RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

AVIS DE RÉUNION ☒ **PROCÈS-VERBAL** ☐

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	**Date et heure :**	Le 27 octobre 2026 à 13 h 30
But de la réunion :	Réunion publique	**Endroit :**	Four Points by Sheraton, Moncton Salle : Rendez-vous
Président : **Adjointe administrative :**	Thomas Soucy Sophie Legacy		

Participants					
Membres					
Janice Goguen		Léo-Paul Pinet		Claire Savoie	
Réjean Després		Misty Labillois		Johanne Thériault Paulin	
Membres d'office					
Dre France Desrosiers		Dr Eric Levasseur		Justin Morris	
Équipe de leadership					
Ghislaine Arsenault		Chantalle Arsenault		Patrick Parent	
Dre Natalie Banville		Pierre Michaud		Dre Anick Pelletier	
Josée Gagnon		Allison White		Marc-André LeBlanc	
Raphaël Roy		Steve Savoie		Joanie Gagnon	
Invité.e.s					
Charline Morrison					

AVIS DE RÉUNION

Heure	Sujet	Action
13 h 30	**1. Protocole d'ouverture**	Information
13 h 40	**2. Ouverture de la réunion**	Décision
13 h 42	**3. Déclaration de conflits d'intérêts**	Information
13 h 43	**4. Adoption de l'ordre du jour**	Décision
13 h 45	**5. Présentation pour adoption**	
	5.1 a) Procès-verbal de la réunion publique du 23 juin 2026 **5.1 b) Procès-verbal de la réunion extraordinaire du 21 octobre 2026**	Décision
13 h 50	**6. Rapports des comités**	
	6.1 Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification (22 septembre 2026)	
	6.1.1 Section finances et vérification	Décision
	6.2 Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature (22 septembre 2026)	
	6.2.1 Section qualité des soins et sécurité des patients	Décision
	6.2.2 Section gouvernance et mise en candidature	Décision
	6.3 Comité médical consultatif (13 octobre 2026)	Décision
	6.4 Comité professionnel consultatif (15 septembre 2026)	Décision
14 h 40	**7. Information**	
	7.1 Réunions à huis clos **7.2 Continuité des services au Restigouche**	Information
14 h 45	**8. Rapprochement avec nos communautés** **8.1 Rapprochement avec les Premières Nations en matière de santé**	Information

15 h 05	**9. Rapport de la présidente-directrice générale**	Décision
15 h 50	**10. Évaluation de la réunion**	Information
15 h 55	**11. Signature des procès-verbaux des réunions précédentes**	Action
16 h	**12. Levée de la réunion**	Décision
16 h	**13. Dialogue avec le public (options : en personne et virtuellement)**	Information
16 h 05	**Rencontre avec les médias**	

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL** ☒

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	**Date et heure :**	23 juin 2026, de 13 h 30 à 15 h
But de la réunion :	Réunion publique	**Endroit :**	Best Western Plus, Bathurst Salle Acadie
Président : **Adjointe administrative :**	Thomas Soucy Sophie Legacy		

Participants					
Membres					
Janice Goguen	✓	Léo-Paul Pinet	✓	Claire Savoie	✓
Réjean Després	✓	Misty Labillois	✓	Johanne Thériault-Paulin	✓
Membres d'office					
Dre France Desrosiers	✓	Dr Eric Levasseur	✓	Annie Carré	✓
Équipe de leadership					
Ghislaine Arsenault	✓	Jenny Toussaint	✓	Patrick Parent	✓
Dre Natalie Banville	✓	Pierre Michaud	✓	Dre Anick Pelletier	✓
Josée Gagnon	✓	Marc-André LeBlanc	✓	Allison White	✓

PROCÈS-VERBAL

1. Déclaration de reconnaissance territoriale par le président du Conseil d'administration

Une déclaration de reconnaissance territoriale est prononcée, suivie d'une cérémonie d'ouverture offerte en téléconférence par l'Aînée Constance Sewell de la Première Nation de Pabineau.

2. Ouverture de la réunion

Le président annonce l'ouverture officielle de la réunion publique du Conseil d'administration à 13 h 36.

3. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucune déclaration de conflit d'intérêts n'est soulevée.

4. Adoption de l'ordre du jour

L'ordre du jour est présenté aux fins d'adoption.

MOTION 2026-06-23 / 01P
Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Réjean Després
Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'ordre du jour de la réunion publique du 23 juin 2026 tel que présenté.
Adoptée à l'unanimité

5. Adoption du procès-verbal de la réunion publique du 28 avril 2026

Le procès-verbal de la réunion publique du 28 avril 2026 est présenté aux fins d'adoption.

MOTION 2026-06-23 / 02P
Proposée par Janice Goguen
Appuyée par Misty Labillois
Et résolu que le Conseil d'administration approuve le procès-verbal de la réunion publique du 28 avril 2026.
Adoptée à l'unanimité

6. Présentations

6.1 Rapports trimestriels de la PDG

La PDG du Réseau, Dre France Desrosiers, présente son rapport trimestriel.

MOTION 2026-06-23 / 02P
Proposée par Réjean Després
Appuyée par Claire Savoie
Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport trimestriel de la présidente-directrice générale pour la période de mars à juin 2026.
Adoptée à l'unanimité

6.3 Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification

6.3.1 Section recherche et formation

Janice Goguen, coprésidente, présente le rapport trimestriel du Comité.

À titre d'information

- Suivis de la dernière rencontre
- Performance du secteur de la Mission universitaire : bilan annuel 2025-2026
- Adoption du rapport annuel 2025-2026 du Comité stratégique de la recherche et de la formation
- Enjeux et possibilités
- Partenariats et engagements en lien avec la Mission universitaire : mise à jour de l'Institut de recherche en santé
- Survols des développements du Centre de formation médicale du N.-B.

MOTION 2026-06-23 / 03P
Proposée par Johanne Thériault-Paulin
Appuyée par Claire Savoie
Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la réunion du 26 mai 2026 du Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification – section recherche et formation.
Adoptée à l'unanimité

6.3.2 Section finances et vérification

Réjean Després, coprésident, présente le rapport trimestriel du Comité.

À titre d'information
Suivis de la dernière rencontre
Gestion des investissements

Aux fins de décision
- États financiers vérifiés pour l'exercice terminé le 31 mars 2021 (MOTION 2026-05-26/05CMRFF)
- Rapport des auditeurs (MOTION 2026-05-26/06CMRFF)
- Auditeurs externes (MOTION 2026-05-26/07CMRFF)
- Renouvellement de l'entente avec les vérificateurs externes (MOTION 2026-05-26/08CMRFF)
- Adoption du rapport annuel du Comité pour l'AGA (MOTION 2026-05-26/09CMRFF)

MOTION 2026-06-23 / 04P
Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Johanne Thériault-Paulin
Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport et adopte en bloc les motions suivantes *:*
- 2026-05-26/05CMRFF
- 2026-05-26/06CMRFF
- 2026-05-26/07CMRFF
- 2026-05-26/08CMRFF
- 2026-05-26/09CMRFF

de la réunion du 26 mai 2026 du Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification – section finances.
Adoptée à l'unanimité

6.4 Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature

6.4.1 Section **QUALITÉ**

Johanne Thériault-Paulin**,** coprésidente, présente le rapport trimestriel du Comité.

À titre d'information
- Suivis de la dernière rencontre
- Rapport T4 2025-2026 (décembre à février) du secteur QSPEP
- Rapport T4 et rapport annuel 2025-2026 du Bureau des risques organisationnels

Aux fins de décision
- Adoption du rapport annuel du Comité (MOTION 2026-05-26/03CMQG)
- Plan d'amélioration continue de la qualité (MOTION 2026-05-26/03CMQG)

MOTION 2026-06-23 / 05P

Proposée par Janice Goguen
Appuyée par Léo-Paul Pinet
Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport et adopte en bloc les motions suivantes :

- MOTION 2026-05-26/03CMQG
- MOTION 2026-05-26/04CMQG

de la réunion ordinaire du 26 mai 2026 Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature – section qualité.
Adoptée à l'unanimité

6.4.2 Section **GOUVERNANCE**

Claire Savoie, coprésidente, présente le rapport trimestriel du Comité.

<u>À titre d'information</u>

- Évaluation annuelle du Conseil d'administration et de ses membres
- Recommandation de la nomination des membres du Comité médical consultatif (CMC)
- Recommandation de la nomination des médecins-chefs de zone
- Recommandation de la nomination des membres des comités médicaux consultatifs locaux (CMCL)
- Renouvellement annuel des nominations des membres des comités d'examen des titres (CET)
- Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration
- Suivi du plan de travail sur les normes de gouvernance en prévision de la visite d'Agrément
- Présentation des rapports des comités du Conseil d'administration lors de la réunion publique
- Mise à jour des secteurs des Ressources humaines et de l'Engagement : tableaux de bord

<u>Aux fins de décision</u>

- Révision et approbation du calendrier des réunions du Conseil d'administration 2026-2027 (MOTION 2026-05-26 / 05CMQG)
- Adoption du rapport annuel du Comité (MOTION 2026-05-26 / 06CMQG)
- Nomination des dirigeants du Conseil d'administration (MOTION 2026-05-26 / 07CMQG)
- Recommandation de la nomination des présidences et des membres des comités du Conseil d'administration (MOTION 2026-05-26 / 08CMQG)
- Recommandation de la nomination de la présidence du Comité professionnel consultatif (CPC) (MOTION 2026-05-26 / 09CMQG)
- Recommandation de la nomination du médecin-chef régional (MOTION 2026-05-26 / 10CMQG)
- Recommandation de la nomination des membres du Comité professionnel consultatif (CPC) (MOTION 2026-05-26 / 11CMQG)
- Recommandations de séances de formation à l'intention du Conseil d'administration 2026-2027 (MOTION 2026-05-26 / 12CMQG)

<u>MOTION 2026-06-23 / 06P</u>
Proposée par Réjean Després
Appuyée par Johanne Thériault-Paulin
Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport et adopte en bloc les motions suivantes :

- MOTION 2026-05-26/05CMQG
- MOTION 2026-05-26/06CMQG
- MOTION 2026-05-26/07CMQG

- MOTION 2026-05-26/08CMQG
- MOTION 2026-05-26/09CMQG
- MOTION 2026-05-26/10CMQG
- MOTION 2026-05-26/11CMQG

de la réunion du 26 mai 2026 du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature – section gouvernance.
Adoptée à l'unanimité

6.5 Comité médical consultatif

Le Dr Eric Levasseur, médecin-chef du Réseau et président du Comité médical consultatif, présente le rapport trimestriel et les dossiers de chefferie médicale.

MOTION 2026-06-23 / 07P
Proposée par Johanne Thériault-Paulin
Appuyée par Réjean Després
Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du médecin-chef et du Comité médical consultatif de la réunion ordinaire du 12 mai 2026 et adopte en bloc le renouvellement annuel des nominations des chefs de Services médicaux locaux et régionaux du Réseau pour l'année 2026-2027.
Adoptée à l'unanimité

6.6 Comité professionnel consultatif

Annie Carré, présidente du CPC, présente le rapport trimestriel du Comité.

MOTION 2026-06-23 / 08P
Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Misty Labillois
Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif du 12 mai 2026 et adopte la motion 2026-05-12/06-CPC de la réunion du 12 mai 2026 du Comité professionnel consultatif.
Adoptée à l'unanimité

7. Information

Le président informe le public des réunions à huis clos tenues les 22 et 23 juin 2026 ainsi que des motifs prévus par la loi.

Réunions à huis clos des 22 et 23 juin 2026

Y ont été discutés des renseignements concernant une personne identifiable, des questions de gestion des risques ou de soins aux patients ainsi que des renseignements dont la divulgation pourrait porter atteinte aux mesures de sécurité mises en place par la régie régionale de la santé ou compromettre l'efficacité avec laquelle celle-ci exerce ses fonctions et ses responsabilités.

8. Rapprochement avec nos communautés

Présentation des CSR Chaleur et Péninsule acadienne par Mmes Jocelyne Hachey et Mélanie Thibodeau.

9. Évaluation de la réunion

Les membres du Conseil d'administration procèdent à l'évaluation de la réunion publique.

10. Signature des procès-verbaux des réunions précédentes

Les membres signent le procès-verbal de la réunion publique précédente.

11. Levée de la réunion

Réjean Després lève la réunion à 15 h.

Thomas Soucy
Président du Conseil d'administration

Dre France Desrosiers
Secrétaire du Conseil d'administration

Annexe

MOTION 2026-06-23 / 04P
Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Johanne Thériault-Paulin
Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport et adopte en bloc les motions suivantes *:*

- 2026-05-26/05CMRFF
- 2026-05-26/06CMRFF
- 2026-05-26/07CMRFF
- 2026-05-26/08CMRFF
- 2026-05-26/09CMRFF

de la réunion du 26 mai 2026 du Comité des finances et de vérification.
Adoptée à l'unanimité

Motions relatives à la précédente :

MOTION 2026-05-26 / 05CMRFF
Proposée par Claire Savoie Appuyée par Thomas Soucy
Et résolu que les états financiers vérifiés pour l'exercice terminé le 31 mars 2026 soient approuvés tels qu'ils sont présentés.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2026-05-26 / 06CMRFF
Proposée par Thomas Soucy
Appuyée par Misty Labillois
Et résolu que le rapport des auditeurs soit adopté tel qu'il est présenté.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2025-05-27 / 07CMRFF
Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Thomas Soucy
Et résolu que le Comité des finances approuve la recommandation visant à reconduire le mandat de la firme Raymond Chabot Grant Thornton pour la vérification des états financiers du Réseau de santé Vitalité pour l'exercice financier 2026-2027.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2025-05-27 / 08CMRFF
Proposée par Léo-Paul Pinet
Appuyée par Claire Savoie
Et résolu que le Comité des finances approuve la recommandation visant à retenir l'option privilégiée pour le renouvellement du mandat de vérification des états financiers du Réseau de santé Vitalité auprès d'une firme comptable reconnue pour son expertise, pour les exercices financiers subséquents commençant le 1er avril 2027.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2025-05-27 / 09CMRFF
Proposée par Johanne Thériault-Paulin

Appuyée par Thomas Soucy
Et résolu que le Comité des finances adopte le rapport annuel du Comité tel qu'il est présenté.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2026-06-23 / 05P
Proposée par Janice Goguen
Appuyée par Léo-Paul Pinet
Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport et adopte en bloc les motions suivantes :

- MOTION 2026-05-26/03CMQG
- MOTION 2026-05-26/04CMQG

de la réunion ordinaire du 26 mai 2026 du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.
Adoptée à l'unanimité

Motions relatives à la précédente :

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

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

MOTION 2026-06-23 / 06P
Proposée par Réjean Després
Appuyée par Johanne Thériault-Paulin
Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport adopte les motions suivantes :

- MOTION 2026-05-26/05CMQG
- MOTION 2026-05-26/06CMQG
- MOTION 2026-05-26/07CMQG
- MOTION 2026-05-26/08CMQG
- MOTION 2026-05-26/09CMQG
- MOTION 2026-05-26/10CMQG
- MOTION 2026-05-26/11CMQG

de la réunion du 26 mai 2026 du Comité de la gouvernance et des mises en candidature.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2026-05-26 / 05CMQG

Proposée par Thomas Soucy
Appuyée par Misty Labillois
Et résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter le calendrier des réunions du Conseil d'administration pour l'année 2026-2027.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2026-05-26 / 06CMQG
Proposée par Claire
Appuyée par Misty
Et résolu que le Comité de gouvernance approuve le rapport annuel du Comité de gouvernance.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2026-05-26 / 07CMQG
Proposée par Léo-Paul Pinet
Appuyée par Claire Savoie
Et résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration d'approuver la nomination de Thomas Soucy au poste de président du Conseil d'administration ainsi que celle de Réjean Després aux postes de vice-président et de trésorier pour l'année 2026-2027.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2026-05-26 / 08CMQG
Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Thomas Soucy
Et résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration d'approuver la composition des comités du Conseil d'administration, y compris la nomination des coprésidences des comités pour l'année 2026-2027.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2026-05-26 / 09CMQG
Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Thomas Soucy
Et résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration d'approuver la candidature de Justin Morris à la présidence du Comité professionnel consultatif pour l'année 2026-2027.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2026-05-26 / 10CMQG
Proposée par Thomas Soucy
Appuyée par Léo-Paul Pinet
Et résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration d'approuver la nomination du Dr Éric Levasseur à titre de médecin-chef pour l'année 2026-2027.
Adoptée à l'unanimité

MOTION 2026-05-26 / 11CMQG
Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Léo-Paul Pinet

Et résolu que les recommandations contenues dans les points ci-dessous soient approuvées :
12.7 Recommandation de la nomination des membres du Comité professionnel consultatif (CPC)
12.8 Recommandation de la nomination des membres du Comité médical consultatif (CMC)
12.9 Recommandation de la nomination des médecins-chefs de zone
12.10 Recommandation de la nomination des membres des comités médicaux consultatifs locaux (CMCL)
12.11 Renouvellement annuel des nominations des membres des comités d'examen des titres (CET)
Adoptée à l'unanimité

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL** ☒

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	**Date :**	Le 21 octobre 2026
But de la réunion :	Réunion extraordinaire – vote électronique – mise à jour des plans de travail	**Endroit :**	Courriel
Président : **Adjointe administrative :**	M. Thomas Soucy Sophie Legacy		

Participants					
Membres votants					
Claire Savoie	√	Johanne Thériault Paulin	√	Léo-Paul Pinet	√
Misty Labillois	√	Janice Goguen	√	Réjean Després	√
Membres d'office					
Dre France Desrosiers	√	Tom Soucy (ayant droit de vote)	√		
Membres invités					
Pierre Michaud	√	Marc-André LeBlanc	√		

PROCÈS-VERBAL

Il s'agit d'une réunion extraordinaire qui consiste en un vote électronique sur l'adoption de la mise à jour des plans de travail du Conseil d'administration et de ses comités de qualité et de gouvernance pour l'année 2026-2027.

1. Courriel envoyé aux membres du Conseil d'administration

Le 15 octobre 2026, l'adjointe administrative du Conseil a fait parvenir à ses membres un courriel explicatif, y compris la motion, pour qu'ils procèdent à un vote électronique (Reportez-vous à l'annexe A pour le courriel et à l'annexe B pour les plans de travail 2026-2027).

2. Constat du quorum

L'adjointe administrative constate que tous les membres du Conseil d'administration ont enregistré leur vote électronique.

Le quorum est atteint.

3. Sujet du vote électronique

Approbation de la composition des comités du Conseil d'administration pour l'année 2025-2026.

MOTION 2026-10-21 / 01

Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Janice Goguen
Est résolu que le Conseil d'administration adopte les plans de travail du Conseil d'administration et de ses comités pour l'année 2026-2027.
Adoptée à l'unanimité

4. Résultat des votes

Le résultat des votes électroniques est présenté ci-après.

Membres votants	En faveur	En désaccord
Thomas Soucy	Oui	-
Johanne Thériault Paulin	Oui	-
Misty Labillois	Oui	-
Claire Savoie	Oui	-
Léo-Paul Pinet	Oui	-
Réjean Després	Oui	-

Janice Goguen	Oui	-

5. Fin du vote

Le processus du vote électronique a pris fin le 21 octobre 2026 à 16 h.

Thomas Soucy
Président du Conseil d’administration

Dre France Desrosiers
Secrétaire du Conseil d’administration

Annexe A

15 octobre 2026 : Courriel envoyé aux membres pour l'adoption de la composition des comités du Conseil d'administration pour l'année 2025-2026.

