuyée par Claire Savoie
Et résolu que le procès-verbal du 24 mars 2026 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.

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

- Terminé.

Identifier les tendances et les influences sur le degré d'insatisfaction des activités en psychiatrie (sondage)

- En cours. L'équipe de santé mentale adoptera prochainement le modèle de soins collaboratifs dans les unités. Cette démarche comprend, entre autres, l'ajout ou la transformation de ressources humaines affectées aux activités pour les patients.

Comparer notre taux de partenaires patients avec la dernière visite d'Agrément Canada pour voir l'évolution et faire une comparaison avec d'autres instances.

- Terminée. Bien que nous ne puissions comparer le taux de partenaires de l'expérience patient entre 2022 et 2026, nous pouvons remarquer la grande évolution du dossier depuis la dernière visite d'Agrément Canada.

8. Affaires permanentes

8.1 Rapport T4 2025-2026 (décembre à février) du secteur QSPEP

On présente le rapport qui résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient pour décembre 2025 à février 2026, ainsi que les actions depuis la dernière rencontre du comité de la qualité.

FAITS SAILLANTS : décembre 2025 à février 2026

Incidents patients

- Légère tendance à la hausse du taux de signalement d'incidents par 1000 interactions-patients depuis 2023-2024.
- Principalement des incidents sans atteinte ou de faible gravité, sans augmentation notable des évènements graves.
- Ces résultats appuient l'interprétation d'une culture de sécurité en évolution et proactive, axée sur la transparence, la prévention et l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Évènements qui ne devraient jamais arriver

- Représentent 0.2% du total de nos incidents signalés entre le 1er janvier 2024 et le 31 décembre 2025.
- 56% des évènements qui ne devraient jamais arriver sont des incidents de lésions de pression de stade III ou IV.

Top 5 incidents avec conséquences graves ou ayant causé le décès.

- Les incidents ayant entraîné des conséquences graves ou le décès d'un patient demeurent très rares, avec des taux faibles (≤ 0,03), représentant une proportion marginale de l'ensemble des incidents signalés.
- La catégorie Traitement / Test / Procédure est celle la plus fréquemment associée aux incidents graves ou décès, avec une augmentation progressive observée. Dans cette catégorie, 33 plaies de pression/lésions ont été recensées, représentant environ 41 % des incidents de cette catégorie.
  - **Amélioration en cours :**
    - Des actions de mitigation ont été amorcées par le comité de surveillance.

Top 5 incidents évité de justesse, sans ou avec conséquences légère.

- Les signalements démontrent des tendances variables selon les catégories.
- Sécurité : 60 % des incidents sont signalés au CHR.

- Chutes : amélioration progressive.
- Traitement/Test/Procédure : hausse notable depuis 2022-2023, notamment pour les enjeux d'échantillonnage à Dumont (OBS).

➢ **Améliorations en cours:**
  - Un projet de formation CPI est en cours afin d'atteindre 80% de conformité (sécurité)
  - Analyses et actions ciblées sont en cours (obstétrique)

Déclaration des IIM (incidents liés aux instruments médicaux) et les RIM (réactions indésirables graves aux médicaments) entre décembre 2025 et février 2026.

- 4 déclarations obligatoires, tous des RIM

Incidents liés à l'inattention

- Les incidents déclarés liés à l'inattention sont en augmentation, avec une prédominance des incidents médicamenteux (51,9 %).
- L'analyse qualitative des descriptions narratives met en évidence trois mécanismes récurrents d'inattention :
  - Distraction liée aux interruptions non gérées pendant des tâches critiques;
  - Habitude/routine, où le pilotage automatique réduit la vigilance face aux situations atypiques;
  - Surcharge cognitive, dans des environnements à forte densité d'information et de demandes simultanées.
  - Les patients âgés, souvent en situation de polymédication et de fragilité, constituent une population particulièrement exposée.

RECOMMANDATIONS À APPROUVER À LA SUITE DE REVUES DE QUALITÉ

- 6 nouvelles revues sont présentées au comité ce jour. Entre autres, pour des lésions de pression, des chutes, un suicide en communauté et un incident lié au politique et procédure.
  - ➢ Aucune nouvelle recommandation à approuvée par le comité.

- Recommandation du coroner
  - ➢ Une analyse provinciale des décès d'enfants (2020-2025) a identifié les pratiques de sommeil non sécuritaires comme facteur contributif.
  - ➢ Le Réseau de santé Vitalité avait toutefois déjà amorcé des actions concrètes qui permettent de répondre à la recommandation :
    - Les pratiques de sommeil sécuritaire sont incluses dans les grilles d'enseignement prénatal et postnatal, et doivent être enseignées, démontrées, font l'objet d'une validation de la compréhension et documentées.
    - Nouvelle application SeamlessMD.

EXPÉRIENCE PATIENT

Plainte générale

- Nombre de plaintes générales est légèrement en augmentation depuis le début de 2026, à surveiller.
- Des plaintes ont été reçues concernant le non-respect de la politique de l'environnement sans parfum et l'usage inapproprié des téléphones cellulaires. Des rappels sont effectués afin d'assurer le respect des politiques en vigueur.

➢ **Amélioration en cours :**
  - Amélioration notée à l'urgence de la zone 6.
  - Des rappels sont effectués afin d'assurer le respect des politiques en vigueur.

Plainte médicale

- Le nombre de plaintes médicales fluctue, mais demeure dans les plages habituelles.
- Dans la catégorie de comportement et communication, on note une amélioration.

Analyse des plaintes liées à l'accès

- Cliniques externes : Les plaintes liées à l'accès sont les plus élevées au CHUDGL, principalement en raison des délais pour obtenir un rendez-vous et d'un manque d'information sur le suivi des demandes.
- Soins de santé primaire : La zone 1B, notamment le Centre médical régional de Shédiac, présente le taux le plus élevé de plaintes, liées surtout aux difficultés à joindre les établissements pour obtenir un rendez-vous.

➢ **Amélioration en cours :**
  - Projets d'optimisation du suivi des appels sont en cours.
  - Modification du système téléphonique effectuée.

Évaluation de la satisfaction de l'expérience patient (sondages)

Soins aigus hospitalisés

- Top satisfaction :
  - Confort général
  - Communication avec les médecins
  - Propreté

- À surveiller :
  - Conformité date de congé
    - Projet cheminement patient en cours
  - Participation aux décisions de soins et traitements
    - Approche de soins centré sur la personne
  - Nourriture
    - Clarification à venir car discordance des résultats entre notre sondage et celui effectué par le service alimentaire.

Patients hospitalisés psychiatrie, pédopsychiatrie et traitement des dépendances

- Top satisfaction:
  - Service dans la langue officielle
  - Traité avec courtoisie et respect

- À surveiller:
  - Activités en quantité suffisante le soir ou la fin de semaine
    - Intégration du modèle de soins collaboratif avec personne dédiée aux activités.
  - Intérêt pour les activités
    - Projet cheminement patient – calendrier d'activité

Agrément Canada

- Les activités de préparation vont bon train.
- Les simulations et le dépôt de preuves sont en cours et l'horaire de visite est diffusé.

Culture juste

- Deux cohortes ont permis de former une cinquantaine de participants en mars.
- Des discussions sont en cours quant à la nature de l'accompagnement du Réseau par l'Association canadienne de protection médicale pour l'élaboration du matériel et du contenu des formations.

Alertes et rappels

- Période d'analyse – décembre 2025 à février 2026
- 16 rappels, dont majoritairement des produits médicaux et chirurgicaux.
- 21 alertes, plus fréquemment des produits chirurgicaux.

Partenariat patient

- 85% des sièges comblés
- Évaluation annuelle auprès des PEP et des équipes ayant collaboré avec des PEP, afin de soutenir l'amélioration continue.
- Présentation, au Comité consultatif du partenariat patient, d'un plan de communication visant à soutenir les efforts de recrutement.

➢ **Actions à prévoir :**

- Présenter au Comité un visuel de la structure de gouvernance et du processus de gestion de la qualité, illustrant les rôles et responsabilités des différents intervenants, de la collecte des données sur le terrain jusqu'à la reddition de comptes au Conseil.
- Mise à jour sur la nouvelle loi 40 qui modifie la loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

8.2 Rapport T4 et rapport annuel 2025-2026 du bureau des risques organisationnels

On présente le rapport T4 et le rapport annuel 2025-2026 du secteur Risques organisationnels.

Bureau de la protection des renseignements personnels : Initiatives et bons coups

Optimisation du Bureau de la protection des renseignements personnels

- Ajout d'un nouveau membre à l'équipe et poursuit la clarification des rôles et responsabilités pour maximiser l'efficacité.
- Publication d'une note de service – Rappel aux employés comment accéder à leurs propres renseignements personnels sur la santé.
- L'équipe veille à ce que tous les processus soient menés de manière à promouvoir une culture de la justice.
- Sondages pour mesurer le niveau de satisfaction du personnel ayant recours aux services du Bureau de la protection des renseignements personnels – *En continue*
- Guide aide-mémoire pour les situations impliquant les forces policières – *En processus d'annexation à la politique.*

Secteurs des mesures d'urgence : Système des administrateurs en disponibilité (AD*)

Gestion d'évènements par les ADs*

- 60 évènements ont été gérés par les ADs*, dont 55 rencontres de coordination ont été nécessaires.
- Top 3 catégorie d'évènement :
  - Dégâts d'eau / code gris / téléphonie
  - Menaces / agression / sécurité
  - Débordement

Comparaison trimestrielle et amélioration

- Types d'évènements en diminution :
  - Transferts en ambulance
  - Infections de punaises de lit
  - Manques d'effectifs

- Types d'évènements en augmentation :
  - Sécurité (menaces/agressions)
  - Maintenance (dégâts d'eau)
  - Débordement

➢ **Améliorations en cours :**
  - Temps de réaction au soutien des équipes pendant et après un évènement relatif à la sécurité.
  - Temps de réaction grâce à une approche coordonnée.
  - Plans de débordements / gestion coordonnée incluant les partenaires externes / cartographie du système.

Optimisation du système des ADs*

- L'augmentation des appels aux ADs démontre une confiance dans le système et dans sa capacité à supporter les équipes faisant face à des situations de plus en plus complexes.
- Des directives claires sur les rôles favorisent une synergie entre les trois ADs.

➢ **Amélioration en cours :**
  - Pro-actif dans la gestion d'évènements

Optimisation des leçons apprises et des analyses

- Essai de revues collaboratives à la suite d'évènements impactant le Réseau de santé Vitalité.
- Recherche et réflexion sur les processus et outils permettant de capter et mesurer les améliorations.

➢ **Prochaine étape :** un protocole documenté de revues collaboratives sera soumis à l'Équipe du Leadership pour révision et approbation avant implantation.

Bureau des Risques organisationnels : Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC*)

Optimisation de la gestion des dossiers HIROC*

- Top 3 catégorie d'évènements :
  - Traitement / analyse / procédé
  - Plaintes
  - Soins obstétriques

- Top 3 type de dossier :
  - Signalement
  - Poursuite
  - Blessures corporelles

- **Amélioration en cours :**
  - Création d'un nouveau registre et une nouvelle nomenclature.
  - Élaboration de Procédure opérationnelle normalisée sur la gestion des réclamations.
  - Boite courriel générique « réclamations ».

8.3 Adoption du rapport annuel du comité

Le rapport annuel 2025-2026 du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est adopté tel que circulé.

MOTION 2026-05-26 / 03CMQG
Proposée par Léo-Paul Pinet
Appuyée par Claire Savoie
Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients approuve le rapport annuel 2025-2026 du Comité et adopte les motions en découlant.
Adoptée à l'unanimité.

9. Affaires nouvelles

9.1 Plan d'amélioration continue de la qualité

Le plan d'amélioration continue de la qualité 2026-2028 est adopté tel que circulé.

MOTION 2026-05-26 / 04CMQG
Proposée par Léo-Paul Pinet
Appuyée par Claire Savoie
Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients approuve le plan d'amélioration continue de la qualité 2026-2028 tel que circulé.
Adoptée à l'unanimité.

- **Action à prévoir :**
  - Présenter l'ancien plan à la prochaine réunion pour fin de comparaison.

GOUVERNANCE

Note exécutive

Point 7.0

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

Date : 22 septembre 2026

Objet : Orientation stratégique — Mesurer l'impact réel de nos actions d'amélioration

Résultat ou état futur recherché

Faire évoluer notre gestion intégrée de la qualité afin qu'elle démontre, au-delà de la production de rapports et de plans d'action, l'impact réel et mesuré de nos interventions d'amélioration — sur le terrain, dans les pratiques, et pour les patients.

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

- Notre approche demeure historiquement centrée sur la collecte de données, la formulation de recommandations et la transmission de rapports aux instances — un cycle qui s'arrête souvent avant la validation sur le terrain et la mesure de l'effet réel des actions.
- Nos travaux internes récents (journée de travail réunissant la pratique en soins infirmiers et l'équipe qualité, appuyée d'un sondage terrain) confirment que l'étape de vérification demeure ponctuelle — généralement réalisée à l'approche d'une visite d'agrément — et que la fermeture des écarts est rarement documentée ou validée.
- Le signal externe pointe dans la même direction : le nouveau leadership d'Agrément Canada oriente son programme vers la performance et les résultats, plutôt que vers une photographie ponctuelle de la conformité.
- Sans une étape structurée de validation terrain et de mesure d'impact, l'organisation risque d'investir temps et ressources dans des audits et des plans d'action sans pouvoir démontrer une amélioration réelle et durable pour les patients.

Données probantes ou information probante à l'appui

- Diagnostic issu d'une journée de travail interne réunissant la pratique en soins infirmiers et l'équipe qualité.
- Sondage terrain récent auprès des équipes responsables de la réalisation des audits.
- Échanges entre notre PDG et le nouveau leadership d'Agrément Canada sur l'évolution du programme d'agrément.
- Constats issus de la littérature sur l'évolution du rôle de l'audit, d'un contrôle de conformité vers un outil d'apprentissage et d'amélioration continue.

Solution ou action proposée

Orienter, de façon incrémentale, notre démarche de gestion intégrée de la qualité afin d'y intégrer une étape de validation terrain et de mesure d'impact à la suite de chaque intervention d'amélioration — appuyée sur des indicateurs pertinents, un suivi structuré des écarts jusqu'à leur fermeture réelle, et une reddition de comptes qui témoigne du changement obtenu plutôt que de la seule conformité documentaire.

Cette orientation guidera les travaux en cours sur l'amélioration continue de la gestion intégrée de la qualité; les modalités et le plan de déploiement détaillés seront présentés séparément à l'équipe de leadership.

Des analyses plus approfondies seront menées avec le soutien de l'analytique et de la performance, afin de mieux comprendre les causes sous-jacentes et de dégager des pistes de solutions plus efficaces avant d'en arriver à un plan de déploiement.

