AVIS DE RÉUNION ☒ **PROCÈS-VERBAL** ☐ Point 3

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	**Date et heure :**	**Le 28 juin 2016 à 13 heures**
But de la réunion :	Réunion publique	**Endroit :**	Hôtel Atlantic Host à Bathurst Salon Jade
Président : **Secrétaire :**	Paul Couturier Sonia Haché-Lanteigne		

Participants

Membres actuels					
Paul Couturier (président)		Bonnie Mae Martin		Paulette Sonier Rioux	
Adélard Cormier		Pierre Martin		Donald Thériault	
Roger Doiron		Christian Mercier		Lester Young	
Philippe Ferguson (trésorier)		Tracy Peters			
Membres d'office					
Gilles Lanteigne		Linda Sunderland			
Équipe de leadership					
Gisèle Beaulieu		Jacques Duclos		Johanne Roy	
Dre France Desrosiers		Stéphane Legacy		Pierre Verret	
Nouveaux membres					
Lucille Auffrey		Wesley Knight		Denis M. Pelletier	
Pauline Bourque		Norma McGraw		Sonia A. Roy	
Rita Godbout		Gaitan Michaud		Claire Savoie	
Gabriel Godin (vice-président)		Jean-Marie Nadeau		Anne C. Soucie	
Émeril Haché		Michelyne Paulin			

AVIS DE RÉUNION		Documents
1. Ouverture de la séance		
2. Constatation de la régularité de la réunion		
3. Adoption de l'ordre du jour	D	✓
4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels		
5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 26 avril 2016	D	✓
6. Questions découlant du procès-verbal et suivis		
7. Rapport du président-directeur général	I	✓
8. Rapports des comités		
8.1 Comité exécutif (aucune réunion)	I	✓
8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature (8 et 24 juin 2016)	D	✓
8.3 Comité de finances et de vérification (15 juin 2016)	D	✓
8.4 Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (9 juin 2016)	D	✓
8.5 Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques (aucune réunion)	I	✓
8.6 Comité médical consultatif (Rapport)	D	✓
8.6. a) Tableaux de renouvellement de privilèges 2016-2018	D	✓

Légende : D = Décision I = Information C = Consultation

8.6. b) Octroi de privilèges aux stagiaires en médecine clinique et aux apprenants en médecine 2016-2017	D	✓
8.7 Comité professionnel consultatif (Rapport)	D	✓
8.8 Comité ad hoc – voyages médicaux (16 juin 2016)	D	✓
9. Privilèges des médecins	D	✓
9.1 Privilèges temporaires		✓
10. Dossiers légaux	I	
11. Correspondance	I	✓
12. Documentation pour les membres		
12.1 Articles : **12.1 a) Reducing Physician Burnout Through Engagement** **12.1 b) Cybercollaboration meilleur ensemble : Main dans la main avec les familles**	I	✓
13. Histoire d'une expérience d'un patient	I	
14. Relations avec la communauté / Services offerts		
14.1 La gestion personnalisée des services (G.P.S.)	I	✓
15. Autres points		
15.1 Plan de communication	I	✓
15.1 a) Plan de communication - Table des matières		✓
15.2 Plan des services cliniques	D	✓
15.2 a) Recommandations au ministère de la Santé	D	✓
15.2 b) Plan des services cliniques et annexes		✓
15.2 c) Plan des services cliniques - Présentation		✓
15.3 Plan régional de santé et d'affaire 2016-2019	D	✓
15.3 a) Plan régional de santé et d'affaire 2016-2019 - Présentation		✓
15.4 Organisation des services alimentaires et environnementaux	D	✓
15.4 a) Services alimentaires et environnementaux - Présentation		✓
15.5 Horaire des réunions et des comités du Conseil d'administration	I	✓
15.5 a) Horaire des réunions du Conseil d'administration		✓
15.5 b) Horaire des comités qui relèvent du Conseil d'administration		✓
15.6 Politique : Testament de vie	D	✓
15.6 a) Dépliant		✓
15.6 b) Formulaire		✓

Légende : D = Décision I = Information C = Consultation

15.6 c) Formulaire – Mandataire		✓
15.7 Règles du personnel médical	D	✓
15.7 a) Règles du personnel médical (Section 1 à 7)		✓
16. Levée de la séance		
17. Évaluation de la séance	C	✓

Légende : D = Décision I = Information C = Consultation

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL** ☒ Point 5

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	**Date et heure :**	**Le 26 avril 2016 à 13 h 30**
But de la réunion :	Réunion publique	**Endroit :**	Day's Inn (Dalhousie) Salon Victoria
Président : **Secrétaire :**	Paul Couturier Sonia Haché-Lanteigne		

Participants :

Paul Couturier (président)	√	Gabriel Godin (vice-président)	√	Sonia A. Roy	√
Adélard Cormier	√	Bonnie Mae Martin	√	Paulette Sonier Rioux	√
Roger Doiron	√	Pierre Martin (téléconférence)	√	Anne C. Soucie	√
Philippe Ferguson	√	Christian Mercier	√	Donald Thériault	√
Rita Godbout	√	Tracy Peters	√	Lester Young	√
Membres d'office					
Gilles Lanteigne	√	Dre France Desrosiers	√	Linda Sunderland	√
Équipe de leadership					
Gisèle Beaulieu	√	Stéphane Legacy	√	Pierre Verret	√
Jacques Duclos	√	Johanne Roy	√		

PROCÈS-VERBAL

1. Ouverture de la séance

Le président du Conseil d'administration souhaite la bienvenue aux participants et participantes et déclare la séance ouverte à 13 h 30. Il souhaite la bienvenue à Johanne Roy, vice-présidente par intérim aux services cliniques.

Le maire de Dalhousie, Clément Tremblay, souhaite la bienvenue.

2. Constatation de la régularité de la réunion

La réunion a été dûment convoquée et le quorum est atteint.

3. Adoption de l'ordre du jour

L'ordre du jour est présenté et adopté tel que présenté.

MOTION 2016/04/26-01P
Proposé par Sonia A. Roy
Appuyé par Lester Young
Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'ordre du jour tel que présenté.
Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Aucun conflit d'intérêts n'est signalé.

5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 1er mars 2016

Le procès-verbal de la réunion du 1er mars 2016 est approuvé avec le changement suivant. On doit lire à la motion 2016/03/01-16P, que le Conseil d'administration adopte le cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats tel que présenté, dont la mise en place s'échelonne jusqu'à 2018, au lieu de 2017.

MOTION 2016/04/26-02P
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Rita Godbout
Et résolu que le Conseil d'administration adopte le procès-verbal de la réunion du 1er mars 2016.
Adopté à l'unanimité.

BROUILLON

6. Questions découlant du procès-verbal et suivis

6.1 IRM

Depuis la dernière rencontre et compte tenu de la nouvelle structure administrative, le dossier de l'IRM a été transféré à Monsieur Stéphane Legacy. Plusieurs rencontres se sont déroulées avec le chef du département de l'imagerie médicale, le chef de service, le vice-président des services cliniques et le P.-D.G. pour évaluer les diverses alternatives pour régler la problématique. Ces alternatives ont été documentées et l'analyse de trois options possibles ont été retenues. Les avantages et inconvénients de chacune des trois options ont été considérés en tenant des autres impacts auprès de la clientèle et des coûts. Au cours des prochaines semaines, une rencontre sera organisée avec le Ministère pour partager les constatations et explorer comment faire progresser le dossier. Puisque certains modèles de l'appareil sont aussi dans d'autres établissements du Réseau de santé Vitalité, une démarche pour analyser la qualité des images sera complétée. Désormais, le suivi du dossier se fera à l'interne et ne sera pas l'objet de mise à jour au Conseil d'administration, à moins de circonstances extraordinaires.

6.2 Plan de rattrapage

Les démarches sont en cours pour s'assurer que l'information tel que déterminée dans le plan de transparence soit mise sur le site web. Lorsque terminé, une démonstration du site sera faite aux membres du Conseil d'administration. De plus, comme le plan de transparence s'échelonne sur une période de trois ans, un rapport de progrès annuel sera soumis au Conseil d'administration.

7. Rapport du président-directeur général (P.-D.G.)

Le rapport du P.-D.G. couvre la période du 22 février au 15 avril 2016. Il vise à informer les principaux accomplissements envers l'atteinte des objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2015-2018 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau. Ce rapport couvre les sujets suivants :

- Engagement du personnel et du corps médical
  - Développement de la phase 2 du Plan des services cliniques
- Gestion des ressources financières et matérielles
  - Centralisation des systèmes financiers
  - Marge de manœuvre financière de 4 millions de dollars en 2016-2017
- Gestion des ressources humaines
  - Départ et arrivée
  - Postes de vice-présidents
- Relations avec nos partenaires et groupes communautaires
  - Rencontres et démarches de représentation
  - Pistes prometteuses de partenariats
  - Centre de santé du sein est ouvert sur la communauté
- Gestion stratégique / Communication
  - Renouvellement organisationnel
  - Cadre de transparence et d'ouverture
- Mise en œuvre d'une culture de qualité et de sécurité des patients
  - Centre d'excellence en Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale
- Relations avec le Conseil d'administration
  - Plan des services cliniques – phase 1
  - Candidatures aux postes du Conseil d'administration du Réseau
- Intégration des initiatives stratégiques et opérationnelles
  - Création du Comité stratégique des opérations
  - Performance organisationnelle

Une vaste consultation, à laquelle de nombreux membres du corps médical et du personnel de gestion, a eu lieu à Edmundston le 21 et 22 avril 2016. Cette consultation organisée par le Comité consultatif sur les services cliniques à porter sur la phase 2 du plan des services cliniques. Les médecins ont participé avec beaucoup d'enthousiasme à ces journées de planification.

8. Rapports des comités du Conseil d'administration

8.1 Comité exécutif

Aucune réunion du Comité exécutif n'a eu lieu depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature

Tracy Peters présente le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 31 mars 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Rapport du Sous-comité des normes de gouvernance
- Formulaires d'évaluation des réunions du Conseil d'administration ; le contenu des formulaires a été révisé à la lumière des normes de gouvernance (MOTION 2016-03-31 / 03GMC)
- Politique et procédure « Planification stratégique » (MOTION 2016-03-31 / 04GMC)
- Politique et procédure « Sous-comité de la planification stratégique » (MOTION 2016-03-31 / 05GMC)
- Le sous-comité sera composé de trois membres votants du Conseil d'administration (MOTION 2016-03-31 / 06GMC)
- Politiques et procédures révisées :
  - CA-210 « Orientation des nouveaux membres du Conseil » (MOTION 2016-03-31 / 07GMC)
  - CA-310 « Comité exécutif » (MOTION 2016-03-31 / 09GMC)
  - CA-320 « Comité de gouvernance et de mise en candidature » (MOTION 2016-03-31 / 10 GMC)
  - CA-395 « Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques » (MOTION 2016-03-31 / 11GMC)
  - GEN.1.40.10 « Mandat du Comité professionnel consultatif » (MOTION 2016-03-31 / 12GMC)
  - GEN.1.40.85 « Mandat du Comité d'éthique de la recherche » (MOTION 2016-03-31 / 14GMC)
  - CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » (MOTION 2016-03-31 / 15GMC)
  - CA-400 « Processus d'évaluation de la performance du P.-D.G. » (MOTION 2016-03-31 / 16GMC)
- Ébauche – Table des matières du manuel d'orientation du Conseil d'administration; (MOTION 2016-03-31 / 08GMC)
- Politique et procédure « Appellation des installations matérielles » (MOTION 2016-03-31 / 13GMC)
- Politique et procédure « Mandat : Comité d'évaluation du rendement et du développement du Président-directeur général » (MOTION 2016-03-31 / 17GMC)

MOTION 2016/04/26-03P
Proposé par Tracy Peters
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les motions du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 31 mars 2016.
Adopté à l'unanimité.

Sous-comité de la planification stratégique
Suite à la discussion de la création d'un sous-comité de la planification stratégique, on propose que ce sous-comité soit un comité ad-hoc qui se rapport directement au Conseil d'administration, au lieu de se rapporter au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

MOTION 2016/04/26-04P
Proposé par Pierre Martin
Appuyé par Sonia A. Roy
Et résolu que le Conseil d'administration adopte que le sous-comité ad-hoc de la planification stratégie se rapporte directement au Conseil d'administration, au lieu de se rapporter au Comité de gouvernance et de mise en candidature.
Adopté à l'unanimité.

8.3 Comité de finances et de vérification

Philippe Ferguson présente le rapport du Comité de finances et de vérification du 12 avril 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Performance financière et opérationnelle en date du 29 février 2016 (MOTION 2016/04/12-03FV)
- Révision du mandat du comité (MOTION 2016/04/12-04FV)
- Budget 2016-2017 (MOTION 2016/04/12-05FV)
- Budget capital 2016-2017

MOTION 2016/04/26-05P
Proposé par Philippe Ferguson
Appuyé par Lester Young

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les motions de la réunion du Comité de finances et de vérification du 12 avril 2016.
Adopté à l'unanimité.

Séquençage générique
On explique qu'étant donné que le programme n'est pas encore mis en place à Saint-John, le programme demeure fonctionnel à la Régie de santé Vitalité, et ce, pour encore plusieurs mois.

8.4 Comité de gestion des risques et de la qualité

Anne Soucie présente le rapport du Comité de gestion des risques et de la qualité du 23 mars 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Mise à jour de la démarche Agrément 2017
- Tableau de bord de la qualité – janvier 2016
- Le taux d'implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission
- Diverses stratégies et initiatives des soins de santé primaires sont développées pour réduire les admissions liées aux maladies chroniques
- Le pourcentage de visite à l'urgence avec les codes de triage 4 et 5
- Le pourcentage de lits occupés par des patients en attente de placement
- Expérience vécue d'un patient
- Politique et procédure GEN.5.20.20 « Gestion des plaintes » et Guide de gestion des plaintes (MOTION 2016-03-23 / 03GRQ)
- Mandat du Comité d'éthique de la recherche GEN.1.40.85 (MOTION 2016-03-23 / 04GRQ)
- Aide médicale à mourir
- Politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (MOTION 2016-03-23 / 05GRQ)
- Rapport de satisfaction clientèle hospitalière – Q3
- Résultats du sondage CSNB sur les soins à domicile
- Rapport sur la prévention des infections – résultats trimestriels (mars 2016)

MOTION 2016/04/26-06P
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Christian Mercier
Et résolu que le Conseil d'administration adopte le procès-verbal de la réunion du Comité de gestion des risques et de la qualité du 23 mars 2016.
Adopté à l'unanimité.

Tenue vestimentaire
Le Réseau de santé Vitalité à une politique claire sur la tenue vestimentaire pour tout le personnel. Une étude a été faite auprès de nos partenaires à ce sujet. Il en ressort que nos patients, dans nos établissements, veulent pouvoir identifier rapidement le personnel soignant. Le Réseau est vigilant à ce sujet, mais à l'intention de s'améliorer.

Gestion des plaintes
La porte d'entrée pour le patient ou la communauté qui désirent faire une plainte au Réseau de santé Vitalité est multiple. Un service de plainte est directement lié à la vice-présidente de la performance, la qualité et aux services généraux, Madame Gisèle Beaulieu.

Aide médicale à mourir
Dans le plan de transformation et de modernisation, on veut offrir plus de services aux personnes qui désirent mourir à domicile. Le Programme extra-mural offre déjà un programme de soins palliatifs, mais il faudra le développer davantage.

8.5 Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques

Aucune réunion du Comité stratégique de la recherche et des affaires académique n'a eu lieu depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

8.6 Comité médical consultatif

Dre France Desrosiers présente le rapport du Comité médical consultatif du 5 avril 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

ÉBAUCHE

- Rapports présentés aux membres du CMC
  - Tableau de bord du CMC
  - Rapport des groupes cliniques
  - Rapport de progrès – Plan de qualité
- Approbation de politiques
  - Politique « Thérapie intraveineuse (TIV) : Généralités », et
  - Politique « Thérapie intraveineuse (TIV) : Périphérine » (Motion 2016/04/05-02-CMC)
  - Politique « Retrait de sonde vésicale à demeure » (Motion 2016/04/05-04-CMC)
- Essai du masque N95 (MOTION 2016/04/05-07-CMC)

Elle présente également le rapport de la médecin-chef régional :

- Comité d'abréviations (MOTION 2016/04/05-08-CMC)
- Comité provincial consultatif de la qualité et la sécurité des patients
- Projet PEM « Service de réadaptation et de revalidation »
- Séance de planification annuelle du Conseil de la santé du N.-B.
- Comité consultatif sur les services cliniques
- Résumé : Journée éducative – Forum MPOC

MOTION 2016/04/26-07P
Proposé par Donald Thériault
Appuyé par Adélard Cormier
Et résolu que le Conseil d'administration adopte la nomination du Dr Pierre-Michel Tremblay de la zone 1B et la nomination du Dre Natalie Banville de la zone 6 pour la composition du Comité d'abréviations.
Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016/04/26-08P
Proposé par Philippe Ferguson
Appuyé par Donald Thériault
Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les motions de la réunion du Comité médical consultatif du 5 avril 2016.
Adopté à l'unanimité.

8.7 Comité professionnel consultatif

Linda Sunderland présente le rapport du Comité professionnel consultatif du 15 mars 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Clinique ambulatoire de contrôle de la warfarin – CSCSJ
- Révision du mandat du CPC (MOTION 2016-03-15 04CPC)
- Processus de mise en candidature pour nouveaux membres du CPC
- Processus vérification renouvellement droit de pratique
- Mandat du Comité d'abréviation (MOTION 2016-03-15 03CPC)
- Mise à jour secteur de la pratique professionnelle
- Présentation des rapports suivants :
  - Satisfaction des patients hospitalisés – sommaire - octobre à décembre 2015
  - Prévention des infections - Résultats décembre 2015
  - Rapport trimestriel des plaintes – Q1 à Q3 – 2015 – daté du 25 février 2016
  - Mise à jour – Agrément – 7 mars 2016

MOTION 2016/04/26-09P
Proposé par Sonia A. Roy
Appuyé par Roger Doiron
Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les motions de la réunion du Comité professionnel consultatif du 15 mars 2016.
Adopté à l'unanimité.

8.8 Comité ad-hoc - Voyages médicaux

Donald Thériault présente le rapport du Comité ad-hoc - Voyages médicaux du 14 avril 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Mise à jour de la révision du processus d'assignation des rendez-vous
- Analyse des patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous

ÉBAUCHE

- Analyse comparative des déplacements des patients voyageant plus de 50 Km

MOTION 2016/04/26-10P
Proposé par Donald Thériault
Appuyé par Christian Mercier
Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport du Comité ad-hoc - Voyages médicaux du 14 avril 2016.
Adopté à l'unanimité.

9. Privilèges temporaires

Le président-directeur général du Réseau de santé Vitalité a signé des privilèges temporaires depuis la dernière réunion du Conseil d'administration (2 mars au 14 avril 2016) et on présente la liste pour ratification.

TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES - 14 avril 2016

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
Cormier, Dr Jocelyn	Médecine générale	Invité	15 mars 2016	31 mai 2016	1B
Ghassemi Kakroodi, Dre Parisa	Médecine familiale	Suppléant	18 avril 2016	8 juillet 2016	1B
Rivet, Dre Caroline	OBS/GYN	Suppléant	5 février 2016	29 avril 2016	1B
					4
Al-Rejjal, Dr Rafat	Chirurgie	Suppléant	18 mars 2016	10 juin 2016	5
Bennani, Dr Taher	Médecine familiale	Associé	26 mars 2016	10 juin 2016	5
Cayard, Dr Jean Edward	Médecine familiale	Associé	7 mars 2016	30 mai 2016	5
Gomez, Dr Alfonso	Chirurgie	Consultant	18 mars 2016	10 juin 2016	5
Barriault, Dr Ronald	Méd. fam. et urgence Chaleur	Suppléant	27 février 2016	20 mai 2016	6
Novikova, Dr Olia	Anesthésie	Suppléant	27 février 2016	20 mai 2016	6
Schneider, Dr André Perillier	Anesthésie	Associé	19 février 2016	13 mai 2016	6

MOTION 2016/04/26-11P
Proposé par Lester Young
Appuyé par Sonia A. Roy
Et résolu que le Conseil d'administration entérine la liste des privilèges temporaires du 2 mars au 14 avril 2016 déposés par le président-directeur général tel que présentée.
Adopté à l'unanimité.

10. Dossiers légaux

Aucun nouveau dossier légal n'a été entamé depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

11. Correspondance

Une liste de la correspondance reçue ou expédiée par le Conseil d'administration est présentée aux membres du Conseil d'administration.

12. Autre

12.1 Documentation pour les membres

Deux articles sont partagés aux membres :

- Que savons-nous sur les fusions d'hôpitaux
- Des principes à la pratique : la gestion de l'intégration post-fusion

Les membres du Conseil d'administration sont invités à suggérer des articles pour les prochaines rencontres.

13. Histoire d'une expérience d'un patient

13.1 Urgence et pharmacie

On présente l'histoire d'une patiente âgée qui a reçu deux doses de Norflex (relaxant musculaire) au lieu de recevoir du Norflox (antibiotique).

Suite à cette présentation, le président mentionne la grande amélioration des mesures mises en place et qui continuent d'être mises en place pour le bien-être des patients par le Réseau de santé Vitalité. On

mentionne également qu'il y a du travail à faire afin de développer une culture de non-blâme à travers l'ensemble de l'organisation. Les prescriptions informatisées aideront à lecture de ces dernières.

Comme conclusion, on propose de revoir le cadre législatif pour la culture de sécurité et de mettre en place des protections afin que les professionnels ne soient pas blâmés. Ce sujet sera ajouté à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil d'administration au mois de juin, afin de proposer aux autorités, s'il y a lieu, un changement législatif. Un document de discussion sera préparé à cet effet.

14. Relations avec la communauté

14.1 Programme de réadaptation et revalidation rapide

La directrice du Programme extra-mural, Madame Nancy Bastarache, offre une présentation de l'initiative : Réadaptation et revalidation rapide qui s'inscrit dans les stratégies "D'abord chez soi" du Ministère de la Santé et du Ministère du Développement social.

Suite à un projet pilote qui a débuté dans la zone 3 du Réseau de santé Horizon en juillet 2015, le Ministère est maintenant rendu à la phase d'étendre cette initiative dans toute la province. Cette mise en œuvre progressive s'étendra sur une période de 2 ans. Dans le Réseau de santé Vitalité, les unités du PEM de la zone 1b seront les premières unités à implanter cette nouvelle initiative. Le but de cette initiative vise à offrir aux aînés, des soins et des traitements intensifs de courte durée afin de les aider à retrouver leur autonomie et à demeurer chez eux à la suite d'une hospitalisation ou d'un incident de santé dans la collectivité. Les personnes âgées admissibles reçoivent des soins et des services prodigués de façon rapide, continue, intégrée et intensive.

L'initiative de réadaptation et de revalidation rapides est un service amélioré qui :

- favorise un rétablissement plus rapide après une maladie;
- contribue à l'obtention d'un congé plus rapide de l'hôpital;
- favorise la vie autonome à domicile;
- permet d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé et sur le plan social;
- élimine ou retarde le recours à des soins inutiles et plus coûteux.

Le président remercie Mme Bastarache et est très fier de cette nouvelle initiative.

15. Autre point

15.1 Projet d'infrastructure et équipements majeurs

On présente une mise à jour des projets de construction et rénovation pour l'année 2016-2017 conformément au budget annoncé par le Ministère de la Santé, soit :

- Budget d'immobilisation à long terme
  Total : 39,8 M $ dont :
  - 17,8 M $ (Services chirurgicaux au CHUDGLD)
  - 3,4 M $ (2 M $ Centre d'excellence à Campbellton et 1.4 M $ Démolition du CHR)
  - 18,6 M $ (18.2 M $ Agrandissement à l'Hôpital Régional Chaleur et 400 000 Centre de Santé de Paquetville)
- Budget de rénovation majeur
  Total : 2.2 M $ dont :
  - 1 M $ (800 K $ Champs d'épuration Stella-Maris-de-Kent et 200 K $ système de contrôle des élévateurs au CHUDGLD)
  - 800 K $ (Compléter pharmacie satellite de l'oncologie à l'Hôpital Régional d'Edmundston)
  - 400 K $ (Réparation ascenseurs à Caraquet et Lamèque)

Un membre du Conseil d'administration exprime son attachement à l'importance d'avoir un service d'hémodialyse à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent et un autre membre, celui du besoin d'un service de dialyse dans le comté de Kent.

16. Levée de la séance

Anne propose la levée de la séance à 15 h 30.

17. Évaluation de la séance

Les membres du Conseil d'administration sont demandés de compléter l'évaluation de la séance.

ÉBAUCHE

18. Dialogue avec le public

Le dialogue avec le public a eu lieu.

Paul Couturier
Président du Conseil d'administration

Gilles Lanteigne
Secrétaire du Conseil d'administration

ÉBAUCHE

Rapport du PDG

Rapport du président-directeur général au Conseil d'administration
Réunion du 28 juin 2016
Bathurst, Nouveau-Brunswick

Chers membres du Conseil d'administration,

Le rapport qui suit couvre la période du 18 avril au 17 juin 2016. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2015-2018 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau.

Depuis la dernière réunion du Conseil d'administration, le Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et la finalisation de la phase 2 du Plan des services cliniques ont été des chantiers importants qui ont retenu l'attention et monopolisé de nombreux efforts. La fin de l'exercice financier 2015-2016 entraîne également son lot de travail, avec notamment la préparation des états financiers vérifiés et l'élaboration de notre rapport annuel. Enfin, le dossier sensible de l'aide médicale à mourir a aussi fait l'objet de beaucoup d'attention et de démarches qui ont été en constante évolution.

Je vous souhaite une bonne lecture!

1. Engagement du personnel et du corps médical

1.1 Développement de la phase 2 du Plan des services cliniques

Le Comité consultatif des services cliniques (CCSC) a organisé avec succès deux journées de consultation les 21 et 22 avril derniers à Edmundston. Il s'agissait d'une étape cruciale dans la conception de la phase 2 du Plan des services cliniques et près de 80 médecins et 65 professionnels de la santé des quatre zones ont participé aux rencontres. Ces deux journées de consultation étaient une première depuis la création du Réseau en septembre 2008. En effet, jamais auparavant les médecins des quatre zones n'avaient eu l'occasion de discuter par spécialité médicale autour d'une même table.

Les résultats de ces délibérations ont été utilisés par le CCSC pour finaliser la phase 2 du Plan des services cliniques ainsi qu'une série de recommandations qu'on y retrouve. Le Plan des services cliniques vous est d'ailleurs présenté pour approbation lors de la réunion du mardi 28 juin 2016.

2. Gestion des ressources financières et matérielles

2.1 Projet innovateur à l'Hôpital régional d'Edmundston

Un projet innovateur consistant à informatiser le choix du menu quotidien des patients de l'Hôpital régional d'Edmundston par l'utilisation de tablettes électroniques a été mis en œuvre ces dernières semaines. Essentiellement, il s'agit ici de remplacer l'ancienne façon de faire, utilisant un questionnaire de menu papier, par des tablettes électroniques reliées au réseau sans fil de l'hôpital.

L'utilisation de cette technologie de pointe offre de nombreux avantages : (1) des visites plus fréquentes aux patients, (2) une amélioration de la satisfaction des patients puisqu'on peut plus facilement connaître leurs habitudes et préférences alimentaires et (3) une meilleure identification des allergies et des intolérances alimentaires.

3. Gestion des ressources humaines

3.1 Nomination d'une vice-présidente aux Services médicaux, Formation médicale et Recherche

La Dre France Desrosiers a été nommée à titre de vice-présidente aux Services médicaux, à la Formation médicale et à la Recherche le 25 mai dernier. Vous la connaissez tous puisqu'elle siégeait au Conseil d'administration en qualité de médecin-chef régionale depuis 2009. Elle aura comme mandat de voir à l'élaboration d'une stratégie régionale en matière d'affaires médicales, de recherche et de formation médicale conformément à la mission du Réseau et veillera aussi au respect des normes professionnelles et réglementaires externes et des normes de soins internes. Je vous prie de vous joindre à moi pour souhaiter la bienvenue à Dre Desrosiers au sein de l'équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité.

3.2 Poste de vice-président aux Services cliniques

Le processus visant à pourvoir le poste de vice-président aux Services cliniques s'avère être plus long que prévu. Le Réseau va poursuivre activement ses démarches de recrutement durant les prochains mois. Je remercie Mme Johanne Roy qui a accepté de prolonger son mandat intérimaire pendant encore un certain temps.

3.3 Nomination au poste de directeur scientifique

Le Dr Rodney Ouellette a été nommé au poste de directeur scientifique du Réseau le 15 avril dernier. Il s'agit d'une affectation temporaire qui prendra fin le 26 août 2016. Nous souhaitons la plus cordiale des bienvenues au Dr Ouellette au sein de l'équipe du Réseau de santé Vitalité.

4. Relations avec nos partenaires et groupes communautaires

4.1 Rencontres et démarches de représentation

Pendant la période visée par ce rapport j'ai participé à près de 30 rencontres et discussions avec nos partenaires et plusieurs parties prenantes. Je souligne notamment ma participation à la cérémonie de reconnaissance organisée par le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick en l'honneur des finissants et finissantes en médecine de famille, le 10 juin dernier à Moncton.

La liste détaillée de mes rencontres et démarches de représentation est présentée en annexe I de ce rapport.

4.2 Journées néphrologiques du Nouveau-Brunswick

Les 10 et 11 juin derniers, le Réseau a été l'hôte de l'édition 2016 des Journées néphrologiques du Nouveau-Brunswick qui se sont déroulées à Moncton. Organisées en collaboration avec Néphrologie Nouveau-Brunswick et le Réseau de santé Horizon, ces journées constituent le plus grand rassemblement de professionnels de la santé œuvrant dans le domaine des maladies rénales dans la province. Il s'agit pour eux d'une occasion pour approfondir leurs connaissances sur les nouveautés et les sujets chauds en néphrologie générale, en hémodialyse et en transplantation rénale. Avec un peu plus d'une centaine de participants d'un peu partout au Nouveau-Brunswick, ces journées se sont avérées être un franc succès.

5. Gestion stratégique / Communication

5.1 Ouverture du Centre de formation clinique *In Situ*

Le Réseau a procédé à l'ouverture officielle du Centre de formation clinique *In Situ* à l'Hôpital général de Grand-Sault le 2 mai dernier. Ce centre est le tout premier du genre dans l'est du Canada et fournira aux équipes soignantes dans la zone Nord-Ouest des outils d'enseignement, de perfectionnement et du maintien des compétences cliniques en offrant de l'enseignement accrédité pour les professionnels et les gestionnaires en milieu de santé.

Du latin *In Situ*, qui signifie « sur place », le centre offre un concept d'enseignement qui, en plus d'être adapté sur mesure aux milieux ruraux, interpelle toutes les communautés cliniques vers une démarche de soins axée sur les meilleures pratiques. Un montant de 71 700 $, dont une contribution de 50 230 $ de la Fondation des amis de l'Hôpital général de Grand-Sault, a permis la mise en place du centre.

5.2 Nouveauté sur le site Internet et plan de communication général

Suite à son adoption par le Conseil d'administration, en mars dernier, le Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats a été publié sur le site Internet du Réseau. La feuille de route pour l'année 2016-2017 sera mise en œuvre de manière graduelle et le Conseil d'administration sera informé des progrès quant aux principales initiatives en matière de communication et de publication des résultats, tel que précisé dans le Cadre. Par ailleurs, un plan de communication général est en cours d'élaboration par le Réseau. Ce plan, qui couvrira une période de trois ans, nous permettra d'être plus efficace, proactif et stratégique dans nos communications. Il favorisera une communication ouverte et bidirectionnelle avec les parties prenantes à

l'interne et à l'externe. Le plan sera présenté au Conseil d'administration pour approbation cet automne. De plus amples détails sur ce plan de communication et d'engagement vous seront présentés lors de cette rencontre du Conseil d'administration.

Enfin, je voudrais attirer votre attention sur le fait que notre nouvelle politique sur l'appellation des installations matérielles est maintenant en vigueur. Nous avons reçu des commentaires positifs de certaines de nos fondations qui apprécient beaucoup cette initiative.

5.3 Renouvellement organisationnel

Durant les dernières semaines, des intervenants ont publiquement critiqué certaines des grandes orientations dans lesquelles s'est engagé le Réseau, dont notamment la mise en place de la nouvelle structure organisationnelle qui aurait, selon eux, des effets négatifs sur le personnel et les patients du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont. Le mode de gouvernance de notre organisation a également fait l'objet de critiques. Ces prises de positions ont largement été rapportées par les médias.

Suite à ceci, le ministre de la Santé a publiquement appuyé le Réseau et le travail que j'ai réalisé depuis mon entrée en fonction. J'ai aussi été en constante communication avec le président du Conseil d'administration, M. Paul Couturier. Avec son précieux appui, nous avons été en mesure d'accorder des entrevues médiatiques afin de mieux faire connaître notre position relativement à la structure organisationnelle et de rectifier certains faits quant à la gouvernance et à la gestion du Réseau.

Sur la question du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont, je suis convaincu qu'il va continuer de se développer avec la mise en place de la nouvelle structure organisationnelle tout en offrant des soins de haute qualité à ses patients. Je ressorts quelques exemples récents de dossiers qui ont progressé dans l'établissement:

- Construction d'un nouveau bloc opératoire et travaux de rénovations, un projet totalisant 101 millions de dollars dont la fin est prévue en 2021;
- Établissement d'une Clinique du sommeil, un projet de 700 00 dollars, dont les travaux de construction devraient débuter cet été;
- Embauche de nouveaux spécialistes, dont deux neurologues qui sont déjà en poste depuis quelques semaines. D'ici la fin de l'été, on prévoit l'arrivée de quatre nouveaux spécialistes en cardiologie, en chirurgie bariatrique, en médecine interne et en microbiologie.

- Construction d'une nouvelle morgue, un projet de 1,5 million de dollars, devant débuter en septembre 2016.

Je vous réitère mon engagement à travailler de manière collaborative, ouverte et transparente avec le Conseil d'administration. J'estime que notre organisation est sur la bonne voie et a fait des pas de géant en matière de mise en œuvre des normes d'excellence de gouvernance dans les soins de santé qui sont reconnues sur la scène canadienne.

6. Mise en œuvre d'une culture de qualité et de sécurité des patients

6.1 Double identification des patients

La double identification des patients dans l'ensemble de nos unités et de nos services fait partie d'indices clés dans nos efforts qui visent à assurer un milieu de soins sécuritaire. Dans le but de nous assurer que cette pratique sécuritaire est appliquée, le Réseau a procédé à une vérification de son application sur le terrain. Une première série d'audits s'est déroulée en avril et en mai afin de donner aux gestionnaires une vue d'ensemble de leur conformité à cette pratique et de faire les modifications requises au besoin. Une deuxième série d'audits prendra place en octobre 2016. Ainsi, il sera possible de faire les ajustements nécessaires en vue de respecter cette pratique organisationnelle requise (POR) dans l'ensemble du Réseau en vue de la prochaine visite d'agrément en juin 2017.

7. Relations avec le Conseil d'administration

7.1 Élections des régies régionales de la santé

Lors du scrutin provincial du 9 mai dernier, les citoyens et les citoyennes du Nouveau-Brunswick avaient la possibilité d'élire une personne dans chacune des huit sous-régions situées sur notre territoire afin de siéger au Conseil d'administration du Réseau.

Je remercie l'ensemble des candidats et des candidates, au nombre de 27, pour leur intérêt envers l'avancement des soins de santé et la bonne gouvernance du Réseau de santé Vitalité. Je félicite tous les élus ainsi que les personnes nommées par le ministre de la Santé qui vont bientôt se joindre au nouveau Conseil d'administration pour un mandat de quatre ans.

8. Intégration des initiatives stratégiques et opérationnelles

8.1 Projet de loi C-14 sur l'aide médicale à mourir

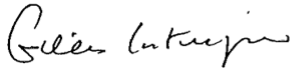
Comme vous le savez sans doute, depuis le 6 juin 2016, les Canadiens ont le droit de demander l'aide médicale à mourir à la suite du jugement de la Cour suprême prononcé le 6 février 2015 et du délai supplémentaire de quatre mois accordé au gouvernement fédéral en février dernier. Ces derniers mois, le Réseau a travaillé en collaboration avec le ministère de la Santé et le Réseau de santé Horizon dans le but d'établir une démarche uniforme et la plus appropriée possible en matière d'aide médicale à mourir fournie à l'hôpital ou à domicile.

Toutefois, au moment de rédiger ce rapport, le projet de loi C-14 sur l'aide médicale à mourir n'a toujours pas été adopté par la Chambre des communes à Ottawa. Il n'y a donc pas encore de dispositions législatives officiellement en place pour encadrer cette pratique. D'ici là, des patients peuvent quand même faire une demande d'aide médicale à mourir et avoir le droit de le faire. Si un patient fait une telle demande, le Réseau recommande à tous ses employés et son personnel soignant d'être à l'écoute de ses besoins et de communiquer sa demande à son médecin traitant. Par la suite, ce dernier entreprendra les démarches qu'il juge nécessaire selon l'état des dispositions législatives et le conseil de la vice-présidente aux Services médicaux, Formation médicale et Recherche, la Dre France Desrosiers. Entre-temps, le Réseau a créé un site d'information sur les développements au sujet de l'aide médicale à mourir sur le Boulevard. De l'information sera aussi ajoutée sur le site Internet.

Voilà qui fait le tour des principaux dossiers du Réseau pour la période du 18 avril au 17 juin 2016.

Puisqu'il s'agit de la dernière réunion ordinaire du présent Conseil d'administration, j'aimerais profiter de cette occasion pour vous remercier tous et toutes pour votre contribution et votre engagement exceptionnels au sein du Conseil. Bien que n'étant en poste que depuis quelques mois, j'ai été à même de constater tout le travail accompli durant votre mandat de quatre ans. Ce fut un plaisir et un honneur de vous connaître et de collaborer avec vous. Encore une fois, merci et meilleurs vœux de succès pour l'avenir.

Le président-directeur général,



Gilles Lanteigne

ANNEXE 1 – Liste des rencontres et représentations du PDG (du 18 avril au 17 juin 2016)

Sur une base régulière, des rencontres ont lieu avec les différentes instances gouvernementales, des groupes d'employés et de médecins, des partenaires communautaires et d'autres parties prenantes, tant à l'échelle régionale, provinciale que nationale.

1. Le 18 avril 2016 : Annonce de partenariat avec l'IARC et une compagnie pharmaceutique – Moncton
2. Le 18 avril 2016 : Rencontre avec Tom Maston, sous-ministre de la Santé (Ententes de responsabilité et planification intégrée)
3. Le 19 avril 2016 : Rencontre avec deux nouveaux médecins potentiels (1 pédopsychiatre et 1 pédiatre) - Campbellton
4. Le 19 avril 2016 : Rencontre des médecins du CSC St. Joseph - Dalhousie
5. Le 19 avril 2016 : Rencontre Dre Josée Lévesque – Jacket River
6. Le 25 avril 2016 : Rencontre avec Robin Greenwood de Medbuy
7. Le 25 avril 2016 : Rencontre avec Dr Branch et Dr Marrero
8. Le 27 avril 2016 : Rencontre de l'OPM - Zone Restigouche et l'équipe de leadership – Campbellton
9. Le 2 mai 2016 : Cérémonie d'ouverture officielle pour le Centre de formation clinique in situ, à l'Hôpital général de Grand-Sault
10. Le 3 mai 2016 : Rencontre avec Diane Léger (Foyer de soins de Dalhousie)
11. Le 4 mai 2016 : Rencontre du groupe de Programme de santé périnatale du N.-B.
12. Le 5 mai 2016 : Réunion de la Fondation pour la recherche en santé du N.-B. – Fredericton
13. Le 6 mai 2016 : Rencontre avec le directeur général Paul Stanley du gouvernement Mi'Gmaq du Listuguj
14. Le 9 mai 2016 : Rencontre du regroupement de santé de Saint-Quentin
15. Le 12 mai 2016 : Visite de la clinique de l'Unité de médecine familiale – Dieppe
16. Le 12 mai 2016 : Rencontre du Dr Schofield – Moncton
17. Le 12 mai 2016 : Visite du Centre de santé - Dieppe
18. Le 17 mai 2016 : Inauguration de projet majeur de la Fondation de l'Hôpital régional Chaleur
19. Le 20 mai 2016 : Rencontre avec Jacques Verge (Égalité santé en français) et Tom Maston, sous-ministre de la Santé – Fredericton
20. Le 30 mai 2016 : Rencontre avec Madeleine Dubé (Députée d'Edmundston-Madawaska Centre) – Edmundston
21. Le 1er juin 2016 : Inauguration officielle des appareils acquis par la Fondation Hôpital de l'Enfant-Jésus - Caraquet
22. Le 3 juin 2016 : Rencontre avec Rodney Ouellette (IARC) – Moncton
23. Le 3 juin 2016 : Assister à l'AGA de l'IARC – Moncton

24. Du 6 au 9 juin 2016 : Assister au Comité francophone de la conférence nationale sur le leadership en santé et de Medbuy – Ottawa
25. Le 10 juin 2016 : Cérémonie de reconnaissance des médecins résidents(es) du programme de formation en médecine de famille francophone du N.-B. – Moncton
26. Le 15 juin 2016 : Rencontre avec Michel Tremblay et Gilles Vienneau de la Société de la Santé et Mieux-être en français du N.-B. - Tracadie

Point 8.1

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Comité exécutif**

Cette note a pour but de vous informer qu'il n'y a eu aucune réunion du Comité exécutif depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Soumis le 17 juin 2016 par Paul Couturier, président du Conseil d'administration.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL** ☒ Point 8.2

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	**Date et heure :** **Endroit :**	**Le 8 juin 2016 à 09:00** **Vidéoconférence**
But de la réunion :	Réunion régulière	Moncton : salle du conseil (Tracy) Edmundston : salle du conseil (Paul, Anne et Lucie) Campbellton : salle palliative (Christian et Gisèle) Téléconférence : (Paulette et Bonnie)	
Présidente **Secrétaire**	Tracy Peters Lucie Francoeur		

Participants					
Tracy Peters (Présidente)	✓	Paul Couturier	✓	Bonnie Mae Martin	✓
Gilles Lanteigne	A	Anne Soucie	✓	Paulette Sonier-Rioux	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Christian Mercier	✓		

PROCÈS-VERBAL

1. **Ouverture de la séance**
   La séance est ouverte à 09:05 par Tracy Peters.

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

3. **Adoption de l'ordre du jour**
   MOTION 2016-06-08 / 01GMC
   Proposé par Anne Soucie
   Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
   Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que présenté.
   Adopté à l'unanimité.

4. **Adoption du procès-verbal du 31 mars 2016**
   MOTION 2016-06-08 / 02GMC
   Proposé par Christian Mercier
   Appuyé par Bonnie Mae Martin
   Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 31 mars 2016 soit adopté tel que présenté.
   Adopté à l'unanimité.

5. **Suivis de la dernière réunion tenue le 31 mars 2016**
   Il n'y a aucun suivi à faire autre que ceux dans l'ordre du jour de la rencontre.

6. **Affaires permanentes**

   6.1 Plan de travail 2015-2016
   Le plan de travail 2015-2016 qui fait état des activités est présenté aux membres à titre d'information. À ce jour, les échéanciers sont respectés pour chacune des activités du comité.

   6.2 Rapport – Sous-comité des normes de gouvernance
   Les membres du Sous-comité des normes de gouvernance ont tenu une réunion régulière le 18 avril 2016 pour passer en revue le sommaire du plan d'action. Aucune recommandation ne découle de cette réunion.

   Une réunion qui devait avoir lieu le 16 mai 2016 a été reportée à une date ultérieure, afin de

ÉBAUCHE

permettre aux gens de mettre en œuvre certaines activités du plan d'action. Le travail se poursuit.

7. Affaires nouvelles

7.1 Politique et procédure CA-330 « Comité des finances et vérification »

La politique et procédure a été révisée par les membres du Comité des finances et vérification. Tous sont d'accord avec le contenu de cette politique.

MOTION 2016-06-08 / 03GMC
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que la politique et procédure CA-330 « Comité des finances et vérification » soit approuvée telle que présentée.
Adopté à l'unanimité.

7.2 Politique et procédure CA-410 « Cadre d'évaluation du Conseil d'administration »

La politique et procédure CA-410 « Cadre d'évaluation du Conseil d'administration » a été mise à jour. Le Conseil aura recours à un protocole d'évaluation annuelle. Le protocole d'évaluation portera sur les processus et la structure du Conseil dans son ensemble, ses comités/groupes de travail et d'une auto-évaluation de chaque administrateur. La politique comprend trois annexes dont, l'auto-évaluation des membres, l'évaluation du président du Conseil et l'évaluation des pairs. Les membres n'ont aucun ajout et/ou modification à suggérer au contenu de la politique et procédure.

MOTION 2016-06-08 / 04GMC
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que la politique et procédure CA-410 « Cadre d'évaluation du Conseil d'évaluation » soit approuvée telle que présentée.
Adopté à l'unanimité.

7.3 Politique et procédure CA-300 « Comités du Conseil d'administration »

La politique et procédure CA-300 « Comités du Conseil d'administration » a été révisée, puis les modifications suggérées sont indiquées en couleur. Il est cité dans la politique que les comités du Conseil sont établis par le Conseil et celui-ci peut les modifier afin de rencontrer ses besoins en matière de gouvernance. Les comités du Conseil actuellement en place sont énoncés, entre autres le Comité adHoc sur les voyages médicaux. Toutefois, il est probable que ledit comité soit dissout après l'Assemblée générale annuelle.

MOTION 2016-06-08 / 05GMC
Proposé par Paulette Sonier-Rioux
Appuyé par Christian Mercier
Et résolu que la politique et procédure CA-300 « Comités du Conseil d'administration » soit approuvée telle que présentée.
Adopté à l'unanimité.

7.4 Manuel d'orientation du Conseil d'administration - ébauche

Le manuel d'orientation du Conseil d'administration a été élaboré dans le but de fournir des renseignements utiles aux nouveaux membres et aux membres actuels du Conseil. Le manuel est concis et facile à lire. Les membres félicitent l'équipe de leadership pour ce beau travail.

ÉBAUCHE

MOTION 2016-06-08 / 06GMC
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que le manuel d'orientation du Conseil d'administration soit approuvé tel que présenté.
Adopté à l'unanimité.

7.5 Réunions conjointes – Qualité et finances

À titre d'information, on examine la possibilité de faire les réunions des comités de finances et de la qualité conjointes, dans le but d'avoir une meilleure gouvernance et d'accroître l'efficacité. D'ailleurs, les deux comités pourraient se réunirent pour des sujets traitant de la performance de l'organisation et la revue du tableau de bord. Cette nouvelle façon de faire faciliterait la communication et les échanges d'information.

7.6 Recrutement et nomination des dirigeants et présidents des comités du Conseil

Les membres du Conseil d'administration élus sont connus, mais pas celles provenant du ministre de la Santé. Pour cette raison, une réunion extraordinaire sera fixée avant l'Assemblée générale annuelle pour définir la composition des comités pour l'année 2016-2017 et pour nommer les dirigeants et les présidents des comités du Conseil.

Le processus pour connaitre l'intérêt des membres élus à faire partie de l'un ou l'autre des comités a été amorcé en leur acheminant le formulaire à remplir ainsi que les divers mandats des comités. Le même processus sera enclenché avec les membres nommés dès que ceux-ci sont connus et ensuite une réunion extraordinaire sera fixée.

7.7 Nominations – Comité médical consultatif régional

Les membres du Comité médical consultatif régional recommandent la nomination des personnes suivantes pour un mandat de trois ans, soit jusqu'en juin 2019.

- Dr Marc Lagacé, représentant le secteur de la chirurgie
- Dr Rénald Wilson, représentant le secteur de la médecine familiale
- Dre Anick Pelletier, représentant le secteur de la médecine de famille rurale
- Dr Ronald Robichaud, représentant le secteur de la chirurgie
- Dr Gaëtan Gibbs, représentant le secteur de l'urgence

MOTION 2016-06-08 / 07GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que les docteurs Marc Lagacé, Rénald Wilson, Anick Pelletier, Ronald Robichaud et Gaëtan Gibbs soient nommés pour siéger au Comité médical consultatif régional pour un mandat de trois ans, soit jusqu'en juin 2019.
Adopté à l'unanimité.

La composition du Comité médical consultatif régional pour l'année 2016-2017 est soumise pour approbation.

MOTION 2016-06-08 / 08GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que les membres suivants siègent au Comité médical consultatif régional pour l'année 2016-2017 :

ÉBAUCHE

- Dr Mohamed Benlamlih
- Dr Michel D'Astous
- Dr Gaëtan Gibbs
- Dr Marc Lagacé
- Dre Anick Pelletier
- Dre Anik Savoie
- Dr Ronald Robichaud
- Dre Carole Williams
- Dr Rénald Wilson
- Dre Louise Thibault
- Dr François Soucie
- Dr Ralph Holly
- Dr Éric Basque
- Médecin-chef régional - vacant

Adopté à l'unanimité.

La composition des membres votants des Comités médicaux consultatifs locaux 2016-2017 des zones 1B, 4, 5 et 6 est soumise pour approbation.

MOTION 2016-06-08 / 09GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que les membres votants suivants siègent au Comité médical consultatif de la zone 1B pour l'année 2016-2017 :

- Dr Jean-François Baril
- Dr Michel Bourgoin
- Dre Christine Bourque
- Dr Jean-Marc Chianetta
- Dr Pierre LeBlanc
- Dr Rémi LeBlanc
- Dre Nathalie McLaughlin
- Dr Pascal Philippe
- Dr Martin Robichaud
- Dre Martine Robichaud
- Dr Ronald Robichaud
- Dre Maryse Williston
- Dr Cédric Wybouw

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-06-08 / 10GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que les membres votants suivants siègent au Comité médical consultatif de la zone 4 pour l'année 2016-2017 :

- Dr Christian Paillard
- Dre Chantal Violette
- Dr Jean-François Paillard
- Dre Laurie Malenfant
- Dr Akm Ziaul Haq Choudhuri
- Dr Paul Cloutier
- Dre Janik Côté-Bérubé

ÉBAUCHE

- Dr Daniel Roy
- Dre Hélène Faucher

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-06-08 / 11GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que les membres votants suivants siègent au Comité médical consultatif de la zone 5 pour l'année 2016-2017 :

- Dr Inas Yacoub
- Dr Christian Dufour
- Dr Hristo Laevski
- Dr Marc Lagacé
- Dr Mark Whalen
- Dr Khurshid Haque
- Dr Adama Rabi Youla
- Membre représentant le secteur de chirurgie - vacant

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-06-08 / 12GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que les membres votants suivants siègent au Comité médical consultatif de la zone 6 pour l'année 2016-2017 :

- Dr Sylvain Matteau
- Dr Stéphane Godin
- Dr Charles Weka
- Dr Jean-Jacques Fondop
- Dre Danielle Doucet
- Dr Roger Kamba
- Dre Dawn-Marie Martin Ward
- Dr Carl Boucher
- Dre Sandrine Caron
- Dre Marinett Gutierrez
- Dre Anick Pelletier
- Dr Marc Éric Savoie
- Dr John LeBlanc

Adopté à l'unanimité.

7.8 Nominations – Comité professionnel consultatif

Les membres du Comité professionnel consultatif recommandent les professionnels de la santé auto-réglementés suivants comme membre votant du CPC pour un mandat de trois ans, soit de septembre 2016 à juin 2019.

- Justin Morris – thérapeute respiratoire
- Danielle McLennan – technologiste de laboratoire médical
- Annie Robichaud - ergothérapeute
- Melissa Deschênes - pharmacienne
- Claudine Lavoie-Godbout - orthophoniste

ÉBAUCHE

MOTION 2016-06-08 / 13GMC
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que Justin Morris, Danielle McLennan, Annie Robichaud, Melissa Deschênes et Claudine Lavoie-Godbout soient nommés pour siéger au Comité professionnel consultatif pour un mandat de trois ans, soit jusqu'en juin 2019.
Adopté à l'unanimité.

La composition du Comité professionnel consultatif 2016-2017 est soumise pour approbation.

MOTION 2016-06-08 / 14GMC
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que les membres suivants siègent au Comité professionnel consultatif pour l'année 2016-2017 :

- Dre Johanne Robichaud
- Dre Marie-Pierre Haberer
- Sonia Demers
- Claudette Boudreau
- Annie Carré
- Danielle McLennan
- Linda Sunderland
- Annie Boudreau
- Annie Robichaud
- Thérèse Richard
- Justin Morris
- Melissa Deschênes
- Lise Gauthier
- Claudine Lavoie-Godbout
- Amanda Goguen-Boudreau
- Gilles Lanteigne, membre d'office
- Gisèle Beaulieu, membre d'office
- Dre France Desrosiers, membre d'office
- Stéphane Legacy, membre d'office
- Marise Auffrey, membre d'office

Adopté à l'unanimité.

7.9 Nominations – Comité d'éthique de la recherche
La composition du Comité d'éthique de la recherche 2016-2017 est soumise pour approbation.

MOTION 2016-06-08 / 15GMC
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que les membres suivants siègent au Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2016-2017 :

- Michael Kemp
- Jacinthe Beauchamp
- Pierrette Fortin
- Mark Sinclair
- Blair C. Fraser
- Dre Denise Donovan

ÉBAUCHE

- Dr Riad Benghida
- Marilyne Boudreau
- Linda Thériault Godin
- Denise Gaudet
- Marie-Noëlle Ryan
- Marc Deveau
- Membre clinique des services professionnels - vacant

Adopté à l'unanimité.

7.10 Évaluations de la réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration (26 avril 2016)

Les formulaires d'évaluation de la réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration du 26 avril 2016 sont présentés. En général, les évaluations des deux réunions sont positives. Par ailleurs, il est suggéré d'échanger sur certains éléments, entre autres sur :

- la participation des membres ex-officiaux aux réunions à huis clos du huis clos ; le sujet de discussion à huis clos du huis clos n'est pas connu à l'avance, mais à l'instant même des réunions. Afin d'éviter de mettre les gens dans l'embarras, les membres sont d'accord de garder le statu quo du format du huis clos, puis un membre d'office sera invité au besoin à entrer dans la salle de réunion. Il est suggéré d'informer les nouveaux membres sur ce point, lors de leur orientation.

- l'évaluation des membres quant à la préparation aux réunions ; tous sont d'accord que c'est un élément à ne pas négliger, afin d'avoir une réunion efficace, c'est pourquoi la documentation est acheminée aux membres une semaine à l'avance pour qu'ils puissent lire les procès-verbaux, les rapports et les autres documents avant la tenue de la réunion. Il est difficile d'en faire l'évaluation en tant que membre, mais il est arrivé à quelques reprises où certains n'étaient pas préparés lors de la réunion et c'était bien évident. Il existe dans d'autres conseils une rémunération supplémentaire pour le temps consacré à la préparation d'une réunion, par contre cette formule n'est pas mesurable. C'est la responsabilité des membres à se préparer avant les réunions pour ne pas faire perdre le temps des autres.

- les stratégies pour garder les discussions autour des politiques versus les opérations ; des rappels réguliers doivent être faits sur l'importance de la gouvernance versus les opérations et garder les échanges centrés sur le sujet lors des réunions. Il est suggéré durant les prochaines années, d'offrir plus de formation aux membres, comportant des aspects spécifiques à la gouvernance et de faire des rappels sur certains éléments en cours de route. Il est également soulevé de fournir à tous les nouveaux membres une orientation appropriée, afin que le conseil reste bien informé et possède les connaissances nécessaires au bon fonctionnement.

  Certains conseils d'administration identifient des membres ayant comme rôle d'observer les discussions pendant les réunions et si les membres ne sont plus centrés sur le sujet, on se réajuste plus facilement. C'est un modèle intéressant qui peut être proposé à une réunion du Conseil d'administration.

  Il est suggéré d'offrir des sessions d'information avec les médias extérieurs, afin qu'ils comprennent ce qu'est la gestion interne versus la gouvernance. Aussi, il est suggéré d'informer les communautés sur le rôle des membres du Conseil d'administration.

- les sujets de discussions futures (Gouvernance, Conseil de la Santé du N.-B., etc.) ; les soupers-causeries la veille des réunions du Conseil d'administration ont été forts appréciés et enrichissants durant les quatre dernières années. Les membres ont

ÉBAUCHE

beaucoup appris lors de ces présentations qui étaient centrées sur un thème spécifique. Il est souhaité que cette façon de faire se poursuivre.

- la formation continue ; déjà discuté ci-dessus.

8. Date de la prochaine réunion

La prochaine réunion sera convoquée en temps et lieu.

9. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Anne Soucie à 10:20.

Tracy Peters Présidente du comité	Gisèle Beaulieu V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux

ÉBAUCHE

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL** ☒ Point 8.2

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	**Date et heure :** **Endroit :**	**Le 24 juin 2016 à 09:00** **Vidéoconférence**
But de la réunion :	Réunion extraordinaire	Edmundston : salle du conseil Campbellton : salle palliative Bathurst : siège social Téléconférence :	(Paul, Gisèle, Anne et Lucie) (Christian) (Gilles) (Paulette et Bonnie)
Présidente **Secrétaire**	Anne Soucie en remplacement de Tracy Peters Lucie Francoeur		

Participants					
Tracy Peters (Présidente)	A	Paul Couturier	✓	Bonnie Mae Martin	✓
Gilles Lanteigne	✓	Anne Soucie	✓	Paulette Sonier-Rioux	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Christian Mercier	✓		

PROCÈS-VERBAL

1. **Ouverture de la séance**
   La séance est ouverte à 09:05 par Anne Soucie.

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

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

   MOTION 2016-06-24 / 01GMC
   Proposé par Paulette Sonier-Rioux
   Appuyé par Bonnie Mae Martin
   Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que présenté.
   Adopté à l'unanimité.

4. **Nominations des dirigeants**

   Président

   Il s'agit d'une nomination effectuée par le ministre de la Santé. Michelyne Paulin est nommée à titre de présidente du Conseil d'administration.

   Vice-président

   Le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Anne Soucie à la vice-présidence.

   MOTION 2016-06-24 / 02GMC
   Proposé par Paulette Sonier-Rioux
   Appuyé par Christian Mercier
   Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Anne Soucie à titre de vice-présidente.
   Adopté à l'unanimité.

   Trésorier

   Le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Rita Godbout au poste de trésorière.

ÉBAUCHE

MOTION 2016-06-24 / 03GMC
Proposé par Bonnie Mae Martin
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Rita Godbout à titre de trésorière.
Adopté à l'unanimité.

Secrétaire
Conformément aux règlements administratifs, Gilles Lanteigne en sa capacité de Président-directeur général, cumule les fonctions de secrétaire.

5. Nominations des présidents et des membres des comités

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature doit être constitué d'au moins 3 membres du conseil ayant droit de vote, dont un en sera le président.

MOTION 2016-06-24 / 04GMC
Proposé par Paulette Sonier-Rioux
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Lucille Auffrey à titre de présidente au Comité de gouvernance et de mise en candidature.
Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-06-24 / 05GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier Rioux
Et résolu que la composition du Comité de gouvernance soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Lucille Auffrey, présidente
- Sonia Roy
- Pauline Bourque
- Gaitan Michaud

Adopté à l'unanimité.

Le Comité de finances et vérification doit être constitué de 4 membres du Conseil ayant droit de vote y compris le trésorier qui doit être le président.

MOTION 2016-06-24 / 06GMC
Proposé par Paulette Sonier Rioux
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que la composition du Comité de finances et vérification soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Rita Godbout, présidente
- Gabriel Godin
- Émeril Haché
- Wesley Knight

Adopté à l'unanimité.

ÉBAUCHE

Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité doit être constitué de 3 membres du Conseil tous votants, dont l'un assumera la présidence.

MOTION 2016-06-24 / 07GMC
Proposé par Paulette Sonier-Rioux
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Anne Soucie à titre de présidente au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.
Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-06-24 / 08GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que la composition du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Anne Soucie, présidente
- Claire Savoie
- Jean-Marie Nadeau
- Denis Pelletier

Adopté à l'unanimité.

Le Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques doit être constitué de 4 membres du Conseil nommés par le Conseil dont l'un assumera la présidence.

MOTION 2016-06-24 / 09GMC
Proposé par Bonnie Mae Martin
Appuyé par Christian Mercier
Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Pauline Bourque à titre de présidente au Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques.
Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-06-24 / 10GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que la composition du Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Pauline Bourque, présidente
- Gabriel Godin
- Lucille Auffrey
- Gaitan Michaud

Adopté à l'unanimité.

Le Comité de la planification stratégique doit être composé de 3 membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence.

MOTION 2016-06-24 / 11GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Norma McGraw à titre de présidente au Comité de la planification stratégique.
Adopté à l'unanimité.

ÉBAUCHE

MOTION 2016-06-24 / 12GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que la composition du Comité de la planification stratégique soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.
- Norma McGraw, présidente
- Sonia Roy
- Anne Soucie

Adopté à l'unanimité.

Le Sous-comité des normes de gouvernance est composé de 4 membres votants du Conseil, dont l'un assume la présidence.

MOTION 2016-06-24 / 13GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Gaitan Michaud à titre de président au Sous-comité des normes de gouvernance.
Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-06-24 / 14GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que la composition du Sous-comité des normes de gouvernance soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.
- Gaitan Michaud, président
- Lucille Auffrey
- Wesley Knight
- Claire Savoie

Adopté à l'unanimité.

Le Comité exécutif est composé du président, vice-président, du trésorier, du secrétaire et de 3 autres membres du conseil ayant droit de vote. Le président du conseil est le président du comité exécutif.

MOTION 2016-06-24 / 15GMC
Proposé par Christian Mercier
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que la composition du Comité exécutif soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.
- Michelyne Paulin, présidente
- Anne Soucie, vice-présidente
- Rita Godbout, trésorière
- Gilles Lanteigne, secrétaire
- Gabriel Godin
- Sonia Roy
- Claire Savoie

Adopté à l'unanimité.