From: Legacy, Sophie (VitalitéNB)
To:

Cc:
Subject: Vote électronique : Modifications aux plans de travail 2026-2027 - date limite : 21 octobre 2026
Date: October 15, 2026 8:55:00 AM
Attachments: Note exécutive - Modifications aux plans de travail 2026-2027.pdf
image001.png

Bonjour cher.ère.s membres du Conseil d'administration,
Vous trouverez ci-joint la note exécutive intitulée Modifications aux plans de travail 2026-2027, laquelle présente les modifications proposées aux plans de travail du Conseil d'administration, du Comité de gouvernance et de mise en candidature ainsi que du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Modifications proposées

1. Au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, il est proposé de retirer le rapport sur la diversité, l'équité, l'inclusion, l'accessibilité et la lutte contre le racisme (DÉIA), puisque ces éléments seront désormais intégrés au rapport sur l'expérience employé présenté au Comité de gouvernance et de mise en candidature.
2. Au Comité de gouvernance et de mise en candidature, il est proposé de retirer les activités liées à la validation de la mission, de la vision et des valeurs, à la planification stratégique apprenante en continu, à la révision des paniers de services ainsi qu'au suivi des priorités organisationnelles, des livrables et des mesures de performance. Ces éléments seraient désormais examinés par le Conseil d'administration dans le cadre de la réception trimestrielle du bulletin de performance.

Si vous êtes à l'aise avec ces modifications, nous vous invitons à procéder au vote électronique de la motion suivante :

MOTION

Est résolu que le Conseil d'administration adopte les modifications apportées aux plans de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, du Comité de gouvernance et de mise en candidature et du Conseil d'administration telles que présentées, et que les plans de travail révisés entrent en vigueur à compter de leur adoption.

Nous demandons donc un proposeur et un appuyeur. Notez que la première personne à répondre sera considérée le proposeur et la seconde sera considérée l'appuyeur.

Nous vous saurions gré de nous faire parvenir votre vote d'ici la fin de la journée du 21 octobre 2026.

Prière de répondre à tous lors de l'envoi de votre vote.

N'hésitez pas à nous joindre si vous avez des questions.
Merci de votre collaboration.

Annexe B

PLAN DE TRAVAIL – CONSEIL D'ADMINISTRATION

	ACTIVITÉS	Date				
		Octobre 2026	Janvier 2027	Avril 2027	Juin 2027	Au besoin
Conseil d'administration	Adoption des plans de travail des comités du Conseil d'administration	X				
	Adoption des mandats des comités du Conseil d'administration	X				
	Élections des dirigeants		X			
	Adoption du budget annuel		X			
	Adoption du plan d'évaluation annuelle de la performance de la PDG, médecin-chef et présidence du CPC		X	X		
	Participation aux évaluations des dirigeants et des membres et du Conseil d'administration			X		
	Réception des résultats des évaluations annuelles de la performance de la PDG, médecin-chef et présidence du CPC			X		
	Nomination des présidences et des membres des comités du Conseil d'administration				X	X
	Nomination de la présidence du Comité professionnel consultatif				X	
	Nomination du médecin-chef régional				X	
	Nomination des membres du Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif				X	
	Nomination des médecins-chefs de zone				X	
	Nomination des membres des Comités médical consultatif locaux				X	
	Nomination des membres du Comité d'éthique de la recherche				X	
	Nomination des chefs de départements				X	
	Nomination du vérificateur externe				X	
	Adoption des états financiers vérifiés				X	
	Réception du rapport annuel de la présidence du Conseil d'administration				X	
	Réception des rapports annuels des comités du Conseil d'administration				X	
	Réception du rapport annuel du Comité professionnel consultatif				X	
	Réception du rapport annuel du Médecin-chef et du Comité professionnel consultatif				X	
	Approbation du Plan régional de santé et d'affaires 2026-2029				X	
	Approbation du rapport annuel 2025-2026				X	
	Réception des rapports annuels des comités du Conseil d'administration				X	
	Adoption des états financiers trimestriels	X	X	X	X	
	Réception du bulletin de performance trimestriel (incluant l'examen de la mission, de la vision et des valeurs, révision de la planification stratégique apprenante en continu, validation des paniers de services, des priorités et livrables organisationnels, ainsi que suivi des indicateurs et résultats de performance publique)	X	X	X	X	
	Réception trimestrielle du rapport des risques organisationnels	X	X	X	X	
	Octroi/retrait des privilèges du personnel médical	X	X	X	X	X
	Octroi/retrait des privilèges temporaires du personnel médical	X	X	X	X	
	Octroi/retrait des privilèges des infirmières praticiennes	X	X	X	X	X
	Réception du rapport trimestriel des incidents liés à la sécurité des patients	X	X	X	X	
	Réception du plan d'affaires trimestriel	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel du médecin-chef	X	X	X	X	

	Réception du rapport trimestriel du Comité médical consultatif	X	X	X	X	
	Réception du rapport du Comité professionnel consultatif	X	X	X	X	
	Présentation des dossiers litigieux des médecins	X	X	X	X	X
	Réception des rapports trimestriels des comités du Conseil d’administration	X	X	X	X	
	Participation active aux activités de formation et d’éducation	X	X	X	X	X
	Procède aux évaluations régulières des réunions du Conseil	X	X	X	X	
	Examiner les relations et engagement avec les principaux intervenants clés	X	X	X	X	X
	Participation active à la démarche d’Agrément					X
	Adoption de la signature des contrats nécessitant l’approbation du Conseil d’administration					X

Adoption : 2026-10-21

PLAN DE TRAVAIL – COMITÉ DE GOUVERNANCE ET DE MISE EN CANDIDATURE

	ACTIVITÉS	Date				
		Septembre	Décembre	Mars	Mai	Au besoin
Comité de gouvernance et de mise en candidature	Recommandation d'un plan de formation annuel à l'intention du Conseil d'administration	X				
	Révision et recommandation du plan de travail du Conseil d'administration	X				
	Révision des plans de travail des comités du Conseil d'administration	X				
	Adoption du processus d'élections des dirigeants du Conseil d'administration		X			
	Adoption du plan d'évaluation annuelle de la performance de la PDG, médecin-chef et présidence du CPC		X			
	~~Validation et approbation de la mission, vision et valeurs~~		~~X~~			
	~~Révision de la démarche de planification stratégique annuelle et les résultats sommaires~~		~~X~~			
	~~Réviser les paniers de service en lien avec la planification stratégique apprenante en continue~~			~~X~~		
	Évaluation annuelle du Conseil d'administration et des membres			X		
	Révision et adoption du manuel d'orientation du Conseil d'administration			X		
	Révision et approbation du calendrier de réunions du Conseil d'administration				X	
	Révision et adoption du profil des compétences des membres du Conseil d'administration				X	
	Adoption du rapport annuel du comité				X	
	Nomination des dirigeants du Conseil d'administration				X	
	Recommandation de la nomination des présidences et des membres des comités du Conseil d'administration				X	X
	Recommandation de la nomination de la présidence du Comité professionnel consultatif				X	
	Recommandation de la nomination du médecin-chef régional				X	
	Recommandation de la nomination des membres du Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif				X	
	Recommandation de la nomination des médecins-chefs de zone				X	
	Recommandation de la nomination des membres des Comités médical consultatif locaux				X	
	Recommandation de la nomination des membres du Comité d'éthique de la recherche				X	
	Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration	X	X	X	X	
	Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément	X	X	X	X	
	~~Révision des priorités et livrables des secteurs et les mesures de performances publiques.~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	
	Révision des sommaires des résultats des évaluations des besoins des communautés en matière de santé					X
	Révision des mandats des comités du Conseil d'administration					X
	Nomination de membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour tous les comités du Conseil d'administration, le Comité professionnel consultatif et le Comité médical consultatif					X
	Révision et approbation de politiques et procédures du Conseil d'administration					X
	Recommandations de séances de formation à l'intention du Conseil d'administration					X
	*Support de la vice-présidence responsable de la gestion des risques					

Adoption : 2026-10-21

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

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

Adoption : 2026-10-21

NOTE EXÉCUTIVE

Point 6.1.1 a)

Nom du comité : Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification (comité des finances)

Date : 27 octobre 2026

Objet : Rapport du Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification – section finances et vérification (comité des finances)

Résultat ou état futur recherché

L'objectif est de présenter le rapport et le procès-verbal de la rencontre du 22 septembre 2026 du Comité des finances et de vérification à la réunion publique du conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité.

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

Le Comité des finances et de vérification (le « comité ») aide le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (« le Réseau ») à s'acquitter de ses responsabilités pour assurer la viabilité financière et organisationnelle. Il recommande des mesures relatives à l'allocation des ressources, y compris l'adoption du budget annuel, et il surveille la performance financière sur une base continue. Il analyse la situation financière de l'organisation et les risques financiers auxquels celle-ci s'expose et il en informe le Conseil. En outre, le comité est responsable d'aider le Conseil à assumer sa responsabilité de surveillance quant à l'exactitude des rapports financiers en veillant à ce que la direction ait établi des systèmes appropriés de contrôles internes et de superviser le processus de vérification d'audit externe. Il oriente également le Conseil sur l'investissement de fonds pour lequel il a une responsabilité fiduciaire. 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

Rapport et procès-verbal de la rencontre du 22 septembre 2026 du Comité des finances.

Solution ou action proposée

Le coprésident du Comité, monsieur Réjean Després, présentera le rapport au Conseil.

Lors de la présentation de ce rapport, monsieur Després proposera chacune des motions au Conseil d'administration pour adoption. Le président du Conseil procèdera à l'adoption de ces motions avec la demande d'un appuyeur, pour ensuite procéder au vote.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Il est impératif de présenter le rapport du comité et de le rendre public, par souci de transparence, de conformité et de reddition de comptes.

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

La prochaine réunion du Comité aura lieu le 15 décembre 2026.

Agrément Canada

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

No de critère	Libellé
2.1.4	L'instance de gouvernance crée des comités propres au sujet au besoin pour s'acquitter de ses responsabilités.
3.1.4	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de politiques et de procédures efficaces pour mener des recherches, y compris de politiques favorisant la recherche centrée sur l'usager.
3.5.5	L'instance de gouvernance examine régulièrement le système de contrôle financier de l'organisme pour veiller à son intégrité.
3.5.6	L'instance de gouvernance examine régulièrement le rendement financier de 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 conseil d'administration reçoit le rapport de la réunion du 22 septembre 2026 du Comité des finances et de vérification.

Est résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes 2026-09-26 / 03CMRFF 2026-09-26 / 04CMRFF de la réunion du 22 septembre 2026 du Comité des finances et de vérification.

Soumis le 14 octobre 2026 par Pierre Michaud, Vice-président – Services corporatifs

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL** ☒

Titre de la réunion :	Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification – section finances et vérification (Comité des finances et de vérification)	**Date et heure :**	Le 22 septembre 2026, de 8 h 30 à 9 h
But de la réunion :	Réunion ordinaire	**Endroit :**	Teams
Coprésidents : **Adjointe administrative :**	**Réjean Després (P)** Janice Goguen (P) Jeanette Roy		

Participants					
Membres votants					
Réjean Després (coprésident)	X	Janice Goguen (coprésidente)	X	Léo-Paul Pinet	X
Claire Savoie	X	Johanne Thériault Paulin	X	Misty Labillois	X
Membres d'office					
Dre France Desrosiers	X	Thomas Soucy (ayant droit de vote)	X		
Membres invités – Finances					
Pierre Michaud	X	Marc-André LeBlanc	X		
Invités					
Patrick Cyr (RCGT)	X	Yvan Lavoie (RCGT)	X		

PROCÈS-VERBAL

1. **Ouverture de la réunion**
   La réunion ordinaire est ouverte par le coprésident, M. Réjean Després, à 8 h 31.

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

3. **Rappel de confidentialité**
   Le coprésident rappelle à tous leur devoir de confidentialité.

4. **Adoption de l'ordre du jour**

   MOTION 2026-09-22 / 01CMRFF
   Proposée par Janice Goguen
   Appuyée par Claire Savoie
   Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel qu'il est présenté.
   Adoptée à l'unanimité.

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

FINANCES

6. **Approbation du procès-verbal du 26 mai 2026**

   MOTION 2026-09-22 / 02CMRFF
   Proposée par Johanne Thériault Paulin
   Appuyée par Misty Labillois
   Et résolu que le procès-verbal de la réunion précédente du Comité des finances et de vérification soit approuvé tel qu'il est présenté.
   Adoptée à l'unanimité.

7. Suivis de la dernière rencontre

Un retour sur les points d'intervention dont il a été convenu lors de la rencontre précédente est présenté sous forme de tableau, à titre informatif, ce qui permet de rendre compte de l'état d'avancement et d'assurer le suivi.

Intervention	Responsable	Date visée	Mise à jour
États financiers Corriger la donnée sur les visites en oncologie ou ajouter une note pour les données de 2024-2025	Pierre Michaud	26 mai 2026	**Fait**
Gestion des investissements Identifier des projets pour les établissements du CHU Dr-Georges-L.-Dumont (1 M$) et de l'Hôpital Régional de Campbellton (3,5 M$) afin de décaisser les fonds restants, totalisant 4,5 M$	Pierre Michaud	31 mars 2028	**En cours**
PRSA 2026-2029 Préparer une note exécutive présentant le cycle de planification du PRSA	Pierre Michaud	28 juin 2026	**Fait – Note exécutive soumise lors de l'approbation du PRSA**

8. Affaires permanentes

8.1 Révision et adoption du plan de travail 2025-2026 du comité

Pour assurer un suivi adéquat de ses responsabilités, le comité a examiné son plan de travail annuel.

Le comité a convenu des ajustements suivants :

- La formation sur les états financiers sera offerte au besoin;
- La confirmation de la conformité des retenues à la source sera présentée annuellement, en mars;
- Un rapport sur la gestion de l'environnement est ajouté au plan et sera présenté annuellement, en mai.

SUIVI : Lors de la rencontre de mai 2027, il sera important de s'assurer que les analyses comparatives reposent sur des éléments équivalents afin de permettre une évaluation juste et pertinente en matière de gestion de l'environnement.

MOTION 2026-09-22 / 03CMRFF
Proposée par Thomas Soucy
Appuyée par Johanne Thériault Paulin
Et résolu que le Comité des finances et de vérification recommande l'approbation de son plan de travail annuel au comité de gouvernance et de mise en candidature.
Adoptée à l'unanimité.

8.2 États financiers pour la période de trois mois (d'avril à juin) terminée le 30 juin 2026

Les états financiers ont été préparés par la direction des services financiers, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public (NCSP). Selon les contrôles internes en place, aucune déficience majeure n'a été relevée.

Une note explicative, accompagnée de plusieurs tableaux, est présentée aux membres. Le vice-président commente les principaux volets de ces tableaux afin d'en faciliter la compréhension.

Les états financiers au 30 juin 2026 affichent une variance négative de 14,7 M$, principalement attribuable aux coûts du personnel d'agence et au déficit opérationnel, tout en reliant les principaux écarts du bilan au calendrier des encaissements, aux revenus associés aux patients et à des transferts d'immobilisations.

SUIVI : Obtenir un sommaire détaillé du compte « Avantages sociaux » qui figure au bilan.

MOTION 2026-09-22 / 04CMRFF
Proposée par Léo-Paul Pinet
Appuyée par Thomas Soucy
Et résolu que les états financiers pour la période de trois mois (d'avril à juin) terminée le 30 juin 2026 soient adoptés tels qu'ils sont présentés.
Adoptée à l'unanimité.

8.3 Progression du Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) 2026-2029
Présenté à titre d'information

Le PRSA est un document stratégique provincial qui établit les priorités, les objectifs de santé et les orientations financières des régies régionales de la santé afin de guider la planification des ressources, des services et des budgets selon les besoins de la population du Nouveau-Brunswick.

Le PRSA a été soumis au ministère de la Santé pour approbation le 28 juin dernier. Une réponse est toujours attendue.

Des échanges avec le Ministère, lors d'une rencontre à Fredericton, ont mené à des propositions d'optimisation pour l'exercice courant et pour les exercices à venir.

8.4 Gestion des investissements
Présenté à titre d'information

La politique CA-275 soutient les stratégies proposées visant à outiller le Comité des finances et de vérification pour une analyse trimestrielle du rendement des fonds et de la gestion du portefeuille.

Les placements des fonds du Centre hospitalier universitaire (CHU) Dr-Georges-L.-Dumont et de l'Hôpital Régional de Campbellton sont administrés par la Financière Banque Nationale.

Le placement de 1,1 M$ pour le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont a généré un gain annualisé de placement équivalent à 7,5 % pour le premier trimestre, alors que le placement de 3,7 M$ pour l'Hôpital Régional de Campbellton a atteint un rendement de 7,4 % pour la même période.

9. Date de la prochaine réunion : Le 15 décembre 2026

10. Levée de la réunion ordinaire
Mme Janice Goguen propose la levée de la réunion à 9 h.

L'ordre de traitement des derniers points à l'ordre du jour a été modifié afin de tenir compte des contraintes de temps. Le point 12 est traité avant le point 11.

11. Rencontre à huis clos avec les auditeurs externes et les membres du comité
Les membres procèdent à la séance à huis clos à 10 h.

12. Rencontre à huis clos avec les membres du Conseil d'administration
Les membres procèdent à la séance à huis clos à 9 h 13.

Réjean Després
Coprésident du comité

Pierre Michaud
Vice-président – Services corporatifs



Présentation au Conseil d'administration
Le 27 octobre 2026

Comité des finances et de vérification

RÉSEAU DE SANTÉ
vitalité
HEALTH NETWORK

Rapport - réunion régulière du Comité des finances et de vérification du 22 septembre 2026

Mandat du Comité

Le comité est responsable d'aider le conseil d'administration à assumer sa responsabilité de surveillance quant à l'exactitude des rapports financiers en veillant à ce que la direction ait établi des systèmes appropriés de contrôles internes et de superviser le processus de vérification externe. Il oriente également le conseil d'administration sur l'investissement de fonds pour lequel il a une responsabilité fiduciaire.



Réjean Després

Coprésident

vitalité



Membres du comité

Coprésidents

Réjean Després

Janice Goguen

Membres votants

Thomas Soucy (président du Conseil d'administration)

Réjean Després

Janice Goguen

Léo-Paul Pinet

Claire Savoie

Johanne Thériault Paulin

Misty Labillois

Membre d'office

Dre France Desrosiers

Membres invités

Pierre Michaud

Marc-André LeBlanc

vitalité

Rapport - réunion régulière du Comité des finances et de vérification du 22 septembre 2026

Contenu de la présentation (aux fins d'information)

- Progression du Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) 2026-2029
- Gestion des investissements
- Adoption du plan de travail du comité



Rapport - réunion régulière du Comité des finances et de vérification
du 22 septembre 2026

Contenu de la présentation (aux fins de décision)



États financiers pour la période de trois mois (avril à juin) terminée le 30 juin 2026

Rapport - réunion régulière du Comité des finances et de vérification du 22 septembre 2026

Après trois mois d'opération :

Dépenses excédentaires	4,3 M$ (liées aux infirmières itinérantes)
Excédent au budget régulier d'opération	10,4 M$ (lié aux embauches et à l'augmentation de volume)
Variance négative totale	14,7 M$

La variance négative de 14,7 M$ est principalement attribuable aux coûts de personnel d'agence et au déficit opérationnel, tout en reliant les principaux écarts du bilan au calendrier des encaissements, aux revenus associés aux patients et à des transferts d'immobilisations.

MOTION 2026-09-22 / 04CMRFF

Proposée par Léo-Paul Pinet	Appuyée par Thomas Soucy	Motion
Nom de la personne proposante	**Nom de la personne qui appuie**	**Adoptée** à l'unanimité / majorité

Est résolu que les états financiers vérifiés pour l'exercice terminé le 30 juin 2026 soient adoptés tels qu'ils sont présentés.