Ultimement, cette démarche nous permettra de « fermer la boucle » : passer d'un cycle qui s'arrête à la production et à la transmission de rapports, à un cycle complet où l'implantation est validée sur le terrain et où l'impact réel des actions est démontré.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Maintenir le statu quo comporte le risque de poursuivre les cycles d'audits et de plans d'action sans pouvoir démontrer un impact réel sur la sécurité et l'expérience des patients — une exposition d'autant plus importante advenant l'évolution annoncée du programme d'Agrément Canada vers une évaluation continue axée sur la performance.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	X			
Qualité et sécurité			X	
Partenariats		X		Collaboration requise entre l'équipe qualité, l'analytique, la performance et la pratique en soins infirmiers
Gestion des risques (analyse légale)		X		
Allocation des ressources (analyse financière)		X		Indicateurs et mécanismes de suivi à préciser dans les travaux à venir
Impacts politiques		X		Suivi de l'évolution du programme d'Agrément Canada
Réputation et communication			X	

Suivi(s) à la décision

Ce point sera suivi de travaux visant à intégrer cette orientation dans le plan d'action global sur l'amélioration continue de la gestion intégrée de la qualité, présenté à l'équipe de leadership.

Motion

Sans objet.

Soumis le 11 septembre 2026 par Steve Savoie, vice-président adjoint – Soutien organisationnel

Note exécutive

Point 8.0

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

Date: 22 septembre 2026

Objet : Affaires découlant et suivis

Résultat ou état futur recherché

La présente note exécutive permet au Comité 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		

Dimensions de la qualité applicables

☐**Accent sur la population** : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre
☐**Accessibilité** : M'offrir des services équitables, en temps opportun
☒**La sécurité** : Assurer ma sécurité
☐**Qualité de vie au travail** : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi
☒**Services centrés sur l'usager** : 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
☐**Efficience** : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible

Suivi(s) à la décision

Sans objet.

Agrément Canada[1]

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) :

Nº de critère	Libellé
	Sans objet

Motion

Soumis le 3 septembre 2026 par Marjorie Pigeon, Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient

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

Note exécutive

Date de la rencontre	Livrables	Responsable(s)	Échéancier prévu	Progrès	Statut	Suivis/commentaires
2025/12/16	Identifier les tendances et les influences sur le degré d'insatisfaction des activités en psychiatrie (sondage)	**Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient**	2026/03/24	**50%**	**En cours**	Cueillette de données auprès de la Santé mentale en cours.
2026-05-26	Présenter au Comité un visuel de la structure de gouvernance et du processus de gestion de la qualité, illustrant les rôles et responsabilités des différents intervenants, de la collecte des données sur le terrain jusqu'à la reddition de comptes au Conseil.	**Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient**	2026-06-07	**100%**	**Terminé**	Documentation remise aux membres du comité lors de la séance de préparation à la visite d'agrément le 7 juin.
2026-05-26	Mise à jour sur la nouvelle loi 40 qui modifie la loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients.	**Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient**	2026-09-22	**100%**	**Terminé**	Présentation prévue à l'agenda de la rencontre actuelle.

Note exécutive

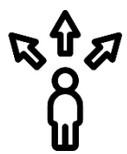
Date de la rencontre	Livrables	Responsable(s)	Échéancier prévu	Progrès	Statut	Suivis/commentaires
2026-05-26	Présenter l'ancien plan d'amélioration continue de la qualité à la prochaine réunion pour fin de comparaison.	**Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient**	2026-09-22	**100%**	**Terminé**	Dépôt de la mise à jour du plan d'amélioration continue de la qualité 2022-2023 à la présente rencontre (voir annexe).

PLAN DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ 2022-2023

Le plan de qualité et de sécurité (PQS) du Réseau de santé Vitalité est composé d'objectifs prioritaires que se donne annuellement le Réseau en vue de répondre à ses engagements d'amélioration de la qualité envers ses patients, son personnel et sa population. À ce jour, le PQS est élaboré en complément au plan stratégique du Réseau.

Le tableau de bord qualité qui découle du plan de qualité et sécurité permet à l'organisation de mesurer et d'évaluer son progrès en faisant le suivi d'indicateurs spécifiques. Ces indicateurs mesurent la performance actuelle par rapport à certaines cibles recommandées au niveau provincial et/ou national ou fixées par l'organisation. Les indicateurs et objectifs prioritaires sont catégorisés en fonction des dimensions de la qualité et des priorités du Réseau.

PLAN DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ 2022-2023

Dimensions de la qualité	Priorité	Objectifs	Le contexte / le pourquoi	Mesures/indicateurs	Cibles	VP Lead
Sécurité	Améliorer la sécurité de nos soins	 Implanter le bilan comparatif des médicaments (BCM) aux points de transition des soins	- Les risques d'erreur liée aux médicaments existent (p. ex., omissions, duplications, commandes incorrectes) Implanter le BCM permettra de : - Produire le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) - Déterminer et résoudre les divergences entre les sources d'information sur les médicaments - Transmettre une liste de médicaments exacte et complète à l'usager et à son prochain prestataire de services	Pourcentage des patients ayant un BCM lors de l'admission (Obj. : maintenir les acquis et augmenter de 5%)	50 % 65% mars 2026	Josée Gagnon
				Pourcentage des patients ayant un BCM au congé (Obj. : maintenir les acquis et augmenter de 5%)	22 % 74% mars 2026	
				Taux d'erreurs de médicaments (Obj. : diminution de 5% de l'année précédente)	1.61 en 22-23 1.39 en 24-25 (-14%)	
		 Réduire les obstacles au cheminement des usagers	- Les obstacles au cheminement des usagers est la principale cause de la congestion au Service des urgences Réduire ces obstacles permettra : - L'établissement de critères d'admission clairs - La réduction de la durée du séjour - L'amélioration de l'accès aux services ambulatoires - L'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements	Pourcentage de visites des niveaux 4 et 5 à l'urgence (Obj.: diminution de 2% de l'année précédente)	57.2 % 49% juil 26	Raphaël Roy
				Nombre de jours NSA (Obj.: diminution de 2% de l'année précédente)	22-23 : 120000 25-26 : 115655 (-1%)	
				% de patients NSA avec + de 90 jours dans des lits de soins aigus (Obj.: diminution de 2% de l'année précédente)	22-23 : 11.1% 25-26 : 8.8% (-2.3%)	
				Pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires (Obj. : résultats en dessous de la moyenne de l'année précédente)	22-23 : 4,9% 25-26 : 6%	
Soins centrés sur les patients et les familles	Travailler en partenariat avec les patients et familles	 Augmenter le nombre de patients partenaires qui participent à des équipes/comités	- La création de partenariats avec les patients/familles contribue à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins - Permet d'orienter les discussions vers des soins centrés sur les patients/familles et donne lieu à des solutions pertinentes	Nombre de patients-partenaires (Obj. : augmenter de 15 le nombre de PEP)	22 41 août 26	Ghislaine Arsenault

Milieu de travail	Prévenir la violence en milieu de travail		Réduire le nombre d'incidents et d'accidents de violence en milieu de travail	- Taux élevé d'incidents et accidents liés à la violence au travail - Impact sur le mieux-être, la qualité de vie au travail et la sécurité du personnel - Avoir un milieu de travail sain et sécuritaire	Taux d'accidents de violence ayant causé des pertes de temps de travail Nouvelle base de données – taux basé sur la moyenne du T4 de l'année précédente	2022: 0.98 2025: 0.68	Jennyfer McBrearty

Note exécutive

Point 9.1

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

Date : 22 septembre 2026

Objet : Rapport sommaire des secteurs Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient – T1

Résultat ou état futur recherché

Présenter les nouveautés depuis la dernière rencontre ainsi que les tendances émergentes en matière de qualité, de sécurité des patients, d'expérience patient et d'agrément.

Mettre en évidence les mesures implantées et leurs impacts sur le terrain, cerner les obstacles qui freinent l'atteinte des résultats escomptés et solliciter l'appui du leadership pour les priorités nécessitant une mobilisation et un engagement organisationnels.

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

Dans la foulée de l'amendement de la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients*, le Réseau est appelé à modifier le niveau d'information qui sera fourni au comité mixte de la qualité et de la gouvernance afin de respecter les obligations légales. Le rapport fourni pour la présente rencontre est celui qui est diffusé au comité de la qualité du Leadership. D'autres modifications seront à prévoir à mesure que le Réseau mettra en œuvre les nouvelles modalités législatives.

Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

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

Données probantes ou information probante à l'appui

Voir présentation du rapport sommaire QSPEP T1 2026-2027 fourni.

Faits saillants à ressortir :

Rapport annuel 2025-2026 (diapo 3-6)

- Les enjeux prioritaires de qualité et de sécurité persistent, notamment les chutes, les lésions de pression et les incidents liés aux médicaments, ce qui souligne l'importance d'une meilleure compréhension des causes et des risques en amont.
- Les apprentissages de 2025-2026 démontrent la nécessité de passer d'une logique de production d'information à une logique de résultats mesurables. Malgré une augmentation des

signalements et la mise en œuvre de plusieurs recommandations, l'impact réel des actions demeure difficile à démontrer.
- Les priorités opérationnelles de 2026-2027 seront de renforcer l'analyse, le suivi et la validation des actions, de documenter l'implantation et les résultats, et d'ajuster les interventions de façon agile selon les résultats obtenus.

Plan d'amélioration de la qualité (diapo 7-8)

- Déploiement complété à l'échelle du Réseau des projets « Transfuser avec soin » et « Utilisation judicieuse des tests de laboratoire », avec des bénéfices cliniques et organisationnels démontrés.
- Remplacement de l'ensemble des cabinets automatisés complété; résolution des enjeux de configuration presque terminée.

Enjeux à surveiller
- Retour insuffisant des plans d'amélioration liés à l'hygiène des mains dans plusieurs zones.
- Retards dans certains projets en raison de consultations externes ou d'orientations provinciales attendues (Agrément Canada, PL40, sondage de satisfaction, modèle provincial de prévention du suicide).
- Approbation budgétaire toujours requise pour les rénovations liées à l'entreposage sécuritaire des médicaments.

Priorités
- Maintenir les gains des initiatives complétées et en démontrer les résultats à long terme.
- Validation terrain des initiatives déjà implantées.
- Démonstration de l'impact mesurable des interventions sur les indicateurs ciblés.

Agrément Canada (diapo 9-11)

- 85 non-conformités contestées auprès d'Agrément Canada, dont 81 ont été retenues. Contestations principalement liées aux POR et aux critères à priorité élevée.
- En attente du rapport final et de la lettre de décision.

Priorités
- Maintenir la mobilisation des secteurs concernés pour la mise en œuvre rapide des plans d'action dès réception de la décision finale d'Agrément Canada.

Incidents liés à la sécurité des patients (diapo 12-14)

- Hausse du taux de déclaration, principalement attribuable à l'augmentation des incidents évités de justesse ou sans préjudice; les incidents graves et décès demeurent rares et stables.
- Signal positif pour la culture de sécurité, la tendance reflétant une amélioration du signalement plutôt qu'une détérioration de la qualité des soins.
- Les catégories Traitement/Test/Procédure, Chutes et Médication génèrent toujours la majorité des événements déclarés.
- Un événement faisant partie des « événements qui ne devraient jamais arriver » a été signalé au cours du trimestre.

Priorités
- Poursuivre les analyses ciblées sur les causes récurrentes et démontrer l'effet réel des mesures correctrices mises en place.
- Rendre les données disponibles aux équipes via Power BI.
- Renforcer la fiabilité des données organisationnelles grâce à l'amélioration des pratiques de saisie et de documentation.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK
Leader francophone

Note exécutive

Comité de surveillance – Prévention des chutes et des lésions de pression (diapo 15-19)

- Le signalement des incidents de chutes demeure principalement concentré auprès d'une clientèle âgée et vulnérable, particulièrement dans les secteurs de médecine, de transition et d'imagerie médicale. Les facteurs liés à l'état du patient constituent la principale cause contributive.
- Bien qu'une légère hausse des signalements de chutes soit observée par rapport à 2025, aucun incident grave ou modéré n'a été signalé.
- Les chutes surviennent principalement lors des déplacements et de la mobilisation, et plusieurs patients avaient déjà été identifiés comme étant à risque élevé.
- Le signalement des lésions de pression demeure stable comparativement à 2025 et les incidents graves sont en diminution.
- Le signalement des lésions de pression sont concentrées dans les unités de transition et les soins intensifs, où la clientèle présente une plus grande complexité clinique.
- L'analyse des heures-soins suggère que l'incidence des chutes et des lésions de pression est davantage associée à la complexité de la clientèle qu'à un manque de ressources.

Activités réalisées

- Mise en vigueur de la politique révisée « Optimiser l'intégrité de la peau » et déploiement des nouveaux formulaires d'évaluation du risque (Braden II et Braden QD).
- Déploiement des formations, ainsi que formation des infirmières-ressources.
- Révision du processus d'audit amorcée afin d'orienter les audits vers une approche d'amélioration continue.

Enjeux à surveiller

- L'enjeu principal demeure l'appropriation et l'intégration des pratiques sur le terrain malgré la disponibilité des politiques, outils et formations.
- Faible conformité aux formation, limitant l'adoption des nouvelles pratiques.

Priorités

- Renforcer l'accompagnement terrain et le transfert des connaissances afin d'assurer l'intégration durable des nouvelles pratiques.
- Augmenter la conformité aux formations et soutenir le rôle des infirmières-ressources comme championnes cliniques.
- Soutenir l'évolution de l'approche d'audit et de surveillance de la qualité.
- Évaluer l'impact des interventions récemment déployées, dont les résultats demeurent trop récents pour permettre une démonstration mesurable à ce stade.

Comité interdisciplinaire de gestion des incidents de médicaments (diapo 20-21)

- Une révision du mandat du comité est en cours. L'orientation proposée vise une gouvernance élargie couvrant l'ensemble des pratiques organisationnelles requises liées au circuit du médicament, incluant notamment le BCM, les médicaments d'alerte élevée, la gérance des antimicrobiens et des opioïdes ainsi que les exigences d'Agrément Canada.

Enjeux à surveiller

- Les incidents liés au circuit du médicament demeurent parmi les catégories d'événements les plus fréquemment déclarées au Réseau, soulignant l'importance de renforcer la surveillance, la coordination et l'application uniforme des pratiques sécuritaires.

Recommandations et revues de qualité (diapo 22-25)

- 14 dossiers ont été analysés depuis le dernier rapport.
    - Voir ligne 34 à 52 du document en annexe, « Rapport d'avancement des recommandations » (6.1.2).

- Dix recommandations ont été fermées depuis le dernier trimestre, démontrant une progression soutenue dans leur mise en œuvre.

❖ **Approbation requise (diapo 23)**

- Un seul dossier a généré des recommandations pour approbation, soit six recommandations visant les soins intensifs.
    - Voir ligne 41 à 46 du document en annexe, « Rapport d'avancement des recommandations » (6.1.2).

Enjeux à surveiller

- Les recommandations encore ouvertes concernent principalement :
    - L'application uniforme des politiques et procédures;
    - le développement et le maintien des compétences;
    - les capacités organisationnelles nécessaires à l'implantation des changements.

Expérience patient - plainte (diapo 26-27)

- Hausse des plaintes observée, particulièrement dans les zones 1B et 6. Les enjeux concernent principalement :
    - la qualité des soins;
    - les délais d'attente;
    - le comportement et la communication.

