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

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	
Léo-Paul Pinet		Réjean Després		Janice Goguen	
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		Patrick Parent	
Ghislaine Arsenault					

Avis de réunion

Heure	Sujet	Action
13 h	**1. Ouverture de la réunion**	Décision
13 h 01	**2. Constatation de la régularité de la réunion**	Décision
13 h 02	**3. Rappel de confidentialité**	Information
13 h 03	**4. Adoption de l'ordre du jour**	Décision
13 h 05	**5. Déclaration de conflits d'intérêts**	Information
	QUALITÉ	
13 h 06	**6. Approbation du procès-verbal du 24 mars 2026**	Décision
13 h 07	**7. Suivis de la dernière rencontre** a) Note exécutive	Information
	8. Affaires permanentes	
13 h 10	**8.1 Rapport T4 2025-2026 (décembre à février) du secteur QSPEP** a) Note exécutive b) Rapport	Information
13 h 30	**8.2 Rapport T4 et rapport annuel 2025-2026 du bureau des risques organisationnels** a) Note exécutive b) Rapport	Information
13 h 48	**8.3 Adoption du rapport annuel du comité**	Décision

	a) Note exécutive b) Rapport	
	9. Affaires nouvelles	
13 h 50	**9.1 Plan d'amélioration continue de la qualité** a) Note exécutive b) Plan d'amélioration de la qualité 2026-2028	Décision
	GOUVERNANCE	
14 h 15	**10. Approbation du procès-verbal de la réunion ordinaire du 24 mars 2026**	Décision
14 h 16	**11. Suivis de la dernière réunion**	Discussion
	12. Affaires permanentes	
14 h 18	**12.1 Révision et approbation du calendrier de réunions du Conseil d'administration** a) Note exécutive b) Calendrier des réunions 2026-2027	Décision
14 h 23	**12.2 Adoption du rapport annuel du comité** a) Note exécutive b) Rapport annuel	Décision
14 h 28	**12.3 Nomination des dirigeants du Conseil d'administration** a) Note exécutive b) Résultats de l'évaluation de la présidence du Conseil d'administration	Décision
14 h 30	**12.4 Recommandation de la nomination des présidences et des membres des comités du Conseil d'administration** a) Note exécutive b) Tableau de membriété des comités du Conseil d'administration c) Résultats de l'évaluation annuelle des coprésidences du Conseil d'administration	Décision
14 h33	**12.5 Recommandation de la nomination de la présidence du Comité professionnel consultatif** a) Note exécutive	Décision
14 h 35	**12.6 Recommandation de la nomination du médecin-chef régional** a) Note exécutive	Décision
14 h 37	**12.7 Recommandation de la nomination des membres du Comité professionnel consultatif (CPC)** a) Note exécutive b) Liste des membres du CPC 2026-2027	Décision
14 h 39	**12.8 Recommandation de la nomination des membres du Comité médical consultatif (CMC)** a) Note exécutive b) Tableau : Renouvellement annuel des membres du CMC c) Note exécutive : Nouvelle nomination	Décision
14 h 41	**12.9 Recommandation de la nomination des médecins-chefs de zone**	Décision

	a) Note exécutive b) Tableau : Renouvellement annuel des nominations des médecins-chefs de zone	
14 h 43	**12.10 Recommandation de la nomination des membres des Comités médical consultatif locaux (CMCL)** a) Note exécutive b) Tableau : Renouvellement annuel des nominations des membres des CMCL	Décision
14 h 45	**12.11 Renouvellement annuel des nominations des membres des Comités d'examen des titres (CET)** a) Note exécutive b) Tableau : Renouvellement annuel des nominations des membres des Comités d'examen des titres de zones	Décision
14 h 47	**12.12 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration** a) Note exécutive b) Résultats des évaluations	Information
14 h 50	**12.13 Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément** a) Note exécutive b) Plan de travail	Information
14 h 58	**12.14 Recommandations de séances de formation à l'intention du Conseil d'administration 2026-2027** a) Note exécutive b) Tableau des formations au Conseil d'administration 2026-2027	Décision
15 h	**12.15 Présentation des rapports des comités du Conseil d'administration lors de la réunion publique**	Discussion
15 h 10	**13. Date de la prochaine réunion : 22 septembre 2026**	Information
15 h 10	**14. Levée de la réunion**	Décision

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL** ☒

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	**Date et heure :**	Le 24 mars 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	A
Membres d'office					
Dre France Desrosiers	✓	Tom Soucy (ayant droit de vote)	✓		
Membres invités - Qualité					
Dr Eric Levasseur	✓	Annie Carré	✓	Catherine Rouanes	✓
Brigitte Sonier Ferguson	A	Marjorie Pigeon	✓	Caroline Ringuette	✓
Steve Savoie	✓	Pierre Michaud	✓	Marc-André Leblanc	✓
Joanna Martin	A	Maxime Saulnier	✓		
Membres invités - Gouvernance					
Marc-André Leblanc	✓	Pierre Michaud	✓		

Procès-verbal

Sujet

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

2. **Constatation de la régularité de la réunion**
   La réunion est dûment convoquée et le quorum est atteint.

3. **Rappel de confidentialité**
   La coprésidente rappelle à tous leur devoir de confidentialité.

4. **Adoption de l'ordre du jour**
   L'ordre du jour de la réunion est adopté tel que circulé.

   MOTION 2026-03-24 / 01CMQG
   Proposée par Thomas Soucy
   Appuyée par Johanne Thériault Paulin
   Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que circulé.

   Adoptée à l'unanimité.

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

QUALITÉ

6. **Approbation du procès-verbal du 16 décembre 2025**
   Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 16 décembre 2025 est adopté tel que circulé.

MOTION 2026-03-24 / 02CMQG
Proposée par Johanne Thériault Paulin
Appuyée par Thomas Soucy
Et résolu que le procès-verbal du 16 décembre 2025 soit adopté tel que circulé.

Adoptée à l'unanimité.

7. Suivis de la dernière rencontre

Un retour sur les points d'action convenus lors de la rencontre précédente est présenté sous forme de tableau qui permet de rendre compte de l'état d'avancement et d'assurer les suivis.

Patients traceurs

- Terminé. Cette mise à jour sera discutée au point 9.2.

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

- Terminé. Cette mise à jour sera discutée au point 9.1.

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

- 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.

- Terminé. Malgré 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 T3 2025-2026 (septembre à novembre) du secteur QSPEP (à titre informatif)

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

Faits saillants de septembre à novembre 2025
Incidents

- 1446 incidents rapportés
  - Traitement/test/procédure (437 rapports)
  - Chutes (461 rapports)
  - Médicaments (405 rapports)
  - Sécurité (370 rapports)
- 5 nouvelles revues sont présentées. Entre autres, pour des lésions de pression en médecine, chirurgie et néphrologie, un incident lié aux politiques et procédures en chirurgie et un incident de sécurité au CHR. 7 recommandations ont été présentées et approuvées à l'unanimité.

➢ Améliorations en cours :

- Création d'un comité régional interdisciplinaire de surveillance des incidents liés aux médicaments.
- Formation iTacit « Gestion sécuritaire des médicaments »
- Séances éducatives ciblées et modification de l'heure d'impression des FADM (feuilles d'administration des médicaments) en obstétrique de la zone 4 pour réduire les erreurs de retranscription des médicaments.
- Revoir le fonctionnement du signalement des incidents de sécurité au CHR.
- Des activités de sensibilisation aux signalements et à la culture de sécurité ont eu lieu en octobre et novembre.

- Analyse des incidents les plus fréquents causés par l'inattention afin de déterminer les tendances et de formuler des recommandations systématiques.

Plaintes

- 169 plaintes
  - Qualité des soins/services (64 reçues)
  - Comportements/communication humaine (28 reçues)

➢ Améliorations en cours :

- Explorer les options pour faire une évaluation plus approfondie des problèmes d'accès par téléphone/texto/courriel aux soins de santé primaires.
- Nouveau système téléphonique à la clinique de Pointe-Verte.
- Plan d'amélioration en cours entre la phlébotomie et l'admission à la zone 1B pour diminuer les temps d'attente.
- Double vérification des rendez-vous en médecine nucléaire de la zone 4 pour éviter les erreurs dans les rendez-vous.
- Rencontre faite avec le personnel infirmier et médical de l'urgence de la zone 6 concernant les plaintes en matière de comportements et de communication.
- Effectuer une analyse plus approfondie des plaintes liées aux soins de santé primaires et aux consultations externes pour identifier des tendances et formuler des recommandations systémiques.

Satisfaction de la clientèle

- Sondage patients hospitalisés en soins aigus : taux de satisfaction globale de 81,5 %, stable.
- Sondage patients hospitalisés en psychiatrie et traitement des dépendances : taux de satisfaction globale de 76 %, diminution.
- Consultations externes : taux de satisfaction générale de 95 %.
- Soins de santé primaires : taux de satisfaction par rapport au temps d'attente pour obtenir un rendez-vous de 84 %.

➢ Améliorations en cours :

- Service alimentaire : augmenter la vitesse de livraison, diversifier le menu et poursuivre les efforts de recrutement de personnel.
- Logistique clinique : améliorer la communication de la date de congé au patient.
- Santé mentale : collaboration avec la logistique clinique pour améliorer les activités thérapeutiques aux unités et services.
- CHR : aménagement d'un local permettant aux patients de faire des appels en privé à l'unité D2.
- Poursuivre l'intégration du programme Lime Santé et la communication des résultats des sondages de satisfaction.

Agrément Canada

- Sondage de gouvernance rempli.
- Déploiement du plan de communication interne.
- Le dépôt des preuves progresse bien.
- Un comité régional pour la pratique organisationnelle requise (POR) de la prévention du suicide a été mis sur pied.
- Ajustement du cycle de révision des politiques afin d'établir une révision aux cinq ans plutôt qu'aux trois ans (politique « politiques et procédures »).

➢ À venir :

- Diffusion des résultats et du plan d'action découlant du sondage sur la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.
- Finaliser et diffuser l'horaire de visite, en collaboration avec Agrément Canada.
- Simulations du printemps (en préparation).

Culture juste

- Cohortes de formation prévues à Moncton et Edmundston en mars 2026.
- Inscription terminée – 56 participants.

Partenariat patient

- 89 % des sièges comblés – augmentation.
- Les efforts de recrutement se poursuivent.

- Groupe de patients partenaires formés pour collaborer aux comités clés du programme Symbio.

Dossiers divers discutés à la rencontre du 28 janvier 2026

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

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

8.2 Rapport T3 2025-2026 du bureau des risques organisationnels (à titre informatif)

On présente le rapport T3 2025-2026 du secteur des Risques organisationnels.

<u>Bureau de la protection des renseignements personnels : Initiatives et bons coups</u>

- **Optimisation du Bureau de la protection des renseignements personnels**
  - Clarification des rôles et responsabilités au sein de l'équipe.
  - Publication sur le Boulevard de la raison d'être, des services offerts, et des coordonnées.
  - Évaluation préliminaire de l'Étude d'impact sur la vie privée (version simplifiée).
  - Nouveau processus de traitement des rapports d'incidents.
  - Sondages pour mesurer le niveau de satisfaction du personnel ayant recours aux services du Bureau de la protection des renseignements personnels.
  - Guide aide-mémoire pour les situations impliquant les forces policières.

<u>Secteurs des mesures d'urgence : Système des administrateurs en disponibilité (AD*)</u>

- **Gestion d'évènements par les ADs***
  - 49 évènements ont été gérés par les ADs*.
  - 35 rencontres de coordination ont été nécessaires.

- **Optimisation du système des ADs***
  - Élimination des silos.
  - Alerte-Avis équipe de leadership / coordination avec les autres secteurs.
  - Analyse et revue / arrimage avec le bureau de la qualité et de la santé et sécurité des employés.
  - Plan d'action / nouveau registre.

➢ Prochaine étape : Création d'un programme complet de gestion d'évènements nécessitant une coordination par les ADs*.

- **Optimisation des leçons apprises et des analyses**
  - Sectorielles : Informer / analyser / améliorer / mesurer.
  - Organisationnelles : Outils et protocoles systémiques.
  - Intégrées : Revues / partage de données / analyses conjointes.

➢ Prochaine étape : Feuille de route de la gestion intégrée des risques dans l'ensemble de l'organisation.