Rapport - réunion régulière du Comité des finances et de vérification du 22 septembre 2026

Mot de la fin

Ceci constitue le rapport du coprésident du Comité des finances et de vérification de la réunion tenue le 22 septembre 2026.

Réjean Després
Coprésident

vitalité

Rapport - réunion régulière du Comité des finances et de vérification du 22 septembre 2026

Est résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité des finances et de vérification du 22 septembre 2026 et adopte la motion suivante:

2026-09-26 / 04CMRFF

de la réunion du 22 septembre 2026 du Comité des finances et de vérification.



Note exécutive

Point 6.2.1 a)

Nom du comité : Conseil d'administration

Date : 27 octobre 2026

Objet : Rapport du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Résultat ou état futur recherché

L'objectif est de présenter le rapport et le procès-verbal de la rencontre du 22 septembre 2026 du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients à la réunion publique du conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité.

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 également responsable de promouvoir et de 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, 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 des services aux patients. Enfin, il appuie le conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et aux valeurs du Réseau.

Données probantes ou information probante à l'appui

Rapport et procès-verbal de la rencontre du 22 septembre 2026 du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Solution ou action proposée

La coprésidente du comité, Mme Johanne Thériault Paulin, présentera le rapport au conseil.

Lors de la présentation de ce rapport, Mme Thériault Paulin proposera chacune des motions au conseil pour adoption. Le président du conseil procédera au processus d'adoption en demandant un appuyeur à chaque motion, pour ensuite procéder au vote.

Risque lié à cette action ou inaction

Il est impératif de présenter le rapport du comité et de le rendre public, par souci de transparence, de conformité et de reddition de comptes.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	x			
Qualité et sécurité			x	

Partenariats	x			
Gestion des risques (analyse juridique)		x		
Allocation des ressources (analyse financière)	x			
Répercussions politiques	x			
Réputation et communication			x	

Suivi(s) à la décision

La prochaine réunion du Comité aura lieu le 15 décembre 2026.

Agrément Canada[1]

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères suivants des normes Gouvernance d'Agrément Canada :

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.
3.4.3	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 procédure 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

☒**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

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

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK
Leader francophone

Note exécutive

Motion

Et résolu que le conseil d'administration reçoit le rapport de la réunion du 22 septembre 2026 du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Est résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante 2026-09-22 / 03CMQG de la réunion ordinaire du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du 22 septembre 2026.

Soumis le 13 octobre 2026 par Steve Savoie, Vice-président adjoint - Soutien organisationnel

PROCÈS-VERBAL

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

Participants (P = présent | A = absent)

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

PROCÈS-VERBAL

Sujet

1. **Ouverture de la réunion**
   La réunion est ouverte par Johanne Thériault Paulin, coprésidente du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance.

   Il est précisé que Johanne Thériault Paulin présidera le volet Qualité des soins et sécurité des patients, tandis que Claire Savoie présidera le volet Gouvernance et mise en candidature.

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

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

4. **Adoption de l'ordre du jour**
   L'ordre du jour de la réunion est adopté tel que circulé avec l'ajout à la section gouvernance, soit le point 14.2 Mandat des membres du Conseil d'administration.

   MOTION 2026-09-22 / 01CMQG
   Proposée par Janice Goguen
   Appuyée par Thomas Soucy
   Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que circulé avec l'ajout à la section gouvernance, soit le point 14.2 Mandat des membres du Conseil d'administration.
   Adoptée à l'unanimité.

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

QUALITÉ

6. Approbation du procès-verbal du 26 mai 2026

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 26 mai 2026 est adopté tel que circulé.

MOTION 2026-09-22 / 02CMQG

Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Misty Labillois
Et résolu que le procès-verbal du 26 mai 2026 soit adopté tel que circulé.
Adoptée à l'unanimité.

7. Mesurer l'impact réel de nos actions d'amélioration

Une orientation stratégique visant à mesurer et à démontrer l'impact réel des actions d'amélioration est présentée.

L'approche proposée consiste à approfondir l'analyse des causes, à valider l'implantation des solutions sur le terrain, à en suivre les effets et à retirer les mesures sans valeur ajoutée afin de réduire le fardeau administratif.

Les améliorations efficaces seront ensuite diffusées de façon systématique dans l'ensemble du Réseau afin de favoriser leur reproduction.

Les membres accueillent favorablement cette orientation et réitèrent leur attente d'obtenir des données permettant d'expliquer les résultats, d'évaluer l'efficacité des initiatives et d'ajuster les interventions au besoin.

8. 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.

En cours :

- **Identifier les tendances et les influences sur le degré d'insatisfaction des activités en psychiatrie (sondage).**
  - La cueillette de données auprès de la Santé mentale est en cours.

Terminée :

- **Présenter au Comité un visuel de la structure de gouvernance et du processus de gestion de la qualité, illustrant les rôles et responsabilités des différents intervenants, de la collecte des données sur le terrain jusqu'à la reddition de comptes au Conseil.**
  - Documentation remise aux membres du comité lors de la séance de préparation à la visite d'agrément le 7 juin.

- **Mise à jour sur la nouvelle loi 40 qui modifie la loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients**.
  - Sera présenté au point 10.2 de cette réunion.

- **Présenter l'ancien plan d'amélioration continue de la qualité à la prochaine réunion pour fin de comparaison.**
  - On présente le bilan du plan d'amélioration continue de la qualité 2022-2023 et souligne que la plupart des cibles ont été atteintes, voire dépassées, notamment pour le bilan comparatif des médicaments, l'augmentation du nombre de patients partenaires (presque doublé) et la réduction des incidents de violence au travail.

  - On confirme que l'objectif est désormais de suivre les nouveaux objectifs en continu, de présenter des résultats mesurables, de valider sur le terrain que les améliorations produisent un impact réel et d'ajuster ou d'abandonner les initiatives qui ne donnent pas les résultats attendus. Il s'agit d'une démarche évolutive qui progressera à chaque réunion du comité.

9. Affaires permanentes

9.1 Rapport annuel 2025-2026 et T1 2026-2027 du secteur QSPEP

On présente le rapport annuel 2025-2026 et le rapport T1 2026-2027 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient**.**

Rapport annuel 2025-2026

- Les enjeux prioritaires de qualité et de sécurité persistent, notamment les chutes, les lésions de pression et les incidents liés aux médicaments, ce qui souligne l'importance d'une meilleure compréhension des causes et des risques en amont.
- Les apprentissages de 2025-2026 démontrent la nécessité de passer d'une logique de production d'information à une logique de résultats mesurables. Malgré une augmentation des signalements et la mise en œuvre de plusieurs recommandations, l'impact réel des actions demeure difficile à démontrer.
- Les priorités opérationnelles de 2026-2027 seront de renforcer l'analyse, le suivi et la validation des actions, de documenter leur implantation et leurs résultats, puis d'ajuster les interventions de façon agile.

Plan d'amélioration de la qualité

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

➢ **Enjeux à surveiller :**

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

➢ **Priorités :**

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

Agrément Canada

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

➢ **Priorités :**

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

Incidents liés à la sécurité des patients

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

➢ **Priorités :**

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

On indique que ces résultats, stables depuis plusieurs années, démontrent la nécessité d'innover dans la façon de mesurer et d'améliorer la sécurité. On souhaite développer des projets pilotes permettant de mesurer

l'impact réel des interventions, même à petite échelle, plutôt que de s'appuyer uniquement sur les taux globaux de déclaration, qui demeurent imparfaits.

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

- Le signalement des incidents de chutes demeure principalement concentré auprès d'une clientèle âgée et vulnérable, particulièrement dans les secteurs de médecine, de transition et d'imagerie médicale. Les facteurs liés à l'état du patient constituent la principale cause contributive.
- Bien qu'une légère hausse des signalements de chutes soit observée par rapport à 2025, aucun incident grave ou modéré n'a été signalé.
- Les chutes surviennent principalement lors des déplacements et de la mobilisation, et plusieurs patients avaient déjà été identifiés comme étant à risque élevé.
- Le signalement des lésions de pression demeure stable comparativement à 2025 et les incidents graves sont en diminution.

- Les signalements de lésions de pression sont concentrés dans les unités de transition et les soins intensifs, où la clientèle présente une plus grande complexité clinique.
  - L'analyse des heures-soins suggère que l'incidence des chutes et des lésions de pression est davantage associée à la complexité de la clientèle qu'à un manque de ressources.

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

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

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

Comité interdisciplinaire de gestion des incidents de médicaments

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

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

Recommandation et revues de qualité

Conformément aux nouvelles exigences législatives, les recommandations approuvées par l'équipe de leadership seront désormais présentées au comité.

Une première série de recommandations découle de l'examen d'un incident de sécurité impliquant un patient et des membres du personnel dans un secteur clinique.

Les recommandations sont priorisées selon leur niveau de risque et visent principalement à renforcer la sécurité lors des codes blancs et des interventions auprès de patients agressifs.

- 14 dossiers ont été analysés depuis le dernier rapport.
- Dix recommandations ont été fermées depuis le dernier trimestre, démontrant une progression soutenue dans leur mise en œuvre.
- Un seul dossier a généré des recommandations pour approbation, soit six recommandations visant les soins intensifs.

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

Expérience patient – plainte
Une hausse des plaintes est observée, particulièrement dans les zones 1B et 6. Les principaux enjeux concernent la qualité des soins, les délais d'attente, le comportement et la communication.

➢ **Enjeux à surveiller :**
- Le service d'urgence de Bathurst présente actuellement les plus importantes opportunités d'améliorations.

➢ **Priorités :**
- Effectuer une analyse approfondie à l'urgence de l'Hôpital régional Chaleur afin de déterminer les causes contributives et d'évaluer l'efficacité des mesures d'amélioration mises en place.
  - Rendre les données disponibles aux équipes via Power BI.
  - Renforcer la fiabilité des données organisationnelles grâce à l'amélioration des pratiques de saisie et de documentation.

Satisfaction à la clientèle
Taux de satisfaction élevés dans la majorité des secteurs, variant entre 83 % et 95 %; les services d'urgence demeurent le principal secteur à améliorer avec un taux de satisfaction de 68 %.

Les usagers distinguent généralement la qualité des soins reçus des enjeux systémiques liés à l'accès aux services, à la disponibilité des ressources et aux délais d'attente.

Le maintien de relations étroites avec les municipalités facilite la gestion des changements de services et des situations sensibles, comme à Kent, Edmundston et dans la Péninsule acadienne, en permettant d'informer les partenaires locaux avant les annonces publiques.

➢ **Enjeux à surveiller :**
- Les services d'urgence concentrent actuellement les principales opportunités d'amélioration.

➢ **Priorités :**
- Augmenter le taux de participation aux sondages.
- Rendre les données disponibles aux équipes via Power BI.
- Effectuer une analyse approfondie des services d'urgence afin de déterminer les causes contributives et d'évaluer l'efficacité des mesures d'amélioration mises en place.

9.2 **Rapport T1 2026-2027 du Bureau des risques organisationnels**
On présente le rapport T1 2026-2027 du secteur Risques organisationnels.

Bureau de la protection des renseignements personnels
- Délai de signalement des incidents : 76 % des atteintes à la vie privée ont été signalées dans un délai de 2 jours ou moins, comparativement à une cible de 90 %. Des activités de sensibilisation se poursuivront afin d'améliorer la rapidité des signalements.
- Intentionnalité : aucun incident n'a été jugé malveillant (0 %).
- Notifications : seulement 4 % des incidents ont nécessité une notification aux personnes concernées et au Bureau de l'Ombud.
- Évaluation de l'Ombud : tous les rapports soumis ont été acceptés, sans recommandation additionnelle (100 %).

➢ **Amélioration des pratiques :**
- **Qualité des signalements :**

Environ 13 % des incidents déclarés relevaient d'autres secteurs (p. ex. sécurité des patients ou expérience patient). Une sensibilisation sera poursuivie afin de diriger les signalements vers la bonne équipe.

- **Formation :**
  Le taux de conformité à la formation sur la protection des renseignements personnels est de 72 %, mais les données sont en cours de validation afin de s'assurer que tous les employés et collaborateurs reçoivent la formation.
- **Consultations :**
  Les demandes de consultation continuent d'obtenir une réponse dans un délai d'une journée ouvrable ou moins, avec un taux de satisfaction élevé.

Optimisation du Bureau de la protection des renseignements personnels

- Une évaluation du niveau de maturité du programme de protection de la vie privée a été complétée par l'équipe en juin.
- Création du plan de travail 12-36 mois : les aspects du programme ayant obtenu les résultats les plus faibles ont été identifiés comme prioritaires et un premier plan général a été élaboré.
- Un plan complet sera complété en début automne, qui guidera le plan de travail de l'équipe et apportera des améliorations dans nos modes de fonctionnement, nos communications, nos processus et nos outils.

➢ **Bon coup – Standardisation du courrier :**
La phase 1 d'un projet visant à standardiser l'identification des enveloppes sortantes a permis d'améliorer la confidentialité en remplaçant les noms de départements par des codes.

Cette initiative réduit les risques d'atteinte à la vie privée, diminue la charge de travail des archives et de la salle de courrier, accélère le traitement du courrier retourné et améliore l'expérience des patients et des employés.

La phase 2 sera déployée auprès d'autres départements.

<u>Secteur des mesures d'urgence</u>

Gestion d'évènements par les administrateurs en disponibilité :

Trois principales catégories d'événements :

- Infrastructure / maintenance
- Débordement
- Sécurité

Portrait du système de garde – T1 2026-2027 :

Au total, 51 événements uniques ont été gérés au premier trimestre.

- 33 CCU documentés
- 25 évènements ont nécessité une collaboration avec un partenaire externe.

Comparaison trimestrielle :

L'analyse trimestrielle met en évidence une amélioration globale de la gestion des risques et des situations complexes, malgré le maintien de certains défis liés aux infrastructures.

- **Risque sécurité :**
  Diminution des événements nécessitant l'intervention des administrateurs de garde (AD), avec des situations moins nombreuses et moins complexes. Le renforcement de la coordination entre la Sécurité, la GRC et les équipes cliniques, ainsi que la standardisation des processus d'escalade et de visionnement vidéo, ont permis des interventions plus rapides et une réduction du risque organisationnel pour les patients, les visiteurs et les employés.

- **Débordement :**
  Légère baisse des situations de débordement par rapport au trimestre précédent, principalement à Tracadie, Edmundston et au CHU Dumont. L'activation du Centre de coordination d'urgence (CCU) et l'utilisation des plans de débordement ont amélioré la coordination, accéléré les congés et réduit le temps de réponse lors des situations critiques.

- **Risque infrastructure :**
  Les incidents liés aux infrastructures demeurent les plus fréquents (dégâts d'eau, pannes électriques, bris d'équipements critiques et accès physique). La mobilisation rapide des équipes techniques,

l'activation des plans d'urgence et la collaboration avec les partenaires externes ont permis de maintenir la continuité des soins sans interruption prolongée et de limiter les conséquences cliniques.

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

Trois principales catégories d'événements :

- Traitement / analyse / procédé
- Soins obstétriques
- Chute

Résumé du trimestre :

Le trimestre se caractérise par une hausse des signalements d'événements cliniques complexes, le maintien d'une exposition élevée en obstétrique et une augmentation des dossiers liés à la qualité des soins. Ces tendances démontrent que les mécanismes de déclaration sont fonctionnels et que la culture de signalement continue de se développer, permettant une meilleure détection et visibilité des risques émergents.

Évolution du profil de risque médico-légal :

La révision continue des événements majeurs, la collaboration avec HIROC et les avocats externes ainsi que le soutien aux démarches de divulgation permettent une prise en charge proactive des dossiers. Actuellement, 64 % des dossiers sont encore à l'étape du signalement, seulement 20 dossiers sont dans le système judiciaire, et plusieurs dossiers historiques ont été fermés. Ces résultats favorisent une détection précoce et une gestion rapide des événements présentant un potentiel de réclamation.

9.3 Rapport T1 2026-2027 – Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme (DÉIA)
Ce point est remis à la prochaine réunion.

10. Affaires nouvelles

10.1 Révision et adoption du plan de travail annuel du comité
Le plan de travail annuel du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est adopté tel que circulé.

MOTION 2026-09-22 / 03CMQG
Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Janice Goguen
Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients approuve le plan de travail annuel 2026-2027 du Comité.
Adoptée à l'unanimité.

10.2 Amendements à la loi sur la qualité des soins et sécurité des patients (LQSSP)
On présente les amendements à la loi sur la qualité des soins et sécurité des patients.

Les amendements à la loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients entraîneront des changements importants en matière de gouvernance, de gestion des incidents, d'examens de la qualité, de divulgation aux patients, de reddition de comptes et de gestion des données. Ils visent notamment à clarifier les définitions des incidents, renforcer l'examen des événements graves, favoriser les examens conjoints entre organismes et améliorer l'utilisation des données pour orienter les améliorations.

Principaux changements à prévoir :

- Réviser les mandats, rôles et structures de gouvernance ainsi que l'information transmise au conseil d'administration.
- Mettre à jour la taxonomie, les définitions et la classification des incidents.
- Adapter les processus de déclaration, d'examen des incidents et de divulgation aux patients.
- Développer un cadre pour les examens conjoints avec Horizon et EM/ANB, incluant les aspects de confidentialité, médicaux et médico-légaux.
- Établir les mécanismes de reddition de comptes au ministre et de production des plans, rapports et indicateurs requis.

- Préparer un plan et un rapport annuel d'amélioration de la qualité, tout en renforçant les tableaux de bord et indicateurs.
- Réviser les règles de confidentialité, d'accès et de transmission des renseignements.
- Adapter les systèmes de données aux nouvelles exigences provinciales, notamment celles prévues pour 2027.
- Réviser les politiques, procédures et gabarits organisationnels concernés.

➢ **Enjeux principaux :**
- Assurer la conformité législative tout en maintenant l'équilibre entre transparence, confidentialité et culture de sécurité.
- Prévoir les ressources et arrimages nécessaires à la mise en œuvre.

➢ **Prochaines étapes :**
- Élaborer un plan de travail de mise en conformité, notamment certaines transmissions de données prévues le 1er avril 2027 et le 1er décembre 2027.
- Prioriser les documents à réviser.
- Former un groupe de travail intersectoriel.
- Clarifier rapidement les enjeux de confidentialité et de reddition de comptes.
- S'arrimer avec les partenaires provinciaux.
- Assurer un suivi périodique au Comité de la qualité.

10.3 Suivi Agrément - Gouvernance

On présente une mise à jour en lien avec Agrément Canada.

Les changements présentés sont une introduction aux nouvelles pratiques découlant de la récente législation.

Un groupe de travail est déjà en place pour élaborer un plan d'action et assurer une mise en œuvre progressive sur plusieurs mois, compte tenu des impacts opérationnels.

Les rapports évolueront graduellement et les commentaires du comité seront sollicités afin d'améliorer la présentation de l'information.

Il faudra également clarifier les attentes du ministère afin d'aligner les pratiques locales sur les nouvelles exigences.

Il s'agit d'un processus d'amélioration continue lié à une nouvelle loi et demande que les futurs changements soient accompagnés d'explications précisant la norme ou l'exigence législative qui les motive.

Au niveau du volet gouvernance d'Agrément Canada, plusieurs activités du plan d'amélioration sont déjà terminées. Les principaux travaux encore en cours portent sur les objectifs liés à la diversité, l'équité, l'inclusion ainsi que la lutte contre le racisme, notamment envers les personnes autochtones. Malgré un ralentissement estival de certains travaux, les activités progressent conformément au plan.