Enjeux à surveiller

- Le service d'urgence de Bathurst présente actuellement les plus importantes opportunités d'amélioration.

Priorités

- Analyse approfondie à l'urgence HChaleur afin d'identifier les causes contributives, identifier et d'évaluer l'efficacité des amélioration mis en place.
- Rendre les données disponibles aux équipes via Power BI.
- Renforcer la fiabilité des données organisationnelles grâce à l'amélioration des pratiques de saisie et de documentation.

Satisfaction de la clientèle (diapo 28-29)

- Taux de satisfaction élevés dans la majorité des secteurs, variant entre 83 % et 95 %; les services d'urgence demeurent le principal secteur à améliorer avec un taux de satisfaction de 68 %.
- Les usagers distinguent généralement la qualité des soins reçus des enjeux systémiques liés à l'accès aux services, à la disponibilité des ressources et aux délais d'attente.

Enjeux à surveiller

- Les services d'urgence concentrent actuellement les principales opportunités d'amélioration.

Priorités

- Augmenter le taux de participation aux sondages.
- Rendre les données disponibles aux équipes via Power BI.
- Analyse approfondie des urgences afin d'identifier les causes contributives, identifier et d'évaluer l'efficacité des amélioration mis en place.

Note exécutive

Solution ou action proposée

- Voir les recommandations émises et les actions mises en place dans le rapport.

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	

Dimensions de la qualité applicables

☐**Accent sur la population** : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre
☐**Accessibilité** : M'offrir des services équitables, en temps opportun
☒**La sécurité** : Assurer ma sécurité
☐**Qualité de vie au travail** : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi
☒**Services centrés sur l'usager** : 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
☐**Efficience** : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible

Suivi(s) à la décision

Sans objet

Agrément Canada[1]

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) :

Nº de critère	Libellé
	nil

Motion

Sans objet

Soumis le 3 septembre 2026 par Marjorie Pigeon, Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient

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

QSPEP
Rapport annuel 2025-2026
Rapport sommaire
T1 - 2026-2027

Présenté au comité mixte de qualité et de gouvernance

Septembre 2026



Table des matières

- Rapport annuel 2025-2026 3
- Plan d’amélioration continue de la qualité 7
- Agrément Canada 9
- Incidents patients 12
- Comité de surveillance – prévention des chutes et de lésions de pression 15
- Comité de révision des incidents liés aux médicaments 20
- Recommandations 22
- Expérience patient 26
- Satisfaction clientèle 28
- Références et définitions 30

vitalité

Rapport annuel 2025-2026



Approche historique

Un processus principalement axé sur la production d'information et la transmission.



Notre évolution : fermer la boucle et faire bouger l'aiguille

De l'analyse à l'impact mesuré : agir, valider sur le terrain, ajuster de façon agile et atteindre les résultats ciblés.

1 ANALYSE

Comprendre la situation, identifier les causes et cibler les priorités en nous basant sur les données.

FOCUS

- Sur ce qui compte : résultats et impact
- Impliquer les bons partenaires (Performance, Analytique, TI, Innovation)
- Comprendre les causes et identifier les priorités
- Établir des cibles claires et mesurables

2 INTERVENTIONS RÉALISÉES

Mettre en œuvre des actions ciblées et coordonnées basées sur les meilleures pratiques et l'innovation.

FOCUS

- Plan d'action simple (heat map)
- Actions ciblées, efficaces et adaptées au terrain
- Mobilisation des équipes et partenaires
- Lever les obstacles et prendre les décisions nécessaires

3 VALIDATION TERRAIN

Confirmer l'implantation des actions sur le terrain et leur adoption réelle par les équipes.

FOCUS

- Vérifier l'implantation réelle sur le terrain
- Écouter les équipes et les patients
- Observer et ajuster au besoin
- Documentation de la validation

4 RÉSULTATS MESURÉS

Mesurer les changements et évaluer l'efficacité des interventions à court terme.

FOCUS

- Mesurer les résultats avec des indicateurs pertinents
- Comparer aux cibles et aux données de base
- Analyser l'évolution et les écarts
- Faits saillants simples et visuels

5 IMPACT & PROCHAINES PRIORITÉS

Démontrer l'impact durable et orienter nos prochaines actions pour atteindre les résultats ciblés.

FOCUS

- Démontrer l'impact sur les patients, les équipes et l'organisation
- Partager les bons coups et les apprentissages
- Prioriser les prochaines actions à plus fort impact
- Fermer la boucle et recommencer le cycle d'amélioration

Transition vers 2026-2027 : transformer les apprentissages en actions

Lien entre le rapport annuel 2025-2026 et la nouvelle approche trimestrielle

Ce que 2025-2026 nous a appris	Ce que cela signifie	Ce que nous faisons en 2026-2027
Les signalements augmentent, surtout pour les événements sans conséquence, légers ou évités de justesse.	Mieux comprendre les causes, les risques et les tendances avant qu'un préjudice survienne.	Mettre l'accent sur l'analyse, la validation terrain et les résultats mesurables.
Les chutes, lésions de pression et médicaments demeurent des enjeux récurrents.	Les interventions doivent produire des résultats plus démontrables.	Renforcer le suivi des actions, audits, résultats et ajustements requis.
Plusieurs recommandations sont implantées, mais l'impact est encore difficile à démontrer.	Fermer la boucle devient essentiel.	Documenter l'implantation, mesurer les résultats et adapter l'approche au besoin.
Les données sont plus nombreuses et plus accessibles.	Elles doivent soutenir les décisions et non seulement alimenter les rapports.	Clarifier les cibles, les seuils, les priorités et les décisions requises du leadership.

QSPEP - Comité de la qualité

Passer d'un modèle centré sur les activités à un modèle centré sur les résultats et l'impact.

Voir Rapport annuel 2025-2026 QSPEP pour plus de détails

Plan d’amélioration de la qualité



PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (QSPEP)

Résultats démontrés et priorités nécessitant une attention

- TERMINÉ
- À SURVEILLER
- À SURVEILLER – DÉCISION REQUISE

GRANDS OBJECTIFS DU PLAN	INTERVENTIONS ASSOCIÉES	ÉTAT D'AVANCEMENT	VALIDATION TERRAIN (Quoi a été fait ?)	RÉSULTATS / IMPACT MESURÉ (Quels résultats observés ?)	PROCHAINE PRIORITÉ / CIBLE (À atteindre)
1. INTÉGRER DES INITIATIVES ET CRITÈRES DE CHOISIR AVEC SOINS *Objectif : Optimiser la pertinence clinique et la sécurité des patients*	• Déploiement de l'initiative Transfuser avec soins	TERMINÉ	Certification obtenue et implantation dans toutes les zones	Diminution des transfusions inutiles et réduction des risques pour les patients	Maintenir la certification et l'implantation
	• Déploiement de l'initiative sur l'utilisation judicieuse des tests de laboratoire	TERMINÉ	Certification obtenue et implantation dans toutes les zones	Diminution des tests superflus et amélioration de la prise en charge	Maintenir la certification et l'implantation
2. CONSOLIDER LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES PATIENTS *Objectif : Renforcer la culture de responsabilisation et la gestion intégrée de la qualité*	• Exploiter le tableau de bord sur les préjudices à l'hôpital	À SURVEILLER	Dossier suspendu en raison du PL-40	— Aucun résultat disponible à ce jour	Reprise des travaux et orientation
3. PRÉVENIR LE RISQUE SUICIDAIRE *Objectif : Concevoir un modèle clinique provincial*	• Élaborer un plan et mettre en œuvre la POR sur la prévention du risque suicidaire	À SURVEILLER	Harmonisation provinciale et travaux inter-réseaux en cours	— Résultats à venir après l'harmonisation provinciale	Cible à déterminer selon les travaux provinciaux
4. PRÉVENIR LES INFECTIONS *Objectif : Amélioration durable de la conformité au lavage des mains*	• Améliorer le taux de compliance au lavage des mains	À SURVEILLER	Audits réalisés et campagne régionale en cours	Plusieurs équipes sous la cible de 90 % de conformité	Atteindre > 90 % de conformité d'ici sept. 2026
5. ASSURER LA SÉCURITÉ DES MÉDICAMENTS *Objectif : Renforcer les pratiques et les infrastructures sécuritaires*	• Aires d'entreposage des médicaments sur les unités de soins	À SURVEILLER	Analyse des besoins et scénarios en préparation	— Approbation budgétaire requise pour les rénovations	Soumettre le dossier d'approbation budgétaire

MESSAGE CLÉ AU COMITÉ

2 initiatives terminées démontrent des impacts significatifs et mesurables pour les patients.

Les principaux enjeux nécessitant une attention concernent :
- les préjudices à l'hôpital
- la prévention du risque suicidaire
- l'hygiène des mains
- l'entreposage sécuritaire des médicaments
- l'évolution de la culture de sécurité

Agrément



Agrément Canada

Agrément 2026

Validation du rapport préliminaire

- Validation complétée du rapport préliminaire et du tableau des non-conformités, avec l'appui des secteurs concernés.
- 85 **non-conformités contestées auprès d'Agrément Canada, dont 81 ont été retenues.** Contestations principalement liées aux **POR** et aux **critères à priorité élevée**.
- Potentiel d'amélioration du score des POR : de **76 % à environ 80–85 %**.
- Démarches aussi entreprises concernant le **ton du rapport** et certaines observations des visiteurs, afin de mieux refléter une approche de partenariat en amélioration continue.
- En attente du **rapport final** et de la **lettre de décision**; des plans d'action suivront selon les exigences d'Agrément Canada.

Prochaines étapes – cycle 2022-2026



Agrément Canada

Agrément 2026-2030

Mode séquentiel

Cycle de 4 ans

Visite années 2-3-4

Mises à jour importantes cahiers de normes

* Gestion du circuit du médicament
* Prévention et contrôle des infections
* Soins virtuels
* Unités d'hospitalisation

POR → PSR

Refonte de plusieurs PSR

Intégration de nouvelles PSR

À explorer: de nouvelles suggestions

Prochaines étapes - cycle 2026-2030

Formation/ information de l'équipe du Bureau de la qualité

Choix des cahiers de normes

Établissement de la séquence de visite

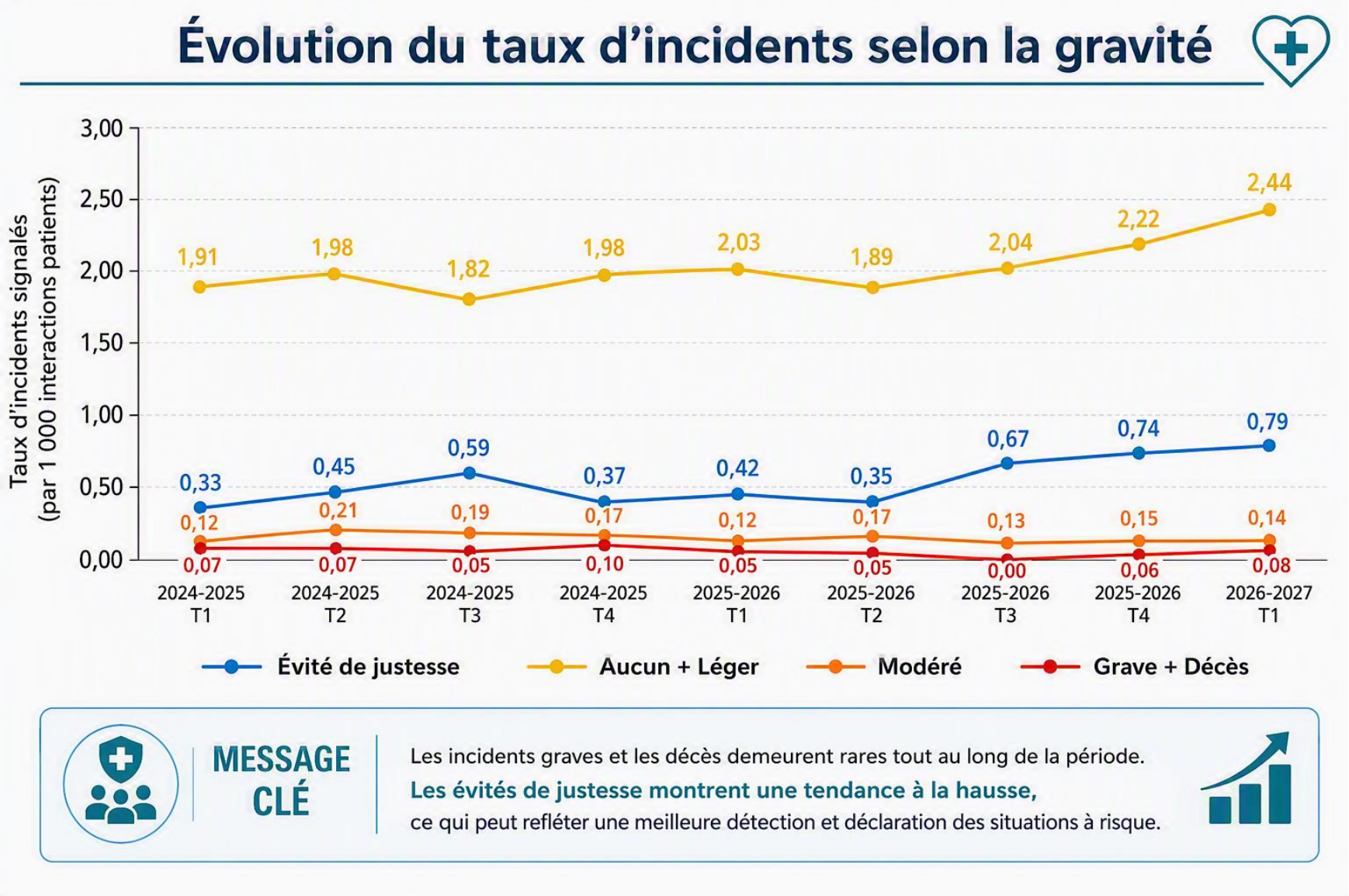
Appropriation des cahiers et des PSR

Autoévaluations pour les visites de 2028

Incidents patient

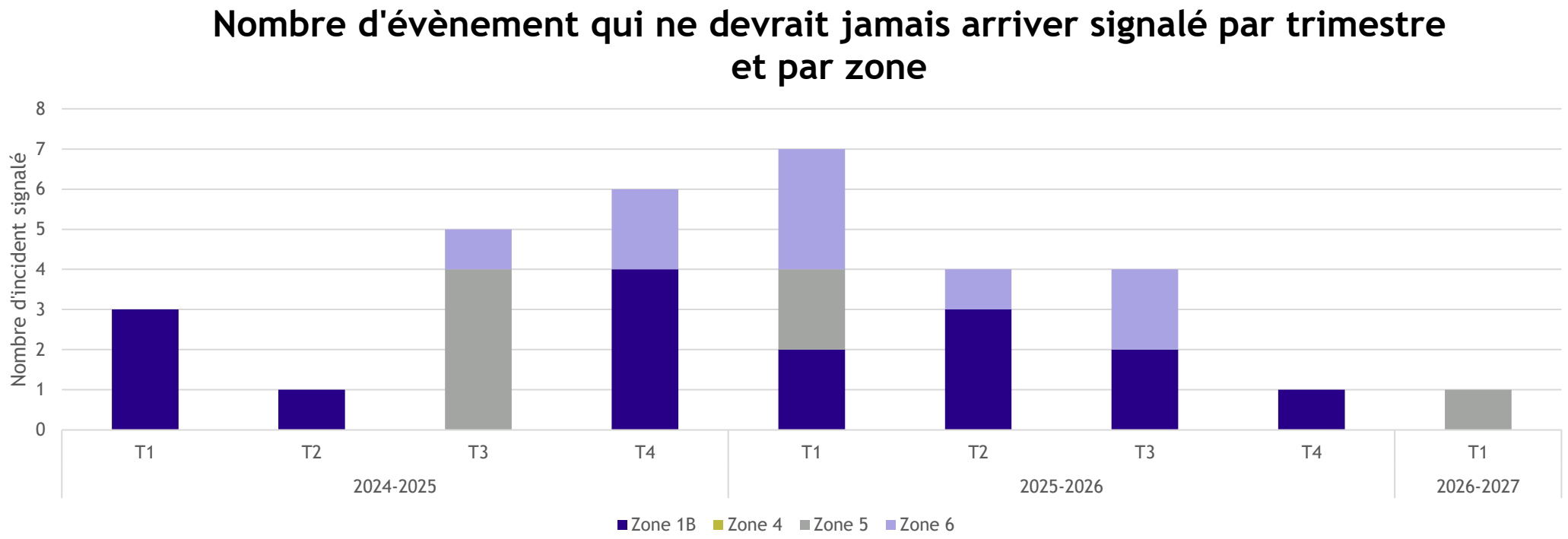


Tableau de bord sur les incidents



Évènements qui ne devraient jamais arriver

***Nouveau signalement – préjudice grave dû à la non-détection d'une allergie connue au médicament administrer.**



vitalité

Comité de surveillance –
prévention des chutes et des lésions de pression



Comité de surveillance – prévention des chutes et des lésions de pressions

Chutes

Analyse de la situation

<u>Situation actuelle</u> (1er janvier au 30 juin 2026 T4-T1) :