La présidente du Conseil d'administration, Mme Michelyne Paulin sera informée des nominations des présidents et de la composition des divers comités avant l'Assemblée générale annuelle. Lors de la composition des comités, les choix des nouveaux membres ont été respectés, en tenant

ÉBAUCHE

compte aussi des compétences et de la continuité des dossiers. Aussi, les nouveaux membres seront informés des présidences et de la composition des comités par Tracy Peters en tant que présidente du Comité de gouvernance et de mise en candidature avant l'Assemblée générale annuelle.

6. Nomination du médecin-chef régional

Docteure France Desrosiers a été nommée médecin-chef régionale en juin 2014 pour un deuxième mandat de cinq ans. Selon les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité, la nomination doit être confirmée annuellement par le Conseil lors de l'Assemblée générale annuelle.

Compte tenu son nouveau rôle de vice-présidente des Services médicaux, de la Formation médicale et de la Recherche que le processus de sélection d'un nouveau médecin-chef régional ne sera pas complété avant quelques mois, Dre Desrosiers accepte de demeurer la médecin-chef régionale temporairement avec l'appui des autres médecins-chefs locaux.

MOTION 2016-06-24 / 16GMC
Proposé par Paulette Sonier Rioux
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination de Dre France Desrosiers à titre de médecin-chef régional avec l'appui des médecins-chefs locaux.
Adopté à l'unanimité.

7. Nomination du président du Comité professionnel consultatif

Madame Linda Sunderland a été nommée présidente du Comité professionnel consultatif en juin 2014 pour un deuxième mandat de trois ans. Selon les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité, la nomination doit être confirmée annuellement par le Conseil d'administration lors de l'Assemblée générale annuelle.

MOTION 2016-06-24 / 17GMC
Proposé par Bonnie Mae Martin
Appuyé par Paulette Sonier Rioux
Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination de Mme Linda Sunderland à titre de présidente du Comité professionnel consultatif pour l'année 2016-2017.
Adopté à l'unanimité.

8. Dialogue avec le public

Au cours des dernières années, le Conseil d'administration a institué une période de questions réservée au public. L'analyse de cette pratique démontre qu'il est important de prévoir un temps de dialogue lors de la réunion publique pour échanger avec les membres, groupes et organismes de la communauté. Des discussions ont eu lieu sur les façons de rendre cet échange davantage constructif et positif.

Il n'y aura aucune recommandation émise à ce moment ici. Par ailleurs, le Comité de gouvernance et de mise en candidature suggère que les dirigeants du Conseil rencontrent les éditeurs de l'Acadie Nouvelle et les journalistes de Radio Canada, afin de les sensibiliser au niveau de la gouvernance.

Le président-directeur général discutera du sujet avec la présidente du Conseil d'administration, Mme Michelyne Paulin pour déterminer s'il y a lieu d'apporter un encadrement plus précis au dialogue public.

ÉBAUCHE

9. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Christian Mercier à 10:50.

Anne Soucie en remplacement de Tracy Peters
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux

ÉBAUCHE

Rapport de la présidente
Comité de gouvernance et de mise en candidature
Réunion régulière tenue le 8 juin 2016 et réunion extraordinaire
tenue le 24 juin 2016

(**Pour la réunion publique**)

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature a tenu une réunion régulière le 8 juin 2016 et une réunion extraordinaire le 24 juin 2016. À la réunion régulière tenue le 8 juin, les sujets suivants ont été discutés :

- **Rapport du Sous-comité des normes de gouvernance ;** le travail se poursuit quant à la mise en œuvre de certaines activités du plan d'action des normes de gouvernance. Le plan d'action comprend les échéanciers et les personnes responsables pour chaque activité d'amélioration.

- **Politiques et procédures révisées ;**
  - CA-330 « Comité des finances et vérification »
  - CA-410 « Cadre d'évaluation du Conseil d'administration »
  - CA-300 « Comités du Conseil d'administration »

MOTION 2016-06-08 / 03GMC
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que la politique et procédure CA-330 « Comité des finances et vérification » soit approuvée telle que présentée.
Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-06-08 / 04GMC
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Paulette Sonier-Rioux
Et résolu que la politique et procédure CA-410 « Cadre d'évaluation du Conseil d'évaluation » soit approuvée telle que présentée.
Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-06-08 / 05GMC
Proposé par Paulette Sonier-Rioux
Appuyé par Christian Mercier
Et résolu que la politique et procédure CA-300 « Comités du Conseil d'administration » soit approuvée telle que présentée.
Adopté à l'unanimité.

- **Manuel d'orientation du Conseil d'administration;** un manuel d'orientation a été élaboré dans le but de fournir des renseignements utiles aux nouveaux membres et aux membres actuels du Conseil.

MOTION 2016-06-08 / 06GMC
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Bonnie Mae Martin
Et résolu que le manuel d'orientation du Conseil d'administration soit approuvé tel que présenté.
Adopté à l'unanimité.

- **Évaluations de la réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration (26 avril 2016) ;** les évaluations des deux réunions sont positives**.** Par ailleurs, les membres ont échangés sur certains éléments, entre autres sur :
  - la participation des membres ex-officiaux aux réunions à huis clos du huis clos; les membres sont d'accord de garder le statu quo du format du huis clos, puis un membre d'office sera invité au besoin à entrer dans la salle de réunion.
  - l'évaluation des membres quant à la préparation des réunions ; c'est un élément à ne pas négliger, afin d'avoir une réunion efficace, c'est pourquoi la documentation est acheminée aux membres une semaine à l'avance pour qu'ils puissent lire les procès-verbaux, les rapports et les autres documents avant la tenue de la réunion.
  - les stratégies pour garder les discussions autour des politiques versus les opérations ; des rappels réguliers doivent être faits sur l'importance de la gouvernance versus les opérations et garder les échanges centrés sur le sujet lors des réunions. Il est soulevé de fournir à tous les nouveaux membres une orientation appropriée, afin que le conseil reste bien informé et possède les connaissances nécessaires au bon fonctionnement.
  - les sujets de discussions futures (Gouvernance, Conseil de la Santé du N.-B., etc.) ; les soupers-causeries la veille des réunions du Conseil d'administration ont été forts appréciés et enrichissants durant les quatre dernières années. Il est souhaité que cette façon de faire se poursuivre.
  - la formation continue ; il est suggéré d'offrir plus de formation aux membres comportant des aspects spécifiques à la gouvernance et de faire des rappels sur certains éléments en cours de route.

À la réunion extraordinaire tenue le 24 juin 2016, le Comité de gouvernance et de mise en candidature a procédé à la sélection des dirigeants et membres des comités. Les nominations et la composition des comités seront proposées à l'Assemblée générale annuelle.

Dialogue avec le public ; des discussions ont eu lieu sur les façons de rendre l'échange avec le public davantage constructif et positif lors des réunions du Conseil d'administration. Il n'y a eu aucune recommandation émise à cet égard. Le président-directeur général discutera du sujet avec la présidente du Conseil d'administration, Mme Michelyne Paulin pour déterminer s'il y a lieu d'apporter un encadrement plus précis au dialogue public.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de Gouvernance et de mise en candidature pour la réunion régulière tenue le 8 juin 2016 et la réunion extraordinaire tenue le 24 juin 2016 et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Tracy Peters
Présidente du Comité de Gouvernance et de mise en candidature

Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES FINANCES ET DE VÉRIFICATION		**N° :** CA-330
Section :	Comités du Conseil	**Date d'entrée en vigueur :**	**2016-06-**
Émise par :	Conseil d'administration	**Date de révision précédente :**	2015/12/10
Approuvée par (Signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	**Date de la signature :**	2016-06-
Établissement / programme :		☑ **Vitalité** **Zone :** ❒ 1 ❒ 4 ❒ 5 ❒ 6	

POLITIQUE

Mandat

Le Comité des finances et de vérification (le « Comité ») aide le Conseil d'administration (le « CA ») 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 inclus 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 CA. En outre, le Comité est responsable d'aider le CA 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 CA sur l'investissement de fonds pour lequel il a une responsabilité fiduciaire.

Composition et fonctionnement

1. Le Comité doit être constitué de quatre membres du conseil ayant droit de vote y compris le trésorier qui doit être le président.

2. Le Comité se réunit au moins quatre fois par année selon un calendrier préétabli et à la demande du président du Comité.

3. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du CA (CA-300).

4. Les vérificateurs du Réseau doivent être mis au courant du nom des membres du Comité.

5. Le Comité doit rencontrer le vérificateur externe lorsqu'il y a lieu pour examiner tout dossier qui, de l'avis du Comité ou des vérificateurs, devrait être porté à l'attention du CA.

Responsabilités

Sous réserve des pouvoirs et responsabilités du Conseil d'administration, les responsabilités du Comité de finances et de vérification sont les suivantes :

Supervise la performance et la viabilité financière

Le Comité :

1. Examine le plan d'affaires annuel, y compris les hypothèses financières, et formule des recommandations au CA;

2. Analyse la performance financière du Réseau et présente un rapport à ce sujet à chaque réunion du CA et veille à ce que l'organisation mène ses activités en fonction du financement obtenu;

3. Passe en revue les plans établis par la direction pour corriger tout écart entre le plan opérationnel et la performance réelle et recommande ceux-ci au CA, surveille la mise en œuvre et fait rapport au CA à ce sujet;

4. Examine les ententes de responsabilisation en matière de livraison de services avec le ministère de la Santé et fait des recommandations au CA à ce sujet;

5. Passe en revue l'accord-cadre de services (ACS) entre le Réseau et Service Nouveau-Brunswick et fait des recommandations au CA à cet égard;

6. Analyse les rapports financiers qui exigent l'approbation du CA avant la présentation au ministère de la Santé et fait des recommandations au CA à cet égard;

Veille à ce que des ressources ou les biens soient disponibles et utilisés efficacement

Le Comité :

1. S'assure que la direction a établi des processus de gestion des ressources (ressources physiques, biens, actifs, technologie, équipements, etc.);

2. Assure la disponibilité des fonds d'immobilisations pour entretenir et remplacer les installations et autres actifs qui sont nécessaires pour fournir des services aux clients et faire des recommandations au CA à cet égard;

3. S'assure que les biens sont utilisés efficacement;

4. S’assurer que la direction a établi des processus en place pour éviter la dépréciation d'actifs en raison de manque d'entretien préventif ou d'autres causes.

Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs

Le Comité :

1. Détermine, le cas échéant, les risques financiers que prend le Réseau et veille à ce que le CA les comprennent;

2. S’assure que la direction a établi des systèmes et des contrôles internes pour gérer ces risques et que ces systèmes sont en place;

3. Surveille l’observation des obligations statutaires et réglementaires;

4. Révise les politiques et procédures relatives aux fonctions de finances et de vérification de l’organisation pour recommandation au CA;

5. Examine l’efficacité du processus global de détermination des risques touchant les rapports financiers, élabore des plans de gestion des risques organisationnels et analyse les mesures/stratégies d’atténuation relativement aux risques importants.

Supervise la vérification

Le Comité examine la planification et les résultats des activités de vérification externe et les rapports suivis avec le vérificateur externe. Cela comprend :

1. La revue et la recommandation du mandat du vérificateur externe pour l’approbation par le conseil;

2. La revue du plan de vérification externe annuel;

3. Obtiens satisfaction quant à l’indépendance du vérificateur externe;

4. Revois les services autres que la vérification rendus par le cabinet des vérificateurs ou ses associés (incluant les honoraires approximatifs), et examine les répercussions sur l’indépendance du vérificateur externe;

5. Rencontre périodiquement, et au moins une fois l’an, le vérificateur externe sans la présence de la direction;

6. Analyse les états financiers annuels vérifiés et formule des recommandations au CA à cet égard; tient compte des changements, s’il y a lieu, en matière de principes et de méthodes comptables, des ajustements importants découlant de la vérification, de la conformité aux règles comptables et du respect des obligations juridiques;

7. Analyse l’évaluation de la direction concernant le respect des lois, des règlements, des règles et des contrats;

8. Passe en revue l'évaluation de la direction concernant la pertinence et l'efficacité des contrôles internes liés aux systèmes de comptabilité et d'information financière ainsi que les recommandations des vérificateurs et externes;

9. Obtient la certitude que la direction a établi un environnement de contrôle adéquat qui met l'accent sur la responsabilité des employés sur le plan de la gestion des fonds publiques et qu'elle a mis en place des politiques et procédures appropriées quant au contrôle et à la protection des actifs (ex. : couverture d'assurance, processus d'autorisation d'achats, etc.).

10. Recommande au CA la nomination du vérificateur externe

Gestion des investissements

Le Comité examine annuellement la politique relative aux investissements pour ceux qui gèrent les fonds du Réseau et recommande les révisions nécessaires au Conseil.

Autres

Le Comité :

1. Examine les directives et procédés relatifs à la revue et à l'approbation des dépenses du président-directeur général;

2. Avise, sur demande, le Comité exécutif sur des sujets de nature financière que le Comité exécutif doit traiter entre les réunions du Conseil;

3. Soumets à l'approbation du CA un plan de travail annuel et les résultats attendus.

Rapport

Le Comité fait rapport de ses réunions au Conseil et conserve les procès-verbaux de ses réunions.

Remplace :	**Zone 1 : _____**	**Zone 5 : _____**
	Zone 4 : _____	**Zone 6 : _____**

Ébauche

Point 8.2 b)

Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	CADRE D'ÉVALUATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION		**N° :** CA-410
Section :	Processus de révision	**Date d'entrée en vigueur :**	2016-06-
Émise par :	Conseil d'administration	**Date de révision précédente :**	2015-07-16
Approuvée par : (Signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	**Date de la signature :**	2016-06-
Établissement/ Programme :		☑ **Vitalité** **Zone :** ❒ 1 ❒ 4 ❒ 5 ❒ 6	

POLITIQUE

Le Conseil d'administration (le « Conseil ») aura recours à un protocole d'évaluation annuelle. Le protocole d'évaluation portera sur les processus et la structure du Conseil dans son ensemble, ses comités/groupes de travail et d'une auto-évaluation de chaque administrateur.

Le but de l'évaluation est :

- D'assurer une amélioration continue du Conseil d'administration, de ses comités/groupes de travail et des membres;
- D'obtenir une rétroaction pour la relève du Conseil, des administrateurs et de la reconduction des membres ;
- D'identifier les besoins d'éducation et développement; et
- D'offrir la possibilité de fournir une rétroaction sur l'efficacité des réunions du Conseil et de ses comités.

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature mettra en place le processus annuel d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses dirigeants basée sur :

- le « Mandat du Conseil d'administration et régime de gouvernance (CA-120) »;
- les « Comités du Conseil d'administration CA-300»;
- Les fonctions de la présidence du Conseil d'administration (CA-140);
- Les fonctions du vice-président du Conseil d'administration (CA-150);
- Les fonctions du trésorier du Conseil d'administration (CA-160);
- Les fonctions du secrétaire du Conseil d'administration (CA-170).

Ce processus comprendra :

- Les principaux indicateurs définis par le Conseil selon lesquels l'efficacité et la performance du Conseil peuvent être mesurés;
- Des ressources externes selon ce qu'il convient afin d'assurer l'efficacité du processus;
- L'évaluation du Conseil à l'aide d'un ou plusieurs outils pour solliciter les commentaires, par exemple une enquête écrite ou une session de groupe;
- Les outils et processus d'autoévaluation des membres du Conseil, y compris les opportunités d'identifier les besoins d'éducation et de développement et si le membre souhaite considérer des postes d'administrateurs;
- Un rapport au Conseil sur les résultats des questions d'évaluation et des actions clés à résoudre pour assurer une amélioration continue du Conseil dans son ensemble et des administrateurs.

Remplace :	**Zone 1 : _____**	**Zone 5 : _____**
	Zone 4 : _____	**Zone 6 : _____**

	Échelle		
Questions	Non	Un peu	Oui/D'accord
Je participe à l'éducation du Conseil			
J'ai participé à une visite des lieux ou d'un programme du Réseau de santé Vitalité avec un gestionnaire			
J'ai une connaissance de la structure, historique et de la mission du Réseau de santé Vitalité			
je suis familier avec le rôle législatif du Réseau de santé Vitalité			
Je suis familier avec le rôle législatif du CA			
Je suis familier avec la structure organisationnelle, les problèmes majeurs, les finances et les opérations			
Je suis familier avec les principaux intervenants, partenaires et clients du Réseau de santé Vitalité			
Une fois que le Conseil formule une politique ou prend une décision, je suis prêt et capable de la supporter peu importe comment j'ai voté sur la question			
J'ai le temps, énergie et le niveau d'engagement requis pour être un membre actif et engagé sur ce Conseil			
Je n'ai aucun conflit professionnel ou personnel qui peuvent sérieusement compromettre mes capacités d'agir dans le meilleur de la Régie et de ses parties prenantes			
Ma principale responsabilité à titre de membre du Conseil est de servir l'ensemble des parties prenantes de l'organisation			
Je respecte la nature confidentielle des affaires de la Régie (ex.: information liée aux clients, les discussions à huis-clos, etc.)			
Je communique de manière appropriée à toutes les réunions du Conseil			
Je communique de manière appropriée entre les réunions du Conseil			
J'écoute les idées des autres			
J'affiche des comportements qui valorisent la diversité du Conseil, y compris le savoir, l'expérience et /ou les compétences des collègues			
Je m'engage avec et garde le Conseil axé sur la vision, mission et valeurs			
J'identifie des problèmes et suggère des solutions potentielles			
Je suis ouvert aux changements et aux nouvelles idées			

Au besoin, j'apprécie les solutions à court terme			
Au besoin, j'apprécie la vision et les résultats à long terme			
J'examine soigneusement et minutieusement tous les documents d'information avant les réunions du Conseil			
Je m'engage dans les discussions et les débats			
Je fournis des avis et observations réfléchis (attentionnés) et clairement exposés			
Je fournis le raisonnement à l'appui de mon point de vue			
Je reste axé sur les politiques plutôt que sur les opérations			
J'apporte une valeur ajoutée et un aperçu et point de vue unique au Conseil			
1. Que voyez-vous comme votre plus forte contribution au Conseil d'administration de Vitalité ?			
2. D'autres commentaires ou suggestions?			
Votre nom :			

Questions	**Échelle**					
	1 - Fortement en désaccord	2	3	4	5 - Fortement en accord	Incapable de répondre
Agit à titre d'aviseur principal « sounding board » et conseiller pour le président-directeur général, nottament en aidant à définir les problèmes, revoir la stratégie et maintenir la reddition de compte						
Fournit un leadership fort au conseil d'administration en l'assistant dans le suivi de la vision, la stratégie et les plans du Réseau de santé Vitalité et de la réalisation de ses objectifs						
Veille à ce que les réunions du Conseil sont gérées de manière efficace et efficiente						
Veille à ce que suffisamment de temps est autorisé pour les débats et que tous les aspects d'une question sont entendus						
Évalue périodiquement l'efficacité du conseil, de ses comités et des membres et examine les résultats avec les membres individuels, le cas échéant, et avec le conseil dans son ensemble						
Le président du conseil d'administration et le conseil comprennent le rôle du président en tant que porte-parole du Conseil						
Le président représente le conseil d'administration et le Réseau de santé Vitalité dans la communauté et aide à établir de solides relations avec les principaux acteurs						
Je me sens confortable à apporter certaines questions à l'attention du président						
D'autres commentaires ou suggestions						
Les résultats seront communiqués anonymement avec le président du conseil et vice-président, sauf indication ci-dessous. Je voudrais discuter de mes réponses à cette enquête en privée						

Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité - Évaluation des pairs													
	Échelle: Non – 1, Un peu – 2, Oui/ D'accord - 3, S/O - Ne sait pas												
		Non	Un peu	Oui/D'accord	Ne sait pas								
Section A: Contexte													
Énoncé :													
Participe activement aux sessions d'éducation du Conseil d'administration (CA) et des discussions générales (p. ex., pose des questions, participe aux discussions, etc.) "													
	2016												
	2017												
	2018												
Démontre une connaissance de la structure, historique et de la mission du Réseau de santé Vitalité (RSV)													
	2016												
	2017												
	2018												
Démontrer une familiarité avec le rôle legislatif du Conseil													
	2016												
	2017												
	2018												
Démontre une familiarité avec le rôle legislatif de la Régie													
	2016												
	2017												
	2018												
Démontre une familiarité avec l'organisation - sa structure, les défis majeurs, finances et les opérations													
	2016												
	2017												
	2018												
Démontre une familiarité avec les parties prenantes du Réseau, les partenaires et les clients													
	2016												
	2017												
	2018												

Section B: Leadership												
Énoncé :												
Une fois que le Conseil élabore une politique ou prend une décision, le membre est prêt et capable de la supporter peu importe comment il/elle a voté sur la question.												
	2016											
	2017											
	2018											
Le membre a le temps, l'énergie et le niveau d'engagement requis pour être un membre actif et engagé sur le Conseil												
	2016											
	2017											
	2018											
N'a aucun conflit professionnel ou personnel qui compromettrait sérieusement la capacité du membre à agir dans le meilleur intérêt du Conseil du Réseau de santé Vitalité et de ses intervenants												
	2016											
	2017											
	2018											
L'obligation principale du Membre en tant que membre de ce Conseil est de servir l'ensemble des parties prenantes de l'organisation												
	2016											
	2017											
	2018											
Section C: Habiletés interpersonnelles												
Énoncé :												
Communique correctement à toutes les réunions du Conseil												
	2016											
	2017											
	2018											
Écoute les idées des autres												
	2016											
	2017											
	2018											

Affiche des comportements qui valorisent la diversité du Conseil d'administration, y compris le savoir, l'expérience et/ou les compétences de ses collègues.												
	2016											
	2017											
	2018											
Section D: Pensée stratégique												
Énoncé :												
S'engage avec et garde de Conseil axée sur la vision, mission et valeurs												
	2016											
	2017											
	2018											
Identifie des problèmes et suggère des solutions potentielles												
	2016											
	2017											
	2018											
Ouvert au changement et aux nouvelles idées												
	2016											
	2017											
	2018											
Section E: Contribution au CA												
Énoncé :												
Montre qu'il a soigneusement et minutieusement examiné tous les documents d'information avant les réunions du Conseil d'administration												
	2016											
	2017											
	2018											

S’engage dans des discussions et débats												
	2016											
	2017											
	2018											
Procure des observations et opinions sages, réfléchies et clairement indiquées												
	2016											
	2017											
	2018											
Reste axée sur les politiques plutôt que sur les opérations												
	2016											
	2017											
	2018											
Apporte une valeur ajoutée, un point de vue unique et un aperçu au Conseil d’administration												
	2016											
	2017											
	2018											
Commentaires:												

Enquête sera menée sur un site de sondage électronique.

Résultats seront seulement partagés avec le membre concerné et le Président du CA. Résultats seront anonymes.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION		**N° :** CA-300
Section :	Comités du Conseil	**Date d'entrée en vigueur :**	**2016-06-**
Émise par :	Conseil d'administration	**Date de révision précédente :**	2015-07-16
Approuvée par (Signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	**Date de la signature :**	2016-06-
Établissement / programme :		☑ **Vitalité** **Zone(s) :** ❒ 1 ❒ 4 ❒ 5 ❒ 6	

POLITIQUE

Rôle et désignation

Les comités du Conseil d'administration (le « Conseil ») sont des mécanismes qui permettent un examen plus approfondi dans des domaines et fonctions majeurs de gouvernance dont le Conseil a la responsabilité. Leur rôle est d'appuyer le Conseil dans l'exécution de ses responsabilités. Ces comités d'administration ne sont pas mis sur pied pour remplir des fonctions ou des responsabilités qui sont ~~strictement~~ de la responsabilité de l'équipe de direction ou encore pour conseiller l'équipe de direction dans ses activités de gestion.

Les comités du Conseil sont établis par le Conseil et celui-ci peut les modifier afin de rencontrer ses besoins en matière de gouvernance. Les comités du Conseil actuellement en place sont :

- Le Comité exécutif
- Le Comité de gouvernance et de mise en candidature
- Le Comité des finances et de vérification
- Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
- Le Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques
- Le Comité de planification stratégique
- Le Sous-comité des normes de gouvernance
- Le Comité adHoc sur les voyages médicaux

Application de la politique

Cette politique s'applique à tout groupe créé par une motion du Conseil peu importe que ce groupe soit appelé « comité » ou non et peu importe que ce groupe soit formé uniformément de membres du Conseil ou non. Cette politique ne s'applique cependant pas aux comités créés sous l'autorité du président-directeur général (le « P.-D.G.»).

Directives applicables aux comités du Conseil

1. Les comités du Conseil offrent des recommandations au Conseil dans le cadre de leur mandat. Le Conseil doit prendre en considération les recommandations de ses comités, mais n'est pas lié par ces recommandations.

2. Les comités du Conseil ne peuvent pas parler ni agir au nom du Conseil à moins d'avoir obtenu formellement l'autorisation de le faire.

3. Les comités du Conseil n'exercent aucune autorité sur le personnel de la Régie. Le P.-D.G. relève du Conseil dans son ensemble et n'a pas à obtenir l'approbation d'un comité du Conseil avant d'entreprendre une quelconque action dictée par le Conseil.

4. Chaque comité doit réviser son mandat annuellement et le soumettre au Comité de gouvernance et de mise en candidature qui s'assure de sa conformité avec les lois, règlements administratifs, règles et politiques et le soumet à l'approbation du Conseil.

5. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature voit au processus de recrutement et de mise en candidature des dirigeants du Conseil et des présidences des comités du Conseil. Pour ce faire il soumet pour approbation au Conseil, lors de l'assemblée annuelle du Réseau, des candidatures pour les postes de vice-président(e), trésorier(ère), et de secrétaire du Comité exécutif et pour les membres de tous les comités du Conseil, sauf mention contraire dans les règlements, ainsi que les candidatures au Comité professionnel consultatif et au Comité médical consultatif.

6. Le président du Comité de gouvernance et de mise en candidature, lors du choix des candidatures aux différents comités ainsi qu'à la présidence de chaque comité, tient compte des préférences, des habiletés et compétences, et de l'expérience de chaque membre du Conseil. Une rotation périodique des membres et de la présidence des comités doit être considérée dans le but de reconnaître et d'apporter un équilibre entre le besoin pour de nouvelles idées, la continuité et le maintien d'une expertise fonctionnelle.

7. Le président du Conseil est un membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du conseil. Si le président ne peut pas assister, le vice-président pourrait le remplacer.

8. Le P.-D.G. ou son mandataire est membre de droit non votant de tous les comités.

9. Un membre d'un comité peut être destitué ou remplacé en tout temps par le Conseil et cesse d'être membre d'un comité au moment où il n'est plus membre du Conseil.

10. La composition et la fréquence des réunions de chaque comité est telle que stipulée dans le mandat de chaque comité.

11. Le président d'un comité ou deux membres d'un comité peuvent demander la convocation d'une réunion du comité.

12. Un membre d'un comité peut participer à une réunion par différents moyens soit téléphonique, électronique ou tout autre moyens de communication pouvant permettre à toutes les personnes participant à la réunion de communiquer adéquatement entre elles. Un membre participant à une réunion d'un comité en utilisant de tels moyens de communication est réputé être présent à la réunion.

13. La majorité des membres votants constitue le quorum. Les motions sont adoptées à la majorité des voix.

14. Le secrétaire du Conseil prépare et distribue le procès-verbal de chaque réunion dans des délais raisonnables à chaque membre du comité. Un registre complet des procès-verbaux est conservé par le secrétaire du Conseil et doit être disponible à chaque membre du Conseil et au P.-D.G.

15. Un comité peut inviter tout membre du Conseil ou, en consultation avec le P.-D.G., tout employé du Réseau ou tout consultant qu'il juge souhaitable d'inviter à assister aux réunions afin de l'aider dans le cadre de ses travaux.

16. Chaque comité fait rapport au Conseil à chaque réunion du Conseil en ce qui concerne les recommandations spécifiques et les avis ayant trait à son mandat.

    a) Les procès-verbaux des comités seront distribués aux membres du Conseil à titre informatif; ~~mais uniquement lors des réunions à huis clos (ou sessions de travail)~~;

    b) Les documents d'appui utilisés par les comités seront ~~distribués~~ disponibles au Conseil ~~seulement lorsqu'ils sont nécessaires pour appuyer une recommandation faite au Conseil~~;

    c) Chaque comité fournira un rapport écrit de toutes ses réunions au Conseil, incluant ses recommandations. Ce rapport sera discuté au besoin ~~lors de la réunion à huis clos; mais sera répété~~ et voté lors de la réunion publique.

17. Si les circonstances l'exigent certains éléments pourront être discutés à huis clos. Si un sujet est maintenu à huis clos, un rapport spécifique sera préparé pour l'adoption à huis clos. La raison du huis clos sera citée au procès-verbal de la réunion à huis clos et le sujet sera omis du rapport de la séance publique.

Remplace :	**Zone 1 :** _____	**Zone 5 :** _____
	Zone 4 : _____	**Zone 6 :** _____

Comité de finances et de vérification du Conseil d'administration

Rapport de la réunion du 15 juin 2016

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Approbation des modifications budgétaires 2015-2016

Le comité a révisé les demandes de modifications budgétaires d'un montant de 10,030,543$ qui ont été préparées et envoyées au ministère de la Santé. Avec cette addition, le budget total pour l'année 2015-2016 totalise un montant de 675,334,405$

États financiers en date du 31 mars 2016

Les résultats financiers au 31 mars 2016 sont présentés. Le Réseau à terminer l'année financière avec un excédent d'exploitation de 2,472,832 $.

Plus de détail sera mentionnée lors du dépôt de mon rapport à l'AGA

Communication des auditeurs aux responsables de la gouvernance

Le rapport des auditeurs/vérificateurs est révisé par les représentants de Raymond Chabot Grant Thornton.

Le rapport des vérificateurs ainsi que le sommaire des anomalies non corrigées détectées au cours des travaux d'audit sont révisés.

Le rapport de l'auditeur indépendant est passé en revue. Cette année, l'auditeur indique une réserve à son rapport concernant la présentation des revenus en capital, de l'amortissement ainsi que la provision pour congés de maladie qui n'est pas conformes aux normes comptables du secteur public. Toutefois, cette présentation n'a pas d'effet sur le déficit annuel de 3,465,619$ et sur l'intégrité des données.

Au niveau des recommandations des auditeurs, ceux-ci ont soulevé des recommandations au niveau financier et informatique. Toutes ces recommandations avaient déjà été identifiées par le passé. Chaque recommandation sera évaluée par la direction et un suivi sera fait lors de la prochaine réunion.

Projet des services alimentaires et environnementaux

Une analyse détaillée des deux options est effectuée pour prise de décision. Les 2 options sont, soit de maintenir les services à l'interne ou de les confier à une entreprise externe. Les deux options sont évaluées en utilisant la valeur actuelle nette (VAN) consistant à analyser tous les flux de trésorerie (sorties et entrées de fonds) des projets et de les rapporter en dollars d'aujourd'hui.

Les résultats de l'analyse financière basés sur la valeur actuelle nette indiquent que la proposition de Vitalité génère des économies additionnelles de 3,465,384$ sur 10 ans par rapport à la proposition de l'entreprise externe et ceci tient compte des coûts additionnels qui seraient encourus par le Réseau dans la proposition de l'entreprise externe. Selon la proposition de Vitalité, les économies sur la période de 10 ans sont évaluées à 25,6 millions de dollars. La partie non garantie dans la proposition du Sodexo n'ont pas été ajustées avec le facteur de risque contenu dans la proposition ce qui aurait eu pour effet de bonifier d'avantage et significativement la proposition de Vitalité

En ce qui a trait à l'impact sur les Ressources humaines, l'entreprise externe prévoit une réduction de 79.8 ETP comparativement à Vitalité qui prévoit réduire ses effectifs de 52.5 ETP durant les trois premières années répartis dans les trois services (alimentaire, cafétéria et environnement). Pour le Réseau, la réduction des ETP sera atteinte principalement par attrition, afin de minimiser le licenciement et éviter les chocs et perturbations au travail.

Essentiellement, les deux propositions visent la standardisation des processus et des politiques et procédure, le rehaussement de la technologie, le remplacement d'équipements désuets, la satisfaction de la clientèle, la réduction des coûts d'opération, la formation du personnel et la mise en place de système de contrôle et de suivi (ex : audits, indicateurs, etc.). Les deux propositions prévoient des mesures de réductions du personnel et de fermetures des cafétérias qui ne sont pas rentables.

Plan régional de santé et d'affaires 2016-2017

Le plan régional de santé et d'affaires a été révisé et le plan fut soumis au ministère en format ébauche jusqu'à l'approbation officielle par le conseil d'administration

Budget 2016-2017

À titre d'information, le Réseau a reçu la lettre budgétaire du ministère de la Santé indiquant les montants budgétaires accordés pour l'exercice financier 2016-2017 pour tous les programmes ainsi que le budget de revenus pour le Réseau.

Les motions suivantes ont été effectuées :

MOTION 2016/06/15-03FV
Proposé par Gabriel Godin
Appuyé par Rita Godbout
Et résolu que le Comité de finances et vérification recommande l'adoption des augmentations au budget de 10,030,543$ pour terminer avec un budget opérationnel de 675,334,405$ pour 2015-2016 tel que présenté.
Adopté à l'unanimité

MOTION 2016/06/15-04FV
Proposé par Gabriel Godin
Appuyé par Adélard Cormier
Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve les états financiers en date du 31 mars 2016 tel que présenté.
Adopté à l'unanimité

MOTION 2016/06/15-05FV
Proposé par Gabriel Godin
Appuyé par Rita Godbout
Et résolu que le Comité de finances et vérification recommande l'adoption du rapport des vérificateurs Raymond Chabot Grant Thornton pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 tel que présenté.
Adopté à l'unanimité

MOTION 2016/06/15-06FV
Proposé par Adélard Cormier
Appuyé par Gabriel
Et résolu que le Comité de finances et vérification recommande au CA de maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnement sous la responsabilité du Réseau, tel que présenté dans le projet.
Adopté à l'unanimité

MOTION 2016/06/15-07FV
Proposé par Paul Couturier
Appuyé par Rita Godbout
Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve le plan régional de santé et d'affaires 2016-2017, tel que présenté.
Adopté à l'unanimité

Ceci constitue le rapport du président du Comité de finances et de vérification du Conseil d'administration pour la réunion du 15 juin 2016 et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Philippe Ferguson
Président du Comité de finances et de vérification du Conseil d'administration

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL ☒**

Titre de la réunion :	Comité de finance et de vérification	**Date et heure :**	**Le 15 juin 2016 à 9 heures**
		Endroit :	**Siège social et par vidéoconférence**
But de la réunion :	Réunion régulière	Edmundston : Grand-Sault : Siège social : Ste-Anne-de-Kent :	Local 2281 Salle de conférence Grande Salle Salle de vidéoconférence
Président :	Philippe Ferguson		
Secrétaire :	Sylvie Gauvin		

Participants					
Philippe Ferguson (président)	✓	Paul Couturier	✓	Adélard Cormier	✓
Gilles Lanteigne	✓	Rita Godbout	✓	Gisèle Beaulieu	✓
Gabriel Godin	✓	Alain Béchard	✓		
Invités					
Margaret Cameron Eric Long (RCGT)		Jean-Marc Delaney (RCGT)		Lise Robichaud-McGrath (RCGT)	

PROCÈS-VERBAL

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte à 9:00 heure.

Le président souhaite la bienvenue aux représentants de Raymond Chabot Grant Thornton

2. Adoption de l'ordre du jour

MOTION 2016/06/15-01FV
Proposé par Rita Godbout
Appuyé par Adélard Cormier
Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve l'ordre du jour tel que présenté**.**
Adopté à l'unanimité.

3. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

4. Adoption du procès-verbal du 12 avril 2016

MOTION 2016/06/15-02FV
Proposé par Gabriel Godin
Appuyé par Rita Godbout
Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve le procès-verbal du 12 avril 2016 tel que présenté.
Adopté à l'unanimité

5. Suivis de la réunion du 12 avril 2016

Aucun suivi découlant de la dernière réunion

6. Approbation des modifications budgétaires 2015-2016

Le tableau des modifications budgétaires 2015-2016 est révisé avec les membres du comité.

ÉBAUCHE

Des demandes de modifications budgétaires d'un montant de 10,030,543$ ont été préparées et envoyées au ministère de la Santé. Avec cette addition, le budget total pour l'année 2015-2016 totalise un montant de 675,334,405$

MOTION 2016/06/15-03FV
Proposé par Gabriel Godin
Appuyé par Rita Godbout
Et résolu que le Comité de finances et vérification recommande l'adoption des augmentations au budget de 10,030,543$ pour terminer avec un budget opérationnel de 675,334,405$ pour 2015-2016 tel que présenté.
Adopté à l'unanimité

7. États financiers 2015-2016

États financiers en date du 31 mars 2016

Les résultats financiers au 31 mars 2016 sont présentés.

En résumé, le Réseau a des produits de l'ordre de 676,654,660 $ et a encouru des charges d'exploitation de l'ordre de 674,181,828 $ pour terminer l'année financière avec un excédent d'exploitation de 2,472,832 $.

Après les ajustements pour les revenus du capital pour l'achat d'équipement, l'amortissement des immobilisations et la prestation constituée pour les congés de maladie, le résultat net annuel après ces ajustements s'élève à un déficit comptable de 3,465,619 $.

Au niveau de nos produits, une augmentation de 8,65 $ millions comparativement à l'année précédente est notée. Le Réseau a reçu 4,7 $ millions dollars envers les augmentations salariales, 2,7$ millions dollars envers les opérations du nouveau centre Hospitalier Restigouche et une contribution de 2,71 $ millions dollars du ministère des Transports et Infrastructures pour des projets énergétiques.

Au niveau des charges d'exploitation, le Réseau a enregistré des augmentations dans les salaires et bénéfices de 9,54$ millions dues aux augmentations salariales et les allocations de retraite. Une diminution au niveau de l'assurance-maladie de 4,69$ due au transfert du paiement des radiologistes. Une diminution dans les coûts de fournitures médicales et chirurgicales de 814,077 $, dans les coûts des médicaments de 1,70 $ millions ainsi que dans les coûts en énergies de 1,64 $ millions. Une augmentation dans certaines dépenses opérationnelles totalisant 9,31 $ millions pour les projets énergétiques ainsi que les coûts d'opération pour le nouveau Centre Hospitalier Restigouche.

Au niveau de la situation financière (bilan) dans la section des actifs financiers, une augmentation de 20,0$ millions du ministère a été enregistrée. Au niveau des passifs, un découvert de banque qui est relié aux décaissements de fin de période est enregistré ce qui a aussi contribué à réduire les comptes et charges à payer. Une augmentation dans les revenus reportés en capital de 14 $ millions dollars pour les 2 projets de construction majeurs au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et à l'Hôpital régional Chaleur.

Durant l'année 2015-2016, nous avons fait l'acquisition de 34,858,514 $ en immobilisations dont 6,646,049 $ en équipements, 1,022,746 $ des dons des fondations pour l'achat d'équipement et de 27,189,719 $ en construction et rénovations à nos bâtiments.

MOTION 2016/06/15-04FV
Proposé par Gabriel Godin
Appuyé par Adélard Cormier
Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve les états financiers en date du 31 mars 2016 tel que présenté.
Adopté à l'unanimité

FRANÇAISE

Communication aux responsables de la gouvernance

Le rapport des auditeurs/vérificateurs est révisé par les représentants de Raymond Chabot Grant Thornton, M. Eric Long, M. Jean-Marc Delaney et Mme Lise Robichaud McGrath.

Le rapport des vérificateurs ainsi que le sommaire des anomalies non corrigées détectées au cours des travaux d'audit sont révisés.

Le rapport de l'auditeur indépendant est passé en revue. Cette année, l'auditeur indique une réserve à son rapport concernant la présentation des revenus en capital, de l'amortissement ainsi que la provision pour congés de maladie qui n'est pas conformes aux normes comptables du secteur public. Toutefois, cette présentation n'a pas d'effet sur le déficit annuel de 3,465,619$ et sur l'intégrité des données.

Au niveau des recommandations des auditeurs, ceux-ci ont soulevé 2 recommandations au niveau financier et 5 recommandations au niveau informatique. Ils indiquent toutefois que plusieurs recommandations au niveau de l'informatique ont été résolues durant la dernière année. Toutes ces recommandations avaient déjà été identifiées par le passé. Chaque recommandation sera évaluée par la direction et un suivi sera fait lors de la prochaine réunion.

MOTION 2016/06/15-05FV
Proposé par Gabriel Godin
Appuyé par Rita Godbout
Et résolu que le Comité de finances et vérification recommande l'adoption du rapport des vérificateurs Raymond Chabot Grant Thornton pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 tel que présenté.
Adopté à l'unanimité

Les vérificateurs sont remerciés de leurs services et quittent la rencontre à 10 :05

Mme Margaret Cameron se joint à la rencontre.

8. Projet des services alimentaires et environnementaux

Suite à une discussion précédente avec le CA, une analyse détaillée des deux options est effectuée pour prise de décision. Les 2 options sont, soit de maintenir les services à l'interne ou de les confier à Sodexo.

Un plan d'amélioration de la performance de ses secteurs d'activités a été développé et une analyse financière de cette proposition comparativement à celle de Sodexo a été effectuée avec l'aide d'un consultant externe qui a développé le modèle financier et dont les honoraires versés ont été inférieurs à cinq mille dollars. Les deux options ont été évaluées en utilisant la valeur actuelle nette (VAN) consistant à analyser tous les flux de trésorerie (sorties et entrées de fonds) des projets et de les rapporter en dollars d'aujourd'hui. Cela permet de mettre les deux propositions sur une base comparative en termes de valeur financière.

Les résultats de l'analyse financière basés sur la valeur actuelle nette indiquent que la proposition de Vitalité génère des économies additionnelles de 3,465,384 $ sur 10 ans par rapport à la proposition de Sodexo et ceci tient compte des coûts additionnels qui seraient encourus par le Réseau dans la proposition de Sodexo. Selon la proposition de Vitalité, les économies sur la période de 10 ans sont évaluées à 25,6 millions de dollars. De plus, les redevances dans la proposition de Sodexo n'ont pas été ajustées avec le facteur de risque contenu dans la proposition ce qui aurait eu pour effet de bonifier davantage et significativement la proposition de Vitalité.

En ce qui a trait à l'impact sur les Ressources humaines, Sodexo prévoit une réduction de 79.8 ETP comparativement à Vitalité qui prévoit réduire ses effectifs de 52.5 ETP durant les trois premières années répartis dans les trois services (alimentaire, cafétéria et environnement). Pour le Réseau, la réduction des ETP sera atteinte principalement par attrition, afin de minimiser le licenciement et éviter les chocs et perturbations au travail.

BEAUCHE

Essentiellement, les deux propositions (Vitalité et Sodexo) visent la standardisation des processus et des politiques et procédure, le rehaussement de la technologie, le remplacement d'équipements désuets, la satisfaction de la clientèle, la réduction des coûts d'opération, la formation du personnel et la mise en place de système de contrôle et de suivi (ex: audits, indicateurs, etc.). Les deux propositions prévoient des mesures de réductions du personnel et de fermetures des cafétérias qui ne sont pas rentables.

MOTION 2016/06/15-06FV
Proposé par Adélard Cormier
Appuyé par Gabriel
Et résolu que le Comité de finances et vérification recommande au CA de maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnement sous la responsabilité du Réseau, tel que présenté dans le projet.
Adopté à l'unanimité

Mme Cameron quitte la réunion à 10 :40

Suite au départ de M. Ferguson, la présidence est assurée par M. Gabriel Godin

9. Plan régional de santé et d'affaires 2016-2017

Selon la loi sur les régies régionales de la santé, la Régie doit soumettre un plan régional de santé et d'affaires 2016-2017 au ministère. Le comité a revu le plan tel que soumis.

Le plan régional de santé et d'affaires sera soumis dès aujourd'hui au ministère en format ébauche jusqu'à l'approbation officielle par le conseil d'administration.

MOTION 2016/06/15-07FV
Proposé par Paul Couturier
Appuyé par Rita Godbout
Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve le plan régional de santé et d'affaires 2016-2017, tel que présenté.
Adopté à l'unanimité

10. Budget 2016-2017

À titre d'information, le Réseau a reçu la lettre budgétaire du ministère de la Santé indiquant les montants budgétaires accordés pour l'exercice financier 2016-2017 pour les programmes ainsi que le budget de revenus pour le Réseau. Le budget est révisé par les membres du comité.

11. Prochaine réunion

Les dates des réunions pour l'année 2016-2017 seront soumises suite à la rencontre du CA.

12. Levée de la séance

La séance est levée à 11h00

_____	_____
Philippe Ferguson	Gisèle Beaulieu
Président	VP – Performance, qualité et services généraux

ÉBAUCHE

AVIS DE RÉUNION ☐ **PROCÈS-VERBAL** ☒ Point 8.4

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	**Date et heure :** **Endroit :**	**Le 9 juin 2016 à 10:00** **Vidéoconférence**
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Campbellton : salle téléréadaptation Téléconférence : Jabber :	(Dre Desrosiers et Lester) (Anne, Paul et Lucie) (Linda) (Paulette et Bonnie) (Gisèle)
Présidente : **Secrétaire :**	Anne Soucie Lucie Francoeur		

Participants					
Anne Soucie (Présidente)	✓	Paul Couturier	✓	Lester Young	✓
Gilles Lanteigne	A	Linda Sunderland	✓	Paulette Sonier-Rioux	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre France Desrosiers	✓	Bonnie Mae Martin	✓

PROCÈS-VERBAL

1. **Ouverture de la séance**
   La séance est ouverte à 10:10 par Anne Soucie.

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

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

   MOTION 2016-06-09 / 01SCGQS
   Proposé par Paulette Sonier-Rioux
   Appuyé par Lester Young
   Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que présenté.
   Adopté à l'unanimité

4. **Adoption du procès-verbal du 23 mars 2016**

   MOTION 2016-06-09 / 02SCGQS
   Proposé par Linda Sunderland
   Appuyé par Bonnie Mae Martin
   Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 23 mars 2016 soit adopté tel que présenté.
   Adopté à l'unanimité

   Monsieur Lester Young mentionne que la présentation qui a été faite à la réunion du Conseil le 26 avril dernier concernant les Services de réadaptation et revalidation rapide a très bien été reçue des membres du Conseil qui a su démontrer la transparence au sein du Réseau de santé Vitalité.

   Il demande par la suite des informations sur le dossier d'aide médicale à mourir. On l'informe qu'un comité provincial a été mis sur pied avec des représentants des deux régies de la santé pour définir les prérequis nécessaires à la mise en place des divers processus. Un groupe de travail régional travaille sur le développement d'un protocole médicamenteux en collaboration avec Horizon, d'une politique et de formulaires provinciaux. Aussi, des documents d'information seront accessibles sur le Boulevard. Des leaders religieux de différentes confessions ont signifié leur opposition contre l'aide médical à mourir. Par ailleurs, les représentants des hôpitaux catholiques seront rencontrés pour obtenir des précisions quant à leur position. Le gouvernement du N.-B. est prêt à aller de l'avant, et ce, dès que le projet de loi sera adopté au fédéral. S'il y a de nouveaux développements d'ici la prochaine réunion du Conseil prévue le 28 juin, un suivi sera partagé aux membres.

EBAUCHE

On se questionne s'il y a une raison valable de porter la carte d'identité à l'envers ? Il semble y avoir une tendance dans certains secteurs, entre autres aux unités de soins, à l'urgence et en psychiatrie où les employés portent leur carte d'identité à l'envers. Certains employés ont confirmé avoir déjà été rejoints par les patients à leur domicile. Dans le cadre du développement de la stratégie entourant les soins centrés sur le patient, le Réseau de santé Vitalité mettra l'emphase sur le port adéquat de la carte d'identité, puis à l'importance de tous les intervenants en santé de s'identifier. La taille de caractère du prénom et de la profession sur la carte seront grossies pour que ce soit plus visible. Ceci fera également partie d'un plan de communication à tous les niveaux.

En ce qui a trait au dossier du transfert du Programme extramural et Télé-Soins à SMU Medavie, les discussions se poursuivent et il n'y a pas eu d'entente officielle à ce jour.

5. Suivis de la dernière réunion du 23 mars 2016

5.1 Mise à jour de la démarche Agrément 2017

La prochaine visite d'Agrément se déroulera du dimanche 18 juin au vendredi 23 juin 2017. Le calendrier des réunions du Conseil a été révisé, afin de coïncider une réunion la même semaine pour rencontrer les visiteurs.

5.2 Tableau de bord – Qualité (janvier 2016) – Chirurgie cardiaque

Une étude de faisabilité est en cours concernant un laboratoire de cathétérisme cardiaque au Réseau de santé Vitalité. Ce dossier et les autres études en cours seront analysés par le Comité consultatif sur les services cliniques et si elles sont retenues, elles seront intégrées au plan de services cliniques qui sera présenté au Conseil à la fin juin. Donc par rapport à la zone Beauséjour, il est trop tôt pour déterminer les impacts du départ du chirurgien du Centre cardiaque à Saint-Jean sur notre clientèle.

6. Affaires permanentes

6.1 Tableau de bord – Qualité (mars 2016)

En mars 2016, 15 indicateurs ont obtenu des résultats meilleurs que la cible, puis 13 indicateurs ont obtenu des résultats semblables à la cible. On poursuit les efforts pour atteindre les cibles. D'ailleurs on verra des améliorations dans les prochains mois pour le taux d'implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission, car on a ajusté les ressources nécessaires dans certaines régions pour voir à la mise en œuvre.

Des modules en ligne sur l'hygiène des mains sont en place, puis un nouveau module est en voie de développement ce qui nous permettra d'accéder directement aux données au lieu des obtenir auprès d'Horizon comme c'est le cas actuellement. Les efforts se poursuivent pour sensibiliser les employés à l'importance du lavage des mains et des audits seront faits cet été sur l'hygiène des mains comme par les années antérieures.

En ce qui concerne les chirurgies en attente plus de 12 mois, on note une amélioration du nombre en attente depuis janvier 2016 et on continue à prioriser les demandes. D'autre part, les rénovations majeures sont amorcées au bloc opératoire au CHUDGLD.

Les efforts se poursuivent pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

7. Affaires nouvelles

7.1 Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients

Initié par le ministère de la Santé, le projet de loi 35 exigera que les organisations de soins de santé orientent leurs activités opérationnelles pour rencontrer les exigences suivantes :

- Établir des comités de qualité des soins et de la sécurité des patients ;
- Signaler tous les incidents liés à la sécurité des patients qui ont ou qui auraient pu

causer un préjudice au patient ;
- Participer à un examen d'appréciation de tous les incidents liés à la sécurité des patients ;
- Divulguer les incidents aux patients concernés.

Le Réseau a déjà en place certaines politiques et des comités permettant de respecter ce projet. Dès que le projet sera adopté, une révision de ces politiques et des mandats des comités sera mise en œuvre. Aussi, un plan de communication sera prévu à cet effet dans le but d'informer les professionnels du Réseau.

7.2 Réunions conjointes avec les finances

À titre d'information, on examine la possibilité de faire les réunions des comités de finances et de la qualité conjointes, dans le but d'avoir une meilleure gouvernance et d'accroître l'efficacité. D'ailleurs, les deux comités pourraient se réunirent pour des sujets traitant de la performance de l'organisation et la revue du tableau de bord. Cette nouvelle façon de faire faciliterait la communication et les échanges d'information.

7.3 Mise à jour – Plan des services cliniques

Dans le cadre de l'élaboration de la phase 2 du Plan des services cliniques, le Comité consultatif des services cliniques a organisé deux journées de consultation les 21 et 22 avril dernier. Il s'agissait d'une étape cruciale dans la conception du plan et près de 80 médecins et 65 professionnels de la santé des quatre zones ont participé aux rencontres. Le CCSC se rencontre la semaine prochaine pour une dernière validation du plan, ensuite la version finale sera présentée au Conseil d'administration pour approbation à la fin juin.

8. Rapports

8.1 Rapport annuel de la qualité 2015-2016

Le rapport annuel de la qualité et expérience clientèle 2015-2016 résume les réalisations des activités de la dernière année financière. Les grands dossiers de travail réalisés sont :

- le plan qualité qui comprend 32 objectifs et 95 initiatives en lien avec les sept dimensions de la qualité.
- un sondage spécifique à l'expérience clientèle qui est à l'essai au Centre Hospitalier Restigouche. Ce nouvel outil permettra de mieux évaluer l'offre de service spécifiquement pour cette clientèle, ainsi que d'augmenter le nombre d'outils disponible pour évaluer l'expérience clientèle au sein du Réseau.
- les activités préparatoires à la visite d'Agrément Canada qui est prévue du 18 au 23 juin 2017. Le Réseau s'est doté d'un objectif ambitieux, soit celui d'obtenir un agrément avec mention d'honneur.
- l'accréditation des laboratoires ; l'ensemble des services de laboratoire de biologie médicale ont reçu la visite de pairs.
- les soins de santé primaires et la qualité ; les efforts ont principalement été centrés sur la réduction des visites de type 4 et 5 à l'urgence ainsi que la réduction des hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires comme l'asthme, le diabète, la maladie pulmonaire obstructive et l'insuffisance cardiaque.
- le BCM ; l'approche LEAN Six Sigma a été utilisée contribuant à rediriger 2.22 ETP au CHUDGLD et 2.0 ETP à l'Hôpital régional Chaleur vers la mise en œuvre du BCM à l'admission dans ces établissements.

D'autres projets d'amélioration de la performance et de la qualité des services seront également lancés au cours de la prochaine année dans le cadre de l'exercice de la planification stratégique.

ÉBAUCHE

8.2 Rapport annuel de l'éthique 2015-2016

Le Comité d'éthique de la recherche qui est composé de 10 membres réguliers et 3 membres substituts a tenu 14 réunions durant la dernière année financière. Il y a une hausse des demandes d'évaluation de projets de recherche depuis quelques années, et ce, tant au niveau des essais cliniques que des projets de recherche appliquée. Au total, il y a 154 projets actifs en cours.

8.3 Rapport annuel de la gestion intégrée des risques 2015-2016

Le sommaire du rapport annuel de la gestion intégrée des risques et Bureau de la vie privée 2015-2016 est présenté. Ce secteur comprend notamment la gestion des risques, des alertes et rappels, des politiques et procédures, la prévention et le contrôle des infections, les mesures d'urgence, les langues officielles, la protection des renseignements personnels et la gestion des demandes d'information. Les grandes activités ressorties du rapport sont :

- des suivis et des analyses ont été effectués à chaque incident, afin de trouver des pistes d'amélioration. Les chutes graves sont légèrement à la hausse dans le Réseau représentant 59 % du total des incidents avec conséquences préjudiciables. On est en train d'explorer un nouvel outil plus moderne et convivial pour faire l'entrée des incidents qui permettrait de stimuler davantage la culture de sécurité et d'amélioration.
- les codes en mesures d'urgence harmonisés ; 50 % des codes ont été mis en œuvre au cours de la dernière année, puis le projet sera finalisé à l'automne.
- des suivis étroits de chaque éclosion ont été effectués et des mesures correctives ont été mises de l'avant. Neuf éclosions ont eu lieu dans le Réseau au cours de la dernière année.
- le rapport d'audit du Bureau de la vérificatrice générale ; un plan de travail détaillé a été développé. Un audit de tous les établissements a été effectué. Les résultats seront compilés et analysés au cours de la prochaine année.
- le taux de conformité varie entre 39 % et 61 % des employés qui ont complété le module d'e-apprentissage sur les langues officielles.
- le Bureau de la vie privée a géré au total 261 atteintes réelles ou présumées à la vie privée en 2015-2016 comparativement à 120 en 2014-2015.
- la distribution de 97 politiques régionales en 2015-2016.
- le Réseau a répondu à 55 demandes d'information effectuées en vertu de la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée.

Le secteur de la gestion intégrée des risques participera activement à la préparation en vue de la visite d'agrément.

8.4 Rapport annuel des sondages de satisfaction 2015-2016

Dans l'ensemble, les gens sont satisfaits des soins reçus. Le taux de participation au sondage est 21 % pour l'année 2015-2016 comparativement à 24 % pour l'année précédente. On validera ces pourcentages, puis on apportera un suivi à la prochaine réunion. La majorité des questions ont eu un taux de satisfaction (excellent et bon combiné) supérieur à la cible de 90 %. Les rapports sont disponibles sur une base trimestrielle permettant ainsi aux équipes de mieux préparer les stratégies d'amélioration, d'en faire la mise en œuvre et d'analyser les résultats. Le questionnaire est en processus de révision et sera lancé à l'automne. Un blitz et des sessions de sensibilisation seront faits aussi à ce moment.

Dre Desrosiers commente que l'informatisation du processus de renouvellement et de demande de privilège en ligne va bon train. Le travail se poursuit.

ÉBAUCHE

8.5 Rapport annuel des plaintes 2015-2016

Le Réseau a reçu un total de 587 plaintes au cours de l'année 2015-2016, comparativement à 596 plaintes pour l'année précédente, soit une légère baisse de 2 %.

- Les plaintes liées à la qualité des soins et services reçus représentaient 56 % de l'ensemble des plaintes. La majorité des plaintes dans cette catégorie étaient liées aux soins et aux services donnés (42 %), suivis des plaintes liées à la période d'attente (21 %) et aux attentes des patients/famille (21 %).
- Les plaintes liées au comportement/attitude du personnel représentaient 21 % de l'ensemble des plaintes reçues.
- Les plaintes liées à la communication représentaient 8 % de l'ensemble des plaintes reçues.
- Les plaintes liées à l'environnement représentaient 9 % de l'ensemble des plaintes reçues.
- Les plaintes liées aux politiques/règlements représentaient 5 % de l'ensemble des plaintes reçues.

Chaque plainte reçue est portée à l'attention du gestionnaire/chef concerné pour fin d'examen et d'amélioration et des suivis sont effectués auprès du plaignant.

9. Date de la prochaine réunion

La prochaine réunion sera convoquée en temps et lieu.

En cette fin d'année, le président du Conseil d'administration remercie les membres pour leur engagement, leur loyauté envers la communauté et leur participation aux diverses réunions.

10. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Paulette Sonier-Rioux à 10:55.

Anne Soucie	Gisèle Beaulieu
Présidente du comité	V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux

ÉBAUCHE

Rapport de la présidente

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration

Réunion tenue le 9 juin 2016

(Pour la réunion publique)

Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration a tenu une réunion régulière le 9 juin 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Mise à jour de la démarche Agrément 2017 ;** la visite se déroulera du 18 au 23 juin 2017. Le calendrier des réunions du Conseil a été révisé, afin de coïncider une réunion la même semaine pour rencontrer les visiteurs.

- **Tableau de bord de la qualité – mars 2016 ;** dans l'ensemble les tendances se maintiennent et les efforts se poursuivent pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs. Sur 43 indicateurs, nous obtenons des résultats meilleurs que la cible pour quinze des indicateurs et des résultats semblables à la cible pour treize indicateurs.

- En ce qui concerne le taux d'implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission, l'approche LEAN Six Sigma a été utilisé comme méthodologie de travail contribuant à ajuster les ressources nécessaires dans certaines régions pour voir à la mise en œuvre du BCM à l'admission.

- Un nouveau module en ligne est en voie de développement sur l'hygiène des mains ce qui permettra aux gestionnaires d'accéder directement aux données de participation aux modules et facilitera leurs suivis. Les efforts se poursuivent pour sensibiliser l'importance du lavage des mains et des audits seront faits cet été sur l'hygiène des mains comme par les années antérieures.

- Pour ce qui est des chirurgies en attente plus de 12 mois, on note une amélioration du nombre en attente depuis janvier, puis on continue à prioriser les demandes.

- **Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients ;** le projet de loi 35 exigera que les organisations de soins de santé orientent leurs activités opérationnelles pour rencontrer certaines exigences. Le Réseau a déjà en places des politiques et des comités permettant de respecter ce projet de loi. Dès que ce projet sera adopté, une révision de ces politiques et mandats des comités sera mise en œuvre. Aussi un plan de communication sera prévu à cet effet dans le but d'informer les professionnels du Réseau.

- **Réunions conjointes avec les finances ;** on examine la possibilité de faire les réunions des comités de finances et de la qualité conjointes, dans le but d'avoir une meilleure gouvernance et d'accroître l'efficacité. D'ailleurs, les deux comités pourraient se réunirent pour des sujets traitant de la performance de l'organisation et la revue du tableau de bord. Cette nouvelle façon de faire faciliterait la communication et les échanges d'information.

- **Plan des services cliniques ;** dans le cadre de l'élaboration de la phase 2 du Plan des services cliniques, le Comité consultatif des services cliniques a organisé deux journées de consultation les 21 et 22 avril dernier où près de 80 médecins et 65 professionnels de la santé des quatre zones ont participé.

- **Rapport annuel de la qualité 2015-2016 ;** le rapport offre de l'information sur les activités réalisées par les membres de son équipe et ses nombreux collaborateurs au sein du Réseau pour la dernière année financière. Certains dossiers d'envergure ont été soulevés, entre autres le plan qualité, les activités préparatoires à la visite d'Agrément Canada, l'accréditation des laboratoires, les soins de santé primaires et la qualité, le bilan comparatif des médicaments et l'expérience clientèle. Le Conseil d'administration a récemment intégré dans ses rencontres, un témoignage patient ayant navigué dans notre réseau et le système de santé. D'autres initiatives du genre seront déployées durant la prochaine année.

- **Rapport annuel de l'éthique 2015-2016 ;** .on constate une hausse des demandes d'évaluation de projets de recherche depuis quelques années, et ce, tant au niveau des essais cliniques que des projets de recherche appliquée. Au total, il y a 154 projets actifs en cours.