➢ **Prochaines étapes :**
- Suivis post-visite 2026 – À confirmer, aucun suivi post-visite en lien avec les normes de Gouvernance.
- Autoévaluation : Potentiellement automne 2026
- Sondage sur la gouvernance : Potentiellement automne 2026
- Simulation à la visite : Potentiellement avril-mai 2028
- Visite : Potentiellement juin 2028

➢ **Enjeux :**
- Manque de préparation en vue du prochain cycle d'agrément 2026-2030.

GOUVERNANCE

11. Approbation du procès-verbal de la réunion ordinaire du 26 mai 2026

Le procès-verbal de la réunion de la section gouvernance du 26 mai 2026 est présenté pour approbation.

MOTION 2026-09-22/04CMQG
Proposée par Léo-Paul Pinet
Appuyée par Misty Labillois
Est résolu que le procès-verbal du Comité de gouvernance du 26 mai 2026 soit adopté tel que présenté.
Adoptée à l'unanimité

12. Suivis de la dernière réunion

12.1 Évaluation annuelle du Conseil d'administration et des membres

Tel que demandé en mai 2026, une mise à jour est présentée concernant l'exercice d'évaluation annuelle. Il est souligné que plusieurs membres n'ont pas encore été en mesure de compléter leur évaluation; nous présumons que le format actuel est possiblement difficile à interpréter. Les membres discutent de pistes d'amélioration et de la création d'un sous-comité afin de revoir le processus et de proposer des ajustements.

Actions :

- Lors de la réunion à huis clos du Conseil d'administration d'octobre 2026, procéder à la nomination d'un sous-comité responsable des évaluations annuelles **(Sophie Legacy)**.
- Effectuer une analyse comparative des modèles d'évaluation annuelle de conseil d'administration utilisés par d'autres organisations afin d'identifier les meilleures pratiques et de proposer une approche adaptée **(Marc-André Leblanc).**

13. Affaires permanentes

13.1 Mise à jour du plan de formation annuel à l'intention du Conseil d'administration

Une mise à jour est présentée afin d'ajouter la formation facultative « 4 saisons de réconciliation » au plan de formation annuel. Tel qu'indiqué dans la note exécutive, cette formation est proposée à titre de recommandation pour les membres qui souhaitent approfondir leurs connaissances en matière de réconciliation.

Action :

- Acheminer le lien aux membres du Conseil d'administration **(Sophie Legacy)**.

MOTION 2026-09-22/05CMQG
Proposée par Johanne Thériault Paulin
Appuyée par Janice Goguen
Est résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du plan de formation annuel à l'intention du Conseil d'administration.
Adoptée à l'unanimité

13.2 Révision et recommandation du plan de travail du Conseil d'administration

Les modifications proposées au plan de travail annuel du Conseil sont présentées aux membres. Les ajustements, identifiés en rouge dans le document, visent à s'assurer que le plan reflète adéquatement les responsabilités du Conseil ainsi que les besoins actuels de l'organisation.

MOTION 2026-09-22/06CMQG
Proposée par Léo-Paul Pinet
Appuyée par Tom Soucy
Est résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du plan de travail annuel du Conseil d'administration.
Adoptée à l'unanimité

13.3 Révision des plans de travail des comités du Conseil d'administration

Les plans de travail annuels des comités du Conseil d'administration, à l'exception de celui du Comité de recherche et de formation, sont présentés aux membres pour adoption, conformément aux recommandations figurant dans la note exécutive.

MOTION 2026-09-22/07CMQG
Proposée par Johanne Thériault Paulin
Appuyée par Janice Goguen
Est résolu que le Comité de gouvernance adopte les plans de travail annuels des comités du Conseil d'administration présentés.
Adoptée à l'unanimité

13.4 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration

Le rapport d'évaluation des réunions du Conseil tenues en juin est présenté aux membres. Cet exercice vise à favoriser l'amélioration continue de l'efficacité des réunions du Conseil ainsi que la qualité des échanges. Les résultats permettent de cerner les points forts et les occasions d'amélioration, et servent de base aux discussions sur les ajustements pouvant être apportés aux pratiques de gouvernance. Une inquiétude est soulevée au sujet du nombre de personnes qui ont répondu à l'évaluation, soit six sur 10. Ceci est à surveiller.

13.5 Mise à jour des secteurs des Ressources humaines et de l'Engagement – Tableaux de bord

Une mise à jour est présentée concernant les activités des secteurs des Ressources humaines et de l'Engagement. Les membres prennent connaissance des tableaux de bord permettant de suivre l'évolution des principaux indicateurs de performance, ainsi que des tendances, des progrès réalisés et des enjeux nécessitant une attention particulière. On discute aussi de la performance organisationnelle, mais la vice-présidence rappelle que ce point doit être présenté au niveau du Conseil d'administration et non au Comité de gouvernance.

14. Affaires nouvelles

14.1 Mise à jour du profil des compétences

Une mise à jour est présentée concernant le profil de compétences des membres du Conseil d'administration, un outil essentiel visant à soutenir une gouvernance efficace et à assurer une composition équilibrée des compétences au sein du Conseil. L'objectif est d'identifier les compétences manquantes au sein du Conseil et de prévenir les besoins en formation.

Action :

- Une fois que les membres auront testé la grille améliorée, leur rétroaction serait appréciée (**membres du Conseil d'administration**).

MOTION 2026-09-22/08CMQG
Proposée par Janice Goguen
Appuyée par Léo-Paul Pinet
Est résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du profil de compétences.
Adoptée à l'unanimité

14.2 Mandat des membres du Conseil d'administration

Les mandats de trois membres du Conseil prendront fin le 30 septembre 2026 et de nouvelles nominations ou le renouvellement des mandats sont attendus d'ici cette échéance. Des précisions additionnelles devraient être communiquées prochainement par le sous-ministre de la Santé. Une membre exprime certaines inquiétudes relativement au fonctionnement du Conseil si les deux autres membres n'étaient pas renommés.

Action :

- Fournir une mise à jour par texto aux membres du Conseil d'administration en ce qui concerne le prolongement des mandats des trois membres pour qui le mandat se termine le 30 septembre 2026, c'est-à-dire Tom Soucy, Réjean Després et Claire Savoie **(Tom Soucy)**.

15. Date de la prochaine réunion

La prochaine rencontre aura lieu le 15 décembre 2026 à 13 h.

16. Levée de la réunion

Janice Goguen propose la levée de la réunion à 15 h 20.

Johanne Thériault Paulin
Coprésidente du comité

Steve Savoie
Vice-président adjoint – soutien organisationnel

Présentation au Conseil d'administration
Le 27 octobre 2026

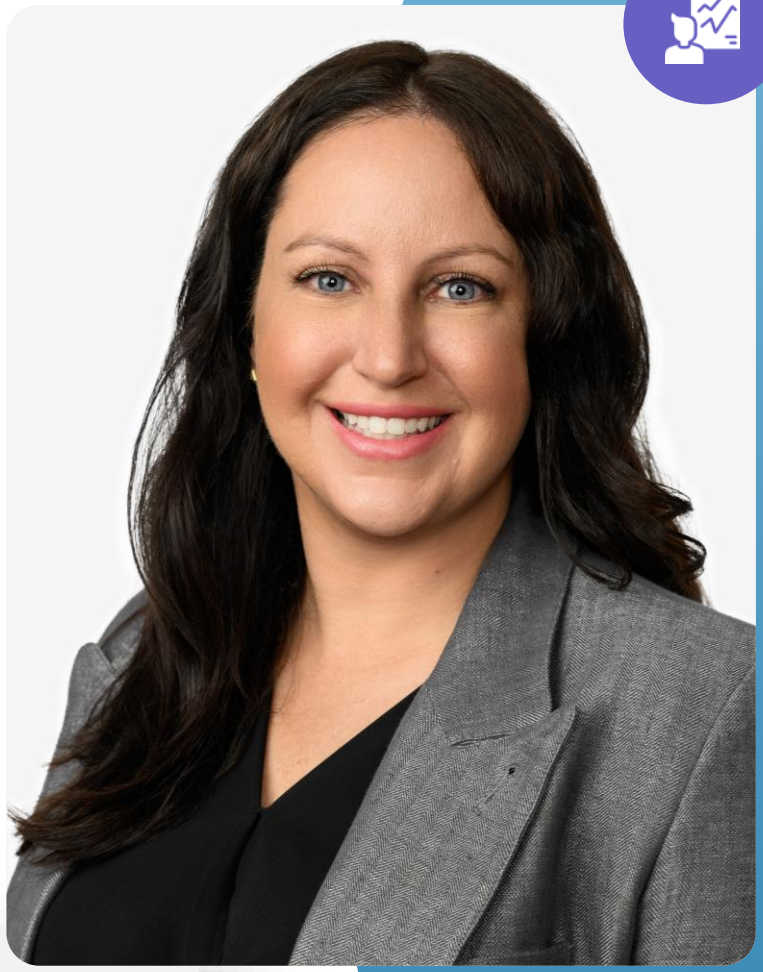
Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients



RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

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, 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 du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et aux valeurs du Réseau.



Johanne Thériault Paulin
Coprésidente

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

Janice Goguen

Réjean Després

Léo-Paul Pinet

Membres d'office

Dre France Desrosiers

Membres invités

Dr Éric Levasseur

Steve Savoie

Marjorie Pigeon

Caroline Ringuette

Catherine Rouanes

Marc-André Leblanc

Pierre Michaud

Justin Morris

Charline Morrison

Christian Blanchard

vitalité

Contenu de la présentation (aux fins d'information)

Retour sur les mesures à prendre convenues lors de la rencontre précédente

Rapport annuel 2025-2026 et T1 2026-2027 du secteur de la qualité, de la sécurité des patients et de l'expérience patient

- Survol des 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.

- Mise à jour de différents dossiers
  - Agrément: une validation du rapport préliminaire a été effectuée. 81 critères évalués comme non-conformes ont été positivement révisés.
  - L'appropriation et l'intégration des pratiques organisationnelles requises sont un enjeu principal. Les comités de surveillance y travaillent.
  - Des travaux sont en cours pour se conformer à l'amendement de la Loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients du 12 juin 2026



Rapport – Réunion ordinaire du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du 22 septembre 2026

Contenu de la présentation (aux fins d'information)

Rapport du T1 2026-2027 du secteur des risques organisationnels

Faits saillants

- Optimisation du Bureau de la protection des renseignements personnels
- Optimisation du Système des administrateurs en disponibilité
- Optimisation de la gestion des dossiers Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC*)

Amendements à la loi sur la qualité des soins et de la sécurité des patients (LQSSP)

Suivi Agrément – Gouvernance

Adoption du plan de travail annuel du Comité





Mot de la fin

Ceci constitue le rapport de la coprésidente du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients pour la réunion tenue le 22 septembre 2026.

Johanne Thériault Paulin
Coprésidente

vitalité

Rapport – Réunion ordinaire du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du 22 septembre 2026

Est résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du 22 septembre 2026.



Note exécutive

Point 6.2.2 a)

Nom du comité : Conseil d'administration

Date : 27 octobre 2026

Objet : Rapport du Comité de la gouvernance et de mise en candidature

Résultat ou état futur recherché

L'objectif est de présenter le rapport et le procès-verbal de la rencontre du 22 septembre 2026 du Comité de gouvernance et de mise en candidature à la réunion publique du conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité.

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

Le Comité est responsable d'orienter le Conseil d'administration (Conseil) sur les questions relatives à la structure et à la bonne gouvernance du Réseau de santé Vitalité (Réseau), et d'appuyer et conseiller le Conseil en la matière. Il s'occupe principalement de surveiller les activités du Conseil d'administration, plutôt que celles de l'organisme dans son ensemble. Il voit également à l'adoption par le Conseil de politiques assurant la bonne gouvernance du Réseau ainsi qu'à la mise en place d'un processus d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses membres. Enfin, il appuie le Conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5).

Données probantes ou information probante à l'appui

Rapport et procès-verbal de la rencontre du 22 septembre 2026 du Comité de la gouvernance et de mise en candidature.

Solution ou action proposée

La coprésidente du Comité, Claire Savoie, présentera le rapport au Conseil.

Lors de la présentation de ce rapport, Claire Savoie proposera chacune des motions au Conseil pour adoption. Le président du Conseil procédera à l'adoption de ces motions en bloc avec la demande d'un appuyeur, pour ensuite procéder au vote.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Il est impératif de présenter le rapport du Comité et de le rendre public par souci de transparence, de conformité et de reddition de comptes.

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

La prochaine réunion du Comité aura lieu le 15 décembre 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 du critère	Libellé
2.1.1	L'instance de gouvernance réalise les objectifs établis concernant sa composition.
2.1.4	L'instance de gouvernance crée des comités propres au sujet au besoin pour s'acquitter de ses responsabilités.
2.2.1	L'instance de gouvernance établit ses responsabilités conformément aux obligations associées à son territoire.
2.2.8	L'instance de gouvernance fournit une orientation à jour à ses nouveaux membres.
2.2.9	L'instance de gouvernance offre une formation continue sur la gouvernance à ses membres.
4.2.1	L'instance de gouvernance évalue régulièrement son efficacité afin d'apporter des améliorations au besoin.
5.1.3	L'instance de gouvernance offre une formation et des possibilités d'apprentissage continues à ses membres sur la sécurisation culturelle et l'humilité et sur le racisme systémique.
6.1.3	L'instance de gouvernance offre une formation et des possibilités d'apprentissage continues à ses membres sur la sécurisation culturelle et l'humilité et sur le racisme systémique à l'endroit des Autochtones.

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

Motions

Est résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la réunion du 22 septembre 2026 du Comité de la gouvernance et de mise en candidature.

Est résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes :
2026-09-22 / 03CMQG

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

Note exécutive

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
de la réunion du 22 septembre 2026 du Comité de la gouvernance et de mise en candidature.

Soumis le 7 octobre 2026 par Pierre Michaud, vice-président – Services corporatifs.

PROCÈS-VERBAL

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

Participants (P = présent | A = absent)

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

PROCÈS-VERBAL

Sujet

1. **Ouverture de la réunion**
   La réunion est ouverte par Johanne Thériault Paulin, coprésidente du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance.

   Il est précisé que Johanne Thériault Paulin présidera le volet Qualité des soins et sécurité des patients, tandis que Claire Savoie présidera le volet Gouvernance et mise en candidature.

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

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

4. **Adoption de l'ordre du jour**
   L'ordre du jour de la réunion est adopté tel que circulé avec l'ajout à la section gouvernance, soit le point 14.2 Mandat des membres du Conseil d'administration.

   MOTION 2026-09-22 / 01CMQG
   Proposée par Janice Goguen
   Appuyée par Thomas Soucy
   Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que circulé avec l'ajout à la section gouvernance, soit le point 14.2 Mandat des membres du Conseil d'administration.
   Adoptée à l'unanimité.

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

QUALITÉ

6. Approbation du procès-verbal du 26 mai 2026

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 26 mai 2026 est adopté tel que circulé.

MOTION 2026-09-22 / 02CMQG

Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Misty Labillois
Et résolu que le procès-verbal du 26 mai 2026 soit adopté tel que circulé.
Adoptée à l'unanimité.

7. Mesurer l'impact réel de nos actions d'amélioration

Une orientation stratégique visant à mesurer et à démontrer l'impact réel des actions d'amélioration est présentée.

L'approche proposée consiste à approfondir l'analyse des causes, à valider l'implantation des solutions sur le terrain, à en suivre les effets et à retirer les mesures sans valeur ajoutée afin de réduire le fardeau administratif.

Les améliorations efficaces seront ensuite diffusées de façon systématique dans l'ensemble du Réseau afin de favoriser leur reproduction.

Les membres accueillent favorablement cette orientation et réitèrent leur attente d'obtenir des données permettant d'expliquer les résultats, d'évaluer l'efficacité des initiatives et d'ajuster les interventions au besoin.

8. 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.

En cours :

- **Identifier les tendances et les influences sur le degré d'insatisfaction des activités en psychiatrie (sondage).**
  - La cueillette de données auprès de la Santé mentale est en cours.

Terminée :

- **Présenter au Comité un visuel de la structure de gouvernance et du processus de gestion de la qualité, illustrant les rôles et responsabilités des différents intervenants, de la collecte des données sur le terrain jusqu'à la reddition de comptes au Conseil.**
  - Documentation remise aux membres du comité lors de la séance de préparation à la visite d'agrément le 7 juin.

- **Mise à jour sur la nouvelle loi 40 qui modifie la loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients**.
  - Sera présenté au point 10.2 de cette réunion.

- **Présenter l'ancien plan d'amélioration continue de la qualité à la prochaine réunion pour fin de comparaison.**
  - On présente le bilan du plan d'amélioration continue de la qualité 2022-2023 et souligne que la plupart des cibles ont été atteintes, voire dépassées, notamment pour le bilan comparatif des médicaments, l'augmentation du nombre de patients partenaires (presque doublé) et la réduction des incidents de violence au travail.

  - On confirme que l'objectif est désormais de suivre les nouveaux objectifs en continu, de présenter des résultats mesurables, de valider sur le terrain que les améliorations produisent un impact réel et d'ajuster ou d'abandonner les initiatives qui ne donnent pas les résultats attendus. Il s'agit d'une démarche évolutive qui progressera à chaque réunion du comité.

9. Affaires permanentes

9.1 Rapport annuel 2025-2026 et T1 2026-2027 du secteur QSPEP

On présente le rapport annuel 2025-2026 et le rapport T1 2026-2027 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient**.**

Rapport annuel 2025-2026

- Les enjeux prioritaires de qualité et de sécurité persistent, notamment les chutes, les lésions de pression et les incidents liés aux médicaments, ce qui souligne l'importance d'une meilleure compréhension des causes et des risques en amont.
- Les apprentissages de 2025-2026 démontrent la nécessité de passer d'une logique de production d'information à une logique de résultats mesurables. Malgré une augmentation des signalements et la mise en œuvre de plusieurs recommandations, l'impact réel des actions demeure difficile à démontrer.
- Les priorités opérationnelles de 2026-2027 seront de renforcer l'analyse, le suivi et la validation des actions, de documenter leur implantation et leurs résultats, puis d'ajuster les interventions de façon agile.

Plan d'amélioration de la qualité

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

➢ **Enjeux à surveiller :**

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

➢ **Priorités :**

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

Agrément Canada

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

➢ **Priorités :**

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

Incidents liés à la sécurité des patients

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

➢ **Priorités :**

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

On indique que ces résultats, stables depuis plusieurs années, démontrent la nécessité d'innover dans la façon de mesurer et d'améliorer la sécurité. On souhaite développer des projets pilotes permettant de mesurer

l'impact réel des interventions, même à petite échelle, plutôt que de s'appuyer uniquement sur les taux globaux de déclaration, qui demeurent imparfaits.

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

- Le signalement des incidents de chutes demeure principalement concentré auprès d'une clientèle âgée et vulnérable, particulièrement dans les secteurs de médecine, de transition et d'imagerie médicale. Les facteurs liés à l'état du patient constituent la principale cause contributive.
- Bien qu'une légère hausse des signalements de chutes soit observée par rapport à 2025, aucun incident grave ou modéré n'a été signalé.
- Les chutes surviennent principalement lors des déplacements et de la mobilisation, et plusieurs patients avaient déjà été identifiés comme étant à risque élevé.
- Le signalement des lésions de pression demeure stable comparativement à 2025 et les incidents graves sont en diminution.

- Les signalements de lésions de pression sont concentrés dans les unités de transition et les soins intensifs, où la clientèle présente une plus grande complexité clinique.
  - L'analyse des heures-soins suggère que l'incidence des chutes et des lésions de pression est davantage associée à la complexité de la clientèle qu'à un manque de ressources.