- 824 incidents signalés (1,6/1000 interactions-patients), **légère hausse** comparativement à 2025 (775 incidents; 1,5/1000)
- **Aucun incident grave ou modéré** et les incidents de gravité légère sont les plus fréquents.

🟡 **<u>À surveiller / appui requis</u>**

Poursuivre les efforts visant:

- l'application des mesures préventives;
- la réévaluation du risque;
- les interventions ciblées auprès des patients à risque.

<u>Principaux constats d'analyse</u>:

- ✓ Incidents concentrés dans certains secteurs à patientèle vulnérable et âgée.
- ✓ La médecine (23%), les unités de transition (17%) et l'imagerie médicale (16%) regroupent plus de la moitié des incidents signalés.
- ✓ Les facteurs liés au patient demeurent la principale cause contributive.
- ✓ Les chutes surviennent principalement lors des déplacements et de la mobilisation.
- ✓ La majorité des patients avaient déjà été identifiés à risque élevé.
- 🟡 130 patients concernés par des chutes répétées (85%: 2-3 chutes; 15%: ≥ 4 chutes)

Comité de surveillance – prévention des chutes et des lésions de pressions

Lésions de pression

Analyse de la situation

<u>Situation actuelle</u> (1er janvier au 30 juin 2026 T4-T1) :

- 53 incidents signalés (0,10/1000 interactions-patients), **stable** comparativement à 2025 (56 incidents; 0,11/1000) (53 incidents)
- **Diminution des incidents graves**: de 9 (2025) à 6 (2026)

<u>Principaux constats d'analyse</u>:

- ✓ Patientèle principalement âgée (70-89 ans) et cliniquement complexe.
- ✓ Concentration des signalements dans les unités de transition (44%) et de soins intensifs (44%).
- ✓ Les facteurs liés au patient demeurent la principale cause contributive.
- ✓ **Opportunités d'amélioration** : surveillance cutanée, prévention et documentation.

<u>Appui requis de l'Équipe de leadership</u>

Taux de conformité à la nouvelle formation « Optimiser l'intégrité de la peau: 28% (07/07/2026)

→ Soutien requis afin d'améliorer la conformité à la formation et l'adoption des nouvelles pratiques

Comité de surveillance – prévention des chutes et des lésions de pressions

Chutes et lésions de pression

Intervention prioritaire	État
Révision (prévention des chutes) **et mise en vigueur** (intégrité de la peau) **des politiques**	int. peau – juin chutes - sept
Déploiement d'outils cliniques harmonisés	
Déploiement des formations iTacit	variable selon le sujet
Révision du processus d'audit (collabo. BSI et QSPEP): d'un contrôle de conformité vers un outil d'apprentissage, avec plan d'action et suivi	amorcé
Soutien aux équipes et infirmières-ressources: - mini-blitz/capsules d'info. (prév. chutes et tournées proactives) – cet automne - création d'un guide régional pour l'utilisation des surfaces thérapeutiques – en cours	en continu

Résultats attendus:

- ✓ Harmonisation des pratiques de prévention et de documentation
- ✓ Détection plus précoce des patients à risque
- ✓ Renforcement des interventions interdisciplinaire
- ✓ Évolution vers une approche d'amélioration continue

Validation terrain / impact:

Les principales interventions ayant été déployées récemment (ou à venir), il est encore trop tôt pour démontrer un impact mesurable sur les résultats.

Comité de surveillance – prévention des chutes et des lésions de pressions

Ce que nous avons appris et prochaines priorités

Enjeux transversaux identifiés

- 🔴 Diffusion, adoption et **intégration des pratiques terrain**.
- 🟡 **Qualité des données**: plusieurs champs iRapport demeurent incomplets

Réponses aux rétroactions du Comité de la qualité

- Rapports partagés aux VP et unités/secteurs maintenant identifiées explicitement.
- Analyse croisée incidents/heures-soins complétée: incidence davantage liée à la complexité de la patientièle qu'à la disponibilité des ressources.
- Accessibilité formation iTacit validée (sans VPN).
- Terminologie révisée (modèle de soins collaboratifs): « tournées proactives » au lieu de « offre active ».
- Approche intégrée: sécurité patients – travailleurs.

Leviers d'amélioration identifiés:

- ✓ Infirmières-ressources comme championnes cliniques
- ✓ Accompagnement terrain
- ✓ Accès simplifié aux ressources de formation et outils
- ✓ Renforcement du transfert des connaissances
- ✓ Révision du processus d'audits vers une approche davantage axée sur l'amélioration continue

🟡 Appui requis de l'Équipe de leadership

- Soutenir l'augmentation de la conformité aux formations.
- Appuyer le rôle des infirmières-ressources comme levier de changement.
- Soutenir l'évolution de l'approche d'audit et de surveillance de la qualité.

Comité de surveillance –
gestion des incidents de médicaments



Comité interdisciplinaire de gestion des incidents de médicaments

Le Comité interdisciplinaire de gestion des incidents de médicaments examine actuellement les opportunités d'évolution de son mandat.

Orientation proposée : Passer d'une approche centrée principalement sur la gestion des incidents de médicaments à **une gouvernance intégrée englobant l'ensemble des PSR associées au circuit du médicament**, notamment :

- Gestion des antimicrobiens
- Gérance des opioïdes
- Gestion des médicaments d'alerte élevée
- Bilan comparatif des médicaments (BCM)
- Utilisation sécuritaire des abréviations, symboles et désignations de doses
- Autres initiatives liées à la sécurité médicamenteuse et aux exigences d'Agrément Canada

Recommandations



Nouvelles recommandations pour approbation

Secteur : Soins intensifs – Hôpital régional de Campbellton
Type de signalement : Incident – Sécurité
Description : Comportement agressif d'une personne envers le personnel soignant.

Recommandations		
Faible	Modérée	Élevée
• Rehausser les compétences du personnel soignant du département des soins intensifs Hôpital Regional de Campbellton a l'égard des politiques et procédures . • Relecture de la politique (MUR.4.10.40 et MUR.6.10.40), valider avec attestation de la lecture	• Intégrer la politique et procédure Alert Administrative dans le réseau de Vitalité. • Mettre en place un système de bouton de panique semblable a celui actuellement utilise à l'urgence afin d'assurer une réponse rapide en situation de sécurité. • Établir des lignes directrices claires pour la surveillance étroite des patients agités ainsi que des patients sous Formule 1 qui ne sont pas admis en psychiatrie.	• Installer une porte a barrière aux soins intensifs avec accès restreint au personnel autorise du département seulement. • Mettre en place un système de contrôle au département accès restrictif aux personnels autoriser incluant un bouton au poste de travail afin de permettre aux employés d'ouvrir la porte de façon sécuritaire et efficace sans avoir a se déplacer.

Remarques : Voir document en annexe, « **Rapport d'avancement des recommandations** » (6.1.2) – **ligne 40 à 45**

Note - Chaque recommandation fera l'objet d'un suivi afin de confirmer sa mise en œuvre et d'évaluer son efficacité.

Nouvelles revues sans recommandations

Secteur	Type de signalement
Médecine générale	Incident – traitement/test/procédure
	Incident – Chute
	Incident – Chute
SM et STD	Suicide en communauté
	Suicide en communauté
	Suicide en communauté
	Suicide en communauté
Services d'urgence	Suicide en communauté
Unités de transition	Incident – traitement/test/procédure
	Incident – traitement/test/procédure
	Incident – Chute
	Incident – Chute

Remarques : Voir document en annexe, « Rapport d'avancement des recommandations » (6.1.2)

Suivi des recommandations

30 dossiers ouverts → 11 dossiers fermés depuis le dernier rapport.

Enjeux prioritaires	Actions	Résultats attendus
Application variable des politiques et procédures	➢ Travaux de standardisation amorcés. ➢ Harmonisation des pratiques et outils cliniques.	✓ Adoption plus uniforme des processus cliniques. ✓ Renforcement des compétences cliniques ✓ Réduction des risques pour les patients et les équipes.
Développement et maintien des compétences	➢ Formations et simulations déployées. ➢ Activités de formation et accompagnement des équipes.	

vitalité

Expérience patient



Tableau de bord sur les plaintes

Indicateurs	T1 2026-2027	Tendance	À surveiller	Actions
Taux de plaintes (tous confondus)	0.80 plaintes par interaction/ patient	↑	• Augmentation de **57% comparativement à la même période l'an dernier.** • **Zones 1B et 6.**	✓ **Analyse approfondie à l'urgence HChaleur afin d'identifier des pistes d'amélioration à implanter.**
2 catégories principales:				
• Taux de plaintes liées à la **qualité des soins**	0.37 plaintes par interaction/ patient	↓	• Amélioration, mais demeure la catégorie la plus élevée, particulièrement à la zone 6. • **Urgence HChaleur**	
• Taux de plaintes liées au **comportement et à la communication**	0.30 plaintes par interaction/ patient	↑	• Augmentation, taux élé • **Urgence HChaleur**	
Autres catégories surveillées				
• **Taux de plaintes médicales**	0.04 plaintes par interactions patients	↓	• Amélioration à la zone 6.	
• **Taux de consultation**	0.55 plaintes par interactions patients	↑	• Augmentation au CHR.	

vitalité

Satisfaction clientèle



Évaluation de la satisfaction de la clientèle

Sondage	Taux global de satisfaction
Services externes	95%
Soins aigus	88%
Service d'urgence	68%
Soins intensifs	95%
Psychiatrie, pédopsychiatrie et STD	83%
ÉLSF	93%

Enjeux prioritaire - Urgence

- Temps d'attente
- Perception de manque de ressource médicale
- Amélioration souhaitée de l'accueil, de la communication et du confort en salle d'attente.

Prochaines étapes:

- ↑ taux de participation
- Analyse approfondie, identification des pistes d'améliorations et actualisation d'un plan d'action avec suivi régulier des indicateurs.

Références et définitions



Définitions générales

Terme	Définition
Évènement	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.

Dimension de satisfaction

Dimension	Question(s) associée(s)
Admission	• Comment évalueriez-vous la clarté des renseignements reçus lors de l'admission?
Attente globale	• 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	• 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	• 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	• 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	• Étiez-vous à l'aise pendant votre séjour à l'hôpital?
Contrôle des infections	• Avez-vous remarqué si le personnel se lavait ou se désinfectait les mains avant de vous donner les soins?

Dimension de satisfaction

Dimension	Question(s) associée(s)
Coordination des soins à l'interne	• 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	• En général, comment évalueriez-vous votre expérience d'hospitalisation?
Information et compréhension	• 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	• 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	• 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	• Environnement et Hygiène hospitalière: Lors de votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous la propreté de votre chambre?

Catégories d'incidents
(selon les 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.

Consultation : Communication reçue d'un patient d'un membre de famille ou membre du publique qui cherche à obtenir de l'orientation, des conseils ou à discuter d'une situation.

Catégories	Sous-catégories	2e 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; entretient et maintenance; sécurité du bâtiment; signalisation/affichage; environnement sans obstacle; services alimentaires; niveau de bruit général; patient/PSD/visiteur social; professionnels de la santé; coût/paiement/fonctionnement défectueux; manque d'espace; téléphone; télévision; internet sans fil (wi-fi); stations/bornes de rechange
Autre	Autre	Autre

Catégories de plaintes - suite
(selon les définitions provinciales)

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

Note: Le dictionnaire des définitions peut être fourni sur demande

Dimensions de la qualité selon Agrément Canada

DIMENSION		TEXTE EXPLICATIF
	Accent sur la population :	Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.
	Accessibilité :	M'offrir des services équitables, en temps opportun.
	Sécurité :	Assurer la sécurité.
	Qualité de vie au travail :	Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.
	Services centrés sur l'usager :	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.
	Efficience :	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Chaque défi est une occasion de croissance

Note exécutive

Point 9.2

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

Date: 22 septembre 2026

Objet : Rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) – 2026-2027-T1

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 mixte de la qualité et de la gouvernance.

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

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

Les résultats de ces analyses et un comparatif avec le troisième trimestre sont présentés au Comité dans une présentation Power Point alignée avec le mandat du Comité.

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

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

Données probantes ou information probante à l'appui

Une présentation Power Point est annexée à la note exécutive.

Solution ou action proposée

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

Risque lié à cette action ou à l'inaction

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

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	

Dimensions de la qualité applicables

☐**Accent sur la population** : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre
☐**Accessibilité** : M'offrir des services équitables, en temps opportun
☒ **La sécurité** : Assurer ma sécurité
☐**Qualité de vie au travail** : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi
☒ **Services centrés sur l'usager** : 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
☒ **Efficience** : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible

Suivi(s) à la décision
Sans objet.

Agrément Canada

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) :

Nº de critère	Libellé
3.1.9	L'instance de gouvernance fait en sorte de rester informée des risques organisationnels, en temps opportun.
3.1.10	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose d'une stratégie complète de continuité des activités pour réduire le plus possible les interruptions de service.
3.5.7	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme protège la vie privée et tous les renseignements des intervenants.
3.5.8	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de systèmes de gestion de l'information efficaces, y compris de systèmes de sécurité de l'information.
3.5.9	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme gère le flux d'information et l'accès à l'information de façon à maximiser la qualité des soins offerts à l'usager.