- **Rapport annuel de la gestion intégrée des risques 2015-2016 ;** le rapport offre une gamme d'informations concernant les réalisations des activités de ce secteur pour l'exercice 2015-2016. Ce secteur comprend notamment la gestion des risques, la gestion des alertes et rappels, la gestion des politiques et procédures, la prévention et le contrôle des infections, les mesures d'urgence, les langues officielles, la protection des renseignements personnels et la gestion des demandes d'information. En ce qui concerne les incidents, les chutes constituent depuis trois ans la catégorie d'incidents la plus importante en nombre. Des suivis et des analyses ont été effectués à chaque incident, afin de trouver des pistes d'amélioration. Le secteur de la gestion intégrée des risques participera activement à la préparation en vue de la visite d'agrément.

- **Rapport annuel des sondages de satisfaction 2015-2016 ;** dans l'ensemble les gens sont satisfaits des soins reçus. La majorité des questions ont eu un taux de satisfaction (excellent et bon combiné) supérieur à la cible de 90 %. Le questionnaire est en processus de révision et sera lancé à l'automne. Des sessions d'information seront faites à ce moment.

- **Rapport annuel des plaintes 2015-2016 ;** le Réseau a reçu un total de 587 plaintes au cours de l'année 2015-2016, comparativement à 596 plaintes pour l'année précédente, soit une légère baisse de 2 %. Chaque plainte reçue est portée à l'attention du gestionnaire/chef concerné pour fin d'examen et d'amélioration et des suivis sont effectués auprès du plaignant.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration pour la réunion tenue le 9 juin 2016 et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Anne Soucie
Présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Point 8.5

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques**

Cette note a pour but de vous informer qu'il n'y a eu aucune réunion du Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Rapport de la médecin-chef régionale et de la présidente du Comité médical consultatif

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

MÉDECIN-CHEF RÉGIONALE

COMITÉ SPÉCIAL SUR LE CANNABIS MÉDICINAL

Un Comité spécial sur le cannabis médicinal, qui découle du Comité provincial des médicaments et de thérapeutique, a été formé pour proposer, d'ici la fin juin 2016, un cadre de référence et des directives opérationnelles qui s'inscrivent dans une approche légale, sécuritaire et efficace afin de prendre en charge les patients qui sont légalement autorisés à posséder du cannabis à des fins médicales et qui sont admis dans des établissements des régies régionales de la santé. Le comité spécial est composé de prescripteurs et médecins, de représentants en pharmacie et en soins infirmiers des réseaux de santé Vitalité et Horizon.

Le Comité médical consultatif a approuvé la participation des médecins suivants au Comité spécial sur le cannabis médicinal :

Dr Éric Basque, Dr Pierre Nguimfack, Dr Richard Dumais, Dre Carole Williams, Dr Martin Robichaud
Dr Houssein Osman et Dr Ralph Holly

MOTION 2016/05/31-19-CMC

Il est proposé par Dr Marc Lagacé, appuyé par Dr Martin Robichaud, que le CMC recommande les nominations des docteurs Éric Basque, Pierre Nguimfack, Richard Dumais, Carole Williams, Martin Robichaud et Ralph Holly au Comité spécial sur le cannabis médicinal.
ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COMITÉ CONSULTATIF SUR LES SERVICES CLINIQUES

Le Comité consultatif sur les services cliniques du Réseau a organisé avec succès deux journées de consultation les 21 et 22 avril derniers à Edmundston. Près de 80 médecins et 65 professionnels de la santé des quatre zones ont participé à ces rencontres. Suite à ces consultations, une nouvelle ébauche du rapport pour le plan des services cliniques a été rédigée et soumise à tous les participants pour rétroaction. Le rapport final est présenté au Conseil d'administration à cette réunion-ci.

SONDAGE PULSE SUR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES MÉDECINS

Suite aux occasions d'amélioration qui ont découlé du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins, au niveau de la communication entre les médecins et les cadres, des propositions d'amélioration ont été faites par les directeurs médicaux et les médecins-chefs locaux. Les médecins-chefs ont rencontré l'équipe des communications pour voir à réaliser les propositions d'amélioration émises.

COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF

Le Comité médical consultatif a tenu une réunion régulière le 31 mai 2016.

RAPPORTS PRÉSENTÉS AUX MEMBRES DU CMC

- Tableau de bord du CMC
- Rapport des groupes cliniques
- Rapport de progrès – Plan de qualité
- Progrès de la démarche d'agrément 2017
- Rapport annuel des plaintes médicales 2015-2016

Ces rapports sont créés par le Réseau et sont présentés au CMC pour suivis au niveau de la qualité de l'acte médical.

APPROBATION DE POLITIQUES

Les politiques suivantes ont été discutées et adoptées par le Comité médical consultatif régional:

- Politique GEN.3.80.30 « Testament de vie » (MOTION 2016/05/31-02-CMC)
- Politique INF.2.30.05 « Hygiène des mains » (MOTION 2016/05/31-03-CMC)
- Politique INF.2.40.05 « Flacons unidoses et multidoses » (MOTION 2016/05/31-04-CMC)
- Politique GEN.3.80.15 « Contentions » (MOTION 2016/05/31-05-CMC)
- Politique GEN.4.50.05 « Vaccination contre la grippe saisonnière » (MOTION 2016/05/31-06-CMC)

MOTION 2016/05/31-02-CMC
Il est proposé par Dr Marc Lagacé, appuyé par Dr Ralph Holly, que le Comité médical consultatif recommande l'adoption de la politiqque GEN.3.80.30 « Testament de vie » telle que présentée avec les changements proposés. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

MOTION 2016/05/31-03-CMC
Il est proposé par Dr Éric Basque, appuyé par Dr François Soucie, que le Comité médical consultatif recommande le maintien de la politique INF.2.30.05 « Hygiène des mains » telle que présentée **ADOPTÉE : 8 en faveur et 2 abstentions.**

MOTION 2016/05/31-04-CMC
Il est proposé par Dre Anik Savoie, appuyé par Dr Mohamed Benlamlih, que le Comité médical consultatif recommande l'adoption de la politique INF.2.40.05 « Flacons unidoses et multidoses » telle que présentée. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

MOTION 2016/05/31-05-CMC
Il est proposé par Dr Martin Robichaud, appuyé par Dr Éric Basque, que le Comité médical consultatif recommande l'adoption de la politique GEN.3.80.15 « Contentions » avec la modification proposée. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

MOTION 2016/05/31-06-CMC
Il est proposé par Dr François Soucie, appuyé par Dr Éric Basque, que le Comité médical consultatif recommande l'adoption de la politique GEN.4.50.05 « Vaccination contre la grippe saisonnière » telle que présentée. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

La politique « Vaccination contre la grippe saisonnière » avait été présentée au CMC lors de son processus de révision. Le CMC avait recommandé que la politique soit modifiée pour que la vaccination contre la grippe saisonnière soit rendue obligatoire pour les employés et les médecins du Réseau de santé Vitalité. Suite à cette recommandation, diverses consultations avec une équipe formée de représentants des ressources humaines et du secteur de la prévention et du contrôle des infections ont été tenues car cette équipe était d'avis que les médecins et les employés de Vitalité n'étaient peut-être pas prêts à se faire imposer de telles mesures et que des démarches de sensibilisation seraient davantage préférables. Une stratégie d'amélioration du taux de vaccination progressive a été présentée par Dre Christine Bourque, microbiologiste médicale et infectiologue au CHUDGLD, et a été acceptée à l'unanimité par le CMC.

> **MOTION 2016/05/31-06-CMC**
> Il a été proposé par Dr Martin Robichaud, appuyé par Dre Anik Savoie, que le Réseau de santé Vitalité adopte une stratégie d'amélioration du taux de vaccination progressive tel que présentée par Dre Christine Bourque. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**.

Le CMC a donc donné son approbation à la politique « Vaccination contre la grippe saisonnière » telle qu'elle avait été présentée initialement.

DEMANDES DE NOMINATION DE PRIVILÈGES

Les demandes de nomination de privilèges des zones 1B, 4, 5 et 6 ont été soumises et approuvées par le Comité médical consultatif et sont soumises pour adoption par le Conseil d'administration jusqu'à sa réunion en juin 2018 telles qu'indiquées aux tableaux des pages suivantes.

DEMANDES DE CHANGEMENT DE NOMINATION DE PRIVILÈGES

La demande de changement de nomination de privilèges de la zone 4 a été soumise et approuvées par le Comité médical consultatif et est soumise pour adoption par le Conseil d'administration jusqu'à sa réunion en juin 2018 telle qu'indiquée au tableau des pages suivantes.

TABLEAU DE RENOUVELLEMENT DE PRIVILÈGES 2016-2018

Le tableau de renouvellement de privilèges 2016-2018 des zones 1B, 4, 5 et 6 a été soumis et approuvé en bloc par le Comité médical consultatif et est soumis pour adoption par le Conseil d'administration jusqu'à sa réunion en juin 2018 tel que présenté au tableau du point 8.6. a).

OCTROI DE PRIVILÈGES AUX MÉDECINS DU RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Les membres du CMC recommandent d'offrir des privilèges de membre invité à tous les médecins actifs et associés du Réseau de santé Horizon.

> **MOTION 2016/05/31-17-CMC**
> Il est proposé par Dr François Soucie, appuyé par Dr John LeBlanc, d'offrir des privilèges de membre invité à tous les médecins actifs et associés du Réseau de santé Horizon. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

OCTROI DE PRIVILÈGES AUX STAGIAIRES EN MÉDECINE CLINIQUE ET AUX APPRENANTS EN MÉDECINE 2016-2017

La liste des stagiaires en médecine clinique ainsi que les apprenants en médecine pour l'année 2016-2017 est soumise au Conseil d'administration pour approbation en bloc tel que présentée au tableau du point 8.6 b).

DEMANDES DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 1B

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 12 mai 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 19 mai 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 31 mai 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent la demande de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 1B jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018.**

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr Mario Alvarez	Associé	1B, 5 et 6	Neurologie	Neurologue
Dr Jocelyn Cormier	Invité	1B	Médecine générale	Médecin de famille
Dr Chadi Darwich	Associé	1B, 5 et 6	Neurologie	Neurologue
Dre Parisa Ghassemi Kakroodi	Suppléante	1B	Médecine générale	Médecin de famille
Dr Marc-André LeBlanc	Associé	1B	Dentisterie	Dentiste
Dr Mark Macdonald	Suppléant	1B	Orthopédie	Orthopédiste
Dre Caroline Rivet	Suppléante	1B	OBS/GYN	Obstétricienne-gynécologue
Dre Caroline Sheitoyan-Pesant	Associée	1B	Microbiologie/ infectiologie	Microbiologiste/ infectiologue
Dr Théophile Thériault	Associé	1B	Médecine interne	Interniste
Dr Sheldon H. Rubin	Honoraire	1B	Hémato-oncologie	Hémato-oncologue

MOTION 2016/05/31-10-CMC
Il est proposé par Dr Ralph Holly, appuyé par Dr Mohamed Benlamlih, d'approuver en bloc les demandes de nomination pour les privilèges de la zone 1B, qui ont été acceptées à la réunion du Comité médical consultatif local de la zone 1B du 19 mai 2016, et en demande l'adoption jusqu'à la réunion du Conseil d'administration de juin 2018. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

DEMANDES DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 4

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 2 mai 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 4 mai 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 31 mai 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent la demande de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 4 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018.**

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dre Kathleen Bannon	Suppléante	4	Médecine familiale	Médecin de famille
Dr Samuel Desjardins	Associé	4	Chirurgie	Dentiste
Dr Wahid Mardenli	Associé	4	Médecine spécialisée	Pédiatre
Dr Ahmad Shogan	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Pathologiste

DEMANDE DE CHANGEMENT DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 4

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 2 mai 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 4 mai 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 31 mai 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent la demande de changement de nomination pour les privilèges du médecin suivant auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 4 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018.**

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr Zeineb Khenissi	Associé à Actif	4	Médecine familiale	Médecin de famille

MOTION 2016/05/31-11-CMC
Il est proposé par Dr Éric Basque, appuyé par Dr François Soucie, d'approuver en bloc les demandes de nomination et de changement de nomination pour les privilèges de la zone 4, qui ont été acceptées à la réunion du Comité médical consultatif local de la zone 4 du 4 mai 2016, et en demande l'adoption jusqu'à la réunion du Conseil d'administration de juin 2018. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

DEMANDES DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 5

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 10 mai 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 25 mai 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 31 mai 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent la demande de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 5 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018.**

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr Alfonso Gomez	Conseiller	5	Chirurgie	Chirurgien – plastie
Dr Rafat Al-Rejjal	Suppléant	5	Chirurgie	Obstétricien/gynécologue
Dr Alier Marrero	Conseiller	5	Médecine	Neurologie

MOTION 2016/05/31-12-CMC
Il est proposé par Dr Éric Basque, appuyé par Dr Martin Robichaud, d'approuver en bloc les demandes de nomination pour les privilèges de la zone 5, qui ont été acceptées à la réunion du Comité médical consultatif local de la zone 5 du 25 mai 2016, et en demande l'adoption jusqu'à la réunion du Conseil d'administration de juin 2018. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

DEMANDES DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 6

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 4 mai 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 25 mai 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 31 mai 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent la demande de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 6 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018.**

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr Michel Gosselin	Suppléant	6	Chirurgie	Chirurgien général
Dr André Schneider	Associé	6	Anesthésie	Anesthésiste
Dr Akinlolu Ojuawo	Suppléant	6	Obstétrique/gynécologie	Obstétricien/gynécologue
Dr Ronald Barriault	Suppléant	6	Médecine familiale	Médecin de famille Chaleur

MOTION 2016/05/31-13-CMC
Il est proposé par Dr Éric Basque, appuyé par Dr Ralph Holly, d'approuver en bloc les demandes de nomination pour les privilèges de la zone 6, qui ont été acceptées à la réunion du Comité médical consultatif local de la zone 6 du 25 mai 2016, et en demande l'adoption jusqu'à la réunion du Conseil d'administration de juin 2018. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité médical consultatif et de la médecin-chef régionale et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Dre France Desrosiers
Vice-présidente – Services médicaux, Formation médicale et Recherche

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

RENOUVELLEMENT DE PRIVILÈGES 2016-2018
ZONE 1 BEAUSÉJOUR

8.6 a)

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
DOIRON, Paul	Anesthésie	Anesthésie	Actif			
FRÉCHETTE, Yannick	Anesthésie	Anesthésie	Suppléant			
DUMAIS, Richard	Anesthésie	Anesthésie (rehab/douleur)	Actif			
GILBERT, Christian	Anesthésie	Anesthésie	Actif			
GOSSELIN, Mario	Anesthésie	Anesthésie et soins intensifs	Actif			
LAPLANTE, Renaud	Anesthésie	Anesthésie et soins intensifs	Actif			
LEBLANC, Julien	Anesthésie	Anesthésie et soins intensifs	Associé			
LEBLANC, Sophie	Anesthésie	Anesthésie	Actif			
MALLAIS, Rachel	Anesthésie	Anesthésie et soins intensifs	Conseiller			
PELLETIER, Jocelyn	Anesthésie	Anesthésie	Suppléant			Suppléant
PHILIPPE, Pascal	Anesthésie	Anesthésie et soins intensifs	Actif			
ROY, Lison	Anesthésie	Anesthésie	Suppléant			
Savoie, Janie	Anesthésie	Anesthésie	Actif			
XIANG, Jianxin	Anesthésie	Anesthésie	Suppléant			
AYLIFFE, Brett	Art dentaire	Dentisterie	Actif			
BOUCHER, Yanik	Art dentaire	Dentisterie	Actif			
BOURGEOIS, Denis	Art dentaire	Dentisterie	Actif			
BOWSER, Deborah	Art dentaire	Dentisterie	Invité			
BRIEN, Nicole	Art dentaire	Dentisterie	Actif			
BROWN, Michael	Art dentaire	Dentisterie	Invité			
CHIASSON, Carolyne	Art dentaire	Dentisterie	Invité			
COPELAND, Richard	Art dentaire	Dentisterie	Invité			
DAWSON, Sean	Art dentaire	Dentisterie	Invité			
DRAPEAU-MCNALLY, Suzanne	Art dentaire	Dentisterie	Actif			
FRANCIS, James	Art dentaire	Dentisterie	Invité			
GIROUARD, Patrick	Art dentaire	Dentisterie	Associé			
JOSHI, Anil	Art dentaire	Chirurgie dentaire	Actif			
LACROIX, Jean-Pierre	Art dentaire	Dentisterie	Actif			
LEVESQUE, Frédéric	Art dentaire	Dentisterie	Actif			

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
MALTAIS, Jennifer	Art dentaire	Dentisterie	Actif			
REID, Gordon	Art dentaire	Dentisterie	Actif			
RICHARD, Jean-Philippe	Art dentaire	Dentisterie	Actif			
ROY, Sylvie	Art dentaire	Dentisterie	Actif			
SMYTH, Fenton	Art dentaire	Dentisterie	Invité			
TOWER, Jennifer	Art dentaire	Dentisterie	Invité			
WISEMAN, Mary Ann	Art dentaire	Dentisterie	Invité			
BEAUSOLEIL, Sylvain	Chirurgie	Chirurgie générale (bariatrique)	Actif			
BOURGOIN, Michel	Chirurgie	Chirurgie vasculaire (angiographie diagnostique et thérapeutique, échographie diagnostique et thérapeutique)	Actif	Conseiller	Conseiller	Conseiller
COMEAU, Tina	Chirurgie	Chirurgie générale	Actif			
CHAREST, Dhany	Chirurgie	Neurochirurgien	Conseiller			
DESLAURIERS, Robert	Chirurgie	Chirurgie générale, thoracique et vasculaire	Actif			
DO, Lan Vinh	Chirurgie	Chirurgie générale (ERCP, Laser CO_2)	Actif			
DOOL, Jayson	Chirurgie	Chirurgie plastique	Conseiller			
HÉBERT, Jocelyne	Chirurgie	Chirurgie générale	Actif			
SKANES, Susan	Chirurgie	Chirurgie plastique	Actif	Conseiller	Conseiller	Conseiller
HUSAIN, Ali	Chirurgie	Chirurgie plastique	Conseiller			
BOURCIER, Marc	Dermatologie	Dermatologue	Actif			
CHIASSON, Chantal	Dermatologie	Dermatologue	Conseiller			
COULIBALY, Eva	Dermatologie	Dermatologue	Actif			
HAYES, Evelyn	Dermatologie	Dermatologue	Actif			
LEPAGE, Anik	Dermatologie	Dermatologue	Conseiller			
CHIASSON, Guylaine	Gériatrie	Gériatre	Actif			Conseiller
HAMOUDA GHEDIRA, Monia	Gériatrie	Gériatre	Actif			
MELANSON-CANDELA, Denise	Gériatrie, méd. générale	Médecin de famille	Actif			
SAVOIE, Antonin	Gériatrie, méd. générale	Médecin de famille	Actif			

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
THÉRIAULT, Raphaëlle	Gériatrie et méd. générale	Médecin de famille	Actif			
COMEAU, Robyn	Gynéco-oncologie	Onco-gynécologue	Actif			
SAVOIE, Réjean	Gynéco-oncologie	Onco-gynécologue	Actif			
WILLIAMS, Carole	Gynéco-oncologie	Onco-gynécologue	Actif			
BENJELLOUN, Ali	Hémato et oncologie	Oncologue	Actif			
FINN, Nicholas	Hémato et oncologie	Hémato-oncologue	Actif			
GHEDIRA, Skander	Hémato et oncologie	Oncologue	Actif			
ST-HILAIRE, Ève	Hémato et oncologie	Hémato-oncologue	Actif			
TOSIKYAN, Axel	Hémato et oncologie	Hémato-oncologue	Suppléant			
WHITLOCK, Pierre	Hémato et oncologie	Hémato-oncologue	Actif			
CAISSIE, Marcel	Imagerie médicale	Radiologiste	Actif			
CHAMPAGNE, Paul	Imagerie médicale	Radiologiste	Actif			
DOIRON, Anne	Imagerie médicale	Radiologiste	Actif			
FINNEGAN, Martin	Imagerie médicale	Radiologiste	Actif			
PILOTE, Nicholas	Imagerie médicale	Radiologiste	Actif			
RICHARD, Mario	Imagerie médicale	Radiologiste	Actif			
SAVOIE, Isabelle	Imagerie médicale	Radiologiste - médecine nucléaire	Actif			
SAVOIE, Rémi	Imagerie médicale	Radiologiste	Actif			
TOUPIN, Michael	Imagerie médicale	Radiologiste	Actif			
TRUDEL, Jean-Sébastien	Imagerie médicale	Radiologiste	Suppléant			
ALLANACH, Robert William (père)	Méd. générale	Médecin de famille	Invité			
ANAND, Sanjiv	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
ARSENAULT, Chantal	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
ARSENEAU, Fernand	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
AUFFREY, Jean-Marie	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
BABIN, Lise	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
BARRIEAU, André	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
BAZINET, Émilie	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
BAZINET, Sara	Méd. générale	Médecin de famille (ultrason de premier trimestre de grossesse)	Actif			
BEAULIEU, Pierre-André	Méd. générale	Médecin de famille	Consel			
BENOÎT, Mélanie	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
BOISSONNAULT, Pierre	Méd. générale	Médecin de famille (obstétrique)	Actif			
BOUCHE, Micheline	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
BOUDREAU, Rhéal	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
BOUFFARD, Karine	Méd. générale	Omnipraticienne en oncologie	Actif			
BOURQUE, Stéphane	Méd. générale et urgence	Médecin de famille (urgence, oncologie)	Actif			
BRIDEAU, Jean-René	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
CHAREST, Mélanie	Méd. générale	Médecin de famille (obstétrique)	Actif			
CHAREST-LEBLANC, Mireille	Méd. générale	Médecin de famille (obstétrique, médecine sportive)	Actif			
CHIASSON, Paul	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
CORMIER, Janice	Méd. générale	Omnipraticienne en oncologie (assistante clinique en oncologie : prescriptions de chimiothérapie; Acte technique : biopsie moëlle osseuse, ponction lombaire et injection intra-thécale de chimio)	Actif			
CORMIER, Jules	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
CORMIER, Marc	Méd. générale, méd. urgence	Méd. famille (urgence HSKM)	Actif			
CÔTÉ, Geneviève	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
CRAWFORD, Michelle	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
CYR, Nathalie	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
DAHAN, Marc	Méd. générale	Médecin de famille	Conseiller			
DAIGLE, Pierrette	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
DAIGLE, Sylvie	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
DÉSILETS, Alice	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
DESJARDINS GODBOUT, Mélanie	Méd. générale	Médecin de famille	Associé			
DUPUIS, Hubert	Méd. générale	Médecin de famille (obstétrique)	Actif			

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
DUPUIS, Julien	Méd. générale, méd. urgence	Médecin de famille (urgence)	Suppléant			
FEKHAR, Amel	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
FRENETTE, Stéphanie	Méd. générale	Médecin de famille (onco et soins palliatifs)	Actif			
FRENETTE, Thomas	Méd. générale	Médecin de famille	Conseiller			
GAGNON, Annie	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
GALLANT, Marilyn	Méd. générale, méd. urgence	Médecin de famille (urgence)	Suppléant			
GALLANT-LEBLANC, Denise	Méd. générale, méd. urgence	Médecin de famille (urgence HSMK) (sclérothérapie et médecine esthétique et la phlébologie)	Actif			
GAUTREAU, Renelle	Méd. générale	Médecin de famille (obs)	Actif			
GRANT, Nathalie	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
GUIGNARD, Jimmy	Méd. générale, méd. urgence	Médecin de famille (urgence)	Actif			
HARQUAIL, Tania	Méd. générale	Médecine générale	Suppléant			
HÉBERT, Monique	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
HOGAN, Natalie	Méd. générale	Médecin de famille	Associé			
LACASSE, Lise	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
LANDRY, Elaine	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
LANDRY, Jacques	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
LANDRY, Michel	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
LANDRY, Rachelle	Méd. générale	Médecin de famille (oncologie)	Actif			
LANGLAIS, Danielle	Méd. générale	Médecin hospitaliste	Actif			
LAVOIE, Ghislain	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
LEBLANC, Karine	Méd. générale	Médecin de famille (obstétrique)	Actif			
LEBLANC, Paulette	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
LEBLANC, Véronique	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
LEBRETON, Nathalie	Méd. générale	Médecin de famille (obstétrique)	Actif			
LÉGER, Mélanie	Méd. générale	Médecin de famille (s. palliatifs)	Conseiller			
LEGRESLEY, Conrad	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
LEROUX, Manon	Méd. générale	Médecin de famille (clinique de douleur)	Actif			
LORD, Frank	Méd. générale	Omnipraticien	Actif			
MARTIN, Geneviève	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
MARTIN, Yolande	Méd. générale	Omnipraticienne en oncologie (prescription chimiothérapie et ponctions lombaires avec injection de chimiothérapie intrathécale)	Actif			
MCCANN, John	Méd. générale	Médecin de famille	Conseiller			
MELANSON, Josée	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
MELANSON, Jules	Méd. générale	Médecin de famille (urgence)	Associé			
MELANSON, Karen	Méd. générale	Médecin de famille (obs)	Actif			
MELANSON, Stéphanie	Méd. générale	Médecin de famille (ultrason dating en obstétrique et clinique planning et médecine de l'exercice et du sport)	Actif			
MELANSON, Vincent	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
MOFFITT, Julie	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
NADEAU, Marie-Josée	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
OUELLETTE, Rodney	Méd. générale	Médecin de famille - IARC (méd. lab. génétique et moléculaire)	Actif			
PARKER, Renée	Méd. générale	Médecin de famille (hospitaliste)	Actif			
POITRAS, Marie-Josée	Méd. générale	Médecin de famille (s. palliatifs)	Actif			
RICHARD, Lise	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
RICHARD, Norbert	Méd. générale	Médecin de famille	Invité			
ROBICHAUD, Éric	Méd. générale	Médecin de famille (oncologie)	Actif			
ROBICHAUD, Martine	Méd. générale	Médecin de famille (obs, échographie de datage des grossesses du premier trimestre)	Actif			
ROBICHAUD, Victor	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
ROSS, David	Méd. générale	Médecin de famille	Conseiller			
ROUSSEAU, Jean-Philippe	Méd. générale	Médecin de famille (obstétrique)	Actif			
ROY, Katie	Méd. générale	Médecin de famille (s. palliatifs)	Actif			

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
ROY, Marcel	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
ROY, Nadine	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
SAULNIER, Mario	Méd. générale	Médecin de famille (obstétrique)	Actif			
SAULNIER, Nancy	Méd. générale	Médecin hospitaliste et soins palliatifs	Actif			
SAVOIE, Anik	Méd. générale	Médecin de famille (obstétrique)	Actif			
SAVOIE, Cynthia	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
SIMARD, Caroline	Méd. générale	Médecin de famille (assistance chirurgicale et clin. de planning)	Actif			
SPENCE, Karine	Méd. générale	Médecin de famille (clinique sans rendez-vous, chirurgies mineures)	Actif			
ST-PIERRE, Nicole	Méd. générale	Médecin de famille (obstétrique)	Actif			
THIBAULT, Hélène	Méd. générale et urgence	Médecin de famille (urgence)	Actif			
THIBODEAU, Danièle	Méd. générale et urgence	Médecin de famille (urgence)	Actif			
TURCOTTE, Renée	Méd. générale	Médecin de famille (s. palliatifs et oncologie palliative)	Actif			
URBAIN, Mélanie	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
WARD, Charlene	Méd. générale et urgence	Médecin de famille (urgence)	Suppléant			
WARD, Randy	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
WHALEN, Julie	Méd. générale	Médecin de famille (oncologie)	Actif			
WYBOUW, Cédric	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
ALLAIN, Mélanie (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Conseiller			
ARSENAULT, Mélanie (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Conseiller			
BOUCHER, André (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Conseiller			
BORDAGES, Marie-Claude (HSMK)	Méd. générale	Médecin d'urgence	Actif			
COLLETTE, Stéphane (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
CYR, Amélie (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille (urgence)	Actif			
FONTAINE, Ronald (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
GIROUARD-LECLERC, Isabelle-Anne	Méd. générale	Médecin d'urgence et soins intensifs fermés	Associé			
LANDRY, Patrice	Méd. générale	Médecin d'urgence et s. palliatifs	Associé			

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
LANGIS, Lise (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
LEBLANC, Michelle (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Conseiller			
LEBLANC, Pierre (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
MARTIN, Éric (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Conseiller			
MCCLEAVE, John (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Conseiller			
MCFADDEN, Shelley (HSMK)	Méd. générale	Médecine générale (continuer pratique actuelle en privé - esthétique médicale et traitement hormonal de la périménopause)	Invité			
NAIT AJJOU, Jamila (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille	Actif			
ROBICHAUD, René (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille (urgence)	Actif			
SIROIS, Josée (HSMK)	Méd. générale	Médecin de famille (urgence)	Actif			
THOUIN, Nicolas	Méd. générale	Médecin d'urgence	Suppléant		Suppléant	Suppléant
VAUTOUR, Josette (HSMK)	Méd. générale	Médecin d'urgence	Actif			
ALBERT, Paul	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif			
ARSENEAULT, Tania	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif			
BÉDARD, Nadia	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif			
CYR, Valérie-Anne	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif			
GODIN, Bernard	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif			
GODIN, Danny	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif			
JEAN, Isabelle	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif			
POWER, Guy	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif			
ROBICHAUD, Martin	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif			
ST-CŒUR, Rachelle	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif			
TOUCHBURN, André	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Suppléant			
TREMBLAY, Pierre-Michel	Méd. urgence	Médecin d'urgence	Actif	Suppléant	Suppléant	Suppléant
BARIL, Jean-François	Méd. interne	Cardiologue	Actif			
BRIDEAU, Éric	Méd. interne	Pneumologue	Actif			
CLEVINGER, Ernest	Méd. interne	Neuruologue	Conseiller			Conseiller
CORMIER, Luc	Méd. interne	Cardiologue	Actif			
D'ASTOUS, Michel	Méd. interne	Cardiologue	Actif			
GAUDET, Matthieu	Méd. interne	Pneumologue	Actif			
HARPER, Byrne	Méd. interne	Neurologue	Conseiller			Conseiller

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
LEBLANC, Danica	Méd. interne	Interniste	Actif			
LEBLANC, Rémi	Méd. interne	Interniste (échographie cardiaque, médecine obstétricale)	Actif			
LEE, Rina	Méd. interne	Cardiologue	Actif			
MALLET, Marcel	Méd. interne	Pneumologue	Actif			
MARRERO, Alier	Méd. interne	Neurologue	Actif	Conseiller	Conseiller	Conseiller
MENASRIA, Ali	Méd. interne	Endocrinologue	Actif			
PARADISO, Guillermo	Méd. interne	Neurologue	Conseiller			
SANGANI, Masoud	Méd. interne	Neurologue	Conseiller			Conseiller
SILVA, Fidelia	Méd. interne	Gastroentérologue	Actif			
VERGER, Pierre	Méd. interne	Gastroentérologue	Actif			
WESTON, Lyle	Méd. interne	Neurologue	Conseiller		Conseiller	Conseiller
WILLISTON, Maryse	Méd. interne	Pneumologue	Actif			
BOURQUE, Christine	Micro/maladies infectieuses	Microbiologiste	Actif			
DESNOYERS, Guillaume	Micro/maladies infectieuses	Microbiologiste moléculaire	Scientifique affilié			
GARCEAU, Richard	Micro/maladies infectieuses	Microbiologiste	Actif			
GIROUARD, Gabriel	Micro/maladies infectieuses	Microbiologiste	Actif			
THIBAULT, Louise	Micro/maladies infectieuses	Microbiologiste	Actif	Conseiller	Conseiller	Conseiller
BALFOUR, Shana	Néphrologie	Néphrologue	Actif		Conseiller	
DORVAL, Marc	Néphrologie	Néphrologue	Actif		Conseiller	
FERGUSON, Kathy	Néphrologie	Néphrologue	Actif		Conseiller	
LEVALLOIS-GIGNAC, Jasmin	Néphrologie	Néphrologue	Actif		Conseiller	
ROUX, Véronique	Néphrologie	Néphrologue	Actif		Conseiller	
THIBEAULT, Yves	Néphrologie	Néphrologue	Actif		Conseiller	
ARSENEAULT, Karine	Obs-gynécologie	Obstétricien-gynécologue	Actif			
BERNARDIN, Jeanne	Obs-gynécologie	Obstétriciene-gynécologue (échographie obstétricale et gynécologique)	Conseiller			
GARDNER, Angus	Obs-gynécologie	Obstétricien-gynécologue	Suppléant			

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
LAMOUREUX, Marie-Catherine	Obs-gynécologie	Obstétricien-gynécologue	Actif			
MCLAUGHLIN, Nathalie	Obs-gynécologie	Obstétricien-gynécologue	Actif			
NADEAU, Sylvie	Obs-gynécologie	Obstétricien-gynécologue	Actif	Suppléant		
ROBICHAUD, Alfred	Obs-gynécologie	Obstétricien-gynécologue	Actif			
AUCOIN SAVOIE, Isabelle	Ophtalmologie	Ophtalmologiste	Actif			
CORMIER, Daniel	Ophtalmologie	Ophtalmologiste	Actif			
CORMIER, Gilles	Ophtalmologie	Ophtalmologiste	Conseiller			
EID, Clovis	Ophtalmologie	Ophtalmologiste	Actif			
LEBLANC, Guy	Ophtalmologie	Ophtalmologiste	Actif			
SAAD, Julien	Ophtalmologie	Ophtalmologiste	Suppléant			
SAMAN, Arif	Ophtalmologie	Ophtalmologiste	Conseiller			
TAYLOR, Vicki Lynn	Ophtalmologie	Ophtalmologiste	Conseiller			
ALLANACH, William Wallace	Orthopédie	Orthopédiste	Conseiller			
BLANDO, Germain	Orthopédie	Orthopédiste	Actif		Conseiller	
BOURQUE, Luc	Orthopédie	Orthopédiste	Actif			
CLARK, Andrew	Orthopédie	Orthopédiste	Conseiller	Conseiller	Conseiller	Conseiller
DAVID, Hervé	Orthopédie	Orthopédiste	Actif		Conseiller	
FARHADNIA, Payam	Orthopédie	Orthopédiste	Suppléant	Suppléant	Suppléant	Suppléant
FORSYTHE, Michael E.	Orthopédie	Orthopédiste	Conseiller			
LEBRETON, Michel-Alexandre	Orthopédie	Orthopédiste	Actif		Conseiller	
MANSON, Neil	Orthopédie	Orthopédiste	Conseiller			
ALLARD, Marie-Josée	ORL	ORL	Actif			
GIBERSON, Warren	ORL	ORL	Conseiller			
LEMAIRE, David	ORL	ORL	Actif			
MACCALLUM, Patricia	ORL	ORL	Conseiller			
MCNEIL, Michael	ORL	ORL	Conseiller			
ROBICHAUD, Ronald	ORL	ORL	Actif			
BORMANIS, Janis	Pathologie	Hématopathologiste	Conseiller			
CAMERON, Bruce	Pathologie	Hématopathologiste	Actif	Conseiller	Conseiller	Conseiller
GRAVEL, Denis	Pathologie	Anatomopathologiste	Conseiller	Conseiller	Conseiller	Conseiller
JAMISON, Bruce	Pathologie	Anatomopathologiste	Conseiller			
MAICAS, Emmanuel	Pathologie	Anatomopathologiste	Actif			
OUSSEDIK, Youcef	Pathologie	Pathologiste clinique	Actif			
PROKOPETZ, Robert	Pathologie	Anatomopathologiste	Conseiller			

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
QUIRION, Marie-Andrée	Pathologie	Anatomopathologiste	Actif			
WANG, Don	Pathologie	Anatomopathologiste	Conseiller	Conseiller	Conseiller	Conseiller
BERNATCHEZ, Josée	Pédiatrie	Pédiatre	Actif			
CHEN, Robert	Pédiatrie	Pédiatre (cardio)	Conseiller	Conseiller	Conseiller	Conseiller
CHOUINARD, Philippe	Pédiatrie, méd. gén.	Médecin de famille	Actif			
DESCHÊNES, Elaine	Pédiatrie	Pédiatre (Phénylcétonurie)	Actif	Conseiller	Conseiller	Conseiller
DHILLON, Santokh	Pédiatre	Pédiatre (cardio)	Conseiller			Conseiller
HUSSAIN, Arif	Pédiatrie	Pédiatre (cardio)	Conseiller			Conseiller
HÉBERT, Natacha	Pédiatrie	Pédiatre	Actif			
LEBLANC, Geneviève	Pédiatrie	Pédiatre (hémato-oncologie pédiatrique selon collaboration "APPHon")	Actif			
LEBLANC, Nicole	Pédiatrie	Pédiatre	Actif	Suppléant		
MARTIN, Marie-Josée	Pédiatrie	Pédiatre	Suppléant	Suppléant		
WARREN, Andrew	Pédiatrie	Pédiatre (cardio)	Conseiller			Conseiller
Wong, Kenny K.	Pédiatrie	Pédiatre (cardio)	Conseiller			Conseiller
AUCOIN, Colette	Psychiatrie	Psychiatre	Actif			
BASQUE, André-Denis	Psychiatrie	Psychiatre (pédo)	Associé			
BOUCHER, Catherine	Psychiatrie	Psychiatre (pédo)	Actif			
CHIANETTA, Jean-Marc	Psychiatrie	Psychiatre (géronto)	Actif			
GODBOUT, Jacques-André	Psychiatrie	Psychiatre	Actif			
LÉVESQUE, Andrée	Psychiatrie	Psychiatre	Actif			
MARCOTTE, Patrick	Psychiatrie	Psychiatre	Actif			
MARQUIS, Étienne	Psychiatrie	Psychiatre	Actif			
POIRIER, Mylène	Psychiatrie	Psychiatre	Actif			
THÉRIAULT, Louis	Psychiatrie	Psychiatre	Actif			
VAUTOUR, Marc	Psychiatrie	Psychiatre	Actif			
FILICE, Santo	Radio-oncologie	Radio-oncologue	Actif			
LEBLANC, Linda	Radio-oncologie	Radio-oncologue	Actif			
LIRETTE, Andrée	Radio-oncologie	Radio-oncologue	Actif			
GIROUX, Patrick	Rhumatologie	Physiatre/douleur	Actif			
NEMBO, Joseph Alfred	Rhumatologie	Rhumatologue	Actif			
PICARD, Léo	Rhumatologie	Rhumatologue	Actif	Conseiller	Conseiller	Conseiller
BOUDREAU, Luc	Urologie	Urologue	Actif			

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
BREAULT, Guy	Urologie	Urologue	Actif			
DWYER, Neil	Urologie	Urologue	Conseiller			
LEBLANC, Guy	Urologie	Urologue	Conseiller			
SAVOIE, Marc	Urologie	Urologue	Actif			
SITLAND, Troy	Urologie	Urologue	Conseiller			

RENOUVELLEMENT DE PRIVILÈGES 2016-2018
ZONE 4 NORD-OUEST

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
ANDERSEN, Michelle	Chirurgie	Anesthésiste		Actif		
AUCOIN, André	Chirurgie	Chirurgien général		Actif		
BEAULIEU, Sylvie	Chirurgie	Gynécologue/obstétricienne		Suppléant		
BÉLANGER, Jean-François	Chirurgie	Chirurgien général		Actif		
BLIER, Ludger	Chirurgie	Chirurgien général		Actif		
CHOWHRY, Rajendra	Chirurgie	Chirurgien général		Suppléant		
CLOUTIER, Paul	Chirurgie	Chirurgien général		Actif		
CORREA, Denis	Chirurgie	Anesthésiste		Associé		
DADA, Azad	Chirurgie	Anesthésiste		Actif		
DESJARDINS, Samuel	Chirurgie	Dentiste		Associé		
DIONNE, Wayne	Chirurgie	Dentiste		Actif		
ÉFOÉ, Anani	Chirurgie	Orthopédiste		Actif		
GRONDIN, Pierre	Chirurgie	Dentiste		Actif		
GUINARD, François	Chirurgie	Ophtalmologue		Actif		
HOYT, Benjamin	Chirurgie	ORL		Conseiller		
LAPLANTE, Joyce	Chirurgie	Dentiste		Actif		
LIHIMDI, Nadia	Chirurgie	Ophtalmologue		Actif		
MARTIN, Pierre	Chirurgie	Orthopédiste		Actif		
MCLELLAN, Rowan Ashley	Chirurgie	Urologue		Conseiller		
MICHAUD, Dean	Chirurgie	Dentiste		Actif		
MILLS, Martha	Chirurgie	Gynécologue/obstétricienne	Suppléant	Suppléant	Suppléant	Suppléant
MORNEAULT, Julien	Chirurgie	Dentiste		Actif		
PAILLARD, Jean-François	Chirurgie	Orthopédiste		Actif		
PELLETIER, Gilles	Chirurgie	Dentiste		Actif		
PELLETIER, Jessica	Chirurgie	Dentiste		Actif		
PERKINS, Philippe	Chirurgie	Orthopédiste		Actif		
RAHBAOUI, Ahmed	Chirurgie	Gynécologue/obstétricien		Actif		
RUSU, Viorel George	Chirurgie	Urologue		Actif		

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
SAMSON, Yves	Chirurgie	Gynécologue/obstétricien		Actif		
THOMPSON, Gregory	Chirurgie	ORL		Conseiller		
VIOLETTE, Daniel	Chirurgie	Dentiste		Actif		
VOISINE, Richard	Chirurgie	Dentiste		Actif		
ZAHRA, Bassam	Chirurgie	Orthopédiste		Actif		
ZHANG, Charles	Chirurgie	Anesthésiste		Actif		
ALBERT-DAIGLE, Luce	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
AUBUT, Stéphanie	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
BLUNSTON, Shawn	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
BOUCHARD, Marie	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
BRULOTTE, Michel	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
CARRIER, Yves	Méd. générale	Médecin de famille		Suppléant		
CASTONGUAY, Julie	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
CLAVETTE, Carole	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
CONNELY, Andrew	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
CORMIER, Guillaume	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
CORMIER, Renaud	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
CÔTÉ, Marie-Pier	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
CÔTÉ-BÉRUBÉ, Janik	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
CYR, Anne	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
DION, Bertrand	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
DION, Natacha	Méd. générale	Médecin de famille		Associé		
DUMONT, Jocelyn	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
DUMONT, Jonathan	Méd. générale	Médecin de famille		Suppléant		
DUPÉRÉ, Mélissa	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
DUPUIS, Chanel	Méd. générale	Médecin de famille		Suppléant		
DUPUIS, Isabelle	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
FAUCHER, Hélène	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
GAGNON, François	Méd. générale	Médecin de famille		Suppléant		
GAGNON, Julie	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
GIBBS, Gaétan	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
HENDRIKS, Édouard	Méd. générale	Médecin de famille		Suppléant		
KHENISSI, Zeineb	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
LANG, Denis	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
LAVOIE, Maryse	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
LAVOIE-DUFOUR, Line	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
LEBLANC, Joanne	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
LEVASSEUR, Éric	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
LÉVESQUE, Marie-Christine	Méd. générale	Médecin de famille		Associé		
LUTTFY, Ghyda	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
MARTIN, Josée	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
MAYRAND, Luc	Méd. générale	Médecin de famille		Suppléant		
MAYRAND, Pierre	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
MICHAUD, Michèle	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
MORIN, Maryse	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
NOWLAN, Michel	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
PELLETIER, Denis	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
PHILLIPS, Jessy	Méd. générale	Médecin de famille		Associé		
RICHARD, Claude	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
ROY, Daniel	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
ROY, Jean-Philippe	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
ROY, Maurice	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
SÉNÉCHAL, Sylvie	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
SOUCIE, François	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
SOUCY, Marina	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
TASOVAC-BABIC, Radmila	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
THÉRIAULT, Luce	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
THIBODEAU, Jean-Louis	Méd. générale	Médecin de famille		Suppléant		
TOBIN, John	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
TRAN, Yen	Méd. générale	Médecin de famille		Actif		
ATTIG, Ezzedine	Méd. spécialisée	Neurologue		Conseiller		
BEAULIEU, Guylaine	Méd. spécialisée	Dermatologue		Actif	Conseiller	
BEGUM, Rukhsana	Méd. spécialisée	Radiologue		Actif		
BENLAMLIH, Mohamed	Méd. spécialisée	Pédiatre		Actif		
BOSSÉ, Mélissa	Méd. spécialisée	Physiatre		Conseiller	Conseiller	Conseiller
BOUHTIAUY, Ihssan	Méd. spécialisée	Scientifique		Scientifique affilié		
CHHIBBER, Siddhath	Méd. spécialisée	Radiologue		Suppléant		Suppléant

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
CHOUFANI, Joe	Méd. spécialisée	Interniste		Suppléant	Suppléant	Suppléant
DE BRUYCKER, Jean-Jacques	Méd. spécialisée	Pédiatre		Suppléant		
DIMACHKI, Saadedine	Méd. spécialisée	Psychiatre		Actif		
DIVANLI, Kemal	Méd. spécialisée	Psychiatrie		Actif		
ECKER, George	Méd. spécialisée	Rhumatologue		Conseiller		
HAQ CHOUDHURI, Akm Ziaul	Méd. spécialisée	Radiologue		Actif		
HARVEY, Pierre	Méd. spécialisée	Infectiologue		Conseiller		
HUBLALL, Ronald	Méd. spécialisée	Radiologue		Actif		
KABWÉ, Nadine	Méd. spécialisée	Pédiatre		Actif		
LANG, Anik	Méd. spécialisée	Interniste		Actif		
LANG, Mélanie	Méd. spécialisée	Interniste		Actif		
LEBOUTHILLIER, Gilles	Méd. spécialisée	Nucléiste		Actif		Conseiller
LECLERC, Olga	Méd. spécialisée	Radiologue		Actif		
MALENFANT, Laurie	Méd. spécialisée	Médecin de famille		Actif		
NGUIMFACK, Pierre	Méd. spécialisée	Psychiatre		Actif		
PAILLARD, Christian	Méd. spécialisée	Interniste		Actif		
PELKEY, Michael	Méd. spécialisée	Endocrinologue		Conseiller		
PICARD, Daniel	Méd. spécialisée	Nucléiste		Conseiller		
ST-HILAIRE, Eve	Méd. spécialisée	Oncologue		Conseiller		
TRANSUE, Sarah	Méd. spécialisée	Pathologiste		Actif		
VAUCHER, Robert-Yves	Méd. spécialisée	Neurologue		Conseiller		
VAUJOIS, Laurence	Méd. spécialisée	Cardiologue pédiatrique		Conseiller		
VIOLETTE, Chantal	Méd. spécialisée	Interniste		Actif		
VIRGILI, Philippe	Méd. spécialisée	Psychiatrie		Actif		
WHITLOCK, Pierre	Méd. spécialisée	Oncologue		Conseiller		

RENOUVELLEMENT DE PRIVILÈGES 2016-2018
ZONE 5 RESTIGOUCHE

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
ALDEA, Michael	Médecine	Anesthésiste			Actif	
JAMI, Sridhar	Médecine	Anesthésiste			Actif	
LAEVSKI, Hristo	Médecine	Anesthésiste			Actif	
SINHA, Prabhat	Médecine	Anesthésiste			Actif	
FUZESI, Gabor	Chirurgie	Chirurgien			Actif	
LAGACÉ, Marc	Chirurgie	Chirurgien			Actif	
BRISSON, Patrice	Chirurgie	Dentiste			Invité	
CHOY, Fuk Yuen	Chirurgie	Dentiste			Invité	
DRAPEAU, Sylvain	Chirurgie	Dentiste			Invité	
IRVINE, Bonnie	Chirurgie	Dentiste			Invité	
ROBICHAUD, Jean-Claude	Chirurgie	Dentiste			Invité	
SEGUIN, Jean-François	Chirurgie	Dentiste			Invité	
CONROD, Cheryl	Chirurgie	Obstétricien-gynécologue	Suppléant	Suppléant	Suppléant	Suppléant
OYEYE, Grant	Chirurgie	Obstétricien-gynécologue			Associé	
CORTIN, Paul	Chirurgie	Ophtalmologiste			Actif	Invité
GROOHI, Bahram	Chirurgie	Orthopédiste			Actif	
VERRET, Gilles	Chirurgie	Orthopédiste			Actif	
SHENOY, Pradeep	Chirurgie	ORL		Conseiller	Actif	
SINGH, Dharm	Chirurgie	Urologue			Actif	
BARRIAULT, Ronald	Méd. générale	Médecin de famille			Invité	Invité
BASHALA, Roger	Méd. générale	Médecin de famille	Suppléant	Suppléant	Actif	Suppléant
BECERRO, Gloria	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
BENNANI, Taher	Méd. générale	Médecin de famille			Associé	
BENOIT, Catherine	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
BESHAY, Basem	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
BUJOLD, Louis	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
CAYARD, Jean Edward	Méd. générale	Médecin de famille			Associé	
DUFOUR, Christian	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
HABERER, Marie Pierre	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
JOHNSTON, Michael	Méd. générale	Médecin de famille			Invité	
KATANDA, Sylvie	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
KHATIB, Ahmad	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
LANDRY, Jean-Paul	Méd. générale	Médecin de famille			Suppléant	
LAPORTE, Bertrand	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
LEBELLE-DÉJARIO, Nadine	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
LEBLANC, Paul	Méd. générale	Médecin de famille			Invité	
LEVESQUE, Josée	Méd. générale	Médecin de famille			Invité	Invité
MACDONALD, Christopher	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
MACMILLAN, Vona	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
MASSE, Sylvain	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
NGOLA, Jean Robert M.	Méd. générale	Médecin de famille			Associé	
OSMAN, Houssein	Méd. générale	Médecin de famille			Associé	
PELLETIER, Adrien	Méd. générale	Médecin de famille			Invité	
QUINTAL, Jean-Claude	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
ROBICHAUD, Delbé	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
YACOUB, Inas	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
YOULA, Adam-Rabi	Méd. générale	Médecin de famille			Actif	
BAJWA, Harjeet	Médecine	Radiologue			Suppléant	
MARTEL, Jean-Pierre	Médecine	Radiologue			Suppléant	Suppléant
MCGOWAN, Allister	Médecine	Radiologue			Actif	
NASHED, Mohamed	Médecine	Radiologue			Associé	
BENGHIDA, Riad	Médecine	Pneumologue			Actif	
BOJILOV, Borislav	Médecine	Interniste			Associé	
JAMIL, Khalid	Médecine	Endocrinologue			Actif	
WHALEN, Mark	Médecine	Interniste			Actif	
LYEW, Warren Joseph	Médecine	Pathologiste			Actif	
TABASSUM, Farah	Médecine	Pathologiste			Actif	
WANG, Wei	Médecine	Pathologiste			Actif	
MATTHEWS, Nicole	Médecine	Pédiatre			Actif	
RIZK, Mohammed	Médecine	Pédiatre			Associé	
HAQUE, Khurshid	Psychiatrie	Psychiatre			Actif	
HOLLY, Ralph E.	Psychiatrie	Psychiatre			Actif	
HOLLY, Tania Marie	Psychiatrie	Psychiatre			Actif	

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
LAEVSKI, Alex	Psychiatrie	Psychiatre			Actif	
LAMOUR, Dominique	Psychiatrie	Psychiatre			Actif	
MASSÉ, Caroline	Psychiatrie	Psychiatre			Actif	
RAHERINAIVO, Thierry	Psychiatrie	Psychiatre			Actif	
TALEB, Samir	Psychiatrie	Psychiatre			Actif	

RENOUVELLEMENT DE PRIVILÈGES 2016-2018
ZONE 6 ACADIE-BATHURST

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
BANVILLE, Natalie	Anesthésie	Anesthésiste				Actif
BOSNEAGA, Andrea	Anesthésie	Anesthésiste				Associé
BEAUVAIS, Michel	Anesthésie	Anesthésiste				Actif
LEE, Yung	Anesthésie	Anesthésiste				Actif
MANGUBAT, Licerio	Anesthésie	Anesthésiste				Actif
NOVIKOVA, Olia	Anesthésie	Anesthésiste	Suppléant			Suppléant
MOOSAVI, Mansour	Anesthésie	Anesthésiste				Actif
ANTUNA, Sylvia	Art dentaire	Dentiste				Actif
CHAMBERLAIN, Keith	Art dentaire	Dentiste				Actif
DEMPSEY, Don	Art dentaire	Dentiste				Actif
AL-REJJAL, Rafat	OBS/GYN	Obstétricien-gynécologue			Suppléant	Actif
FARAG, Hani	OBS/GYN	Obstétricien-gynécologue	Suppléant	Suppléant	Suppléant	Suppléant
FONDOP, Jean-Jacques	OBS/GYN	Obstétricien-gynécologue	Suppléant	Suppléant	Suppléant	Actif
LEBOUTHILLIER, Anne	OBS/GYN	Obstétricien-gynécologue				Actif
BARTLETT, Wayne	Chirurgie	Orthopédiste	Invité	Invité	Invité	Actif
BOSSÉ, Maryline	Chirurgie	Orthopédiste				Actif
BRANCH, Neil	Chirurgie	Orthopédiste				Actif
CARON, Michel	Chirurgie	Orthopédiste				Actif
DAIGLE, Sébastien	Chirurgie	Urologue				Actif
FASSIER, François	Chirurgie	Orthopédiste (pédiatrie)				Conseiller
FRENETTE, Rémi	Chirurgie	Orthopédiste				Actif
GOMEZ, Alphonso	Chirurgie	Plasticien			Suppléant	Actif
HOULE, François	Chirurgie	Chirurgien général				Suppléant
JAVIDI, Robert	Chirurgie	Ophtalmologue				Actif
LEBLANC, Marc-André	Chirurgie	Orthopédiste				Actif
LETHBRIDGE, Richard	Chirurgie	Assistant clinique				Ass. Clin.
MATSUI, Irene	Chirurgie	Assistant clinique				Ass. Clin.
NGO, Sieu	Chirurgie	Urologue				Actif
SAVOIE, Marc Eric	Chirurgie	Chirurgien général				Actif

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
SEMERJIAN, Yves	Chirurgie	Chirurgien général				Actif
STEPHENSON, Marie-France	Chirurgie	ORL				Actif
STRAUCH, Daniella	Chirurgie	Ophtalmologue				Suppléant
TREMBLAY, Guy Luc	Chirurgie	ORL				Suppléant
SHOEFFNER, Wolfgang	Chirurgie	Chirurgien général				Actif
BELISLE, Claude	Imagerie médicale	Radiologue				Actif
CYR, Jean-Louis	Imagerie médicale	Radiologue				Actif
DEPELTEAU, Hélène	Imagerie médicale	Radiologue				Suppléant
LEBLANC, John	Imagerie médicale	Médecin nucléiste				Actif
RADI, Maha	Imagerie médicale	Radiologue				Actif
ROY, Brigitte	Imagerie médicale	Radiologue				Actif
SADAF, Arifa	Imagerie médicale	Radiologue			Suppléant	Suppléant
SIMMS, David	Imagerie médicale	Radiologue	Conseiller	Conseiller	Conseiller	Conseiller
NISSEMBAUM, Michael	Imagerie médicale	Radiologue				Suppléant
ILES, David	Imagerie médicale	Radiologue	Conseiller	Conseiller	Conseiller	Conseiller
BASQUE, Eric	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
BENGA MALULU, Francine	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
BOUCHER, Carl	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
BOUCHER, Daniel	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
BOUKRA, Belaid	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
BOURQUE, Jean-André	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
CARON, Sandrine	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
CHIASSON, Renelle	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
CHIASSON, Marie-Lise	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
COUTURIER, Edith	Méd. générale PA	Médecin de famille	Suppléant	Suppléant	Suppléant	Suppléant
DESROSIERS, France	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
DION, Marie-Claude	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
DUGAS, Lise	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
DUGUAY-VIBERT, Denise	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
DROLET-FERGUSSON, Joelle	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
FRENETTE, Ian F.	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
HACHÉ, Louise	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
HYNES, William	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
LAPOINTE, Jennifer	Méd. générale PA	Médecin de famille				Suppléant

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
LOSIER, Lise	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
LUYELA, Asunta	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
MALLET, Michelle	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
MARTIN-WARD, Dawn M.	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
MCGRAW, Serge	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
MCLAUGHLIN, Alexandre	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
MÉNARD, Louis	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
MORISSETTE, Celine	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
MUSEMBA, Justine	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
NARDINI, Robert	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
OUELLET, Frederic	Méd. générale PA	Médecin de famille	Suppléant	Suppléant	Suppléant	Actif
PELLETIER, Annick	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
ROBICHAUD, Johanne	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
ROUSSELLE, Réjeanne	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
SAADE, Antoine	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
SANTERRE, Mylène	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
SAVOIE, Simon-Pierre	Méd. générale PA	Médecin de famille	Suppléant	Suppléant	Suppléant	Actif
SELOSSE, Bruno	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
VEILLEUX, Nadia	Méd. générale PA	Médecin de famille				Actif
ALAGBÉ, Sylvie	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
ARSENAULT, Marie-Andrée	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
ARSENEAU, Rebecca	Méd. générale CH	Médecin de famille				Associé
ARSENEAU, Jean-Pierre	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
AUCOIN, Marc	Méd. générale CH	Médecin de famille	Suppléant		Suppléant	Actif
BARNHILL, Byron	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
BLANCHARD, Michel	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
BOUCHARD, Ariane	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
BOUDREAU, Ève-Marise	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
CAUCHON, Natalie	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
CAMIRE, Sophie	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
CHETTIAR, Nataraj	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
DAIGLE, Samuel	Méd. générale CH	Médecin de famille	Suppléant			Actif
DOUCET, Danielle	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
DOUCET, Marc-André	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
DUCHARME, Louis-Albert	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
DUGAS, Anna-Viola	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
EDDIE, Patrick	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
GIONET, Edmonde	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
GIROUARD, Vanessa	Méd. générale CH	Médecin de famille	Suppléant			Suppléant
GODIN, Dominique	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
GOGUEN, Frederic	Méd. générale CH	Médecin de famille	Suppléant	Suppléant	Suppléant	Actif
GOULARD, Jean-François	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
HACHÉ, Marilène	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
LAFLAMME-FILLION, Annie	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
LAGACÉ, Anne-Renée	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
LANGLOIS, Julie	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
LAROCQUE, Monique	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
LEBOUTHILLIER, Julie	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
MORAIS, Lucie	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
MALTAIS, Catherine	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
NADEAU, Frédéric	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
MORISSON, Mathieu	Méd. générale CH	Médecin de famille	Suppléant	Suppléant	Suppléant	Actif
RICHARD, Raymond	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
ROBICHAUD, Line	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
THÉRIAULT, Maryse	Méd. générale CH	Médecin de famille	Suppléant			Actif
THÉRIAULT, Martine	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
THIBEAULT, Danny	Méd. générale CH	Médecin de famille		Suppléant	Suppléant	Actif
TREMBLAY, Pierre	Méd. générale CH	Médecin de famlle				Actif
WADE, Anthony	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
WEKA, Charles	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
WILSON, Rénald	Méd. générale CH	Médecin de famille				Actif
AYOUB, Paul	Médecine interne	Néphrologue				Suppléant
GHANNOUM, Marc	Médecine interne	Néphrologue				Suppléant
HICKEY, Dean	Médecine interne	Néphrologue				Actif
LEPAGE, France	Médecine interne	Dermatologue				Actif
MATTEAU, Sylvain	Médecine interne	Cardiologue				Actif
MEMICHE, Reshat	Médecine interne	Gastroentérologue				Actif
ROBICHAUD, Sylvie	Médecine interne	Néphrologue				Actif

	SERVICE	SPÉCIALITÉ	ZONE			
			1B	4	5	6
SATYA, BS	Médecine interne	Interniste				Actif
SHABANI, Faryala	Médecine interne	Cardiologue				Actif
VIOLETTE, Claude	Médecine interne	Interniste				Actif
O'CONNELL, Colleen	Médecine interne	Physiatre				Conseiller
JOBIN, Jacques	Médecine interne	Néphrologue				Suppléant
PALUMBO, Andrea	Médecine interne	Néphrologue				Suppléant
GOLI, Harish	Pathologie	Pathologiste		Suppléant		Actif
GUTIERREZ, Marinett	Pathologie	Pathologiste		Conseiller	Conseiller	Actif
RASUL, Muhammad	Pathologie	Pathologiste				Associé
VENTURA, Karyna	Pathologie	Pathologiste				Actif
SWATI, Ismantu	Pathologie	Pathologiste				Actif
ASHUR, Mohamed	Pédiatrie	Pédiatre				Actif
KAMBA, Francine	Pédiatrie	Pédiatre				Actif
MEMICHE, Nejat	Pédiatrie	Gastroentérologue (pédiatrie)				Actif
KAMBA, Samuel Roger	Pédiatrie	Pédiatre		Suppléant		Actif
BALDHIYSKI, Nikolay	Psychiatrie	Psychiatre				Actif
DRU, Gilbert	Psychiatrie	Psychiatre				Actif
HACHÉ, Mireille	Psychiatrie	Psychiatre				Actif
MARTINEAU, Francis	Psychiatrie	Psychiatre				Actif
MILLET, Richard	Psychiatrie	Psychiatre				Actif
NADEAU, Sébastien	Psychiatrie	Psychiatre				Associé
GODIN, Stéphane	Psychiatrie	Psychiatre				Actif

GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE - HRGD - 2R MF et 1 spécialités