<u>Bureau des Risques organisationnels : Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC*)</u>

- **Optimisation de la gestion des dossiers HIROC***
  - Transition du dossier au Bureau des risques organisationnels.
  - Note de service.
  - Élaboration d'un guide « Processus de gestion des réclamations HIROC* ».
  - Boîte courriel générique « réclamations ».
  - Registre.

9. Affaires nouvelles

9.1 Comparatif de la portée des mandats des comités qualité du Réseau (à titre informatif)

On présente un document illustrant la distinction entre les responsabilités de **gouvernance (surveillance)** du comité de qualité des soins et de sécurité des patients relevant du conseil d'administration et les responsabilités **tactiques et opérationnelles** du comité de la qualité relevant de l'équipe de leadership.

Ce document est jugé excellent, car il clarifie le niveau d'implication du Conseil ainsi que ses rôles et responsabilités. Il constitue un outil utile, notamment pour l'accueil des nouveaux membres. Il constitue également une bonne référence pour anticiper les questions du comité.

9.2 Présentation projet pilote patient-traceur : cheminement patient Premières Nations (à titre informatif)

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

- La présentation des résultats préliminaires du projet pilote « patient-traceur » est basée sur cinq entrevues semi-structurées avec des patients hospitalisés dans différents secteurs.
- Le projet met en évidence le besoin de standardiser les méthodes et de renforcer l'intégration culturelle afin d'assurer une expérience patient plus cohérente et sécuritaire.
- Des améliorations sont envisagées, notamment concernant les conditions de séjour, la gestion de la douleur, la réduction de la stigmatisation et l'accès aux ressources, particulièrement en maternité.
- Sur le plan méthodologique, l'approche a été ajustée en privilégiant des entrevues en personne (plutôt que téléphoniques), favorisant une participation accrue et une approche culturellement sécurisante.
- Le directeur mandataire du projet pilote souligne la pertinence de ce nouveau service et s'inscrit en faveurs de son déploiement à travers le Réseau.
- La PDG souhaite que ce service puisse aussi permettre d'apprécier l'entièreté d'un parcours d'un patient à travers tout le système.

➢ Prochaines étapes :
  - Poursuite des consultations.
  - Intégration d'approches culturellement sécurisantes.
  - Déploiement du projet dans l'ensemble du Réseau après la visite d'agrément.

GOUVERNANCE

10.

Note exécutive

Point 7.0 a)

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

Date: 2026-05-06

Objet : Affaires découlant et suivis

Résultat ou état futur recherché

La présente note exécutive permet au comité mixte de qualité et de gouvernance de faire un retour sur les points d'action convenus lors de la rencontre précédente.

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

Assurer l'évolution des dossiers, la prise en charge des recommandations et besoins du comité ainsi que l'amélioration continue de la qualité.

Données probantes ou information probante à l'appui

Sans objet.

Solution ou action proposée

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

Voir le tableau plus bas.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Sans objet.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique		X		
Qualité et sécurité			X	
Partenariats		X		
Gestion des risques (analyse légale)			X	
Allocation des ressources (analyse financière)	X			
Impacts politiques		X		
Réputation et communication		X		

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

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

Motion

Soumis le 2026-05-04 par Steve Savoie, VP adjoint Système de santé apprenant et innovation

[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
2025/10/14	Préparer un tableau comparatif pour distinguer les responsabilités opérationnelles et de gouvernance du comité de qualité régional et du comité de qualité du conseil, y compris les rôles, les actions et les mandats de chacun.	**Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient**	2026/03/24	**90%**	**Sur la bonne voie**	Présentation au comité en date du 24 mars 2026.
2025/12/16	Identifier les tendances et les influences sur le degré d'insatisfaction des activités en psychiatrie (sondage)	**Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient**	2026/03/24	**50%**	**Débutée**	L'équipe de santé mentale adoptera prochainement le modèle de soins collaboratif sur ses unités. Ceci inclut entre autres l'ajout/transformation de ressources humaines dédiées aux activités pour les patients.
2025/12/16	Comparer notre taux de partenaire patient avec la dernière visite d'Agrément Canada pour voir l'évolution et faire une comparaison avec d'autres instances	**Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient**	2026/03/24	**100%**	**Terminée**	L'approche du partenariat patient a évolué depuis la dernière visite et il est difficile d'identifier le taux de patients partenaires. Toutefois, voici une liste des actions prises depuis la visite de 2022 : **Structuration du partenariat patient :** - Création du bureau de partenariat avec les patients et les familles en 2023 et d'un poste de conseiller attitré - Arrimage avec la recherche - Élaboration et révision d'outils éducatifs

Note exécutive

						- Création d'une page sur l'intranet et le site Internet - Lancement du service de rétroaction rapide - Identification de 20 sièges permanents pour les PEP sur les divers comités et groupes formels du Réseau - Refonte du mandat du comité consultatif du partenariat patient - Établissement d'un budget annuel pour favoriser la formation, le réseautage la reconnaissance. - Rencontres d'information régulières avec l'ensemble des patients partenaires - Sondage annuel de l'évaluation de l'engagement **Recrutement, communication et engagement** - Campagne de recrutement en collaboration avec les Communications et l'Engagement - Nouveau plan de communication 2026 - Participation à un kiosque d'information - Présentations et formations offertes en interne au personnel et aux patients partenaires - Production de deux vidéo-témoignages - Publicités ciblées sur les réseaux sociaux **Formations et réseautage**

Note exécutive

						- Participation active à divers réseaux : Atlantic PCC Collaborative, World Café sur l'expérience patient, Communauté de pratique du Québec, CEPPP, SSA Québec - Participation à plus de 20 formations et conférences (conseillère et patients partenaires) Nombres de patients partenaires : 2023-2024 : 23 2024-2025 : 35 2025-2026 : 40

Note exécutive

Point 8.1 a)

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

Date: 2026-05-26

Objet : Rapport sommaire T4 2025-2026 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient

Résultat ou état futur recherché

Le rapport est soumis au comité à titre informatif. Il permet au président du comité de la qualité de faire état des travaux du Réseau en matière de qualité des soins, de sécurité des patients et d'expérience patient.

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

Le comité de la qualité a tenu une rencontre le 6 mai 2026.

Le rapport synthèse en pièce jointe résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient pour T4 2025-2026, ainsi que les actions depuis la dernière rencontre du comité de la qualité. Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

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

Données probantes ou information probante à l'appui

Voir le rapport ci-joint.

Faits saillants à ressortir :

Incidents patient (diapos 8 à 13)

- **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 événements 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.
  - 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**; un projet de formation CPI est en cours afin d'atteindre 80 % de conformité.
  - **Chutes :** amélioration progressive.
  - **Traitement/Test/Procédure : hausse notable** depuis 2022-2023, notamment pour les enjeux **d'échantillonnage à Dumont (OBS).** Analyses et actions ciblées sont en cours.

- **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.
  - **Prochaines étapes :** Partage des résultats avec les instances appropriées pour assurer la mise e œuvre de mesures d'amélioration.

Recommandations à approuver à la suite de revues de qualité (diapos 14 à 16)

- **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 (diapos 17 à 20)

- **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 notée à l'urgence de la zone 6**.

- **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; des projets d'optimisation du suivi des appels sont en cours.
  - **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; modification du système téléphonique effectuée.

Évaluation de la satisfaction de l'expérience patient (sondages) (diapos 21 à 23)

- **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 (diapo 25)**
  - ➢ 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 (diapo 26)**
  - ➢ 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 (diapo 27)**
  - ➢ 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 (diapo 28)**
  - ➢ **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.

- **DÉIA/lutte contre le racisme (diapo 42)**
  - ➢ Le plan d'action élaboré autour de 5 principes directeurs.
  - ➢ **Prochaines étapes:**
    - Identifier les actions prioritaires ainsi que le cadre d'imputabilité du plan d'action.
    - Présentation de l'outil d'évaluation de la maturité organisationnelle en DÉIA à l'équipe de Leadership en mai.

Solution ou action proposée

La gestion intégrée de la qualité sous-tend :

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

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Les suivis permettent d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique		X		
Qualité et sécurité			X	
Partenariats		X		
Gestion des risques (analyse légale)			X	
Allocation des ressources (analyse financière)	X			
Impacts politiques		X		
Réputation et communication		X		

Suivi(s) à la décision

Poursuite des travaux en cours.

Agrément 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
3.1.6	L'instance de gouvernance examine régulièrement les indicateurs de rendement organisationnels, y compris ceux liés à la qualité et à la sécurité.
3.1.7	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme se serve de la rétroaction des usagers pour améliorer la qualité de ses services.
3.1.8	L'instance de gouvernance examine régulièrement les progrès effectués par l'organisme par rapport aux objectifs de son plan intégré d'amélioration de la qualité.
3.4.3	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme facilite le signalement des incidents ou des préoccupations en matière de sécurité.
3.4.5	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose d'une politique et d'une procédure efficace pour permettre aux gens de formuler des plaintes ou d'exprimer leurs préoccupations sans qu'ils subissent des répercussions négatives.
3.4.6	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de politiques et de procédures efficaces pour gérer les plaintes en temps opportun et de façon transparente.

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

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

Note exécutive

☒**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

Motion

Soumis le 2026-05-04 par Dre France Desrosiers, PDG et présidente du comité de la qualité

Rapport du secteur Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient

T4 – 2025-2026

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

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

Édition du 1 mai 2026

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Table des matières

Introduction	3
Tableau de bord stratégique QSPEP	5
Incidents patient	7
Recommandations	14
Expérience patient	17
Satisfaction clientèle	21
Dossiers divers	
Agrément Canada	25
Culture juste	26
Alertes et rappels	27
Partenariat patient	28
Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme	29
Dossiers divers discutés à la rencontre du 6 mai 2026	30
Références et définitions	31

Introduction

Le rapport est soumis au comité mixte de la qualité et de la gouvernance à titre informatif. Il permet au président du comité de la qualité de faire état des travaux du Réseau en matière de qualité des soins, de sécurité des patients et d'expérience patient pour la période du T3 (tableau de bord stratégique) et T4 2025-2026, ainsi que les actions depuis la dernière rencontre du comité de la qualité. Par le biais de ce rapport, nous souhaitons :

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

Introduction (suite)

La gestion intégrée de la qualité sous-tend :

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

Notes importantes:

- Mise en garde: Un nettoyage des données est en cours pour les volumes d'activités pour les patients inscrits. Nous avons remarqué que les volumes ne sont pas représentatifs de la réalité, ce qui peut amplifier les ratios d'incidents et de plaintes pour les secteurs comprenant des patients inscrits (ex: néphrologie).
- Les données peuvent comporter une certaine marge d'erreur, mais on rappelle l'importance de voir les résultats comme une opportunité de se questionner, revoir nos approches, et porter des actions concrètes qui auront un impact positif sur la qualité de soins et de la sécurité des patients.