Motion
Sans objet.

Soumis le 3 septembre 2026 par Steve Savoie, Vice-président adjoint – Qualité, Risques et Technologies et Catherine Rouanes, Chef de la gestion des risques intégrés

RISQUES ORGANISATIONNELS

Rapport T1(avril-juin 2026)

Comité de la qualité et de la gouvernance



Bureau de la protection des renseignements personnels

Rapport d’activités T1- Indicateurs, initiatives, et bons coups



Indicateurs incidents T1 (2026/2027)

Indicateur	Statut	Validation	Résultat / Impact	Cible	Prochaines étapes
Délai de signalement	🟡	Audit périodique des délais	**≥ 76 % ≤ 2 jours**	≥ 90 %	Surveillance continue, sensibilisations et amélioration
Intentionnalité	🟢	Évaluation continue	**0% malveillants**	≤ 5 %	Campagne de sensibilisation et surveillance
Notifications	🟢	Évaluation continue	**4% nécessitant la notification**	≤ 10 %	Campagne de sensibilisation et surveillance
Évaluations de l'Ombud	🟢	Recomman-dations émises	**0%**	≤ 5 %	Phase 2 et mesure des bénéfices

Indicateurs T1 (2026/2027)

Indicateur	Statut	Validation	Résultat / Impact	Cible	Prochaines étapes
Incidents redirigés	🟡	Audit	**13%**	≤ 5 %	Surveillance continue, sensibilisations et amélioration
Conformité - formation	🟡	Validation en cours	**72%**	100%	Validation des données, campagne ciblée auprès des secteurs
Consultations	🟢	Audit périodique des délais	100 % ≤ 1 jour	≥ 10 %	Campagne de sensibilisation et surveillance
Satisfaction	🟢	Recomman-dations émises	**0%**	≥ 5 %	Phase 2 et mesure des bénéfices

Optimisation du Bureau de la protection des renseignements personnels

- Examen de la maturité du programme 
- Creation du plan de travail 12 – 36 mois en cours 
- Objectif: un programme avec des objectifs mesurables qui nous permettront une amélioration continue 

Bon coup illustrant une amélioration

Succès de la phase 1 : Projet codage – Lyne Surette

= ↑ la confidentialité

= ↓ du délai pour retourner le courrier

= ↓ charge de travail pour archives

= amélioration expérience patient

= amélioration expérience employé



vitalité

Secteurs des mesures d’urgence

Système des administrateurs en disponibilité (AD*)



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

T1 2026 - 2027 Top 3 Catégorie d'évènements
1. Infrastructure / Maintenance
2. Débordement
3. Sécurité

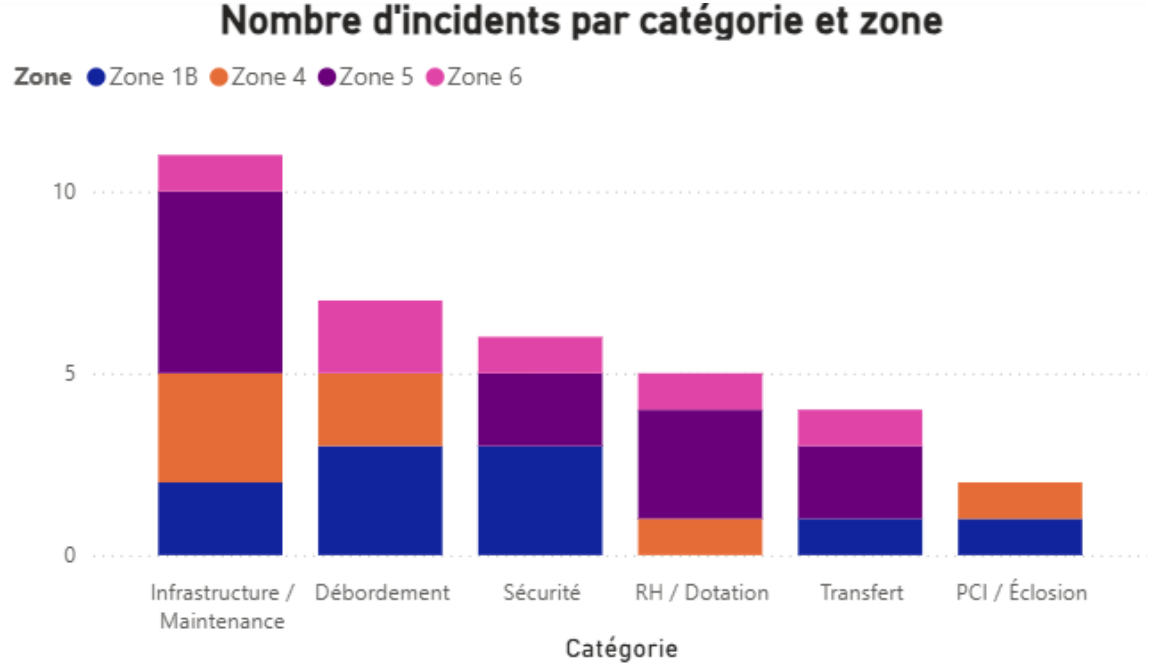
T4 2025 - 2026 Top 3 Catégories d'évènements
1. Dégâts d'eau/ code gris/téléphonie
2. Menaces/ aggression/ sécurité
3. Débordement

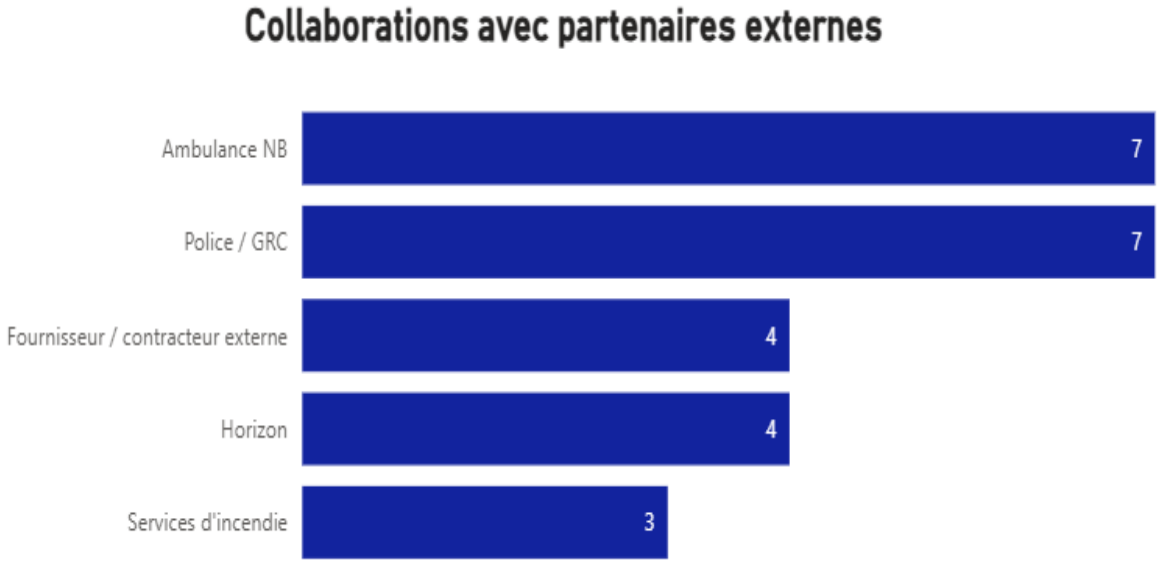
*Administrateurs en disponibilité

Portrait du système de garde - T1 2026-2027

Total de 51 évènements uniques gérés au T1

- 33 CCU documentés
- 25 évènements ont nécessité une collaboration avec partenaires externes





Comparaison trimestrielle

Risque sécurité: amélioration de la maîtrise organisationnelle

Analyse

- Diminution des événements de sécurité nécessitant une gestion par les ADs
- Les événements observés ont été moins complexes et moins nombreux

Intervention

- Renforcement de la coordination entre Sécurité, GRC, équipes cliniques et AD
- Déploiement d'un processus structuré pour les demandes de visionnement vidéo
- Meilleure standardisation de l'escalade décisionnelle

Résultats

- Réduction des événements nécessitant une mobilisation majeure
- Réponses plus rapides aux événements critiques

Impact

- Réduction du risque organisationnel associé à la sécurité des patients, visiteurs et employés

Comparaison trimestrielle

Débordement : amélioration de la gestion des situations complexes

Analyse

- Légère diminution des événements de débordement comparativement au T4
- Hôpitaux ayant eu recours aux ADs: Tracadie, Edmundston et le CHU Dumont

Intervention

- Activation de CCU lors des situations de débordement critique
- Utilisation des plans de débordement

Résultats

- Meilleure coordination des actions visant à accélérer les congés et libérer la capacité
- Identification plus rapide des bloqueurs liés aux congés
- Utilisation des plans d'action pour assurer le suivi des situations plus complexes

Impact

- Réduction du temps de réponse lors des situations de débordement grâce à une coordination plus rapide et mieux structurée.

Comparaison trimestrielle

Risque infrastructure: principal risque opérationnel du trimestre

Analyse

- L'infrastructure demeure la catégorie générant le plus grand nombre d'événements
- Les incidents concernent principalement: dégâts d'eau, pannes électriques, bris d'équipements critiques, accès physiques.

Intervention

- Mobilisation rapide des équipes techniques
- Activation des plans d'urgence locaux
- Coordination avec les partenaires externes

Résultats

- Aucune interruption prolongée des soins
- Maintien de la continuité opérationnelle

Impact

- Réduction des conséquences cliniques malgré la persistance des risques liés aux infrastructures

Bureau des risques organisationnels

Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC)



Dossiers HIROC - T1 2026-2027

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

Top 3 (+60%) Catégorie d'évènements	Constat
1.Traitement / Analyse/ Procédé	Augmentation du volume de dossiers
2. Soins obstétriques	Hausse de l'exposition financière potentielle
3. Chute	Principal risque de responsabilité civile

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

Dossiers HIROC - T1 2026-2027

Catégorie	Nombre de dossiers
Traitement / Analyse / Procédé	35
Soins obstétriques	33
Chute	14
Sécurité	11
Qualité des soins	8
Vie privée	6
Agression sexuelle	6
Discrimination / Abus	5
Communication	3
Suicide	3
Perte biens	3
Médicament	3
Infrastructure et matériel	2
Contentions	1
Mandataire spécial	1

Statut	Nombre de dossiers
Signalement à HIROC	16
Dossier ouvert	16
Avocat assigné	73
Défense en cours	12
Interrogatoire au préalable	7

Type de dossier	Nombre de dossiers
Signalement	69
Litige	20
Recours collectif	5
Réclamation	10
Lettre d’avocat reçue	3
Ouvert pour conseil	1

Dossiers de réclamation de moins de 6 000$ T1 2026-2027

Statut	Nombre de dossiers
Incident signalé	3
Dépliant envoyé	12
Enquête en cours	5
Demande reçue	1
Demande refusée	1

Type de réclamation	Nombre de dossiers
Dentiers	7
Appareil medical	4
Appareils auditifs	5
Vêtements et souliers	3
Bijoux et accessoires	2
Items personnels	1
Autres	1
Temps	1
Appareils électroniques	1

Ce que nous apprend le trimestre

Tendances observées

- Hausse des signalements d’événements cliniques complexes
- Maintien de l’exposition élevée en obstétrique
- Augmentation des dossiers liés à la qualité des soins

Ce que cela signifie

- Les mécanismes de déclaration fonctionnent
- La culture de signalement continue de se développer

Impact organisationnel

- Meilleure visibilité sur les risques émergents

Évolution du profil de risque médico-légal

Intervention

- Révision continue des événements majeurs
- Collaboration récurrente avec HIROC et avocats externes
- Soutien aux démarches de divulgation

Résultats

- 64% des dossiers demeurent à l’étape de signalement
- Seulement 20 dossiers sont dans le système judiciaire
- Plusieurs dossiers historiques ont été fermés

Impact

- Détection précoce et prise en charge rapide des événements à fort potentiel de réclamation

Note exécutive

Point 9.3

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

Date : 22 septembre 2026

Objet : Rapport trimestriel T1 - DÉIA

Résultat ou état futur recherché

Permettre au Comité d'exercer sa responsabilité de surveillance à l'égard de l'approche du Réseau de santé Vitalité en matière de diversité, d'équité, d'inclusion et d'accessibilité (DÉIA), ainsi que de lutte contre le racisme, y compris envers les communautés autochtones. Le rapport présente les activités réalisées au premier trimestre, l'état initial de maturité organisationnelle et la méthode retenue pour prioriser les prochaines actions.

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

La surveillance du Comité doit permettre de vérifier que les engagements en DÉIA progressent de façon structurée et qu'ils répondent aux exigences de gouvernance et d'agrément. Au T1, le travail a principalement porté sur renforcer les fondations.

Cette lecture commune est nécessaire pour passer d'initiatives ponctuelles à une démarche organisationnelle mesurable. Elle permet aussi d'orienter les efforts vers les écarts les plus importants et les exigences qui présentent le plus grand enjeu pour la qualité, l'expérience des personnes et la confiance des communautés.

Données probantes ou information probante à l'appui

Principales activités réalisées au T1

- **Formation :** poursuite du parcours DÉIA du Centre canadien pour la diversité et l'inclusion et révision des modules de formation obligatoires.
- **Agrément Canada :** rencontres de préparation des preuves et de l'accueil des visiteurs.
- **Collaborations communautaires :** participation à la table ronde Parlons santé, parlons communauté lors du Rendez-vous de la fierté Acadie Love, collaboration avec le Centre de ressources familiales du Restigouche et visites multiples dans les communautés des Premières nations en vue d'établir une relation de collaboration.
- **Collaboration interne :** révision du rapport exécutif sur le sondage Mieux-être des nouveaux arrivants avec l'équipe de l'immigration et les Ressources humaines.
- **Groupes de travail :** contribution aux travaux sur les soins d'affirmation du genre, le Sommet provincial de santé 2SLGBTQIA+, la nouvelle solution de dossier médical électronique et l'intégration de patients partenaires aux projets Symbio.
- **Comité régional DÉIA :** révision des modules obligatoires, préparation d'une séance de micro-apprentissage et présentation du Groupe de travail sur le racisme systémique le 25 juin 2026.
- **Groupe de travail sur le racisme systémique :** production d'une première ébauche du plan d'action lors de la rencontre du 11 juin 2026.
- **État initial de maturité organisationnelle en DÉIA :** Vitalité a retenu le Global Diversity, Equity & Inclusion Benchmarks comme cadre d'évaluation afin d'examiner les dynamiques systémiques, collectives et individuelles. L'évaluation établit un indice organisationnel initial de 2,25 sur 5. La cible est de 2,4 au 31 mars 2027, puis de 2,8 en 2027-2028 et de 3,5 en 2028-2029. Les résultats varient selon les catégories. La communication (2,8) et la communauté (2,7) obtiennent les indices les plus élevés. La vision, le leadership et le recrutement se situent à 2,0. Ces résultats constituent un point

de départ : ils ne démontrent pas encore une amélioration, mais fournissent une base mesurable pour prioriser et suivre les actions.