PÉRIODE RÉSIDENTS		RESIDENTS Dre Nathalie McLaughlin	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	5 EXTERNES Dre Nathalie McLaughlin	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	5 EXTERNES Dre Nathalie McLaughlin	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16	Justin Shean	R2	MF	OBL	US								
		Martine Melanson	R2	MF	OBL	US								
	31/07/16													
2	01/08/16	Thomas McNally	R2	MF	OBL	US	Camille Filion	OBL	US	25/07 au 21/08				
		Sylvie Champagne	R2	MF	OBL	US	Nathalie White	OBL	US	25/07 au 21/08				
							Marc-André Leblond	Sél	US	25/07 au 21/08				
	28/08/16						Olivier St-Laurent	Sél	US	25/07 au 21/08				
3	29/08/16	Emilie Corriveau	R2	MF	OBL	US	Christine Vo	OBL	US	22/08 au 16/09				
							Marianne Lejeune	OBL	US	22/08 au 16/09				
	25/09/16						Camille Filion	Sél	US	22/08 au 16/09				
							Nathalie White	Sél	US	22/08 au 16/09				
4	26/09/16	Shayna Basque	R2	MF	OBL	US	Amila Landry-Darismé	OBL	US	26/09 au 23/10				
		Jonathan Couturier	R2	MF	OBL	US	Noémie Nadeau	OBL	US	26/09 au 23/10				
							Gabrielle Voisine	Sél	US	26/09 au 23/10				
	23/10/16						Geneviève Bouvette	Sél	US	26/09 au 23/10				
5	24/10/16	Amélie Hendriks	R2	MF	OBL	US	Roxane Pelletier	OBL	US	24/10 au 20/11				
							Rémi Poitras	OBL	US	24/10 au 20/11				
	20/11/16						Amila Landry-Darismé	Sél	US	24/10 au 20/11				
6	21/11/16	Francesca Duguay	R2	MF	OBL	US	Frédéric Roy	OBL	US	21/11 au 16/12				
							Louis-Philippe Lajoie	OBL	US	21/11 au 16/12				
	18/12/16						Jordan Court	Sél	US	21/11 au 16/12				
							Pier-Alexandre Demers	Sél	US	21/11 au 16/12				
7	19/12/16	Francesca Duguay	R2	MF	OBL	US								
	15/01/17													
8	16/01/17	Karine Richard	R2	MF	OBL	US	Pier-Alexandre Demers	OBL	US	3/01 au 29/01				
							Annabelle Lussier	OBL	US	3/01 au 29/01				
							Étienne Villeneuve	Sél	US	3/01 au 29/01				
	12/02/17						Paul Hutchinson	Sél	US	3/01 au 29/01				
9	13/02/17	Marie-Andrée Thériault	R2	MF	OBL	US	Marie-Denise Bouchard	OBL	US	30/01 au 26/02				
							Alexander Nguyen	OBL	US	30/01 au 26/02				
							Claire Latremouille	Sél	US	30/01 au 26/02				
	12/03/17						Ryan Yousefi	Sél	US	30/01 au 26/02				
10	13/03/17	Jason MacIntosh	R2	MF	OBL	US	Tania Smith-Doiron	OBL	US	27/02 au 24/03				
							Ryan Yousefi	OBL	US	27/02 au 24/03				
							Stéphanie Lemay	Sél	US	27/02 au 24/03				
	09/04/17						Myriam Nait Ajjou	Sél	US	27/02 au 24/03				
11	10/04/17	Karine Bouchard	R2	MF	OBL	US								
		Isabelle Cormier	R2	MF	OBL	US								
	07/05/17													
12	08/05/17	Dany Saucier	R2	MF	OBL	US								
	04/06/17													
13	05/06/17	Mélanie P Léger	R2	MF	OBL	US								
	30/06/17													

PÉRIODE RÉSIDENTS		OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (ORL) - HRGD									ANESTHÉSIE -MONCTON - CHUDLGD								
		1 RÉSIDENT Dr David Lemaire	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	1 EXTERNE Dr David Lemaire	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 RÉSIDENT Dr Pascal Philippe		Spécalité	OPT/OBL	Université	1 EXTERNE Dr Pascal Philippe	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16						Sandrine Giguère	Obs	Lav	27/06 au 15/07									
	31/07/16																		
2	01/08/16																		
	28/08/16																		
3	29/08/16						Julien Houle-Dorval	Sél	US	22/08 au 16/09									
	25/09/16																		
4	26/09/16																		
	23/10/16																		
5	24/10/16																		
	20/11/16																		
6	21/11/16																		
	18/12/16																		
7	19/12/16																		
	15/01/17																		
8	16/01/17						Kassandra Thériault	Sél	US	3/01 au 29/01									
	12/02/17																		
9	13/02/17																		
	12/03/17																		
10	13/03/17																		
	09/04/17																		
11	10/04/17																		
	07/05/17																		
12	08/05/17																		
	04/06/17																		
13	05/06/17																		
	30/06/17																		

PÉRIODE RÉSIDENTS		CLINIQUE DE DOULEUR - HRGD R1 après UMF 6 mois									Rhumato - HRGD - 1 R ou 1 externe								
		1 RÉSIDENT (R2) Dr Richard Dumais	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	PAS D'EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 RÉSIDENT Dr Léo Picard	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	1 EXTERNE Dr Léo Picard	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16	Sylvie Champagne	R2	MF	OPT	US													
	31/07/16																		
2	01/08/16																		
	28/08/16																		
3	29/08/16	Justin Shean	R2	MF	OPT	US													
	25/09/16																		
4	26/09/16	Francesca Duguay	R2	MF	OPT	US													
	23/10/16																		
5	24/10/16	Shayna Basque	R2	MF	OPT	US													
	20/11/16																		
6	21/11/16	Marie-Andrée Thériault	R2	MF	OPT	US													
	18/12/16																		
7	19/12/16	Marie-Andrée Thériault	R2	MF	OPT	US													
	15/01/17																		
8	16/01/17	Jason MacIntosh	R2	MF	OPT	US													
	12/02/17																		
9	13/02/17	Isabelle Cormier	R2	MF	OPT	US													
	12/03/17																		
10	13/03/17	Emilie Corriveau	R2	MF	OPT	US													
	09/04/17																		
11	10/04/17	Dany Saucier	R2	MF	OPT	US													
	07/05/17																		
12	08/05/17	Martine Melanson	R2	MF	OPT	US													
	04/06/17																		
13	05/06/17	Karine Bouchard	R2	MF	OPT	US													
	30/06/17																		

PÉRIODE RÉSIDENTS		CHIRURGIE GÉNÉRALE - HRGD									CHIRURGIE/ORTHOPÉDIE - HRGD (1 résident ou 1 externe)								
		1 RÉSIDENT Dre Tina Comeau	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	2 EXTERNES Dre Tina Comeau	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 RÉSIDENT Dr Michel-Alexandre LeBreton	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	1 EXTERNE Dr Michel-Alexandre LeBreton	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16						Sébastien Robichaud	OBL	US	20/06 au 15/07									
							Amélie Bellemare	OBL	US	20/06 au 15/07									
	31/07/16																		
2	01/08/16						Julien Houle-Dorval	OBL	US	25/07 au 21/08									
							Francis Dupont	OBL	US	25/07 au 21/08									
	28/08/16																		
3	29/08/16						Steven Lagacé	OBL	US	22/08 au 16/09									
							Carine Lanteigne	OBL	US	22/08 au 16/09									
	25/09/16																		
4	26/09/16						Joël Martin	OBL	US	26/09 au 23/10									
							Sylvie Morin	OBL	US	26/09 au 23/10									
	23/10/16																		
5	24/10/16						Franceska Thériault	OBL	US	24/10 au 20/11						Travis Davidson	OPT	OTT	24/10 au 4/11
							Lisa Perron-Gagnon	OBL	US	24/10 au 20/11									
	20/11/16																		
6	21/11/16						Nathalie White	OBL	US	21/11 au 16/12									
							Patricia-Anne Reed	OBL	US	21/11 au 16/12									
	18/12/16																		
7	19/12/16																		
	15/01/17																		
8	16/01/17						Amélie Deschamps	OBL	US	3/01 au 29/01									
							Myriam Quesnel	OBL	US	3/01 au 29/01									
	12/02/17																		
9	13/02/17						Elias Oussedik	OBL	US	30/01 au 26/02									
							Noémie Nadeau	OBL	US	30/01 au 26/02									
	12/03/17																		
10	13/03/17						Marie-Eve Charbonneau	OBL	US	27/02 au 24/03									
							Anita Yim	OBL	US	27/02 au 24/03									
	09/04/17																		
11	10/04/17																		
	07/05/17																		
12	08/05/17																		
	04/06/17																		
13	05/06/17																		
	30/06/17																		

PÉRIODE RÉSIDENTS		DERMATOLOGIE - HRGD (périodes bloquées à la demande de Dre Hayes)									SOINS PERSONNES ÂGÉES - HRGD								
		1 RÉSIDENT Dre Evelyn Hayes	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	PAS D'EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	2 RÉSIDENTS Dre Raphaëlle Thériault	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	3 EXTERNES Dr Antonin Savoie	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16										Stéphane Ouattara	R2	MF	OBL	US	Vicky LeBlanc	OBL	US	20/06 au 15/07
	31/07/16																		
2	01/08/16										Amélie Hendriks	R2	MF	OBL	US	Gloria Mory-Fernandes	OBL	US	25/07 au 21/08
	28/08/16																		
3	29/08/16										Shayna Basque	R2	MF	OBL	US	Kevin Vallée	OBL	US	22/08 au 16/09
	25/09/16										Karine Bouchard	R2	MF	OBL	US				
4	26/09/16										Marie-Andrée Thériault	R2	MF	OBL	US	Rachel Séguin-Tremblay	OBL	US	26/09 au 23/10
	23/10/16																		
5	24/10/16										Mélanie P. Léger	R2	MF	OBL	US	Maëlle Surprenant	OBL	US	24/10 au 20/11
	20/11/16										Sylvie Champagne	R2	MF	OBL	UIS				
6	21/11/16										Dany Saucier	R2	MF	OBL	US	Léo Perrin	OBL	US	21/11 au 16/12
	18/12/16																		
7	19/12/16										Dany Saucier	R2	MF	OBL	US				
	15/01/17																		
8	16/01/17										Francesca Duguay	R2	MF	OBL	US	Charles Asselin	OBL	US	3/01 au 29/01
	12/02/17																		
9	13/02/17										Émilie Corriveau	R2	MF	OBL	US	Martine Veilleux	OBL	US	30/01 au 26/02
	12/03/17										Annette Thébeau	R5	Gér	OBL	US				
10	13/03/17										Karine Richard	R2	MF	OBL	US	Joël Martin	OBL	US	27/02 au 24/03
	09/04/17																		
11	10/04/17										Martine Melanson	R2	MF	OBL	US				
	07/05/17																		
12	08/05/17										Isabelle Cormier	R2	MF	OBL	US				
	04/06/17																		
13	05/06/17										Justin Shean	R2	MF	OBL	US				
	30/06/17																		

PÉRIODE RÉSIDENTS		RADIOLOGIE - HRGD (Périodes bloquées à la demande de Dr Pilote)									RADIO-ONCOLOGIE - HRGD								
		1 RÉSIDENT Dr Nicholas Pilote	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	EXTERNE Dr Nicholas Pilote	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 EXTERNE Dre Andrée Lirette	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 RÉSIDENT Dre Andrée Lirette	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université
1	01/07/16																		
	31/07/16																		
2	01/08/16																		
	28/08/16																		
3	29/08/16																		
	25/09/16																		
4	26/09/16																		
	23/10/16																		
5	24/10/16																		
	20/11/16																		
6	21/11/16																		
	18/12/16																		
7	19/12/16																		
	15/01/17																		
8	16/01/17																		
	12/02/17																		
9	13/02/17																		
	12/03/17																		
10	13/03/17																		
	09/04/17																		
11	10/04/17																		
	07/05/17																		
12	08/05/17																		
	04/06/17																		
13	05/06/17																		
	30/06/17																		

PÉRIODE RÉSIDENTS		URGENCE Obligatoire et option (R1 et R2) - HRGD - Dr Paul Albert														HOSPITALISATION EN ONCOLOGIE (Médecine de famille)				
		1 RÉSIDENT	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	1 SEMAINE D'EXPOSITION AUX TECHNIQUES D'URGENCE 4 - 5 R1 (P4, P6 et 7, P8 et P10)	LIEU	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	DATE	PAS D'EXTERNE	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 RÉSIDENT Dre Janice Cormier (R2)	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université
1	01/07/16	Karine Richard	R2	MF	OBL	US												Amélie Hendriks	R2	MF	OPT	US
	31/07/16																					
2	01/08/16	Karine Bouchard	R2	MF	OBL	US												Karine Richard	R2	MF	OPT	US
	28/08/16																					
3	29/08/16	Martine Melanson	R2	MF	OBL	US																
	25/09/16																					
4	26/09/16	Mélanie P. Léger	R2	MF	OBL	US	Dany Saucier	EDM	R1	MF	OBL	US	26-30/09									
							Jason MacIntosh	HTS	R1	MF	OBL	US	26-30/ 09									
							Jessica Martin	CAM	R1	MF	OBL	US	26-30/09									
	23/10/16						Maxime Mallet	CAM	R1	MF	OBL	US	26-30/09									
5	24/10/16	Marie Andrée Thériault	R2	MF	OBL	US	Denika Bourque	HTS	R1	MF	OBL	US	26-30/09									
	20/11/16																					
6	21/11/16	Sylvie Champagne	R2	MF	OBL	US	Emilie Beaulieu	HTS	R1	MF	OBL	US	21-25/11									
							Ginette Sika	CAM	R1	MF	OBL	US	21-25/11									
							Sylvie Roberge	HTS	R1	MF	OBL	US	21-25/11									
	18/12/16						Mathias Losier	EDM	R1	MF	OBL	US	21-25/11									
7	19/12/16	Sylvie Champagne	R2	MF	OBL	US																
	15/01/17																					
8	16/01/17	Isabelle Cormier	R2	MF	OBL	US	Alexandre Robichaud	CAM	R1	MF	OBL	US	16-20/01									
							Karine Boulay	EDM	R1	MF	OBL	US	16-20/11									
							Marie-Josée LeBlanc	HTS	R1	MF	OBL	US	16-20/11									
	12/02/17						Rajiv Teeluck	CAM	R1	MF	OBL	US	16-20/11									
9	13/02/17	Jason MacIntosh	R2	MF	OBL	US																
	12/03/17																					
10	13/03/17	Francesca Duguay	R2	MF	OBL	US	Ghislain Doiron	HTS	R1	MF	OBL	US	13-17/03									
							Zoé Mallet	CAM	R1	MF	OBL	US	13-17/03									
							Genevieve Landry	EDM	R1	MF	OBL	US	13-17/03									
	09/04/17						Sophonie Menard	HTS	R1	MF	OBL	US	13-17/03									
11	10/04/17	Thomas McNally	R2	MF	OBL	US																
	07/05/17																					
12	08/05/17	Justin Shean	R2	MF	OBL	US																
	04/06/17																					
13	05/06/17	Dany Saucier	R2	MF	OBL	US												Jessica Martin	R1	MF	OPT	
	30/06/17																					

PÉRIODE RÉSIDENTS		PSYCHIATRIE - HRGD								GÉRONTOPSYCHIATRIE - HRGD					PÉDIATRIE - HRGD - Dre Nicole Leblanc R en pédiatrie							
		2 RÉSIDENTS Dr Louis Thériault	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	3 EXTERNES Dre Andrée Levesque	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 RÉSIDENT Dr Jean-Marc Chianetta	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	1 RÉSIDENT Dre Natacha Hébert R en MF	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	2 EXTERNES Dre Josée Bernatchez	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16	Marie-Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Alexandre Parent	OBL	US	20/06 au 15/07	Frédéric Falardeau	R3	Psy	OBL	US	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Laurence Bourassa	OB	US	20/06 au 15/07
		Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US	Étienne Beaudoin	OBL	US	20/06 au 15/07	Dany Lamothe	R3	Psy	OBL	US	Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	Camille Laroche	OB	US	20/06 au 15/07
	31/07/16																							
2	01/08/16	Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	Stéphanie Lemay	OBL	US	25/07 au 21/08	Frederic Falardeau	R3	Psy	OBL	US	Denika Bourque	R1	MF	OBL	US	Jamie Chiasson	OB	US	25/07 au 21/08
		Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US	Sébastien Robichaud	OBL	US	25/07 au 21/08	Dany Lamothe	R3	Psy	OBL	US	Sophie Gueniche	R1	Péd	OBK	US	Noémie Nadeau	OB	US	25/07 au 21/08
	28/08/16																							
3	29/08/16	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	Jadrick Guérard-Lavoie	OBL	US	22/08 au 16/09	Frederic Falardeau	R3	Psy	OBL	US						Roxane Pelletier	OB	US	22/08 au 16/09
											Dany Lamothe	R3	Psy	OBL	US	Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US	Geneviève Bouvette	OB	US	22/08 au 16/09
	25/09/16						Maëlle Surprenant	OBL	US	22/08 au 16/09														
4	26/09/16	Mathias Losier	R1	MF	OBL	US	Carine Lanteigne	OBL	US	26/09 au 23/10	Alexandre Dow	R3	Psy	OBL	US	Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US	Frédéric Roy	OB	US	26/09 au 23/10
		Jolène LeBlanc	R5	PSY	OBL	US	Caroline Couturier	OBL	US	26/09 au 23/10											Yoan Bourgeault-Gagnon	OB	US	26/09 au 23/10
	23/10/16																							
5	24/10/16	Geneviève Landry	R1	MF	OBL	US	Marc-Antoine Fortin	OBL	US	24/10 au 20/11	Alexandre Dow	R3	Psy	OBL	US	Marie-Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Dominic Breton	OB	US	24/10 au 20/11
		Jolène LeBlanc	R5	PSY	OBL	US	Maxime Piché	OBL	US	24/10 au 20/11											Jordan Court	OB	US	24/10 au 20/11
	20/11/16																							
6	21/11/16	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US	Pier-Luc Haché	OBL	US	21/11 au 16/12	Alexandre Dow	R3	Psy	OBL	US	Jessica Martin	R1	MF	OBL	US	Stéphanie Lemay	OB	US	21/11 au 16/12
		Jolène LeBlanc	R5	PSY	OBL	US	Franceska Thériault	OBL	US	21/11 au 16/12											Amélie Beaudin	OB	US	21/11 au
	18/12/16																							
7	19/12/16	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US					Alexandre Dow	R3	Psy	OBL	US	Jessica Martin	R1	MF	OBL	US					
	15/01/17																							
8	16/01/17	Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US	Martine Veilleux	OBL	US	3/01 au 29/01	Pierre Trudeau	R3	Psy	OBL	US	Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US	Philippe Acar	OB	US	3/01 au 29/01
							Claudie Desautels	OBL	US	3/01 au 29/01											Claire Latremouille	OB	US	3/01 au 29/01
	12/02/17																							
9	13/02/17	Jessica martin	R1	MF	OBL	US	Marc-André Leblond	OBL	US	30/01 au 26/02	Pierre Trudeau	R3	Psy	OBL	US	Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	Caroline Couturier	OB	US	30/01 au 26/02
		Denika Bourque	R1	MF	OBL	US	Thierry Arseneau	OBL	US	30/01 au 26/02											Thanh Duc Nguyen	OB	US	30/01 au 26/02
	12/03/17																							
10	13/03/17	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Camille Laroche	OBL	US	27/02 au 24/03	Pierre Trudeau	R3	Psy	OBL	US	Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US	Steven Lagacé	OB	US	27/02 au 24/03
							Marianne Lejeune	OBL	US	27/02 au 24/03	Marie-Ève Gaudreault-Villeneuve	R3	SPA	OBL	US						Carine Lanteigne	OB	US	27/02 au 24/03
	09/04/17																							
11	10/04/17	Émilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US					Benoit Bergeron	R3	Psy	OBL	US	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US					
											Marie-Ève Gaudreault-Villeneuve	R3	SPA	OBL	US	Jean-Gabriel Landry	R1	MF	OBL	US					
	07/05/17																							
12	08/05/17	Karine Boulay	R1	MF	OBL	US					Benoit Bergeron	R3	Psy	OBL	US	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US					
		Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US					Véronique Bernier	R3	SPA	OBL	US	Genevieve Landry	R1	MF	OBL	US					
	04/06/17																							
13	05/06/17	Jean-Gabriel Landry	R1	MF	OBL	US					Benoit Bergeron	R3	Psy	OBL	US	Émilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US					
											Véronique Bernier	R3	SPA	OBL	US	Mathias Losier	R1	MF	OBL	US					
	30/06/17																							

PÉRIODE RÉSIDENTS		CARDIOLOGIE - HRGD					MÉDECINE INTERNE								
		2 RÉSIDENTS Dr Jean-François Baril	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	2 RÉSIDENTS Dr Rémi LeBlanc	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	Dr Rémi LeBlanc 2 EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US	Roxane Pelletier	OBL	US	20/06 au 15/07
							Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US	Rémi Poitras	OBL	US	20/06 au 15/07
	31/07/16														
2	01/08/16	Jessica Martin	R1	MF	OBL	US	Josée McBeth	R3	MI	OPT	Ott	Frédéric Roy	OBL	US	25/07 au 21/08
		Mathias Losier	R1	MF	OBL	US	(période du 26/07 au 22/08/16)					Paul Hutchinson	OBL	US	25/07 au 21/08
	28/08/16						Jason MacIntosh	R1	MF	OBL	US				
							Émilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US				
3	29/08/16	Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Jordan Court	OBL	US	22/08 au 16/09
							Genevieve Landry	R1	MF	OBL	US	Pier-Alexandre Demers	OBL	US	22/08 au 16/09
	25/09/16											Marc-André Robichaud	OBL	Lav	22/08 au 16/09
4	26/09/16	Émilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US	Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	Stéphanie Lemay	OBL	US	26/09 au 23/10
												Myriam Nait Ajjout	OBL	US	26/09 au 23/10
	23/10/16														
5	24/10/16	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	Philippe Acar	OBL	US	24/10 au 20/11
		Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US	Patrick Thibeault	R5	MI	OPT	US	Sébastien Robichaud	OBL	US	24/10 au 20/11
	20/11/16														
6	21/11/16	Jason MacIntosh	R1	MF	OBL	US	Denika Bourque	R1	MF	OBL	US	Caroline Couturier	OBL	US	21/11 au 16/12
												Guillaume Grenier	OBL	US	21/11 au 16/12
	18/12/16														
7	19/12/16	Jason MacIntosh	R1	MF	OBL	US	Denika Bourque	R1	MF	OBL	US				
	15/01/17														
8	16/01/17	Genevieve Landry	R1	MF	OBL	US	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	Carine Lanteigne	OBL	US	3/01 au 29/01
												Léo Perrin	OBL	US	3/01 au 29/01
	12/02/17														
9	13/02/17	Jean-Gabriel Landry	R1	MF	OBL	US	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US	Rym-Dalia Bouhamdani	OBL	US	30/01 au 26/02
							Mathias Losier	R1	MF	OBL	US	Sarah Judson	OBL	US	30/01 au 26/02
	12/03/17														
10	13/03/17	Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	Marie-Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Pier-Luc Haché	OBL	US	27/02 au 24/03
												Franceska Thériault	OBL	US	27/02 au 24/03
	09/04/17														
11	10/04/17	Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	Jessica Martin	R1	MF	OBL	US				
		Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US									
	07/05/17														
12	08/05/17	Marie-Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US				
		Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US									
	04/06/17														
13	05/06/17	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US	Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US				
		Denika Bourque	R1	MF	OBL	US									
	30/06/17														

PÉRIODE RÉSIDENTS		NÉPHROLOGIE - HRGD 1 résident et 1 externe/période									HÉMATO-ONCO - HRGD (1 résident ou 1 externe)								
		1 RÉSIDENT Dr Yves Thibeault	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	EXTERNE Dr Yves Thibeault	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	RÉSIDENT Dr Pierre Whitlock	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	1 EXTERNE Dr Pierre Whitlock	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16	Justine Lafleur-Careau	R2	MI	OBL	US	Jules Mercier-Ross	OBL	US	20/06 au 15/07									
	31/07/16																		
2	01/08/16	Jacinthe Blouin	R2	MI	OBL	US	Annabelle Lussier	OBL	US	25/07 au 21/08						Félix Bégin	Sél	US	25/07 au 21/08
	28/08/16																		
3	29/08/16	Maxime Delisle	R2	MI	OBL	US	Paul Hutchinson	OBL	US	22/08 au 16/09	Mathieu Labossière	R2	MI	OBL	US				
		Stéphanie Pigeon	R2	MI	OBL	US													
	25/09/16																		
4	26/09/16	Etienne Cliche	R2	MI	OBL	US	Sébastien Robichaud	OBL	US	26/09 au 23/10	Mathieu Labossière	R2	MI	OBL	US	Rachel Kinuani	Opt	Belg	3 au 28/10
	23/10/16																		
5	24/10/16	Etienne Cliche	R2	MI	OBL	US	François Dubois	OBL	US	24/10 au 20/11						Léane Montplaisir	Sél	US	24/10 au 20/11
	20/11/16																		
6	21/11/16	Patrick Prud'Homme	R2	MI	OBL	US	Marie-Philippe Bergeron	OBL	US	21/11 au 16/12	Mathieu Boudreau-Frenette	R1	MI	OBL	US				
	18/12/16																		
7	19/12/16	Marc-André D'Entremont	R1	MI	OBL	US					Mathieu Boudreau-Frenette	R1	MI	OBL	US				
	15/01/17																		
8	16/01/17	Luka Lanteigne	R1	MI	OBL	US	Guillaume Grenier	OBL	US	3/01 au 29/01						Magaly Brodeur	Sél	US	3/01 au 29/01
	12/02/17																		
9	13/02/17	Chantal Bernard	R1	MI	OBL	US	Franceska Thériault	OBL	US	30/01 au 26/02									
	12/03/17																		
10	13/03/17	Annaelle Kaczmarek	R2	MI	OBL	US	Sylvie Morin	OBL	US	27/02 au 24/03						Marc-Antoine Fortin	Sél	US	27/02 au 24/03
	09/04/17																		
11	10/04/17	Annaelle Kaczmarek	R2	MI	OBL	US													
	07/05/17																		
12	08/05/17	Christian Campagna	R3	MI	OBL	US					Dean Ferguson	R1	MI	OBL	US				
	04/06/17																		
13	05/06/17										Dean Ferguson	R1	MI	OBL	US				
	30/06/17																		

PÉRIODE RÉSIDENTS		PNEUMOLOGIE - HRGD (1 résident ou 1 externe)									MICROBIOLOGIE - HRGD (1 résident ou un externe)								
		1 RÉSIDENT Dr Éric Brieau	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	1 EXTERNE Dr Éric Brideau	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 RÉSIDENT Dr Richard Garceau	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	1 EXTERNE Dr Richard Garceau	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16																		
	31/07/16																		
2	01/08/16	Stéphanie Pigeon	R2	MI	OBL	US					Mathieu Boudreau-Frenette	R1	MI	OBL	US				
	28/08/16																		
3	29/08/16	Alexandra Bussières	R2	MI	OBL	US					Mathieu Boudreau-Frenette	R1	MI	OBL	US				
	25/09/16																		
4	26/09/16	Alexandra Bussières	R2	MI	OBL	US													
	23/10/16																		
5	24/10/16	Daniel Samaha	R2	MI	OBL	US													
	20/11/16																		
6	21/11/16	Daniel Samaha	R2	MI	OBL	US					Dean Ferguson	R1	MI	OBL	US				
	18/12/16																		
7	19/12/16	Martin Roussy	R1	MI	OBL	US					Dean Ferguson	R1	MI	OBL	US				
	15/01/17																		
8	16/01/17																		
	12/02/17																		
9	13/02/17	Annaëlle Kaczmarek	R2	MI	OBL	US					Alex Chouinard	R1	MI	OBL	US				
	12/03/17																		
10	13/03/17	Chantal Bernard	R1	MI	OBL	US					Alex Chouinard	R1	MI	OBL	US				
	09/04/17																		
11	10/04/17	Natacha Caissie	R1	MI	OBL	US													
	07/05/17																		
12	08/05/17	Jacinthe Blouin	R2	MI	OBL	US					Marc-André D'Entremont	R1	MI	OBL	US				
	04/06/17																		
13	05/06/17	Jacinthe Blouin	R2	MI	OBL	US					Marc-André D'Entremont	R1	MI	OBL	US				
	30/06/17																		

PÉRIODE RÉSIDENTS		GASTRO - HRGD								SOINS INTENSIFS MÉDICAUX-CHIRURGICAUX - HRGD Dr Rémi Leblanc					CONGÉS DE MALADIE ET CONGÉ AVEC SOLDE					
		1 RÉSIDENT Dre Fidelia Silva	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	Dr Pierre Verger	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 résident R2 en MF ou R3 d'urgence, R2, R3, R4 en spécialités	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	RÉSIDENT	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	DATES
1	01/07/16						Steven Gagnon	Ob	Lav	27/06 au 8/07	Karine Bouchard	R2	MF	OPT	US						
	31/07/16																				
2	01/08/16	Justin Shean	R1	MF	OPT	US					**aucun résident pour période du 26/07 au 22//08/2016										
	28/08/16																				
3	29/08/16										Amélie Hendriks	R2	MF	OPT	US						
	25/09/16																				
4	26/09/16																				
	23/10/16																				
5	24/10/16										Francesca Duguay	R2	MF	OPT	US						
	20/11/16																				
6	21/11/16										Mélanie P. Léger	R2	MF	OPT	US						
	18/12/16																				
7	19/12/16										Mélanie P. Léger	R2	MF	OPT	US						
	15/01/17																				
8	16/01/17																				
	12/02/17																				
9	13/02/17	Sylvie Roberge	R1	MF	OPT	US															
	12/03/17																				
10	13/03/17																				
	09/04/17																				
11	10/04/17	Denika Bourque	R1	MF	OPT	US															
	07/05/17																				
12	08/05/17										Jonathan Bergeron	R2	MF	OPT	US						
	04/06/17																				
13	05/06/17																				
	30/06/17																				

PÉRIODE RÉSIDENTS		UMF - 6 mois (R1) - Dieppe - Dr Marcel Roy													UMF - 3 MOIS (R2) - Dieppe				
		9 RÉSIDENTS/ 6 mois Dr Marcel Roy	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	9 RÉSIDENTS/ 6 mois Dr Marcel Roy	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	9 RÉSIDENTS/ 6 mois Dr Marcel Roy	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	4 RÉSIDENTS / 3 mois Dr Marcel Roy	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université
1	01/07/16	Jessica Martin	R1	MF	OBL	US	Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US	Jason MacIntosh	R1	MF	OBL	US	Melanie P. Leger	R2	MF	OBL	US
		Emilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US	Denika Bourque	R1	MF	OBL	US						Gabriel Martin-St-Amant	R2	MF	OBL	US
		Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	Mathias Losier	R1	MF	OBL	US						Dany Saucier	R2	MF	OBL	US
	31/07/16	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US											Chantal Gallant (1 juillet au 28 août)	R2	MF	OBL	US
2	01/08/16	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US										
		Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	Genevieve Landry	R1	FM	OBL	US										
		Marie Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US										
	28/08/16	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US										
3	29/08/16	Jessica Martin	R1	MF	OBL	US	Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US	Jason MacIntosh	R1	MF	OBL	US					
		Emilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US	Denika Bourque	R1	MF	OBL	US										
		Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	Mathias Losier	R1	MF	OBL	US										
	25/09/16	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US	Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US										
4	26/09/16	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US						Isabelle Cormier	R2	MF	OBL	US
		Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	Genevieve Landry	R1	FM	OBL	US						Justin Shean	R2	MF	OBL	US
		Marie Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US						Martine Melanson	R2	MF	OBL	US
	23/10/16	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US										
5	24/10/16	Jessica Martin	R1	MF	OBL	US	Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US	Jason MacIntosh	R1	MF	OBL	US					
		Emilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US	Denika Bourque	R1	MF	OBL	US										
		Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	Mathias Losier	R1	MF	OBL	US										
	20/11/16	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US															
6	21/11/16	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US										
		Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	Genevieve Landry	R1	FM	OBL	US										
		Marie Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US										
	18/12/16	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US										
7	19/12/16	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US										
		Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	Genevieve Landry	R1	FM	OBL	US										
		Marie Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US										
	15/01/17	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US										
8	16/01/17	Jessica Martin	R1	MF	OBL	US	Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US						Shayna Basque	R2	MF	OBL	US
		Emilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US	Denika Bourque	R1	MF	OBL	US						Karine Bouchard	R2	MF	OBL	US
		Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	Mathias Losier	R1	MF	OBL	US						Amélie Hendriks	R2	MF	OBL	US
	12/02/17	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US	Jean-Gabriel Landry	R1	MF	OBL	US						Sylvie Champagne	R2	MF	OBL	US
9	13/02/17	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US										
		Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	Genevieve Landry	R1	FM	OBL	US										
		Marie Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US										
	12/03/17	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US										
10	13/03/17	Jessica Martin	R1	MF	OBL	US	Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US										
		Emilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US	Denika Bourque	R1	MF	OBL	US										
		Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	Mathias Losier	R1	MF	OBL	US										
	09/04/17	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US	Jean-Gabriel Landry	R1	MF	OBL	US										
11	10/04/17	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US						Emilie Corriveau	R2	MF	OBL	US
		Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	Genevieve Landry	R1	FM	OBL	US						Karine Richard	R2	MF	OBL	US
		Marie Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US						Francesca Duguay	R2	MF	OBL	US
	07/05/17	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US						Marie-Andrée Thériault	R2	MF	OBL	US
12	08/05/17	Jessica Martin	R1	MF	OBL	US	Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US										
		Emilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US	Denika Bourque	R1	MF	OBL	US										
		Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	Mathias Losier	R1	MF	OBL	US										
	04/06/17	Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US	Jean-Gabriel Landry	R1	MF	OBL	US										
13	05/06/17	Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US										
		Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	Genevieve Landry	R1	FM	OBL	US										
		Marie Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US										
	30/06/17	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US										

PÉRIODE RÉSIDENTS		EXTERNES - UMF - Dieppe - Tous les externes font 1 semaine en anesthésie, donc UMF = stage de 7				MÉDECINE DE FAMILLE ET AUTRES - AILLEURS - MONCTON												
		4 EXTERNES Dre Micheline Boucher - Simone Gallant responsable des horaires anesthésie	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	RÉSIDENT	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	STAGES et MILIEU	RESPONSABLE DE STAGE	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	STAGES et MILIEU	DATES	RESPONSABLE DE STAGES
1	01/07/16												Julie Breau	Opt	Car	Neurologie	4 au 29/07	Dr A Marrero
	31/07/16																	
2	01/08/16	Pier-Luc Haché	OBL	US	25/07 au 16/09													
	28/08/16	Rym-Dalia Bouhamdani	OBL	US	25/07 au 16/09													
		Franceska Thériault	OBL	US	25/07 au 16/09													
		Sarah Judson	OBL	US	25/07 au 16/09													
3	29/08/16					Thomas McNally	R2	MF	OBL	US	Clinicien Érudie	Mathieu Belanger	Hubert Dufour			Urgence	4 au 29/07	Dr Pierre LeBlanc
	25/09/16					Karine Richard	R2	MF	OPT	US	Urgence St-Anne	Isabelle Ann	Neyron	OPT	McG	Ste-Anne de Kent		
4	26/09/16	Kassandra Thériault	OBL	US	26/09 au 20/11	Thomas McNally	R2	MF	OBL	US	Clinicien Érudie	Mathieu Belanger						
	23/10/16	Marc-André Leblond	OBL	US	26/09 au 20/11													
		Nathalie White	OBL	US	26/09 au 20/11													
		Thierry Arseneau	OBL	US	26/09 au 20/11													
5	24/10/16					Thomas McNally	R2	MF	OBL	US	Clinicien Érudie	Mathieu Belanger						
	20/11/16																	
6	21/11/16	Roxane Pelletier	OBL	US	21/11 au 29/01	Thomas McNally	R2	MF	OBL	US	Clinicien Érudie	Mathieu Belanger						
	18/12/16	Amila Landry-Darismé	OBL	US	21/11 au 29/01													
		Rémi Poitras	OBL	US	21/11 au 29/01													
		Élias Oussedik	OBL	US	21/11 au 29/01													
7	19/12/16					Thomas McNally	R2	MF	OBL	US	Clinicien Érudie	Mathieu Belanger						
	15/01/17																	
8	16/01/17	Frédéric Roy	OBL	US	30/01 au 24/03													
	12/02/17	Paul Hutchinson	OBL	US	30/01 au 24/03													
		Jordan Court	OBL	US	30/01 au 24/03													
		Pier-Alexandre Demers	OBL	US	30/01 au 24/03													
9	13/02/17																	
	12/03/17																	
10	13/03/17																	
	09/04/17																	
11	10/04/17																	
	07/05/17																	
12	08/05/17					Mélanie P. Léger	R2	MF	OPT	US	MF- Moncton City	Mélanie B. Léger						
	04/06/17					Thomas McNally	R2	MF	OBL	US	Clinicien Érudie	Mathieu Belanger						
13	05/06/17					Thomas McNally	R2	MF	OBL	US	Clinicien Érudie	Mathieu Belanger						
	30/06/17																	

SANTÉ COMMUNAUTAIRE
MONCTON

Stéphanie Lemay	22/08 au 16/09/16
Myriam Nait Ajjou	22/08 au 16/09/16
Sébastien Robichaud	22/08 au 16/09/16
Tania Smith-Doiron	22/08 au 16/09/16
Caroline Couturier	24/10 au 20/11/16
Steven Lagacé	24/10 au 20/11/16
Carine Lanteigne	24/10 au 20/11/16
Rym-Dalia Bouhamdani	4/01 au 29/01/17
Pier-Luc Haché	4/01 au 29/01/17
Sarah Judson	4/01 au 29/01/17
Franceska Thériault	4/01 au 29/01/17

IMMERSION CLINIQUE 1ÈRE ANNÉE et APP 2e ANNÉE - MONCTON		
STAGE D'OBSERVATION	**Université**	**DATES**

1er juillet 2016 au 9 avril 2017 - Hôpital régional Chaleur						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R6**
Unité extérieure-R2 (1er juillet au 25 septembre 2016	0	6	0	0	0	0
Unité extérieure-R2 (26 sept. 2016 au 15 janv. 2017)	0	4	0	0	0	0
Unité extérieure-R2 (16 janvier au 9 avril 2017)	0	9	0	0	0	0
Gynéco-obstétrique (Périnatalité)	2	0	0	0	0	0
Urgence Bathurst	1	3	0	0	0	0
Médecine de famille - Clinique méd.Népisiguit	0	0	0	0	0	0
Dermatologie	0	6	0	0	0	0
Chirurgie générale	0	0	0	0	0	0
Hospitalisation	1	0	0	0	0	0
Autres stages	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGE	**4**	**28**	**0**	**0**	**0**	**0**
TOTAL DE MOIS DE STAGES - Bathurst	**32**					

1er juillet 2016 au 30 juin 2017 - Hôpital régional Chaleur						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**MF**	**SP**	**OBL**	**OPT**	**US**	**Autres**
Unité extérieure-R2 (1er juillet au 25 septembre 2016)	6	0	6	0	6	0
Unité extérieure-R2 (26sept. 2016 au 15 janv. 2017)	4	0	4	0	4	0
Unité extérieure-R2 (16 janvier au 9 avril 2017)	9	0	9	0	9	0
Unité extérieure - R2 (10 avril au 30 juin 2017)	9	0	9	0	9	0
Gynéco-obstétrique (Périnatalité)	3	0	0	3	3	0
Urgence Bathurst	4	0	3	1	4	0
Médecine de famille - Clinique méd.Népisiguit	0	0	0	0	0	0
Chirurgie générale	0	0	0	0	0	0
Hospitalisation	2	0	0	2	2	0
Autres stages	0	0	0	0	0	0
Dermatologie	7	0	0	7	6	1
TOTAL DE MOIS DE STAGE	**44**	**0**	**31**	**13**	**43**	**1**
TOTAL DE MOIS DE STAGE - Bathurst	**44**		**44**		**44**	

9 avril au 30 juin 2017 - Hôpital régional Chaleur						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R6**
Unité extérieure-R2 (9 avril au 30 juin 2017)	0	9	0	0	0	0
Gynéco-obstétrique (Périnatalité)	1	0	0	0	0	0
Urgence Bathurst	0	0	0	0	0	0
Médecine de famille - Clinique méd.Népisiguit	0	0	0	0	0	0
Dermatologie	0	1	0	0	0	0
Chirurgie générale	0	0	0	0	0	0
Hospitalisation	0	1	0	0	0	0
Autres stages	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGE	**1**	**11**	**0**	**0**	**0**	**0**
TOTAL DE MOIS DE STAGES - Bathurst	**12**					

PÉRIODE RÉSIDENTS		UNITÉ EXTÉRIEURE (R2) - BATHURST - Dr Jean-Pierre Arseneau													CHIRURGIE GÉNÉRALE - Dr Marc Savoie							
		RÉSIDENT - 3 mois (3 R2)	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	RÉSIDENT 1 mois	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	EXTERNE	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	RÉSIDENTS	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16	Francesca Duguay	R2	MF	OBL	US															Claire Latremouille	OBL	US	20/06 au 15/07
		Marie-Andrée Thériault	R2	MF	OBL	US															Ryan Yousefi	OBL	US	20/06 au 15/07
	30/07/16																							
2	01/08/16																				Caroline Couturier	OB	US	25/07 au 21/08
																					Christine Reed	OB	US	25/07 au 21/08
	28/08/16																							
3	29/08/16																				Gabrielle Rodrigue	OB	US	22/08 au 16/09
																					Léo Perrin	OB	US	22/08 au 16/09
	25/09/16																							
4	26/09/16	Karien Richard	R2	MF	OBL	US															Jasmine St-Martin	OB	US	26/09 au 23/10
																					Vénitia Langlois	OB	US	26/09 au 23/10
	23/10/16																							
5	24/10/16																				Laura-Gabrielle			
																					Pinsonneault-Craig	OB	US	24/10 au 20/11
	20/11/16																				Émilie Poulin	OB	US	24/10 au 20/11
6	21/11/16																				Kassandra Thériault	OB	US	21/11 au 16/12
																					Marie-Danièle Lamarche-			
	18/12/16																				Cliché	OB	US	21/11 au 16/12
7	19/12/16																							
	15/01/17																							
8	16/01/17	Melanie P. Leger	R2	MF	OBL	US															Marc-André Leblond	OB	US	3/01 au 29/01
		Justin Shean	R2	MF	OBL	US															Thierry Arseneau	OB	US	3/01 au 29/01
	12/02/17	Martin Melanson	R2	MF	OBL	US																		
9	13/02/17																				Amila Landry-Darismé	OB	US	30/01 au 26/02
																					Jamie Chiasson	OB	US	30/01 au 26/02
	12/03/17																							
10	13/03/17																				Roxane Pelletier	OB	US	27/02 au 24/03
																					Rémi Poitras	OB	US	27/02 au 24/03
	09/04/17																							
11	10/04/17	Shayna Basque	R2	MF	OBL	US																		
		Jason MacIntosh	R2	MF	OBL	US																		
	07/05/17	Sylvie Champagne	R2	MF	OBL	US																		
12	08/05/17																							
	04/06/17																							
13	05/06/17																							
	30/06/17																							

PÉRIODE RÉSIDENTS		GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE (Périnatalité) - BATHURST Dre Marilène Haché (1 à 2 R)								URGENCE OBLIGATOIRE/OPTION Dr Pierre Tremblay 1R1 OU 1R2/période					DERMATOLOGIE BATHURST Dre France Lepage				
		2 RÉSIDENTS	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 RÉSIDENT	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	1 RÉSIDENT AVEC APPROBATION DU RESPONSABLE DE STAGE	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université
1	01/07/16										Shayna Basque	R2	MF	OBL	US					
	30/07/16																			
2	01/08/16	Maxime Mallet	R1	MF	OPT	US					Emilie Corriveau	R2	MF	OBL	US	Martine Melanson	R2	MF	OPT	US
	28/08/16																			
3	29/08/16	Marie-Josée LeBlanc	R1	MF	OPT	US										Sylvie Champagne	R2	MF	OPT	US
	25/09/16																			
4	26/09/16										Amélie Hendriks	R2	MF	OBL	US					
	23/10/16																			
5	24/10/16										Zoé Mallet	R1	MF	OPT	US	Marie-Michelle Bouclin	R2	MF	Opt	Mont
	20/11/16																			
6	21/11/16															Shayna Basque	R2	MF	OPT	US
	18/12/16																			
7	19/12/16															Shayna Basque	R2	MF	OPT	US
	15/01/17																			
8	16/01/17																			
	12/02/17																			
9	13/02/17																			
	12/03/17																			
10	13/03/17															Marie-Andrée Thériault	R2	MF	OPT	US
	09/04/17																			
11	10/04/17																			
	07/05/17																			
12	08/05/17																			
	04/06/17																			
13	05/06/17	Ginette Sika	R1	MF	OPT	US										Isabelle Cormier	R2	MF	OPT	US
	30/06/17																			

PÉRIODE RÉSIDENTS		HOSPITALISATION - Dr Jean-Pierre Arseneau								AUTRES STAGES BATHURST						
		RÉSIDENT	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	RÉSIDENT	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	LIEU	RESPONSABLE DE STAGE
1	01/07/16																
	30/07/16																
2	01/08/16																
	28/08/16																
3	29/08/16	Sophonie Menard	R1	MF	OPT	US											
	25/09/16																
4	26/09/16																
	23/10/16																
5	24/10/16																
	20/11/16																
6	21/11/16																
	18/12/16																
7	19/12/16																
	15/01/17																
8	16/01/17																
	12/02/17																
9	13/02/17																
	12/03/17																
10	13/03/17																
	09/04/17																
11	10/04/17	Jonathan Bergeron	R2	MF	OPT	US											
	07/05/17																
12	08/05/17																
	04/06/17																
13	05/06/17																
	30/06/17																

PÉRIODE RÉSIDENTS		AUTRES STAGES BATHURST					
		EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	LIEU	DATES	RESPONSABLE DE STAGE
1	01/07/16						
	30/07/16						
2	01/08/16						
	28/08/16						
3	29/08/16						
	25/09/16						
4	26/09/16						
	23/10/16						
5	24/10/16						
	20/11/16						
6	21/11/16						
	18/12/16						
7	19/12/16						
	15/01/17						
8	16/01/17						
	12/02/17						
9	13/02/17						
	12/03/17						
10	13/03/17						
	09/04/17						
11	10/04/17						
	07/05/17						
12	08/05/17						
	04/06/17						
13	05/06/17						
	30/06/17						

IMMERSION CLINIQUE 1ÈRE ANNÉE et APP 2e ANNÉE - BATHURST		
STAGE D'OBSERVATION	**Université**	**DATES**

SANTÉ COMMUNAUTAIRE BATHURST	
Thierry Arseneau	27/02 au 24/03/17
Marc-André Leblond	27/02 au 24/03/17
Kassandra Thériault	27/02 au 24/03/17
Nathalie White	27/02 au 24/03/17

1er juillet 2016 au 9 avril 2017 Péninsule acadienne						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R6**
Urgence et soins critiques P 1 à 6	3	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques P 7	2	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques P 8 à 10	2.25	0	0	0	0	0
Urgence Tracadie	1	0	0	0	0	0
Médecine de famille Péninsule acadienne	0	12	0	0	0	0
Autres stages Péninsule acadienne	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGES	8.25	12	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGES - Péninsule acadienne	**20.25**					

1er juillet 2016 au 30 juin 2017 - Péninsule acadienne						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**MF**	**SP**	**OBL**	**OPT**	**US**	**Autres**
Urgence et soins critiques P 1 à 6	3	0	3	0	3	0
Urgence et soins critiques P 7	2	0	2	0	2	0
Urgence et soins critiques P 8 à 13	2.25	0	2.25	0	2.25	0
Urgence Tracadie	3	0	0	3	3	0
Médecine de famille Péninsule acadienne	16	0	16	0	16	0
Autres stages Péninsule acadienne	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGE	**26.25**	**0**	**23.25**	**3**	**26.25**	**0**
TOTAL DE MOIS DE STAGE - Péninsule acadienne	**26.25**		**26.25**		**26.25**	

10 avril au 30 juin 2017 Péninsule acadienne						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R6**
Urgence et soins critiques P 11 à 13	0	0	0	0	0	0
Urgence Tracadie	2	0	0	0	0	0
Médecine de famille Péninsule acadienne	0	4	0	0	0	0
Autres stages Péninsule acadienne	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGES	2	4	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGES - Péninsule acadienne	**6**					

PÉRIODE RÉSIDENTS		URGENCE ET SOINS CRITIQUES PENINSULE ACADIENNE Dre Johanne Robichaud Note: ne pas placer 2 résidents en même temps à l'urgence						URGENCE TRACADIE OPTION 1 résident -Dre Johanne Robichaud - Note: ne pas placer 2 résidents en même temps à l'urgence								
		1 RÉSIDENT	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	DATES	1 RÉSIDENT	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16							Genevieve Landry	R1	MF	OPT	US				
	30/07/16															
2	01/08/16												Julie Breau	Opt	Car	1er au 26/08
	28/08/16															
3	29/08/16															
	25/09/16															
4	26/09/16	Jason MacIntosh	R1	MF	OBL	US	3/10 au 23/10									
		Denika Bourque	R1	MF	OBL	US	3/10 au 23/10									
	23/10/16															
5	24/10/16															
	20/11/16															
6	21/11/16	Emilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US	28/11 au 18/12									
		Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US	28/11 au 18/12									
	18/12/16															
7	19/12/16	Emilie Beaulieu	R1	MF	OBL	US	19/12 au 15/01									
		Sylvie Roberge	R1	MF	OBL	US	19/12 au 15/01									
	15/01/17															
8	16/01/17	Marie-Josée LeBlanc	R1	MF	OBL	US	23/01 au 12/02									
	12/02/17															
9	13/02/17															
	12/03/17															
10	13/03/17	Ghislain Doiron	R1	MF	OBL	US	20/03 au 09/04									
		Sophonie Menard	R1	MF	OBL	US	20/03 au 09/04									
	09/04/17															
11	10/04/17							Mathias Losier	R1	MF	OPT	US				
	07/05/17															
12	08/05/17							Alexandre Robichaud	R1	MF	OPT	US				
	04/06/17															
13	05/06/17															
	30/06/17															

PÉRIODE RÉSIDENTS		MÉDECINE DE FAMILLE PÉNINSULE ACADIENNE Dre Johanne Robichaud					AUTRE STAGES PÉNINSULE ACADIENNE											
		1 RÉSIDENT	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	RÉSIDENT	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	LIEU	RESPONSABLE DE STAGE	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	LIEU	DATES	RESPONSABLE DE STAGE
1	01/07/16	Emilie Corriveau	R2	MF	OBL	US													
		Thomas McNally	R2	MF	OBL	US													
	30/07/16																		
2	01/08/16	Shayna Basque	R2	MF	OBL	US													
	28/08/16																		
3	29/08/16	Chantal Gallant	R2	MF	OBL	US													
	25/09/16																		
4	26/09/16	Sylvie Champagne	R2	MF	OBL	US													
	23/10/16																		
5	24/10/16	Dany Saucier	R2	MF	OBL	US													
	20/11/16																		
6	21/11/16	Amélie Hendriks	R2	MF	OBL	US													
	18/12/16																		
7	19/12/16	Amélie Hendriks	R2	MF	OBL	US													
	15/01/17																		
8	16/01/17	Marie-Andrée Thériault	R2	MF	OBL	US													
	12/02/17																		
9	13/02/17	Karine Richard	R2	MF	OBL	US													
		Francesca Duguay	R2	MF	OBL	US													
	12/03/17																		
10	13/03/17	Isabelle Cormier	R2	MF	OBL	US													
	09/04/17																		
11	10/04/17	Mélanie P. Léger	R2	MF	OBL	US													
		Justin Shean	R2	MF	OBL	US													
	07/05/17																		
12	08/05/17	Karine Bouchard	R2	MF	OBL	US													
	04/06/17																		
13	05/06/17	Martine Melanson	R2	MF	OBL	US													
	30/06/17																		

SANTÉ COMMUNAUTAIRE
BATHURST

SANTÉ COMMUNAUTAIRE
CARAQUET

IMMERSION CLINIQUE 1ÈRE ANNÉE et APP 2e ANNÉE PÉNINSULE ACADIENNE

STAGE D'OBSERVATION	Université	DATES

1er juillet 2016 au 9 avril 2017 - Hôpital régional de Campbellton						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R6**
Urgence option	0	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques Périodes 1 à 6 (3 sem.)	2.25	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques Période 7 (4 semaines)	1	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques Période 8 à 10 (3 sem.)	2.25	0	0	0	0	0
Psychiatrie - Campbellton	0	0	0	0	0	0
Autres stages Campbellton	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGE	**5.5**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
TOTAL DE MOIS DE STAGES - CAMPBELLTON	**5.5**					

1er juillet 2016 au 30 juin 2017 - Hôpital régional de Campbellton						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**MF**	**SP**	**OBL**	**OPT**	**US**	**Autres**
Urgence option	0	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques Périodes 1 à 6 (3 sem.)	2.25	0	2.25	0	2.25	0
Urgence et soins critiques Période 7 (4 semaines)	0	1	1	0	1	0
Urgence et soins critiques Période 8 à 13 (3 sem.)	2.25	0	2.25	0	2.25	0
Psychiatrie Campbellton	0	0	0	0	0	0
Autres stages Campbellton	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGE	4.5	1	5.5	0	5.5	0
TOTAL DE MOIS DE STAGES - CAMPBELLTON	**5.5**		**5.5**		**5.5**	

9 avril au 30 juin 2017 - Hôpital régional de Campbellton						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R6**
Urgence option	0	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques Période 11 à 13 (3 sem.)	0	0	0	0	0	0
Psychiatrie Campbellton	0	0	0	0	0	0
Autres stages Campbellton	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGE	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
TOTAL DE MOIS DE STAGES - CAMPBELLTON	**0**					

PÉRIODE RÉSIDENTS		URGENCE OPTION Dr Bertrand Laporte, remplaçant Dre L. Déjario (R1 et R2)					URGENCE ET SOINS CRITIQUES OBLIGATOIRE R1 - Dr Bertrand Laporte, remplaçant Dre L Déjario (ne pas placer R1 ou R2 urgence option si = 1 ou 2 R1 (3 sem.)					URGENCE				MÉDECINE DE FAMILLE			
		RÉSIDENT	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	RÉSIDENT	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	DATES	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16																Martine Veilleux	OB	US	25/07 au 16/09
	30/07/16																Sylvie Morin	OB	US	25/07 au 16/09
2	01/08/16																			
	28/08/16																			
3	29/08/16																			
	25/09/16																			
4	26/09/16						Jessica martin	R1	MF	OBL	US	03 au 23 10								
							Maxime Mallet	R1	MF	OBL	US	03 au 23 10					Dominique Nadeau	OB	US	26/09 au 20/11
	23/10/16																Laurence Bourassa	OB	US	26/09 au 20/11
5	24/10/16																			
	20/11/16																			
6	21/11/16						Ginette Sika	R1	MF	OBL	US	28/11 au 18/12					Jamie Chiasson	OB	US	21/11 au 29/01
																	Christine Wilk	OB	US	21/11 au 29/01
	18/12/16																			
7	19/12/16						Ginette Sika	R1	FM	OBL	US	19/12 au 15/01								
	15/01/17																			
8	16/01/17						Alexandre Robichaud	R1	MF	OBL	US	23/01 au 12/02					Emilie Simard	OB	US	30/01 au 24/03
							Rajiv Teeluck	R1	MF	OBL	US	23/01 au 12/02					Justin Michetti	OB	US	30/01 au 24/03
	12/02/17																			
9	13/02/17																			
	12/03/17																			
10	13/03/17						Zoé Mallet	R1	MF	OBL	US	20/03 au 09/04								
	09/04/17																			
11	10/04/17																			
	07/05/17																			
12	08/05/17																			
	04/06/17																			
13	05/06/17																			
	30/06/17																			

PSYCHIATRIE - CAMPBELLTON

PÉRIODE RÉSIDENTS		RÉSIDENT	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16						Katherine Gosselin	OBL	US	20/06 au 15/07
							Annabelle Lussier	OBL	US	20/06 au 15/07
	30/07/16									
2	01/08/16						Tania Smith-Doiron	OBL	US	25/07 au 21/08
							Alexander Nguyen	OBL	US	25/07 au 21/08
	28/08/16									
3	29/08/16						Gabriel Foucault	OBL	US	22/08 au 16/09
							Michaël Houle-Mercier	OBL	US	22/08 au 16/09
	25/09/16									
4	26/09/16						Thanh Duc Nguyen	OBL	US	26/09 au 23/10
							Laurence Quesnel	OBL	US	26/09 au 23/10
	23/10/16									
5	24/10/16						Gabrielle Rodrigue	OBL	US	24/10 au 20/11
							Léo Perrin	OBL	US	24/10 au 20/11
	20/11/16									
6	21/11/16						Sarah Judson	OBL	US	21/11 au 16/12
							Sylvie Morin	OBL	US	21/11 au 16/12
	18/12/16									
7	19/12/16									
	15/01/17									
8	16/01/17						Frédérique Ferland	OBL	US	3/01 au 29/01
							Alexandra Thibault	OBL	US	3/01 au 29/01
	12/02/17									
9	13/02/17						Kassandra Thériault	OBL	US	30/01 au 26/02
							Nathalie White	OBL	US	30/01 au 26/02
	12/03/17									
10	13/03/17						Simon Bergeron	OBL	US	27/02 au 24/03
							Christine Vo	OBL	US	27/02 au 24/03
	09/04/17									
11	10/04/17									
	07/05/17									
12	08/05/17									
	04/06/17									
13	05/06/17									
	30/06/17									

PÉRIODE RÉSIDENTS		AUTRES STAGES CAMPBELLTON												
		RÉSIDENT	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	LIEU	RESPONSABLES	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	LIEU	DATES	RESPONSABLE DE STAGE
1	01/07/16													
	30/07/16													
2	01/08/16													
	28/08/16													
3	29/08/16													
	25/09/16													
4	26/09/16													
	23/10/16													
5	24/10/16													
	20/11/16													
6	21/11/16													
	18/12/16													
7	19/12/16													
	15/01/17													
8	16/01/17													
	12/02/17													
9	13/02/17													
	12/03/17													
10	13/03/17													
	09/04/17													
11	10/04/17													
	07/05/17													
12	08/05/17													
	04/06/17													
13	05/06/17													
	30/06/17													

SANTÉ COMMUNAUTAIRE
CAMPBELLTON

IMMERSION CLINIQUE 1ÈRE ANNÉE et APP 2e ANNÉE - CAMPBELLTON		
STAGE D'OBSERVATION	**Univesité**	**DATES**

1er juillet 2016 au 9 avril 2017 - Hôpital régional d'Edmundston						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R6**
Unité extérieure-R2 (1er juillet au 25 sept. 2016)	0	6	0	0	0	0
Unité extérieure-R2 (26 sept. 2016 au 15 janv. 2017)	0	8	0	0	0	0
Unité extérieure-R2 (16 anvier au 9 avril 2017)	0	6	0	0	0	0
Médecine de famille Clinique Saint-Jacques	0	0	0	0	0	0
Urgence option Edmundston	0	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques P 1 à 6 (3 sem.)	1.5	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques P 7 (4 sem.)	1	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques P 8 à 10 (3 sem.)	1.5	0	0	0	0	0
Pédiatrie Edmundston	0	0	0	0	0	0
Gynéco-obstétrique Edmundston	0	0	0	0	0	0
Chirurgie générale - Edmundston	0	0	0	0	0	0
Autres stages Edmundston	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGE	**4**	**20**	**0**	**0**	**0**	**0**
TOTAL DE MOIS DE STAGES - Edmundston	**24**					

9 avril au 30 juin 2017 - Hôpital régional d'Edmundston						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R6**
Unité extérieure-R2 (9 avril au 30 juin 2017)	0	3	0	0	0	0
Médecine de famille Clinique Saint-Jacques	0	0	0	0	0	0
Urgence Edmundston	0	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques P 11 à 13 (3 sem.)	0	0	0	0	0	0
Pédiatrie Edmundston	0	0	0	0	0	0
Gynéco-obstétrique - Edmundston	0	0	0	0	0	0
Chirurgie générale - Edmundston	0	0	0	0	0	0
Autres stages Edmundston	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGE	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**
TOTAL DE MOIS DE STAGES - Edmundston	**3**					

1er juillet 2016 au 30 juin 2017 - Régie régionale de la santé 4 (Edmundston)						
MÉDECINE DE FAMILLE ET SPÉCIALITÉS	**MF**	**SP**	**OBL**	**OPT**	**US**	**Autres**
Unité extérieure-R2 (1er juillet au 25 sept. 2016)	6	0	6	0	6	0
Unité extérieure-R2 (26 sept. 2015 au 15 janv. 2017)	8	0	8	0	8	0
Unité extérieure-R2 (16 janv au 9 avril 2017)	6	0	6	0	6	0
Unité extérieurs-R2 (10 avril au 30 juin 2017)	3	0	3	0	3	0
Médecine de famille Clinique Saint-Jacques	0	0	0	0	0	0
Urgence option Edmundston	0	0	0	0	0	0
Urgence et soins critiques P 1 à 6 (3 sem.)	1.5	0	1.5	0	1.5	0
Urgence et soins critiques P 7 (4 sem.)	1	0	1	0	1	0
Urgence et soins critiques P 8 à 13 (3 sem.)	0.75	0.75	1.5	0	1.5	0
Pédiatrie Edmundston	0	0	0	0	0	0
Gynéco-obstétrique Edmundston	0	0	0	0	0	0
Chirurgie générale	0	0	0	0	0	0
Autres stages Edmundston	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MOIS DE STAGE	**26.25**	**0.75**	**27**	**0**	**27**	**0**
	27		**27**		**27**	

PÉRIODE RÉSIDENTS		UNITÉ EXTÉRIEURE SAINT-JACQUES (R2) Edmundston					MÉDECINE DE FAMILLE - Clinique Saint-Jacques, Edmundston							
		RÉSIDENT - Dre Luce Albert Daigle	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	RÉSIDENT Dre Luce Albert Daigle	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	EXTERNES Dre Josée Martin	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16	Jonathan Couturier	R2	MF	OBL	US									
		Isabelle Cormier	R2	MF	OBL	US									
	30/07/16														
2	01/08/16														
	28/08/16														
3	29/08/16														
	25/09/16														
4	26/09/16	Emilie Corriveau	R2	MF	OBL	US									
		Karine Bouchard	R2	MF	OBL	US									
	23/10/16														
5	24/10/16														
	20/11/16														
6	21/11/16														
	18/12/16														
7	19/12/16														
	15/01/17														
8	16/01/17	Dany Saucier	R2	MF	OBL	US									
		Thomas McNally	R2	MF	OBL	US									
	12/02/17														
9	13/02/17														
	12/03/17														
10	13/03/17														
	09/04/17														
11	10/04/17	Amelie Hendriks	R2	MF	OBL	US									
	07/05/17														
12	08/05/17														
	04/06/17														
13	05/06/17														
	30/06/17														

PÉRIODE RÉSIDENTS		URGENCE option (R1 et R2)					URGENCE ET SOINS CRITIQUES - R1 OBLIGATOIRE (si 1 ou 2 R1 ne pas placer de R1 ou R2 urgence option (3 sem.)						URGENCE				PÉDIATRIE - EDMUNDSTON						
		Dre Josée Martin	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	Dre Josée Martin	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	DATES	EXTERNES Dre Josée Martin	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 RÉSIDENT Dr Benlamlih	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16																								
	30/07/16																								
2	01/08/16																								
	28/08/16																								
3	29/08/16																								
	25/09/16																								
4	26/09/16						Dany Saucier	R1	MF	OBL	US	3/10 au 23/10													
	23/10/16																								
5	24/10/16																								
	20/11/16																								
6	21/11/16						Mathias Losier	R1	MF	OBL	**US**	28/11 au 18/12													
	18/12/16																								
7	19/12/16						Mathias Losier	R1	MF	OBL	**US**	19/12 au 15/01													
	15/01/17																								
8	16/01/17						Karine Boulay	R1	MF	OBL	US	23/01 au 12/02													
	12/02/17																								
9	13/02/17																								
	12/03/17																								
10	13/03/17						Genevieve Landry	R1	FM	OBL	US	20/03 au 09/04													
	09/04/17																								
11	10/04/17																								
	07/05/17																								
12	08/05/17																								
	04/06/17																								
13	05/06/17																								
	30/06/17																								

PÉRIODE RÉSIDENTS		GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE - EDMUNDSTON - Dr Ahmed Raboui								CHIRUGIE GÉNÉRALE - EDMUNDSTON							
		1 RÉSIDENT	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES	1 RÉSIDENT	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	DATES
1	01/07/16																		
	30/07/16																		
2	01/08/16																		
	28/08/16																		
3	29/08/16																		
	25/09/16																		
4	26/09/16																		
	23/10/16																		
5	24/10/16																		
	20/11/16																		
6	21/11/16																		
	18/12/16																		
7	19/12/16																		
	15/01/17																		
8	16/01/17																		
	12/02/17																		
9	13/02/17																		
	12/03/17																		
10	13/03/17																		
	09/04/17																		
11	10/04/17																		
	07/05/17																		
12	08/05/17																		
	04/06/17																		
13	05/06/17																		
	30/06/17																		

PÉRIODE RÉSIDENTS		AUTRES STAGES EDMUNDSTON, SAINT-QUENTIN et AUTRES												
		RÉSIDENT	Niveau	Spécalité	OPT/OBL	Université	LIEU	RESPONSABLE DE STAGE	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	LIEU	DATES	RESPONSABLE DE STAGE
1	01/07/16													
	30/07/16													
2	01/08/16													
	28/08/16													
3	29/08/16													
	25/09/16													
4	26/09/16													
	23/10/16													
5	24/10/16													
	20/11/16													
6	21/11/16													
	18/12/16													
7	19/12/16													
	15/01/17													
8	16/01/17													
	12/02/17													
9	13/02/17													
	12/03/17													
10	13/03/17													
	09/04/17													
11	10/04/17													
	07/05/17													
12	08/05/17													
	04/06/17													
13	05/06/17													
	30/06/17													

SANTÉ COMMUNAUTAIRE
EDMUNDSTON

IMMERSION CLINIQUE 1ÈRE ANNÉE et APP 2e ANNÉE - EDMUNDSTON		
Nom	Université	DATES

PÉRIODE RÉSIDENTS		STAGES HORS DU NOUVEAU-BRUNSWICK (Nouvelle-Écosse, Québec, etc.)												
		RÉSIDENT	Niveau	Spécialité	OPT/OBL	Université	LIEU	RESPONSABLE DE STAGE	EXTERNES	OPT, OBL, OBS	Université	LIEU	DATES	RESPONSABLE DE STAGE
1	01/07/16													
	30/07/16													
2	01/08/16													
	28/08/16													
3	29/08/16													
	25/09/16													
4	26/09/16													
	23/10/16													
5	24/10/16	Rajiv Teeluck	R1	MF	OPT	US	Urgence, Fleurimont							
	20/11/16													
6	21/11/16													
	18/12/16													
7	19/12/16													
	15/01/17													
8	16/01/17	Emilie Corriveau	R2	MF	OPT	US	Kuujjuaq, Québec							
	12/02/17													
9	13/02/17	Émilie Beaulieu	R1	MF	OPT	US	Dermato, Chicoutimi							
	12/03/17													
10	13/03/17													
	09/04/17													
11	10/04/17													
	07/05/17													
12	08/05/17													
	04/06/17													
13	05/06/17													
	30/06/17													

Rapport 8.7

Comité professionnel consultatif

Réunion du 3 mai 2016

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Le Comité professionnel consultatif a tenu une réunion régulière le 3 mai 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- Suivi- clinique ambulatoire de contrôle de la Warfarin – CSCSJ
- Approbation du mandat du CPC
- Recommandation au Comité de gouvernance des mises en candidature pour nouveaux membres du CPC
- Mise à jour secteur de la pratique professionnelle
- Compétence avancée – examen vaginal au spéculum
- Demande d'acte délégué – assistants-techniques en pharmacie

- Présentation des rapports suivants :

  - Prévention des infections – mars 2016
  - Tableau de bord qualité – mars 2016

Trois (3) propositions ont été présentées :

MOTION 2016-05-03 03CPC

Proposé par Pierre-André Noël

Appuyé par Claudette Boudreau

Et résolu que le CPC appui la politique de compétences avancées – examen vaginal au speculum tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-05-03 04CPC

Proposé par Annie Boudreau

Appuyé par Lise Gauthier

Et résolu que le CPC recommande la nomination des membres en bloc tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

Les candidats suivants ont donc été retenus comme membre votant du CPC et ceci pour un mandat de 3 ans soit de septembre 2016 à juin 2019;

Justin Morris, thérapie respiratoire, 2e mandat

Danielle McLennan, technologie de laboratoire médical

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Annie Robichaud, ergothérapie
Melissa Deschênes, pharmacie
Claudine Godbout-Lavoie, audiologie/orthophonie, 2e mandat

MOTION 2016-05-03 05CPC
Proposé par Diane Lebrun
Appuyé par Sonia Demers
Et résolu que le CPC appui les 2 politiques avec les modifications proposées tel que présenté (Délégation des fonctions de vérification technique des médicaments aux assistants-techniques en pharmacie et Programme de formation en vérification des médicaments)
Adopté à l'unanimité

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité professionnel consultatif.