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

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

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

Comité interdisciplinaire de gestion des incidents de médicaments

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

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

Recommandation et revues de qualité

Conformément aux nouvelles exigences législatives, les recommandations approuvées par l'équipe de leadership seront désormais présentées au comité.

Une première série de recommandations découle de l'examen d'un incident de sécurité impliquant un patient et des membres du personnel dans un secteur clinique.

Les recommandations sont priorisées selon leur niveau de risque et visent principalement à renforcer la sécurité lors des codes blancs et des interventions auprès de patients agressifs.

- 14 dossiers ont été analysés depuis le dernier rapport.
- Dix recommandations ont été fermées depuis le dernier trimestre, démontrant une progression soutenue dans leur mise en œuvre.
- Un seul dossier a généré des recommandations pour approbation, soit six recommandations visant les soins intensifs.

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

Expérience patient – plainte
Une hausse des plaintes est observée, particulièrement dans les zones 1B et 6. Les principaux enjeux concernent la qualité des soins, les délais d'attente, le comportement et la communication.

➢ **Enjeux à surveiller :**
- Le service d'urgence de Bathurst présente actuellement les plus importantes opportunités d'améliorations.

➢ **Priorités :**
- Effectuer une analyse approfondie à l'urgence de l'Hôpital régional Chaleur afin de déterminer les causes contributives et d'évaluer l'efficacité des mesures d'amélioration mises en place.
  - Rendre les données disponibles aux équipes via Power BI.
  - Renforcer la fiabilité des données organisationnelles grâce à l'amélioration des pratiques de saisie et de documentation.

Satisfaction à la clientèle
Taux de satisfaction élevés dans la majorité des secteurs, variant entre 83 % et 95 %; les services d'urgence demeurent le principal secteur à améliorer avec un taux de satisfaction de 68 %.

Les usagers distinguent généralement la qualité des soins reçus des enjeux systémiques liés à l'accès aux services, à la disponibilité des ressources et aux délais d'attente.

Le maintien de relations étroites avec les municipalités facilite la gestion des changements de services et des situations sensibles, comme à Kent, Edmundston et dans la Péninsule acadienne, en permettant d'informer les partenaires locaux avant les annonces publiques.

➢ **Enjeux à surveiller :**
- Les services d'urgence concentrent actuellement les principales opportunités d'amélioration.

➢ **Priorités :**
- Augmenter le taux de participation aux sondages.
- Rendre les données disponibles aux équipes via Power BI.
- Effectuer une analyse approfondie des services d'urgence afin de déterminer les causes contributives et d'évaluer l'efficacité des mesures d'amélioration mises en place.

9.2 **Rapport T1 2026-2027 du Bureau des risques organisationnels**
On présente le rapport T1 2026-2027 du secteur Risques organisationnels.

Bureau de la protection des renseignements personnels
- Délai de signalement des incidents : 76 % des atteintes à la vie privée ont été signalées dans un délai de 2 jours ou moins, comparativement à une cible de 90 %. Des activités de sensibilisation se poursuivront afin d'améliorer la rapidité des signalements.
- Intentionnalité : aucun incident n'a été jugé malveillant (0 %).
- Notifications : seulement 4 % des incidents ont nécessité une notification aux personnes concernées et au Bureau de l'Ombud.
- Évaluation de l'Ombud : tous les rapports soumis ont été acceptés, sans recommandation additionnelle (100 %).

➢ **Amélioration des pratiques :**
- **Qualité des signalements :**

Environ 13 % des incidents déclarés relevaient d'autres secteurs (p. ex. sécurité des patients ou expérience patient). Une sensibilisation sera poursuivie afin de diriger les signalements vers la bonne équipe.

- **Formation :**
  Le taux de conformité à la formation sur la protection des renseignements personnels est de 72 %, mais les données sont en cours de validation afin de s'assurer que tous les employés et collaborateurs reçoivent la formation.
- **Consultations :**
  Les demandes de consultation continuent d'obtenir une réponse dans un délai d'une journée ouvrable ou moins, avec un taux de satisfaction élevé.

Optimisation du Bureau de la protection des renseignements personnels

- Une évaluation du niveau de maturité du programme de protection de la vie privée a été complétée par l'équipe en juin.
- Création du plan de travail 12-36 mois : les aspects du programme ayant obtenu les résultats les plus faibles ont été identifiés comme prioritaires et un premier plan général a été élaboré.
- Un plan complet sera complété en début automne, qui guidera le plan de travail de l'équipe et apportera des améliorations dans nos modes de fonctionnement, nos communications, nos processus et nos outils.

➢ **Bon coup – Standardisation du courrier :**
La phase 1 d'un projet visant à standardiser l'identification des enveloppes sortantes a permis d'améliorer la confidentialité en remplaçant les noms de départements par des codes.

Cette initiative réduit les risques d'atteinte à la vie privée, diminue la charge de travail des archives et de la salle de courrier, accélère le traitement du courrier retourné et améliore l'expérience des patients et des employés.

La phase 2 sera déployée auprès d'autres départements.

<u>Secteur des mesures d'urgence</u>

Gestion d'évènements par les administrateurs en disponibilité :

Trois principales catégories d'événements :

- Infrastructure / maintenance
- Débordement
- Sécurité

Portrait du système de garde – T1 2026-2027 :

Au total, 51 événements uniques ont été gérés au premier trimestre.

- 33 CCU documentés
- 25 évènements ont nécessité une collaboration avec un partenaire externe.

Comparaison trimestrielle :

L'analyse trimestrielle met en évidence une amélioration globale de la gestion des risques et des situations complexes, malgré le maintien de certains défis liés aux infrastructures.

- **Risque sécurité :**
  Diminution des événements nécessitant l'intervention des administrateurs de garde (AD), avec des situations moins nombreuses et moins complexes. Le renforcement de la coordination entre la Sécurité, la GRC et les équipes cliniques, ainsi que la standardisation des processus d'escalade et de visionnement vidéo, ont permis des interventions plus rapides et une réduction du risque organisationnel pour les patients, les visiteurs et les employés.

- **Débordement :**
  Légère baisse des situations de débordement par rapport au trimestre précédent, principalement à Tracadie, Edmundston et au CHU Dumont. L'activation du Centre de coordination d'urgence (CCU) et l'utilisation des plans de débordement ont amélioré la coordination, accéléré les congés et réduit le temps de réponse lors des situations critiques.

- **Risque infrastructure :**
  Les incidents liés aux infrastructures demeurent les plus fréquents (dégâts d'eau, pannes électriques, bris d'équipements critiques et accès physique). La mobilisation rapide des équipes techniques,

l'activation des plans d'urgence et la collaboration avec les partenaires externes ont permis de maintenir la continuité des soins sans interruption prolongée et de limiter les conséquences cliniques.

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

Trois principales catégories d'événements :

- Traitement / analyse / procédé
- Soins obstétriques
- Chute

Résumé du trimestre :

Le trimestre se caractérise par une hausse des signalements d'événements cliniques complexes, le maintien d'une exposition élevée en obstétrique et une augmentation des dossiers liés à la qualité des soins. Ces tendances démontrent que les mécanismes de déclaration sont fonctionnels et que la culture de signalement continue de se développer, permettant une meilleure détection et visibilité des risques émergents.

Évolution du profil de risque médico-légal :

La révision continue des événements majeurs, la collaboration avec HIROC et les avocats externes ainsi que le soutien aux démarches de divulgation permettent une prise en charge proactive des dossiers. Actuellement, 64 % des dossiers sont encore à l'étape du signalement, seulement 20 dossiers sont dans le système judiciaire, et plusieurs dossiers historiques ont été fermés. Ces résultats favorisent une détection précoce et une gestion rapide des événements présentant un potentiel de réclamation.

9.3 Rapport T1 2026-2027 – Diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme (DÉIA)
Ce point est remis à la prochaine réunion.

10. Affaires nouvelles

10.1 Révision et adoption du plan de travail annuel du comité
Le plan de travail annuel du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est adopté tel que circulé.

MOTION 2026-09-22 / 03CMQG
Proposée par Claire Savoie
Appuyée par Janice Goguen
Et résolu que le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients approuve le plan de travail annuel 2026-2027 du Comité.
Adoptée à l'unanimité.

10.2 Amendements à la loi sur la qualité des soins et sécurité des patients (LQSSP)
On présente les amendements à la loi sur la qualité des soins et sécurité des patients.

Les amendements à la loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients entraîneront des changements importants en matière de gouvernance, de gestion des incidents, d'examens de la qualité, de divulgation aux patients, de reddition de comptes et de gestion des données. Ils visent notamment à clarifier les définitions des incidents, renforcer l'examen des événements graves, favoriser les examens conjoints entre organismes et améliorer l'utilisation des données pour orienter les améliorations.

Principaux changements à prévoir :

- Réviser les mandats, rôles et structures de gouvernance ainsi que l'information transmise au conseil d'administration.
- Mettre à jour la taxonomie, les définitions et la classification des incidents.
- Adapter les processus de déclaration, d'examen des incidents et de divulgation aux patients.
- Développer un cadre pour les examens conjoints avec Horizon et EM/ANB, incluant les aspects de confidentialité, médicaux et médico-légaux.
- Établir les mécanismes de reddition de comptes au ministre et de production des plans, rapports et indicateurs requis.

- Préparer un plan et un rapport annuel d'amélioration de la qualité, tout en renforçant les tableaux de bord et indicateurs.
- Réviser les règles de confidentialité, d'accès et de transmission des renseignements.
- Adapter les systèmes de données aux nouvelles exigences provinciales, notamment celles prévues pour 2027.
- Réviser les politiques, procédures et gabarits organisationnels concernés.

➢ **Enjeux principaux :**
- Assurer la conformité législative tout en maintenant l'équilibre entre transparence, confidentialité et culture de sécurité.
- Prévoir les ressources et arrimages nécessaires à la mise en œuvre.

➢ **Prochaines étapes :**
- Élaborer un plan de travail de mise en conformité, notamment certaines transmissions de données prévues le 1er avril 2027 et le 1er décembre 2027.
- Prioriser les documents à réviser.
- Former un groupe de travail intersectoriel.
- Clarifier rapidement les enjeux de confidentialité et de reddition de comptes.
- S'arrimer avec les partenaires provinciaux.
- Assurer un suivi périodique au Comité de la qualité.

10.3 Suivi Agrément - Gouvernance

On présente une mise à jour en lien avec Agrément Canada.

Les changements présentés sont une introduction aux nouvelles pratiques découlant de la récente législation.

Un groupe de travail est déjà en place pour élaborer un plan d'action et assurer une mise en œuvre progressive sur plusieurs mois, compte tenu des impacts opérationnels.

Les rapports évolueront graduellement et les commentaires du comité seront sollicités afin d'améliorer la présentation de l'information.

Il faudra également clarifier les attentes du ministère afin d'aligner les pratiques locales sur les nouvelles exigences.

Il s'agit d'un processus d'amélioration continue lié à une nouvelle loi et demande que les futurs changements soient accompagnés d'explications précisant la norme ou l'exigence législative qui les motive.

Au niveau du volet gouvernance d'Agrément Canada, plusieurs activités du plan d'amélioration sont déjà terminées. Les principaux travaux encore en cours portent sur les objectifs liés à la diversité, l'équité, l'inclusion ainsi que la lutte contre le racisme, notamment envers les personnes autochtones. Malgré un ralentissement estival de certains travaux, les activités progressent conformément au plan.

➢ **Prochaines étapes :**
- Suivis post-visite 2026 – À confirmer, aucun suivi post-visite en lien avec les normes de Gouvernance.
- Autoévaluation : Potentiellement automne 2026
- Sondage sur la gouvernance : Potentiellement automne 2026
- Simulation à la visite : Potentiellement avril-mai 2028
- Visite : Potentiellement juin 2028

➢ **Enjeux :**
- Manque de préparation en vue du prochain cycle d'agrément 2026-2030.

GOUVERNANCE

11. Approbation du procès-verbal de la réunion ordinaire du 26 mai 2026

Le procès-verbal de la réunion de la section gouvernance du 26 mai 2026 est présenté pour approbation.

MOTION 2026-09-22/04CMQG
Proposée par Léo-Paul Pinet
Appuyée par Misty Labillois
Est résolu que le procès-verbal du Comité de gouvernance du 26 mai 2026 soit adopté tel que présenté.
Adoptée à l'unanimité

12. Suivis de la dernière réunion

12.1 Évaluation annuelle du Conseil d'administration et des membres

Tel que demandé en mai 2026, une mise à jour est présentée concernant l'exercice d'évaluation annuelle. Il est souligné que plusieurs membres n'ont pas encore été en mesure de compléter leur évaluation; nous présumons que le format actuel est possiblement difficile à interpréter. Les membres discutent de pistes d'amélioration et de la création d'un sous-comité afin de revoir le processus et de proposer des ajustements.

Actions :

- Lors de la réunion à huis clos du Conseil d'administration d'octobre 2026, procéder à la nomination d'un sous-comité responsable des évaluations annuelles **(Sophie Legacy)**.
- Effectuer une analyse comparative des modèles d'évaluation annuelle de conseil d'administration utilisés par d'autres organisations afin d'identifier les meilleures pratiques et de proposer une approche adaptée **(Marc-André Leblanc).**

13. Affaires permanentes

13.1 Mise à jour du plan de formation annuel à l'intention du Conseil d'administration

Une mise à jour est présentée afin d'ajouter la formation facultative « 4 saisons de réconciliation » au plan de formation annuel. Tel qu'indiqué dans la note exécutive, cette formation est proposée à titre de recommandation pour les membres qui souhaitent approfondir leurs connaissances en matière de réconciliation.

Action :

- Acheminer le lien aux membres du Conseil d'administration **(Sophie Legacy)**.

MOTION 2026-09-22/05CMQG
Proposée par Johanne Thériault Paulin
Appuyée par Janice Goguen
Est résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du plan de formation annuel à l'intention du Conseil d'administration.
Adoptée à l'unanimité

13.2 Révision et recommandation du plan de travail du Conseil d'administration

Les modifications proposées au plan de travail annuel du Conseil sont présentées aux membres. Les ajustements, identifiés en rouge dans le document, visent à s'assurer que le plan reflète adéquatement les responsabilités du Conseil ainsi que les besoins actuels de l'organisation.

MOTION 2026-09-22/06CMQG
Proposée par Léo-Paul Pinet
Appuyée par Tom Soucy
Est résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du plan de travail annuel du Conseil d'administration.
Adoptée à l'unanimité

13.3 Révision des plans de travail des comités du Conseil d'administration

Les plans de travail annuels des comités du Conseil d'administration, à l'exception de celui du Comité de recherche et de formation, sont présentés aux membres pour adoption, conformément aux recommandations figurant dans la note exécutive.

MOTION 2026-09-22/07CMQG
Proposée par Johanne Thériault Paulin
Appuyée par Janice Goguen
Est résolu que le Comité de gouvernance adopte les plans de travail annuels des comités du Conseil d'administration présentés.
Adoptée à l'unanimité

13.4 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration

Le rapport d'évaluation des réunions du Conseil tenues en juin est présenté aux membres. Cet exercice vise à favoriser l'amélioration continue de l'efficacité des réunions du Conseil ainsi que la qualité des échanges. Les résultats permettent de cerner les points forts et les occasions d'amélioration, et servent de base aux discussions sur les ajustements pouvant être apportés aux pratiques de gouvernance. Une inquiétude est soulevée au sujet du nombre de personnes qui ont répondu à l'évaluation, soit six sur 10. Ceci est à surveiller.

13.5 Mise à jour des secteurs des Ressources humaines et de l'Engagement – Tableaux de bord

Une mise à jour est présentée concernant les activités des secteurs des Ressources humaines et de l'Engagement. Les membres prennent connaissance des tableaux de bord permettant de suivre l'évolution des principaux indicateurs de performance, ainsi que des tendances, des progrès réalisés et des enjeux nécessitant une attention particulière. On discute aussi de la performance organisationnelle, mais la vice-présidence rappelle que ce point doit être présenté au niveau du Conseil d'administration et non au Comité de gouvernance.

14. Affaires nouvelles

14.1 Mise à jour du profil des compétences

Une mise à jour est présentée concernant le profil de compétences des membres du Conseil d'administration, un outil essentiel visant à soutenir une gouvernance efficace et à assurer une composition équilibrée des compétences au sein du Conseil. L'objectif est d'identifier les compétences manquantes au sein du Conseil et de prévenir les besoins en formation.

Action :

- Une fois que les membres auront testé la grille améliorée, leur rétroaction serait appréciée (**membres du Conseil d'administration**).

MOTION 2026-09-22/08CMQG
Proposée par Janice Goguen
Appuyée par Léo-Paul Pinet
Est résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du profil de compétences.
Adoptée à l'unanimité

14.2 Mandat des membres du Conseil d'administration

Les mandats de trois membres du Conseil prendront fin le 30 septembre 2026 et de nouvelles nominations ou le renouvellement des mandats sont attendus d'ici cette échéance. Des précisions additionnelles devraient être communiquées prochainement par le sous-ministre de la Santé. Une membre exprime certaines inquiétudes relativement au fonctionnement du Conseil si les deux autres membres n'étaient pas renommés.

Action :

- Fournir une mise à jour par texto aux membres du Conseil d'administration en ce qui concerne le prolongement des mandats des trois membres pour qui le mandat se termine le 30 septembre 2026, c'est-à-dire Tom Soucy, Réjean Després et Claire Savoie **(Tom Soucy)**.

15. Date de la prochaine réunion

La prochaine rencontre aura lieu le 15 décembre 2026 à 13 h.

16. Levée de la réunion

Janice Goguen propose la levée de la réunion à 15 h 20.