- **Appui à la priorisation :** Une analyse croisée met en relation les groupes et catégories du cadre de maturité avec les normes d'Agrément Canada. Cette analyse doit permettre de concentrer les actions là où les écarts de maturité rejoignent les obligations de qualité et de gouvernance, notamment celles qui concernent la lutte contre le racisme systémique et les communautés autochtones.

Solution ou action proposée

Poursuivre la mise en œuvre d'une démarche intégrée de DÉIA fondée sur les données recueillies au T1. Les prochaines étapes consistent à finaliser le plan d'action priorisé à partir de l'analyse croisée, à préciser pour chaque action un responsable, un échéancier et une mesure de progrès, puis à suivre l'évolution de l'indice de maturité par rapport à la cible de 2,4 au 31 mars 2027.

Le plan devrait accorder une attention explicite aux catégories dont les indices permettront d'atteindre le niveau de maturité ciblé, tout en maintenant les travaux déjà amorcés en formation, en préparation à l'agrément, en participation des patients partenaires et en lutte contre le racisme systémique.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Le principal risque serait de traiter les activités réalisées comme une preuve suffisante de progrès sans démontrer leur effet sur les pratiques, les expériences et les résultats. Sans priorités, responsabilités et mesures de suivi clairement définies, les efforts pourraient demeurer dispersés et l'organisation pourrait ne pas réduire les écarts relevés par l'évaluation de maturité.

L'inaction ou un suivi insuffisant augmenterait aussi le risque de ne pas satisfaire pleinement aux exigences d'Agrément Canada, de maintenir des barrières systémiques et d'affaiblir la confiance des employés, des patients et des communautés, notamment des communautés autochtones et des personnes exposées au racisme ou à d'autres formes de discrimination.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique			X	La DÉIA et la lutte contre le racisme relèvent des obligations éthiques et de gouvernance.
Qualité et sécurité		X		Les barrières systémiques peuvent influencer l'accès, l'expérience et la sécurité culturelle des soins.
Partenariats		X		Les travaux reposent sur la participation des communautés et des patients partenaires.
Gestion des risques (analyse légale)		X		Le suivi soutient la conformité aux exigences applicables et aux normes d'agrément.
Allocation des ressources (analyse financière)	X			Les activités rapportées s'inscrivent dans les ressources et structures de travail existantes.
Impacts politiques	X			Aucun impact politique précis n'est identifié pour le trimestre.
Réputation et communication			X	Un écart persistant entre les engagements et les pratiques pourrait diminuer la confiance.

Dimensions de la qualité applicables

☒**Accent sur la population** : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre
☒**Accessibilité** : M'offrir des services équitables, en temps opportun
☐**La sécurité** : Assurer ma sécurité
☐**Qualité de vie au travail** : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi
☒**Services centrés sur l'usager** : 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

☐**Efficience** : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible

Suivi(s) à la décision

- Finaliser le plan d'action DÉIA à partir des résultats de maturité et de l'analyse croisée avec les normes d'Agrément Canada.
- Définir les responsables, les échéanciers et les indicateurs de progression associés aux actions retenues.
- Poursuivre l'élaboration du plan d'action sur le racisme systémique et préciser les mesures visant les communautés autochtones.
- Présenter au Comité un prochain état d'avancement qui distingue les activités réalisées, les livrables complétés et les changements observés.

Agrément Canada[1]

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) :

Nº de critère	Libellé
5.1.1	Le comité surveille, conseille le Conseil et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives à l'approche liée à la diversité, à l'équité et à l'inclusion ainsi qu'à la lutte contre le racisme, y compris à l'endroit des communautés autochtones.

Motion

Sans objet.

Soumis le 11 septembre 2026 par Charline Morrison, Directrice principale de l'Engagement

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

Diversité, équité, inclusion et accessibilité

Septembre 2026

ENGAGEMENT
et développement organisationnel

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK

Nos livrables 2026-2029



2028-2029

NOS LIVRABLES = NOTRE PROMESSE À LA PDG

- **Augmenter le niveau de maturité organisationnelle en DÉIA de 2.8 à 3.5 (année 3)**
- 220 gestionnaires/directions ont participé au programme de formation et d'accompagnement en leadership transformationnel et systémique (Programme 2)



2027-2028

NOS LIVRABLES = NOTRE PROMESSE À LA PDG

- **Augmenter le niveau de maturité organisationnelle en DÉIA de 2.4 à 2.8 (année 2)**
- Augmenter le niveau de maturité organisationnelle en gestion du changement de 3 à 3.5 (année 2)
- 1 programme de formation et d'accompagnement en leadership transformationnel et systémique (Programme 2) est développé et prêt à être livré
- 50% des gestionnaires sont engagés dans un processus avec un mentor



2026-2027

NOS LIVRABLES = NOTRE PROMESSE À LA PDG

- Une plateforme de reconnaissance est en place et prête à être utilisée d'ici le 31 mars 2027
- 220 gestionnaires ont participé au programme de formation en leadership d'ici le 31 mars 2027
- **Augmenter le niveau de maturité organisationnelle en DÉIA de 2.25 à 2.4 d'ici le 31 mars 2027**
- Augmenter le niveau de maturité organisationnelle en gestion du changement de 2.5 à 3 d'ici le 31 mars 2027

ENGAGEMENT
et développement organisationnel

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Rapport T1 – avril, mai, juin 2026

Formation

- Parcours DÉIA – Centre canadien pour la diversité et l'inclusion
- Travail de révision des modules de formation obligatoires

Agrément Canada

- Rencontres multiples liées à la préparation des preuves et l'accueil des visiteurs d'Agrément Canada

Collaborations communautaires

- Participation à la table ronde « Parlons santé, parlons communauté! »/ Rendez-vous de la fierté Acadie Love
- Centre de ressources familiales du Restigouche

Collaborations internes

- Révision du rapport exécutif sur le sondage Mieux-être des nouveaux arrivants (équipe de l'immigration, RH)

Rapport T1 – avril, mai, juin 2026

Groupes de travail et comités : Plans d'action et services de consultation

Comité régional DÉIA

Rencontre 25 juin 2026 :
Travail de révision des modules de formation obligatoires, session de micro-apprentissage, présentation du GTRS

GTRS (Groupe de travail sur le racisme systémique)

Rencontre 11 juin 2026 :
Développement de la première ébauche du plan d'action sur le racisme systémique

Comité provincial pour la diversité et l'inclusion 2SLGBTQIA+

Progression du dossier visant à intégrer des patients.es partenaires dans les plans de projets de Symbio

Comité consultatif sur les soins d'affirmation du genre

Participation à la rencontre

Comité consultatif - Sommet provincial de santé 2SLGBTQIA+

Participation aux rencontres afin de contribuer à l'organisation de l'évènement prévu en octobre 2026

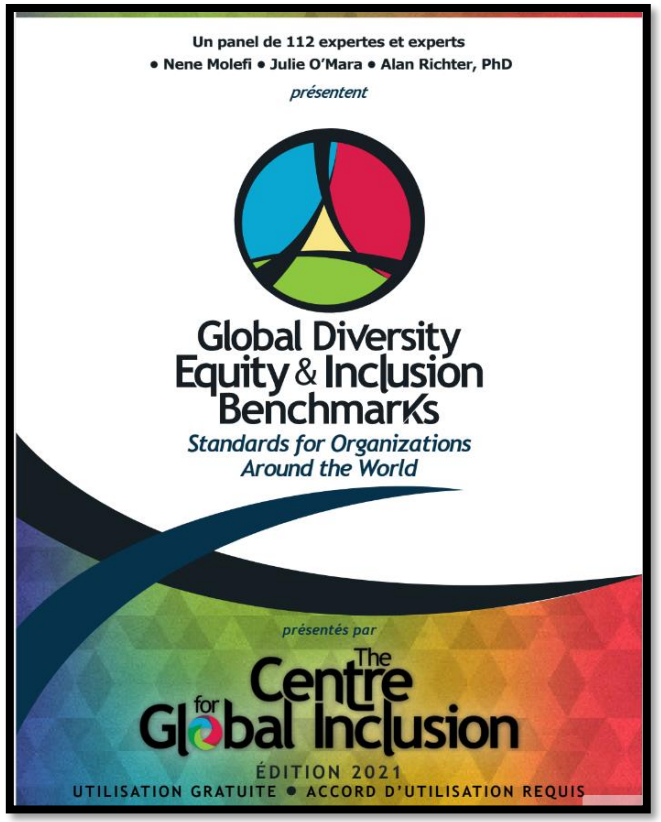
Comité provincial sur la nouvelle solution DME

Participation aux rencontres et contribution aux plans d'action

Rapport T1 – avril, mai, juin 2026

Une première action essentielle pour la suite :
Savoir où nous en sommes

Devant le besoin d'un alignement robuste permettant de poser un regard sur les dynamiques systémiques, de groupes et individuelles, le Réseau de santé Vitalité s'est doté d'un outil soit le « *Global Diversity Equity & Inclusion Benchmarks : Standards for Oragnizations Around the World* ».



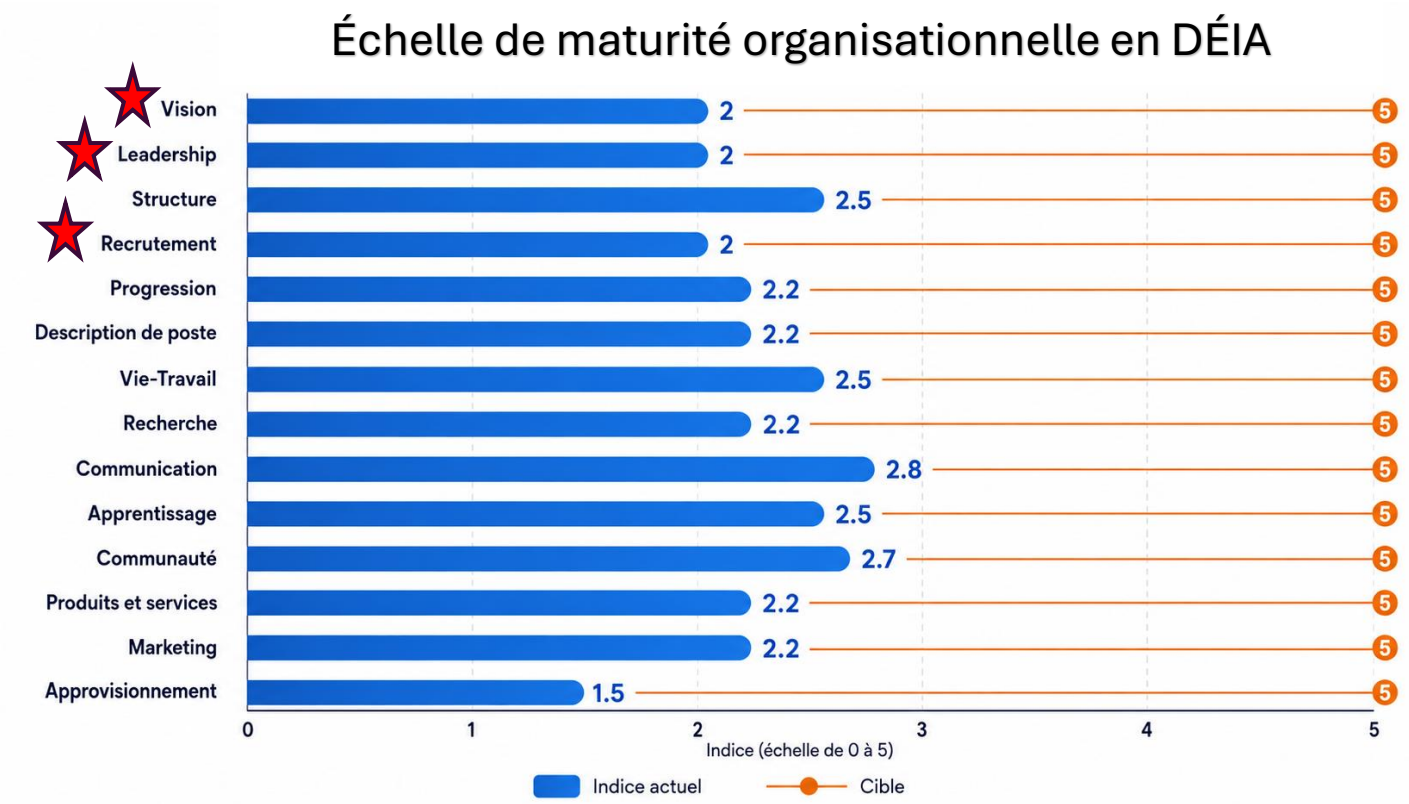
Rapport T1 – avril, mai, juin 2026

Groupes et catégories évalués

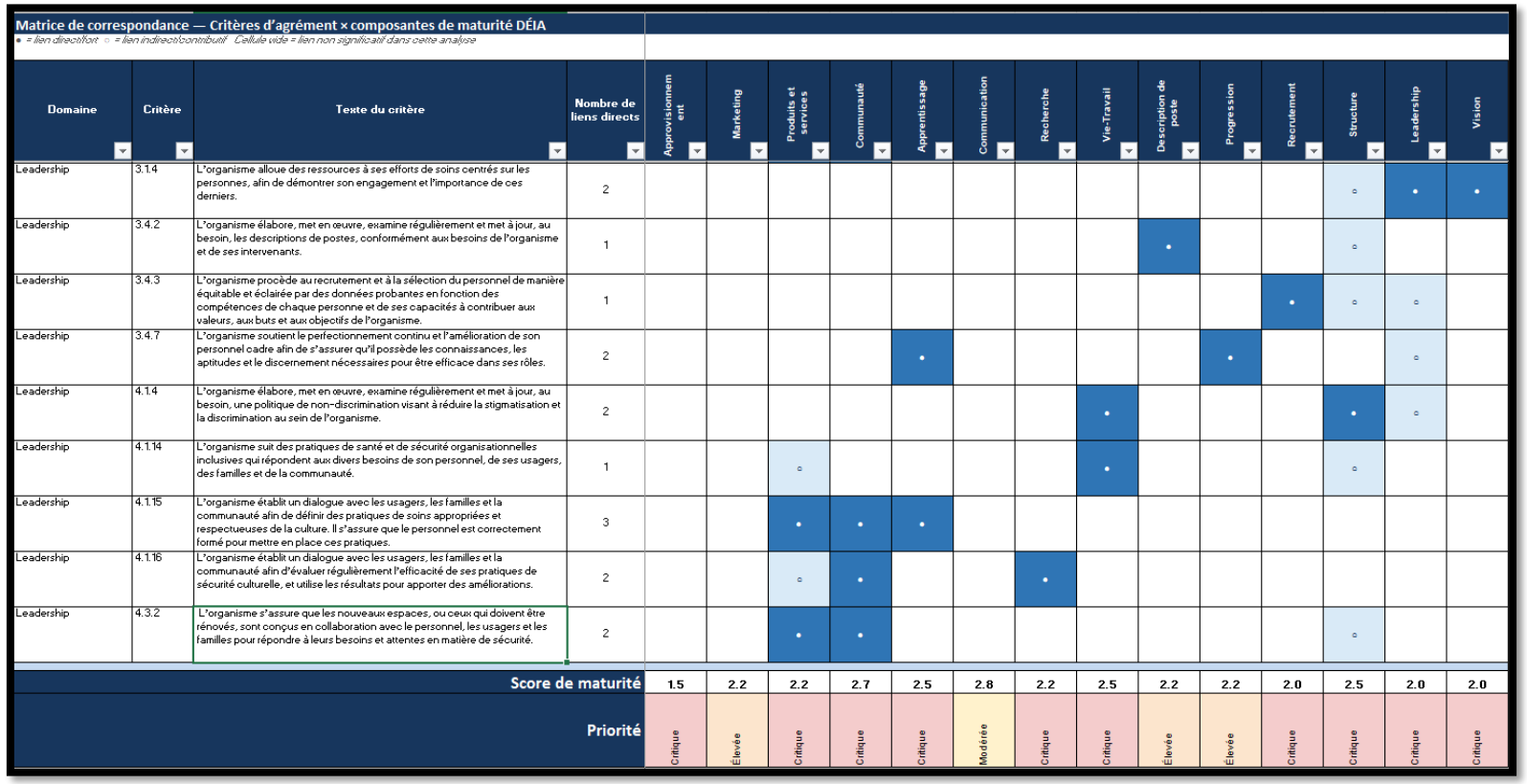


Rapport T1 – avril, mai, juin 2026

Une première action :
Savoir où nous en sommes



Rapport T1 – avril, mai, juin 2026



Matrice de correspondance — Critères d'agrément × composantes de maturité DÉIA

● = lien direct/fort ○ = lien indirect/contributif Cellule vide = lien non significatif dans cette analyse