Linda Sunderland
Présidente du Comité professionnel consultatif

Rapport du président
Comité ad Hoc – voyages médicaux
Réunion extraordinaire du 16 juin 2016
(Pour la réunion publique)

Le Comité ad Hoc sur les voyages médicaux a tenu une réunion extraordinaire le 16 juin 2016 par courrier électronique.

Les indicateurs qui seront inclus dans le tableau de bord cette année ont été déterminés comme suit :

Indicateurs	Cibles
Temps pour traiter la demande de rendez-vous	48 hrs
Volume de no-show	↓ 25 %
Volume de rendez-vous annulés par le Réseau	↓ 25 %
Taux d'utilisation de la télésanté	↑ 10 %

À noter que les cibles seront validées.

MOTION 2016-06-16 – 01adHoc
Proposé par Anne Soucie
Appuyé par Christian Mercier
Et résolu que les indicateurs soient acceptés tels qu'indiqués ci-dessus.
Adopté à l'unanimité.

Ceci constitue le rapport du président du Comité ad Hoc sur les voyages médicaux pour la réunion extraordinaire tenue le 16 juin 2016 et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Donald Thériault
Président du Comité ad Hoc – voyages médicaux

Point 9

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Privilèges temporaires**

Cette note a pour but de vous informer des privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité pour approbation en date du 14 avril 2016 au 17 juin 2016.

Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité en date du 14 avril 2016 au 17 juin 2016.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES - 16 juin 2016

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
COMSTOCK, Dr Sean	Chirurgie orthopédique	Consultant	23 juin 2016	16 septembre 2016	1B
MORRIS, Dr Susan	Neurophysiologie	Scientifique affilié	23 juin 2016	16 septembre 2016	1B
					4
BENNANI, Dr Taher	Médecine familiale	Associé	10 juin 2016	2 septembre 2016	5
CAYARD, Dr Jean Edward	Médecine familiale	Associé	17 juin 2016	9 septembre 2016	5
CHUNG, Dr Jonathan	Imagerie diagnostique	Suppléant	1er juin 2016	26 août 2016	5
OYEYE, Dr Grant	OBS/GYN	Suppléant	13 mai 2016	5 août 2016	5
CHIASSON, Dre Melissa	Médecine interne	Suppléant	27 mai 2016	19 août 2016	6

Point 10

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Dossiers légaux**

Cette note a pour but de vous informer qu'il n'y a eu aucun nouveau dossier légal depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Point 11

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Correspondance**

Le tableau de correspondance reçue ou expédiée pour le Conseil d'administration est présenté aux membres.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité

Correspondance du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité - 2015-2016 (Point 11)

Date	Destinataire	Expéditeur	Objet	Réponse
11 mai 2016	Victor Boudreau	Aldéoda Losier	Modification du territoire des deux régies de Santé pour que la municipalité de Tracadie-Sheila soit localisée dans le territoire d'une seule régie	N/A
26 mai 2016	Victor Boudreau	Gilles Lanteigne	Analyse du profil des caractéristiques et des compétences des personnes récemment élues	N/A

Point 12

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Documentation pour information pour les membres**

Deux articles sont partagés aux membres :

- Reducing Phisician Burnout Through Engagement
- Cybercollaboration meilleur ensemble : Main dans la main avec les familles

Nous invitons tous les membres à suggérer des articles pour nos prochaines rencontres.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Point 12.1 a)

Reducing Physician Burnout Through Engagement

John W. Henson, MD, FACHE, chief of oncology services, Piedmont Healthcare, Atlanta, Georgia

Physician burnout has become a high-profile issue in healthcare. Increasingly recognized as a common phenomenon, it has the potential to affect a central point of care delivery by threatening physician engagement and even availability. Senior healthcare leaders must understand the terminology of burnout, become familiar with the sources of data used in its discussion, and take practical steps to minimize this phenomenon in a complex world.

CHARACTERIZING PHYSICIAN BURNOUT

Definition

The *Maslach Burnout Inventory* manual states that burnout is "a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who work with people in some capacity" (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Emotional exhaustion refers to one's psyche being drained, depersonalization is reflected in impersonal responses, and reduced personal accomplishment describes a negative feeling about oneself and the value and competence of one's work. Burnout can also be viewed as the opposite of engagement (Studer, 2015).

Incidence

The percentage of physicians who described themselves as burned out in the *Medscape Physician Lifestyle Report* increased from 40% in 2013 to 46% in 2015 (Peckham, 2015). Women reported a higher level of burnout than men. Practice categories in which burnout rates were 50% or greater were critical care, emergency medicine, family medicine, internal medicine, general surgery, and HIV/infectious disease care.

Interestingly, a different group of specialists described their burnout as "severe." Leading this list were nephrology, cardiology, plastic surgery, urology, and dermatology. Developing a theory to explain these differences is difficult. However, it seems that physicians on the front lines of care are most likely to experience burnout, whereas the degree of burnout for physicians in highly paid specialties is more likely to be severe when it occurs.

The Physician Misery Index offers data on burnout from another perspective. The index was developed by Geneia, a company that provides consulting services to institutions dealing with underengaged physicians, and is based on a survey that included about 400 responses. The single-time-point study was interpreted as showing that

"overall, the nationwide Physician Misery Index is 3.7 out of 5, indicating that scales are tipping from satisfaction to misery" (Lavoie, 2015).

By comparison, a more upbeat view of the practice of medicine was reported by a 2014 Physicians Foundation survey, in which a large sample of physicians reported a significant improvement in professional morale and feelings about the state of the medical profession compared with the results of a 2012 survey. Overall, the conclusion that physician burnout is rapidly worsening should be tempered by the data from this survey.

Surveys may produce the results toward which they are biased. The questions in one survey might emphasize negative emotions and find that physicians are indeed an unhappy group, whereas the questions in another survey might lead to a less negative view. Because the questions are not available online, however, it is difficult to directly test this theory.

Causes

Physicians answering the Medscape survey listed "too many bureaucratic tasks, too many hours at work, insufficient income, and increasing computerization of practice" as the top causes of dissatisfaction (Peckham, 2015). Interestingly, lack of professional fulfillment scored much lower as a cause. Intriguing correlations were reported among those with higher rates of burnout (single and living alone, high level of personal debt, lack of exercise, and being overweight), lower rates of burnout (came to the United States as an adult and were married, remarried, or widowed), and no difference in rates of burnout (political leaning, daily alcohol intake, and spirituality).

Identification

In his recent book on physician burnout, Studer (2015) outlines a list of "leading and lagging indicators" of this condition. Examples of leading indicators or behaviors include irritability, falling patient satisfaction, and loss of energy. Lagging indicators include social withdrawal, problems with personal relationships, and encountering malpractice suits.

While these features seem reasonable as signs of burnout, their recognition will be challenging for senior leaders who may have only rare interactions with individual physicians on the medical staff. Thus, the identification of burnout should be a specific task assigned to physician leaders such as division heads or chief medical officers.

Formal testing for burnout is also available. Although not specific to physicians, the Maslach Burnout Inventory can be taken as an individual online assessment for $15. A report of test results outlines where the individual falls on scales of emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment. However, it does not provide comparison with a standardized data set. Several pages of suggestions follow, which are not individualized but can be useful for contemplation.

Stanford Medicine's (2015) WellMD program also offers a number of online resources for assessment of physician burnout. (The Medscape and Geneia surveys are not available online.)

SEEKING ENGAGEMENT THROUGH STRONG PHYSICIAN LEADERSHIP

Most would agree that physicians are working in a stressful time. However, stressors are seen across the entire U.S. workforce. For example, Gallup's *State of the American Workplace* reveals that levels of employee engagement are only 30%, with change and stagnant wages noted as factors (Gallup, 2013).

The analysis presented in the Gallup report suggests looking at burnout from a different point of view. That report suggests steps that senior leaders can take to change the discussion from a negative one about *physician burnout* to a positive tone based on *physician engagement*. The notion that burnout is the opposite of engagement (Studer, 2015) is particularly relevant here.

A provocative consideration regarding physician engagement was suggested by a study from the Mayo Clinic. The study examined physician satisfaction and burnout as a function of the quality of physician leadership (Shanafelt et al., 2015). The authors compared the responses to a subset of questions from the Maslach Burnout Inventory to a scale measuring the leadership qualities of an immediate physician supervisor. The scale included the following items:

> To what extent do you agree or disagree with each of the following statements about your immediate supervisor?
>
> - Holds career development conversations with me
> - Inspires me to do my best
> - Empowers me to do my job
> - Is interested in my opinion
> - Encourages employees to suggest ideas for improvement
> - Treats me with respect and dignity
> - Provides helpful feedback and coaching on my performance
> - Recognizes me for a job well done
> - Keeps me informed about changes taking place at Mayo Clinic
> - Encourages me to develop my talents and skills
> - I would recommend working for (name of immediate supervisor)

The study concludes:

> The leadership qualities of physician supervisors appear to impact the well-being and satisfaction of individual physicians working in health care organizations. These findings have important implications for the selection and training of physician leaders and provide new insights into organizational factors that affect physician well-being. (Shanafelt et al., 2015, p. 432)

The study provides a logical pathway to improving engagement and thus lowering burnout: Choose physician leaders with great care and ensure that these leaders attend to the professional needs of those they lead. This approach is echoed in a recommendation for increasing engagement from the *State of the American Workplace* report:

> Select the right managers. Whether hiring from the outside or promoting from within, organizations that scientifically select managers for the unique talents it takes to effectively

> manage people greatly increase the odds of engaging their employees. Instead of using management jobs as promotional prizes for all career paths, companies should treat these roles as unique with distinct functional demands that require a specific talent set. They should select managers with the right talents for supporting, positioning, empowering, and engaging their staff. (Gallup, 2013, p. 11)

This action plan may not be simple to execute, but it should be a major goal of every senior leader.

Extensive, well-planned approaches to combat physician burnout have been taken at some hospitals, including those at Stanford Medicine through its WellMD program and Florida Hospital System via its Physician Support Services (Paolinin, Bertram, & Hamilton, 2013). They may provide valuable ideas about increasing physician engagement.

CONCLUSION

Many of the sources of dissatisfaction in physicians' professional lives, such as the rising burden of excessive regulations, are largely outside the control of physicians and healthcare leaders. It is important, therefore, to look for approaches that are actionable at the local level. One useful idea is to redefine the problem of high burnout as one of low engagement. Evidence suggests that physician leaders can play a critical role in engagement.

REFERENCES

Gallup. (2013). *State of the American workplace*. Retrieved from http://www.gallup.com/services/178514/state-american-workplace.aspx

Lavoie, H. S. (2015, March 5). Alarming numbers of practicing physicians find little satisfaction in practice of medicine. Geneia [Blog]. Retrieved from http://www.geneia.com/blog/alarming-numbers-of-practicing-physicians-find-little-satisfaction-in-practice-of-medicine/

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory.* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Paolinin, H. O., Bertram, B., & Hamilton, T. (2013, April 19). Antidotes to burnout: Fostering physician resiliency, well-being, and holistic development. Retrieved from http://www.medscape.com/viewarticle/782514

Peckham, C. (2015, January 26). Medscape physician lifestyle report 2015 [Infographic]. Retrieved from http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2015/public/overview

Physicians Foundation. (2014, September 16). 2014 survey of America's physicians: Practice patterns and perspectives. Retrieved from http://www.physiciansfoundation.org/healthcare-research/2014-survey-of-americas-physicians-practice-patterns-and-perspectives

Shanafelt, T. D., Gorringe, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., . . . & Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings, 90*(4), 432–440.

Stanford Medicine. (2015). WellMD. Retrieved from http://wellmd.stanford.edu

Studer, Q. (2015). *Healing physician burnout.* Pensacola, FL: Firestarter.

For more information about the concepts in this column, contact Dr. Henson at John.Henson@piedmont.org.

PROSPECTUS DE LA CYBERCOLLABORATION MEILLEURS ENSEMBLE : MAIN DANS LA MAIN AVEC LES FAMILLES

Canadian Foundation for Healthcare Improvement
Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

Better Together
Families are more than visitors. They're partners in care.

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) recense des innovations éprouvées et accélère leur diffusion partout au Canada en soutenant des organismes de santé dans l'adaptation, la mise en oeuvre et l'évaluation de l'amélioration des soins aux patients, de la santé de la population et de l'optimisation des ressources. La FCASS est un organisme sans but lucratif financé dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas forcément les opinions de Santé Canada.

TABLE DES MATIÈRES

APERÇU **4**
Résumé 4
Webinaire d'information 4
Situation actuelle 5
Innovation relative à la présence de la famille 5
Avantages de la présence de la famille 6
LA POSSIBILITÉ D'AMÉLIORATION **7**
Pourquoi vous devriez y participer 7
Joignez-vous au projet collaboratif et profitez 8
Objectifs et résultats prévus 8
ADMISSIBILITÉ **10**
Qui devrait y participer? 10
Conditions de participation 11
Préparation à la réussite : mettre en place une équipe d'amélioration 11
LE PROGRAMME COLLABORATIF **13**
Thèmes de contenu 13
Méthodes d'apprentissage 14
Calendrier 14
Programme gratuit 16
MODALITÉS DE DEMANDE DE PARTICIPATION **16**
Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec *info@cfhi-fcass.ca* 16
Annexe A : Principaux membres du corps enseignant et du personnel de la FCASS 17

APERÇU

Résumé

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé sollicite des expressions d'intérêt d'organismes de prestation de soins de santé à participer à une cybercollaboration d'amélioration de la qualité visant l'adoption et la mise en œuvre des politiques sur la présence de la famille. Ces dernières permettent aux patients de désigner les membres de la famille[1] qui peuvent rester sans restriction à leurs côtés pendant leur hospitalisation. Cette cybercollaboration est offerte en ligne par le biais des webinaires et d'autres moyens propices à l'apprentissage à distance.

De mai 2016 à mars 2017, la cybercollaboration Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles renforcera la capacité de votre organisation à :

- entreprendre des initiatives d'amélioration;
- analyser, planifier, mettre en œuvre, évaluer et soutenir la présence de la famille;
- adopter, dans des établissements offrant des services hospitaliers[2], des pratiques qui appuient des soins axés sur le patient et la famille (SAPF) afin d'améliorer l'expérience et la satisfaction des patients et du personnel.

Les équipes organisationnelles admises au sein de cette cybercollaboration recevront du soutien pour élaborer et mettre en œuvre ces changements par le biais d'un accès à l'encadrement et au contenu éducatif de la FCASS ainsi qu'à un réseau pancanadien d'organismes œuvrant pour des politiques et des pratiques favorables à la présence de la famille. Il n'y a d'ailleurs aucun coût pour participer à cette cybercollaboration.

Webinaire d'information

Les organismes désireux d'en apprendre davantage sur la cybercollaboration Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles sont invités à prendre part à l'un des trois webinaires d'information suivants :

- 5 avril 2016 : de 15 h à 16 h HAE (en anglais seulement)
- 6 avril 2016 : de midi à 13 h HAE (bilingue)
- 11 avril 2016 : de 10 h à 11 h HAE (en anglais seulement)

---

[1] La famille comprend des parents ou des personnes importantes dans la vie du patient et pouvant lui prodiguer des soins qui sont ainsi désignés par le patient.

2 Par « services hospitaliers », on entend des services fournis par un organisme de santé qui dispose de lits tels que rapportés au ministère provincial/territorial de la Santé.

Au cours du webinaire d'une heure, les participants auront l'occasion d'en savoir plus sur la cybercollaboration ainsi que sur la façon dont leur organisation peut bénéficier du soutien de la FCASS dans l'adoption et la mise en œuvre des politiques et des pratiques sur la présence de la famille. **Il est fortement recommandé que le parrain-cadre et le gestionnaire de projet proposés assistent à l'une de ces séances.**

Inscrivez-vous maintenant et en apprendre davantage

Situation actuelle

Au Canada comme à l'étranger, quoique de nombreux organismes de santé aient défini les soins axés sur le patient et la famille (SAPF) comme une priorité organisationnelle, ils continuent de lutter pour traduire cette philosophie des soins en politiques et pratiques concrètes. Les heures de visite traditionnelles qui limitent la présence des membres de famille au chevet des patients peuvent faire obstacle aux soins axés sur le patient et la famille, ce qui se répercute sur la qualité, les coûts et les résultats. Les principaux organismes de santé au Canada et ailleurs mettent en œuvre des politiques sur la présence de la famille qui permettent aux patients de désigner les membres de la famille et d'autres proches qui peuvent rester à leurs côtés 24 heures par jour, sept jours sur 7[3].

Alors que 90 % des professionnels de la santé interrogés et le grand public appuient fermement des politiques sur la présence de la famille, en 2015, seulement 25 % des hôpitaux répondants ont obtenu les meilleures notes pour avoir des politiques qui favorisent la présence de la famille et des soins axés sur le patient et la famille[4]. Il existe une réelle possibilité d'amélioration afin de mieux répondre aux besoins des patients et des familles et de dispenser des SAPF.

Innovation relative à la présence de la famille

En vertu d'une politique sur la présence de la famille, les patients sont autorisés à désigner un ou plusieurs membres de la famille qui peuvent, sans restriction, être à leurs côtés pendant leur hospitalisation. Les patients sont libres de nommer des parents ou d'autres personnes importantes dans leur vie ou de n'en choisir aucun. Cette approche permet aux membres de la famille de participer plus pleinement dans les soins aux patients – y compris la planification des

---

[3] AbacusData (2015). *Campagne Meilleurs ensemble de la FCASS* [présentation en PowerPoint]; Ipsos. (2015) *Heures de visite des hôpitaux : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé* [présentation en PowerPoint].

[4] Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2015), *Beaucoup plus qu'une simple visite. Examen des politiques en matière de visites dans certains hôpitaux de soins actifs au Canada*, Ottawa : http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/patient-engagement/better-together-baseline-report-f.pdf?sfvrsn=12.

soins – en étant présents lors des tournées des médecins et en aidant dans les transitions entre les soins.

Les politiques sur la présence de la famille, qui sont une innovation sur le plan de la conception organisationnelle et l'amélioration des services, peuvent avoir de profondes répercussions sur la culture des organismes de prestation des services de santé et engendrer l'amélioration dans plusieurs domaines de la qualité[5].

L'élaboration, la mise en œuvre et la communication des politiques sur la présence de la famille de concert avec les patients, les familles et le personnel[6] représentent un pas concret vers une plus grande prestation de SAPF. Cependant, modifier des politiques de visites n'est pas nécessairement une tâche simple. Il faut, d'une part, établir un dialogue entre le personnel, les patients, les familles, les soignants et la collectivité en général pour faire accepter des politiques plus accommodantes, et d'autre part, opérer une transformation radicale afin de reconnaître le rôle clé que les familles des patients peuvent jouer dans la prise en charge de ces derniers et de s'éloigner de l'idée que les familles sont de simples « visiteurs » plutôt que des partenaires de soins et des alliés en matière de qualité et de sécurité.

Avantages de la présence de la famille

De nombreux grands hôpitaux au Canada et aux États-Unis reconnaissent que le partenariat avec les patients et les familles est une stratégie intelligente. Les avantages de l'adoption et de la mise en œuvre d'une politique sur la présence de la famille dans les hôpitaux comprennent[7] :

- l'amélioration de l'expérience de soins et de la satisfaction des patients;
- l'amélioration de la satisfaction et de l'attitude du personnel envers la présence de la famille;
- une diminution de l'anxiété du patient/de la famille;
- le maintien des fonctions cognitives et motrices des patients;
- l'amélioration de la sécurité et de l'état de santé des patients, et de la qualité;
- moins d'incidents médicamenteux et de chutes;
- une plus grande efficacité organisationnelle et de meilleurs résultats;
- une analyse et une planification des soins en temps opportun et mieux étayées;
- une meilleure planification de la transition;

---

[5] Institute for Patient-and Family-Centered Care. (n.d.), *« Données » sur la présence et la participation des familles »* : http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/patient-engagement/better-together-facts-and-figures_fr.pdf?sfvrsn=2.

[6] Par personnel, on entend les employés de l'organisme, le personnel accrédité (médecins, sages-femmes, infirmiers et infirmières autorisés de la catégorie spécialisée et d'autres employés qui ne sont pas rémunérés par l'organisation, mais ont des privilèges et travaillent sur place) et les bénévoles.

[7] Institute for Patient-and Family-Centered Care. (n. d.), *« Données » sur la présence et la participation des familles* : http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/patient-engagement/better-together-facts-and-figures_fr.pdf?sfvrsn=2.

- l'évitement des risques;
- une réduction de la durée des séjours, des admissions et des visites aux services d'urgence;
- une meilleure culture organisationnelle.

Par contre, le fait d'isoler les patients, dans leurs moments les plus vulnérables, des personnes qui les connaissent le mieux peut les exposer au risque d'effets indésirables, de préjudice psychologique et de soins incompatibles. Les patients et les familles appuient massivement les politiques sur la présence de la famille :

> *« La présence de ma famille pendant mon hospitalisation m'a non seulement permis de mieux tolérer la situation, mais elle a aussi facilité la transition lorsque je suis retournée chez moi. Comme mes proches m'ont accompagnée à toutes les étapes, ils savaient comment me procurer le soutien dont j'avais besoin à ma sortie de l'hôpital. »*
>
> **Emily Nicholas Angl, conseillère des patients, Patients Canada, et directrice des communications en matière de santé, Evans Health Lab**

LA POSSIBILITÉ D'AMÉLIORATION

Pourquoi vous devriez y participer

De nombreux grands hôpitaux au Canada et aux États-Unis reconnaissent les avantages des politiques sur la présence de la famille et l'importance du partenariat avec les patients et les familles dans l'acquisition par le personnel d'une vue plus personnalisée des patients, grâce aux proches de ces derniers.

Un partenariat efficace entre les patients, les prestataires et les membres de la direction est le moyen le plus prometteur de relever les défis d'une population vieillissante, d'une explosion des maladies chroniques et des budgets limités. La participation des patients et des familles dans l'amélioration donne lieu à de meilleurs résultats que ceux observés lorsque les prestataires travaillent en vase clos. « Selon de nouvelles données probantes, la participation des patients et des familles se traduit par des améliorations tant pour les patients que pour l'organisation, principalement dans les domaines de la sécurité et de l'efficacité[8] ».

La FCASS possède une solide feuille de route dans l'appui à la création de conditions propices à la participation ainsi qu'à l'établissement de partenariats avec les patients et les familles qui

---

[8] Baker, G.R. (août 2014), Données de recherche à l'appui : comment la participation du patient contribue à de meilleurs soins, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé : http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/reports/evidenceboost-rossbaker-peimprovedcare-f.pdf?sfvrsn=8.

conduisent à l'amélioration de la qualité. Le soutien de la FCASS aux organisations partout au pays, dans le cadre de son initiative Projets sur la participation du patient ou PPP (2010-2013)[9] et de son projet collaboratif Agir en partenariat avec les patients et leurs familles pour l'amélioration de la qualité (2014-2015), démontre que l'amélioration des soins, des systèmes et des résultats est le fruit de la collaboration entre la direction, les prestataires et les patients. La cybercollaboration Meilleurs ensemble est le tout récent mécanisme de la FCASS qui permet de considérer la participation du patient et de la famille comme un levier pour améliorer la qualité.

Joignez-vous au projet collaboratif et profitez

- de l'accès à des outils d'apprentissage en ligne et à un réseau d'enseignants et de formateurs chevronnés;
- de l'orientation et du soutien à l'analyse, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'une politique sur la présence de la famille;
- du soutien à la mesure du rendement ainsi qu'à l'évaluation et la pérennisation du changement de politique;
- du réseautage et de l'échange entre pairs pour favoriser l'esprit d'équipe dans l'apprentissage et le partage;
- des possibilités d'apprentissage dirigé et autodirigé;
- de l'introduction à d'autres pratiques qui soutiennent le partenariat avec les patients, les familles et les aidants naturels ainsi que
- de la reconnaissance en tant qu'organisme-chef de file en matière de soins axés sur le patient et la famille en souscrivant pleinement à Meilleurs ensemble[10].

Objectifs et résultats prévus

Cette cybercollaboration appuiera les équipes participantes dans l'atteinte des résultats prévus et des objectifs suivants :

Principal objectif	Principaux résultats prévus
• Adopter et mettre en œuvre une politique sur la présence de la famille.	• Procéder à une analyse environmental de l''organisation en ce qui a trait à létat actuel des politiques et pratiques de visite • Formuler une politique sur la présence

[9] L'initiative PPP de 2010-2011 a été appuyée par le Partenariat canadien contre le cancer et la Fondation Max Bell.

[10] Pour en savoir plus sur Meilleurs ensemble et y souscrire : http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/better-together.

Principal objectif	Principaux résultats prévus
	de la famille qui offre un accès illimité aux partenaires de soins désignés (membres de la famille et/ou proches). • Mettre en œuvre une politique et des pratiques sur la présence de la familiale

Objectifs et résultats prévus intermédiaires

Objectifs	Résultats prévus
• Comprendre et évaluer la politique sur la présence de la famille en vigueur au sein de votre organisation et le lien avec la participation des patients ainsi qu'avec les soins axés sur le patient et la famille.	• Procéder à une analyse environnementale de l'organisation de l'état actuel de la politique et de la pratique des visites • Procéder à une évaluation du niveau de préparation. • Élaborer un plan de mobilisation des parties prenantes.
• Déterminer les structures et les processus nécessaires pour faciliter et soutenir la création de conditions propices à la participation lors de l'adoption d'une politique et des pratiques sur la présence de la famille.	• Élaborer un plan de mise en œuvre.
• Explorer une ou plusieurs pratiques de présence de la famille qui reconnaissent les patients, les familles et le personnel comme des partenaires de soins (p. ex., l'utilisation de tableaux blancs, la présence de la famille lors des tournées auprès des patients, etc.).	• Déterminer une ou plusieurs pratiques de présence de la famille qui deviendront une initiative d'amélioration de la qualité prioritaire (pendant ou au terme du projet collaboratif).
• Partager et acquérir des connaissances des possibilités et ressources pour appuyer l'adoption, la mise en œuvre et la pérennisation des politiques et pratiques sur la présence de la famille.	• Établir des liens entre les principales organisations et d'autres équipes du projet collaboratif qui entreprennent le changement.
• Utiliser des méthodes et mesures appropriées (qualitatives et quantitatives) pour suivre de près les	• Élaborer un plan d'évaluation qui comprend les méthodes et mesures choisies pour évaluer le changement.

Objectifs	Résultats prévus
changements associés à l'instauration de la politique et de la pratique sur la présence de la famille (p. ex., la satisfaction du personnel, l'expérience des patients à l'égard des soins, etc.).	
• Établir, au niveau de l'équipe et de l'organisation, une compréhension commune de la façon dont des conditions propices à la participation favorisent des soins axés sur le patient et la famille (SAPF), améliorent la qualité des soins et les résultats de santé, et réduisent les coûts.	• Faire valoir l'importance des changements dans les rapports d'étape réguliers.

ADMISSIBILITÉ

Qui devrait y participer?

Les organismes de santé canadiens offrant des services hospitaliers et désireux d'adopter et mettre en œuvre une politique sur la présence de la famille peuvent s'inscrire. La cybercollaboration vise à soutenir ceux qui obtiennent la note de 0 à 7 sur le formulaire d'auto-évaluation de la FCASS, lequel doit être rempli dans le cadre du processus d'inscription.

Pour les organismes qui obtiennent la note de 8 à 10 à l'auto-évaluation, la FCASS vous félicite pour votre politique de visites ouverte. Si vous avez une politique qui considère les familles comme des partenaires de soins, la FCASS vous invite à participer à la cybercollaboration, en remplissant l'expression d'intérêt, et à servir ainsi de ressource à d'autres qui peuvent bénéficier de votre expérience.

Les organisations admissibles comprennent, sans s'y limiter, des autorités sanitaires régionales, des hôpitaux/établissements hospitaliers (soins actifs, continus, de réadaptation et de santé mentale). La FCASS encourage la participation des équipes composées de personnes provenant de plusieurs organisations qui fournissent des services d'hospitalisation dans le continuum des soins.

Comme ce projet collaboratif se concentre sur la diffusion des politiques et pratiques applicables à des milieux hospitaliers, les établissements de soins de longue durée et les organismes de santé qui n'offrent pas de services hospitaliers, tels que rapportés aux ministères de la Santé des provinces/territoires, ne peuvent pas y participer.

Conditions de participation

Les organismes de santé canadiens qui répondent aux conditions suivantes seront considérés pour inclusion dans la cybercollaboration :

1. Souscrire à Meilleurs ensemble[11]
2. Remplir l'expression d'intérêt et l'auto-évaluation d'ici le 22 avril 2016
3. Obtenir une note entre 0 et 7 à l'outil d'auto-évaluation de la FCASS
4. Identifier un parrain-cadre parmi les membres de la haute direction (voir la section ci-dessous « Préparation à la réussite : mettre en place une équipe d'amélioration »)
5. Identifier un gestionnaire de projet (voir la section ci-dessous « Préparation à la réussite : mettre en place une équipe d'amélioration »)

La FCASS sélectionnera les équipes en fonction des conditions décrites ci-dessus et de la prise en considération de la composition globale, en termes d'établissement et de contexte, de la cohorte d'équipes.

Préparation à la réussite : mettre en place une équipe d'amélioration

Pour obtenir de meilleurs résultats dans l'instauration des politiques et des pratiques sur la présence de la famille, chaque organisme accepté dans la cybercollaboration créera un comité directeur pour surveiller leur planification et mise en œuvre. Il veillerait notamment à ce que :

1) il existe un soutien infrastructurel adéquat pour faire avancer l'initiative (par exemple, constitution de sous-groupes pour appuyer l'éducation, la communication, l'approbation de la politique, l'amélioration de la qualité et les mesures, selon les besoins);
2) le temps et les ressources alloués soient suffisants et les mécanismes redditionnels pertinents soient en place pour promouvoir la mesure du rendement et le succès global des changements de politiques et de pratiques;
3) le personnel soit libéré afin d'assister à tous les webinaires, les activités d'apprentissage autodirigées en ligne et de préparer et soumettre régulièrement des rapports d'étape;
4) l'équipe du comité directeur s'engage à participer à l'évaluation globale de la cybercollaboration et au plan de mesure du rendement.

---

[11] Pour en savoir plus sur Meilleurs ensemble et y souscrire : http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/better-together.

Un comité directeur idéal sera composé des membres suivants :

A) Rôles devant être nommés dans la demande de participation

- **Parrain-cadre** : le parrain-cadre fournira une orientation organisationnelle de haut niveau et sera responsable d'assurer des liaisons avec l'équipe dirigeante (PDG, comité de la haute direction et conseil d'administration) et la direction sur tous les aspects de la conception, de la mise en œuvre, de l'évaluation et de la pérennisation des politiques et des pratiques sur la présence de la famille. Il veillera à ce que la voix du patient, de la famille, du soignant et du personnel soit tenue en compte tout au long du changement et de la mise en œuvre des politiques. Le parrain-cadre peut être un PDG, un chef des opérations ou des soins infirmiers, un VP responsable de la qualité ou des relations avec les patients.

- **Gestionnaire de projet** : le gestionnaire de projet supervisera directement la planification et la mise en œuvre de la politique sur la présence de la famille, ainsi que le suivi de son adoption et son implémentation. Il s'assurera notamment qu'un plan de travail détaillé indiquant la séquence et le calendrier des activités, des ressources et des mécanismes redditionnels sont en place pour garantir l'atteinte des objectifs et des résultats prévus. Le gestionnaire de projet surveillera et facilitera la production de rapports sur tous les aspects de l'état d'avancement de l'initiative.

B) Autres domaines de responsabilité/expertise recommandés qui renforceront le comité directeur

Les organismes sont vivement invités à envisager la représentation de différents domaines de responsabilité/expertise lors de la mise sur pied de leur comité directeur. S'ils sont acceptés dans la cybercollaboration, ils seraient tenus d'en déterminer la composition avant le début des travaux préliminaires de la phase 1. Une personne peut assumer plusieurs rôles et domaines d'expertise.

Étant donné que les organisations participantes sont différentes tant dans la taille que dans la capacité de soutien à des projets d'amélioration de la qualité, on s'attend à ce que chacune d'elle crée au moins une équipe (comité directeur) pour superviser la planification et la mise en œuvre de cette initiative du début à la fin. Celles qui possèdent une infrastructure et une capacité plus importantes peuvent décider de se doter d'une équipe de mise en œuvre qui assumerait certaines responsabilités incombant exclusivement au comité directeur dans d'autres organisations. Le comité directeur serait donc plus restreint et se réunirait moins fréquemment, mais aurait un lien direct avec un sous-groupe. Si des sous-groupes sont formés, le parrain-cadre s'engagera à se tenir régulièrement au courant de l'état de l'initiative pour favoriser les activités et faire face aux obstacles et aux défis.

Le comité directeur peut aussi comprendre des membres dans les rôles/domaines d'expertise suivants :

- **Conseillers des patients et des familles** : qui ont connu les services hospitaliers au sein de votre établissement de santé. Ils conseillent l'équipe sur les expériences de soins des patients et font entendre la voix du patient/famille/soignant dans la conception et la mise en œuvre de vos politiques et pratiques de présence de la famille. Il est fortement recommandé que le comité directeur comprenne plus d'un conseiller. Le comité consultatif des patients/familles ou le service des relations avec les patients de votre établissement peut vous mettre en contact avec certains conseillers.
- **Infirmier/infirmière champion/championne** : dont le rôle est d'apporter une compréhension de la pratique des soins infirmiers à la conception et la mise en œuvre de la politique sur la présence de la famille. Le personnel infirmier est directement impliqué dans le soutien à la présence de la famille
- **Champion des services paramédicaux** : comme toutes les professions paramédicales ne sont pas représentées dans le comité directeur, le professionnel paramédical serait idéalement un vecteur de communication vers d'autres professionnels paramédicaux. Bien que ces derniers ne soient pas directement impliqués dans la mise en œuvre des politiques sur la présence de la famille, ils sont essentiels pour mobiliser la famille, ainsi que pour mieux comprendre et soutenir la politique en la matière.
- **Communications et relations publiques :** pour assurer que les changements de politique sur la présence de la famille sont appuyés par des communications internes et externes avec la direction, le personnel et le public.
- **Relations avec les patients** : faciliter une véritable participation des patients et des familles comme des partenaires et des alliés pour l'amélioration de la qualité.
- **Éducation :** pour soutenir l'intégration du personnel, des patients et des familles lors de la mise en œuvre de la politique sur la présence de la famille.
- **Évaluation et mesures :** pour déterminer les mesures existantes et nouvelles qui contribuent au suivi des résultats dans le temps.
- **Qualité et sécurité :** pour soutenir l'équipe dans les efforts d'amélioration de la qualité, y compris l'adoption et la mise en œuvre de la politique sur la présence de la famille et des pratiques axées sur le patient et la famille, la documentation de l'apprentissage et la gestion des cycles PEÉA de l'amélioration de la qualité.

LE PROGRAMME COLLABORATIF

Thèmes de contenu

En ce qui concerne cette cybercollaboration, les membres du corps enseignant et du personnel de la FCASS, avec la contribution des équipes, concevront le contenu et faciliteront l'échange sur des thèmes clés liés à la mise en œuvre des politiques et des pratiques axées sur le patient et la famille dont :

- le niveau de préparation de l'organisation face aux changements;
- le leadership et la gestion du changement;
- les mesures, l'évaluation et la pérennisation;
- les processus d'amélioration rapide par cycle;
- la communication et la participation des parties prenantes;
- des pratiques favorisant des soins axés sur le patient et la famille;
- la création de conditions propices à l'établissement de partenariats en matière de soins et à l'amélioration de la qualité;
- d'autres thèmes déterminés par les équipes comme la sécurité, le contrôle des infections, la gouvernance et la résolution des conflits.

Méthodes d'apprentissage

La FCASS transmettra ce contenu par les méthodes suivantes :

- des webinaires éducatifs qui porteront sur la façon d'analyser, de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer les politiques et les pratiques de présence de la famille dans des établissements de soins hospitaliers;
- le compte-rendu régulier des progrès des équipes : rapport d'une page au milieu et à la fin de chaque module;
- des appels d'encadrement trimestriels avec des dirigeants expérimentés dans les soins axés sur le patient et la famille et les questions liées à la présence de la famille pour soutenir la rapidité de la mise à l'essai des changements et faire face aux obstacles rencontrés;
- des appels ciblés au réseau et l'échange d'information avec les équipes de la cybercollaboration et les organismes-chefs de file sur des thèmes choisis par les équipes;
- l'accès à des outils et des activités d'apprentissage en ligne.

Calendrier

La cybercollaboration Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles se déroulera de mai 2016 à mars 2017. Veuillez prendre note des dates clés suivantes :

DATE	**ACTIVITÉ**
14 mars 2016	Disponibilité du prospectus et de l'expression d'intérêt
5 avril 2016 – 15 h – 16 h HE	Webinaire d'information 1 – Appel en anglais
6 avril 2016 – 12 h – 13 h HE	Webinaire d'information 2 – Appel bilingue
11 avril 2016 – 10 h – 11 h HE	Webinaire d'information 3 – Appel en anglais
22 avril 2016	Fin de la soumission des expressions d'intérêt pour la cybercollaboration

DATE	ACTIVITÉ
3 mai 2016	Équipes notifiés de l'acceptance dans le cybercollaboration
9 mai 2016	Début des travaux préliminaires de la phase 1
Phase 1	
25 mai 2016 – 12 h – 14 h HE	Webinaire de contenu de la Phase 1
De juin à août 2016	Période d'action des équipes : analyse et premier examen des politiques sur les heures de visite
16 juin 2016 – 12 h – 14 h HE	Appel d'encadrement de la phase 1
5 juillet 2016 – 12 h – 13 h HE	Appel ciblé 1 – *thème à déterminer*
6 juillet 2016	Soumission du rapport de mi-étape
19 juillet 2016 – 12 h – 13 h HE	Appel ciblé 2 – *thème à déterminer*
29 août 2016	Soumission du rapport d'étape de la phase 1
Phase 2	
15 septembre 2016 – 12 h – 14 h HE	Webinaire de contenu de la phase 2
De septembre à décembre 2016	Période d'action des équipes : formulation d'une politique et des pratiques en matière de présence de la famille
13 octobre 2016 – 12 h – 14 h HE	Appel d'encadrement de la phase 2
3 novembre 2016	Soumission du rapport de mi-étape
8 novembre 2016 – 12 h – 13 h HE	Appel ciblé 3 – *thème à déterminer*
22 novembre 2016 – 12 h – 13 h HE	Appel ciblé 4 – *thème à déterminer*
12 décembre 2016	Soumission du rapport d'étape de la phase 2
Phase 3	
16 janvier 2017 – 12 h – 14 h HE	Webinaire de contenu de la phase 3
À partir de janvier 2017	Période d'action des équipes : mise en œuvre et suivi continu de l'impact de la politique sur la présence de la famille et des changements de pratique. Pérennisation des pratiques de soins axés sur le patient et la famille.
16 février 2017 – 12 h – 14 h HE	Appel d'encadrement de la phase 3
20 février 2017	Soumission du rapport de mi-étape
7 mars 2017 – 12 h – 13 h HE	Appel ciblé 5 – *thème à déterminer*
14 mars 2017 – 12 h – 13 h HE	Appel ciblé 6 – *thème à déterminer*
27 mars 2017	Soumission du rapport final
Septembre 2017	Suivi des progrès des équipes de la cybercollaboration

Programme gratuit

L'inscription à la cybercollaboration Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles est gratuite.

MODALITÉS DE DEMANDE DE PARTICIPATION

Pour présenter votre candidature, veuillez remplir l'expression d'intérêt en ligne de Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles. Les expressions d'intérêt peuvent être soumises en français ou en anglais.

En remplissant ce formulaire, l'organisation et les membres de l'équipe affirment avoir compris et respecteront la Politique sur les conflits d'intérêts, notamment les règles d'admissibilité des employés, administrateurs et agents de la Fondation.

En remplissant l'expression d'intérêt en ligne, vous et tous les membres de votre équipe êtes tenus de divulguer toute relation avec tout membre siégeant actuellement au Conseil d'administration de la FCASS.

La date limite pour soumettre l'expression d'intérêt est le 22 avril 2016 à minuit HAE. Tous les organismes inscrits seront informés des résultats de l'examen par la FCASS le mardi 3 mai 2016.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec *info@cfhi-fcass.ca*

Annexe A : Principaux membres du corps enseignant et du personnel de la FCASS

Angela Morin : Mme Morin collabore depuis 2011 avec des professionnels de la santé, leur donnant son avis sur la conception des politiques et des établissements de soins, sur l'amélioration de la qualité et sur l'élaboration de programmes en qualité de conseillère en matière d'expérience des patients et des familles. Elle siège actuellement au Conseil consultatif des patients et des familles de l'Hôpital général de Kingston, à titre de coprésidente ainsi qu'à celui du centre régional de cancérologie du sud-est de l'Ontario. Elle est membre du conseil d'administration de Qualité des services de santé Ontario, conseillère en matière de soins axés sur le client et la famille auprès d'Agrément Canada et coprésidente du comité d'examen de la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*. Diplômée de l'université Queens's, Mme Morin possède une vaste expérience en matière de motivation et d'encadrement de professionnels comme conseillère en transition de carrière. Son expérience dans le soutien à une proche amie dans sa lutte contre le cancer continue à l'inciter à faire entendre le point de vue des patients et des familles à tous les niveaux des services de santé.

Patricia O'Connor : Mme O'Connor est conseillère en amélioration clinique à la FCASS et conseillère principale au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), où elle a également été directrice des soins infirmiers et infirmière en chef. Elle est professeure adjointe à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill, gestionnaire agréée des services de santé (Certified Health Executive ou CHE) et ancienne présidente de l'Académie des chefs de direction en soins infirmiers. Elle a mené à terme les programmes de bourses FORCES de la FCASS (2004-2006), Fellowship du CCLS (2007-2009) et Harkness sur la pratique et les politiques de la santé du Fonds du Commonwealth des États-Unis (2008-2009). Elle possède une expertise dans la direction de projets de grande envergure qui font participer des patients et des membres du personnel de première ligne à la co-conception des améliorations du système de prestation de soins, ainsi que dans la mise sur pied d'équipes interprofessionnelles hautement efficaces et dans la recherche sur les services de santé.

Eleanor Rivoire : Mme Rivoire est conseillère indépendante en matière de participation du patient et de services de santé, professeure adjointe à l'École de sciences infirmières de l'Université Queen's et ancienne vice-présidente et chef de direction des soins infirmiers à l'Hôpital général de Kingston. Cadre supérieure en santé, Mme Rivoire compte plus de 30 années d'expérience en pratique professionnelle clinique, éducative et administrative. Elle met sa vaste expérience et son vif intérêt à contribution pour transformer l'expérience des patients en mettant l'accent sur les soins axés sur le patient et sa famille ainsi que sur les modèles interprofessionnels de pratique et d'éducation. Elle participe activement à la gestion de changements qui suscitent des améliorations aux politiques et aux processus touchant les services de santé et la pratique professionnelle, et qui débouchent sur une amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Maria Judd : Mme Judd, directrice principale, Participation du patient et amélioration de la qualité, à la FCASS, est chargée à ce titre d'élaborer et mettre en œuvre des stratégies, des programmes et des activités à l'appui de la mission de l'organisation, avec un accent particulier sur la participation des patients et des familles dans le travail d'amélioration de la santé. Sa passion pour l'amélioration des services de santé s'est développée avec les divers rôles qu'elle a assumés au sein du système de santé, notamment en qualité de membre du conseil d'administration d'un centre de santé communautaire, de clinicienne, de gestionnaire de programme et de chercheuse. Elle possède une vaste expérience dans le transfert et l'échange de connaissances, l'implantation et la promotion de nouvelles initiatives, la création de programmes de formation, l'élaboration de guides de pratique clinique, ainsi que dans la mise sur pied et l'organisation des groupes d'experts.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Histoire d'une expérience d'un patient**

Il n'y aura pas d'histoire d'expérience d'un patient à cette réunion due à la lourdeur de l'ordre du jour. Ce sujet est remis à la prochaine réunion.

Soumis le 17 juin 2016 par Gisèle Beaulieu, vice-présidente de la Performance, de la Qualité et des Services généraux

Point 14

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Gestion personnalisée des services (G.P.S)**

Le choix d'investir sur la gestion de cas et les soins intégrés et coordonnés des clients grands utilisateurs fait suite à l'analyse des impacts importants qu'ont leurs conditions, d'une part, sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie des clients touchés et, d'autre part, sur les coûts sociaux du système de santé.

La gestion de cas personnalisée des services a comme objectif l'amélioration de l'autogestion, de la qualité de vie et de la continuité des soins, de même que la réduction des complications et ainsi que des épisodes aigus et d'exacerbation de la maladie prévenant ainsi les consultations à l'urgence et les hospitalisations.

Il s'agit donc de fournir un accès à des soins sécuritaires et de qualité, par l'intermédiaire d'une équipe interdisciplinaire coordonnée et intégrée ayant la capacité d'offrir une gamme de services pour répondre aux besoins diversifiés d'une clientèle à besoins complexes.

La gestion personnalisée des services est présentement offerte sous forme de projet pilote dans les régions du Nord-Ouest et Chaleur. Une cohorte de grands utilisateurs a été établie en fonction des critères suivants, soient 5 visites à l'urgence ou plus, 3 hospitalisations ou plus à l'intérieur d'une année.

Soumis le 17 juin 2016 par Jacques Duclos, vice-président des services communautaires et Santé mentale.

Point 14.1

Réseau de santé Vitalité

LA GESTION PERSONNALISÉE DES SERVICES (G.P.S)

Description

- Ce projet pilote, offert par les zones Nord-Ouest et Chaleur, propose un nouveau modèle de **gestion personnalisée des services (G.P.S.)** pour les grands consommateurs.
- La **gestion personnalisée des services:**
  - Promouvoir l'autogestion
  - Intégrer et coordonner les services
  - Améliorer l'accès
  - Appuyer les médecins dans la prise en charge des clients à besoins complexes
  - Planifier la transition de soins et le suivi

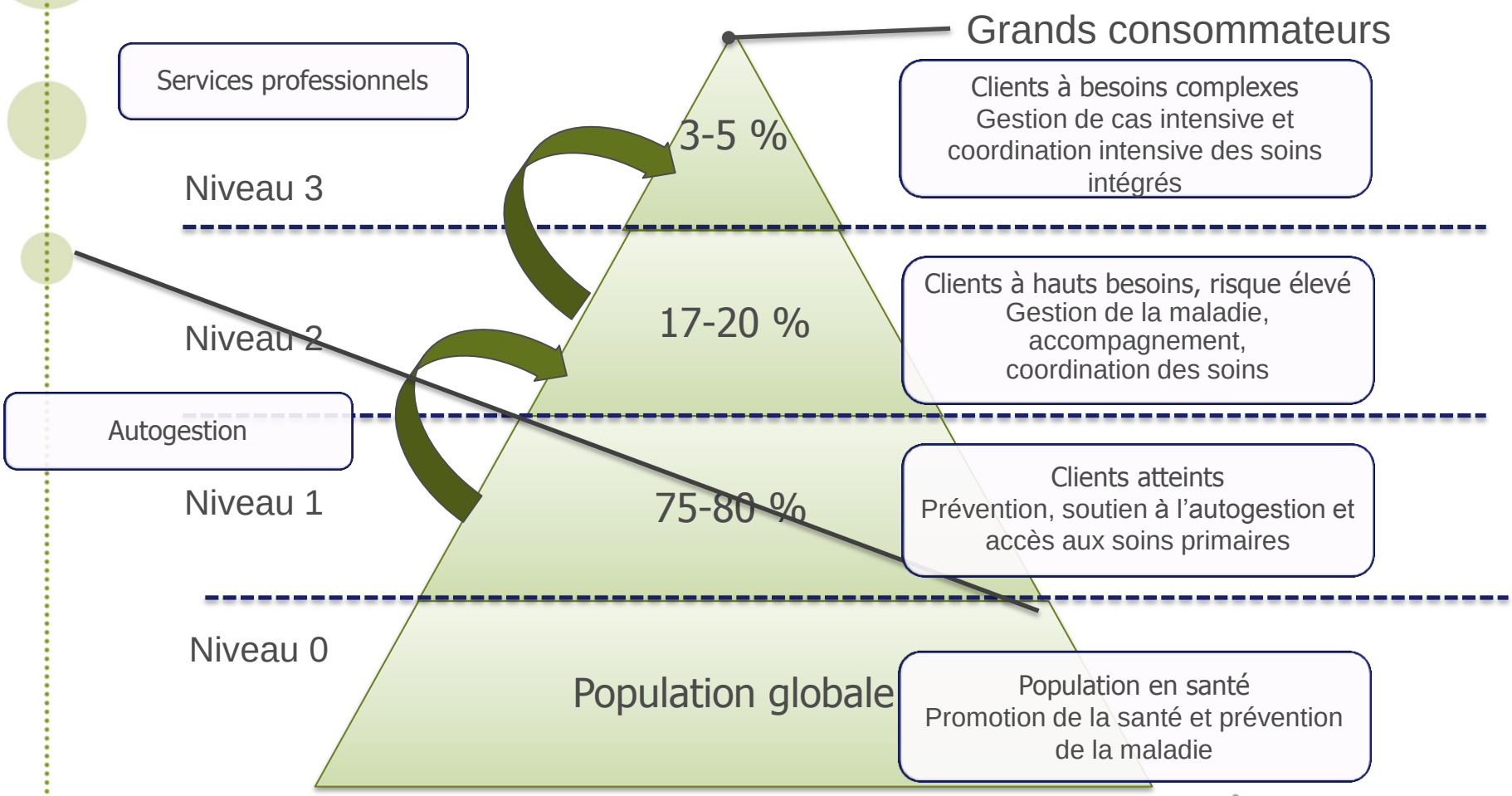
RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Objectifs

- Santé
  - Améliorer la qualité de vie
  - Améliorer la capacité d'autogestion
- Satisfaction
  - Améliorer la satisfaction des soins reçus
- Performance
  - Optimiser l'utilisation de l'urgence
  - Optimiser l'utilisation des lits d'hospitalisation et des durées de séjours
  - Améliorer l'accès aux services, au bon moment
  - Maximiser l'efficience des ressources hospitalières
- Pratique clinique
  - Améliorer la gestion clinique et la coordination
  - Améliorer l'intégration des services et ressources
  - Améliorer le soutien aux médecins dans la prise en charge des grands consommateurs ayant des besoins complexes
  - Améliorer la satisfaction des professionnels

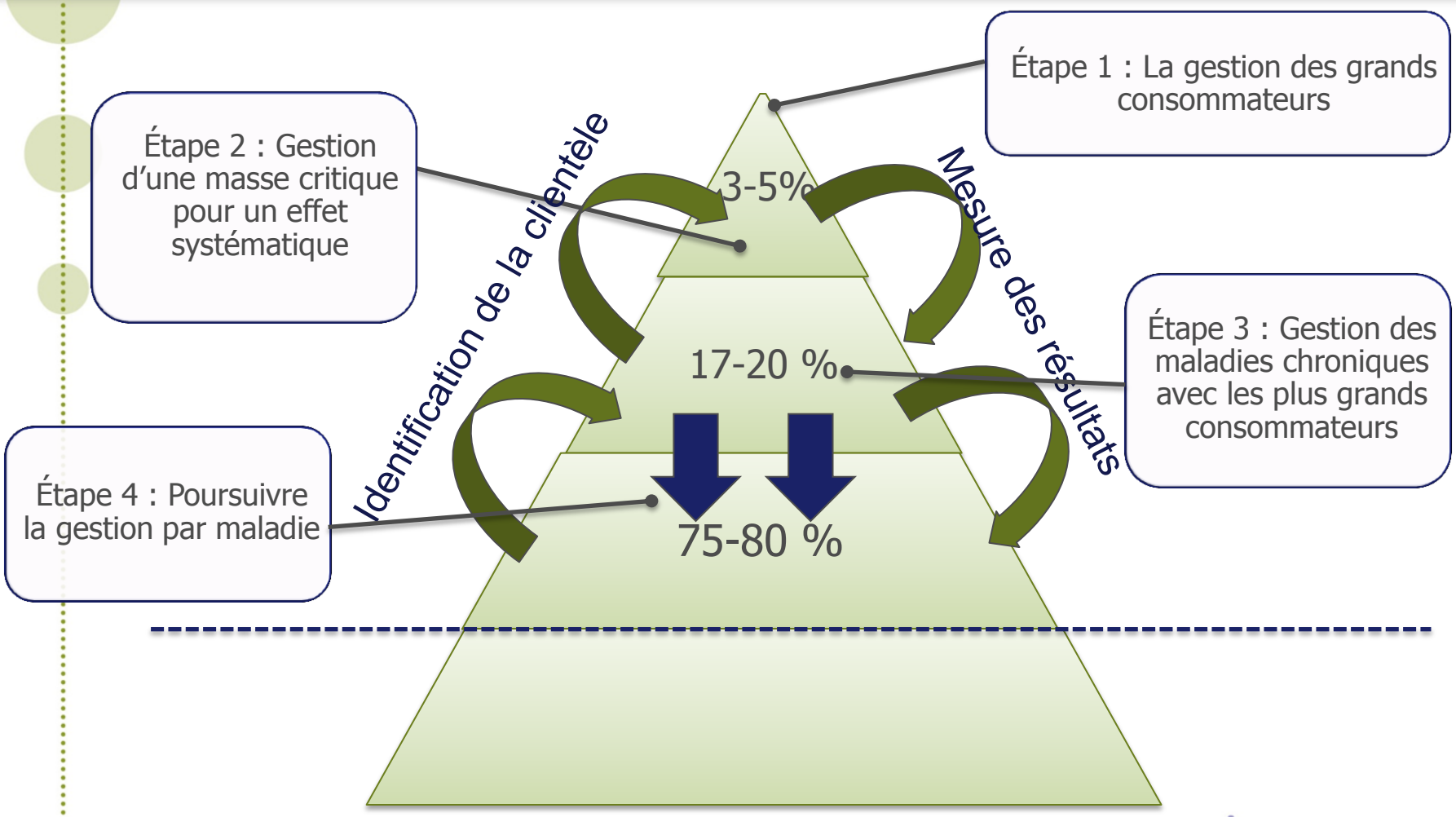
RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Cadre: Modèle de Kaiser Permanente



Mireault (2014), adapté de Kaiser Permanente risico stratificatie. Figuurzie. https://www.omipec.org/media/files/BOOK_OPIMEC_100818.pdf

Modèle de travail



Chroniquement malade à chroniquement bien

Mireault, 2014

Population cible

- Les clients ayant eu des hospitalisations à 3 reprises ou plus et/ou ayant visités l'urgence à 5 reprises ou plus au cours de la dernière année.
- Les clients grands consommateurs et/ou les clients à besoins complexes ayant un état de multi morbidité, de besoins en santé mentale, de grande dépendance ou encore d'une phase terminale.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Portrait des 3 hospitalisations et plus pour une année (2013-2014) – Réseau de santé Vitalité