Tableau de bord stratégique QSPEP

Tableau de bord stratégique QSPEP

TABLEAU DE BORD COMITE QUALITE STRATEGIQUE

Année 2025-2026

2026-03-16 12:40:51 PM

Accès

Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2	T3
% évaluation des risques de chutes terminée	70.71	66.67	64.76 ↓
% des patients satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique			
Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	70.54	63.04	115.06 ↑

Efficience opérationnelle

Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2	T3
% de divulgation d'incidents	68.62	72.67	73.27 ↑
% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours civils	54.69	53.33	51.02 ↓
% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours ouvrables	71.96	67.38	71.88 ↑
% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)			

Résultat patient

Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2	T3
Nombre de revues qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue			
% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus	1.13	1.03	1.06 ↑
# d'incidents rapportés	1361	1269	1408 ↑
Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 interactions patient)	2.60	2.00	2.01 ↑
Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires			

Satisfaction de la clientèle

Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2	T3
Taux de plaintes par 1000 interactions patient	1.23	1.32	1.22 ↓
Nombre de compliments par 1000 interactions patient	0.13	0.10	0.11 ↑
% satisfaction patient			

Contre-indicateur

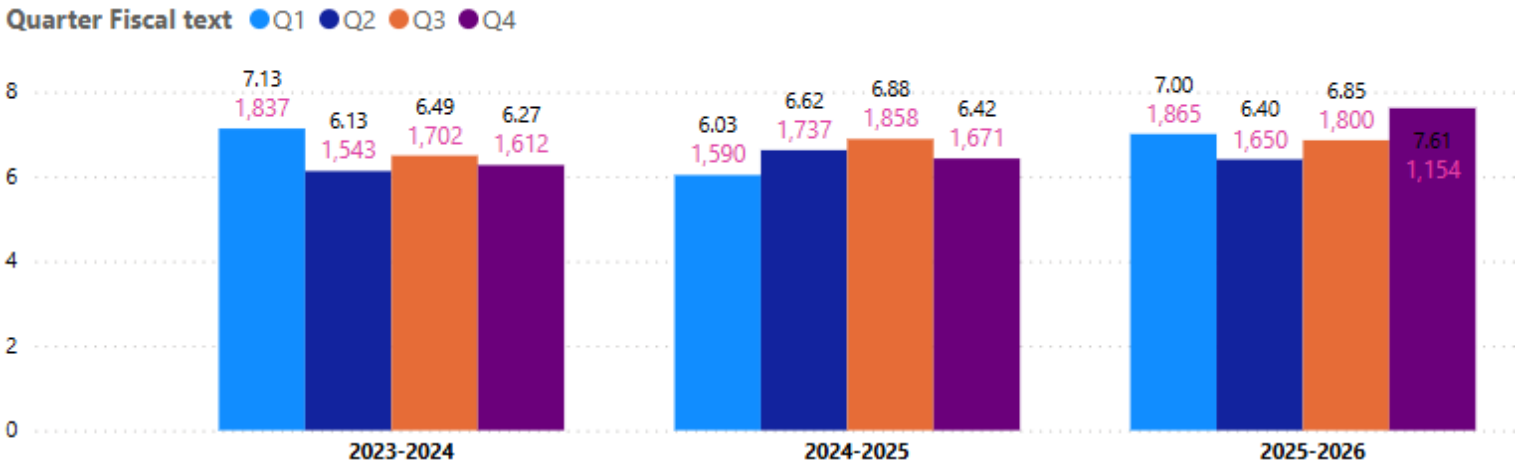
Cliquez pour voir plus de détails

	T1	T2	T3
Taux d'incidents graves (standardisé par 1000 interactions patient)	0.05	0.06	0.07 ↑
Taux d'incidents modérés (standardisé par 1000 interactions patient)	0.16	0.23	0.18 ↓
Nombre de décès	2		1 ↑
# de poursuites et de plaintes reçues de la part des Droits de la personne, d'un organisme de défense ou de l'Ombudsman, et aucune plainte n'a été traitée au préalable par le secteur QSPEP			
% d'événements qui ne devraient jamais arriver (never events)	7	4	4

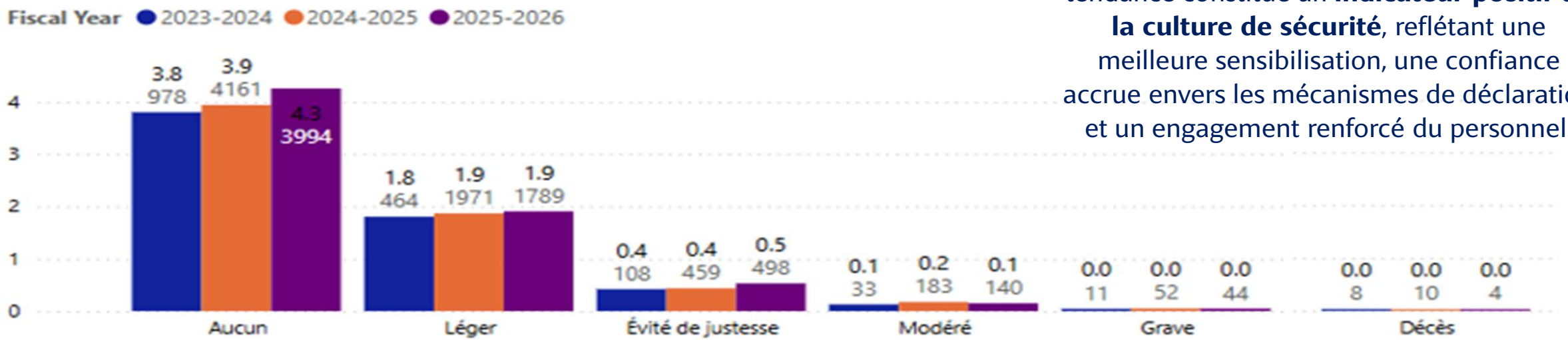
Incidents patient

Tableau de bord sur les incidents patient

Taux d'incident par trimestre



Taux d'incidents selon dégré



- **Moyenne sur 2 ans**

6.2 incidents par 1000 interactions-patients.

- **L'augmentation du taux de signalement d'incidents par 1 000 interactions-patients n'est pas associée à une hausse de la gravité, mais plutôt à une augmentation des incidents mineurs, sans atteinte ou évités de justesse.** Cette tendance constitue un **indicateur positif de la culture de sécurité**, reflétant une meilleure sensibilisation, une confiance accrue envers les mécanismes de déclaration et un engagement renforcé du personnel.

Évènements qui ne devraient jamais arriver

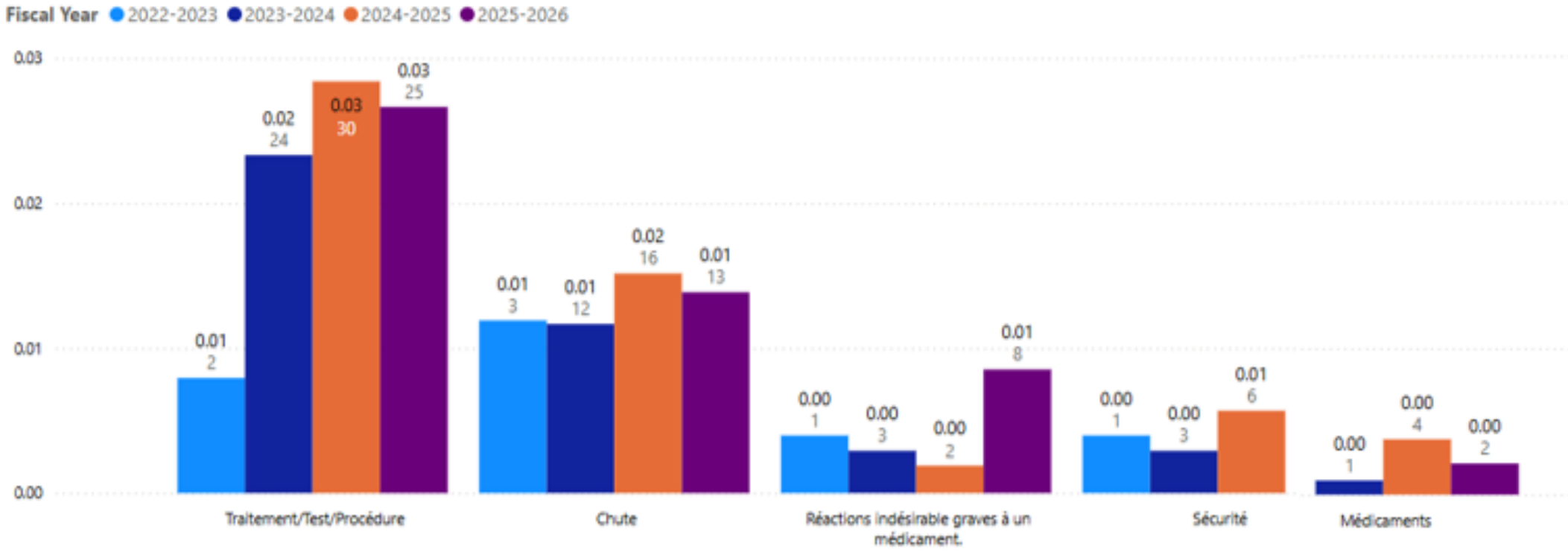
Représentent **0.2%** du total de nos incidents signalés entre le 1er janvier 2024 et le 31 décembre 2025.

56% des évènements qui ne devraient jamais arriver sont des **incidents de lésion de pression stade III et IV**.

La majorité des cas des évènements qui ne devraient jamais arriver sont **provoqués par le non-respect des politiques et procédures.**

Tableau de bord sur les incidents patient

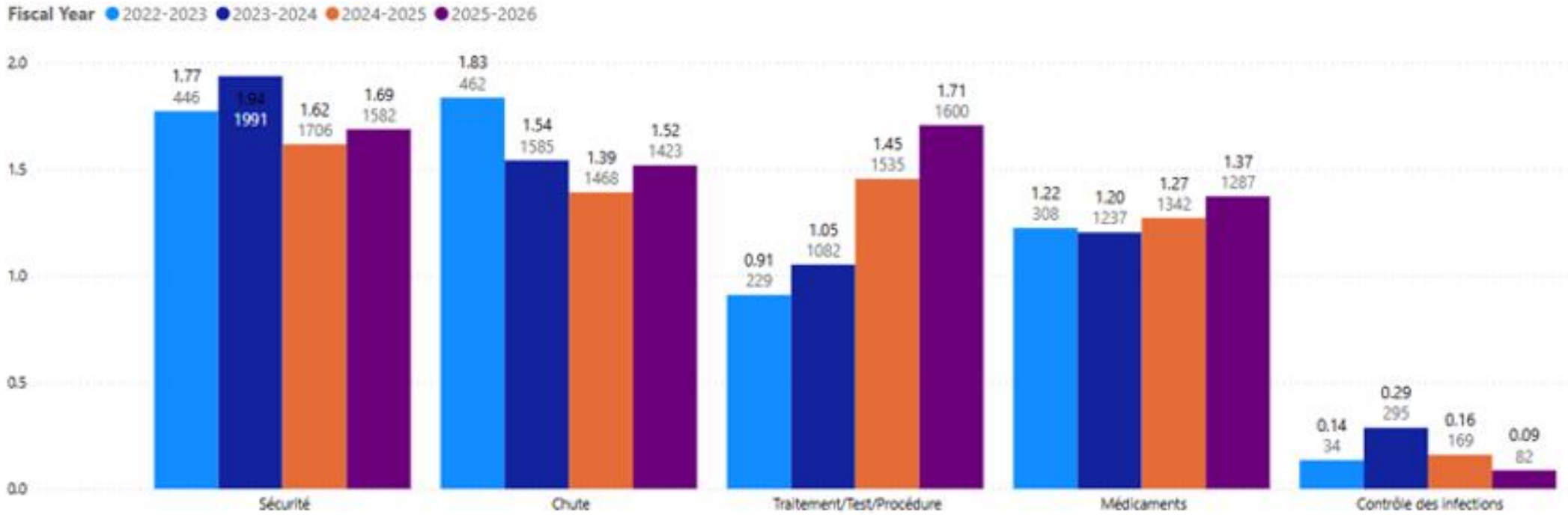
Top 5 incidents avec conséquence grave ou ayant causé le décès d'un patient



- **41%** des incidents graves/décès dans la catégorie « Traitement/Test/Procédure » **sont des lésions de pressions.**
- Des **recommandations furent émises par le comité de surveillance** – prévention des chutes et des lésions de pression. **Ceux-ci sont en cours d'implantation,** impact à surveiller.