Claire Savoie
Coprésidente du comité de gouvernance

Pierre Michaud
Vice-président – Services corporatifs



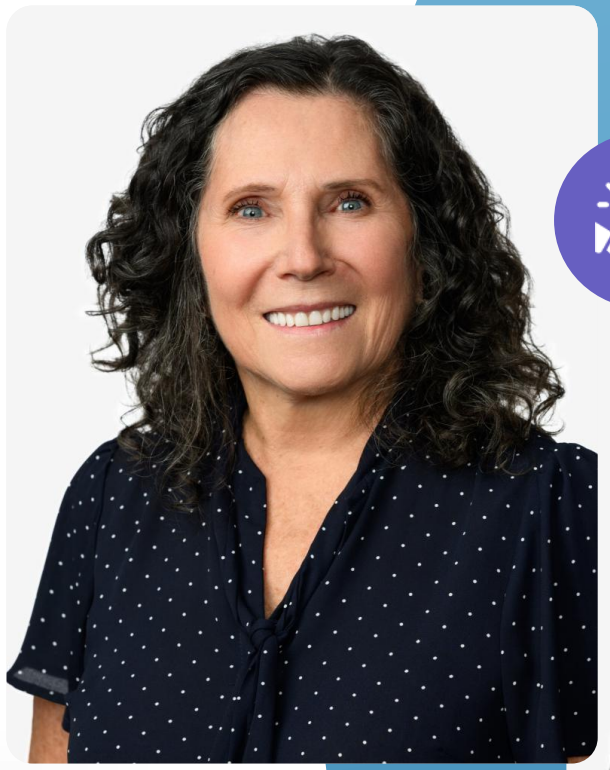
Présentation au Conseil d'administration
Le 27 octobre 2026

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

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Mandat du Comité

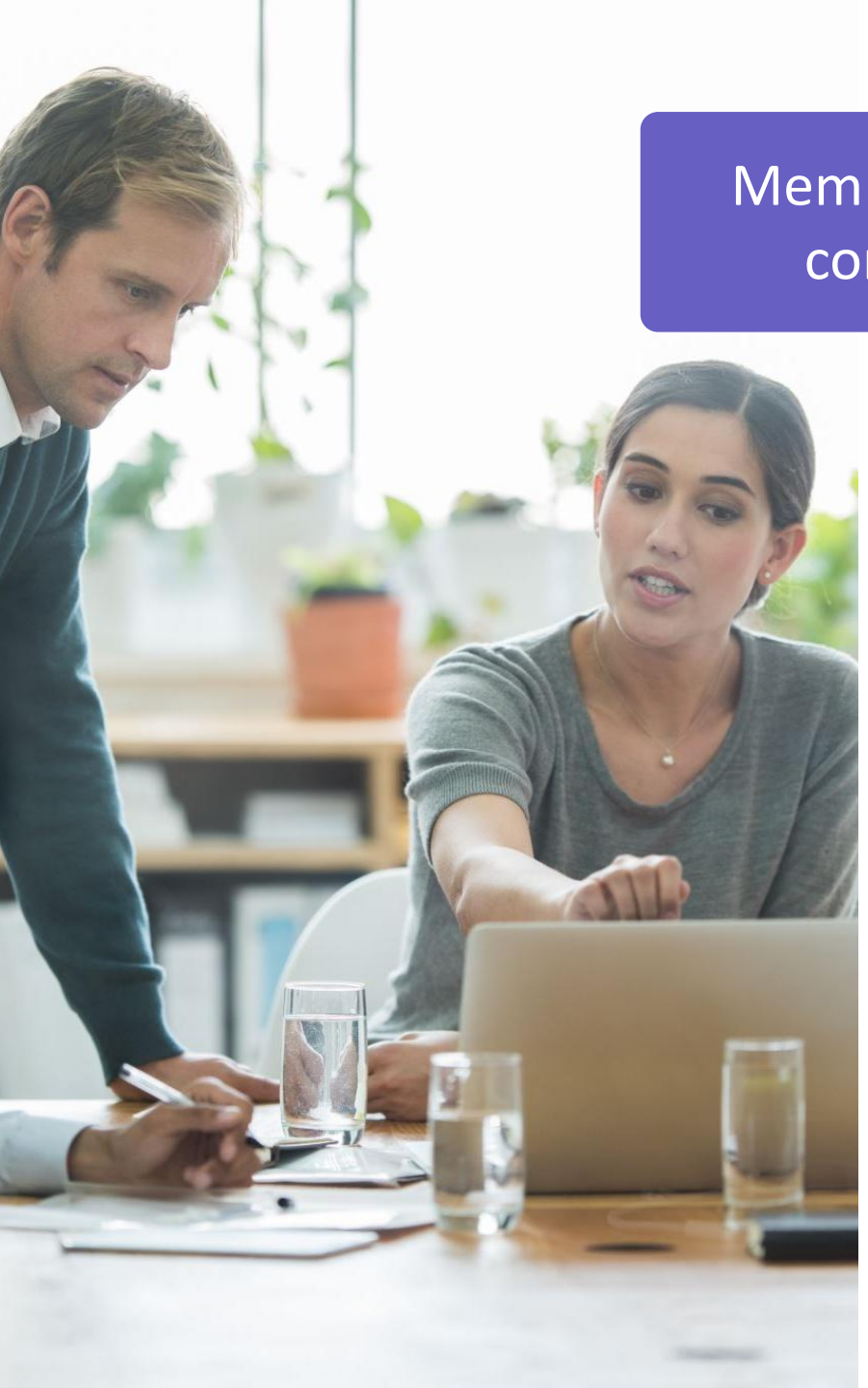
- Veille à la structure et la bonne gouvernance du Réseau de santé Vitalité.
- Appuie et conseille le Conseil d'administration en matière de gouvernance.
- Voit notamment à l'adoption de politiques de gouvernance par le Conseil.
- Assure la mise en place d'un processus d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses membres.
- Est responsable de la supervision du volet expérience employé au sein de la Régie.





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

Léo-Paul Pinet

Janice Goguen

Réjean Després

Membre d'office (sans droit de vote)

Dre France Desrosiers

Membres invités (sans droit de vote)

Marc-André LeBlanc

Pierre Michaud

Patrick Parent

Charline Morrison

vitalité

Contenu de la présentation (à titre d'information)

- Évaluation annuelle du Conseil d'administration et des membres
- Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration
- Mise à jour des secteurs des Ressources humaines et de l'Engagement – Tableaux de bord
- Mandat des membres du Conseil d'administration



Rapport – Réunion ordinaire du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 22 septembre 2026

Contenu de la présentation (aux fins de décision)



vitalité

Rapport – Réunion ordinaire du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 22 septembre 2026

Mise à jour du plan de formation annuel à l'intention du Conseil d'administration

Le plan de formation annuel du Conseil a été bonifié par l'ajout facultatif de la formation « 4 saisons de réconciliation », visant à renforcer la compréhension des réalités autochtones et l'engagement envers la réconciliation.

MOTION [2026-09-22 / 05CMQG]

Proposée par	Appuyée par	Motion
Johanne Thériault Paulin	**Janice Goguen**	**Adoptée à l'unanimité**

Est résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du plan de formation annuel à l'intention du Conseil d'administration.

vitalité

Rapport – Réunion ordinaire du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 22 septembre 2026

Révision et recommandation du plan de travail du Conseil d'administration

Conformément à la politique CA-320, le Comité a révisé le plan de travail annuel du Conseil afin d'assurer l'alignement avec les exigences législatives, les politiques, les normes d'Agrément Canada et les bonnes pratiques de gouvernance.

MOTION [2026-09-22 / 06CMQG]

Proposée par	Appuyée par	Motion
Léo-Paul Pinet	**Tom Soucy**	**Adoptée à l'unanimité**

Est résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du plan de travail annuel du Conseil d'administration.

Rapport – Réunion ordinaire du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 22 septembre 2026

Révision des plans de travail des comités du Conseil d'administration

Le Comité a examiné les plans de travail annuels des différents comités du Conseil afin d'assurer un suivi rigoureux de leurs responsabilités et une gouvernance efficace.

MOTION [2026-09-22 / 07CMQG]

Proposée par	Appuyée par	Motion
Johanne Thériault Paulin	**Janice Goguen**	**Adoptée à l'unanimité**

Est résolu que le Comité de gouvernance adopte les plans de travail annuels des comités du Conseil d'administration.

Rapport – Réunion ordinaire du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 22 septembre 2026

Mise à jour du profil des compétences

Le Comité a mis à jour le profil des compétences des membres du Conseil. Cet outil servira à orienter la formation des membres, à appuyer les recommandations de candidatures lors des nominations et à favoriser une composition optimale des comités.

MOTION [2026-09-22 / 08CMQG]

Proposée par	Appuyée par	Motion
Janice Goguen	**Léo-Paul Pinet**	**Adoptée à l'unanimité**

Est résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du profil de compétences.

Mise à jour des plans de travail du Conseil d'administration et du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Rapport – Réunion ordinaire du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 22 septembre 2026

Une révision des plans de travail du Conseil d'administration et de certains comités a été réalisée afin d'améliorer l'efficacité de la gouvernance et de clarifier les responsabilités de chacun.

Les changements proposés visent à

- réduire les chevauchements entre les instances,
- renforcer la surveillance stratégique exercée par le Conseil d'administration et
- assurer une meilleure intégration du suivi de la performance organisationnelle.

MOTION [2026-09-22 / 09CMQG]

Proposée par	Appuyée par	Motion
Claire Savoie	**Janice Goguen**	**Adoptée à l'unanimité**

Est résolu que le Conseil d'administration adopte les modifications apportées aux plans de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, du Comité de gouvernance et de mise en candidature et du Conseil d'administration telles que présentées, et que les plans de travail révisés entrent en vigueur à compter de leur adoption.



Mot de la fin

Ceci constitue le rapport de la coprésidente du Comité de la gouvernance et mise en candidature pour la réunion tenue le 22 septembre 2026.

Claire Savoie
Coprésidente

Rapport – Réunion ordinaire du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 22 septembre 2026

Est résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 22 septembre 2026 et adopte les motions suivantes:

- 2026-09-22 / 05CMQG
- 2026-09-22 / 06CMQG
- 2026-09-22 / 07CMQG
- 2026-09-22 / 08CMQG
- 2026-09-22 / 09CMQG

de la réunion ordinaire du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 22 septembre 2026.



Note exécutive

Point 6.3 a)

Nom du comité : Conseil d'administration

Date : 27 octobre 2026

Objet : Rapport du médecin-chef et du CMC de la réunion publique

Résultat ou état futur recherché

Il s'agit d'un point d'information et de décision.

Mise à jour sur les dossiers de l'heure du médecin-chef et du Comité médical consultatif, ainsi que soumission de demandes de nominations de chefferie de départements locaux des zones Nord-Ouest et Restigouche, et de demandes de nomination de membres aux CMC locaux de zones.

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

En vertu des règlements administratifs, le Conseil détient l'autorité ultime d'approuver les nominations de chefferie départementale et de membres des CMC de zone.

Données probantes ou information probante à l'appui

Voir le rapport présenté.

Solution ou action proposée

Que le Conseil d'administration approuve les nominations proposées.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Toute demande de nomination de chefferie départementale ne peut être officielle que par l'approbation du Conseil d'administration. Le chef voit au bon fonctionnement de son département, supervise chacun de ses membres envers le respect des règles du département, des meilleures pratiques pour la spécialité, des exigences minimales et de l'alignement stratégique du Réseau, tout en veillant à la prestation de soins de la meilleure qualité possible aux patients et à leur famille. Un département sans chef en poste devra faire partie d'un département existant ou placé sous tutelle.

Un représentant de chaque secteur médical doit siéger au Comité médical consultatif local afin d'assurer une équitabilité.

Note exécutive

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	x			Sans objet
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

À la suite de l'approbation par le Conseil d'administration, une lettre de confirmation de la nomination sera envoyée à chaque membre, lui confirmant les dates de son mandat.

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
3.3.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme établisse les procédures nécessaires pour gérer les privilèges des prestataires de services cliniques qui en ont besoin pour prodiguer des soins aux usagers.
3.5.1	L'instance de gouvernance veuille à ce que l'organisme se confirme à ses obligations juridiques, réglementaires et contractuelles.

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

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

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK
Leader francophone

Note exécutive

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les nominations de chefferie des départements locaux des zones Nord-Ouest et Restigouche, telles qu'approuvées par le Comité médical consultatif lors de sa réunion ordinaire du 13 octobre 2026.

Soumis le 14 octobre 2026 par Dr Éric Levasseur, Médecin-chef du Réseau de santé Vitalité.

Note exécutive

Point 6.3 a)

Nom du comité : Conseil d'administration

Date : 27 octobre 2026

Objet : Rapport du médecin-chef et du CMC de la réunion publique

Résultat ou état futur recherché

Il s'agit d'un point d'information et de décision.

Mise à jour sur les dossiers de l'heure du médecin-chef et du Comité médical consultatif, ainsi que soumission de demandes de nominations de chefferie de départements locaux des zones Nord-Ouest et Restigouche, et de demandes de nomination de membres aux CMC locaux de zones.

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

En vertu des règlements administratifs, le Conseil détient l'autorité ultime d'approuver les nominations de chefferie départementale et de membres des CMC de zone.

Données probantes ou information probante à l'appui

Voir le rapport présenté.

Solution ou action proposée

Que le Conseil d'administration approuve les nominations proposées.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Toute demande de nomination de chefferie départementale ne peut être officielle que par l'approbation du Conseil d'administration. Le chef voit au bon fonctionnement de son département, supervise chacun de ses membres envers le respect des règles du département, des meilleures pratiques pour la spécialité, des exigences minimales et de l'alignement stratégique du Réseau, tout en veillant à la prestation de soins de la meilleure qualité possible aux patients et à leur famille. Un département sans chef en poste devra faire partie d'un département existant ou placé sous tutelle.

Un représentant de chaque secteur médical doit siéger au Comité médical consultatif local afin d'assurer une équitabilité.

Note exécutive

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	x			Sans objet
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

À la suite de l'approbation par le Conseil d'administration, une lettre de confirmation de la nomination sera envoyée à chaque membre, lui confirmant les dates de son mandat.

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
3.3.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme établisse les procédures nécessaires pour gérer les privilèges des prestataires de services cliniques qui en ont besoin pour prodiguer des soins aux usagers.
3.5.1	L'instance de gouvernance veuille à ce que l'organisme se confirme à ses obligations juridiques, réglementaires et contractuelles.

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

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

Note exécutive

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les nominations de chefferie des départements locaux des zones Beauséjour, Nord-Ouest et Acadie-Bathurst, telles qu'approuvées par le Comité médical consultatif lors de sa réunion ordinaire du 13 octobre 2026.

Soumis le 14 octobre 2026 par Dr Éric Levasseur, Médecin-chef du Réseau de santé Vitalité.

Présentation au Conseil d'administration
Le 27 octobre 2026

Rapport du médecin-chef et du Comité médical consultatif



RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK

Rapport du Comité médical consultatif – réunion ordinaire du 13 octobre 2026

Mandat du Comité médical consultatif

Le Comité médical consultatif (CMC) promeut l'adoption des normes les plus élevées de soins médicaux dans tout le Réseau de santé Vitalité. Le CMC supporte, surveille et approuve les initiatives visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et à leur famille. Il est l'instance qui conseille le Conseil d'administration sur les nominations et les privilèges des membres du personnel médical, et assure la supervision de tous les services médicaux et dentaires fournis par le Réseau. Le CMC effectue également des recherches sur des questions exigeant de l'expertise médicale à la demande du Conseil.



Dr Éric Levasseur
président

vitalité



Membres du comité

Président

Dr Éric Levasseur

Membres votants

Dre Danièle Thibodeau
Dre Carole Clavette
Dr Dharm Singh
Dr Marc-André Doucet
Dre Nadine Lebelle-Déjario
Dre Geneviève Aubé
Dre Anik Lang
Dr Marc-Etienne Parent
Dre Ariane Bouchard
Dr Jean-François Paillard
Dre Marie-Josée Martin
Dr Michel Caron
Dre Jocelyne Martin
Dre Marie-Andrée St-Pierre

Membres d'office (sans droit de vote)

Dre France Desrosiers
Dre Natalie Banville
Dre Anick Pelletier
Dr Martin Robichaud
Dr Sylvain Mailhot
Dre Laurie Malenfant
Dre Michèle Michaud
Justin Morris
Dre Muriel Berle
Dre Marilyne Bossé
Dr Pierre Tremblay
Dre Nicole LeBlanc
Dre Rita RaaFat Gad
Dr John Tobin
Dr John Tobin

Membres invités

Marjorie Pigeon

vitalité

Contenu du rapport (à titre d'information)

- **Politique et ordonnances recommandées par le Comité médical consultatif**
- **Nominations de chefs de divisions**
- **Reconnaissances/Succès**



Politiques et ordonnances recommandées par le Comité médical consultatif

Rapport du Comité médical consultatif – réunion ordinaire du 13 octobre 2026

But : Révision et recommandation de documents ayant un lien avec le secteur médical et soins pour mise en vigueur.

Document	But	Motion du CMC
Ordonnances préopératoires et postopératoires - Césarienne	Révision de l'ordonnance à la suite de changements dans les lignes directrices	MOTION 2026-10-13/02-CMC
Mandat du Comité régional des ordonnances pré-imprimées (CRO)	Révision des buts et fonctions	

vitalité

Nominations de chefs de divisions locales et régionales

Rapport du Comité médical consultatif – réunion ordinaire du 13 octobre 2026

Nomination de chefs de divisions locales des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Acadie-Bathurst et régionales, adoptées par le CMC

Nom	Division	Zone	Mandat	Durée
Dre Karine Thiboutot	Division des médecins accoucheurs	1B	1er	14 septembre 2026 au 13 septembre 2029
Dre Émilie Corriveau	Division d'OBS/Mère-enfant	4	1er	30 septembre 2026 au 29 septembre 2029
Dre Heidi Godbout	Division de médecine familiale – Grand-Sault	4	2e	30 novembre 2026 au 29 novembre 2029
Dre Christine Duclos	Division de gynécologie-obstétrique	6	1er	7 septembre 2026 au 6 septembre 2029
Dre Mireille Savoie	Division d'OBS/Mère-enfant	6	1er	22 septembre 2026 au 21 septembre 2029
Dre Samantha Dubé	Division de gynéco-oncologie	Régionale	1er	1er novembre 2026 au 31 octobre 2029

MOTION 2026-10-13/09-CMC

Proposée par	Appuyée par	Motion
Dr Marc-Etienne Parent	**Dre Ariane Bouchard**	**Adoptée** à l'unanimité

Que le Comité médical consultatif adopte les nominations de chefferie de divisions locales des zones Beauséjour, Nord-Ouest et Acadie-Bathurst, ainsi que des divisions régionales, telles que soumises le 13 octobre 2026.

Reconnaissances/Succès

Collège des médecins de famille du N.-B. 2026

- ***Dre Céleste Ferron*** (Beauséjour) **:** Prix des cinq premières années de pratique familiale
- ***Dre Annie Laflamme-Fillion*** (Acadie-Bathurst) **:** Enseignante de l'année en médecine familiale
- ***Dre Roxane Savoie*** (Nord-Ouest) **:** Prix d'excellence
- ***Dre Vanessa Girouard*** (Beauséjour) **:** Prix Dre Sharon Northorp
- ***Dr Pierre Boissonnault*** (Beauséjour) **:** Médecin de famille de l'année
- ***Clinique médicale Centre-Ville*** (Acadie-Bathurst) **:** Prix de la pratique familiale exceptionnelle



Collège royal 2026

- ***Dr Benoît Bergeron*** *(Beauséjour)* **:** Prix du leadership pour les médecins en début de carrière

Centre de formation médicale du N.-B. 2026

- ***Dre Robyn Comeau*** *(Beauséjour)* **:** Prix Dr Omer Doiron 2026

Célébration de la médecine 2026 – Société medicale du N.-B.

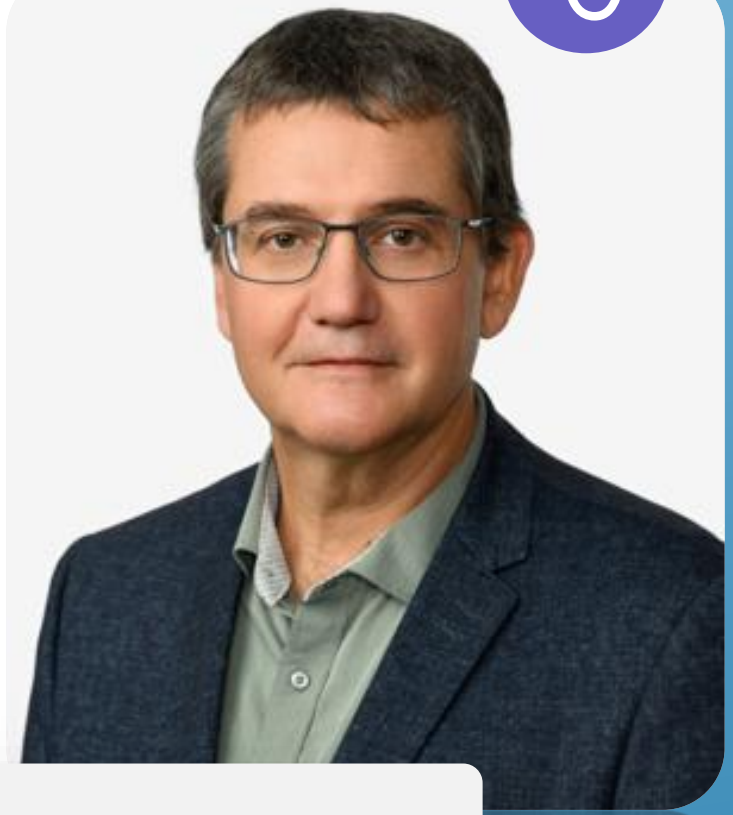
- ***Dr Michel H. Landry*** *(Beauséjour)* **:** Prix de l'enseignement Dr-Garfield-Moffatt – Centre de formation médicale du N.-B.
- ***Dre Marie-Pier Côté*** *(Nord-Ouest)* : Prix du mieux-être de la SMNB
- ***Dre Véronique Allain*** *(Beauséjour)* : Prix lype/Wilfred pour résident



Message du médecin-chef

Dossiers en cours :

- Initiative « Choisir avec soin » dans le Réseau.
- Collaboration et soutien aux priorités du Réseau.
- Analyse, suivi et gestion des plaintes et incidents du secteur médical en utilisant les principes de la culture juste.
- Promotion et suivi des activités de qualité médicale dans le Réseau.
- Participation au projet du système informatique centralisé (SIC).
- Gestion des privilèges de pratique.
- Développement d'un plan pour attirer, appuyer et assurer la stabilité des chefs de départements.
- Participation pour établir le processus dans le but d'octroyer des privilèges aux chiropraticiens, physiothérapeute et pharmaciens à la suite au changement dans la loi qui autorise maintenant ce processus.