Établissements	% de patients	Nombre total de patients	% des hospitalisations	Nombre de jours d'hospitalisation	
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont (GDH) Zone 1	5,1	397	16,9	14 233	39 lits
Hôpital Stella-Maris-de-Kent (SMK) Zone 1	6,9	20	13,4	983	
Hôpital général de Grand-Sault Zone 4	5,6	19	8,6	691	
Hôpital régional d'Edmundston Zone 4	**6,4**	**260**	**19,8**	**8 795**	24 lits
Hotel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin Zone 4	7,7	16	18,3	394	
Hôpital Régional de Campbellton Zone 5	**9,0**	**283**	**26,7**	**10 547**	29 lits
Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ Zone 6	4,4	11	10,0	488	
Hôpital de Tracadie-Sheila Zone 6	8,5	97	20,6	4 227	12 lits
Hôpital de Lamèque Zone 6	0	0	0	0	
Hôpital régional Chaleur Zone 6	4,9	276	21,6	11 442	31 lits
		1 379		51 800 (142 lits)	

Portrait des 5 visites à l'urgence et plus pour une année (2013-2014) – Réseau de santé Vitalité

Établissements	% de patients	Nombre total de patients	% de visites	Nombre de visites
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont (GDH) Zone 1	4,5	1 257	18,7	9 077
Hôpital Stella-Maris-de-Kent (SMK) Zone 1	10,1	1 412	31,9	10 236
Hôpital général de Grand-Sault Zone 4	10,5	928	32,6	6 565
Hôpital régional d'Edmundston Zone 4	7,1	1 068	24,3	7 291
Hotel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin Zone 4	17,7	780	46,1	5 960
Hôpital Régional de Campbellton Zone 5	5,8	704	21,6	4 982
Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ Zone 6	8,0	992	26,5	6 868
Hôpital de Tracadie-Sheila Zone 6	7,8	853	28,4	6 480
Hôpital de Lamèque Zone 6	NA	-	-	-
Hôpital régional Chaleur Zone 6	5,9	1 015	21,6	6 926
		9 009		64 385

Portrait des 3 hospitalisations et plus pour une année (mars 2015-février 2016)

Établissements	% pourcentage	Nombre total de patients	% des visites	Nombre de visites (jours)
Hôpital Régional d'Edmundston	5.6	212	???	6392
Hôpital Régional Chaleur	4.7%	244	???	7804

17.5 lits

21 lits

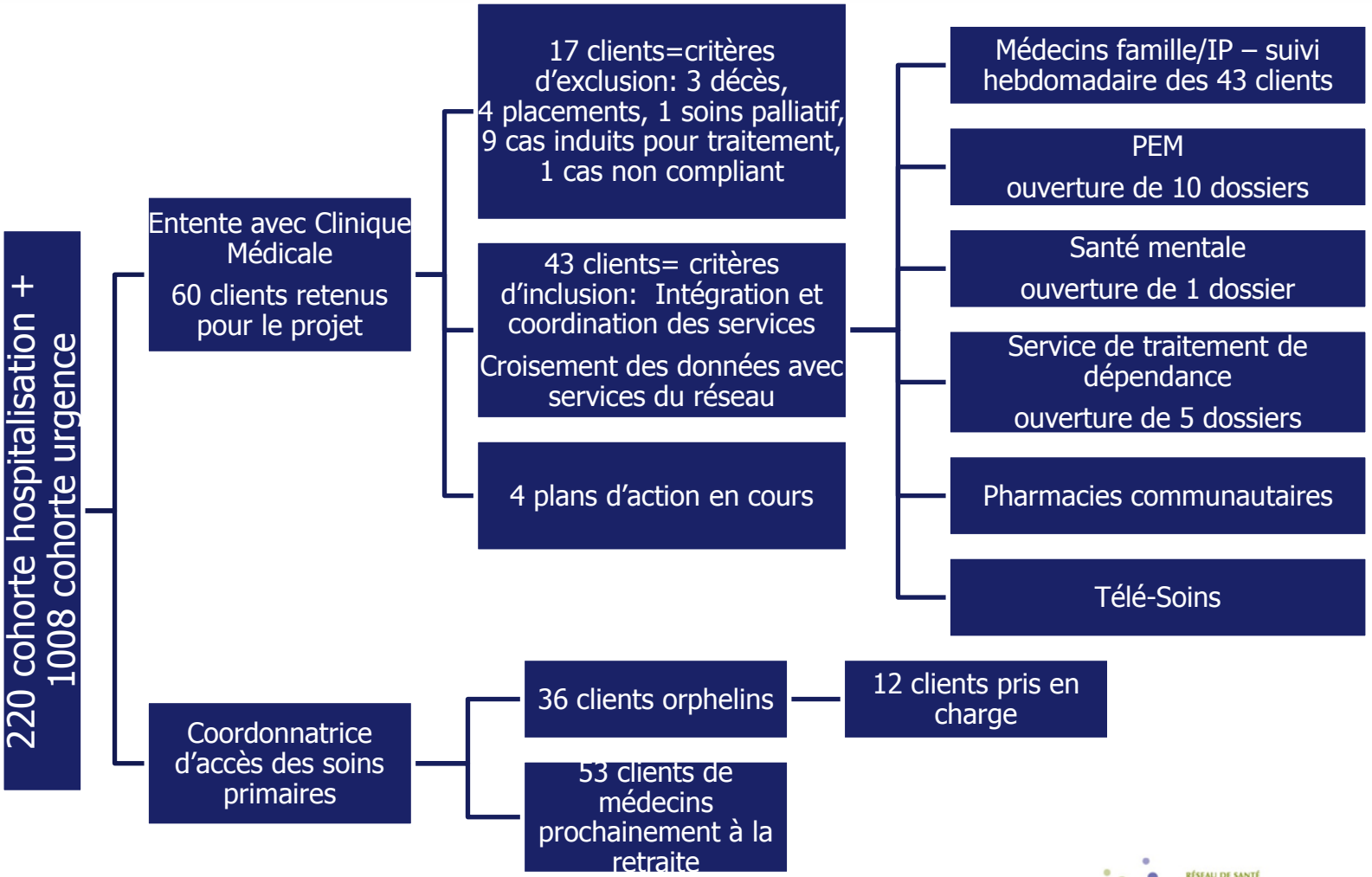
Portrait des 5 visites à l'urgence et plus pour une année (mai 2015-avril 2016)

Établissements	% pourcentage	Nombre total de patients	% des visites	Nombre de visites (jours)
Hôpital Régional d'Edmundston	6.7	974	???	6551
Hôpital Régional Chaleur	6.0	1019	???	6894

18 visites/ jour

19 visites/ jour

Travail effectué à Bathurst à ce jour – projet initié en début avril



Travail effectué à Edmundston à ce jour

115 clients dans la cohorte

6 décès

1 client palliatif

3 placements

3 clients ciblés aucune intervention possible

102 clients

Réduction de 34% en Mai

Consommation de visites à l'urgence (2016)

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai
121	129	133	126	84

Cohorte de 115 client

Partenaires

- M.D. Famille
- Inf. Praticiennes
- Traitement des Dépendances
- Pharmacie Communautaire
- PEM
- Santé Mentale
- Cliniques ambula-toires
- Service de Santé Primaire

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Diagramme global du processus

- Établissement de la cohorte
- Système d'alerte
- Évaluation du profil de consommation
- Croisement des données
- Offre de service G.P.S
- Obtention du consentement
- Établissement du plan d'action
- Assurer les suivis
- Vérification de l'atteinte des objectifs
- Demeure dans le radar - observation
- Réactivation selon profil de consommation

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Partenaires

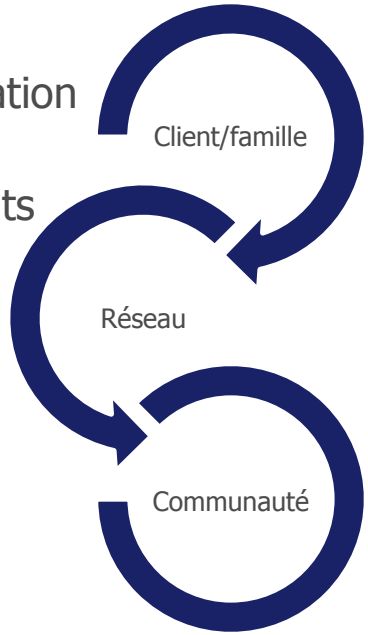
A. Le client et sa famille

B. Réseau de santé Vitalité

- Médecins de famille/infirmière praticienne
- Infirmière gestionnaire de cas
- Planificateur de congés
- Clinique diabétique
- Clinique respiratoire (clinique MPOC, asthme et diagnostic)
- Clinique de réadaptation cardiaque
- Programme extra-mural
- Service de santé mentale et traitement des dépendances
- Spécialistes et autres services professionnels

C. Ressources communautaires

- Pharmaciens communautaires
- Télé-Soins
- Développement social
- Coach en santé (Association du diabète)
- Services de déplacements
- Ministère de la Santé
- Réseau mieux-être
- Aide à la famille
- Croix rouge



RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Stratégies de communication

- Communication au patient
  - Dépliant
  - Le plan d'action personnalisé (autogestion)
- Communication interdisciplinaire
  - Appel téléphonique
  - Rencontre multidisciplinaire
  - Plan d'action personnalisé distribué aux médecins de famille /infirmière praticienne et à tous les membres de l'équipe.
  - Attestation de participation
  - Note de service interne
  - Meditech

Indicateurs de rendement

- Santé
- Satisfaction
- Système
- Pratique clinique

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Prochaines étapes

- Déterminer la structure administrative
  - Comité administratif
  - Comité clinique
- Développer l'outil d'identification des grands consommateurs en temps réel
- Développer le tableau de bord
- Former les équipes de professionnels
- Publiciser et promouvoir le service G.P.S
- Intégrer le service dans les centres de santé, centres de santé communautaire et cliniques médicales

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

QUESTIONS?

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

RÉSEAU DE SANTÉ
vitalité
HEALTH NETWORK

Point 15.1

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Plan de communication**

De quoi s'agit-il?

Le Réseau a entrepris l'élaboration d'un Plan de communication général pour l'organisation. Ce plan, qui couvrira une période de trois ans, est un outil essentiel pour toute organisation. Il permet de décrire quels sont nos groupes cibles, ce que nous voulons leur dire et la façon dont nous comptons nous y prendre pour les joindre.

Pourquoi élaborer ce plan?

Le plan de communication va favoriser une communication ouverte, proactive et bidirectionnelle avec nos parties prenantes à l'interne et à l'externe. Il établit les buts et objectifs du partage de l'information et les différents mécanismes qui peuvent être disponibles pour cibler différents groupe. Il clarifie aussi quelle information sera partagée, de quelle façon et avec qui.

Avoir un plan de communication nous aidera à être plus efficace, proactif et stratégique dans nos communications. Un plan de communication oriente les efforts sur les plus importants buts en matière de communication et nous aidera à communiquer de manière proactive plutôt que réactive. Il pourra aussi nous permettre de nous assurer que tout le monde s'entend lorsqu'il s'agit de communiquer au sujet du Réseau.

Le Plan de communication général s'appuiera entre autre sur les renseignements obtenus lors du sondage Gauthier Murtada & Partenaires auprès des gestionnaires ainsi que des différents sondages auprès des employés et des médecins dans le cadre du processus d'agrément. Le Plan de communication général sera soumis au Conseil d'administration cet automne pour approbation.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur du Réseau de santé Vitalité

PLAN DE COMMUNICATION GÉNÉRAL 2016-2019 **Point 15.1 a)**

Table des matières - Ébauche

1. Sommaire
2. Mandat
3. Portrait du Réseau
4. Analyse de la situation (forces, faiblesses, opportunités et menaces - SWOT)
5. Buts stratégiques :
    a. Centrer nos services sur les patients et leur famille
    b. Améliorer la performance organisationnelle
    c. Développer les compétences de notre personnel et de la population
    d. Rehausser l'enseignement et la recherche au sein du Réseau
6. Publics cibles
    a. Internes
        i. Médecins
        ii. Employés
        iii. Syndicats
        iv. Bénévoles, auxiliaires
        v. Conseil d'administration et Équipe de leadership
    b. Externes
        i. Partenaires communautaires
        ii. Municipalités
        iii. Médias (y compris les radios communautaires)
        iv. Population en général
        v. Patients et leur famille (aidants naturels)
        vi. Premières nations
        vii. Réseau de santé Horizon, ministère de la Santé, Conseil de la santé du N.-B., Ambulance NB
7. Messages clés
8. Stratégies de communication et échéanciers (en lien avec les buts stratégiques)
9. Objectifs de communication
    a. *Communication bidirectionnelle
    b. *Cadre de transparence
10. Moyens
    a. Les médias
    b. Boulevard
    c. Site Web
    d. Courriel
    e. Documentation
    f. Médias sociaux (You Tube, Twitter, Facebook)
    g. Téléphone / Sondage

11. Évaluer / Mesurer nos résultats
12. Annexes au besoin
13. Bibliographie / Sources

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Point 15.2

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Plan des services cliniques**

Vous trouverez ci-joint les trois documents suivants :

- Recommandations au ministère de la Santé
- Le plan des services cliniques
- La présentation du plan clinique des services cliniques
-

Le premier document (point 15.2 a) est une série de 5 recommandations qui émanent des travaux du Comité consultatif sur les services cliniques et de ses consultations. Ces 5 recommandations sont pour le ministère de la Santé.

Le deuxième document (point 15.2 b), est le plan des services cliniques global pour le Réseau de santé Vitalité. Il intègre le plan des services cliniques – phase 1, qui a été approuvé par le Conseil d'administration le 14 décembre 2015. Plutôt que de faire deux différentes parties, le Comité consultatif sur les services cliniques a regroupé le tout dans un document.

Le dernier document (point 15.2 c), est la présentation du plan des services cliniques qui sera offerte au Conseil d'administration. Cette présentation contient les éléments du plan des services cliniques et les recommandations proposées au ministère de la Santé. Dre Desrosiers et Mme Gisèle Beaulieu, co-présidente du Comité consultatif des services cliniques feront la présentation.

Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration approuve le plan des services cliniques du Réseau de santé Vitalité.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Point 15.2 a)

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Recommandations au ministère de la Santé**

Contexte général aux recommandations
Dans le cadre des travaux de préparation menant à l'élaboration du Plan des services cliniques, il est apparu évident au Comité consultatif des services cliniques et aux différents intervenants consultés que des améliorations importantes en matière d'organisation et de prestation des services cliniques pour la population étaient nécessaires. Par ailleurs, bien que plusieurs des ajustements requis cadrent parfaitement avec notre mandat en matière de planification et de livraison des services, il est également ressorti que certains changements de nature plus structurelle seraient difficilement réalisables à même les responsabilités et les pouvoirs actuels du Réseau de santé Vitalité.
Il s'agit là de contraintes importantes qui ont teinté l'ensemble des travaux du Comité consultatif des services cliniques et qui ont des impacts sur la portée du Plan des services cliniques du Réseau. C'est dans ce contexte que nous formulons cinq recommandations spécifiques à l'intention du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Recommandation n° 1
Compte tenu du large consensus atteint, tant auprès du Conseil d'administration, des communautés, du corps médical et du personnel, quant à la nécessité de procéder à la transformation et à la modernisation des services de santé;
Compte tenu des effets positifs sur la qualité des services et sur la situation financière du Réseau qu'engendrerait la mise en place du virage axé sur les services communautaires de soins primaires et de spécialités;

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé de lui déléguer l'autorité nécessaire pour diminuer le nombre de lits dans les hôpitaux une fois les alternatives à l'hospitalisation en place, le tout sans fermeture complète d'hôpital et de façon progressive au fur et à mesure que les taux d'occupation le permettront et que les services seront développés.

Recommandation n° 2

Compte tenu de la nature clinique du Programme extra-mural et de son expertise spécifique;
Compte tenu de la nécessité de maintenir des processus efficaces de renvoi des patients et que ces processus sont déjà éprouvés et fonctionnent de façon intégrée;
Compte tenu des liens déjà établis entre le corps médical et le personnel du Programme extra-mural;
Compte tenu de l'importance du rôle du Programme extra-mural dans les services communautaires et de son impact direct dans le virage vers les soins primaires que le Réseau désire effectuer;
Compte tenu de l'introduction de l'aide médicale à mourir, de la probabilité élevée que ce type de procédure ait lieu au domicile des patients et que ces patients soient déjà suivis par le personnel du Programme extra-mural étant donné leur état de santé, le maintien des liens étroits entre le corps médical, les infirmières praticiennes et le Programme extra-mural doit être préservé.

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé de maintenir la gestion et la livraison du Programme extra-mural sous l'autorité du Réseau de santé Vitalité afin d'assurer une meilleure qualité et continuité des services à la clientèle, le tout à un meilleur coût unitaire.

Recommandation n° 3

Compte tenu du développement historique des services de santé au Nouveau-Brunswick;
Compte tenu de la nécessité de développer des services pour la population desservie par le Réseau de santé Vitalité;
Compte tenu de la nécessité de tenir compte de la capacité financière de la province et des bassins de population;

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé la création d'un Comité de travail conjoint permanent pour identifier et planifier tout nouveau programme provincial en santé, conformément à l'engagement selon lequel ce mandat doit toujours être confié au Réseau de santé Vitalité dans le cadre du « Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé 2013-2018 » (communément appelé Plan de rattrapage).

Recommandation n° 4

Compte tenu des défis importants liés au nombre de personnes qui occupent des lits de soins actifs, mais qui ne nécessitent pas ces soins;
Compte tenu des nombreux chevauchements entre les programmes des ministères du Développement social et de la Santé ainsi que du fonctionnement actuel qui n'est pas efficient;
Compte tenu du modèle d'organisation des services qui ne favorise pas l'intégration de la fonction de la planification des départs (congés de l'hôpital) et qui crée des inefficacités importantes de même qu'une grande utilisation des ressources;

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé d'intégrer les services aux personnes âgées présentement offerts par le ministère du Développement social dans son ministère, notamment en ce qui concerne les services d'hébergement en foyer de soins, les évaluations de placement en foyer de soins et les services reliés aux activités de la vie quotidienne.

Recommandation n° 5
Compte tenu de la complexité d'arrimage entre les soins et les services offerts aux aînés;
Compte tenu du nombre important de programmes qui se chevauchent;
Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé de mettre en place un Comité, auquel siégera les Régies Régionales, ayant comme mandat spécifique de recommander l'élimination des obstacles réglementaires, structuraux et législatifs qui nuisent à l'utilisation efficiente des ressources, le tout avec l'objectif d'améliorer la qualité des services à la population et de diminuer les coûts totaux pour les ministères concernés.

Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les cinq recommandations spécifiques à l'intention du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité

Point 15.2 b)

Réseau de santé Vitalité

Plan des services cliniques

21 juin 2016

TABLE DES MATIERES

NOTE AU LECTEUR **1**

SOMMAIRE **2**

1 CONTEXTE **4**

2 TERRITOIRE ET POPULATION **5**

2.1 Territoire 5

2.2 Population 7

2.2.1 Évolution démographique et vieillissement de la population 7

2.2.2 Caractéristiques sociodémographiques 9

2.2.3 Conditions socioéconomiques 10

2.2.4 Portrait de santé 10

3 OFFRE DE SERVICES **15**

3.1 Services hospitaliers 15

3.2 Services dans la communauté 19

4 RESSOURCES MÉDICALES **22**

5 UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS **23**

5.1 Hospitalisation et lits de soins aigus 23

5.2 Analyse de l'occupation des lits de soins aigus 25

6 TENDANCES DANS L'ORGANISATION DES SERVICES **26**

6.1 Gestion des maladies chroniques 26

6.1.1 Croissance et impacts des maladies chroniques 26

6.1.2 Orientations préconisées 27

6.2 Autres tendances reconnues 28

6.3 Modèle de santé des populations : base de la transformation du Réseau de santé Vitalité 31

7 MODÈLE DE TRANSFORMATION ET DE MODERNISATION DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ **32**

7.1 Vision de l'organisation des services cliniques 32

7.2 Principes directeurs de transformation 33

7.3 Axes d'action du modèle de transformation 35

7.3.1 Intensification des solutions de rechange à l'hospitalisation 36

7.3.2 Diminution du recours à l'hospitalisation et des durées de séjour 37

7.3.3 Adapter les pratiques cliniques 38

8 ORGANISATION PROPOSÉE DES SERVICES SPÉCIALISÉS **39**

8.1 Organisation générale des services 39

8.1.1 Faits marquants pour l'organisation proposée des services spécialisés liés aux disciplines chirurgicales 41

8.1.2 Faits marquants pour l'organisation proposée des services spécialisés liés aux disciplines médicales 45

8.1.3 Faits marquants pour l'organisation proposée des services diagnostiques 50

8.2 Répartition proposée des services sur le territoire du Réseau Vitalité 51

8.3 Organisation proposée des services médicaux de garde 58

8.4 Faits marquants sur l'enseignement et la recherche 61

8.4.1 Enseignement 61

8.4.2 Recherche.....61

ANNEXE : RÉSULTATS DÉTAILLÉS DE LA CONSULTATION PORTANT SUR L'ORGANISATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS 64

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte du territoire 5
Figure 2 : Distances routières 7
Figure 3 : Distribution de la population par zone – 2015 8
Figure 4 : Évolution du nombre d'habitants par zone – 2006 à 2017 8
Figure 5 : Distribution de la population par groupe d'âge – 2011 9
Figure 6 : Évolution du poids démographique des personnes de 75 ans et plus – 2000 à 2021 9
Figure 7 : Taux d'hospitalisation par 1 000 habitants en soins aigus standardisé selon l'âge – 2010 à 2015 24
Figure 8 : Nombre de lits de soins aigus par 1 000 habitants – 2012-2013 24
Figure 9 : Pyramide de Kaiser 27
Figure 10 : Modèle de santé des populations 31
Figure 11 : Principes directeurs de transformation 33
Figure 12 : Modèle de transformation et modernisation 35
Figure 13 : Optimisation des services du Programme extra-mural 36
Figure 14 : Optimisation des services ambulatoires 37
Figure 15 : Optimisation des services communautaires 37
Figure 16 : Optimisation de la gestion des épisodes de soins 38
Figure 17 : Optimisation des continuums de soins et services 38
Figure 18 : Organisation du réseau de la douleur 44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Quelques indicateurs socioéconomiques 10
Tableau 2 : Quelques indicateurs relatifs aux résultats de santé 12
Tableau 3 : Quelques indicateurs relatifs aux comportements liés à la santé – 2013 12
Tableau 4 : Prévalence de problèmes de santé chroniques – 2011 13
Tableau 5 : Obstacles aux services de santé – 2014 14
Tableau 6 : Services non offerts par le Réseau de santé Vitalité 16
Tableau 7 : Principaux volumes d'activités des admissions, consultations et traitements en milieu hospitalier – 2015-2016 17
Tableau 8 : Principaux volumes d'activités des services diagnostiques et thérapeutiques en milieu hospitalier – 2015-2016 18
Tableau 9 : Liste des installations par zone, excluant les hôpitaux 19
Tableau 10 : Principaux volumes d'activités des services dans la communauté – 2015-2016 21
Tableau 11 : Effectifs médicaux en individus excluant les locums – 2016 22
Tableau 12 : Lits de soins aigus par 1 000 habitants – Avril 2014 25
Tableau 13 : Sept dimensions de la qualité 33
Tableau 14 : Dimensions de la qualité comme critères d'analyse pour l'élaboration du modèle d'organisation de services 34
Tableau 15 : Offre de services spécialisés proposée sur l'ensemble du territoire 52
Tableau 16 : Organisation proposée des services de garde sur l'ensemble du territoire 58

NOTE AU LECTEUR

Ce rapport sur le plan des services cliniques vise à consolider les services francophones offerts et à offrir à la population desservie par le Réseau de santé Vitalité, dans le respect des besoins de la distribution rurale de cette population. Il mise aussi sur un plan de rattrapage, en faveur du Réseau de santé Vitalité dans le développement de nouveaux services pour la population de la province.

Les nombreuses mesures proposées pour accentuer l'organisation régionale des services spécialisés au sein de ce Réseau sont le fruit de journées de réflexion en groupes multidisciplinaires, constitués par catégories de clientèles et regroupant des professionnels et des médecins de toutes les zones du Réseau. Ces journées de travail ont été l'occasion d'échanges fructueux entre les différents intervenants cliniques et ont permis de préciser le modèle souhaité d'organisation des services du Réseau. Tous les participants ont salué l'initiative de ces rencontres et souhaitent la tenue régulière de telles journées au cours des mois à venir, dans le but de poursuivre le développement du modèle et de faciliter l'amélioration de la qualité des services.

Des discussions demeurent à poursuivre, des scénarios nécessitent d'être mieux questionnés et développés. Ce plan mérite donc de demeurer vivant et dynamique. Il trace les grandes orientations de la vision de l'organisation des services pour le Réseau de santé Vitalité mais il laisse place à la poursuite des réflexions pour l'améliorer et la compléter, notamment en ce qui concerne les moyens d'y parvenir.

SOMMAIRE

Depuis plusieurs années déjà, le Réseau de santé Vitalité déploie des efforts importants afin d'améliorer sa performance au niveau opérationnel. Dans son Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) 2015-2018, il annonce son intention d'accentuer l'importance accordée à l'amélioration de l'utilisation des ressources et services via un réalignement en profondeur du système de santé et des modes d'organisation et de prestation des services. Ce réalignement prévoit, notamment, le développement d'alternatives à l'hospitalisation afin d'adapter les modes de prise en charge et de suivi des clientèles à l'évolution des besoins en soins de santé des populations et d'améliorer l'efficience du système.

Dans cette même veine, le ministère de la Santé a demandé à la direction du Réseau de santé Vitalité, au cours de l'été 2015, d'évaluer les répercussions de deux scénarios de réduction des services dans trois établissements hospitaliers communautaires, soit l'Hôpital et au Centre de santé communautaire de Lamèque, l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin. Ces scénarios consistaient à fermer les lits où à transformer les lits de courte durée en lits de longue durée, en plus de fermer les services d'urgence la nuit et réduire les services diagnostiques.

L'examen de ces scénarios a amené le Réseau de santé Vitalité à en proposer un troisième, inclusif de l'ensemble des établissements hospitaliers du réseau et jugé préférable à la fois pour le Réseau et pour la population. Ce plan constitue la toile de fond du Plan des services cliniques développé par le Réseau de santé Vitalité. Il s'appuie sur la vision d'un réseau de services hiérarchisés axé vers les services de santé primaires, avec un accent marqué sur les soins ambulatoires et communautaires de même que sur les soins et les services à domicile, et ce, tant pour le développement des soins et services de santé primaires que pour les services spécialisés et surspécialisés.

Le Plan des services cliniques repose sur l'analyse des patrons d'hospitalisation en soins aigus de la population desservie par le Réseau de santé Vitalité. Ces analyses démontrent des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux du Réseau de santé Horizon et de la majorité des autres provinces canadiennes, particulièrement dans les trois zones du nord. Elles révèlent par ailleurs qu'une proportion significative du parc de lits de soins aigus est utilisée de façon inappropriée, à d'autres fins que des soins aigus, en raison à la fois d'inefficiences dans les pratiques cliniques et hospitalières et d'une disponibilité insuffisante de ressources et de services dans la communauté (ex. : places en foyers de soins, soins à domicile). Selon ces analyses, le nombre de lits de soins aigus « mal utilisés » ou « évitables » varierait entre 177 et 216 lits. Dans ce contexte, la mise en place de solutions de rechange à l'hospitalisation s'avère porteuse d'une meilleure organisation de services à offrir à la population.

Le Plan des services cliniques propose des pistes d'optimisation afin d'actualiser deux grands axes de transformation et de modernisation des services : l'intensification de solutions de rechange à l'hospitalisation et la diminution du recours à l'hospitalisation et des durées de séjours. Pour ce qui est du premier axe, les pistes d'optimisation priorisées portent sur la consolidation du Programme extra-mural, des services ambulatoires et des services communautaires. En ce qui a trait au deuxième axe d'action, le Réseau mise sur une meilleure gestion des épisodes de soins hospitaliers et sur l'amélioration des continuums de soins et services pour les différentes clientèles (ex. : maladies chroniques, personnes âgées, santé mentale Programme extra-mural).

L'organisation des services spécialisés est aussi basée sur un modèle hiérarchisé de services, en réseau, au sein de l'ensemble du territoire du Réseau de santé Vitalité. Ce modèle comprend aussi le renforcement des mécanismes d'amélioration continue de la qualité des services dans une perspective d'harmonisation régionale des pratiques dans toutes les disciplines médicales et professionnelles.

Les nombreuses mesures proposées pour accentuer l'organisation régionale des services spécialisés au sein de ce Réseau sont le fruit de journées de réflexion en groupes multidisciplinaires, constitués par catégories de clientèles

et regroupant des professionnels et des médecins de toutes les zones du Réseau. Ces journées de travail ont été l'occasion d'échanges fructueux entre les différents intervenants cliniques et ont permis de préciser le modèle souhaité d'organisation des services du Réseau. Tous les participants ont salué l'initiative de ces rencontres et souhaitent la tenue régulière de telles journées au cours des mois à venir, dans le but de poursuivre le développement du modèle et faciliter l'amélioration de la qualité des services.

Le modèle d'organisation de services du Réseau de santé Vitalité prévoit la prestation de services dans les communautés le plus souvent possible pour les services ambulatoires. Il vise aussi le rehaussement des services de réadaptation et du Programme extra-mural pour plusieurs catégories de clientèles. Pour les services d'hospitalisation, les hôpitaux régionaux devraient tous offrir une gamme assez complète de services, sauf pour les services plus spécialisés. Dans ce cas, un élargissement du bassin de desserte est prévu à l'intérieur du Réseau de santé Vitalité ou en complémentarité avec le Réseau Horizon, pour certains services tertiaires.

Les modèles régionaux développés pour les services d'oncologie et de néphrologie seront élargis, dans l'immédiat, aux services de gériatrie et de traitement des douleurs chroniques. L'accent sera aussi mis sur l'harmonisation régionale des pratiques les autres services.

Pour les services tertiaires, le Réseau de santé Vitalité mise sur le plan de rattrapage, en sa faveur, dans le développement de nouveaux services pour la population de la province :

- Fort de la reconnaissance du département régional francophone de neurologie, il compte développer un Centre provincial de traitement des maladies rares;
- L'expertise en pneumologie et en oncologie permet d'envisager le développement d'un Centre d'excellence en chirurgie thoracique;
- L'expertise du Réseau en oncologie, jointe à celle de la neurologie, ouvre la porte au projet de développement, par le Réseau de santé Vitalité, d'un programme provincial en génétique.

Les besoins de la population variant d'une zone sanitaire à l'autre et d'une communauté à l'autre, de même que la nature des services disponibles localement et régionalement, le Plan des services cliniques du Réseau de santé Vitalité prévoit le développement de plans d'action dans chacune de ses quatre zones. L'approche générale préconisée consiste à cibler les alternatives à l'hospitalisation dans chaque communauté et à les implanter de façon progressive, en misant sur un plan d'investissement structuré de 4 M$ au cours de la première année ainsi que sur le partenariat avec les communautés.

Au final, le Plan des services cliniques développé par le Réseau de santé Vitalité vise à mieux répondre aux besoins en soins de santé de la population. L'analyse des tendances en matière d'évolution des maladies et des modes de prise en charge ailleurs au Canada et dans le monde démontre que le système demeure centré sur l'offre de services en milieu hospitalier et que les services de santé primaires dispensés dans la communauté, voire à domicile, demeurent sous-développés et sous-utilisés face au développement des maladies chroniques et au vieillissement rapide de la population.

1 CONTEXTE

Depuis plusieurs années déjà, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a fait de l'amélioration de la performance du système de santé une priorité. Au printemps 2012, il créait le Bureau du renouveau du système de santé (BRSS), afin de fournir une direction ciblée et d'intensifier les efforts visant à bâtir un système de soins de santé performant et viable au Nouveau-Brunswick.

Un exercice d'étalonnage de haut niveau réalisé par le BRSS a démontré que les dépenses publiques totales de santé par personne de la province étaient inférieures à la moyenne canadienne de 79 $ en 2004, mais qu'elles étaient devenues supérieures à cette moyenne de 277 $ en 2011, ce qui représente une somme totale de 209 M$ lorsque cet excédent est appliqué à l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick. En considérant le secteur hospitalier uniquement, la province affichait cette même année un écart défavorable de 237 $ par rapport à la moyenne canadienne et cet écart grimpait l'année suivante à 394,5 $, générant ainsi une dépense « excédentaire » par rapport à cette moyenne de 298 M$. Une augmentation significative des dépenses en santé dans un contexte de faible croissance populationnelle explique cette détérioration du positionnement relatif du Nouveau-Brunswick par rapport au reste du pays.

Une analyse complémentaire démontrait par ailleurs, durant la même période, des taux d'hospitalisation et des durées moyennes de séjour à l'hôpital plus élevés au Nouveau-Brunswick que les moyennes canadiennes. Le BRSS concluait que le système de santé au Nouveau-Brunswick n'était pas adéquatement ou suffisamment aligné, intégré, centré sur le citoyen, innovateur, abordable et durable, et proposait alors l'objectif de ramener le coût moyen par personne en dépenses publiques de santé au Nouveau-Brunswick à la moyenne canadienne d'ici l'année fiscale 2016-2017.

Depuis, le Réseau de santé Vitalité a réalisé plusieurs exercices afin d'atteindre cet objectif tout en maintenant l'accès à des services de qualité, axés sur le réalignement du système de santé, l'optimisation de la productivité et l'efficacité du Réseau.

Dans le plan des services cliniques, le Réseau de santé opte pour une transformation en profondeur du système de santé via l'amorce d'un véritable virage ambulatoire et communautaire à l'échelle de l'ensemble du Réseau.

Le système de santé doit impérativement amorcer un tel virage, non seulement pour améliorer sa viabilité, mais aussi pour mieux répondre aux besoins de soins et services de la population., conditionnés par le vieillissement et l'explosion des maladies chroniques. Ces phénomènes mettent en lumière les limites d'un système de santé qui demeure largement centré sur l'hôpital et sur l'utilisation souvent inappropriée de lits de soins aigus pour des conditions qui, les données probantes le confirment, peuvent être traitées et suivies de façon plus efficace et efficiente en mode ambulatoire.

Les communautés considèrent que le rôle joué par l'hôpital, et donc la présence de lits hospitaliers, est crucial pour leur vitalité. Pourtant, les tendances mondiales démontrent qu'il est nécessaire et requis de faire un virage vers les soins ambulatoires pour assurer une accessibilité accrue aux soins et services, au moment opportun. De plus, il faut admettre que l'hôpital n'est pas un milieu de vie approprié pour les aînés, principaux clients des services et que le système public doit se repositionner pour offrir autant que possible ses services en dehors des murs des hôpitaux, dans des milieux familiaux et communautaires adéquats.

Dans les pages qui suivent, le Réseau de santé Vitalité présente son Plan des services cliniques. Celui-ci porte sur le développement et la décentralisation à l'échelle des communautés des services de santé primaires et la réalisation d'un véritable virage ambulatoire et communautaire dans les modes d'organisation régionale de ces services, tant pour les services généraux que pour les services spécialisés/surspécialisés et des programmes de recherche et d'enseignement.

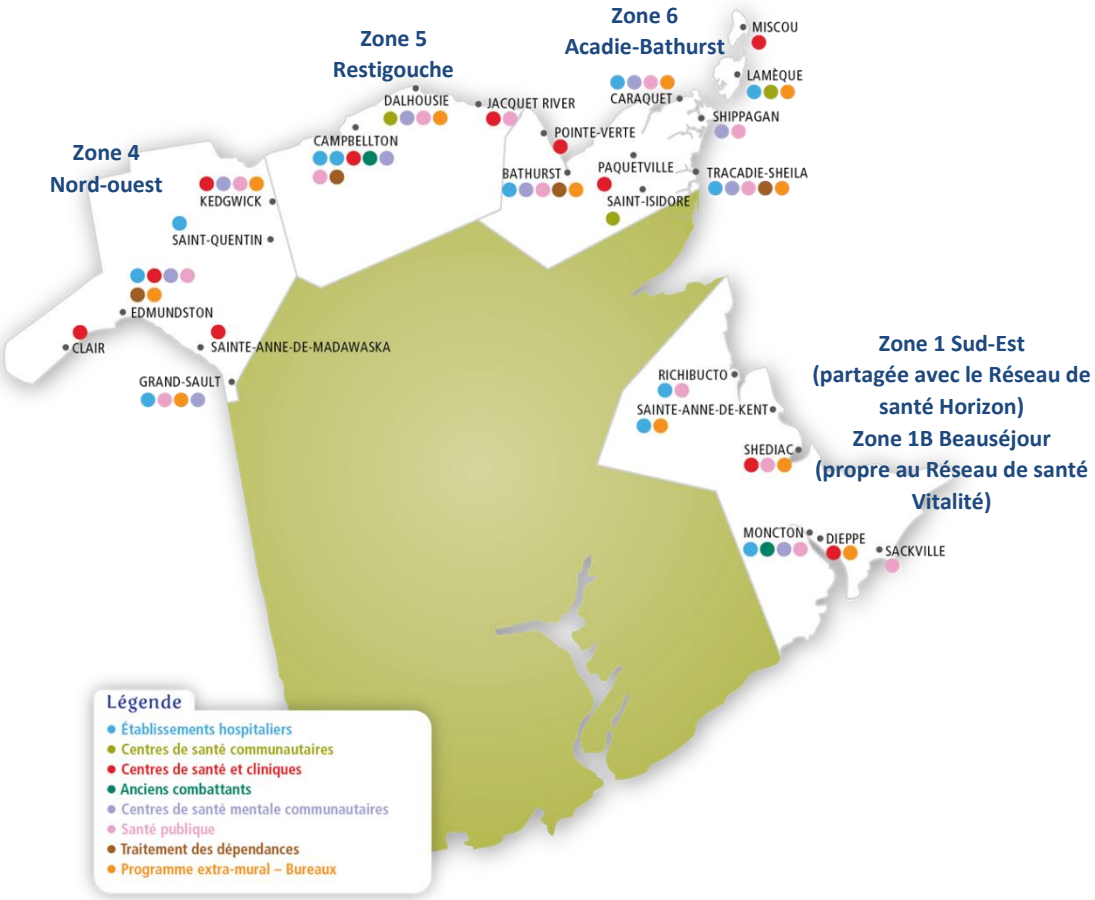
2 TERRITOIRE ET POPULATION

Ce chapitre dresse le portrait géographique, démographique, socioéconomique et sanitaire du territoire desservi par le Réseau de santé Vitalité.

En bref, le territoire couvert par le Réseau de santé Vitalité est globalement défavorisé sur les plans socioéconomiques et de l'état de santé de la population par rapport à celui du Réseau Horizon et aux autres provinces canadiennes. Ce territoire est caractérisé par un clivage significatif entre les trois zones rurales sociosanitaires du nord et celle essentiellement urbaine du sud. Contrairement à la situation qui prévaut dans le sud, la population du nord est en déclin. De plus, cette population affiche une proportion plus élevée de personnes âgées, elle vieillit plus rapidement et elle affiche un état de santé, des comportements liés à la santé et un profil socioéconomique défavorables par rapport à celle du sud.

2.1 TERRITOIRE

Figure 1 : Carte du territoire



Le Réseau de santé Vitalité dessert un territoire où les distances à parcourir et les conditions routières difficiles durant les mois d'hiver constituent des limites incontournables à l'accès aux services pour les résidents des zones du nord de la province.

Le territoire du Réseau de santé Vitalité comporte quatre zones sociosanitaires :

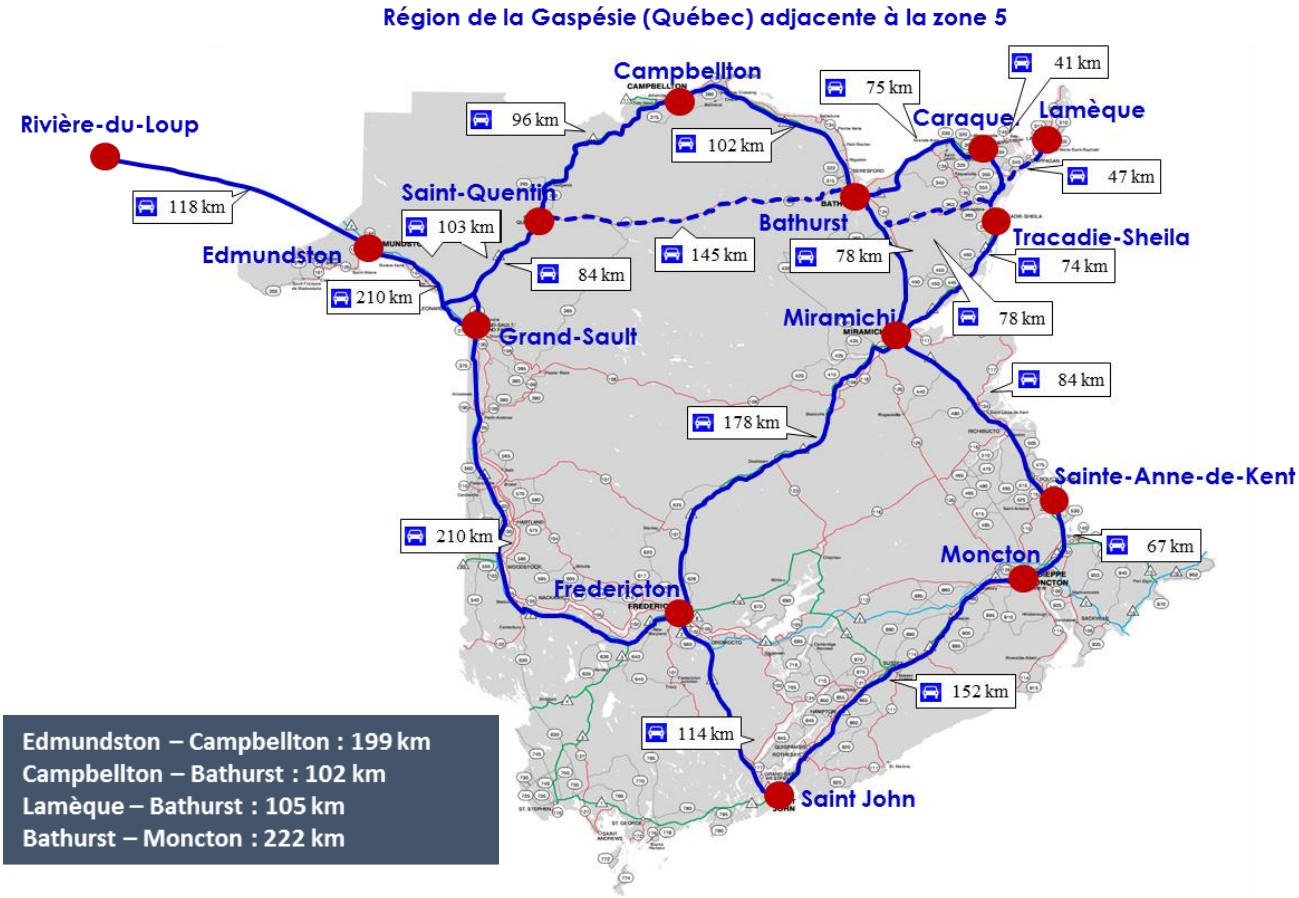
- d'une part, la zone 1B Beauséjour (faisant partie de la zone 1 Sud-Est);
- d'autre part, les trois zones du nord de la province (4 Nord-Ouest, 5 Restigouche et 6 Acadie-Bathurst).

Le territoire du nord de la province est essentiellement rural, alors que la région de Moncton (zone du Sud-Est) est plus urbaine. La population de la zone du Sud-Est est également servie par le Réseau de santé Horizon.

Des particularités liées au réseau routier et au climat caractérisent le territoire du Nouveau-Brunswick en général et plus particulièrement celui du Réseau de santé Vitalité. Les trois quarts des routes de la province sont rurales. On y trouve très peu d'autoroutes à quatre voies (seulement dans le nord-ouest et dans la région de Moncton). Le risque de collisions avec des orignaux et autres bêtes sauvages est important et de nombreuses routes nécessitent des travaux de réfection. De plus, la province est très enneigée l'hiver, surtout dans le nord, où les tempêtes sont fréquentes et les vents forts. Ainsi, les conditions routières hivernales souvent précaires dans des régions isolées comme Saint-Quentin et Lamèque compliquent les déplacements et entraînent des préoccupations importantes pour la population de ces régions.

Les habitants du territoire du Réseau de santé Vitalité peuvent généralement recevoir des soins de santé primaires dans leur communauté sinon dans une localité environnante à l'intérieur de 30 minutes de route. Pour les soins secondaires, les gens doivent se déplacer vers l'hôpital régional le plus près, qui est en moyenne à une heure de route, généralement dans un rayon de 100 kilomètres. Ceux qui habitent dans les zones du nord doivent faire en moyenne quatre heures de route pour recevoir des soins de santé tertiaires, ces zones étant situées à quelques centaines de kilomètres de Moncton. Notons également que les zones Nord-Ouest et Restigouche sont adjacentes à la province du Québec tandis que celle de Beauséjour est adjacente à l'Île-du-Prince-Édouard et à la Nouvelle-Écosse.

Figure 2 : Distances routières



Source : Google Maps

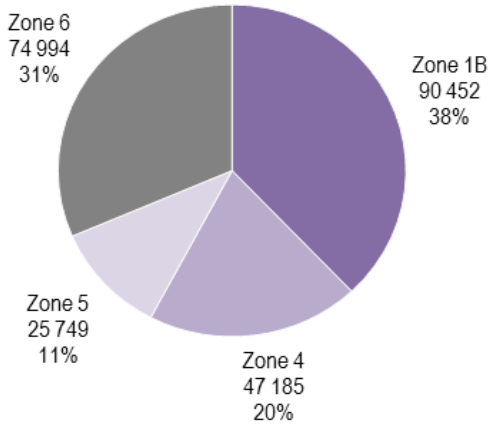
2.2 POPULATION

2.2.1 Évolution démographique et vieillissement de la population

Le Réseau de santé Vitalité dessert une population relativement âgée et vieillissant rapidement, surtout dans les zones du nord, et en déclin dans les zones du nord.

En 2015, le territoire du Réseau de santé Vitalité compte environ 238 000 habitants, soit 32 % de la population de la province du Nouveau-Brunswick. La figure 3 illustre la distribution de la population desservie par zone : ainsi, 38 % de cette population vit dans la zone 1 et 62 % dans les zones du nord de la province.

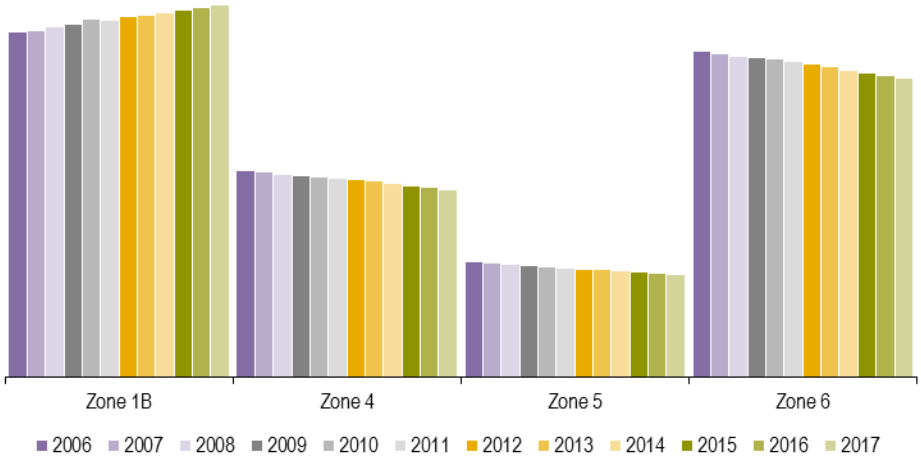
Figure 3 : Distribution de la population par zone – 2015



Source : Réseau de santé Vitalité, projection de population 2015

Le Réseau de santé Vitalité est marqué par un déclin et un vieillissement de sa population dans les zones du nord. Cette diminution de population est causée par deux facteurs principaux : l'émigration des travailleurs dans d'autres provinces canadiennes et le déplacement de la population vers les régions du sud de la province, particulièrement dans la région du Grand Moncton. Les projections de population indiquent que ces tendances vont se poursuivre au cours des prochaines années. Globalement, la population du Réseau de santé Vitalité diminue légèrement au cours des ans, alors que celle du Réseau Horizon augmente légèrement.

Figure 4 : Évolution du nombre d'habitants par zone – 2006 à 2017

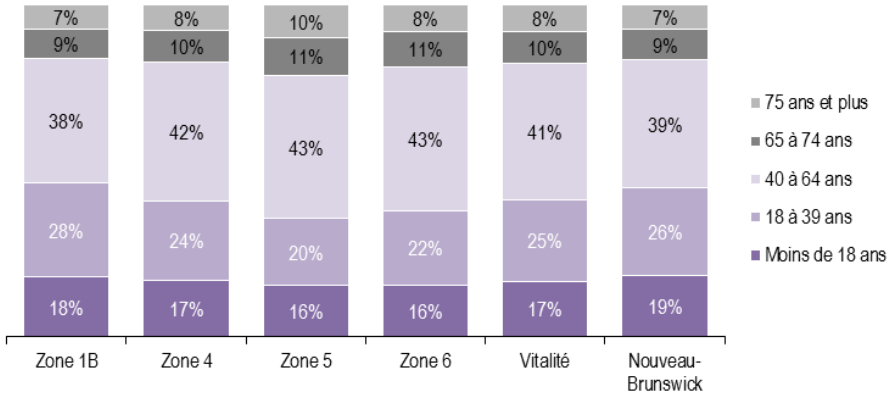


Source : Réseau de santé Vitalité, estimations de population, 1er juillet, 2006 à 2014, et projections 2015 à 2017

La population du Réseau de santé Vitalité est plus âgée que celle du Réseau de santé Horizon. Au recensement de 2011, l'âge médian était de 47 ans à 49 ans dans les trois zones du nord, alors qu'il était de 43 ans dans la zone du Sud-Est et de 44 ans au niveau provincial. Comme l'indique la figure qui suit, la proportion de personnes âgées de

65 ans et plus est particulièrement élevée dans la zone 5 de Restigouche (21 % comparativement à 16 % dans la zone du Sud-Est et dans la province).

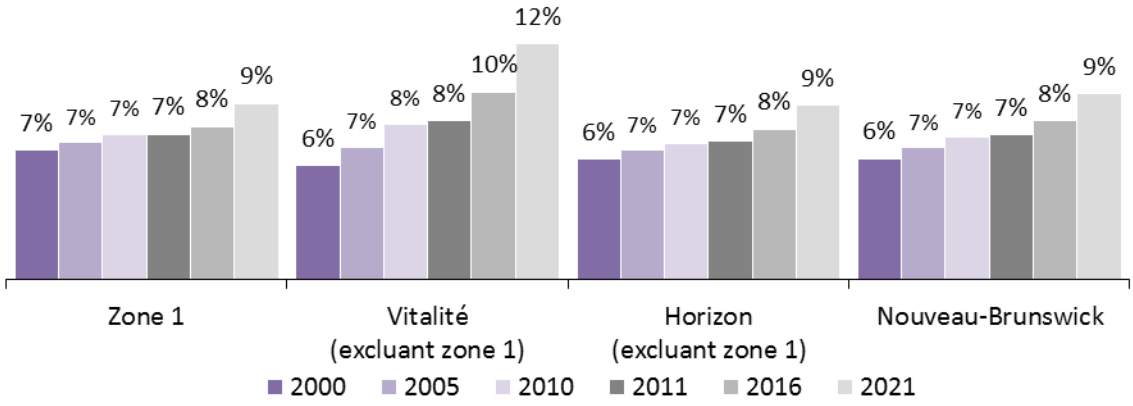
Figure 5 : Distribution de la population par groupe d'âge – 2011



Source : Statistique Canada, recensement 2011

Comme le montre la figure suivante, le vieillissement de la population se poursuivra dans toutes les zones du Réseau de santé Vitalité d'ici 2021, mais à un rythme plus rapide dans les trois zones du nord que dans celle du sud. On peut donc s'attendre à un accroissement des besoins en services de santé dans le temps.

Figure 6 : Évolution du poids démographique des personnes de 75 ans et plus – 2000 à 2021



Sources : Statistique Canada, estimations de population 2000, 2005 et 2010 et Statistique Canada, Korem (données MapInfo) et RCGT pour les projections 2011, 2016 et 2011

2.2.2 Caractéristiques sociodémographiques

Le français est la langue maternelle d'environ le tiers de la population du Nouveau-Brunswick. En 2011, le français est la langue maternelle de 42 % de la population de la zone du Sud-Est et de 83 % de la population des zones du

nord de la province[1]. Les proportions de la population dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français sont légèrement inférieures aux proportions de la population dont la langue maternelle est le français (en 2011, 37 % de la population de la zone du Sud-Est et 81 % de la population des zones du nord).

En 2011, la proportion d'autochtones varie de 2 % à 5 % dans les quatre zones de Vitalité (3 % au Nouveau-Brunswick). On compte également relativement peu d'immigrants (4 % dans la zone du Sud-Est tout comme dans l'ensemble de la province et de 1 % à 3,5 % dans les autres zones de Vitalité).

2.2.3 Conditions socioéconomiques

Sur le plan socioéconomique, le Nouveau-Brunswick est l'une des provinces les moins bien nanties au Canada. À l'exception de la zone 1, la population du Réseau de santé Vitalité est moins scolarisée et moins bien nantie, avec des revenus plus bas et un taux de chômage plus élevé, que la moyenne provinciale.

La population des zones du nord présente un statut socioéconomique défavorable. Bien qu'on note un niveau de scolarisation en hausse partout au Nouveau-Brunswick, celui-ci est moins élevé dans le nord. Parmi les sept zones sociosanitaires de la province, les trois zones du nord montrent les proportions les plus élevées de personnes sans diplôme d'études secondaires et de personnes à faible revenu. Selon le recensement de 2011, la proportion de personnes de 25 à 64 ans sans diplôme d'études secondaires varie de 23 % à 29 % dans les zones du nord, tandis qu'elle est de 15 % dans la zone du Sud-Est et de 17 % pour l'ensemble de la province. En ce qui concerne la proportion de personnes à faible revenu, elle varie de 20 % à 25 % dans les trois zones du nord, contre 15 % dans la zone du Sud-Est et 17 % dans l'ensemble de la province.

Tableau 1 : Quelques indicateurs socioéconomiques

	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Nouveau-Brunswick
Sans diplôme d'études secondaires (25-64 ans) (2011)	15,3 %	23,0 %	25,3 %	28,8 %	16,8 %
Rang	3/7	5/7	6/7	7/7	8/10
Taux de chômage (2013)	8,7 %	12,0 %	12,6 %	17,1 %	10,4 %
Rang	2/7	4/7	5/7	6/7	8/10
Faible revenu (2011)	14,7 %	20,2 %	25,3 %	21,4 %	17,2 %
Rang	1/7	5/7	7/7	6/7	8/10

Rang : Pour les zones, le rang situe la zone parmi les sept zones du Nouveau-Brunswick (évaluation du meilleur au pire). Pour le Nouveau-Brunswick, le rang situe la province parmi les dix provinces du Canada.
Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Portrait de santé de la population 2014-2015

2.2.4 Portrait de santé

Par rapport à la moyenne canadienne, la population du Nouveau-Brunswick, et celle des zones du nord du Réseau de santé Vitalité en particulier, présente un portrait de santé globalement défavorable en ce qui concerne les habitudes de vie et la prévalence de maladies chroniques.

[1] Source : Statistique Canada, Profil de recensement 2011, site web consulté le 31 mai 2016 : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F
Note : Ces proportions tiennent compte des réponses uniques et des réponses multiples qui comprennent le français.

Les habitudes de vie contribuent de façon significative à l'état de santé de la population et le portrait global démontre qu'une partie importante de la population desservie par le Réseau de santé Vitalité pourrait bénéficier de l'adoption de comportements plus sains.

Le portrait de santé de la population 2014-2015 publié par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) fait ressortir les éléments suivants (voir les tableaux 2, 3 et 4) :

- Parmi les dix provinces canadiennes, le Nouveau-Brunswick se classe au dernier rang en ce qui concerne la perception de la santé (physique et mentale). La province se classe également très défavorablement en ce qui concerne la pratique de l'activité physique (8/10), la consommation d'alcool (10/10) et la consommation de tabac (9/10).
- Parmi les sept zones sociosanitaires du Nouveau-Brunswick, la zone du Sud-Est se classe très bien pour plusieurs indicateurs relatifs aux résultats de santé, notamment les suivants : perception d'une bonne ou excellente santé mentale (1/7), douleurs qui empêchent de faire certaines activités (1/7) et espérance de vie (1/7). En ce qui concerne les comportements liés à la santé, les résultats de la zone du Sud-Est sont généralement proches de la moyenne provinciale.
- Les résultats de santé des zones Nord-Ouest et Restigouche sont le plus souvent les plus mauvais de la province. Ces zones se classent aux deux derniers rangs pour les indicateurs suivants : perception de la santé mentale, douleurs qui empêchent de faire certaines activités et espérance de vie. En ce qui concerne les comportements liés à la santé, on note des proportions relativement importantes de personnes qui perçoivent un niveau de stress élevé et de personnes qui fument.
- Malgré des conditions socioéconomiques défavorables, la population de la zone Acadie-Bathurst présente des résultats de santé et des comportements liés à la santé dans les moyennes provinciales, en général.
- Les principaux problèmes de santé chroniques, en termes de prévalence, de la population desservie par le Réseau de santé Vitalité, comme de celle du Nouveau-Brunswick dans son ensemble, sont l'hypertension artérielle, l'arthrite, le reflux gastrique, la douleur chronique et la dépression. De plus, le dernier sondage sur la santé primaire effectué par le CSNB, publié en février 2015, rapporte une hausse du nombre de personnes déclarant avoir une ou plusieurs conditions chroniques.
- Enfin, ce même sondage révèle que les obstacles à une bonne santé semblent plus importants pour les répondants des zones du nord du Nouveau-Brunswick lorsque l'on regarde les résultats obtenus pour la disponibilité des services, les coûts des médicaments, des traitements et procédures et des ambulances.

Ces constats démontrent la nécessité de transformer notre système de santé afin de pouvoir mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer sa santé. **L'analyse des caractéristiques énoncées plus haut met en évidence l'importance de la proximité des lieux où sont offerts les soins et les services de santé en tant que facteur clé pour faciliter leur accessibilité.** Une population vieillissante, donc moins mobile, avec des moyens économiques limités et un état de santé fragile nécessite un accès facile aux services, à proximité de son milieu de vie. La dispersion de la population du territoire de Vitalité et les distances entre les diverses collectivités sont des éléments qui ne peuvent être ignorés dans la planification des services. De plus, les conditions routières hivernales souvent précaires dans des régions isolées comme Saint-Quentin et Lamèque compliquent les déplacements et entraînent des préoccupations importantes pour la population de ces régions.

Tableau 2 : Quelques indicateurs relatifs aux résultats de santé

	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Nouveau-Brunswick	Canada
Se croient en très bonne ou excellente santé (2013)	52,4 %	46,1 %	52,7 %	51,7 %	54,0 %	59,4 %
Rang	4/7	7/7	3/7	5/7	10/10	
Se croient en très bonne ou excellente santé mentale (2013)	69,2 %	55,7 %	63,2 %	64,9 %	66,7 %	71,1 %
Rang	1/7	7/7	6/7	5/7	10/10	
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (2013)	13,9 %	21,4 %E	23,1 %	10,3 %E	16,3 %	14,7 %
Rang	1/7	6/7	7/7	1/7	7/10	
Espérance de vie (2007-2009)	81,4	79,3	78,6	81,3	80,2	81,1
Rang	1/7	6/7	7/7	2/7	5/10	

E : à utiliser avec prudence, échantillon trop petit

Rang : Pour les zones, le rang situe la zone parmi les sept zones du Nouveau-Brunswick (évaluation du meilleur au pire). Pour le Nouveau-Brunswick, le rang situe la province parmi les dix provinces du Canada.

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Portrait de santé de la population 2014-2015

Tableau 3 : Quelques indicateurs relatifs aux comportements liés à la santé – 2013

	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Nouveau-Brunswick	Canada
Activité physique, actif pendant les loisirs	51,0 %	49,0 %	51,5 %	46,5 %	49,6%	55,2 %
Rang	3/7	4/7	2/7	5/7	8/10	
Fruits et légumes, au moins cinq fois par jour	36,7 %	34,1 %	37,8 %	43,1 %	35,9 %	40,8 %
Rang	3/7	5/7	2/7	1/7	6/10	
Obésité	25,1 %	26,5 %	22,7 %E	24,8 %	25,9 %	18,8 %
Rang	3/7	5/7	1/7	2/7	7/10	
Alcool, au moins cinq verres en une même occasion, au moins une fois par mois	26,0 %	26,1 %	21,2 %E	24,8 %E	25,1 %	18,9 %
Rang	5/7	6/7	2/7	4/7	10/10	
Tabac, fumeurs réguliers ou occasionnels	18,4 %	24,9 %	29,5 %	24,0 %E	21,8 %	19,3 %
Rang	1/7	5/7	7/7	4/7	9/10	
Stress, niveau élevé	21,3 %	27,9 %	23,4 %E	15,0 %E	20,1 %	23,0 %
Rang	5/7	7/7	6/7	1/7	5/10	

E : à utiliser avec prudence, échantillon trop petit

Rang : Pour les zones, le rang situe la zone parmi les sept zones du Nouveau-Brunswick (évaluation du meilleur au pire). Pour le Nouveau-Brunswick, le rang situe la province parmi les dix provinces du Canada.