Tableau de bord sur les incidents patient

Top 5 incidents évités de justesse, sans ou avec consequence légère



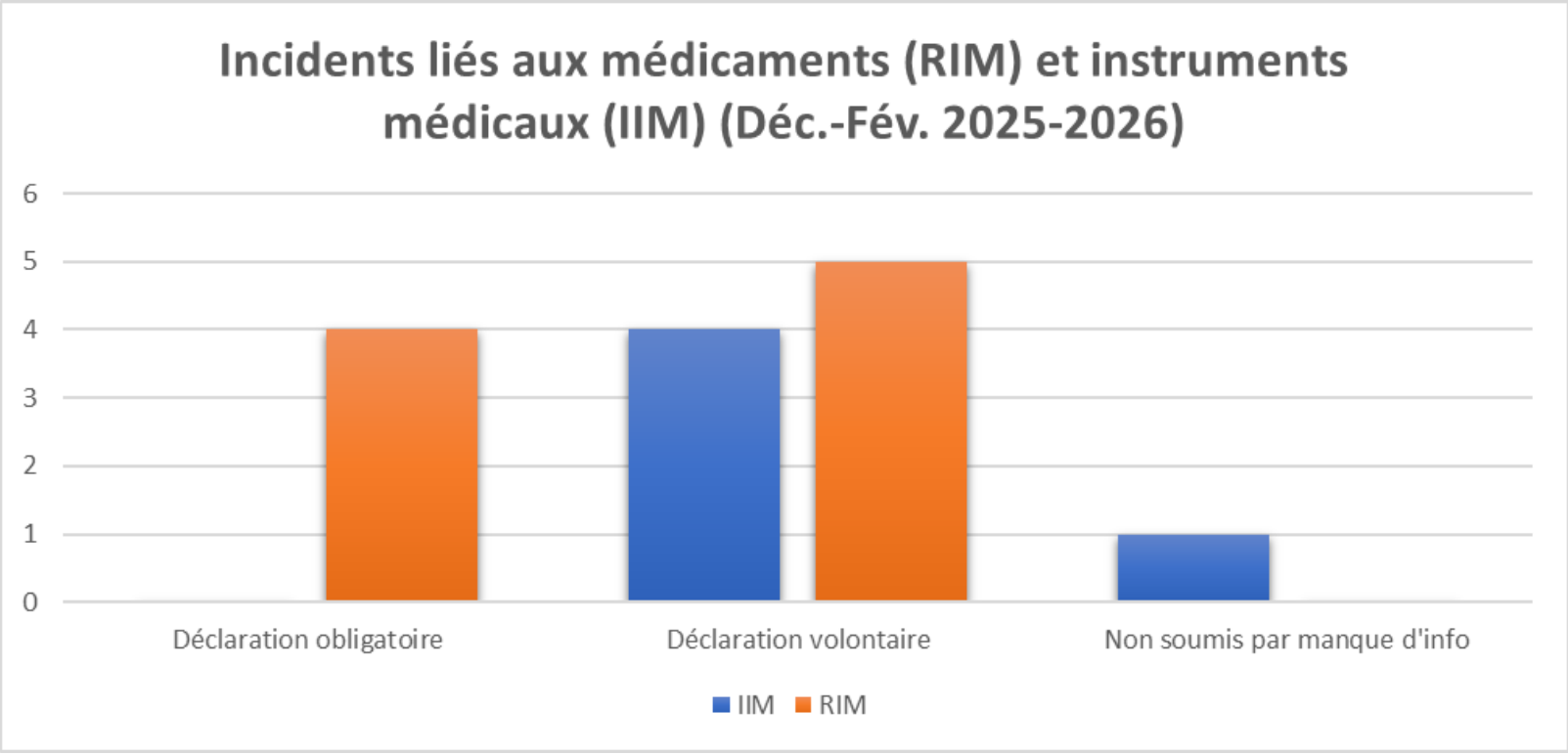
- **Sécurité - 60%** des incidents de sécurité sont **signalé au CHR**. Projet d'amélioration en cours avec soutien du secteur de la Santé et Sécurité au Travail.
- **Chute -** des **recommandations furent émises par le comité de surveillance** – prévention des chutes et des lésions de pression. **Ceux-ci sont en cours d'implantation,** impact à surveiller.
- **Traitement/test/procédure** - augmentation du signalement des incidents de **politique et procédure** et lié à un **échantillon**. **Analyse plus appondit à faire, mais certaines pistes de solution sont déjà en cours.**

Loi de Vanessa

(déc. 2025, jan. et fév. 2026)

Déclarations de IIM (incidents liés aux instruments médicaux) **et RIM** (réactions indésirables graves aux médicaments)

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



** Ces informations proviennent des signalements reçus par la coordonnatrice régionale via iRapport.

Analyse des incidents liés à l'inattention

52% des incidents signalés dans la période analysée sont de type médicamenteux.
(1 janvier 2024 au 31 décembre 2025)



Prochaines étapes:
Partage des résultats et recommandations de l'analyse avec les instances appropriées pour assurer la mise en place de mesures d'amélioration.

Recommandations

(données mises à jour le 23 mars 2026)

Suivi des revues qualité et suicides en communauté

Nouvelles revues et recommandations pour approbation

PCA/Secteur	Type	Recommandations		
		Faible	Modérée	Élevée
Médecine générale	Incident - Traitement, test, procédure - Politique/Procédure	Aucune recommandation		
	Chute/lit	Aucune recommandation		
	Incident - Traitement, test, procédure - plaie de pression	Aucune recommandation		
Santé mentale et traitement des dépendances (centre correctionnel régional de Madawaska)	Suicide en communauté	Aucune recommandation		
Unités de transition	Chute/Fauteil	Aucune recommandation		
	Incident - Traitement, test, procédure - plaie de pression	Aucune recommandation		

Recommandation du coroner

- Comité de révision des décès d'enfants du Bureau du coroner en chef à procédé à l'analyse des décès survenue entre le 1er janvier 2020 et le 11 septembre 2025 au NB. Entre autres, les pratiques de sommeil non sécuritaires ont été identifiées comme facteur contributif.

Recommandation:

« Que le Réseau de santé Vitalité modifie ses politiques de sortie de l'hôpital des nouveau-nés afin d'exiger que, avant la sortie de l'hôpital, les nouveaux parents démontrent leur capacité à positionner leur nourrisson de façon sécuritaire pour le sommeil et à reconnaitre les pratiques de sommeil non sécuritaire. Cette démonstration devrait être formellement documentée, accompagnée d'une information sur les risques liées au non-respect des lignes directrices en matière de sommeil sécuritaire. »

Mesure mise en place:

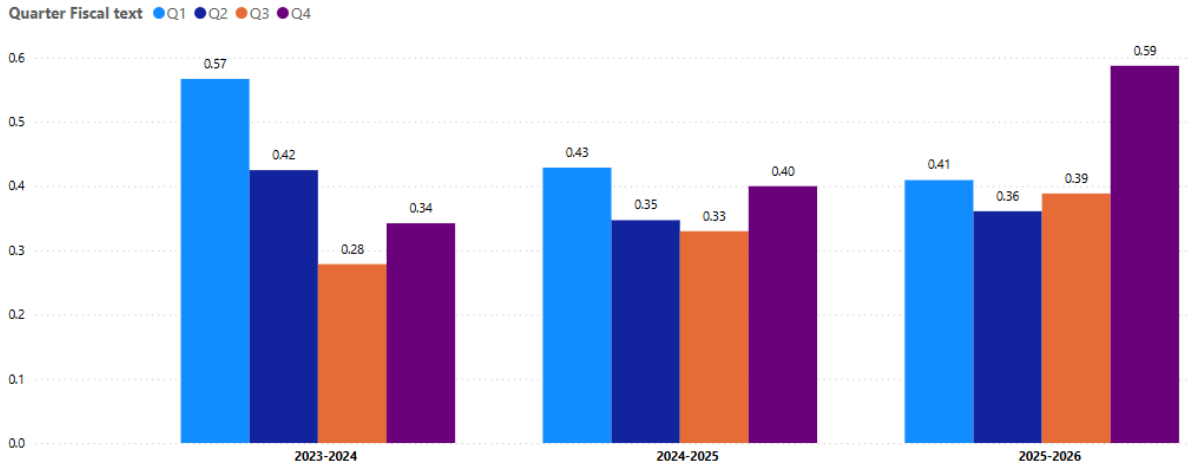
- Les pratiques de sommeil sécuritaire sont incluses dans les grilles d'enseignement prénatal (RC-287) et postnatal (RC-288) et doivent être enseignées, démontrées, faire l'objet d'une validation de la compréhension et documenté.

- Nouvelle application SeamlessMD offre aux patientes un accès à des ressources éducatives fiables, à des outils pratiques et à un soutien personnalisé tout au long de leur parcours périnatal, de la grossesse jusqu'au rétablissement à domicile après l'accouchement. Accessible sur téléphone, tablette ou ordinateur.

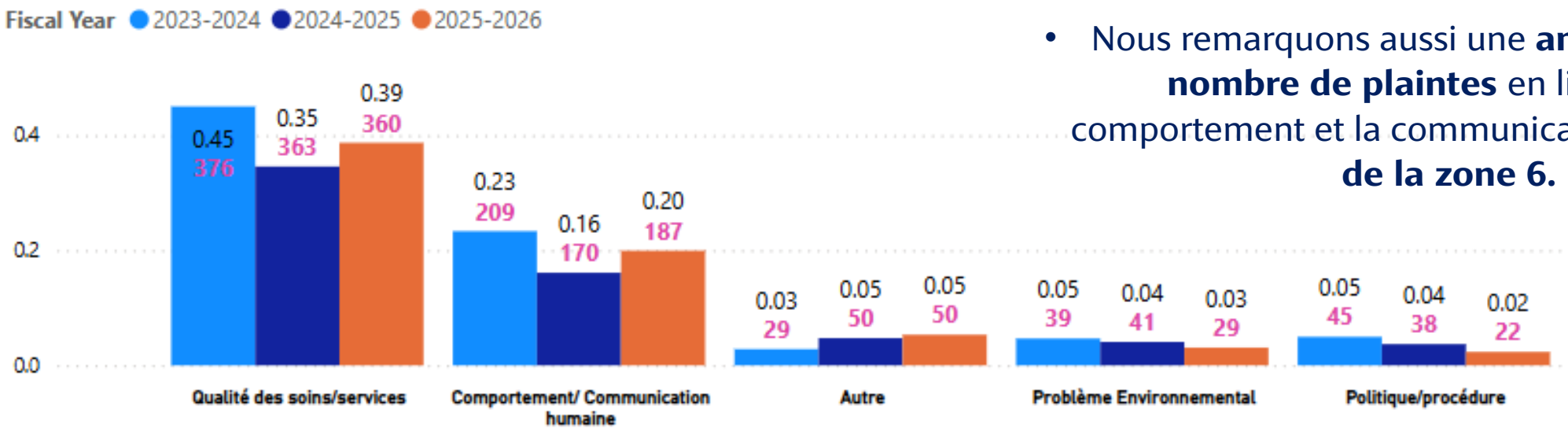
Expérience patient

Tableau de bord sur les plaintes (plaintes médicales exclut)

Taux de plaintes par trimestre



Taux de plaintes par catégorie



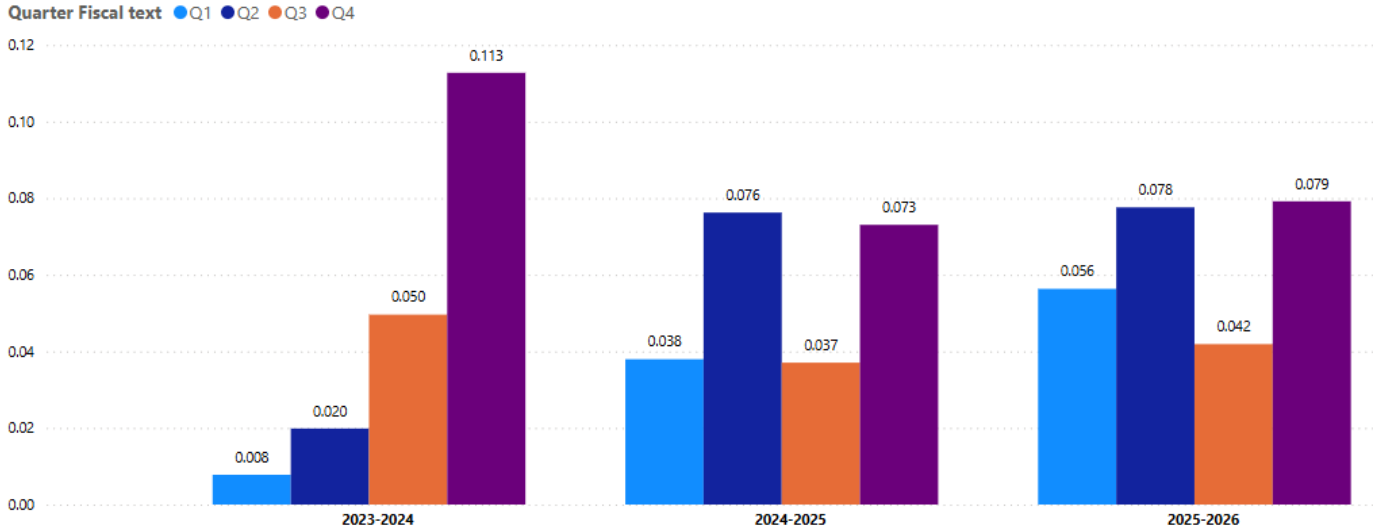
- **Moyenne sur 2 ans**
  0.4 plaintes par 1000 interactions-patients.