Domaine	Critère	Texte du critère	Nombre de liens directs	Approvisionnement	Marketing	Produits et services	Communauté	Apprentissage	Communication	Recherche	Vie-Travail	Description de poste	Progression	Recrutement	Structure	Leadership	Vision
Leadership	3.1.4	L'organisme alloue des ressources à ses efforts de soins centrés sur les personnes, afin de démontrer son engagement et l'importance de ces derniers.	2												○	●	●
Leadership	3.4.2	L'organisme élabore, met en œuvre, examine régulièrement et met à jour, au besoin, les descriptions de postes, conformément aux besoins de l'organisme et de ses intervenants.	1									●			○		
Leadership	3.4.3	L'organisme procède au recrutement et à la sélection du personnel de manière équitable et éclairée par des données probantes en fonction des compétences de chaque personne et de ses capacités à contribuer aux valeurs, aux buts et aux objectifs de l'organisme.	1											●	○	○	
Leadership	3.4.7	L'organisme soutient le perfectionnement continu et l'amélioration de son personnel cadre afin de s'assurer qu'il possède les connaissances, les aptitudes et le discernement nécessaires pour être efficace dans ses rôles.	2					●					●			○	
Leadership	4.1.4	L'organisme élabore, met en œuvre, examine régulièrement et met à jour, au besoin, une politique de non-discrimination visant à réduire la stigmatisation et la discrimination au sein de l'organisme.	2								●				●	○	
Leadership	4.1.14	L'organisme suit des pratiques de santé et de sécurité organisationnelles inclusives qui répondent aux divers besoins de son personnel, de ses usagers, des familles et de la communauté.	1			○					●				○		
Leadership	4.1.15	L'organisme établit un dialogue avec les usagers, les familles et la communauté afin de définir des pratiques de soins appropriées et respectueuses de la culture. Il s'assure que le personnel est correctement formé pour mettre en place ces pratiques.	3			●	●	●									
Leadership	4.1.16	L'organisme établit un dialogue avec les usagers, les familles et la communauté afin d'évaluer régulièrement l'efficacité de ses pratiques de sécurité culturelle, et utilise les résultats pour apporter des améliorations.	2			○	●			●							
Leadership	4.3.2	L'organisme s'assure que les nouveaux espaces, ou ceux qui doivent être rénovés, sont conçus en collaboration avec le personnel, les usagers et les familles pour répondre à leurs besoins et attentes en matière de sécurité.	2			●	●								○		
Score de maturité				1.5	2.2	2.2	2.7	2.5	2.8	2.2	2.5	2.2	2.2	2.0	2.5	2.0	2.0
Priorité				Critique	Élevée	Critique	Critique	Critique	Modérée	Critique	Critique	Élevée	Élevée	Critique	Critique	Critique	Critique

Appui à la priorisation des actions

Analyse croisée entre les groupes et catégories de l'échelle de maturité en DÉIA et les normes de l'Agrément

ENGAGEMENT
et développement organisationnel

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Note exécutive

Point 10.1

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

Date : 22 septembre 2026

Objet : Révision et recommandation du plan de travail

Résultat ou état futur recherché

Approuver le plan de travail du volet qualité du présent comité.

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 ou information probantes à l'appui

Sans objet.

Solution ou action proposée

Voir le tableau en annexe.

Risque lié à cette action ou 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		

Dimensions de la qualité applicables

☐**Accent sur la population** : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre
☐**Accessibilité** : M'offrir des services équitables, en temps opportun
☒**La sécurité** : Assurer ma sécurité
☐**Qualité de vie au travail** : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi
☒**Services centrés sur l'usager** : 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

☐**Efficience** : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible

Suivi(s) à la décision

Opérationnaliser le plan de travail

Agrément Canada

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) :

No de critère	Libellé
3.1.12	L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins offerts par l'organisme.

Motion

Soumis 3 septembre 2026 par Marjorie Pigeon, Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient

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				
	Réception du rapport annuel du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient	X				
	Réception du rapport trimestriel du Bureau des risques organisationnels (incluant Bureau de la vie privée et SST)	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)	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel en matière de diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme	X	X	X	X	
	Réception du rapport annuel du Bureau des risques organisationnels				X	
	Réception du rapport annuel du Bureau de la vie privée				X	
	Approbation du plan d'amélioration continue de la qualité				X	
	Identification des besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, des risques et de l'éthique					X
	Révision et adoption du mandat du comité					X
Support de la vice-présidence adjointe responsable de la qualité des soins et de la sécurité des patients						

ÉBAUCHE

Adoption: 2026-09-XX

Note exécutive

Point 10.2

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

Date : 22 septembre 2026

Objet : Amendements à la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* (LQSSP) (PL40)

Résultat ou état futur recherché

Présenter les principales modifications à la *Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients* à la suite de la sanction royale du Projet de loi 40 le 12 juin 2026 et confirmer l'orientation d'un plan de transition structuré afin d'assurer l'alignement du Réseau avec les nouvelles exigences législatives et réglementaires.

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

La LQSSP, qui avait initialement été adoptée en 2016, a été révisée après dix années.

Les éléments clés des modifications à la Loi sont la clarification des définitions des incidents liés à la sécurité d'un patient; l'amélioration des processus d'examen des incidents graves; l'augmentation des possibilités d'examen conjoint entre les organismes de soins de santé; l'amélioration de l'utilisation des données pour déterminer les tendances et orienter les améliorations; et la création officielle du comité consultatif provincial.

L'amendement nécessite une mise à niveau du fonctionnement, des politiques, des procédures, des rôles et responsabilités ainsi que des outils utilisés en matière de gestion de la sécurité des patients dans les régies de santé ainsi qu'EM/ANB. Bien que plusieurs mécanismes soient déjà en place au Réseau, certains ajustements demeurent nécessaires afin d'assurer un alignement complet avec les nouvelles exigences de la Loi.

Compte tenu de la sanction récente de la Loi, de la période estivale et du caractère substantiel des changements, il est reconnu que la pleine conformité ne peut pas être présumée immédiatement. L'approche proposée vise plutôt à confirmer les priorités, à structurer les travaux et à assurer une transition réaliste vers la conformité.

Données probantes ou information probante à l'appui

Projet de loi 40
Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients
Travaux de l'Assemblée législative

Solution ou action proposée

Les principaux changements à prévoir :

1. Gouvernance et comités

- Revoir le rôle, le mandat et la composition du comité de la qualité ainsi que de ses comités afférents afin d'assurer leur alignement avec les nouvelles exigences de la Loi et d'évaluer si la structure de gouvernance actuelle permet de répondre adéquatement aux responsabilités qui en découlent.
- Revoir le niveau d'information transmis au conseil d'administration, incluant les faits pertinents, les recommandations approuvées et les suivis requis.
- Clarifier l'arrimage entre le comité consultatif provincial, le comité de gouvernance provincial, les comités internes et le ministère.

2. Définitions, taxonomie et classification des incidents

- Réviser les définitions dans les politiques, procédures et outils internes.
- Mettre à jour la taxonomie des incidents selon les nouvelles catégories prévues par la loi.

3. Gestion des incidents et rapports d'incident

- Revoir le processus de déclaration des incidents afin de s'assurer qu'il respecte les nouveaux délais et attentes.
- Déterminer ce qui peut être communiqué du rapport d'incident au patient.

4. Examens de la qualité et revues d'incidents

- Réviser la politique sur les incidents préjudiciables.
- Établir des critères clairs pour déterminer quand un examen de la qualité est requis, notamment pour les événements critiques et les événements affectant plusieurs patients.
- Définir le type de revue approprié selon la gravité, la portée ou le risque de l'incident.
- Réviser le format des rapports d'examen de la qualité afin qu'ils répondent aux nouvelles exigences de la Loi.

5. Examens conjoints entre organismes

- Développer une structure de collaboration pour les examens conjoints entre organismes, notamment avec Horizon et EM/ANB.
- Clarifier les rôles, responsabilités, règles de confidentialité et modalités de partage d'information lors des revues conjointes.
- Valider les implications médicales, médico-légales et de protection des renseignements lors des examens conjoints.

6. Avis au patient et divulgation

- Réviser la politique de divulgation aux patients.

7. Avis au ministre et reddition de comptes ministérielle

- Établir des critères pour déterminer quand le ministre doit être avisé d'un incident.
- Mettre en place les mécanismes nécessaires pour satisfaire aux exigences législatives et ministérielles relatives à la production, à la transmission et au suivi des plans, rapports, indicateurs de rendement et renseignements de surveillance en matière de qualité et de sécurité des soins.

8. Plan et rapport d'amélioration de la qualité

- Préparer un plan d'amélioration de la qualité conforme aux attentes de la loi.
- Prévoir la production annuelle d'un rapport d'amélioration de la qualité.
- Améliorer les tableaux de bord qualité-sécurité et les indicateurs de suivi.
- Déterminer comment le plan d'amélioration de la qualité, les activités d'amélioration, les indicateurs de rendement et les résultats seront suivis par le Comité de la qualité et rapportés aux instances appropriées.

9. Confidentialité, accès à l'information et protection des renseignements

- Déterminer quels renseignements demeurent strictement confidentiels et lesquels peuvent être communiqués.
- Réviser les politiques et procédures sur la collecte, l'utilisation, la communication et la conservation des renseignements.
- Renforcer les balises afin de préserver la culture de sécurité psychologique et de déclaration.

10. Renseignements de surveillance et transmission des données

- Adapter la taxonomie et la structure des données aux exigences provinciales.
- Préparer les mécanismes de collecte, d'utilisation, de conservation et de transmission des renseignements de surveillance, incluant les exigences prévues pour le 1er avril 2027 (ICIS) et le 1er décembre 2027 (ISMP).

11. Politiques, procédures et gabarits organisationnels

- Réviser les politiques et procédures liées aux incidents, à la divulgation, aux examens de la qualité, à la confidentialité, à la reddition de comptes, aux plans d'amélioration de la qualité et aux rapports d'amélioration de la qualité.
- Mettre à jour les gabarits de rapports d'incidents, de rapports d'examen, de plans d'amélioration, de rapports d'amélioration et de rapports au CA.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

- Risque de non-alignement avec la Loi amendée sur la qualité des soins et la sécurité des patients.
- Ce projet de loi transforme la qualité et la sécurité en enjeu de gouvernance stratégique et de conformité ministérielle.
- Le plus grand risque est l'ambiguïté entre transparence, confidentialité et protection de la culture de sécurité.
- La mise en œuvre exigera un plan structuré, des ressources dédiées et un arrimage provincial serré.
- **Une absence de plan de transition pourrait exposer le Réseau à des écarts de conformité, à une application variable des nouvelles exigences et à une reddition de comptes incomplète.**

Considérations importantes

Les enjeux les plus importants face à cet amendement sont :

- La centralisation accrue des pouvoirs au Ministère.
- La clarification nécessaire de la confidentialité et de l'accès à l'information.
- La capacité réelle de mise en œuvre avec les ressources disponibles.
- La protection de la culture de sécurité et de déclaration.
- L'harmonisation provinciale de la taxonomie, des données et des pratiques.
- La gestion des risques réputationnels, publics, juridiques et médico-légaux.
- La gouvernance interne à adapter rapidement.
- **La nécessité de reconnaître que la Loi est récente et que l'atteinte d'un alignement complet nécessitera une transition formalisée, documentée et suivie par les instances appropriées.**

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		

Dimensions de la qualité applicables

☐**Accent sur la population** : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre
☐**Accessibilité** : M'offrir des services équitables, en temps opportun
☒**La sécurité** : Assurer ma sécurité
☐**Qualité de vie au travail** : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi
☒**Services centrés sur l'usager** : 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

☒**Efficience** : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible

Suivi(s) à la décision

- Créer un plan de travail de mise en conformité, en distinguant les exigences applicables immédiatement de celles dont la mise en œuvre est différée, notamment certaines transmissions de données prévues le 1er avril 2027 et le 1er décembre 2027.
- Identifier les politiques, procédures, mandats et gabarits à réviser en priorité.
- Former un petit groupe de travail interne intersectoriel : qualité, risques, juridique, vie privée, communications, PCI, données et chefferie médicale.
- Clarifier rapidement les enjeux de confidentialité, de communication des rapports, de transmission des renseignements de surveillance et de reddition de comptes.
- S'arrimer avec Horizon, EM/ANB et le ministère sur la taxonomie, les gabarits et les attentes de reddition de comptes.
- Présenter au Comité de la qualité un suivi périodique de l'avancement du plan de transition et des principaux risques d'implantation.

Agrément Canada

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance, d'amélioration continue de la qualité, de sécurité des patients, de suivi des résultats et de reddition de comptes.

No de critère	Libellé

Motion

Pour information et discussion. Reconnaître la nécessité de mettre en œuvre un plan de transition structuré afin d'assurer l'alignement progressif du Réseau avec les nouvelles exigences de la LQSSP amendée.