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Portrait de santé de la population 2014-2015

Tableau 4 : Prévalence de problèmes de santé chroniques – 2011

Prévalence en %	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Nouveau-Brunswick
Hypertension artérielle	24,6	25,6	32,0	28,1	25,7
Arthrite	16,2	15,8	20,9	16,1	18,0
Reflux gastrique	16,1	15,4	18,6	15,3	16,1
Douleur chronique	13,9	16,7	17,0	13,7	15,0
Dépression	13,3	11,5	14,0	13,1	12,7
Asthme	9,6	7,8	9,6	12,0	10,3
Diabète	8,8	9,0	10,3	9,7	9,2
Maladie cardiaque	7,6	11,1	8,7	8,7	8,3
Cancer	7,0	5,6	7,5	7,0	7,0
Emphysème ou MPOC	2,2	3,9	n/d	n/d	2,7
Trouble de l'humeur autre que la dépression	n/d	n/d	4,0	2,6	n/d

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Portrait de santé de la population 2014-2015

Tableau 5 : Obstacles aux services de santé – 2014

Catégorie	Indicateurs	Nouveau-Brunswick	Zone 1	Rang Zone 1	Zone 4	Rang Zone 4	Zone 5	Rang Zone 5	Zone 6	Rang Zone 6	Zone 2	Rang Zone 2	Zone 3	Rang Zone 3	Zone 7	Rang Zone 7
Obstacles aux services de santé	Services de santé non disponibles dans votre région au moment ou vous en aviez besoin	17.4%	10.9%	1	21.6%	5	26.2%	7	23.8%	6	14.8%	2	20.9%	3	21.2%	4
	Problèmes de transport	7.1%	5.7%	2	6.2%	3	10.6%	7	4.3%	1	8.7%	6	7.9%	5	7.7%	4
	Problème de langue avec un professionnel de la santé	4.2%	4.0%	3	4.0%	3	10.8%	7	5.9%	5	2.6%	1	3.4%	2	8.1%	6
	Les médicaments coûtent trop cher	35.1%	32.5%	3	51.1%	6	47.6%	5	54.9%	7	29.6%	2	26.3%	1	42.4%	4
	Les traitements ou les procédures coûtent trop cher	19.9%	18.4%	3	36.1%	7	29.7%	5	34.5%	6	14.2%	2	13.0%	1	25.7%	4
	Les services d'ambulance coûtent trop cher	21.7%	19.9%	3	32.1%	5	32.2%	6	35.0%	7	17.0%	2	16.5%	1	28.9%	4
	Difficulté à sortir de la maison en raison d'un problème de santé	12.4%	11.5%	4	9.8%	2	11.4%	3	8.3%	1	14.7%	7	14.2%	6	12.5%	5
	Difficulté à vous y retrouver dans le système des soins de santé	9.3%	8.7%	4	7.2%	2	9.3%	5	7.0%	1	11.0%	7	10.4%	6	7.8%	3

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Sondage soins primaires 2014

3 OFFRE DE SERVICES

Le PRSA 2016-2019 présente la gamme des services offerts par le Réseau de santé Vitalité. Celle-ci couvre les soins de santé primaires, le Programme extra-mural, les services de santé publique, la santé mentale communautaire, les services de traitements des dépendances et les services hospitaliers. En complément d'information, ce chapitre présente de façon plus détaillée les principaux volumes d'activités et précise les services hospitaliers tertiaires qui ne sont pas offerts directement par le Réseau.

3.1 SERVICES HOSPITALIERS

Les tableaux 7 et 8 donnent un portrait des volumes d'activités pour l'année 2015-2016 dans les 11 hôpitaux du Réseau de santé Vitalité ainsi qu'au Centre de santé communautaire St. Joseph. Ces tableaux mettent en lumière, notamment :

- Des activités en obstétrique dans chacun des hôpitaux régionaux, variant entre 655 nouveau-nés au CHU Dr-Georges-L.-Dumont et 183 à l'Hôpital régional de Campbellton;
- Des volumes importants de consultations à l'urgence dans les neuf hôpitaux qui hébergent une unité d'urgence;
- Une concentration des volumes d'activités en soins ambulatoires (visites), en dialyse (traitements) et en chimiothérapie (traitements) au CHU Dr-Georges-L.-Dumont (respectivement 42 %, 67 % et 51 % des volumes totaux d'activité du Réseau Vitalité);
- Un volume relativement faible de cas chirurgicaux à l'Hôpital Régional de Campbellton comparativement aux trois autres hôpitaux régionaux (15 % de l'ensemble des cas chirurgicaux du Réseau Vitalité);
- La réalisation de plus de 20 000 jours-traitement au Service de radiothérapie du centre Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard du CHU Dr-Georges-L.-Dumont;
- Une concentration des tests de laboratoires au CHU Dr-Georges-L.-Dumont et à l'Hôpital régional Chaleur (65 % des volumes totaux de procédés réalisés à l'échelle du Réseau Vitalité);
- Une concentration des activités de thérapie respiratoire et clinique à l'Hôpital régional Chaleur et, dans une moindre mesure, au CHU Dr-Georges-L.-Dumont (respectivement 30 % et 25 % des volumes totaux de procédés à l'échelle du réseau).

Notons également que la population desservie par le Réseau de santé Vitalité doit se déplacer pour obtenir certains services tertiaires non offerts par le Réseau. Le tableau de la page suivante énumère ces services.

Tableau 6 : Services non offerts par le Réseau de santé Vitalité

Service tertiaire	Point de service
Chirurgie cardiaque/cathétérisme	Saint-Jean, Québec
Neurochirurgie/Soins neuro-intensifs	The Moncton Hospital, Halifax, Québec
Soins néonataux intensifs	The Moncton Hospital, Halifax, Québec
Réadaptation tertiaire	Fredericton
Unité de psychiatrie - Enfants et adolescents	The Moncton Hospital
Traumatologie	The Moncton Hospital, Saint-Jean, Québec
Pédiatrie spécialisée	Halifax, Québec
Chirurgie pédiatrique	Halifax, Québec
Transplantation	Nouvelle-Écosse, province de Québec, Ontario
Unité des brûlés	The Moncton Hospital, Québec

Tableau 7 : Principaux volumes d'activités des admissions, consultations et traitements en milieu hospitalier – 2015-2016

	Zone Beauséjour		Zone Nord-Ouest			Zone Restigouche			Zone Acadie-Bathurst				Total - Vitalité
	Georges-Dumont	Stella-Maris-de-Kent	Edmund-ston	Grand-Sault	Saint-Quentin	Camp-bellton	CSC St Joseph	CH Resti-gouche	Chaleur	Tracadie-Sheila	Enfant-Jésus RHSJ	Lamèque	
Services hospitaliers													
Admissions (nouveau-nés exclus)	10 013	437	5 344	428	304	4 177			6 537	1 425	209	90	28 964
Admissions - Anciens combattants	24					15							39
Admissions - CH Restigouche								269					269
Total	**10 037**	**437**	**5 344**	**428**	**304**	**4 192**		**269**	**6 537**	**1 425**	**209**	**90**	**29 272**
Nouveau-nés	655		316			183			430				1 584
Consultations à l'urgence	48 204	33 504	29 058	19 568	13 389	21 922			32 319	22 688	23 772		244 424
Visites ambulatoires	165 994	4 949	59 923	15 938	12 992	28 231	11 525		61 788	17 117	20 432		398 889
Cas chirurgicaux	7 909		4 640			3 024			5 197				20 770
Traitements de dialyse	39 868		4 261				2 007		8 274	5 238			59 648
Traitements à la clinique d'oncologie (excluant traitements au chevet)	4 777		1 070	233	91	611	24		1 407		1 122		9 335
Jours-traitement - radiothérapie	20 522												20 522

Source : Réseau de santé Vitalité

Tableau 8 : Principaux volumes d'activités des services diagnostiques et thérapeutiques en milieu hospitalier – 2015-2016

	Zone Beauséjour		Zone Nord-Ouest			Zone Restigouche			Zone Acadie-Bathurst				Total - Vitalité
	Georges-Dumont	Stella-Maris-de-Kent	Edmund-ston	Grand-Sault	Saint-Quentin	Camp-bellton	CSC St Joseph	CH Resti-gouche	Chaleur	Tracadie-Sheila	Enfant-Jésus RHSJ	Lamèque	
Laboratoire, imagerie et thérapie respiratoire													
Procédés de laboratoire	4 982 317	268 768	734 350	201 012	135 670	759 469	104 160		1 374 476	628 049	441 360	108 767	9 738 398
Procédés d'imagerie médicale	136 886	22 603	63 060	11 552	7 228	48 054	7 731		72 841	29 417	21 925	8 263	429 560
Procédés de thérapie respiratoire et clinique sur les maladies pulmonaires	73 591	1 093	47 614	5 263	5 568	45 593			91 397	20 990	8 906	345	300 360
Jours-traitement - Services de réadaptation et thérapeutiques													
Audiologie	2 225		2 853			1 676	48		2 430				9 232
Ergothérapie	13 408	854	6 542	1 028	151	5 752		5 086	6 339	2 147	1 409	11	42 727
Physiothérapie	32 058	3 506	17 400	5 269	1 449	19 331	3 670	3 974	16 725	6 900	6 014	3 533	119 829
Orthophonie	4 380		1 822	565	95	1 453	109	857	2 582	1 098	1 314		14 275
Récréologie	17 817		6 598			5 967		8 687					39 069
Service social	6 086		2 692	631		3 562	464	2 790	2 906	516	474	213	20 334
Psychologie	2 982		1 495			956		699	3 151	439	110		9 832
Nutrition clinique	19 085	714	6 488	1 250	745	4 346	977	1 126	5 785	1 986	1 930	879	45 311

Source : Réseau de santé Vitalité

3.2 SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

Les données relatives à l'utilisation des services de santé offerts dans la communauté par le Réseau de santé Vitalité révèlent des niveaux de consommation variables d'une zone à l'autre, par type de service, qui reflètent des écarts dans l'offre de services.

Le tableau qui suit présente, par zone, les installations du Réseau offrant des services dans la communauté.

Tableau 9 : Liste des installations par zone, excluant les hôpitaux

	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst
▪ Centres de santé communautaires (2)			▪ St Joseph (Dalhousie)	▪ Lamèque
▪ Centres de santé (7)	▪ Centre médical régional de Shediac	▪ Centre de santé de Sainte-Anne	▪ Centre de santé de Jacquet River	▪ Centre de santé Chaleur (Pointe-Verte) ▪ Centre de santé de Miscou ▪ Centre de santé de Paquetville ▪ Saint-Isodore
▪ Cliniques (4)	▪ Clinique de phlébotomie (Dieppe)	▪ Clinique médicale du Haut-Madawaska (Clair) ▪ Clinique médicale de Kedgwick	▪ Clinique médicale E. L. Murray (Campbellton)	
▪ Centres de santé mentale communautaire (10) ▪ Point de service (1)	▪ Moncton Richibucto	▪ Edmundston ▪ Grand-Sault ▪ Kedgwick	▪ Campbellton ▪ Point de service à Dalhousie	▪ Bathurst ▪ Caraquet ▪ Shippagan ▪ Tracadie-Sheila
▪ Santé publique – Bureaux principaux (12) ▪ Points de service (2)	▪ Moncton ▪ Richibucto ▪ Sackville ▪ Shediac	▪ Edmundston ▪ Grand-Sault ▪ Kedgwick	▪ Campbellton ▪ Point de service à Dalhousie ▪ Point de service à Jacquet River	▪ Bathurst ▪ Caraquet ▪ Shippagan ▪ Tracadie-Sheila
▪ Traitement des dépendances (4)	▪ Desservie par Réseau Horizon	▪ Edmundston	▪ Campbellton	▪ Bathurst ▪ Tracadie-Sheila
▪ Programme extra-mural – Bureaux (11)	▪ Dieppe ▪ Sainte-Anne-de-Kent ▪ Shediac	▪ Edmundston ▪ Grand-Sault ▪ Kedgwick	▪ Dalhousie	▪ Bathurst ▪ Caraquet ▪ Lamèque ▪ Tracadie-Sheila

	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst
▪ Anciens combattants	▪ Centre de santé des anciens combattants (Moncton)		▪ Unité des anciens combattants (Hôpital régional de Campbellton)	

En ce qui a trait aux volumes d'activité des services dans la communauté, le tableau 10 met notamment en évidence :

- Un très faible volume de consultations en centre de santé communautaire ou centre de santé dans les zones Beauséjour et Nord-Ouest comparativement aux zones Restigouche (à St. Joseph) et Acadie-Bathurst (à Saint-Isidore et Lamèque);
- Une pénétration des activités du Programme extra-mural relativement uniforme dans les quatre zones du Réseau de santé Vitalité en termes de volumes d'admissions par 1 000 personnes. Par contre, une intensité de services plus élevée dans la zone Nord-Ouest que dans les trois autres zones, en termes de nombre moyen annuel de visites par usager admis;
- Un volume d'activité plus élevé en santé mentale communautaire dans les zones Restigouche et Acadie-Bathurst.

Tableau 10 : Principaux volumes d'activités des services dans la communauté – 2015-2016

	Nombre					Nombre pour 1 000 personnes				
	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Total	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Total
Centres de santé communautaires et centres de santé										
Consultations	26 218	5 576	51 959	85 428	169 181	290	118	2 018	1 139	710
Programme extra-mural										
Admissions	2 993	1 593	883	2 427	7 896	33	34	34	32	33
Visites	76 556	52 853	22 588	53 432	205 429	846	1 120	877	712	862
Santé publique										
Immunisation : vaccins en milieu scolaire	4 232	589	960	1 956	7 737	47	12	37	26	32
Évaluation du trottineur en santé : cas évalués	734	230	86	393	1 443	8	5	3	5	6
Santé mentale communautaire										
Nouvelles demandes de services	1 849	1 109	819	2 593	6 370	20	24	32	35	27
Personnes ayant reçu des services	2 527	2 010	1 594	4 621	10 752	28	43	62	62	45
Suivi thérapeutique - adultes	2 043	1 569	1 270	3 806	8 688	23	33	49	51	36
Suivi thérapeutique - enfants/ados	496	447	329	831	2 103	5	9	13	11	9
Services de traitement des dépendances										
Admissions		390	202	361	953		8	8	5	6
Personnes ayant reçu des services externes		710	266	670	1 646		15	10	9	11
Consultations externes		6 388	1 893	7 938	16 219		135	74	106	110

Source : Réseau de santé Vitalité

4 RESSOURCES MÉDICALES

Le PRSA 2016-2019 présente le portrait macroscopique des ressources humaines et des ressources médicales du Réseau de santé Vitalité. Les tableaux qui suivent présentent de façon plus détaillée, par spécialité, le portrait des ressources médicales.

Tableau 11 : Effectifs médicaux en individus excluant les locums – 2016

	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Total - Vitalité
Médecine familiale	104	58	30	78	270
Urgence	12	14	4	15	36
Médecine interne	2	7	2	1	10
Cardiologie	4			3	7
Dermatologie	3	1		1	5
Endocrinologie	1		1		2
Gastro-entérologie	2			2	4
Gériatrie	2				2
Néphrologie	6			2	8
Neurologie	3	1			4
Physiatrie	1				1
Pneumologie	4		1	1	6
Rhumatologie	2				2
Anesthésie	9	5	4	6	24
Chirurgie générale	5	5	2	3	15
Chirurgie vasculaire et thoracique	1				1
Ophtalmologie	4	2	2	2	10
ORL	3	1	1	2	7
Orthopédie	4	5	2	4	15
Plastie	1			1	2
Urologie	3	1	1	2	7
Oncologie	10				9
Psychiatrie	9	4	11	7	33
Gynécologie et obstétrique	3	6		3	12
Pédiatrie	6	3	2	3	14
Pathologie	4	3	3	5	15
Hématologie	3				3
Microbiologie*	4	1			5
Radiologie diagnostique	6	5	3	4	18
Radiologie interventionnelle	2				2
Médecine nucléaire	1	1		1	3
Total	**227**	**111**	**70**	**147**	**555**

Source : Réseau de santé Vitalité

*Notes : un microbiologiste à temps partiel et une consultante pédiatre-cardiologue pour cliniques et échocardiographie pédiatrique 3 fois par année dans la zone Nord-Ouest

5 UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS

Les taux d'hospitalisation en soins aigus tout comme le ratio de lits aigus par personne demeurent plus élevés dans les zones desservies par le Réseau de santé Vitalité que dans celles desservies par le Réseau de santé Horizon et que dans la plupart des autres provinces canadiennes et ce, malgré une diminution au cours des dernières années. Ces écarts s'expliquent sans doute en partie par des facteurs démographiques, géographiques et sociosanitaires propres au territoire couvert par le Réseau Vitalité. Par ailleurs, une proportion significative des lits de soins aigus des hôpitaux du Réseau de santé Vitalité est occupée par des patients qui ne requièrent plus des soins aigus et qui bénéficieraient grandement d'autres types de prise en charge et de soins, en dehors des hôpitaux. Plusieurs analyses démontrent que cette situation est attribuable à la fois à des inefficiences dans les pratiques cliniques et hospitalières et à un manque de ressources et de services dans la communauté.

5.1 HOSPITALISATION ET LITS DE SOINS AIGUS

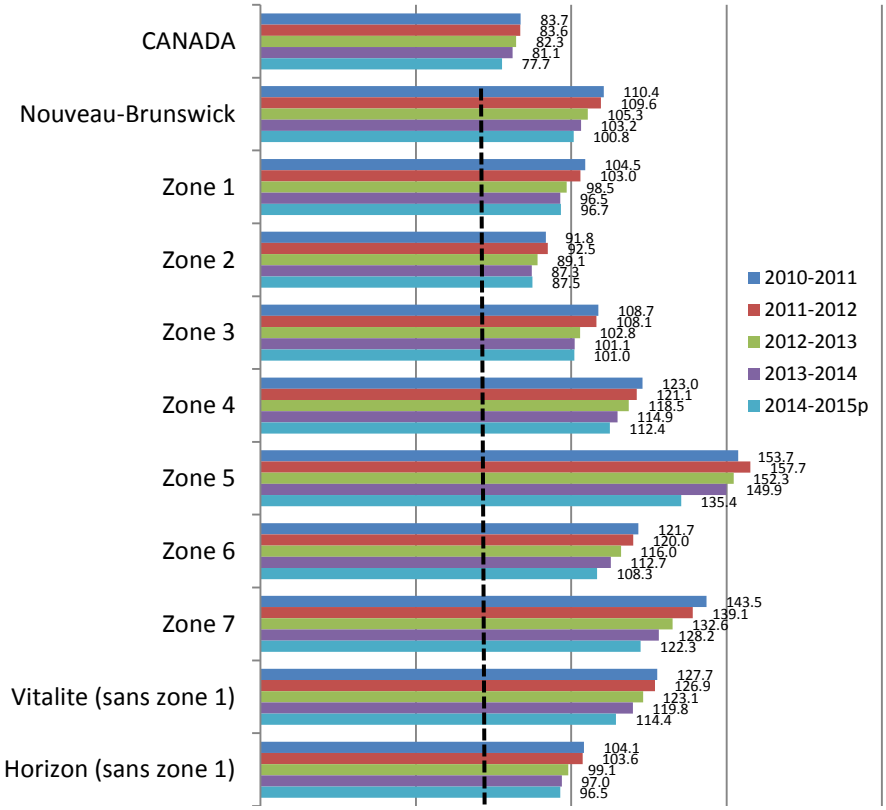
Malgré une diminution du taux d'hospitalisation au cours des ans dans toutes les zones du Nouveau-Brunswick, le recours à l'hospitalisation demeure plus élevé au Nouveau-Brunswick, en particulier dans les zones du Réseau de santé Vitalité, que dans l'ensemble du Canada. La figure 7 sur la page suivante illustre bien cette situation.

En 2014-2015, le taux d'hospitalisation par 1 000 habitants en soins aigus était de 77,7 à l'échelle du Canada, contre 100,8 à celle du Nouveau-Brunswick et 114,4 à celle du Réseau de santé Vitalité (excluant la zone Beauséjour). Ainsi, le taux d'hospitalisation du Réseau de santé Vitalité plus élevé que celui du Réseau de santé Horizon contribue à élever la moyenne provinciale.

Cette situation est attribuable à une multiplicité de facteurs : le contexte géographique (régions rurales, distances parfois importantes à parcourir pour recevoir des services spécialisés non disponibles localement), le profil démographique (proportion de personnes âgées très élevée) de la population du nord de la province et la situation socioéconomique particulièrement défavorable de cette même population. Toutefois, ces facteurs à eux seuls ne justifient pas un recours si important à l'hospitalisation.

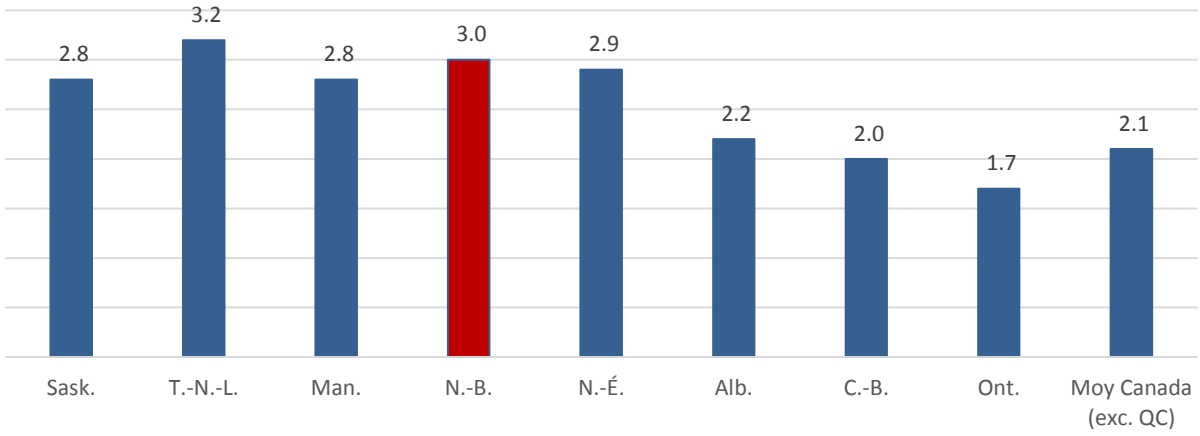
Le corollaire de ces constats concernant les taux d'hospitalisation est un nombre de lits de soins aigus pour 1 000 personnes plus élevé au Nouveau-Brunswick qu'en moyenne au Canada (3,00 contre 2,10 au Canada excluant le Québec, en 2012-2013), comme l'illustre la figure 8 ci-après.

Figure 7 : Taux d'hospitalisation par 1 000 habitants en soins aigus standardisé selon l'âge – 2010 à 2015



Note : Taux standardisé d'hospitalisation selon l'âge, excluant les nouveau-nés. Basé sur le lieu de résidence du patient (province ou région). Le Canada exclut les données du Québec et des territoires. Données de 2014-2015 projetées sur 6 mois.
Sources : BDCP portail de l'ICIS . Méthodologie GMA 2014. Estimations de la population selon la division de recensement, le sexe et le groupe d'âge au 1er juillet, basées sur la Classification géographique type (CGT) 2011 annuel (personnes).

Figure 8 : Nombre de lits de soins aigus par 1 000 habitants – 2012-2013



Note : Exclusion des hôpitaux pédiatriques et des établissements psychiatriques.
Source : ICIS Les lits d'hôpitaux en service et dotés en personnel, 2012-2013.

Les données du tableau ci-dessous montrent qu'au mois d'avril 2014, avec ses 816 lits de soins aigus, le Réseau de santé Vitalité comptait 3,41 lits par 1 000 habitants, contre 2,70 pour le Réseau de santé Horizon et 2,92 pour le Nouveau-Brunswick.

Tableau 12 : Lits de soins aigus par 1 000 habitants – Avril 2014

	Population	Nombre de lits aigus	Nombre de lits aigus par 1 000 habitants
Vitalité	239 498	816	3,41
Horizon	518 556	1 400	2,70
Nouveau-Brunswick	758 054	2 216	2,92

Source : Réseau de santé Vitalité

5.2 ANALYSE DE L'OCCUPATION DES LITS DE SOINS AIGUS

Depuis quelques années, de nombreuses études ont été réalisées par le Réseau de santé Vitalité en ce qui concerne l'occupation des lits de soins aigus. Tous les travaux effectués mènent à la même conclusion : une part importante des lits de soins aigus du Réseau de santé Vitalité est occupée par des patients qui ne requièrent plus des soins aigus et qui bénéficieraient grandement d'autres types de prise en charge et de soins, en dehors des établissements hospitaliers. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet état de fait : des alternatives à l'hospitalisation limitées, des inefficiences dans les processus du système de santé, le manque de ressources en communauté et l'engorgement des lits par des patients en attente d'un placement dans un foyer de soins.

Cette clientèle est composée majoritairement d'aînés et le système de santé et ses partenaires se doivent d'offrir un milieu de vie mieux adapté à leurs besoins. Il devient impératif de trouver des alternatives pour :

- éviter que ces personnes soient obligées de vivre dans un milieu hospitalier, lequel n'est pas propice au maintien de leur autonomie et les met en situation de risque (notamment à cause des infections nosocomiales);
- éviter les hospitalisations et offrir des alternatives de soins;
- mieux outiller les foyers de soins et les communautés pour offrir les soins en fin de vie.

Ces différentes analyses confirment le recours élevé à l'hospitalisation pour la population du Réseau de santé Vitalité et une proportion non négligeable du parc de lits de soins aigus utilisé de façon inappropriée, à d'autres fins que des soins aigus. Cette situation s'explique à la fois par des inefficiences dans les pratiques cliniques et hospitalières et par une disponibilité limitée de ressources et de services dans la communauté (ex. : places en foyers de soins, soins à domicile). Selon ces analyses, le nombre de lits de soins aigus « mal utilisés » ou « évitables » varierait entre 177 et 216 lits.

Le plan des services cliniques du Réseau de santé Vitalité vise donc au cours des prochaines années, à accentuer les pratiques vers la prestation de services ambulatoires et de services à domicile dans la communauté, et ce, tant pour les services généraux que pour les services spécialisés et surspécialisés.

6 TENDANCES DANS L'ORGANISATION DES SERVICES

6.1 GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

6.1.1 Croissance et impacts des maladies chroniques

Les maladies chroniques regroupent un ensemble de problèmes de santé de longue durée, dont les principaux sont l'arthrite, le diabète, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et les maladies cardiovasculaires. Une définition plus large inclut également les cancers et la maladie mentale. Au fil des ans, l'augmentation de l'espérance de vie et les mauvaises habitudes de vie ont entraîné un accroissement important des maladies chroniques.

De nos jours, elles sont la première cause de décès à l'échelle mondiale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit qu'en 2020 les maladies chroniques seront responsables de trois décès sur quatre dans le monde (OMS, 2011). Plus spécifiquement au Canada, 67 % de tous les décès sont causés par quatre maladies chroniques : le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les MPOC (Agence de santé publique du Canada, 2013).

Dans la même voie, le phénomène de la multimorbidité ou le cumul de maladies chroniques touche un nombre grandissant de Néobrunswickois et alourdit de façon importante le fardeau des maladies chroniques. Bien que le vieillissement de la population amplifie ce phénomène, l'augmentation demeure significative même lorsque les données sont ajustées en fonction de l'âge.

Les maladies chroniques engendrent :

- une utilisation accrue des services institutionnels de santé : hospitalisations et visites à l'urgence fréquentes (l'urgence étant devenue l'alternative à des services de première ligne mal adaptés aux besoins des personnes);
- une charge pour les personnes atteintes, limitant leur capacité fonctionnelle et leur qualité de vie;
- sur le plan économique et social, une augmentation de l'absentéisme et une réduction de la performance au travail.

Plusieurs études ont démontré le fardeau économique des maladies chroniques. Par contre, d'autres travaux ont montré que la réduction des facteurs de risque peut amener une diminution de la prévalence des maladies chroniques et ainsi engendrer des économies.

Malgré de nombreuses avancées au cours des dernières années dans la gestion des maladies chroniques, plusieurs problématiques perdurent :

- L'organisation actuelle des services pour les personnes présentant une maladie chronique est encore fragmentée, ponctuelle et limitée dans le temps, axée sur la réponse à des problèmes de santé aigus;
- L'approche actuelle par maladie est peu adaptée à la prévention et à la gestion coordonnée et globale exigée par les maladies chroniques;
- L'accès à un médecin de famille demeure difficile, tout comme l'accès en temps opportun à un spécialiste;
- Les services offerts par les équipes spécialisées en milieu hospitalier constituent la seule voie pour une prise en charge, engorgeant ainsi ces services;
- Il n'existe pas de mécanismes formels de transmission de l'information pertinente en lien avec une hospitalisation, un traitement, une intervention, ou encore une ordonnance, permettant une continuité de l'information et une prise en charge continue de la personne.

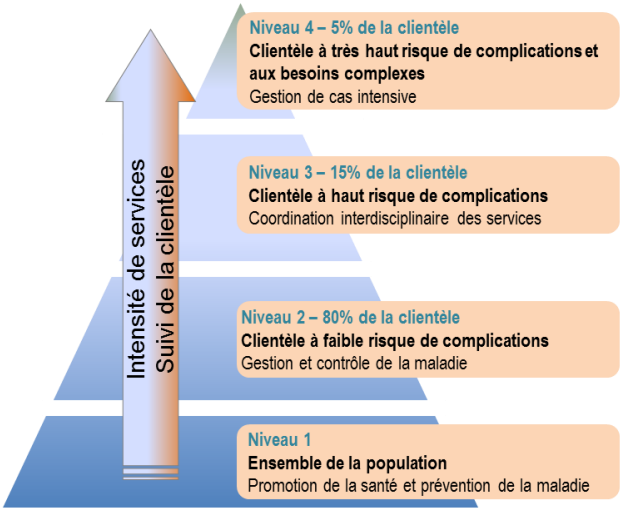
La réflexion sur la transformation du Réseau de santé Vitalité doit, par conséquent, s'inspirer des meilleures pratiques organisationnelles et cliniques en matière de gestion de ce fléau que sont les maladies chroniques qui frappe de plein fouet l'ensemble des pays industrialisés.

6.1.2 Orientations préconisées

La revue de la littérature démontre qu'une approche systémique intégrée et coordonnée des services sous forme de continuum réduit la mortalité et la morbidité associées aux maladies chroniques, améliore la qualité de vie des personnes, de même que la performance du système.

Les enjeux de gestion des maladies chroniques exigent une action concertée à tous les niveaux du système de santé. À cet effet, la pyramide du Kaiser Permanente et l'*Expanded Chronic Care Model* (CCM-E) ont inspiré plusieurs organismes dans la définition de l'organisation des soins en maladies chroniques. Ces modèles préconisent une approche planifiée et proactive et des équipes interdisciplinaires de première ligne comme point d'entrée et de centre de coordination des services. Ils abordent également les aspects de promotion de la santé et de prévention de la maladie, l'intégration des pratiques cliniques préventives et le dépistage précoce, l'évaluation et le traitement par l'équipe interdisciplinaire de première ligne en lien avec une deuxième ligne structurée, les suivis en fonction des niveaux de services selon les besoins de la personne, et les services visant l'habilitation, l'adaptation et la réadaptation par des pratiques favorisant la motivation et l'autogestion. Finalement, l'approche palliative est également intégrée dans les soins aux patients dans un contexte de maladies chroniques (Association canadienne de soins palliatifs, 2013).

Figure 9 : Pyramide de Kaiser



Source: Adapté de la *Pyramide de Kaiser Permanente* – modèle de niveau de soins et services à la population pour la gestion des maladies chroniques.

Néanmoins, l'ajustement de la gestion des maladies chroniques requiert la transformation des paradigmes suivants :

- L'offre de services en maladies chroniques doit veiller à ce que la personne reçoive les bons soins au bon endroit, au bon moment et par le bon intervenant;
- Une gestion optimale des maladies chroniques nécessite :
  - une communauté d'action formelle et structurée, basée sur la collaboration entre les établissements de santé et les partenaires du réseau de services (centres de services communautaires, cliniques, pharmacies, etc.) et de la communauté (citoyens, municipalités, etc.);
  - des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, de même que des actions ciblées par des pratiques cliniques préventives et un dépistage précoce;
  - des équipes interdisciplinaires en maladies chroniques (ÉIMC) en première ligne qui assurent le suivi de la personne en fonction de ses besoins, dans toute la trajectoire de services et qui interviennent dès l'annonce des signes précurseurs de la maladie;
  - des soins et des services continus, intégrés et coordonnés, assurant un accès en temps opportun;

- des initiatives locales en milieux scolaire, municipal et communautaire et des actions individuelles (counseling) favorisant la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques évitables;
- des pratiques cliniques préventives et le dépistage précoce par les intervenants de première ligne, afin d'agir sur les déterminants de la santé, en modifiant les comportements de santé;
- des interventions visant la motivation de la personne à prendre en charge sa santé, le développement de ses capacités, l'autogestion et la réadaptation;
- un environnement et des politiques publiques favorables à la santé afin d'agir sur les déterminants de la santé, de modifier les expositions qui peuvent entraîner des maladies et d'améliorer la résistance aux agents infectieux;
- la coordination de l'accès à des services de première, deuxième et troisième lignes et à des services offerts par les programmes dans la communauté afin de répondre aux besoins de la personne;
- le suivi de l'ensemble des besoins du patient sur une base continue par le médecin de famille, l'ÉIMC et les spécialistes;
- La mise en place d'un tandem médecin/gestionnaire de cas de l'ÉIMC qui agit comme porte d'entrée pour le patient, grâce à des modalités d'accès diversifiées, et qui assure le suivi de l'ensemble des besoins du patient;
- La désignation d'un gestionnaire de cas au sein de l'ÉIMC qui assure l'évaluation, le suivi des interventions et le soutien du patient, et qui agit comme interface entre le patient et le réseau de services, grâce à une coordination des services auprès des différentes équipes spécialisés au moment opportun.

6.2 AUTRES TENDANCES RECONNUES

D'un point de vue global, afin de rehausser l'organisation des soins et des services, plusieurs tendances nationales et internationales sont reconnues :

- La hiérarchisation des soins et services, laquelle implique :
  - La prestation du bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit;
  - L'amélioration, de façon prioritaire, des services de première ligne et leur arrimage avec les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne;
  - La conclusion d'ententes de services qui donnent accès à des services régionaux ou suprarégionaux, lorsque les réponses aux besoins ne peuvent être offertes localement.
- L'organisation des services et de l'expertise en réseau :
  - La définition d'un réseau de santé s'articule autour du principe fondamental du continuum de services**,** lequel réfère à la fois à la notion de continuité et de complémentarité des services et des soins requis par les individus et par la population. Le principe de continuum de services permet de reconnaître explicitement que les clientèles ont des besoins auxquels un ensemble d'acteurs et d'organisations (établissements du réseau de santé, organismes communautaires, cabinets médicaux, etc.) doivent répondre;
  - Les services et l'expertise offerts par ces acteurs et organisations doivent être dispensés dans une perspective de promotion de la santé et du bien-être, de prévention des problèmes de santé et de bien-

être, de traitement de première ligne ou encore de services spécialisés (secondaires, tertiaires, quaternaires);

- L'organisation en réseau des services et de l'expertise se fait suivant plusieurs paramètres :
  - À l'échelle locale, régionale, provinciale et même nationale;
  - par spécialité/nature de service;
  - par clientèle ;
- La concentration des services spécialisés :
  - Les critères qui président à la concentration des services spécialisés sont généralement : la présence de masses critiques de clientèles; l'impact sur le recrutement et la rétention; le maintien de l'expertise;
  - Ce principe implique que les ressources spécialisées ou en quantité limitées sont au service d'un réseau plutôt que d'un établissement.

- L'interdisciplinarité, laquelle implique :
  - La dispensation de soins axés sur le patient fait appel à la notion de pratique en interdisciplinarité afin d'assurer une coopération et coordination optimale entre professionnels, qu'ils soient médecins, cliniciens ou autres;
  - La mise à profit des compétences et connaissances spécialisées de chacun pendant toute la séquence de soins, ainsi que des milieux de soins propres à chacun;
  - l'accès aux services des professionnels de la santé les plus aptes à répondre aux besoins du patient ou du client au moment et au lieu voulus, via notamment :
    - L'élaboration d'un but commun ou d'un résultat commun à atteindre en santé;
    - L'acceptation et la reconnaissance des compétences et des connaissances spécialisées complémentaires qu'apportent les différents fournisseurs de soins;
    - Une coordination efficace et une communication permanente entre les fournisseurs de soins.
- La standardisation des pratiques à l'échelle d'une organisation ou d'un réseau local, régional ou provincial de services, par le recours à des outils et des protocoles communs, afin :
  - Que tous puissent bénéficier de la même qualité de soins et services, peu importe leur lieu de résidence;
  - De faciliter la coopération et la coordination entre prestataires de services.
- La consolidation des services de liaison et de gestion de cas, pour :
  - Assurer la continuité des soins et des services à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire;
  - Et, plus largement, assurer la continuité des soins et des services requis, partout à l'intérieur du système de santé, ainsi qu'avec les partenaires dans la communauté, afin de coordonner des actions intersectorielles prévues dans un plan de services individualisés.
- Le développement des soins de collaboration, par :
  - La mise en place de modèles de pratique au sein desquels les utilisateurs de services et leurs proches, ayant leur propre expérience, en collaboration avec des prestataires de soins et de services, chacun doté d'une formation, d'une expérience clinique, en tenant compte des lois professionnelles en vigueur, travaillent de concert pour mieux coordonner les soins et les services et les rendre plus efficaces. Ces services comprennent la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies.

- Les soins en collaboration peuvent prendre plusieurs formes et impliquer un éventail de partenaires dans divers contextes. L'objectif principal est d'assurer que la personne ait accès à une gamme et à un continuum complet de soins et de services qui sont éclairés par la connaissance des bonnes pratiques et qui sont offerts d'une manière acceptable pour eux, leurs proches et les intervenants impliqués.
- Les soins de collaboration impliquent deux grands changements dans la pratique :
- l'expansion et la diversité de la gamme des partenaires pour répondre aux besoins de la clientèle;
- le renforcement de l'autodétermination de l'utilisateur de services.

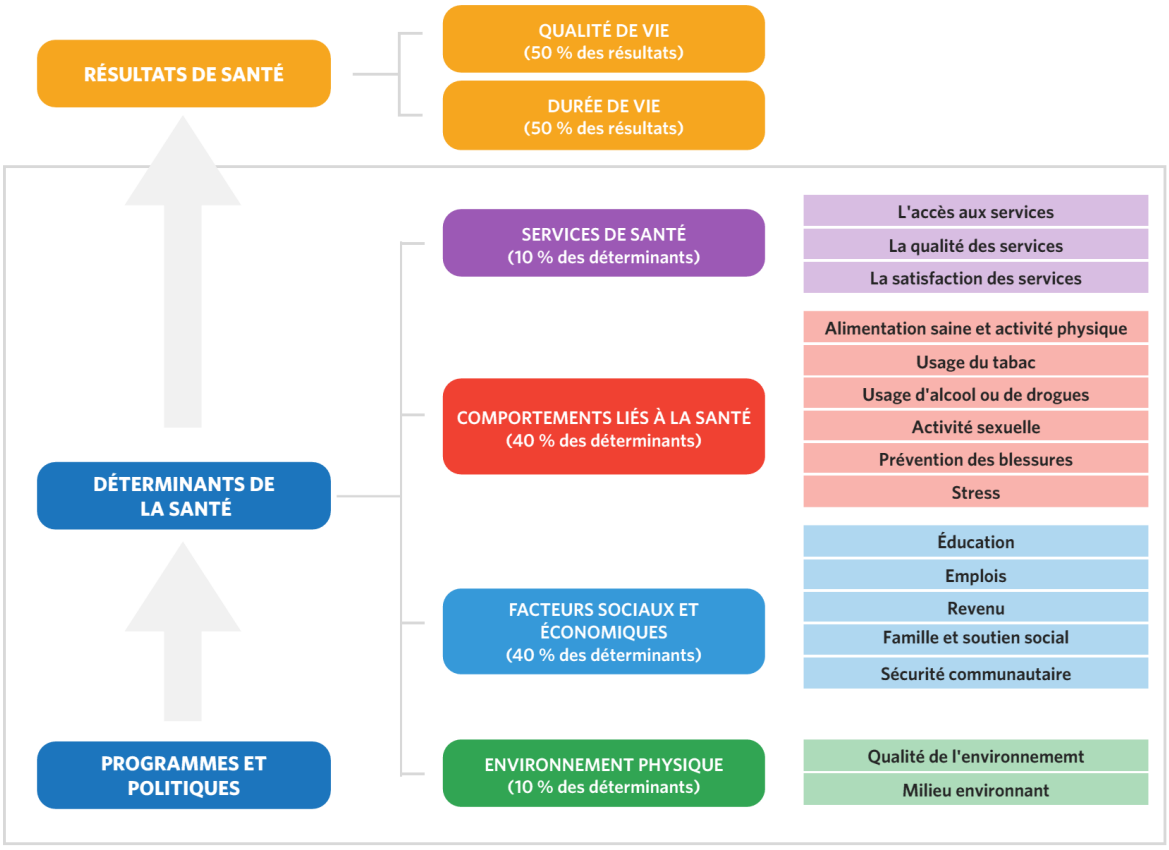
- Le développement des soins de santé primaires, par l'optimisation :
  - Des services communautaires : centres de santé communautaire/équipes de santé familiale, soins palliatifs communautaires, services de crise en santé mentale, services de soutien et d'entraide pour proches aidants, services d'hébergement, rôle élargi des pharmaciens communautaires, création de maisons de naissances et recours aux services de Sages-femmes, etc.;
  - Des soins et services à domicile : soins de courte durée, soins de longue durée, soins palliatifs, services de réadaptation, soins de longue durée, services de soutien, évaluation gériatrique, etc.;
  - Des services ambulatoires : cliniques externes spécialisées, hôpitaux de jour, chirurgie d'un jour, services de réadaptation externe, suivi intensif dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves, décentralisation des services de dialyse et de chimiothérapie.
- L'amélioration de la performance des salles d'urgence et la réduction de leur encombrement, par la mise en œuvre de solutions à l'urgence, mais aussi en amont et en aval, telles que :
  - Le repérage des clientèles à risque (isolement, soutien, maladies mentales ou chroniques, déficiences) et la prise en charge plus efficace dans la communauté;
  - L'implantation de l'accueil clinique à l'hôpital pour les médecins de famille qui ont des patients semi-urgents et le développement des protocoles d'accès rapide (*fast track*) aux services diagnostiques et aux consultations spécialisées pour les médecins de la communauté;
  - Le développement d'équipes mobiles d'intervention dans les résidences pour personnes âgées;
  - Le développement d'équipes d'intervention de crise en santé mentale, ainsi que d'équipes d'intervention pour les problèmes de toxicomanie et de dépendance;
  - L'implantation d'un service Info-santé pour la population;
  - L'élargissement du rôle des infirmières au triage – par protocole de délégation;
  - Le jumelage des cas non urgents aux cliniques sans rendez-vous;
  - Le développement d'unités d'hospitalisation brève (24-48 heures);
  - Le développement de corridors de services officiels avec les hôpitaux spécialisés;
  - Le recours aux consultations et au monitorage à distance;
- La diminution du recours à l'hospitalisation comme outil principal de « traitement » des problématiques de santé, de façon à redonner aux lits d'hôpitaux leur vocation première de soins aigus, par des stratégies telles que :
  - L'adaptation de l'hôpital à la personne âgée *(Senior Friendly Hospital*);
  - Une meilleure gestion des lits;

- La diminution des durées de séjour;
- Un meilleur contrôle des infections;
- La mise en place d'une gestion plus serrée de la pharmacothérapie;
- L'optimisation du potentiel de chirurgie d'un jour;
- La mise en place, le cas échéant, d'une couverture médicale inter-établissements/régionale;
- Le développement d'alternatives à l'hospitalisation.

6.3 Modèle de santé des populations : base de la transformation du Réseau de santé Vitalité

Toutes les tendances sur les modèles d'organisation de services convergent vers une conclusion commune : l'état de santé des populations résulte plutôt de l'amélioration des facteurs comportementaux, sociaux et environnementaux que des facteurs liés à la prestation de services de santé. C'est sur cette base que le Réseau de santé Vitalité appuie la transformation de ses services au cours des prochaines années. L'illustration ci-après résume ces phénomènes.

Figure 10 : Modèle de santé des populations



Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

7 MODÈLE DE TRANSFORMATION ET DE MODERNISATION DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

7.1 VISION DE L'ORGANISATION DES SERVICES CLINIQUES

Énoncé : Mettre en place un réseau de services hiérarchisés axé vers les services de santé primaires, avec un accent marqué sur les soins ambulatoires et communautaires de même que sur les soins et les services à domicile, tant pour la prestation de services généraux que de services spécialisés et surspécialisés.

Le modèle de transformation et modernisation du système de santé proposé par le Réseau de santé Vitalité repose sur les fondements suivants :

- Pour les personnes :
  - La reconnaissance de la primauté des personnes;
  - Une action préventive sur les déterminants de la santé;
  - L'accent sur les services pour les personnes les plus vulnérables;
- Pour l'organisation des services :
  - Un réseau de services hiérarchisés, fondés sur une première ligne forte, solidement arrimée à des services spécialisés et surspécialisés de deuxième et de troisième ligne;
  - Une offre de services pertinente et présentant une réelle valeur ajoutée pour la population;
  - Un plan de services basé sur une vision de performance globale, fondé sur des standards élevés de qualité ainsi que sur les données probantes :
    - recherche de l'excellence clinique,
    - efficience mise au service de la qualité;
  - Une gamme de services harmonisés sur l'ensemble du territoire;
  - Une organisation de services misant sur l'interdisciplinarité et sur la collaboration intersectorielle;
  - Une organisation des services spécialisés en réseau axée sur :
    - la déconcentration des services de première ligne dans les communautés,
    - la concentration des services hospitaliers spécialisés qui requièrent une expertise particulière;
- Pour la gestion du Réseau :
  - Le développement d'une gouvernance clinique forte[2];

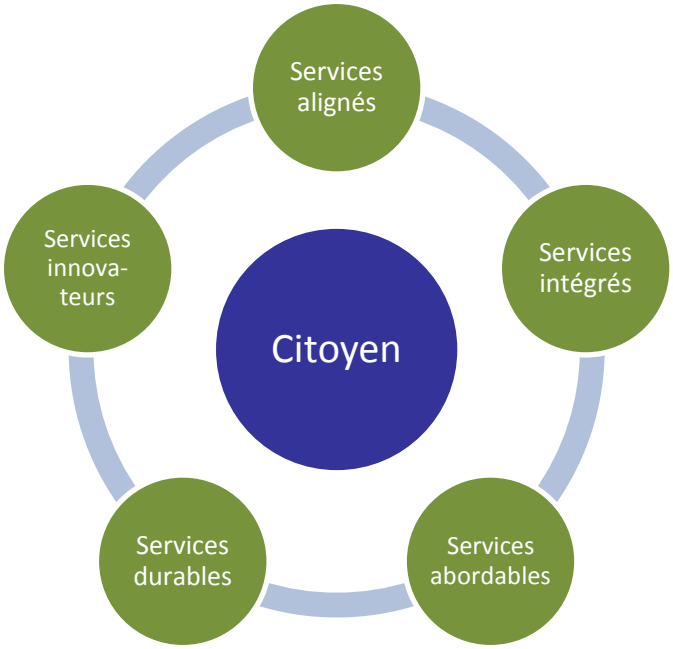
2 La gouvernance clinique peut être définie comme « un mode d'exercice de l'autorité des différents acteurs impliqués dans l'organisation et la dispensation des soins et des services de santé en vue d'améliorer la qualité des soins et des services de santé ». Elle rapproche la perspective organisationnelle et la perspective professionnelle par le développement et l'implantation d'initiatives visant les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles. La gouvernance clinique vise à la fois à : a) impliquer les professionnels dans le renouvellement de l'organisation; b) impliquer l'organisation dans l'instrumentation et la régulation des pratiques des professionnels (Brault & Roy 2008).

- L'engagement des médecins et des professionnels de la santé;
- La confiance mutuelle entre les médecins, les professionnels de la santé et l'organisation.

7.2 PRINCIPES DIRECTEURS DE TRANSFORMATION

Pour le développement de ce modèle, le Réseau de santé Vitalité s'est aussi appuyé sur les principes directeurs retenus par le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick pour rebâtir son système de santé et mener au renouveau. Ainsi, pour l'avenir, le Réseau de santé Vitalité veut maintenir des services axés sur le citoyen, alignés, intégrés, abordables, durables et innovateurs.

Figure 11 : Principes directeurs de transformation



À l'instar des autres partenaires du système de santé du Nouveau-Brunswick, le Réseau de santé Vitalité adhère aux sept dimensions de la qualité associées au système de santé du Nouveau-Brunswick.

Tableau 13 : Sept dimensions de la qualité

Accessibilité	Équité
Caractère approprié (justesse)	Sécurité
Efficacité	Viabilité clinique
Efficience	

Le modèle de transformation et de modernisation retenu est fondé sur la recherche d'un **équilibre dynamique optimal** entre ces sept dimensions (plutôt que par celle, inatteignable, d'une qualité maximale pour chaque dimension) et sur l'examen de critères développés pour chacune. Ces dimensions de la qualité ont ainsi été utilisées comme critères d'analyse pour élaborer un modèle d'organisation de services du Réseau de santé Vitalité, dans la recherche d'un équilibre optimal.

Tableau 14 : Dimensions de la qualité comme critères d'analyse pour l'élaboration du modèle d'organisation de services

Critères	Éléments à considérer	Définitions des critères et commentaires
Viabilité-Sécurité-Durabilité		Viabilité et durabilité : Capacité d'offrir le service en tout temps, sans bris de service Sécurité : Capacité d'offrir un service de qualité ou de l'offrir selon des modalités raisonnables d'accessibilité
	Facilité de recrutement et rétention de médecin	Le modèle proposé doit tenir compte des enjeux connus et plus ou moins constants de recrutement-rétention et doit permettre de les résoudre
Pour rendre les services de façon viable, sécuritaire et durable, peut-on identifier un élément plus important parmi ceux qui sont liés à l'accessibilité-équité-caractère approprié?		
Accessibilité-équité-caractère approprié		Accessibilité : Modalités à prévoir pour rendre le service disponible Équité : Capacité d'offrir à la population ayant des caractéristiques similaires, une accessibilité semblable aux services Caractère approprié : Pertinence du service
	Fréquence d'utilisation du service	Caractéristique à considérer dans les modalités à prévoir pour rendre le service accessible Par exemple, épisode chirurgical vs suivi des patients avec MPOC
	Caractéristiques de la population	Caractéristique à considérer dans les modalités à prévoir pour rendre le service accessible Les principales caractéristiques de la population sont le vieillissement et la présence significative de maladies chroniques
	Distance du site de prestation	Caractéristique à mettre en parallèle avec l'équité dans les modalités à prévoir pour rendre le service accessible Réponse à fournir à l'intérieur du Réseau de santé Vitalité ou possibilité d'ententes de services avec Horizon? Avec le Québec?
	Langue	Caractéristique essentielle à considérer pour rendre accessibles tous les services au sein du Réseau de santé Vitalité ou compromis à faire avec Horizon?
Efficacité-efficience-service abordable		Critères qui découleront des solutions proposées pour assurer l'équilibre entre services viables et services accessibles-équitables-alignés-centrés sur les besoins de la population-appropriés?

Enfin, ce modèle s'inspire des tendances lourdes en matière d'évolution des maladies et des modes d'organisation et de prestation de services, sur les besoins spécifiques de la population desservie par le Réseau de santé Vitalité en matière de soins de santé et sur la meilleure façon d'assurer une transition harmonieuse entre le modèle actuel et le modèle souhaité.

7.3 AXES D'ACTION DU MODÈLE DE TRANSFORMATION

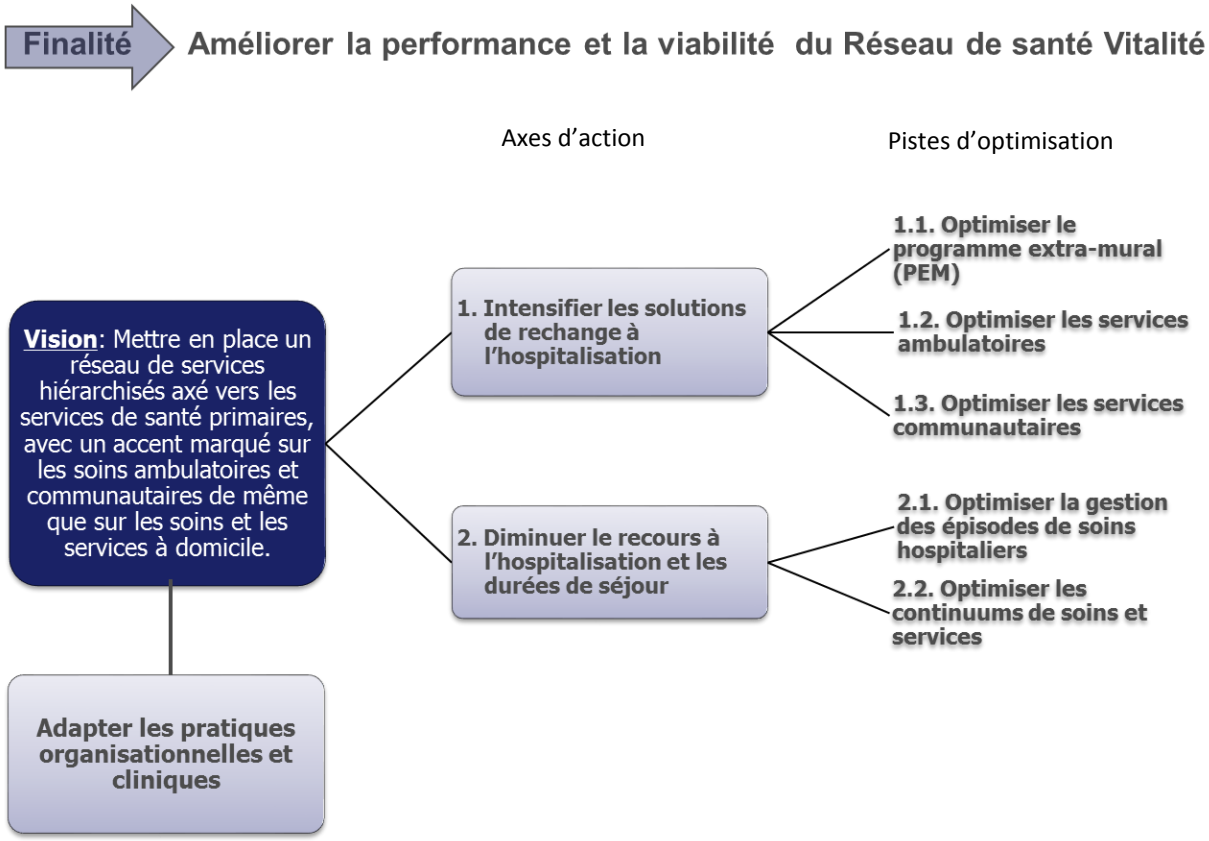
Le modèle de transformation retenu prévoit deux grands axes d'action pour améliorer la performance et la viabilité du Réseau de santé Vitalité et pour actualiser la vision d'un virage vers les services de santé primaire pour l'ensemble de ses services, soit :

- l'intensification des solutions de rechange à l'hospitalisation,
- une meilleure gestion des épisodes de soins hospitaliers.

Il implique par ailleurs une modification des façons de faire reposant sur l'adaptation des pratiques organisationnelles et cliniques à l'évolution des besoins et préférences de la population, des technologies de la santé et des connaissances sur les interventions les plus efficaces et efficientes.

La figure 12 illustre le modèle de transformation et de modernisation des services retenu par le Réseau de santé Vitalité, avec ses deux axes d'actions et les pistes d'optimisation ciblées pour chacun d'eux.

Figure 12 : Modèle de transformation et modernisation



Le reste de cette section est consacré à la présentation des principales mesures considérées pour chacune des pistes d'optimisation.

7.3.1 Intensification des solutions de rechange à l'hospitalisation

Le Réseau de santé Vitalité est encore largement centré sur l'hôpital et sur les services offerts en milieu hospitalier, comme en font foi les taux élevés d'hospitalisation ainsi que l'engorgement des urgences et des lits d'hospitalisation. Pour réduire la fréquence des hospitalisations et les durées de séjour en milieu hospitalier tout en tenant compte des besoins d'une population vieillissante dont l'état de santé est plus fragile, il faut offrir des alternatives dans la prestation des soins.

Trois pistes d'optimisation prioritaires ont été cernées à cet effet :

- L'optimisation des services au Programme extra-mural (PEM);
- L'optimisation des services ambulatoires;
- L'optimisation des services communautaires.

Les figures 13 à 15 présentent une liste de mesures en lien avec chacune de ces trois pistes d'optimisation. Il convient de noter que la pertinence relative de chacune des mesures devra être analysée dans le contexte propre aux populations desservies, à la lueur des services déjà en place et des problématiques de santé prioritaires de leur population. Ces mesures reposent sur une analyse exhaustive des tendances observées ailleurs au Canada et dans le monde, mais elles ont été identifiées à titre indicatif et ne constituent en aucune façon une liste exhaustive ou définitive.

Figure 13 : Optimisation des services du Programme extra-mural

Figure 14 : Optimisation des services ambulatoires

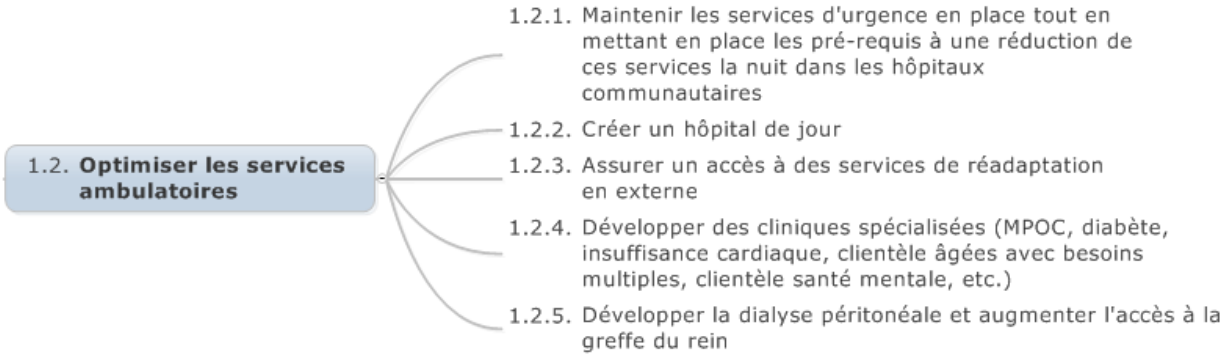
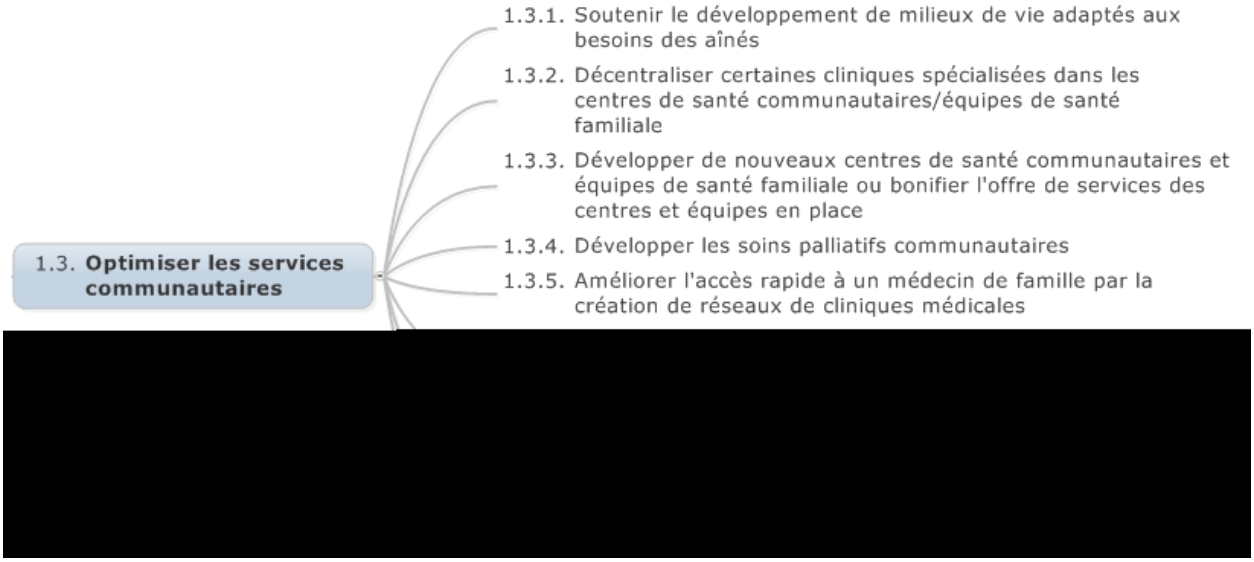


Figure 15 : Optimisation des services communautaires



7.3.2 Diminution du recours à l'hospitalisation et des durées de séjour

Parallèlement aux mesures à mettre en place pour développer des solutions de rechange à l'hospitalisation, le plan de transformation et de modernisation retenu par le Réseau de santé Vitalité prévoit la mise en place des mesures par les établissements hospitaliers afin d'améliorer la pertinence des admissions et des séjours dans un lit de courte durée. Ces mesures peuvent être regroupées sous deux pistes d'optimisation prioritaires, soit :

- L'optimisation de la gestion des épisodes de soins;
- L'optimisation des continuums de soins et services.