- Nous remarquons une augmentation des plaintes en lien avec 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.

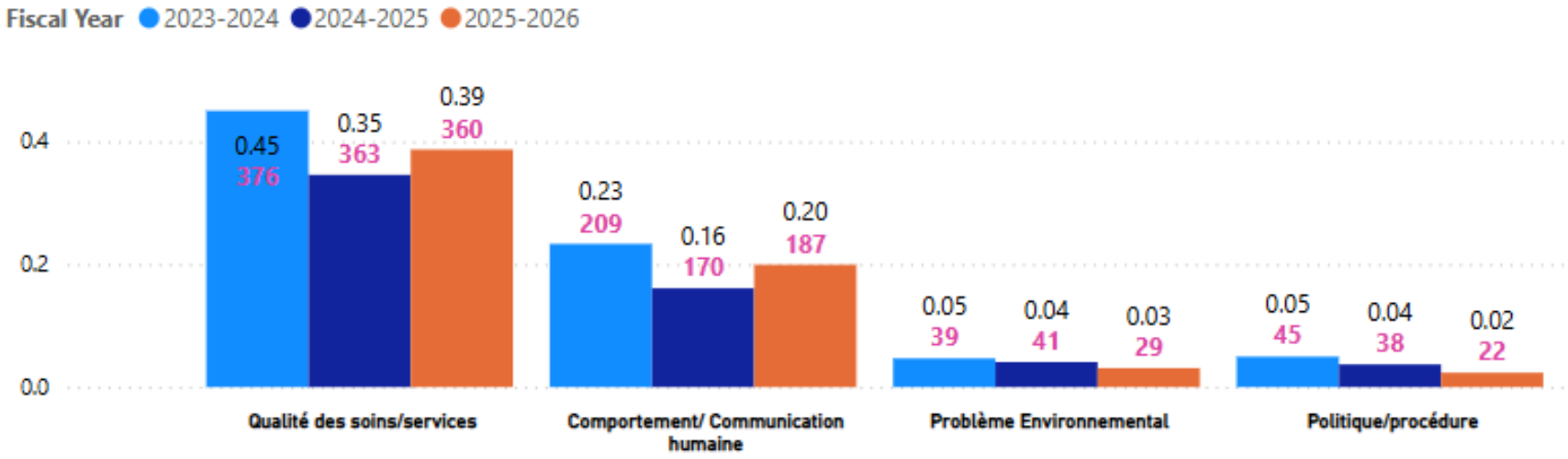
- Nous remarquons aussi une **amélioration du nombre de plaintes** en lien avec le comportement et la communication à **l'urgence de la zone 6.**

Tableau de bord sur les plaintes médicales

Taux de plaintes par trimestre



Taux de plaintes par catégorie



- **Moyenne sur 2 ans**
  0.06 plaintes par 1000 interactions-patients.

- **Amélioration noté** dans la catégorie des plaintes liées au **comportement et à la communication**.

Analyse des plaintes liées à l'accès aux services

Cliniques externes

- **CHUDGLD** enregistre le plus haut taux.
- L'analyse qualitative des attentes des plaignants met en évidence les difficultés rencontrées pour **obtenir un rendez-vous**, ainsi qu'un **manque d'information concernant le suivi de leur demande**.
- **Projets d'optimisation en cours** pour améliorer le suivi des appels.

Soins de santé primaire

- **Zone 1B** enregistre le plus haut taux. Plus particulièrement, le **Centre médical régional de Shediac.**
- L'analyse qualitative des attentes des plaignants met en évidence les **difficultés rencontrées pour contacter les établissements afin d'obtenir un rendez-vous.**
- **Modification du système téléphonique** effectuée.

Satisfaction clientèle

Soins aigus hospitalisés
(déc. 2025, janv. et fév. 2026)

Résultats favorables

- À l'aise lors de leur séjour à l'hôpital.
- Bonne communication avec les médecins
- Propreté des chambres

Points à améliorer

- Qualité de la nourriture
  - Clarification à venir – discordance*
- Participation aux décisions de soins et traitements
  - Approche de soins centré sur la personne
- Date de congé
  - Projet cheminement patient en cours

Psychiatrie, pédopsychiatrie et traitement des dépendances

(Déc. 2025, janv. et fév. 2026)

Résultats favorables

- Service dans la langue de leur choix
- Traité avec courtoisie et respect

Points à améliorer

- Activités/thérapie le soir ou la fin de semaine
  - Intégration du modèle de soins collaboratif avec personne dédiée aux activités.
- Intérêt dans les activités offertes
  - Projet cheminement patient-calendrier d'activité

Dossiers divers

Agrément Canada

En cours:

- Poursuite de la préparation à la visite d'Agrément Canada avec plusieurs forums d'information
- **Sondage sur la qualité de vie au travail et sur la culture de sécurité :** présentation des résultats aux PCA et aux secteurs transversaux en cours.
- Les résultats du **Sondage sur la gouvernance** ont permis de bonifier le plan de travail de l'équipe concernée.
- Activité de dépôt de preuves
- Exercices de simulation
- Horaire de visite diffusé

A venir:

- Finalisation de détails logistiques et de la présentation générale
- Dépôt de preuves sur le portail partagé avec les visiteurs

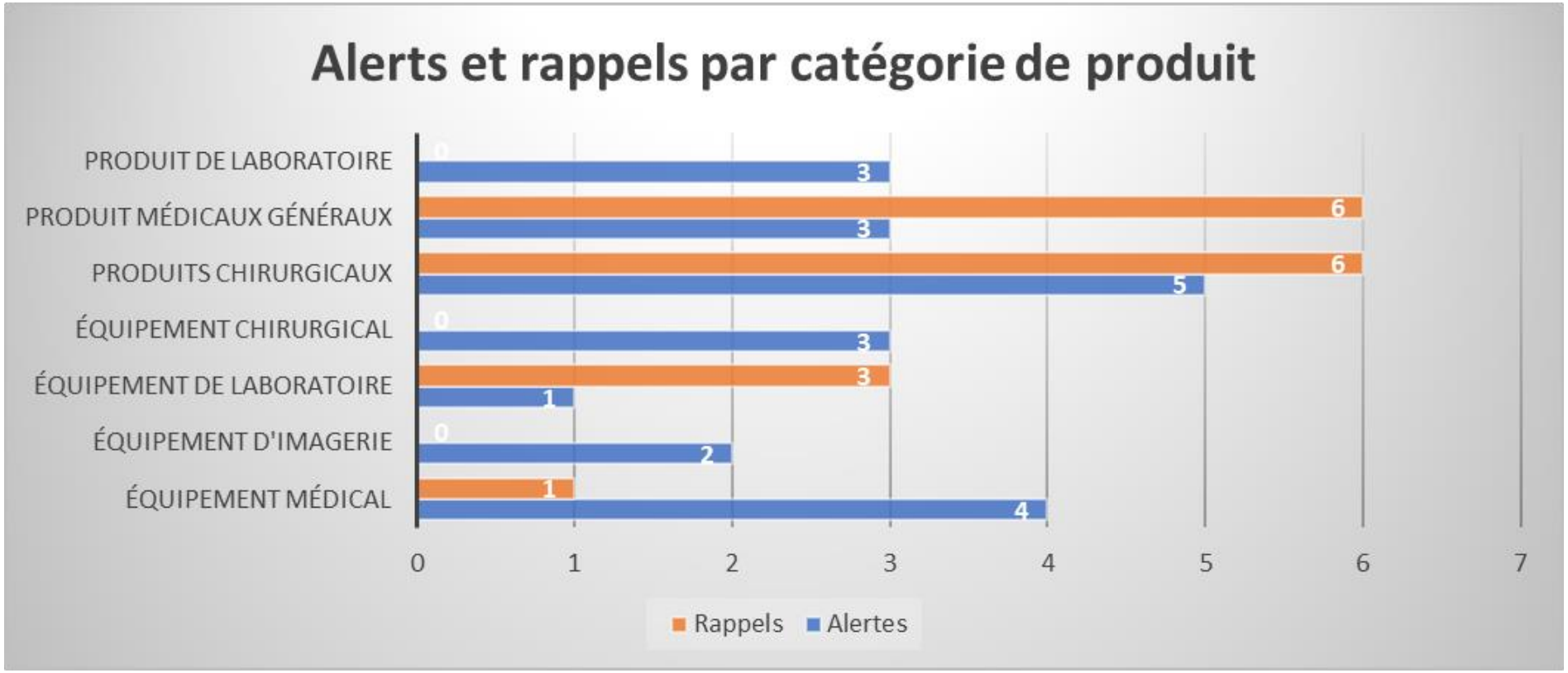
Culture juste

- 2 cohortes mixtes regroupant à la fois du personnel médical et des professionnels de la santé ont eu lieu en mars. Une cinquantaine de professionnels ont été formés.
- Des discussions sont en cours quant à la nature de l'accompagnement du Réseau par l'Association canadienne de protection médicale pour le développement de matériel de formation pour divers publics cibles internes.
- Une ressource de l'équipe sera associée dès juin pour commencer à concrétiser le projet.

Alertes et rappels

(déc. 2025, jan. et fév. 2026)

- Le Réseau a reçu 24 alertes et 16 rappels dans la période examinée. Voici les types reçus:



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

Partenariat patient

Nombre de sièges comblés par les PEP au 28 février:

Indicateur- Taux de sièges permanents de patients partenaires comblés			
Nom du comité	**# sièges permanents**	**# de sièges comblés**	**% de sièges comblés**
PCA-Programme mère-enfant	2	1	50%
PCA-Santé mentale et traitement des dépendances	3	3	100%
PCA-Soins de santé primaires	1	1	100%
PCA-Néphrologie	1	1	100%
PCA-Oncologie	1	1	100%
PCA-Chirurgie	1	1	100%
PCA-Services d'urgences	1	0	0%
PCA-Soins intensifs	2	2	100%
PCA-Médecine			
Comité d'éthique	1	1	100%
Comité médical consultatif régional (CMC)	1	1	100%
Comité professionnel consultatif (CPC)	1	1	100%
Comité de gestion de la qualité	1	1	100%
Comité consultatif sur la qualité des soins et sécurité des patients du NB	1	1	100%
PCI	1	0	
SIC (Symbio)	2	2	
Total	**20**	**17**	85%

Activités à souligner:

- L'évaluation annuelle du partenariat patient auprès de l'ensemble des équipes ayant collaboré avec des PEP, ainsi qu'auprès de tous les PEP a révélé des résultats satisfaisants et ont guidé le plan d'action annuel.
- Actualisation du plan de communication visant à soutenir les efforts de recrutement.
- Dépôt de quatre nouvelles demandes au Bureau de partenariat, dont une liée à une demande de rétroaction rapide
- Tenue d'une séance d'information destinée à l'ensemble des PEP, animée par le comité d'engagement des patients du projet Symbio

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

Actions en cours:

- Le **plan d'action élaboré** autour de **5 principes directeurs** :
  - Antiracisme fondé dans l'action : passer de la sensibilisation à des mesures concrètes et mesurables
  - Intersectionnalité : reconnaître que les discriminations se croisent et se renforcent mutuellement
  - Sécurité culturelle : créer des environnements sûrs autant pour les patients que pour le personnel
  - Reddition de comptes : rendre publics les engagements et les progrès
  - Coconstruction : impliquer les communautés racisées dans l'élaboration des solutions

Prochaines étapes:

- **Identifier les actions prioritaires** ainsi que le **cadre d'imputabilité** du plan d'action.
- Présentation de **l'outil d'évaluation de la maturité organisationnelle en DÉIA** à l'équipe de Leadership en mai.

Dossiers divers discutés à la rencontre du 6 mai 2026

Prévention et contrôle des infections (PCI)

- Présentation et discussion sur les statistiques en prévention et contrôle des infections, ainsi que des mesures prises.