Soumis le 7 août 2026 par Marjorie Pigeon, Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient

Amendements de la Loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients

Présentation au comité mixte de la qualité
et de la gouvernance
Septembre 2026



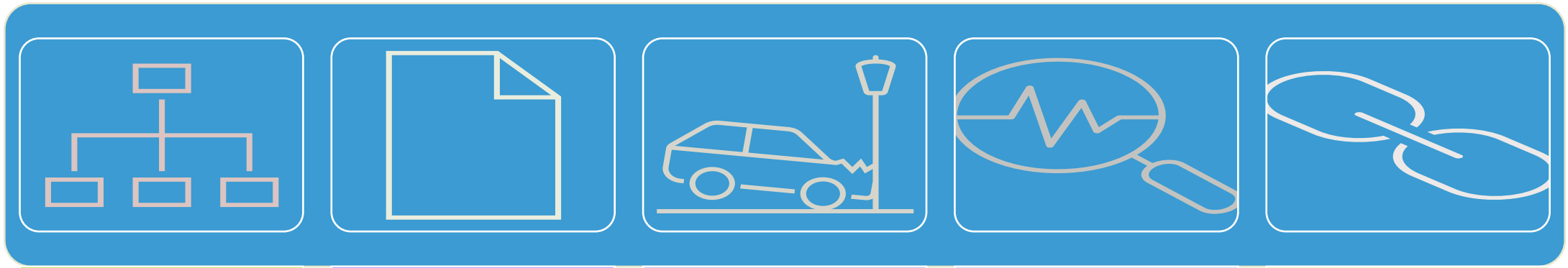
Contexte

- Loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients – 2016
- Projet de loi 40 – sanction juin 2026

Éléments clé:

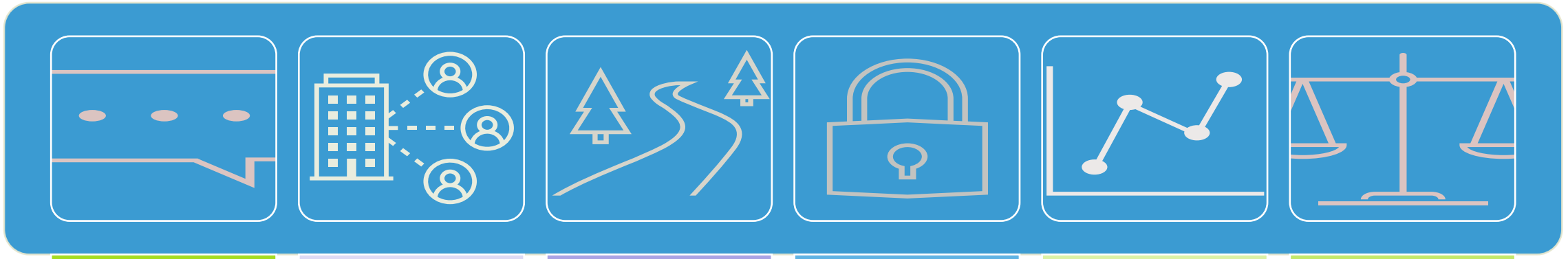
- clarification des définitions des incidents liés à la sécurité d'un patient;
- amélioration des processus d'examen des incidents graves;
- augmentation des possibilités d'examen conjoint entre les organismes de soins de santé;
- amélioration de l'utilisation des données pour déterminer les tendances et orienter les ameliorations;
- création officielle du comité consultatif provincial.

Principaux changements à prévoir



Gouvernance et comités	Définitions, taxonomie et classification des incidents	Gestion des incidents et rapports d'incidents	Examens de la qualité et revue d'incidents	Examens conjoints entre organismes

Principaux changements à prévoir

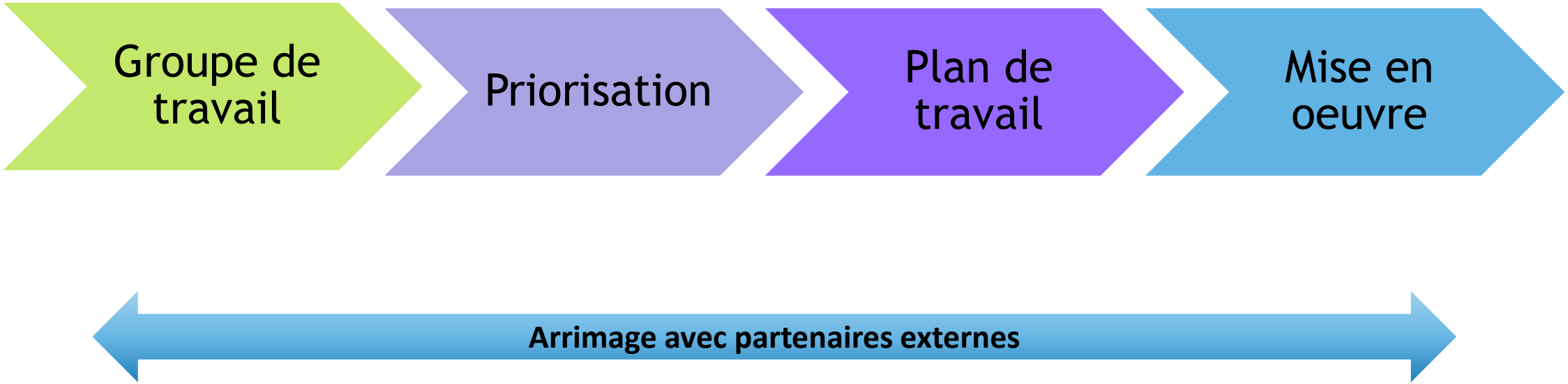


- Avis au patient et divulgation
- Avis au ministre et reddition de compte ministérielle
- Plan et rapport d'amélioration de la qualité
- Confidentialité, accès à l'information et protection des renseignements
- Renseignements de surveillance et transmission des données
- Politiques, procédures et gabarits organisationnels

Enjeux et risques

- Qualité/sécurité comme enjeu de gouvernance stratégique et de conformité ministérielle
- Ambiguïté entre transparence, confidentialité et protection de la culture de sécurlité
- Plan structure, ressources dédiées et arrimage provincial pour mise en oeuvre

Prochaines étapes



Merci

Marjorie Pigeon

Directrice de la gestion intégrée de
la qualité et de l’expérience patient

Note exécutive

Point 10.3

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

Date: 22 septembre 2026

Objet : Suivi du plan de travail sur les normes de gouvernance d'Agrément Canada

Résultat ou état futur recherché

Suivre les travaux de l'équipe de Leadership et du conseil d'administration à l'égard du cahier de normes d'Agrément Canada sur la gouvernance.

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

Le Réseau de santé Vitalité est engagé dans une démarche de certification avec Agrément Canada. Le plan d'action découle du cycle 2022-2026.

Données probantes ou information probante à l'appui

Le cahier de normes Gouvernance d'Agrément Canada.

Solution ou action proposée

Les normes de Gouvernance concernent spécifiquement le conseil d'administration.

Outre les suivis du plan d'action sur une base régulière, les prochaines étapes à prévoir sont les suivantes :

Étape	Suivi
Suivis post-visite 2026	À confirmer, aucun suivi post-visite en lien avec les normes de Gouvernance
Autoévaluation	Potentiellement automne 2026
Sondage sur la gouvernance	Potentiellement automne 2026
Simulation à la visite	Potentiellement avril-mai 2028
Visite	Potentiellement juin 2028

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Manque de préparation en vue du prochain cycle d'agrément 2026-2030.

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	

Dimensions de la qualité applicables

☐**Accent sur la population** : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre
☐**Accessibilité** : M'offrir des services équitables, en temps opportun
☒**La sécurité** : Assurer ma sécurité
☐**Qualité de vie au travail** : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi
☒**Services centrés sur l'usager** : 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
☒**Efficience** : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible

Suivi(s) à la décision

Élaborer un calendrier des étapes et des échéances qui soit aligné avec la séquence de visite de Gouvernance (potentiellement 2028).

Agrément Canada[1]

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) :

Nº de critère	Libellé
Nil	

Motion

Sans objet.

Soumis le 17 septembre 2026 par Marjorie Pigeon, Directrice adjointe de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient

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

Plan de travail – cahier de normes Gouvernance

Sujet	Activité	Responsable	Échéance	État d'avancement	Suivi
Gestion intégrée de la qualité	Offrir une formation aux membres du CA sur les concepts de sécurité des patients, de gestion des incidents, de culture de sécurité des patients et d'amélioration continue de la qualité	VPA Services de soutien	Décembre 2025	Terminé	Présentation effectuée par Caroline Ringuette à l'automne 2025
	Insérer une référence aux dimensions de la qualité dans les notes exécutives acheminées au CA	VPA Services de soutien	Septembre 2026	Terminé	Intégré dans le gabarit
Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme	Axes : 1. Gouvernance et leadership 2. Engagement communautaire et coconstruction 3. Apprentissage et sensibilisation 4. Opérations, RH et expérience patient 5. Transparence, données et amélioration continue	VP Communications et engagement	Septembre 2026	En cours	Plan d'action et cadre d'imputabilité en instance de consultation et approbation. • Comité de la qualité • Leadership • CMQG
	Mise en place un groupe de travail spécifique (*ad hoc*) pour élaborer et recommander un plan d'action pour enrayer le racisme systémique	VP Communications et engagement	Juin 2026	Terminé	Comité fonctionnel depuis janvier 2026. Mandat est sur le point d'aboutir.
	Offrir des formations sur le développement des compétences culturelles aux gestionnaires	VP Communications et engagement	Décembre 2026	En cours	• Formation Les bases de la DÉIA offerte en octobre 2025 • Formation Les écarts culturels en milieu de travail offerte en novembre 2025 • Collaboration à l'élaboration d'une série de webinaires du projet Kmawhusahtipon – Togi Pematioog – Aller de l'avant côte à côte (KTMF) qui vise à améliorer les compétences culturelles des prestataires de soins de santé • Module Leadership inclusif intégré au programme de formation des gestionnaires

Dernière mise à jour : 2026-09-04

Sujet	Activité	Responsable	Échéance	État d'avancement	Suivi
Lutte contre le racisme envers les personnes autochtones	**Axe 1** – **Reconnaissance et engagement institutionnel** Poursuivre le travail lié aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR), en assurant une intégration durable dans les pratiques et les orientations institutionnelles.	VP Logistique clinique	Décembre 2026	En cours	• La politique des cérémonies a été complétée et adoptée à l'échelle régionale. • La politique de maltraitance, incluant le racisme, est actuellement en voie de finalisation. • Un renforcement de l'approche éducative auprès des hôpitaux est en cours de déploiement grâce aux modules de ITACIT. • Une formation sera offerte par un conférencier des Premières Nations sur le sujet des cérémonies traditionnelles; celle-ci sera dispensée en personne dans chaque zone au cours de l'automne 2026. Toujours en cours et la première séance serait prévue par le mois d'octobre à la zone 4. • Un travail de visibilité institutionnelle est en cours afin d'assurer une communication claire et accessible du plan de réconciliation via le site Web de Vitalité. • Le projet pilote d'identification des patients est en cours de démarrage à la zone 5, marquant une étape importante vers des soins plus sécuritaires et respectueux; la base de données générée permettra de mieux comprendre les besoins en services de santé et de bâtir des projections personnalisées par communauté. • Le début de l'évaluation des besoins EBCS en communauté est amorcé au sein de la communauté Wolastoqey; cette démarche est coconstruite avec les communautés avec l'appui du directorat des services de santé primaire. Un plan de travail a été convenu afin d'évaluer les
	Axe 2 – Formation et décolonisation Renforcer les capsules et modules d'éducation existants. Développer des formations spécialisées intégrées aux programmes de soins infirmiers, afin de soutenir une approche de soins culturellement sécuritaires.	VP Logistique clinique	Décembre 2026	En cours	
	Axe 3 – Collaboration avec les communautés autochtones Poursuivre la mise en œuvre du plan d'action visant l'introduction et la reconnaissance des pratiques traditionnelles, notamment : • cérémonies à la naissance, • cérémonies à la fin de vie, • cérémonies de purification.	VP Logistique clinique	Décembre 2026	En cours	
	Axe 4 – Transformation des services et accès équitable Développer davantage d'espaces sécuritaires. Renforcer la signalisation multilingue, l'accès aux services d'interprétation ainsi que le soutien culturel dans les milieux de soins. Démarrer des initiatives structurantes favorisant une meilleure reconnaissance et une expérience de soins sécuritaire pour les patients autochtones.	VP Logistique clinique	Février 2027	En cours	

Sujet	Activité	Responsable	Échéance	État d'avancement	Suivi
					besoins en santé des communautés, débutant avec la communauté du Madawaska. Ce modèle constituera une source d'apprentissage continue et sera transférable aux autres communautés. • Du côté des communications publiques, les pamphlets d'information sur les services des navigateurs de congé et sur les services offerts à la population des Premières Nations au sein de nos hôpitaux ont été officialisés. • Un engagement étroit auprès de nos communautés est maintenu avec l'appui de l'équipe d'engagement communautaire afin de bâtir des relations durables. • Le renouvellement des protocoles d'entente (MOU) avec l'équipe de santé mentale est en cours et sur le point d'être présenté au leadership. • Le renouvellement de la lettre d'entente d'engagement avec l'initiative Kmawuhsatipon – Togi Pematioog – Moving Forward Side-by-Side (KTMF), une initiative visant à améliorer les expériences et les résultats en oncologie grâce à un accès équitable et à des soins sécuritaires sur le plan culturel, centrés sur la personne et la famille pour les Premières Nations au Nouveau-Brunswick, est en cours. • Une approche personnalisée a été intégrée au processus d'embauche, incluant la participation de représentants des communautés. • Les services d'un aîné sont offerts pour le suivi des compétences et lors des processus de congédiement, si l'employé(e) le souhaite.
	Axe 5 – Ressources humaines, emploi, inclusion et rétention Intégrer des initiatives de mentorat, incluant la participation d'aînés (Elders). Augmenter le recrutement de membres représentant les communautés des Premières Nations.	VP Logistique clinique	Février 2027	En cours	
	Axe 6 – **Parcours patient et soins sécuritaires** Renforcer l'implication des familles au sein de l'offre de soins afin de favoriser un parcours patient plus humain, sécuritaire et respectueux des réalités culturelles.	VP Logistique clinique	Février 2027	En cours	
	Axe 7 – **Planification des congés** Procéder à l'embauche de navigatrices de congé dans : • la zone 1B • la zone 4	VP Logistique clinique	Septembre 2026	En cours	

Sujet	Activité	Responsable	Échéance	État d'avancement	Suivi
					• Une ébauche du comité consultatif des Premières Nations a été rédigée, ayant pour mandat de promouvoir et d'améliorer la sécurité culturelle ainsi que l'intégration des pratiques traditionnelles au sein des établissements de santé, dans la perspective de développer un cadre de gouvernance spécifique aux Premières Nations. • Un renouvellement d'entente de service a été établi afin d'offrir des séances 'smudging' et de 'Sweat Lodge' à la zone 5. • Activité partenariat entre Eel River Bar et le Listuguj aura lieu le 29 septembre. Des présentations sur les sujets de **les traitements des dépendances** ainsi que sur **l'anxiété et la santé mentale**. • Entente d'offre d'une infirmière praticienne pour la communauté de Eel River Bar. L'infirmière sera en mesure d'acceuillir les patients sans rendez-vous et assurer une coordination des soins aux besoins.
Environnement et empreinte carbone	Bonifier l'information fournie au CA en matière de surveillance des activités liées à l'environnement durable et l'empreinte carbone	VP Services corporatifs	Septembre 2026	Terminé	Sujet prévu au plan de travail annuel du comité des finances à la rencontre du trimestre 1 (mai 2027 pour l'année en cours).