Dr Éric Levasseur

Médecin-chef du Réseau

vitalité

Rapport du Comité médical consultatif – réunion ordinaire 13 octobre 2026

Contenu du rapport (aux fins de décision)



Nominations de chefs de départements locaux et régionaux

Nominations de chefs de départements locaux des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche, Acadie-Bathurst et régionaux soumises pour adoption du Conseil d'administration

Nom	Département	Zone	Mandat	Durée
Dr Rémi Savoie	Imagerie diagnostique	1B	1er	29 avril 2026 au 8 avril 2029
Dre Carole Williams	Gynéco-obstétrique	1B	1er	29 mai 2026 au 28 mai 2029
Dre Natcha Hébert	Pédiatrie	1B	1er	8 septembre 2026 au 7 septembre 2029
Dre Mélanie Lang	Médecine interne	4	1er	29 septembre 2026 au 28 septembre 2029
Dre Lison Roy	Anesthésie	4	2e	30 septembre 2026 au 29 septembre 2029
Dr Sébastien Dion	Dentisterie	4	3e	1er novembre 2026 au 31 octobre 2029
Dr Alexi Desrosiers (co-chef)	Médecine d'urgence	5	1er	6 octobre 2026 au 5 octobre 2029
Dre Lind Grant Oyeye	Psychiatrie	5	1er	6 octobre 2026 au 5 octobre 2027
Dre Christine Duclos	Gynécologie et obstétrique	6	1er	7 septembre 2026 au 6 septembre 2029
Dr Frederic Ntwengabarumije	Psychiatrie	6	2e	23 juin 2026 au 22 juin 2029

Nominations de chefs de départements locaux et régionaux

Rapport du Comité médical consultatif – 13 octobre 2026

Nominations de chefs de départements locaux des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche, Acadie-Bathurst et régionaux soumises pour adoption du Conseil d'administration

Nom	Département	Zone	Mandat	Durée
Dr Matthieu Gaudet (co-chef)	Pneumologie	Régional	2e	1er juillet 2026 au 30 juin 2029
Dr Matthieu Poirier (co-chef)	Pneumologie	Régional	2e	1er juillet 2026 au 30 juin 2029

MOTION 2026-05-12/04-CMC

Proposée par	Appuyée par	Motion
Dr Marc-André Doucet	**Dr Luc Cormier**	**Adoptée** à l'unanimité

Que le Comité médical consultatif recommande au Conseil d'administration l'adoption en bloc des nominations de chefferie de départements locaux des zones Nord-Ouest et Restigouche telles que soumises le 12 mai 2026.

vitalité

Nominations de membres aux CMC locaux de zones

Rapport du Comité médical consultatif – 13 octobre 2026

Nominations de membres au Comités consultatif locaux des zones Beauséjour, Nord-Ouest et Acadie-Bathurst pour adoption du Conseil d'administration

Nom	Secteur représenté	Zone	Mandat	Durée
Dre Natacha Hébert	Pédiatrie	1B	1er	8 septembre 2026 au 7 septembre 2029
Dr Rémi Savoie	Imagerie diagnostique	1B	1er	29 avril 2026 au 28 avril 2029
Dre Mélanie Lang	Médecine interne	4	1er	1er septembre 2026 au 31 août 2029
Dre Denise Duguay-Vibert	Médecine familiale - Lamèque	6	1er	17 septembre 2026 au 16 septembre 2029

MOTION 2026-10-13/10-CMC

Proposée par	Appuyée par	Motion
Dre Marie-Josée Martin	**Dre Danièle Thibodeau**	**Adoptée** à l'unanimité

Que le Comité médical consultatif recommande au Conseil d'administration l'adoption en bloc des nominations de membres aux comités consultatif locaux des zones Beauséjour, Nord-Ouest et Acadie-Bathurst telles que soumises le 13 octobre 2026.



Mot de la fin

Ceci constitue le rapport du médecin-chef et du Comité médical consultatif pour la réunion ordinaire tenue le 13 octobre 2026.



Dr Éric Levasseur
Médecin-chef du Réseau

vitalité

Rapport du médecin-chef et du Comité médical consultatif de la réunion ordinaire du 13 octobre 2026

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du médecin-chef et du Comité médical consultatif de la réunion ordinaire du 13 octobre 2026 et adopte les motions suivantes:

2026-10-13 / 04 – CMC
2026-10-13 / 10 – CMC

de la réunion ordinaire du 13 octobre 2026 du Comité médical consultatif.



Note exécutive

Point 6.4 a)

Nom du comité : Conseil d'administration

Date : 27 octobre 2026

Objet : Rapport du président du Comité professionnel consultatif

Résultat ou état futur recherché

Il s'agit d'un point d'information et de décision.

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

Fournir une mise à jour sur les dossiers de l'heure du Comité professionnel consultatif (CPC).

Données probantes ou information probante à l'appui

En vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le conseil d'administration est responsable d'établir un comité professionnel consultatif pour fournir des avis au conseil d'administration.

Le CPC est responsable de fournir au conseil d'administration des conseils, des recommandations, de la rétroaction et de l'information dans le cadre d'une perspective multidisciplinaire en matière de qualité, de normes et d'autres questions relatives à la prestation de services et de soins de santé. Le CPC cerne des enjeux stratégiques et opérationnels pertinents du Réseau pour ensuite recommander des solutions et des actions.

Solution ou action proposée

Que le conseil d'administration reçoive le rapport du CPC à titre d'information et approuve les motions proposées par le CPC.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Sans l'approbation des motions, le CPC pourrait être dans l'impossibilité de satisfaire aux exigences de son mandat.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	X			Sans objet
Qualité et sécurité		X		
Partenariats	X			
Gestion des risques (analyse juridique)	X			
Allocation des ressources (analyse financière)	X			
Portée politique	X			
Réputation et communication	X			

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK
Leader francophone

Note exécutive

Suivi(s) à la décision

Sans objet

Agrément Canada

Ce point permet au conseil d'administration de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères des normes Gouvernance d'Agrément Canada AC : 3.4.4, 3.1.12 et 3.5.1.

Nº de critère	Libellé
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.
3.1.12	L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins offerts par l'organisme.
3.5.1	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme se conforme à ses obligations juridiques, réglementaires et contractuelles.

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

Est résolu que le C onseil d'administration approuve en bloc les motions présentées par le Comité professionnel consultatif telles qu'elles ont été adoptées lors de sa réunion ordinaire du 15 septembre 2026.

Soumis le 13 octobre 2026 par Justin Morris, Président du Comité professionnel consultatif



Présentation au Conseil d'administration

Le 27 octobre 2026

Rapport du Comité professionnel consultatif

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Mandat du comité

- Fournir au Conseil d'administration des conseils, des recommandations, de la rétroaction et de l'information dans le cadre d'une perspective multidisciplinaire en matière de qualité, de normes et d'autres questions relatives à la prestation de services et de soins de santé.
- Cerner des enjeux stratégiques et opérationnels pertinents du Réseau pour ensuite recommander des solutions et des actions.



Justin Morris

Président

vitalité



Membres du comité

Président (non votant)

Justin Morris

Membres votants

Nadya Savoie – Vice-présidence

Julie Morin

Amy Martin

Diane Savoie Morneault

Julie Richard

Karine-Joan Boucher

Christine Hoferichter

Marie-Pierre Morin

Mélanie Côté

Mylène Cormier

Bernise Hachey

Mireille LeBlanc

Josée Deschênes

Jacques Gagnon

Membres d’office

Dre France Desrosiers

Dr Éric Levasseur

Josée Gagnon

Patrick Parent

Virgil Guitard

Marjorie Pigeon

vitalité

Objectifs pour l’année 2026-2027

- Orienter les nouveaux membres et la nouvelle présidence
- Renforcer l’évaluation continue de la qualité des soins et des services
- Analyser et recommander des normes de pratique innovantes
- Offrir une rétroaction stratégique sur les enjeux opérationnels clés

vitalité

Objectifs pour l’année 2026-2027 (suite)

- Favoriser l’approche interdisciplinaire dans les recommandations
- Cerner les enjeux stratégiques émergents
- Formuler des recommandations concrètes et réalisables pour le conseil d’administration
- Souligner les bons coups et la reconnaissance interprofessionnelle

Contenu de la présentation (à titre d'information)

- Mandat du CPC
- Plan de travail 2026-2027
- Demande d'octroi de privilèges (IP et IP membres invitées)
- Mise à jour des travaux du groupe de travail – Mise en œuvre des modifications de privilèges d'accès au plateau diagnostique



Contenu de la présentation (à titre d'information) (suite)

- Suivi – Visite d'Agrément Canada
- Mise à jour de la mise en œuvre des normes relatives aux mesures de contrôle
- Mise à jour des travaux du Comité de surveillance – Prévention des chutes et lésions de pression





Mot de la fin

Le présent document constitue le rapport du président du Comité professionnel consultatif pour la réunion tenue le 15 septembre 2026.

Justin Morris
Président

vitalité

Rapport – Comité professionnel consultatif

Est résolu que le Conseil d’administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif du 15 septembre 2026.



Note exécutive

Point 7.1

Nom du comité : Conseil d'administration

Date : 27 octobre 2026

Objet : Motifs à huis clos

Résultat ou état futur recherché

Annoncer les réunions qui ont eu lieu à huis clos depuis la dernière rencontre du Conseil d'administration (Conseil).

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

En vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, les réunions du Conseil sont publiques. Le Conseil peut tenir une réunion ou une partie d'une réunion à huis clos s'il estime qu'un des quatre motifs suivants sera adressé durant la réunion ou la partie de la réunion :

- y sont discutés des renseignements spécifiques sur un particulier identifiable;
- y sont discutés des renseignements sur les questions de gestion des risques ou de soins aux patients;
- y sont discutés des renseignements qui pourraient porter préjudice aux mesures de sécurité mises en place par la régie régionale de la santé;
- y sont discutés des renseignements qui pourraient compromettre l'efficacité avec laquelle la régie régionale de la santé exerce ses fonctions et ses responsabilités.

Il est de bonne pratique d'annoncer les réunions à huis clos du Conseil qui ont eu lieu depuis les dernières rencontres du Conseil.

Données probantes ou information probante à l'appui

Aucunes données ne sont nécessaires pour tenir ces réunions, outre les documents d'information sous forme de notes exécutives.

Solution ou action proposée

Voici la liste des réunions à huis clos qui ont eu lieu et le(s) motif(s) de la tenue de ces réunions :

Réunions à huis clos (26 et 27 octobre 2026, et 28 juin 2026)

- y sont discutés des renseignements spécifiques sur un particulier identifiable;
- y sont discutés des renseignements sur les questions de gestion des risques ou de soins aux patients;
- y sont discutés des renseignements qui pourraient porter préjudice aux mesures de sécurité mises en place par la régie régionale de la santé;
- y sont discutés des renseignements qui pourraient compromettre l'efficacité avec laquelle la régie régionale de la santé exerce ses fonctions et ses responsabilités.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Il est important d'annoncer les réunions qui ont été tenues à huis clos afin d'établir une transparence envers le public, tout en gardant l'information partagée lors de celles-ci confidentielle.

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

À la suite de la tenue d'une réunion à huis clos, celle-ci est annoncée lors de la prochaine réunion publique du Conseil en dévoilant les motifs de la réunion à huis clos, sans toutefois dévoiler le contenu de celle-ci.

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 du critère	Libellé
2.2.3	L'instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.

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

Aucune motion nécessaire.

Soumis le 7 octobre 2026 par Dre France Desrosiers, Présidente-directrice générale et Secrétaire du Conseil d'administration.

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



Présentation au Conseil d'administration
Le 27 octobre 2026

Continuité des services au Restigouche

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Continuité des services au Restigouche

ATTENDU QUE le Conseil d'administration a reçu et examiné l'information présentée par la direction relativement à la continuité des services d'urgence, à la capacité infirmière et aux mesures de contingence actuellement en place au sein du Réseau de santé Vitalité;

ATTENDU QUE le Conseil reconnaît que la direction dispose de l'expertise clinique et opérationnelle nécessaire pour évaluer les risques, déterminer les mesures de contingence appropriées et assurer la prestation sécuritaire des soins dans le respect des responsabilités qui lui sont confiées;

ATTENDU QUE le Conseil reconnaît également les rôles et responsabilités distincts du ministre de la Santé, du Conseil d'administration et de la direction du Réseau de santé Vitalité, notamment en ce qui concerne la gouvernance, l'orientation stratégique et la gestion opérationnelle;

IL EST RÉSOLU QUE le Conseil confirme avoir reçu l'information nécessaire pour exercer son rôle de gouvernance et soutenir les décisions opérationnelles prises par la direction en vue d'assurer la sécurité des patients et la continuité des services;

IL EST EN OUTRE RÉSOLU QUE le Conseil réaffirme que les décisions opérationnelles relèvent de la direction, sous la responsabilité de la présidente-directrice générale, tandis que le Conseil exerce une fonction de surveillance, d'imputabilité et d'orientation stratégique;

IL EST ENFIN RÉSOLU QUE le Conseil appuie la direction dans les mesures qu'elle juge nécessaires et appropriées pour maintenir l'accès sécuritaire aux soins de santé pour la population du Restigouche, tout en favorisant la continuité des services et la stabilisation durable de la main-d'œuvre clinique.

Note exécutive

Point 8.1 a)

Nom du comité : Conseil d'administration

Date : 27 octobre 2026

Objet : Rapprochement avec les communautés – Premières Nations

Résultat ou état futur recherché

Le Conseil d'administration est sensibilisé aux efforts de rapprochement du Réseau de santé Vitalité avec ses communautés et découvre, cette année, les priorités et enjeux en matière de santé propres aux communautés des Premières Nations. À l'occasion de sa réunion publique du 27 octobre 2026, le Conseil d'administration donne la parole à un représentant d'une communauté des Premières Nations, Noel Milliea, aîné mi'kmaq, et à la direction de l'engagement du communautaire au Réseau de santé Vitalité, Charline Morrison, afin de présenter la thématique, les besoins et la vision pour l'avenir.

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

Le Réseau de santé Vitalité a adopté une approche de co-construction avec ses communautés, dont celles des Premières Nations afin de les mobiliser dans la transformation du système de santé. Il est important que le Conseil d'administration soit au fait de l'engagement du Réseau à améliorer l'offre de service aux Premières Nations.

Données probantes ou information probante à l'appui

Le Réseau de santé Vitalité compte huit communautés des Premières Nations sur son territoire. Les deux régies de la santé se partagent l'offre de services aux communautés d'Esgenoôpetitj (Burnt Church) et Neqotkuk (Tobique). Avec celles-ci, le nombre de communautés des Premières Nations servies par le Réseau de santé Vitalité s'élève à dix.

Première Nation	Nom traditionnel	Population totale
Madawaska Maliseet First Nation	Matawaskiye	**380**
Listuguj Mi'gmaq Government (Québec)	Listuguj	**4 248**
Eel River Bar First Nation	Ugpi'ganjig	**803**
Esgenôopetitj First Nation	Esgenoôpetitj / Burnt Church	**1 941**
Indian Island First Nation	L'nui Menikuk	**212**
Elsipogtog First Nation	Elsipogtog / Big Cove	**3 499**
Buctouche MicMac First Nation	Tjipogtotjg	**122**
Fort Folly First Nation	Amlamgog	**136**
Pabineau First Nation	Oinpegitjoig	**343**
Tobique First Nation	Neqotkuk	**2 570**
TOTAL		**14 254**

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK
Leader francophone

Note exécutive

Solution ou action proposée

Lors des réunions publiques du Conseil d'administration, une période est réservée pour découvrir un groupe d'intérêt, un organisme ou encore une composante du rapprochement du Réseau de santé Vitalité avec ses communautés. Ayant pour thème Relations avec la communauté, cette période permet cette année de découvrir les initiatives et projets coconstruits avec ces communautés et mis en œuvre afin d'offrir des soins et services plus inclusifs et respectueux des valeurs et coutumes des Premières Nations.

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

Ces présentations sont faites à titre informatif. Aucune décision n'est requise.

Agrément Canada

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

No de critère	Libellé
1.2.2	L'instance de gouvernance collabore avec l'organisme pour répondre aux divers besoins de ses intervenants, y compris à ceux de la communauté qu'il sert.

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

Note exécutive

Motion

Sans objet.

Soumis le 7 octobre 2026 par Patrick Parent, président-directeur général adjoint.

Note exécutive

Point 8.1 a)

Nom du comité : Conseil d'administration

Date : 27 octobre 2026

Objet : Rapprochement avec les communautés – Premières Nations

Résultat ou état futur recherché

Le Conseil d'administration est sensibilisé aux efforts de rapprochement du Réseau de santé Vitalité avec ses communautés et découvre, cette année, les priorités et enjeux en matière de santé propres aux communautés des Premières Nations. À l'occasion de sa réunion publique du 27 octobre 2026, le Conseil d'administration donne la parole à un représentant d'une communauté des Premières Nations, Noel Milliea, aîné mi'kmaq, et à la direction de l'engagement du communautaire au Réseau de santé Vitalité, July Synnott, afin de présenter la thématique, les besoins et la vision pour l'avenir.

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

Le Réseau de santé Vitalité a adopté une approche de co-construction avec ses communautés, dont celles des Premières Nations afin de les mobiliser dans la transformation du système de santé. Il est important que le Conseil d'administration soit au fait de l'engagement du Réseau à améliorer l'offre de service aux Premières Nations.

Données probantes ou information probante à l'appui

Le Réseau de santé Vitalité compte huit communautés des Premières Nations sur son territoire. Les deux régies de la santé se partagent l'offre de services aux communautés d'Esgenoôpetitj (Burnt Church) et Neqotkuk (Tobique). Avec celles-ci, le nombre de communautés des Premières Nations servies par le Réseau de santé Vitalité s'élève à dix.