Santé et sécurité au travail (SST)

- Présentation du rapport de la directrice. Mise à jour sur les accidents de travail et échanges sur le projet en coleadership avec l'équipe du Bureau des risques organisationnels pour adresser les situations de violence envers le personnel. Soulignement de la Semaine de la santé et sécurité

Références et définitions

Définitions générales

Terme	Définition
Événement	Terme généralisé qui peut inclure des incidents ou des plaintes.
Incident lié à la sécurité du patient	Un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice accessoire à un patient. Il y en a trois types : •Incident préjudiciable : Un incident lié à la sécurité des patients qui a causé un préjudice au patient. •Incident évité de justesse: Un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas atteint le patient et n'a pas causé de préjudice. •Incident sans préjudice : Un incident lié à la sécurité d'un patient qui a atteint le patient, sans toutefois entraîner de préjudice discernable. Tous les incidents doivent être déclarés selon les canaux appropriés (IRapport).
Plainte	Insatisfaction des patients ou familles face à la qualité des soins, à des comportements du personnel soignant, de l'environnement, de la communication ou des politiques et procédures en vigueur au Réseau. Certaines plaintes, notamment en lien avec la qualité des soins, peuvent se traduire en incident, si ces dernières découlent d'un événement qui aurait pu entraîner un préjudice accessoire à un patient.

Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Accès	% évaluation des risques de chutes terminé	Selon les rapports d'incidents de chute: Nombre d'évaluations des chutes effectuées / Nombre de patients à risque de chutes
	% des patients satisfaits du temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique	Du sondage de satisfaction de la clientèle pour les soins ambulatoires. Les options de réponse comprennent « Oui satisfait », « oui, un peu satisfait » et « Insatisfait ». Le calcul comprend "Oui ,satisfait" et "Oui, un peu satisfait"
	Taux d'incidents évités de justesse par 1000 incidents	Indication que les processus en place fonctionnent et témoigne de la saine culture de sécurité des patients. Situation ou incident qui aurait pu causer des préjudices, des pertes ou des dommages, mais qui a été décelé ou corrigé avant d'atteindre le patient ou de se produire.
Efficience opérationnelle	% de divulgation d'incidents	Évaluer que l'incident causant un préjudice a été communiqué à un patient ou à un subrogé (à l'exclusion des quasi-accidents)
	% de rapports d'incidents fermés dans les 30 jours	% d'incidents fermés dans un délai de 30 jours civils. Comprend le signalement des incidents, l'attribution, le suivi du gestionnaire et la fermeture.
	% de rapports de plaintes fermés dans les 30 jours	% d'incidents fermés dans un délai de 30 jours ouvrables. Comprend le signalement des incidents, l'attribution, le suivi du gestionnaire et la fermeture.
	% Cote de dimension de la qualité (Agrément Canada)	Calcul des résultats par dimension de la qualité obtenus à partir du dernier rapport d'Agrément Canada. (Q3)

Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Résultat patient	Nombre de revues de qualité / nombre d'incidents nécessitant une revue	Calculer le nombre de revues de qualité qui ont eu lieu par rapport au nombre d'incidents nécessitant une revue. La politique GEN.5.30.10 stipule que les incidents dommageables (modérés, graves, décès) doivent faire l'objet d'une enquête afin de déterminer les causes profondes et les mesures correctives. (Q3)
	% de suivis des incidents nécessitant un examen du protocole ou de processus	% de suivis par le gestionnaire des incidents signalés qui indiquent un examen du protocole ou du processus. Le but de cet indicateur est d'accroître la visibilité en ce qui a trait à l'efficacité des suivis des gestionnaires aux incidents signalés
	# d'incidents rapportés	Les trois principales catégories d'incidents signalés signalés par 1000 jours-patients normalisés
	Taux d'incidents de sécurité (standardisé par 1000 jours-patients)	Nombre d'incidents de sécurité signalés par 1000 jours-patients (pour les patients hospitalisés)
	Taux d'incidents de sécurité à l'urgence (standardisé par 1000 visites à l'urgence)	Nombre d'incidents de sécurité signalés pour 1000 visites d'urgence
	Taux de projets qualité parmi les projets organisationnels prioritaires	Taux de projets prioritaires correspondant à la définition d'un projet qualité selon les dimensions d'Agrément Canada (critères à construire)

Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Satisfaction de la clientèle	Taux de plaintes par 1000 jour-patients (pour patients hospitalisés)	Taux de plaintes pour 1000 jours-patients (pour les patients hospitalisés)
	Taux de plaintes par 1000 visites à l'urgence	Taux de plaintes pour 1000 visites à l'urgence
	Taux de plaintes par 1000 visites extenes	Taux de plaintes pour 1000 visites externes (toutes les cliniques ambulatoires)
	# compliments par 1000 jours-patients	Nombre de compliments rapportés au service de l'Expérience patient par 1000 jours-patients. Permet de présenter des commentaires positifs et d'identifier les meilleures pratiques
	% satisfaction patient	À déterminer

Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Contre-indicateur	Taux d'incidents grave (standardisé par 1000 jours-patients)	Nombre d'incidents graves par 1000 jours-patients. Normalisé pour tenir compte du volume de patients lors de la comparaison des résultats entre les établissements ou les PCA
	Taux d'incidents modéré (standardisé par 1000 jours-patients)	Nombre d'incidents modérés par 1000 jours-patients. Normalisé pour tenir compte du volume de patients lors de la comparaison des résultats entre les établissements ou les PCA
	Nombre de décès	Nombre de décès survenus au sein du Réseau à la suite d'un incident rapporté (nombre entier - non normalisé). Exclusion: les rapports sur les décès inattendus pour lesquels on a confirmé qu'ils n'étaient pas reliés à un incident
	# de poursuites et de plaintes reçues de la part des droits de la personne, d'un organisme de défense ou de l'Ombudsman et aucune plainte n'a été traitée au préalable par le secteur QSPEP	Démontre que les patients n'ont pas confiance dans les processus de Vitalité ou qu'ils n'étaient pas à l'aise de signaler. Opportunité pour Vitalité d'examiner pourquoi la plainte n'a pas été signalée; permet de comprendre si le plaignant savait comment signaler la situation auprès du Réseau

Définitions des indicateurs du tableau de bord stratégique

Thème	Indicateur	Définition
Contre-indicateur (suite)	% d'événements qui ne devraient jamais arriver	Selon la définition d'Excellence en santé Canada: 1) Intervention chirurgicale au mauvais endroit, sur le mauvais patient ou mauvaise intervention; 2) Erreur dans les tissus, un implant biologique ou les produits sanguins utilisés sur le patient; 3) Oubli d'un corps étranger après une intervention chirurgicale; 4) Décès ou préjudice grave attribuable à l'utilisation d'instruments ou d'appareils fournis par l'établissement de soins de santé et insuffisamment stérilisés; 5) Décès ou préjudice grave dû à la non-détection d'une allergie connue au médicament administré ou à l'administration d'un médicament lorsque l'allergie du patient avait été détectée; 6) Décès ou préjudice grave dû à l'administration du mauvais gaz par inhalation ou insufflation; 7) Décès ou préjudice grave dû à l'un des cinq événements pharmaceutiques; 8) Décès ou préjudice grave à la suite de l'omission de déceler et de traiter les perturbations métaboliques; 9) Toute plaie de pression de stade III ou IV acquise après l'admission à l'hôpital; 10) Décès ou préjudice grave dû au mouvement non contrôlé d'un objet ferromagnétique dans une salle d'IRM; 11) Décès ou préjudice grave dû à des brûlures accidentelles; 12) Patient sous le niveau d'observation le plus élevé quittant un établissement ou un service sécurisé sans que le personnel en ait connaissance; 13) Suicide ou tentative de suicide d'un patient donnant lieu à un grave préjudice alors que les protocoles de prévention du suicide auraient dû être appliqués pour les patients sous le niveau d'observation le plus élevé; 14)Nourrisson enlevé ou confié à la mauvaise personne; 15) Décès ou préjudice grave dû au transport d'un patient de santé fragile ou atteint de démence, au cours duquel on n'a pas suivi les protocoles visant à assurer que le patient soit laissé dans un environnement sécuritaire. https://www.healthcareexcellence.ca/media/tinpazmp/never-events-for-hospital-care-in-canada-fr.pdf

Catégories d’indidents
(selon définitions provinciales)

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

Catégories de plaintes
(selon les définitions provinciales)

Plainte: Manifestation verbale ou écrite d'insatisfaction de la part d'une ou de plusieurs personnes visant les soins ou services prodigués et qu'il y a lieu d'étudier ou dont on doit assurer le suivi.

Catégories	Sous-catégories	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
Droits des patients	Abus; consentement; discrimination	Inconduite alléguée; consentement éclairé; mature mineure; procuration/ mandataire substitut - décision médicale; race/couleur/origine nationale/ascendance/lieu d'origine; religion; âge; invalidité physique; invalidité mentale; état matrimonial/statut familial; orientation sexuelle; sexe; identité du genre ou d'expression; conditions sociales; croyance politique

Catégories de plaintes - suite
(selon les définitions provinciales)

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

Note: Le dictionnaire des définitions peut être fourni sur demande

Dimensions de la qualité selon Agrément Canada

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

Ligne du temps – démarche avec Agrément Canada

	T4 23-24 (jan-mars)	T1 - 24-25 (avr-juin)	T2 - 24-25 juil-sept	T3 - 24-25 (oct-dec)	T4- 24-25 (jan-mars)	T1 - 25-26 (avr-juin)	T2 - 25-26 juil-sept	T3 - 25-26 (oct-dec)	T4- 25-26 (jan-mars)	T1 - 26-27 (avr-juin)
Choix des cahiers de normes										
Autoévaluation de toutes les équipes en fonction des cahiers de normes identifiés et identification des actions à prendre										
Mise en œuvre des actions à prendre pour la mise aux normes										
Sondage « Qualité de vie au travail et culture de sécurité des patients »										
Sondage sur la Gouvernance										
Planification logistique de la visite										
Exercices de simulation										
Dépôt des preuves										
Visite										

Chaque défi est une occasion de croissance

Note exécutive

Point 8.2 a)

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

Date: 2026-05-04

Objet : Rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) – 2025-2026-T4 et Rapport annuel
*Nouveau : le rapport comprend les dossiers ouverts HIROC

Résultat ou état futur recherché

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

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

Le BRO a analysé les données disponibles dans le registre d'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 PowerPoint alignée avec le mandat du Comité.

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

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

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

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

Dans le cadre de l'évolution des pratiques de gouvernance et d'amélioration continue, le format du rapport trimestriel a été revu au cours de la dernière année afin de mieux refléter les activités, les analyses et les initiatives stratégiques du BRO. Les éléments d'optimisation développés au fil de l'année font donc état du rapport annuel du BRO.

Données probantes ou information probante à l'appui

Une présentation PowerPoint 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.

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK
Leader francophone

Note exécutive

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	

Suivi(s) à la décision

Sans objet.

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

Motion

Sans objet.

Soumis le 04 mai 2026 par :
Pierre Michaud, Vice-président – Services Corporatifs
Catherine Rouanes, Chef de la gestion des risques intégrés

RISQUES ORGANISATIONNELS

Rapport T4 et Rapport annuel -Comité de la qualité et de la gouvernance

Mai 2026



Bureau de la protection des renseignements personnels

Rapport d’activité T4 et annuel- Indicateurs, initiatives et bons coups



Indicateurs incidents T4 (2025/2026)

Délai entre la découverte et le signalement de l'incident	% d'incidents par intentionnalité et par motif
• 69% des incidents ont été rapportés dans un délai de 2 jours(calendrier) ou moins. • 88% des incidents ont été rapportés dans un délai de 5 jours(calendrier) ou moins.	• 97% Non malveillant • 0% Malveillant • 3% Motif inconnu
% signalement nécessitant un signalement à l'individu ou l'Ombud	**% des incidents signalés ayant fait l'objet de recommandations de l'Ombud**
• 2% des incidents ont nécessité un signalement	• 0% ont reçu des recommandations de l'Ombud

Indicateurs autre T4 (2025/2026)

Délai de réponse aux demandes de consultation
• 100% des demandes de consultations ont été répondues dans un délai d'une journée ouvrable ou moins.
Taux de conformité : formation iTacit - *Les principes de protection de la vie privée*
• En mesure d'évaluation

Optimisation du Bureau de la protection des renseignements personnels (BPRP)

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

Modes de fonctionnement:

- Ajout d'un nouveau membre à l'équipe et poursuit la clarification des rôles et responsabilités pour maximiser l'efficacité.

Communication:

- Publication d'une note de service – Rappel aux employés comment accéder à leurs propres renseignements personnels sur la santé (RPS).

Processus:

- L'équipe veille à ce que tous les processus soient menés de manière à promouvoir une culture de la justice

Outils:

- Sondages pour mesurer le niveau de satisfaction du personnel ayant recours aux services du BPRP – *En continue*
- Guide aide-mémoire pour les situations impliquant les forces policières – *En processus d'annexation à la politique*.

Bon coup illustrant une amélioration

Avant: Les rapports d'incident étaient reçus, mais les accusés de réception et les conclusions étaient rarement envoyés ; le personnel ne savait pas si ces rapports avaient été reçus ni si des mesures de suivi avaient été prises.

Après: Tous les rapports d'incidents reçoivent un accusé de réception et une note de conclusion

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

- Sondages
- Amélioration de l'expérience employé
- Mesurer le taux de signalement pour évaluer dans quelle mesure nous incarnons une culture de la justice
- Plan de formation continue

Satisfaction de la clientèle

Résultat de sondage

Pour l'ensemble des questions, un fort consensus se dégage, les trois quarts des personnes interrogées ayant sélectionné le niveau d'accord le plus élevé, ce qui témoigne d'un soutien fiable et rapide du BPRP.

Secteurs des mesures d’urgence

Système des administrateurs en disponibilité (AD*)



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

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

- Un total de 60 évènements gérés par les ADs*

➢ Sur ces 60 évènements 55 rencontres de coordination/ CCU

Top 3 T4 Catégorie d'évènements
1.Dégâts d'eau/ code gris/ téléphonie
2.Menaces/ aggression/ sécurité
3. Débordement

Top 3 T3 Catégories d'évènements
1. Débordement aux urgences
2. Couverture médicale, transferts ambulances, défaillance d'équipement
3. Dégâts d'eau

*Administrateurs en disponibilité

Comparaison trimestrielle et amélioration

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

Types d'évènements en diminution

- Diminution des appels relatifs aux transferts en ambulance
  - ➢ Amélioration de la collaboration avec ANB (participe aux rencontres opérationnelles)
- Diminution des appels reliés aux infections de punaises de lit
  - ➢ Amélioration grâce à un plan de prévention coordonné
- Diminution des appels relatifs à des manques d'effectifs
  - ➢ Seulement 2 appels pour le même hôpital pour des infirmières

Comparaison trimestrielle et amélioration

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

Types d'évènements en augmentation

- Nette augmentation d'évènements relatifs à la sécurité (menaces/agression)
  - ➢ Amélioration: réduction du temps de réaction soutien aux équipes pendant et après
- Augmentation d'évènements liés à la maintenance, notamment dégâts des eaux
  - ➢ Amélioration: réduction du temps de réaction grâce à une approche coordonnée
- Diminution des appels relatifs à des manques d'effectifs
  - ➢ Seulement 2 appels pour le même hôpital pour des infirmières
- Augmentation des évènements de débordements
  - ➢ Amélioration : plans de débordements/ gestion coordonnée incluant les partenaires externes/ cartographie du système

Optimisation du système

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

- 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/ mise en place de passage de relais/ veille proactive et partage d'information
  - ➢ Amélioration du temps de réponse du niveau de preparation le RSV est de mieux en mieux préparé et de plus en plus pro-actif dans sa gestion d'évènements

Optimisation des leçons apprises et des analyses

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

- Essai de revues collaboratives suite à évènements impactants le RSV
  - ➢ Amélioration: un protocole documenté de revues collaboratives sera soumis à l'ÉL pour révision et approbation avant implantation
- Recherche et réflexion sur les processus et outils permettant de capter et mesurer les améliorations

vitalité

Bureau des risques organisationnels

Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC)



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

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

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

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

Top 3 Type de dossier
1. Signalement
2. Poursuite
3. Blessures corporelles

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

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

BRO – Comité de qualité

Nombre de cas

BY CATÉGORIE

Catégorie	Nombre de cas
Traitement/ Analyse/ Procédé	52
Plainte	23
Soins Obstétriques	21
Chute	19
Sécurité	15
Plainte/incident - Vie privée	9
Autre	6
Demande accès - information	3
Incident m-x	3
Médicament	3
Perte biens	2
Effet indésirable	1
IIM	1
Total	**158**

Nombre de cas

BY TYPE DE DOSSIER, ZONE

Type de dossier	1B	4	5	6	**Total**
Lettre d'avocat reçue	1			1	**2**
Litige - Cour petites créances			1		**1**
Litige - poursuite déposée	3	1	2	3	**9**
Litige - poursuite signifiée	6	4	6	12	**28**
Ouvert pour conseil	1	1	2		**4**
Potentiel de réclamation ou poursuite	38	25	16	16	**95**
Réclamation - blessure corporelle	4	4	2	5	**15**
Réclamation 6000$ et +	2			2	**4**
Total	**55**	**35**	**29**	**39**	**158**

Optimisation gestion des dossiers HIROC*

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

- Modes de fonctionnement:
  - Création d'un nouveau registre et une nouvelle nomenclature
- Communication:
  - Note de service
- Processus:
  - Élaboration de Procédure opérationnelle normalisée sur la gestion des réclamations
- Outils:
  - Boite courriel générique « réclamations »
  - Registre

Note exécutive

8.3 a)

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

Date : 2026-05-06

Objet : Rapport annuel du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient

Résultat ou état futur recherché

L'objectif est de présenter le rapport annuel du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient.

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

Le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est responsable d'assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité et d'expérience patient. Le comité est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, de la sécurité des patients, d'approche centrée sur la personne, de diversité, équité et inclusion, de l'éthique et de la protection de la vie privée, ceci afin d'être en mesure de guider le Conseil d'administration à l'égard des responsabilités concernant tous les aspects liés à la prestation des soins et services aux patients. Enfin, il appuie le Conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau.

Données probantes ou information probante à l'appui

Le rapport annuel 2025-2026 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient

Solution ou action proposée

Risque lié à cette action ou inaction

Si aucun rapport annuel n'était présenté, cela pourrait donner l'apparence d'un manque de transparence dans la communication avec les communautés et le public en général, un manque de suivi et de contrôle et aucuns repères sur lesquels se baser.

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	

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK
Leader francophone

Note exécutive

Suivi(s) à la décision

La prochaine réunion du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients sera en septembre 2026.

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
3.1.6	L'instance de gouvernance examine régulièrement les indicateurs de rendement organisationnels, y compris ceux liés à la qualité et à la sécurité.
3.1.7	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme se serve de la rétroaction des usagers pour améliorer la qualité des services.
3.1.8	L'instance de gouvernance examine régulièrement les progrès effectués par l'organisme par rapport aux objectifs de son plan intégré d'amélioration de la qualité.
3.4.4	L'instance de gouvernance fait en sorte de rester informée des progrès de l'organisme par rapport aux objectifs de ce dernier en matière de santé et de sécurité.

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

Motion

Proposée et appuyée

Est résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients approuve le rapport annuel du Comité et adopte les motions en découlant.

Soumis le 2026-05-15 par Steve Savoie (Vice-Président adjoint système de santé apprenant et innovation).

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



Présentation à l’assemblée générale annuelle

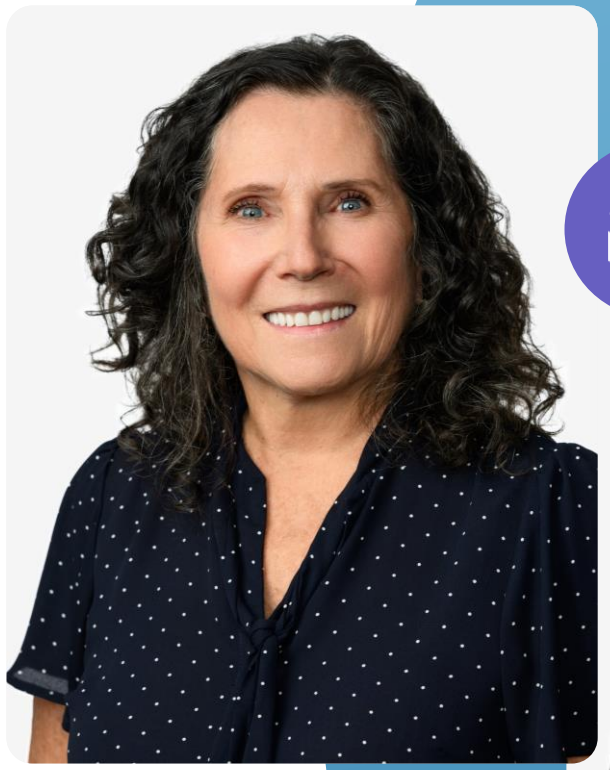
Le 23 juin 2026

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Rapport du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section qualité

Mandat du comité

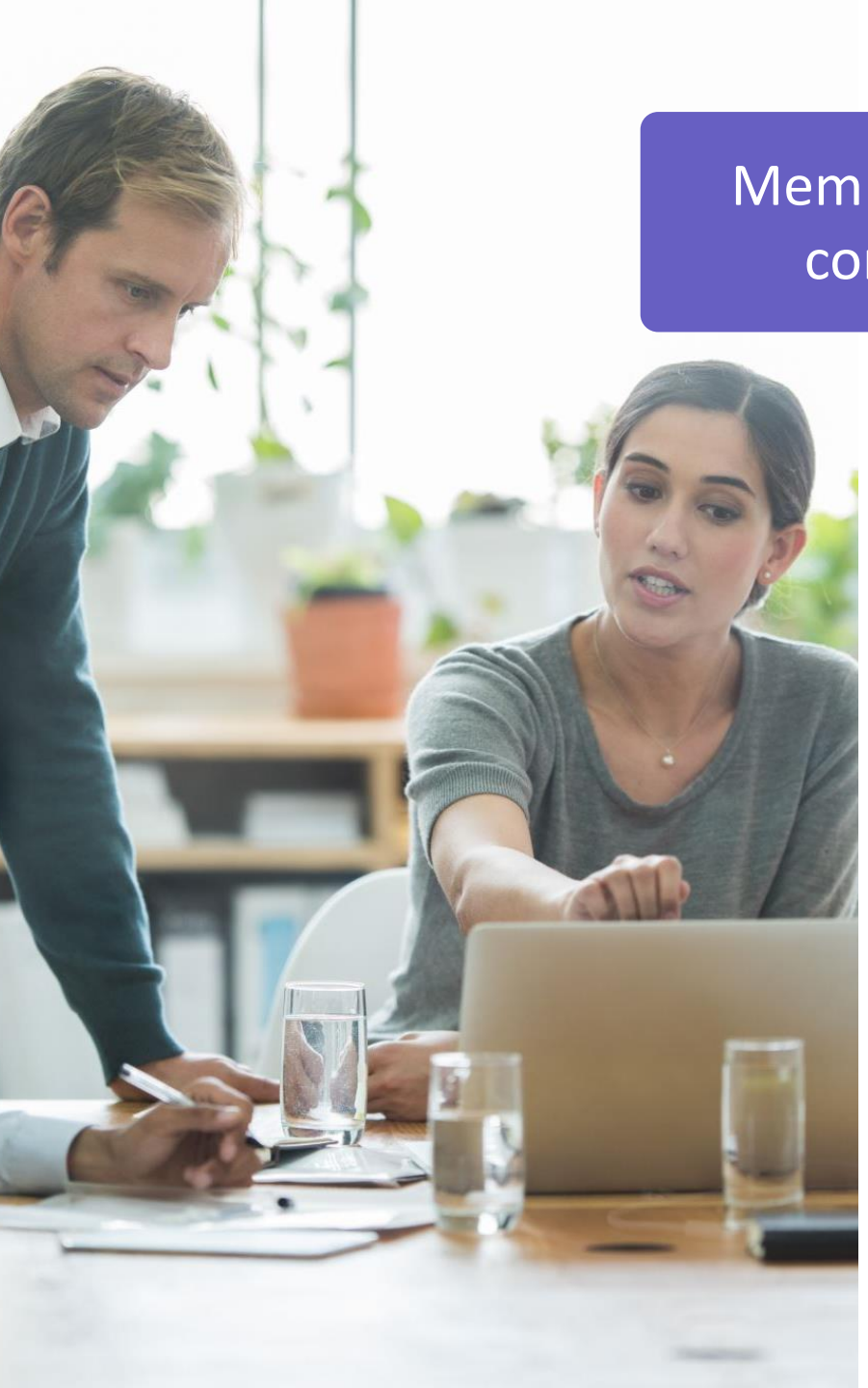
- Assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité et d'expérience patient.
- Promouvoir et surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, de la sécurité des patients, de l'approche centrée sur la personne, de la diversité, de l'équité et de l'inclusion, de l'éthique et de la protection de la vie privée pour être en mesure de guider le conseil d'administration à l'égard de ses responsabilités concernant tous les aspects liés à la prestation des soins et des services aux patients.
- Appuyer le conseil d'administration dans son examen de suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et aux valeurs du Réseau.