Première Nation	Nom traditionnel	Population totale
Madawaska Maliseet First Nation	Matawaskiye	**380**
Listuguj Mi'gmaq Government (Québec)	Listuguj	**4 248**
Eel River Bar First Nation	Ugpi'ganjig	**803**
Esgenôopetitj First Nation	Esgenoôpetitj / Burnt Church	**1 941**
Indian Island First Nation	L'nui Menikuk	**212**
Elsipogtog First Nation	Elsipogtog / Big Cove	**3 499**
Buctouche MicMac First Nation	Tjipogtotjg	**122**
Fort Folly First Nation	Amlamgog	**136**
Pabineau First Nation	Oinpegitjoig	**343**
Tobique First Nation	Neqotkuk	**2 570**
TOTAL		**14 254**

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK
Leader francophone

Note exécutive

Solution ou action proposée

Lors des réunions publiques du Conseil d'administration, une période est réservée pour découvrir un groupe d'intérêt, un organisme ou encore une composante du rapprochement du Réseau de santé Vitalité avec ses communautés. Ayant pour thème Relations avec la communauté, cette période permet cette année de découvrir les initiatives et projets coconstruits avec ces communautés et mis en œuvre afin d'offrir des soins et services plus inclusifs et respectueux des valeurs et coutumes des Premières Nations.

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

Ces présentations sont faites à titre informatif. Aucune décision n'est requise.

Agrément Canada

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

No de critère	Libellé
1.2.2	L'instance de gouvernance collabore avec l'organisme pour répondre aux divers besoins de ses intervenants, y compris à ceux de la communauté qu'il sert.

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

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK
Leader francophone

Note exécutive

Motion

Sans objet.

Soumis le 7 octobre 2026 par Patrick Parent, président-directeur général adjoint.

Note exécutive

Point 9 a)

Nom du comité : Conseil d'administration

Date : 27 octobre 2026

Objet : Rapport de la présidente-directrice générale, réunion publique du Conseil d'administration

Résultat ou état futur recherché

Grâce au rapport de la présidente-directrice générale (PDG), le Conseil d'administration est à l'affût des défis, des enjeux et des résultats liés au système de santé, particulièrement au Réseau de santé Vitalité qui est en pleine transformation.

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

Afin de bien jouer son rôle de gouvernance, le Conseil d'administration doit être bien renseigné des efforts en cours afin de relever les défis actuels et futurs. Cette présentation fait le point sur la performance du Réseau en mettant de l'avant, en toute transparence, les résultats obtenus dans la cadre de projets et d'initiatives découlant des trois grandes orientations du Réseau, soit l'expérience patient, l'expérience employé et le rapprochement avec les communautés.

Données probantes ou information probante à l'appui

Reportez-vous au rapport de la PDG.

Solution ou action proposée

À l'occasion de chaque réunion publique du Conseil d'administration, la PDG présente, avec la participation de membres de l'équipe de leadership, un rapport qui permet d'informer à la fois le Conseil et le grand public des résultats des initiatives d'amélioration en cours au Réseau. Elle saisit aussi l'occasion pour rappeler l'alignement des projets sur la raison d'être et les valeurs de l'organisation.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

L'absence d'un rapport de la présidente-directrice générale devant le Conseil d'administration et le grand public pourrait nuire à la réputation du Réseau et affecter le lien de confiance qu'il cherche à renforcer avec ses communautés. Sans ce rapport, il serait difficile de mobiliser les parties prenantes dans les solutions et les changements proposés pour relever les défis en santé. De plus, l'absence du rapport de la PDG mettrait le Réseau dans une position d'échec face aux normes d'Agrément Canada en matière d'imputabilité et de transparence.

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

Ce rapport de la présidente-directrice générale est présenté à titre informatif. Aucune décision n'est requise, sauf l'adoption de celui-ci par le Conseil.

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 du critère	Libellé
1.2.5	L'instance de gouvernance collabore avec l'organisme pour transmettre régulièrement, à tous les intervenants, des renseignements sur les services, sur la qualité des soins et sur le rendement de l'organisme. Ces intervenants comprennent les usagers, les proches, la communauté et la main-d'œuvre.

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 adoptée

Est résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la Présidente-directrice générale pour la période du 1er juillet 2026 au 31 septembre 2026.

Soumis le 7 octobre 2026 par Dre France Desrosiers, Présidente-directrice générale.

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



RÉSEAU DE SANTÉ
vitalité
HEALTH NETWORK

Rapport de la PDG

Dre France Desrosiers

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

NOTRE RAISON D'ÊTRE

NOS GRANDES ORIENTATIONS

- Expérience patient
- Expérience employé
- Rapprochement avec les communautés

NOS PRIORITÉS STRATÉGIQUES

- Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires
- Amélioration du cheminement des patients et de la performance des hôpitaux
- Accompagnement des gestionnaires en matière de leadership



Priorité stratégique : Accès aux soins de santé primaires

EN UN COUP D'ŒIL



35
équipes locales de santé familiale actives dans les 4 zones



+ 48 019
patients additionnels pris en charge



18
équipes offrent déjà un accès rapide (< 48 h)

ACCÈS VISÉ

Non-urgent	5 jours
Urgences mineures	48 h

vitalité

NOUVEL OUTIL DE MESURE DU TAUX D'ATTACHEMENT

- Nouvel outil du GNB devient la référence
- La conciliation se poursuit pour réduire l'écart
- Raisons des écarts : patients hors province, assurance maladie expirée, etc.

	DME	MEC
Patients rattachés aux ÉLSF	196 166	181 108
Patients rattachés à un prestataire de soins	269 768	242 345
Taux d'attachement global	95 %	86,9 %

Priorité stratégique : Accès aux soins de santé primaires

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

86.9 % de la population rattachée à un fournisseur de soins (données du MEC)

Couverture par Zone



Beauséjour | Acadie-Bathurst | Restigouche | Nord-Ouest

RÉSULTATS

Amélioration de l'accès pour des milliers de patients et réduction de la pression sur les urgences

vitalité

Priorité stratégique : Accès aux soins de santé primaires

DES SOINS PLUS PRÈS DES COMMUNAUTÉS



- **Grand-Sault** – 2 nouvelles IP
- **Caraquet** – Nouvelle équipe locale de santé familiale
- **Memramcook** – Clinique agrandie et nouveau service de prélèvements sanguins
- **Haut-Madawaska** – Nouveau médecin

vitalité

INAUGURATION DES NOUVEAUX ESPACES DE L'HÔPITAL RÉGIONAL CHALEUR

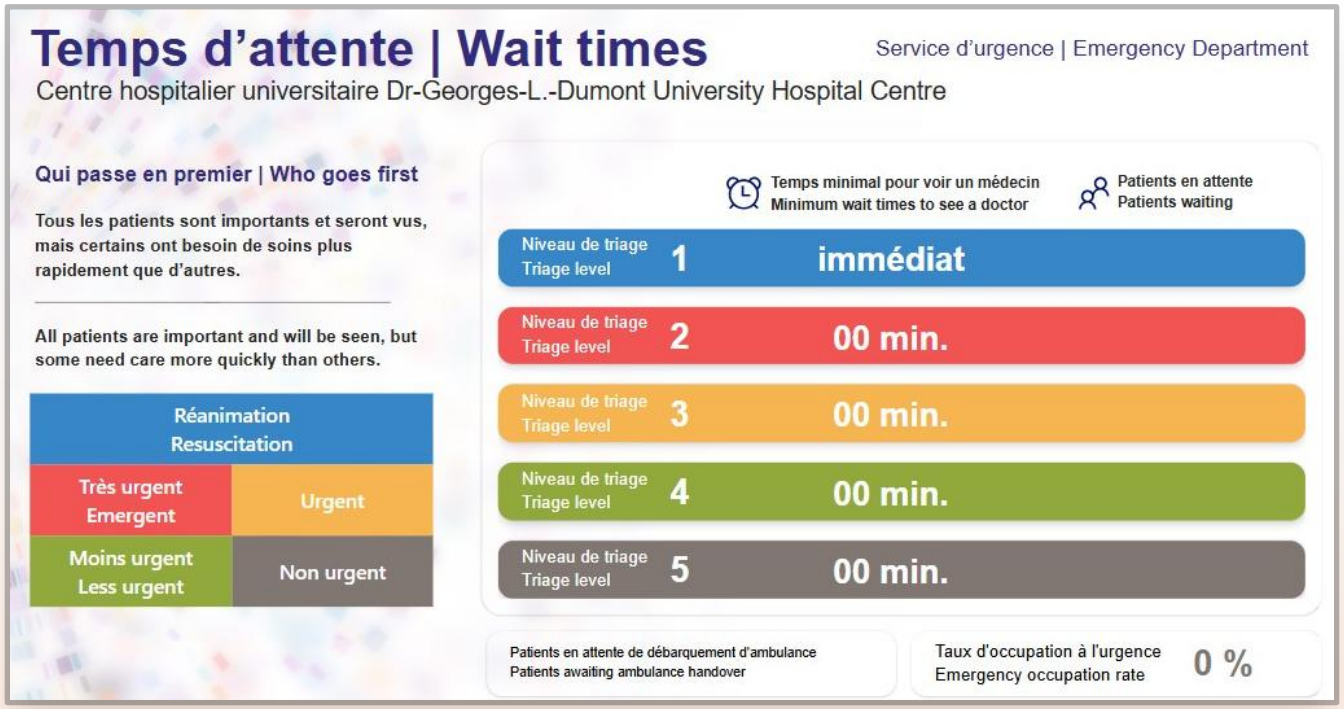
- Étape majeure franchie cet automne
- 22 services dans de nouveaux espaces
- Mise en service progressive depuis septembre
- +10 lits à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ† de Caraquet
  - Capacité : 12 → 22 lits
  - Soins médicaux et palliatifs



vitalité

MIEUX INFORMER POUR MIEUX ACCOMPAGNER

- Délais affichés en temps quasi réel
- Nombre de patients en attente
- Information sur l'occupation et la situation du service

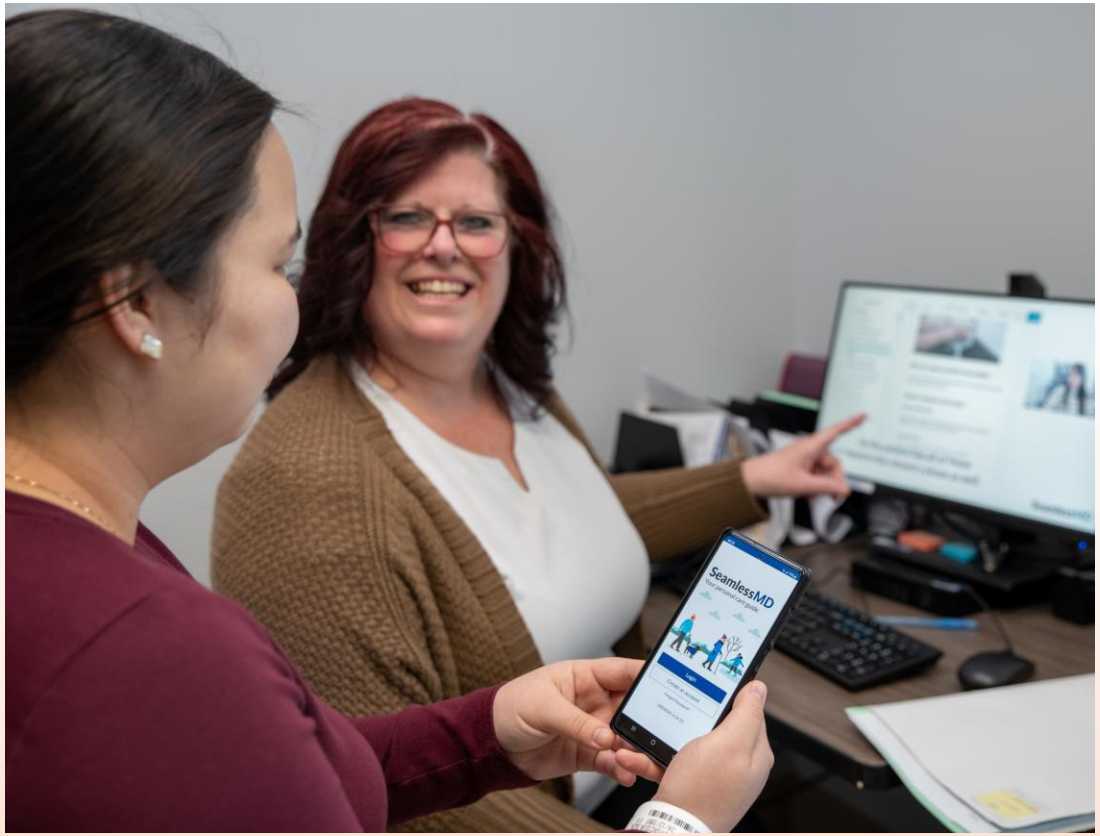


OBJECTIFS

Meilleure compréhension du triage et gestion des attentes

vitalité

SEAMLESSMD ET SEAMLESS ANSWERS



- **SeamlessMD** : Parcours numériques en chirurgie, gynécologie et maternité
  - Consignes personnalisées, rappels et contenu éducatif
- **Nouveauté – Seamless Answers** : Assistant conversationnel alimenté par l'IA, accessible 24 h/24
  - Réponses fondées sur du contenu clinique approuvé
- **Gouvernance** : Adoption d'une politique sur l'utilisation responsable de l'IA

vitalité

Expérience employé

Momentum positif au recrutement médical

Depuis le 1er janvier 2026, **55** nouveaux médecins recrutés, contre **15** départs

Une présence médicale renforcée pour mieux servir nos communautés

55
nouveaux médecins

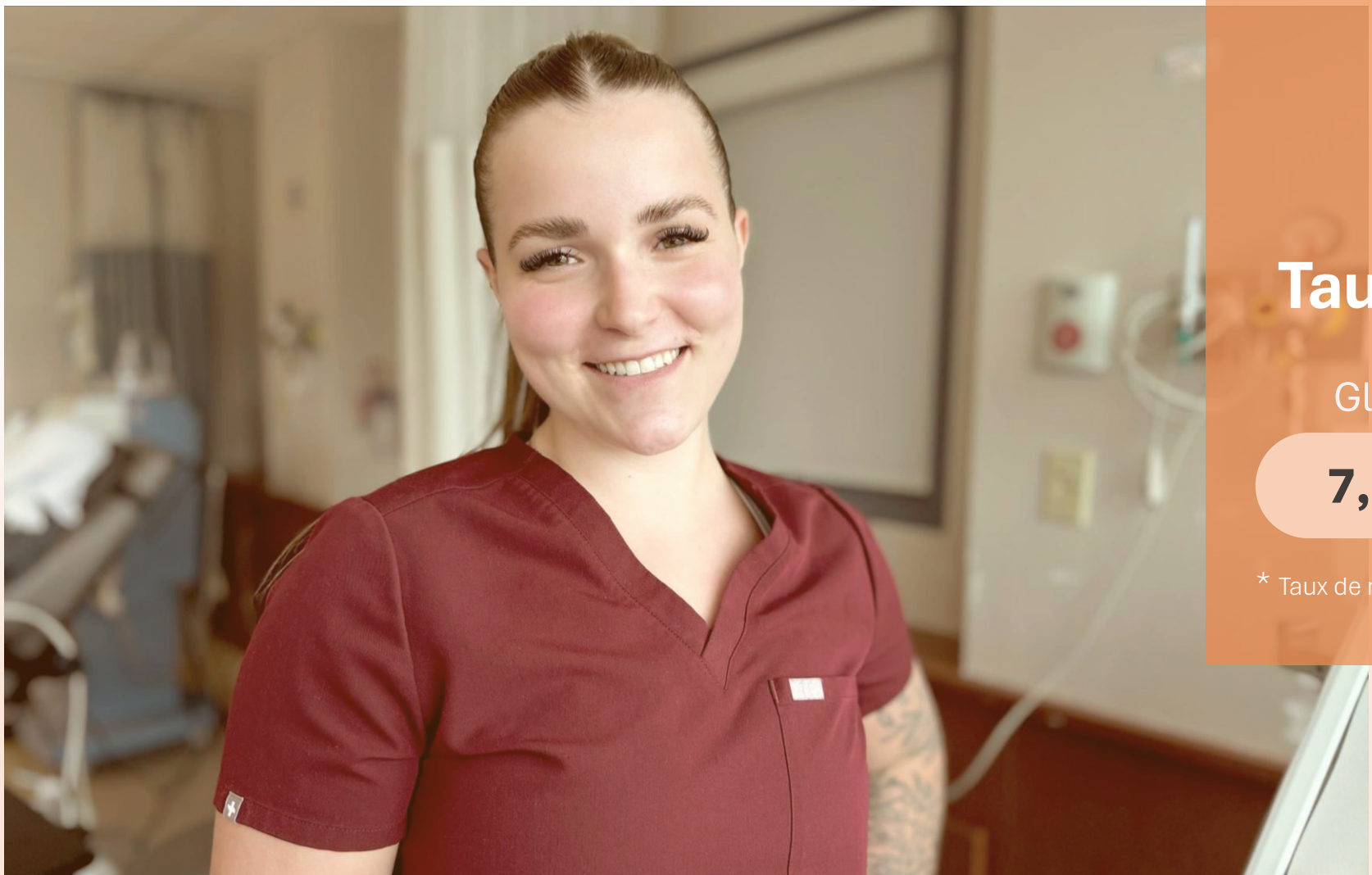
15
départs



vitalité

Expérience employé

ATTIRER ET RETENIR LES TALENTS



Taux de roulement *

Global	Volontaire
7,8 %	4,5 %

* Taux de roulement annualisé (cumul. septembre 2026)

vitalité

Expérience employé

ATTIRER ET RETENIR LES TALENTS

	Permanents		Tous statuts confondus	
	Embauches - recrues et transitions (cumul. septembre 2026)	Cible	Embauches - recrues et transitions (cumul. septembre 2026)	Cible
Personnel infirmier auxiliaire	64	75	79	100
Personnel infirmier immatriculé	78	130	108	200
Personnel infirmier praticien	1	3	2	4
Reste du Réseau	241	537	905	1146
Total au Réseau	**384**	**745**	**824**	**1 450**

vitalité

EXPÉRIENCE EMPLOYÉ

Des résultats encourageants

86 %

recommanderaient Vitalité comme employeur

↑ de 81 %

40 %

taux de participation au sondage

↑ de 19,1 %

6,5 / 10

reconnaissance au travail

Priorité d'amélioration

Écouter → Mesurer → Agir → Reconnaître

CCNB – CAMPUS DE DIEPPE



- 6 nouvelles salles de classe modulaires
- 6 laboratoires spécialisés en santé
- 330+ diplômés additionnels sur 5 ans

> Former ici pour mieux répondre aux besoins d’ici

vitalité

PRISME : NOUVEAU PROGRAMME RÉGIONAL INTERPROFESSIONNEL

- Partenariat avec l’U de M et l’Université de Sherbrooke
- Formation avancée en santé mentale
- Équipe spécialisée à Moncton
- Accès plus rapide
- Expertise psychiatrique mieux ciblée



Des leaders forts pour des équipes fortes

ACCOMPAGNEMENT DES GESTIONNAIRES EN LEADERSHIP

- Lancement officiel du programme de formation et d'accompagnement à l'échelle du Réseau
- 90 gestionnaires se sont penchés sur leur parcours d’impact
- Leadership adapté aux réalités du Réseau



OBJECTIFS

Mieux guider, écouter et soutenir

vitalité

INITIATIVES EN SANTÉ PUBLIQUE

- Adaptation aux chaleurs extrêmes
  - Développement d’un plan régional d’adaptation
- Sécurité alimentaire dans le Restigouche
  - Actions en sécurité alimentaire
- Mobilisation des partenaires



OBJECTIF

Protéger les populations vulnérables

vitalité

LA FORCE DE NOS ACTIONS COLLECTIVES



PLUS ACCESSIBLES

Nos soins



PLUS FORTES

Nos équipes



PLUS ENGAGÉES

Nos communautés

Ensemble, nous faisons progresser la santé.

Merci