Claire Savoie
Johanne Thériault Paulin
Coprésidentes

vitalité



Membres du comité

Coprésidentes

Claire Savoie

Johanne Thériault Paulin

Membres votants

Thomas Soucy (président du conseil d'administration)

Claire Savoie

Johanne Thériault Paulin

Misty Labillois

Membre d'office (sans droit de vote)

Dre France Desrosiers

Membres invités (sans droit de vote)

Dr Éric Levasseur

Brigitte Sonier Ferguson

Steve Savoie

Annie Carré

Marjorie Pigeon

Caroline Ringuette

Pierre Michaud

Catherine Rouanes

Marc-André LeBlanc

vitalité

Sujets traités pendant la dernière année

- Performance du Réseau en matière de qualité et de sécurité des patients
- Rapport synthèse en matière de qualité, de sécurité des patients et d'expérience patient
- Révision et recommandation du plan de travail
- Rapport synthèse du bureau des risques organisationnels



Réalisations en 2025-2026

Rapport du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section qualité

- Quatre réunions ordinaires tenues par le comité
- Préparation plus intensive des équipes à la visite d'agrément
- Révision et diffusion du document explicatif sur les plaintes destinées aux patients et familles
- 2 cohortes de formation sur la culture de responsabilisation (culture juste) – participation de plus de 50 employés et médecins
- Implantation du logiciel Lime Santé servant à l'évaluation de la satisfaction de la clientèle et révision de nombreux questionnaires
- Révision des politiques sur la maltraitance et le signalement d'abus/négligence
- Récupération des dossiers des alertes et rappels, des incidents liés aux instruments médicaux ainsi que des déclarations des réactions indésirables graves aux médicaments (Loi de Vanessa)

Réalisations en 2025-2026

- Réduction importante du délai de fermeture des rapports d'incident dans un délai de 30 jours, passant de 49% à 73%
- Organisation d'activités lors de la Semaine nationale de sécurité des patients
- Participation à des laboratoires sur le futur de la gestion des incidents dans le système de santé canadien (sur invitation par Excellence en santé Canada)
- Lancement du service de rétroaction rapide au Bureau de partenariat avec les patients et les familles
- Élaboration du cadre de référence et des outils pour le service de patient-traceur, puis mise en œuvre d'un projet-pilote
- Participation active au nouveau comité d'engagement des patients partenaires au projet Symbio





Mot de la fin

Ceci constitue le rapport des coprésidentes du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de la gouvernance et mise en candidature – section qualité pour l'assemblée générale annuelle de 2025-2026.

Claire Savoie
Johanne Thériault Paulin
Coprésidentes

Rapport du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section qualité

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport annuel du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section qualité du 23 juin 2026.



Note exécutive

Point 9.1 a)

Nom du comité : Comité mixte de qualité et de gouvernance

Date: 2026-05-26

Objet : Plan d'amélioration continue de la qualité 2026-2028

Résultat ou état futur recherché

Faire approuver le plan d'amélioration continue de la qualité 2026-2028.

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

Conformément à son mandat, le comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients relevant du Conseil d'administration approuve un plan d'amélioration continue de la qualité.

Données probantes ou information probante à l'appui

Mandat du comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
Mandat du comité de la qualité
Normes de Gouvernance d'Agrément Canada (critère 3.1.12)
Normes de Leadership d'Agrément Canada (critère 2.4.9)

Solution ou action proposée

Suivant la vision en matière de gestion intégrée de la qualité, le plan d'amélioration continue de la qualité est le fruit de la combinaison d'un ensemble d'initiatives et de projets prioritaires établis par l'organisation en lien avec les processus de qualité des soins et de sécurité des patients (sondages sur la culture de sécurité des patients, données sur les incidents, plaintes, satisfaction clientèle et audits, optimisation des données qualité et sécurité, conformité aux normes d'Agrément Canada, etc.).

Les objectifs proposés visent le renforcement de l'approche de système de santé apprenant ainsi que l'amélioration significative de la sécurité des patients sur une variété de sujets prioritaires selon le contexte actuel de l'organisation.

Après discussion à sa rencontre du 5 mai dernier, le comité de la qualité recommande l'approbation du plan, tel que prosposé.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Manque de consensus sur les activités prioritaires en matière d'amélioration continue de la qualité à l'échelle du Réseau.

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK
Leader francophone

Note exécutive

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique		X		
Qualité et sécurité			X	
Partenariats		X		
Gestion des risques (analyse légale)		X		
Allocation des ressources (analyse financière)			X	
Impacts politiques		X		
Réputation et communication		X		

Suivi(s) à la décision

Mise en œuvre du plan d'amélioration.

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

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

Motion

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 présenté

Soumis le 2026-05-04 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.

Plan d’amélioration continue de la qualité 2026-2028

Objectif	Livrable	Responsable	Échéance	État d’avancement	Indicateur	Suivi
Consolider la culture de sécurité des patients à travers l’organisation	Évaluer le degré de maturité organisationnelle en matière de culture juste	QSPEP	2026-12-31	Non débuté	Rapport d’évaluation	
	Élaborer une stratégie ainsi qu’un plan de formation à l’échelle organisationnelle sur la culture de responsabilisation (anciennement culture juste)	QSPEP	2027-03-31	En cours	Stratégie approuvée Plan de formation approuvé	2 cohortes de formation offertes en mars 2027 à près de 55 participants Discussions en cours avec l’ACPM pour contenu de la formation
Formaliser la nouvelle approche de gestion intégrée de la qualité	Réviser le cadre de gestion intégrée de la qualité *Y décrire l’approche relationnelle opérationnelle et l’évaluation de l’impact, puis adapter l’information partagée selon les niveaux de reddition de compte*	QSPEP	2026-12-31	En cours	Nouvelle version du cadre approuvée	Ébauche rédigée. Rencontre planifiée pour discussion des indicateurs à suivre. Consultation en cours
	Transitionner vers le cycle d’agrément séquentiel *Accentuer par le fait même le rôle vigie de l’équipe qualité auprès du leadership à partir d’activités proactives sur le terrain*	QSPEP	2027-12-31	Non débuté	Lancement du nouveau cycle	Sera amorcé après la visite de 2026
Enrichir les données utilisées en matière de qualité des soins et de sécurité des patients	Implanter le logiciel Lime santé et réviser les sondages clientèle utilisés	QSPEP	2028-03-31	En cours	Utilisation de Lime Santé pour 100% des sondages clientèle	Projet prioritaire en cours
	Exploiter le tableau de bord sur les préjudices à l’hôpital	QSPEP Chefferie médicale PCI	2027-06-31	En cours	Cibles d’amélioration identifées et suivies	Rencontre prévue en mai 2026
Intégrer des initiatives et critères de Choisir avec soins au sein de nos établissements	Déploiement de l’initiative Transfuser avec soins. *Rencontrer les critères de Transfuser avec soins dans le Réseau.*	Chefferie médicale	Certification reçue	En contrôle	Maintien des certifications. Les indicateurs sont définis par Choisir avec soins.	Suivi mensuel des indicateurs dans un tableau PowerBi pour le Réseau et les zones. Les CMCL sont informés de leurs indicateurs mensuellement.
Prévenir le risque suicidaire	Élaborer un plan et mettre en œuvre de la POR sur la prévention du risque suicidaire	Pratique professionnelle	À venir	En cours	À déterminer	• Le modèle vise une offre active dans le cadre du projet prioritaire amélioration de la qualité et sécurité des patients.

Dernière mise à jour : 2026-05-13

Objectif	Livrable	Responsable	Échéance	État d'avancement	Indicateur	Suivi
						• La phase planification du plan de déploiement de la POR 2023 élargie se terminera sous peu; • Les travaux requis pour la révision et le déploiement de la P&P GEN.3.80.90 ont été identifiés.
Assurer la sécurité des médicaments	Finaliser le plan d'implantation du BCM	Pharmacie	Juin 2027	En cours	Taux - BCM d'admission Taux - BCM de congé Taux - BCM de transfert	**En cours/ à terminer** • BCM santé mentale communautaire et traitement des dépendances • BCM transfert Hôpital régional Chaleur • CH Restigouche (autres unités) **À venir** • BCM admission et congé - Hôpital de Tracadie (automne 2026 - hiver 2027) • BCM admission et congé - Hôpital de l'Enfant-Jésus Caraquet (hiver/printemps 2027) • BCM admission et congé - Hôpital de Lamèque (hiver/printemps 2027)
	Renouvellement des cabinets automatisés	Pharmacie	Décembre 2026	En cours	Taux de cabinets remplacés et fonctionnels	Projet prioritaire - Tous les cabinets ont été remplacés dans le Réseau. Démarches en cours avec le fournisseur pour la configuration
	Aires d'entreposage des médicaments sur les unités de soins	Pharmacie Installations matérielles	Juillet 2026 (plan)	En cours	Plan de rénovation élaboré	Projet prioritaire - Plan de rénovations a été mis en place afin de pallier les manques et répondre minimalement aux normes d'Agrément pour l'entreposage des médicaments sur les unités de soins à la zone 1B. Nous attendons l'approbation du budget afin d'effectuer ces rénovations. Le remplacement des chariots à médicaments non-verrouillables est en cours.
	Mettre en place un comité multidisciplinaire de sécurité des médicaments	Pharmacie Pratique professionnelle	Automne 2026	En cours	Mandat officialisé PV des rencontres	Le mandat du comité est en cours d'élaboration. Recrutement des membres à venir. Première réunion du comité à prévoir à l'automne.

Objectif	Livrable	Responsable	Échéance	État d'avancement	Indicateur	Suivi
Prévenir les infections	Améliorer le taux de compliance au lavage des mains	PCI	Juin 2026	En cours	Taux de compliance lors des audits	Campagne et plan d'amélioration lancés en avril 2026
Promouvoir une approche centrée sur la personne	Mettre en œuvre le modèle de soins collaboratif	Pratique professionnelle	Mars 2027	En cours	Taux de plaintes liées au comportement pour le personnel infirmier Taux de plaintes liées au comportement pour le personnel infirmier Taux de patients indiquant être impliqués dans les décisions qui les concernent	Urgence – juin 2026 Santé mentale – décembre 2026 L'implantation du modèle de soins collaboratif est actuellement en cours pour les services d'urgence et de santé mentale, incluant les unités de psychiatrie et de pédopsychiatrie des zones 1B et 5. Les formations en présentiel ont été complétées pour les zones 4 et 6. Les formations virtuelles sont en cours pour les zones 1B et 5, ainsi que pour le personnel des autres zones qui n'ont pas pu y participer en présentiel. Les formations en présentiel seront entièrement complétées d'ici le 13 mai 2026.
	Mettre sur pied un programme de formation sur le savoir-être pour les gestionnaires	Engagement	Mars 2027 (gestionnaires)	En cours	Taux de plaintes liées au comportement pour le personnel non-clinique	Programme de formation de 10 modules où le savoir être fera partie intégrante des notions apprises dans l'ensemble des modules. Module du programme de formation en leadership des gestionnaires (niveau 1) portant spécifiquement sur le savoir être
	Élaborer une stratégie et plan d'action concernant la clientèle aînée	QSPEP	Mars 2027	Non débuté	À déterminer	À débuter dès juillet 2026. Dossier en coleadership avec le Bureau de la pratique professionnelle