À l'instar des mesures associées aux pistes d'optimisation prioritaires pour développer des solutions de rechange à l'hospitalisation, les mesures listées dans les figures 16 et 17 ne représentent pas une liste exhaustive et définitive et leur pertinence devra être analysée à la lueur des contextes propres à chaque milieu de soins. Chose certaine, les données analysées sur la pertinence des séjours hospitaliers suggèrent la présence dans tous les établissements hospitaliers de délais liés à des causes internes, médicales ou hospitalières, sur lesquels ces établissements peuvent agir en devenant plus efficaces et plus efficients au niveau de leurs processus. D'autres délais sont liés à la présence de continuums de services sous-optimaux, générant des hospitalisations évitables ou encore nuisant à la

Organisation proposée des services

- Mise sur les solutions de rechange et la diminution des hospitalisations
- Basé sur un modèle hiérarchisé d'organisation des services en réseau
- Prestation accrue de services dans les communautés
- Rehaussement des services de réadaptation et des services à domicile
- Élargissement des modèles utilisés en néphrologie et oncologie à d'autres spécialités
- Utilisation du Plan de rattrapage pour le développement de nouveaux services provinciaux

Organisation proposée des services

Disciplines médicales

Dermatologie	Compléter analyse des besoins pour services dans les hôpitaux communautaires (photothérapie) Offrir la technique de Mohs dans quelques hôpitaux régionaux
Gériatrie	Formaliser un programme régional de services gériatriques Étendre les cliniques de vieillissement / hôpital de jour Améliorer l'accès aux spécialistes et harmoniser les pratiques
Neurologie	Accentuer le virage ambulatoire et développer l'hôpital de jour Offrir des services multidisciplinaires externes dans les hôpitaux communautaires
Cardiologie	Uniformiser les pratiques Finaliser l'étude pour laboratoire de cathétérisme Rehausser les services multidisciplinaires dans les hôpitaux communautaires
Endocrinologie	Hôpital de jour Services multidisciplinaires dans les communautés et cliniques pour maladies chroniques
Maladies infectieuses	Consolider les cliniques externes et accroître la télémédecine

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Organisation proposée des services

Disciplines médicales (suite)

Gastro-entérologie	Renforcer le lien avec le PEM Hôpital de jour Services multidisciplinaires dans les communautés et cliniques pour maladies chroniques Faire reconnaître le déséquilibre en ressources médicales
Médecine familiale	Renforcer le lien avec le PEM Redéfinir l'offre de service du md de famille Accentuer le virage ambulatoire Effectuer des interventions auprès de groupes de patients
Médecine interne	Accentuer le virage ambulatoire et l'hôpital de jour Services multidisciplinaires en communauté pour maladies chroniques
Néphrologie	Maintenir le modèle d'avant-garde en place
Oncologie	Assurer le maintien des compétences des équipes à faible volume
Pneumologie	Accentuer le virage ambulatoire et l'hôpital de jour Services multidisciplinaires en communauté pour maladies chroniques Accroître l'accès au PEM, intégrer l'infirmière navigatrice

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Organisation proposée des services

Disciplines médicales (suite)

Psychiatrie	Intégrer les services de santé mentale avec les soins de santé primaires Développer des unités de soins dédiées à la pédopsychiatrie Développer un modèle et pilote pour hôpital de jour Développer et mettre en œuvre un programme pour opiacés
Rhumatologie	Accentuer le virage ambulatoire et l'hôpital de jour Services multidisciplinaires en communauté pour maladies chroniques Développer des services dans le Nord
Soins mère-enfant	Formaliser les corridors de service Renforcer les partenariats intersectoriels Accroître l'accessibilité aux services dans les communautés
Urgence	Réduire le nombre de patients de priorités 4 et 5 et les rediriger vers les cabinets privés

Organisation proposée des services

Disciplines chirurgicales

Anesthésie	Décentraliser les activités pré et post opératoires Régionaliser les approches
Chirurgie générale	Partager les informations sur délais d'attente pour consultation par pathologie ou problème spécifique
Chirurgie bariatrique	Cliniques satellites Régionaliser et harmoniser les pratiques
Chirurgie vasculaire	Statu quo à court terme Consolidé un réseau francophone axé sur les besoins de la population
Ophtalmologie et Urologie	Maintenir le modèle actuel
ORL	Considérer la concentration des effectifs dans un Centre pour les zones du Nord Renforcer les services ambulatoires
Orthopédie	Développer les niches actuellement disponibles Intensifier les services de réadaptation en externe et à domicile Maximiser l'utilisation des infrastructures et ressources disponibles

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Organisation proposée des services

- Clinique de douleur :
  - Assumer un leadership provincial de consolidation et développement de service
- Nouveaux services tertiaires proposés:
  - Centre provincial de traitement des maladies rares
  - Centre d'excellence en chirurgie thoracique
  - Programme provincial en génétique

Organisation proposée des services

Services diagnostiques

Laboratoires	Harmoniser les tests de laboratoire et ceux disponibles dans les centres Organiser des services de phlébotomie dans toutes les zones Améliorer l'accès aux données entre les sites Développer des niches de service pour la pathologie
Imagerie médicale	Compléter l'analyse sur le nombre et la répartition des appareils Centraliser la gestion des rendez-vous et uniformiser les requêtes Développer des guides pour le choix des modalités techniques d'investigation Accroître le recours aux soins de jour pour l'investigation Développer les mécanismes pour avoir une garde régionale

Organisation proposée des services

Enseignement et recherche

Enseignement	Intensifier la coordination régionale des activités Intensifier l'implication du Réseau dans les activités d'enseignement Renforcer le rôle du Réseau à l'échelle provinciale Augmenter la capacité physique et clinique d'accueil des stagiaires dans les cliniques externes au CHUDGLD
Recherche	Intensifier la coordination régionale des activités Ajuster les ressources quant aux axes de recherche et aux modalités de recherche privilégiées Maintenir la participation des zones Améliorer l'efficacité du comité d'éthique de la recherche

Plan des services cliniques

- Autres thèmes inclus dans le rapport:
  - Couverture pour la garde médicale dans chaque service
  - Liste des services proposés par établissement et programmes
  - Annexe portant sur le sommaire des discussions de chaque groupe

RECOMMANDATIONS AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RECOMMANDATION No 1

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé de lui déléguer l'autorité nécessaire pour diminuer le nombre de lits dans les hôpitaux une fois les alternatives à l'hospitalisation en place, le tout sans fermeture complète d'hôpital et de façon progressive au fur et à mesure que les taux d'occupation le permettront et que les services seront développés.

RECOMMANDATION No 2

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé de maintenir la gestion et la livraison du Programme extra-mural sous l'autorité du Réseau de santé Vitalité afin d'assurer une meilleure qualité et continuité des services à la clientèle, le tout à un meilleur coût unitaire.

RECOMMANDATION No 3

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé la création d'un Comité de travail conjoint permanent pour identifier et planifier tout nouveau programme provincial en santé, conformément à l'engagement selon lequel ce mandat doit toujours être confié au Réseau de santé Vitalité dans le cadre du « Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé 2013-2018 » (communément appelé Plan de rattrapage).

RECOMMANDATION No 4

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé d'intégrer les services aux personnes âgées présentement offerts par le ministère du Développement social dans son ministère, notamment en ce qui concerne les services d'hébergement en foyer de soins, les évaluations de placement en foyer de soins et les services reliés aux activités de la vie quotidienne.

RECOMMANDATION No 5

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé de mettre en place un Comité, auquel siégeront les régies régionales de la santé, ayant comme mandat spécifique de recommander l'élimination des obstacles réglementaires, structuraux et législatifs qui nuisent à l'utilisation efficiente des ressources, le tout avec l'objectif d'améliorer la qualité des services à la population et de diminuer les coûts totaux pour les ministères concernés.

RÉSEAU DE SANTÉ
vitalité
HEALTH NETWORK

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : Plan régional de la santé et d'affaires

Décision : Approbation du Plan régional de la santé et d'affaires

Description : Exigence légale de soumettre un Plan régional de santé et d'affaires sur une base annuelle au ministre de la Santé, conformément à l'article 32 de la *Loi sur les régies régionales de santé*

Contenu du PRSA 2016-2019 :

- Engagement du Réseau de participer au développement d'une entente de responsabilité commune entre les deux régies régionales de la santé et le ministère de la Santé.
- Implication dans le développement d'un Schéma stratégique du système de santé qui découle de l'entente de responsabilité.
- Description du Réseau (établissements, programmes et services offerts, lits)
- Schéma stratégique du Réseau aligné avec celui du système de santé
- Axes stratégiques de développement pour 2016-2017
  - Plan des services cliniques
  - Planification stratégique
  - Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé (plan de rattrapage)
  - Amélioration de la qualité
  - Amélioration de la performance
  - Intégration des services
  - Technologies
  - Ressources humaines
  - Infrastructures
- Budget 2016-2017

	Réel 2014-2015	% aug (dim)	Projection 2015-2016	% aug (dim)	Budget 2016-2017	% aug (dim)
Revenus						
Ministère de la Santé	548,501,239	-2.7%	560,239,920	2.1%	560,010,962	0.0%
Revenus provenant des patients	28,835,333	-9.6%	32,423,995	12.4%	33,462,367	3.2%
Recouvrements et ventes	7,066,083	0.0%	8,355,010	18.2%	6,253,883	-25.1%
Recouvrements médecins salariés	74,682,807	-14.5%	66,894,133	-10.4%	65,947,484	-1.4%
Autres programmes	8,912,161	2.7%	8,860,483	-0.6%	8,131,772	-8.2%
Total des revenus	**667,997,623**	**-4.3%**	**676,773,541**	**1.3%**	**673,806,468**	**-0.4%**
Dépenses						
Programmes cliniques	485,088,008	-1.7%	501,067,043	3.3%	496,610,546	-0.9%
Médecins salariés	75,493,390	-14.0%	67,161,847	-11.0%	66,507,483	-1.0%
Autres programmes du ministère	88,233,341	-4.2%	90,925,931	3.1%	91,297,344	5.2%
Recherche	786,838	-9.2%	782,182	-0.6%	851,250	8.8%
Enseignement médical	5,274,541	-2.0%	5,528,943	4.8%	5,715,548	3.4%
Autres programmes	9,288,154	5.5%	8,826,847	-5.0%	8,426,648	-4.5%
Plan de transformation et modernisation	-		-	0.0%	4,397,647	0.0%
Total des dépenses	**664,164,272**	**-3.5%**	**674,292,793**	**1.5%**	**673,806,468**	**-0.1%**
Surplus/(déficit) d'opération	**3,833,351**	**-62.4%**	**2,480,748**	**-35.3%**	**(0)**	**-100.0%**

Pour plus d'information voir tableau 7 du plan régional de santé et d'affaires

- Profil des ressources humaines et médicales

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 tel que présenté.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Point 15.3 a)

RÉSEAU DE SANTÉ

vitalité

HEALTH NETWORK

Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019

28 juin 2016

Plan de présentation

- Alignement avec les priorités provinciales
- Schéma stratégique du Réseau
- Axes stratégiques pour 2016-2017
- Budget 2016-2017

Alignement provincial

- Entente de responsabilité tripartite entre les RRS et le ministère de la Santé
- Schéma stratégique pour le système de santé
- Tableau de bord pour le système de santé avec indicateurs communs à un niveau stratégique

Schéma stratégique du système de santé 2016-2018 (ÉBAUCHE)

VISION du GNB 2018: Remettre le New Brunswick en marche

1. Plus d'emplois
2. Responsabilité fiscale
3. Meilleur endroit pour élever une famille

Résultats pour nos citoyens

- "Population en santé"
- "Investissements ciblés"
- "Meilleures expériences de soins"

Nos processus

- Rediriger nos investissements vers soins primaires
- Améliorer la gestion des maladies chroniques
- Améliorer nos résultats en matière d'addiction et de santé mentale
- "Transformation du système"
- Améliorer l'expérience de soins de longue durée ainsi que le trajet des patients
- Meilleure coordination des services de soins de santé

Nos leviers

Gens• Information • Culture

- Augmenter l'engagement des employés
- Augmenter la recherche et l'innovation en milieu clinique
- Renforcer la collaboration entre les partenaires du système

Vision commune de la santé : Un Nouveau-Brunswick en santé

Valeurs communes : intégrité, équité , compassion, respect et excellence

Schéma stratégique 2016-2019

Mandat du Réseau de santé Vitalité :
- Administrer les services de santé selon son plan régional de la santé et d'affaires,
- Assurer la prestation des services de santé dans la langue officielle de choix du patient

VISION du GNB 2018:
Remettre le Nouveau- Brunswick en marche

1. Plus d'emplois
2. Responsabilité fiscale
3. Meilleur endroit pour élever une famille

Résultats pour nos citoyens

- "Population en santé"
- "Investissements ciblés"
- "Meilleures expériences de soins"

Nos processus

- Améliorer la prévention et gestion des maladies chroniques
- Améliorer la performance et l'utilisation dans la livraison des services cliniques ainsi qu'au niveau opérationnel
- Optimiser le virage ambulatoire, communautaire et des soins primaires
- Assurer que les services offerts sont de qualité et sécuritaires
- Améliorer nos résultats en matière d'addiction et de santé mentale
- "Transformation du système"
- Améliorer l'expérience de soins de longue durée ainsi que le cheminement des patients
- Meilleure coordination des services de santé

Fonctions de base

- Définir les besoins
- Livrer les services
- Mesurer les résultats
- Maximiser l'utilisation des ressources

Nos leviers

Gens• Information • Culture

- Augmenter l'engagement des employés
- Augmenter l'enseignement, la recherche et l'innovation en milieu clinique
- Renforcer la collaboration entre les partenaires du système

Vision commune de la santé : Un Nouveau-Brunswick en santé

Les valeurs de Vitalité: Intégrité - Respect - Compassion - Équité - Solidarité

Les principes de conception pour orienter le développement des programmes et des services selon les dimensions de la qualité: accessibilité, caractère approprié, efficacité, efficience, équité, sécurité et viabilité clinique.

Axes stratégiques en 2016-2017

Axes stratégiques

1. Plan des services cliniques
2. Planification stratégique
3. Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé
4. L'amélioration de la qualité des soins aux patients
5. Amélioration de la performance
6. Intégration des services
7. Technologies
8. Ressources humaines
9. Infrastructures

1. Plan des services cliniques

- Identifier les utilisateurs fréquents et assurer une prise en charge par un gestionnaire de cas.
- Poursuivre la mise en œuvre du programme de dépistage du cancer du côlon dans les zones Acadie-Bathurst et Beauséjour.
- Développer le programme fonctionnel pour le Centre d'excellence pour les jeunes en santé mentale.
- Mettre en place une unité de crise mobile pour la clientèle de santé mentale dans la zone Nord-Ouest.
- Étendre le modèle de Prestation des services intégrés en santé mentale dans les zones Restigouche et Acadie-Bathurst.

1. Plan des services cliniques (suite)

- Améliorer la prise en charge médicale des patients du Programme extramural
- Développer
  - l'évaluation et l'intervention gériatrique à domicile
  - la télésanté à domicile
  - les soins palliatifs à domicile
  - des cliniques spécialisées (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque…)
- Améliorer l'intégration avec les soins et services extramuraux (pré-hospitaliers, ambulatoires, communautaires, à domicile)

2. Planification stratégique

- Automne 2016
- Consultations publiques et internes
- Préciser les besoins des communautés et prioriser les axes de développement
- Révision de la Mission, Vision et des Valeurs

3. Plan d’action pour la répartition équitable des services de santé

- Augmentation des services de neurologie
- Établissement d’un centre d’étude du sommeil
- Développement de la vocation d’enseignement et de recherche dans l’ensemble du Réseau de santé Vitalité
- Désignation d’un laboratoire de virologie provincial
- Amélioration des services de pédopsychiatrie

3. Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé

- Programme provincial de chirurgie bariatrique
- Programme d'infirmières chargées des examens en cas d'agression sexuelle (SANE)
- Mise en œuvre de cliniques de rhumatologie pour les régions du nord
- La planification des suivis découlant des études de faisabilité
- L'identification des priorités découlant du Plan des services cliniques qui qualifieraient comme nouvelles initiatives dans le cadre du Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé

4. L'amélioration de la qualité des soins aux patients

- L'implantation du bilan comparatif des médicaments
- L'implantation du modèle des soins centrés sur le patient et la famille
- Le développement d'un programme régional sur la prévention des chutes
- La validation des pratiques organisationnelles requises
- L'implantation des tableaux de communication sur les unités de soins
- La diffusion élargie des indicateurs et résultats des sondages de satisfaction
- La révision des questionnaires utilisés pour effectuer les sondages de satisfaction de la clientèle

5. Amélioration de la performance

- Modèle de soins sur les unités d'hospitalisation, basé sur le type de clientèle et le ratio optimal de main-d'œuvre selon les qualifications requises
- Les services alimentaires
- Les services d'environnement
- Mise en place des meilleures pratiques dans le domaine de la gouvernance

6. Intégration des services

- Finances
- Ressources humaines
- Transcription médicale
- Centres de rendez-vous
- Standardisation des politiques et des processus au sein du Réseau

7. Technologies

- La mise en place d'outils d'audit pour faciliter la protection des renseignements personnels et la surveillance des accès électroniques non-autorisés.

- L'acquisition d'outils mieux adaptés pour la traduction de documents dans l'une ou l'autre des langues officielles.

- L'identification et la mise en place d'outils facilitant l'accès aux dossiers électroniques des patients dans les zones du Réseau pour les résultats de laboratoire, dictées médicales et autres.

7. Technologies (suite)

- La mise en place d'outils de communication automatisés pour les centres de rendez-vous.
- Le développement d'outils permettant le signalement rapide des utilisateurs fréquents qui accèdent à nos services.
- Le développement de l'application «Knowledge Delivery» de iTacit pour mieux encadrer et rendre accessibles aux employés les programmes de formation.

8. Ressources humaines

- Analyse de la charge de travail des infirmières gestionnaires et de l'état de fatigue et de stress des employés et identification de mesures de soutien.
- Identification et développement de stratégies suite aux résultats du sondage «Pulse» complété par les employés et du sondage «Murtada» complété par les gestionnaires.
- Mise en œuvre d'un processus harmonisé pour les entrevues de départ.
- Poursuite du déploiement du programme de formation sur les techniques de transfert des patients.

8. Ressources humaines

- Mise en œuvre du programme sur la Consommation problématique de substances
- Poursuite de l'implantation des mesures reliées à la Prévention de la violence en milieu de travail
- Harmonisation des pratiques et régionalisation de l'offre de service
- Développement des assises d'un plan de gestion des talents

9. Infrastructures

- L’agrandissement de l’Hôpital régional Chaleur
- L’agrandissement du bloc opératoire au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
- L’aménagement du Centre provincial d’excellence pour jeunes en santé mentale

Budget 2016-2017

Budget 2016-2017

	Réel 2014-2015	%aug (dim)	Projection 2015-2016	%aug (dim)	Budget 2016-2017	%aug (dim)
Revenus						
Ministère de la Santé	548,501,239	-2.7%	560,239,920	2.1%	560,010,962	0.0%
Revenus provenant des patients	28,835,333	-9.6%	32,423,995	12.4%	33,462,367	3.2%
Recouvrements et ventes	7,066,083	0.0%	8,355,010	18.2%	6,253,883	-25.1%
Recouvrements médecins salariés	74,682,807	-14.5%	66,894,133	-10.4%	65,947,484	-1.4%
Autres programmes	8,912,161	2.7%	8,860,483	-0.6%	8,131,772	-8.2%
Total des revenus	**667,997,623**	**-4.3%**	**676,773,541**	**1.3%**	**673,806,468**	**-0.4%**
Dépenses						
Programmes cliniques	485,088,008	-1.7%	501,067,043	3.3%	496,610,546	-0.9%
Médecins salariés	75,493,390	-14.0%	67,161,847	-11.0%	66,507,483	-1.0%
Autres programmes du ministère	88,233,341	-4.2%	90,925,931	3.1%	91,297,344	5.2%
Recherche	786,838	-9.2%	782,182	-0.6%	851,250	8.8%
Enseignement médical	5,274,541	-2.0%	5,528,943	4.8%	5,715,548	3.4%
Autres programmes	9,288,154	5.5%	8,826,847	-5.0%	8,426,648	-4.5%
Plan de transformation et modernisation	-		-	0.0%	4,397,647	0.0%
Total des dépenses	**664,164,272**	**-3.5%**	**674,292,793**	**1.5%**	**673,806,468**	**-0.1%**
Surplus/(déficit) d'opération	**3,833,351**	**-62.4%**	**2,480,748**	**-35.3%**	**(0)**	**-100.0%**

Pour plus d'information voir tableau 7 du plan régional de santé et d'affaires

RÉSEAU DE SANTÉ

vitalité

HEALTH NETWORK

Point 15.4

Note d'information

Réunion du Comité de Finances et de vérification
Le 15 juin 2016

Objet : Services alimentaires et environnementaux

Décision recherchée : Proposition de maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnement sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité (RSV) car il s'agit de la meilleure option suite à une analyse rigoureuse des deux possibilités.

Contexte

Ce dossier remonte à 2013 lorsque le Gouvernement a fait part de son intention de sous-traiter la gestion des services alimentaires et environnementaux dans le but de générer des économies. Les deux Régies ont alors procédé à un processus d'appel d'offre et la compagnie Sodexo a été retenue en janvier 2014 afin de procéder aux négociations d'un contrat provincial de dix ans. Les étapes finales de négociations sont prévues se terminer d'ici la fin juin 2016. Un contrat sera alors développé et soumis au Conseil d'administration (CA) pour recommandation au Ministère.

En avril 2014, le CA avait décidé de se retirer du processus d'appel d'offre mais en avril 2015, suite à des discussions avec les dirigeants et les instances gouvernementales, il fut décidé de poursuivre le processus tout en s'assurant d'inclure dans le calcul les coûts indirects tels que les coûts associés à l'administration des ressources humaines et à la gestion des griefs. Ces coûts réels viendraient diminuer les économies prévues.

Finalement, les négociations s'allongeant, il a été convenu avec le CA qu'une analyse détaillée des deux options; c'est-à-dire de maintenir les services à l'interne ou de les confier à Sodexo serait effectuée pour prise de décision avant la fin juin 2016.

Le RSV a participé activement au processus de négociation provincial mais en parallèle a développé un plan d'amélioration de la performance de ces secteurs d'activités et effectué une

analyse financière de cette proposition comparativement à celle de Sodexo. Les deux options ont été évaluées en utilisant la valeur actuelle nette (VAN).

La méthodologie de la VAN est une démarche éprouvée pour l'évaluation de projets dans le domaine financier. Elle consiste à analyser tous les flux de trésorerie (sorties et entrées de fonds) des projets et de les rapporter en dollars d'aujourd'hui. Les données sont présentées ici-bas dans les tableaux et aussi dans les annexes A et B.

Proposition de Sodexo

		Total 10 ans
	Coûts d'opération	$309,617,153
	Coûts additionnels pour Vitalité due à l'implantation de la proposition de Sodexo	
a)	Responsable du Projet	$254,013
b)	Responsable de la Qualité (1 ETP)	$788,380
c)	Indemnités de départ	$610,000
e)	Augmentation de l'accès WIFI	$540,369
f)	Interface des systèmes cliniques	$100,000
g)	Coût d'installation des équipements	$744,000
h)	Coûts des griefs	$460,000
i)	Supplantation (Bumping)	$532,000
j)	Sodexo contribution aux griefs	($200,000)
	Coûts	$313,445,915
	Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans	**$286,707,042**

Note : *Certains coûts associés à ce projet ne sont pas pris en considération dans les économies proposées par Sodexo (a à j) et ont été ajoutés dans l'analyse compte tenu qu'ils sont des coûts directs pour Vitalité. Ceux-ci représentent 3,828,762$ sur 10 ans.*

Proposition de Vitalité

		Total 10 ans
a)	Coûts d'opération	$306,413,927
b)	Augmentation de l'accès WIFI	$540,369
c)	Interface des systèmes cliniques	$63,500
d)	Coûts des griefs	$100,000
e)	Supplantation (Bumping)	$105,000
f)	Dépenses en technologie Vitalité	$442,434
g)	Dépenses en capital de Vitalité	$2,191,540
	Coûts	$309,856,770
	Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans	**$283,241,658**

Note : *Les points b à e qui totalisent 808,869 $ sur 10 ans ainsi que les points f et g soit les dépenses en capital et en technologies qui totalisent 2,633,974$ sur dix ans sont ajoutés afin de rendre les propositions comparables.*

Comparaison financière

Vitalité		
Total des coûts de Vitalité sur 10 ans	$	309,856,770
Valeur actuelle nette	**$**	**283,241,658**
Sodexo		
Total des coûts de Sodexo sur 10 ans	$	313,445,915
Valeur actuelle nette	**$**	**286,707,042**
Économies Vitalité (Valeur actuelle nette)	$	3,465,384

Les résultats de l'analyse financière basés sur la valeur actuelle nette, indiquent que la proposition du RSV génère des économies additionnelles de 3,465,384$ sur 10 ans par rapport à la proposition de Sodexo et ceci tient compte des coûts additionnels encourus par le RSV dans la proposition de Sodexo.

Analyse

Épargne :

Sodexo propose une garantie d'épargnes sur dix ans débutant l'année 3 avec une épargne de 85%, de 90% l'année 4 et de 95% les années subséquentes. Par contre, certaines conditions doivent être rencontrées et impliquent plusieurs acteurs tels que Sodexo, RSV, Horizon, ServiceNB, Ministère des Ressources Humaines etc. Cette garantie d'épargne peut être compromise si les parties impliquées ne s'entendent pas sur l'achèvement substantiel ou s'il y a des défis ou composantes non identifiées lors de la négociation du contrat. Les épargnes en valeur actuel nette sur dix ans sont présentées à l'annexe A.

Les économies du RSV débutent dès la première année et progressivement par la suite (voir annexe B pour les détails). Les économies additionnelles comparativement à la proposition de Sodexo sont principalement dues aux facteurs suivants :

- Frais administratifs (3,248,488$);
- Investissement dans un centre d'appel (437,000$);
- Frais pour le bureau corporatif de Sodexo (2,300,000$);
- Frais récurrent pour l'investissement en technologie (243,000$);
- Frais de démarrage (332,500$);

- Modèle de livraison de service moins complexe;
- Investissement en capital étendu sur dix ans;
- Coûts d'opération (358,914$).

Le RSV utilise les ressources existantes (humaines, technologiques etc.) ce qui a l'avantage de débuter les économies plus rapidement. Le « momentum » a été créé en développant le plan d'amélioration de la performance et les gestionnaires sont engagés dans la démarche.

Investissements :

Sodexo prévoit effectuer des investissements de l'ordre de 2,543,392$ qui ne seront pas facturés à le RSV. Par contre, un coût additionnel de 744,000$ devra être déboursé pour l'installation des équipements et un montant additionnel de 640,369$ pour l'installation des technologies.

Pour sa part, le RSV prévoit investir 2,633,974$ en équipements et technologies et ceci inclus les coûts d'installation. Le RSV devra aussi investir un montant additionnel de 603,869$ pour l'installation des technologies. L'utilisation des fonds non partageables et le support des Fondations sont les sources de financement envisagées.

Le tableau suivant décrit les variances financières les plus marquantes entre les deux propositions.

PROPOSITION SODEXO	**PROPOSITION VITALITÉ**
Épargnes sur 10 ans 22,182,789$ selon le calcul de Sodexo excluant les coûts supplémentaires que le RSV devra absorber	Épargnes de 3,465,383$ de plus que Sodexo sur 10 ans pour un total de 25,648,172$
Investissement 2,543,392$ Inclus des frais de démarrage de 332,500$ Exclus les frais d'installations	Investissement 2,633,974$ Inclus les frais d'installations
Coûts supplémentaires de 3,828,762$ pour les items de a à j dans la proposition de Sodexo	Coûts supplémentaires de 808,869$ pour les items de b à e
Frais d'administration 3,248,488$	Frais d'administration 0$
Réduction de 79.8 ETP	Réduction de 52.5 ETP

Garanties contractuelles
• Sodexo garanties les économies à partir de l'année 3
  ○ 85 % année 3 (2,110,453$)
  ○ 90 % année 4 (2,265,786$)
  ○ 95 % année 5 à 10 (2,425,536$)
	Économies selon la performance
	• RSV prévoit des économies à partir de l'année
	  ○ Année 1 (549,446$)
	  ○ Année 2 (1,880,947$)
	  ○ Année 3 (2,103,672$)

Ressources humaines :

En ce qui a trait à l'impact sur les Ressources humaines, Sodexo prévoit une réduction de 79.8 ETP commençant la première année et s'échelonnant sur 24 mois, soit la période d'implantation. L'impact est plus marqué au niveau des services alimentaires et dans la gestion.

Pour sa part, le RSV prévoit réduire ses effectifs de 52.5 ETP durant les trois premières années répartis dans les trois services (alimentaire, cafétéria et environnement). La réduction des ETP sera atteinte principalement par attrition, afin de minimiser le licenciement et éviter les chocs et perturbations au travail. De plus, le RSV croit essentiel de maintenir ses gestionnaires et superviseurs en place afin de bénéficier de l'expertise dans la mise en œuvre des initiatives, réduire les défis de relation de travail et éviter des indemnités de départ coûteuses.

Cafétéria :

Il est à noter que dans la réduction des coûts d'opération, les deux propositions prévoient fermer les cafétérias qui ne sont pas rentables. Sodexo propose d'en fermer sept et le RSV six soit : Stella Maris, St-Quentin, Grand-Sault, Campbellton, Caraquet et Lamèque. Pour ce qui est de la cafétéria de Tracadie, le RSV prévoit la garder ouverte le midi alors que Sodexo la fermera. Pour pallier aux effets de ces fermetures, les deux propositions prévoient augmenter les machines distributrices et offrir des aliments prêts à manger. Sodexo prendra en charge les machines distributrices et les revenus anticipés sont inclus dans leur projection d'épargnes. Le RSV prévoit poursuivre son partenariat avec les Auxiliaires et les Fondations pour gérer les machines distributrices et en contrepartie, demander d'appuyer les investissements requis pour les équipements et technologies.

Modèle de livraison de service

Essentiellement, les deux propositions (RVS et Sodexo) visent la standardisation des processus et des politiques et procédures, le rehaussement de la technologie, le remplacement d'équipements désuets, la satisfaction de la clientèle, la réduction des coûts d'opération, la formation du personnel et la mise en place de système de contrôle et de suivi (ex. : audits, indicateurs etc.). L'annexe C compare les éléments clés du modèle de livraison de service des deux propositions.

Toute transformation de service apporte des avantages mais comporte des risques. Tout ne peut pas être prévu dans un contrat de service. Les risques engendrés par la mise en œuvre du modèle de Sodexo sont supérieurs aux bénéfices escomptés. De façon sommaire, voici les éléments les plus marquants :

Risques

Proposition de Sodexo

- Gestion du contrat avec Sodexo (cogestion avec Vitalité, Horizon et SNB);
- Demande de modification (ordres de changement) entrainera des coûts supplémentaires;
- Gestion des ressources humaines par une autre entité mais dont les prises de décisions affectent le fonctionnement des opérations et la satisfaction de la clientèle (perte des connaissances du milieu et de l'expertise des superviseurs);
- Réaction négative des syndicats mais surtout des employés et risques élevés de griefs, de résistance aux changements, de congés de maladies etc.;
- Processus complexe par la mise en place d'un centre d'appel provincial pour répondre à tous les hôpitaux de la province;
- Insatisfaction de la clientèle par des choix de menu qui ne correspondent pas à leurs cultures et coutumes;
- Investissements insuffisants plus spécifiquement les années 3 à 10 et qui devront provenir du RSV ;
- Plus grande perte d'emploi et ne tenant pas compte de l'attrition;
- Objectifs premier de générer des profits.

Proposition du RSV

- Priorités concurrentes occasionnant des défis dans l'assignation et le support soutenu des ressources pour gérer la transformation (ex. : ceintures noires, conseillers en qualité, support du secteur des ressources humaines etc.);
- Défi de sécuriser les budgets nécessaires pour effectuer les investissements;
- Gestion du changement difficile et réactions des employés à la transformation (ex. : fermeture des cafétérias, ajustement des méthodes de travail et du nombre d'employés, gestion de l'assiduité etc.);
- Maintenir l'engagement à tous les niveaux.

En conclusions, le RSV a été un des premiers organismes à adopter une politique régionale pour fournir des environnements alimentaires sains et est le mieux placé pour poursuivre les initiatives en matière de saine alimentation tant pour les patients, le personnel et le grand public.

Le RSV a un lien très étroit avec les communautés ce qui favorisera l'acceptation des fermetures de cafétérias et la mise en place de solutions alternatives. Le respect des coutumes alimentaires et les traditions des gens ainsi que le maintien de l'achat local, lorsque économique, sont d'autres avantages importants.

La proposition d'améliorer la performance du RSV a été développée avec l'expertise interne et la collaboration des employés et dirigeants. Ses chances de succès sont plus élevées.

Recommandations

L'analyse financière du plan d'amélioration de la performance du RSV, par rapport aux coûts et aux implications de la proposition de Sodexo, indique qu'il y a des avantages financiers et qualitatifs tout en diminuant le risques de retenir les services à l'interne et de procéder le plus rapidement possible à la mise en œuvre de cette initiative.

L'analyse de la valeur actuelle nette démontre que la proposition du RSV générera 3,465,383$ de plus que la proposition de Sodexo.

Pour toutes les raisons évoquées, nous recommandons au CA de maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnement sous la responsabilité du RSV et d'appuyer la mise en œuvre du plan d'amélioration de la performance.

Soumis le 13 juin 2016 par Gisèle Beaulieu, Vice-présidente de la performance, qualité et affaires générales.

ANNEXE A

PROPOSITION DE SODEXO

		2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26	Total
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	Année 7	Année 8	Année 9	Année 10	10 ans
	Coûts d'opération	$30,343,754	$29,487,120	$29,043,457	$29,639,330	$30,246,811	$30,883,699	$31,532,688	$32,164,532	$32,809,100	$33,466,661	$309,617,153
	Coûts additionnels pour Vitalité due à l'implantation de la proposition de Sodexo											
a)	**Responsable du Projet**	$83,000	$84,660	$86,353								$254,013
b)	**Responsable de la Qualité (1 ETP)**	$72,000	$73,440	$74,909	$76,407	$77,935	$79,494	$81,084	$82,705	$84,359	$86,047	$788,380
c)	**Indemnités de départ**	$610,000										$610,000
d)	**Augmentation de l'accès WIFI**	$49,350	$50,337	$51,344	$52,371	$53,418	$54,486	$55,576	$56,688	$57,821	$58,978	$540,369
e)	**Interface des systèmes cliniques**	$100,000										$100,000
f)	**Coût d'installation des équipements**	$248,000	$248,000	$248,000								$744,000
g)	**Coûts des griefs**	$230,000	$230,000									$460,000
h)	**Supplantation (Bumping)**	$266,000	$266,000									$532,000
i)	**Sodexo contribution aux griefs**	($100,000)	($100,000)									($200,000)
	Coûts total	$31,902,104	$30,339,557	$29,504,063	$29,768,108	$30,378,165	$31,017,679	$31,669,348	$32,303,925	$32,951,281	$33,611,686	$313,445,915
	Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans	**$286,707,042**										

ANNEXE B

PROPOSITION DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

		2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26	Total
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	Année 7	Année 8	Année 9	Année 10	10 ans
	Coûts d'opération	$29,277,803	$28,505,228	$28,849,852	$29,439,969	$30,049,861	$30,681,606	$31,338,102	$32,023,378	$32,743,058	$33,505,070	$306,413,927
a)	**Augmentation de l'accès WIFI**	$49,350	$50,337	$51,344	$52,371	$53,418	$54,486	$55,576	$56,688	$57,821	$58,978	$540,369
b)	**Interface des systèmes cliniques**	$63,500										$63,500
c)	**Coûts des griefs**	$50,000	$50,000									$100,000
d)	**Supplantation (Bumping)**	$52,500	$52,500									$105,000
e)	**Dépenses en technologie Vitalité**	$232,108	$0	$162,663	$16,000	$31,663	$0	$0	$0	$0	$0	$442,434
f)	**Dépenses en capital de Vitalité**	$777,000	$487,140	$389,400	$93,000	$136,000	$147,000	$27,000	$79,000	$37,000	$19,000	$2,191,540
	Coûts total	$30,502,261	$29,145,205	$29,453,259	$29,601,339	$30,270,942	$30,883,092	$31,420,678	$32,159,065	$32,837,879	$33,583,048	$309,856,770
	Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans	**$283,241,658**										

ANNEXE C

Comparaison des modèles de livraison de services

	PROPOSITION SODEXO	PROPOSITION RÉSEAU SANTÉ VITALITÉ
TOUS LES SERVICES		
	Direction et gestion par Sodexo	Direction et gestion par RSV
	Portée provinciale Équipe de gestion provinciale	Portée régionale Équipes de gestion régionale
	Changements opérationnels majeurs	Améliorations dans la livraison des services
	Contrat légal avec terme fixe et conditions	Politiques et procédures administratives guident les opérations
	Perte de contrôle de nos opérations Processus d'exploitation requis (ex. :) • Changement d'ordres • Processus de validation (true ups process) • Résolution de conflits • Transition vers le nouveau modèle de gestion	Plus grand contrôle des affaires administratives Évite les conditions imposées par le contrat de service
	Engagement de 10 ans	Engagement continue
	Comité de gouvernance à trois niveaux	Structure de gouvernance existante du RSV Mise en place d'équipes de projets avec les ressources existantes (ceintures noires)
	Processus d'achat nationaux négociés par Sodexo	Processus d'achat régional et provincial sous la supervision de Vitalité
	Logiciels du RSV pour la planification des horaires de travail et de la paie "ESP and Workforce Timekeeper"	Logiciels du RSV pour la planification des horaires de travail et de la paie "ESP and Workforce Timekeeper"
	Utilisation du groupe Studer (une entreprise pour l'amélioration du rendement)	Ressources internes pour définir l'amélioration du rendement (objectifs, tableau de bord etc.)
	Investissement dans un spécialiste en «Facteurs humains » afin d'aider au développement des processus, à la formation et la sécurité au travail	Implication des ressources internes dans la gestion des projets et amélioration des processus: Conseillers amélioration performance, qualité, santé et sécurité, ceint. noires
	Une employée de Sodexo dédiée au contrôle des infections	Infirmières en prévention et contrôle des infections dans les zones et une gestionnaire régionale
	Amélioration des processus (Lean)	Support du Bureau de projet avec expertise en amélioration de processus et ceintures noires
	Réactions des syndicats et des employés (s'opposent à la privatisation)	Support des syndicats pour la gestion des services
Suivi de la performance	32 indicateurs clés de performance visant à promouvoir et assurer la qualité font partis de la négociation du contrat Sodexo et seront suivis et rapportés à travers la structure conjointe de gouvernance. De nombreux indicateurs de performance clés comprennent des accords de niveau de service et certains précisent des sanctions financières	RSV surveille actuellement 20 des 31 indicateurs clés de performance (KPI) négociés dans les exigences du contrat Sodexo. Au début juillet 2016, un montant supplémentaire de 6 indicateurs sera ajouté au tableau de bord du RSV

	PROPOSITION SODEXO	PROPOSITION RÉSEAU SANTÉ VITALITÉ
Financier	Épargnes sur 10 ans 22,182,789 $ selon le calcul de Sodexo excluant les coûts supplémentaires que le RSV devra absorber	Épargnes de 3,465,383$ de plus que Sodexo sur 10 ans pour un total de 25,648,172$
	Investissement 2,543,392$ Inclus des frais de démarrage de 332,500$ Exclus les frais d'installations	Investissement 2,633,974$ Inclus les frais d'installations
	Coûts supplémentaires de 3,828,762$ pour les items de a à j dans la proposition de Sodexo	Coûts supplémentaires de 808,869$ pour les items de a à e dans la proposition du RSV
	Frais d'administration 3,248,488 $	Frais d'administration 0 $
	Réduction de 79.8 ETP	Réduction de 52.5 ETP

	Garanties contractuelles
	• Sodexo garanties les économies à partir de l'année 3
	  o 85 % année 3 (2,110,453$)
	  o 90 % année 4 (2,265,786$)
	  o 95 % année 5 à 10 (2,425,536$)
		Économies selon la performance
		• RSV prévoit des économies à partir de l'année
		  o Année 1 (549,446$)
		  o Année 2 (1,880,947$)
		  o Année 3 (2,103,672$)

	Incitatifs financiers chez Sodexo	Économies totales pour le RSV
	8 critères spécifiques pour "L'achèvement substantiel" qui garantissent l'épargne	Aucunes conditions générales entourant les économies sauf l'imputabilité des dirigeants envers la rigueur de la mise en œuvre du plan
SERVICES ALIMENTAIRES		
Gestions des opérations	• Implantation d'un système de commande informatisée « Expressly for You », • Commande au chevet • Modèle « Hôtesse » • Comité provincial pour la standardisation des menus • Gestion des opérations intégrée • Normalisations des processus et des politiques et procédures • Formation des employés • Achats fait par Sodexo via leur groupe d'achat • Normalisation des produits	• Implantation du système de commande informatisée « Microgesta » • Commande au chevet • Ajustements des rôles et responsabilités des Tech. en Diet., Commis aux menus et Préposés au Serv. d'alim. suite à la mise en œuvre de Microgesta et une automatisation accrue. • Comité régional pour la standardisation des menus • Gestion des opérations par service régionalisé • Normalisations des processus et des politiques et procédures du RSV • Formation de base et avancée des employés au service alimentaire approuvée par Santé publique • Établissements de contrat d'achat de groupe pour le RSV • Normalisation des recettes, menus, fournitures
	• Sodexo gère le contrat de service dans tous les établissements	• Cessation du seul contrat dans le RSV avec la compagnie Aramark à l'Hôpital Régional Chaleur
Gestionnaires	• Transfert des gestionnaires à Sodexo (pertes des connaissances et d'expérience dans nos établissements) • Pertes d'appartenance de nos gestionnaires • Imputables à Sodexo • Les gestionnaires de Vitalité qui se joignent à Sodexo seront soumis à une nouvelle période de probation	• Maintient les employés cadres expérimentés du RSV qui sont experts dans leurs domaines et qui ont participé au développement du plan et qui sont engagés à sa réussite • Imputables au RSV • Aucune nouvelle période de probation

	PROPOSITION SODEXO	PROPOSITION RÉSEAU SANTÉ VITALITÉ
Superviseurs	Transition vers la Gestion ou éliminés et remplacés par les gestionnaires adjoints. Problèmes potentiels de relations de travail	Développement et formation de superviseurs syndiqués responsables et imputables
Techn. Diet.	Remplacés par l'Hôtesse et des processus automatisés à la suite de l'implantation de « ProMenu and Expressly for You »	Classification est maintenue avec l'utilisation de « Microgesta »
Commis aux menus	Remplacés par des "Hôtesses"	Classification est maintenue mais le nombre d'ETP est réduit dû à l'automatisation
Production alimentaire	Service conventionnel sur place à l'exception du système cuisson-refroidissement, rethermalisation à Campbellton	Service conventionnel sur place à l'exception du système cuisson-refroidissement, rethermalisation à Campbellton
Politique alimentaire	Respect de la politique sur une saine alimentation	Respect de la politique sur une saine alimentation
Menu du patient	Approche prescriptive du menu offert aux patients	Menu sélectif avec un minimum de deux choix différents par repas
Technologie	• Logiciel « Pro Menu » pour la gestion des menus, recettes et commandes • Création d'un centre de ressources provincial • Utilisations de tablettes informatiques • Investissements de 339,985$	• Logiciel « Microgesta » pour la gestion des menus, recettes et commandes • Dépendance continue des processus de télécommunications et au matériels en place dans le RSV • Utilisations de tablettes informatiques • Investissements de 222,484$ • Coûts pour les interfaces 63,500$
Équipements	• Remplacements d'équipement désuets • Investissements de 819,024$ • Coût d'installations non-inclus	• Remplacements d'équipement désuets • Investissements de 1,911,000$ • Inclus les coûts d'installations
CAFÉTÉRIAS		
Gestions des opérations	• Respect de la politique sur une saine alimentation • Gestion des opérations intégrée • Normalisations des processus et des politiques et procédures • Formation des employés • Achats fait par Sodexo via leur groupe d'achat • Normalisation des produits	• Respect de la politique sur une saine alimentation • Gestion des opérations par service régionalisé • Normalisations des processus et des politiques et procédures du RSV • Formation de base et avancée des employés au service alimentaire approuvée par Santé publique • Établissements de contrat d'achat de groupe pour le RSV • Normalisation des produits
Machines distributrices	• Introduction de machines distributrices • Machines distributrices opérées par Sodexo • Revenus inclus dans la projection d'épargnes	• Continuer le partenariat avec les Auxiliaires et les Fondations pour les machines distributrices et le partage des revenus • Augmenter les machines distributrices dans les établissements où il y aura une réduction des heures d'ouverture ou de fermeture des cafétérias
Fermeture de Cafétéria	• Fermeture de 7 cafétérias : Stella Maris, St. Quentin, Grand Sault, Campbellton, Tracadie, Caraquet et Lamèque	• Fermeture de 6 cafétérias non rentables : Stella Maris, St. Quentin, Grand Sault, Campbellton, Caraquet et Lamèque. Tracadie va continuer d'opérer le midi.
Technologie	• Système de point de vente (POS) • Investissements de 60,224$	• Système de point de vente (POS) • Investissements de 30,000$
Équipements	• Investissements en équipement de 159,451$	• Investissements en équipement de 59,000$

	PROPOSITION SODEXO	PROPOSITION RÉSEAU SANTÉ VITALITÉ
	• Rénovations 138,751$ • Coût d'installations non-inclus	• Rénovations seront effectuées dans le cadre du programme de rafraîchissement de l'installation
Impacts financier	• Réduction des déficits de 3,240,570$ pour terminer après 10 ans avec un déficit de 406,865$	• Élimination des déficits des cafétérias l'année 1 par la fermeture des cafétérias non viables.
SERVICES ENVIRONNEMENTAUX		
Gestions des opérations	• Mise en place de la technologie des microfibres • Utilisation de l'audit ATP, de « Dye Marker» et vérification visuelle. • Gestion des opérations intégrée • Normalisation des processus et des politiques et procédures • Formation des employés • Achats fait par Sodexo via leur groupe d'achat • Normalisation des produits	• Poursuite de la mise en place de la technologie des microfibres dans tous les établissements • Implantation de l'audit ATP (mesure de bio contamination résiduelle des surfaces nettoyées) et accroissement de l'utilisation du « Dye Marker», de la documentation et des rapports de vérification visuelle • Gestion des opérations par service régionalisé • Normalisation des processus et des politiques et procédures du RSV • Formation des employés basée sur les ressources du « Canadian Association of Environmental Managers » • Établissements de contrat d'achat de groupe pour le RSV • Normalisation des produits
	3 Centres d'excellence – St. Jean, Moncton, Bathurst Programme CARES	Module d'éducation offert dans chaque zone Collaboration du service de perfectionnement
Technologie	• Logiciel TDSS pour la gestion des lits • Logiciel TRAKKAR afin de mesurer la charge de travail • Création d'un centre de ressources provincial • Investissements de 363,091$ • Implantation de « keywatcher »	• Logiciel Westech Cleaning Audits pour la gestion de qualité • Program Excel – basé sur les normes de nettoyage de l'environnement, normes de contrôle des infections, temps standard pour mesurer la charge de travail de chaque employé • Aucun centre d'appel Investissements de 189,950$ • Inclus une réserve de 120,000$ pour un système UV • Standardisation des processus de contrôle clés
Équipements	• Remplacements d'équipement désuets • Achat d'une machine Xenex (UltraViolet Light Disinfecting System) • Investissements de 330,366 $ • Coût d'installations non-inclus	• Remplacements d'équipement désuets • Évaluation de l'utilisation potentielle ou d'un appareil mobile pour un système de désinfection à lumière UV • Investissements de 221,540$ • Coût d'installation négligeable

Point 15.4 a)

RÉSEAU DE SANTÉ

vitalité

HEALTH NETWORK

Objet : Services alimentaires et environnementaux

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Contexte

- Annonce du Gouvernement en 2013 de sous-traiter la gestion des services alimentaires et environnementaux
- Objectif: générer des économies
- La Compagnie Sodexo a été retenue en janvier 2014 afin de procéder aux négociations d'un contrat provincial de dix ans
- Discussions précédentes avec le CA et autorisation de procéder à une analyse détaillée des deux options
- Les 2 options:
  - 1. Maintenir les services à l'interne
  - 2. Confier les services à Sodexo

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Hypothèses utilisées pour déterminer la valeur actuelle nette (VAN)

- Analyses sur 10 ans (durée du contrat prévue)
- Taux d'inflation utilisé = 2%
- Taux d'actualisation utilisé = 2%
- Coûts supplémentaires au Réseau de Santé Vitalité pour la mise en œuvre de la proposition de Sodexo afin de rendre les analyses comparables

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Proposition de Sodexo

		Total 10 ans
	Coûts d'opération	$309,617,153
	Coûts additionnels pour Vitalité due à l'implantation de la proposition de Sodexo	
a)	Responsable du Projet	$254,013
b)	Responsable de la Qualité (1 ETP)	$788,380
c)	Indemnités de départ	$610,000
e)	Augmentation de l'accès WIFI	$540,369
f)	Interface des systèmes cliniques	$100,000
g)	Coût d'installation des équipements	$744,000
h)	Coûts des griefs	$460,000
i)	Supplantation (Bumping)	$532,000
j)	Sodexo contribution aux griefs	($200,000)
	Coûts total	$313,445,915
	Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans	**$ 286,707,042**

Coûts supplémentaire points (a à j) de 3,828,762$
Investissements de 2,543,392$ pour l'équipement et la technologie

Proposition de Vitalité

		Total 10 ans
a)	Coûts d'opération	$306,413,927
b)	Augmentation de l'accès WIFI	$540,369
c)	Interface des systèmes cliniques	$63,500
d)	Coûts des griefs	$100,000
e)	Supplantation (Bumping)	$105,000
f)	Dépenses en technologie Vitalité	$442,434
g)	Dépenses en capital de Vitalité	$2,191,540
	Coûts total	$309,856,770
	Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans	**$ 283,241,658**

Coûts supplémentaire points (b à e) de 808,869$ ainsi qu'un investissement de 2,633,974$ pour l'équipement et la technologie

Comparaison des 2 propositions en utilisant la valeur actuelle nette (VAN)

Calcul de Vitalité:

Total des coûts Vitalité	$309,856,770
Valeur actuelle nette	**$283,241,658**

Calcul de Sodexo:

Total des coûts Sodexo	$313,445,915
Valeur actuelle nette	**$286,707,042**

Épargne Vitalité (Valeur actuelle nette) $ 3,465,384

Proposition de Sodexo

- Épargnes sur 10 ans **22,182,789$** (Exclus les coûts supplémentaires que le RSV devra absorber)
- Investissement 2,543,392$ (Inclus des frais de démarrage de 332,500$ et exclus les frais d'installations)
- Coûts supplémentaires de 3,828,762$ pour les items de a à j dans la proposition de Sodexo
- Frais administratifs (3,248,488$);
- Investissement dans un centre d'appel (437,000$);
- Frais pour le bureau corporatif de Sodexo (2,300,000$);
- Frais récurrent pour l'investissement en technologie (243,000$)
- Fermeture de 7 cafétérias

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Proposition du Réseau de santé Vitalité

- Épargnes de 3,465,383$ en dollars 2016 de plus que Sodexo sur 10 ans pour un total de **25,648,172$**
- Investissement 2,633,974$ (Inclus les frais d'installations)
- Coûts supplémentaires de 808,869$ pour les items de b à e
- Frais administratifs: 0$
- Fermeture de 6 cafétérias

Garanties

- Sodexo garanties les épargnes à 85% a partir de la 3ième année, de 90% à l'année 4 et de 95% pour les années subséquentes
- Portion garanties = 19,389,014 $
- Portion non garanties des épargnes = 1,414,333 $
- VAN à partir des économies garantie seulement
  - La VAN = 287,996,755 $
  - Économies de 18,332,901 $ comparativement à 19,622,614 $
  - Une réduction de 1,289,713 $ dans la VAN
- VAN du RSV = 4,755,096 $ (2016)

Impact sur les ETP

Réduction d'ETP	Réduction Sodexo	Réduction Vitalité
Services alimentaires	(50.9)	(19.7)
Services d'environnements	(26.1)	(26.6)
Cafétérias	(2.8)	(6.2)
Total	**(79.8)**	**(52.5)**

Pour le Réseau de Santé Vitalité

- Maintien 27.3 ETP de plus que Sodexo
- Réduction surtout par attrition
- Maintien des superviseurs et gestionnaires
- Engagement des gestionnaires
- Gérance local

Investissements

Investissement de Sodexo	Équipement	Technologie	Coûts de démarrage	Total
Services alimentaires	819,024	339,985	117,500	1,276,509
Services d'environnements	330,366	363,091	125,000	818,457
Cafétérias	298,202	60,224	52,500	410,926
"Portering"	-		37,500	37,500
Total	**1,447,592**	**763,300**	**332,500**	**2,543,392**

Investissement de Vitalité	Équipement	Technologie	Coûts de démarrage	Total
Services alimentaires	1,911,000	222,484		2,133,484
Services d'environnements	221,540	189,950		411,490
Cafétérias	59,000	30,000		89,000
"Portering"	-			-
Total	**2,191,540**	**442,434**	**-**	**2,633,974**

Coût de démarrage inclus dans les coûts d'opération de Vitalité

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Investissements

- Investissement supplémentaire de 743,948 $ dans le remplacement des équipements dans la proposition du Réseau de Santé Vitalité (RSV)
- Investissement dans la technologie basé sur les besoins du RSV et le modèle de livraison de services
- Source de financement requis pour le RSV
  - Fonds non-partageables et le support des Fondations

Risques de la proposition de Sodexo

- Co-gestion du contrat de Sodexo (Vitalité, Horizon et SNB);
- Demandes de modification entrainera des coûts supplémentaires;
- Gestion des ressources humaines et impacts des décisions sur les opérations et la satisfaction de la clientèle;
- Réaction négative des syndicats;
- Processus complexe (centre d'appel provincial etc.);
- Insatisfaction de la clientèle - choix de menu, cultures et coutumes;
- Investissements insuffisants;
- Plus grande perte d'emploi;
- Objectifs premier de générer des profits.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Risques de la proposition du RSV

- Priorités concurrentes occasionnant des défis dans l'assignation et le support soutenu des ressources pour gérer la transformation;
- Défi de sécuriser les budgets nécessaires pour effectuer les investissements;
- Gestion du changement difficile et réactions des employés à la transformation;
- Maintenir l'engagement continue à tous les niveaux.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Expérience antérieure dans la province

Plusieurs hôpitaux au Nouveau-Brunswick on eu recours avec des compagnies semblables dans le passé et on tous annulé leur contrat:

- Hôpital régional de Campbellton
- Hôpital régional d'Edmundston
- Hôpital régional de Saint John
- Hôpital régional Dr Everett Chalmers

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Rapport de recherche – CHUM/CUSM

- Le manque de transparence et l'impact inconnu d'une telle gestion;
- La sous-traitance de la gestion des services alimentaires accélère la perte de contrôle et le démantèlement des expertises accumulées dans le secteur public;
- Les faibles économies réalisées ne justifient pas les risques associés à la sous-traitance.

Source: Institut de recherche et d'informations socio-économiques - Nouveaux CHUM/CUSM : Vers la sous-traitance des services alimentaires

Rapport de recherche – CHUM/CUSM

- Les expériences négatives de sous-traitance de services alimentaires hospitaliers par des multinationales:
  - Souvent des échecs retentissants ou des pratiques condamnables au Canada et dans le monde
  - Impact sur les coûts d'une privatisation ainsi que sur la qualité de la nourriture.

- Les nouvelles tendances:
  - Accent sur des produits frais et locaux
  - Politiques alimentaires plus sévères.

Source: Institut de recherche et d'informations socio-économiques - Nouveaux CHUM/CUSM : Vers la sous-traitance des services alimentaires

Conclusion

- La proposition du RSV a été développée avec l'expertise interne;
- Chance de succès plus élevée;
- Mise en œuvre plus rapidement;
- Gérance locale;
- Analyse financière favorable – Économies additionnelles de 3,465,383 $ (2016) de plus que Sodexo;
- Avantages qualitatifs;
- Leadership et expérience;
- Connaissance des services;

Conclusion (suite)

- Politique d'alimentation saine en place;
- Respect des coutumes alimentaires et les traditions des gens
- Maintien de l'achat local lorsque économique;
- Remplacer les fermetures de cafétérias non rentables par des alternatives adéquates et adaptées localement;
- Maintien des contrats de machines distributrices avec nos partenaires (Fondations, auxiliaires);
- Partenariat pour l'investissement requis dans les équipements et technologies.

Recommandation au CA

Maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnements sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité.

RÉSEAU DE SANTÉ
vitalité
HEALTH NETWORK

Point 15.5

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : Horaire des réunions et des comités du Conseil d'administration

L'horaire des réunions, ainsi que celle des comités qui relèvent du Conseil d'administration, vous sont présentés.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Point 15.5 a)

Horaire des réunions du Conseil d'administration
2016-2017

Dates et lieux	**Réunions à huis clos**	**Réunions publiques**
3 et 4 octobre 2016 Zone Beauséjour (à Moncton)	3 octobre 2016 de 16 h à 20 h 4 octobre 2016 de 8 h à 13 h	4 octobre 2016 de 13 h 30 à 16 h 30
5 et 6 décembre 2016 Zone Nord-Ouest (à Grand-Sault)	5 décembre 2016 de 16 h à 20 h 6 décembre 2016 de 8 h à 13 h	6 décembre 2016 de 13 h 30 à 16 h 30
27 et 28 février 2017 Zone Acadie-Bathurst (à Caraquet)	27 février 2017 de 16 h à 20 h 28 février 2017 de 8 h à 13 h	28 février 2017 de 13 h 30 à 16 h 30
24 et 25 avril 2017 Zone Restigouche (à Campbellton)	25 avril 2017 de 16 h à 20 h 26 avril 2017 de 8 h à 13 h	26 avril 2017 de 13 h 30 à 16 h 30
19 et 20 juin 2017 (assemblée générale annuelle) Zone Acadie -Bathurst (à Bathurst)	19 juin 2017 de 16 h à 20 h 20 juin 2017 de 8 h à 13 h	20 juin 2017 de 13 h 30 à 16 h 30

Proposé au Conseil le 27 juin 2016

Point 15.6

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Politique : Testament de vie**

La politique : Testament de vie (GEN.3.80.30) est présentée pour approbation au Conseil d'administration. Cette politique a été approuvée par le Comité médical consultatif lors de la réunion du 28 juin 2016 (MOTION 2016/05/31-02-CMC) et est mentionnée dans le rapport émis par Dre Desrosiers.

Si les membres ont des questions par rapport à cette politique, ils pourront les poser lors de la rencontre.

Proposition de résolution :
Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la politique : Testament de vie (GEN.3.80.30) telle que présentée.

Soumis le 17 juin 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	TESTAMENT DE VIE (DIRECTIVES MÉDICALES PRÉALABLES)		**N° : GEN.3.80.30**
Section :	3. Soins aux patients	**Date d'entrée en vigueur :**	**(a/m/j)**
Émise par :	Comités d'éthique clinique	**Date de révision précédente :**	(a/m/j)
Approuvée par : (Signée par)	Conseil d'administration Président-directeur général	**Date de la signature :**	(a/m/j)
Établissement/ programme : (Facultatif)		☑ **Vitalité** **Zone :** ❒ 1 ❒ 4 ❒ 5 ❒ 6	

BUTS

1. Présenter au personnel ses responsabilités face au testament de vie afin de respecter les volontés du patient à l'égard de ses soins futurs.

2. Reconnaître le droit des patients de prendre des décisions par rapport à leurs soins de santé, y compris le droit de participer aux décisions concernant leurs soins de fin de vie.

DÉFINITIONS

Mandataire : Personne nommée par le patient pour prendre des décisions sur les soins de santé à lui prodiguer lorsqu'il ne sera plus apte à les prendre par lui-même.

Testament de vie : Document dans lequel un patient précise ses volontés, soit ses directives médicales préalables, relativement à ses soins de santé et à ses soins personnels futurs et nomme un ou des mandataires pour prendre des décisions à son sujet lorsqu'il ne sera plus apte à les prendre par lui-même.

Procuration pour soins personnels : Document légal, préparé par un avocat, dans lequel le patient nomme une personne pour prendre des décisions concernant ses soins personnels et ses soins de santé.

POLITIQUE

1. Le personnel doit tenir compte du testament de vie présenté par le patient lors de son admission ou déjà présent dans son dossier.

2. Le personnel doit offrir aux patients qui le désirent l'occasion de rédiger un testament de vie. Voir le formulaire « Testament de vie » à l'annexe GEN.3.80.30 (1).

3. Un patient mentalement capable et âgé d'au moins 16 ans peut rédiger un testament de vie.

4. Le testament de vie entre en vigueur à l'instant où le patient est incapable de prendre des décisions. À partir de ce moment-là, les décisions de soins de santé doivent être prises par le mandataire (indiqué dans le testament de vie) en fonction des directives émises.

5. À la demande du patient, avec le support de l'équipe traitante, le médecin traitant conseille ce dernier en ce qui concerne la préparation d'un testament de vie.

6. Lorsque le patient remplit le testament de vie, le médecin traitant, s'il est présent, s'assure que le patient a :

   - la capacité de comprendre l'information pertinente liée à son état;
   - la capacité de traiter l'information de façon raisonnable pour en arriver à une décision éclairée;
   - la capacité d'évaluer sa situation clinique et les conséquences probables en cas d'intervention ou de non-réanimation;
   - la capacité de communiquer sa volonté de façon verbale ou non verbale.

7. Le testament de vie peut être révisé ou retiré par le patient en tout temps pourvu qu'il soit apte à le faire.

8. Le testament de vie dûment signé et valide d'un patient sera respecté par le médecin traitant avec le consentement du mandataire, à moins que le médecin ait des motifs raisonnables de supposer que les directives ne correspondent plus aux volontés du patient ou que celui-ci ne les a pas données en pleine connaissance de cause.

9. Si le mandataire consent, les traitements souhaités par le patient qui sont devenus médicalement inutiles ne seront pas entrepris ou seront cessés.

10. Si le patient a une procuration pour soins personnels, le mandataire nommé dans la procuration doit être la même personne que pour le testament de vie.

PROCÉDURE

1. Lors du processus d'admission :

   1.1 L'infirmière s'informe auprès du patient ou d'un membre de la famille de l'existence ou non d'un testament de vie ou d'une procuration pour soins personnels.

   1.2 Dans l'affirmative, elle vérifie s'ils sont au dossier. S'ils ne le sont pas, elle demande une copie, qui est versée au dossier.

1.3 Si le patient n'a pas de testament de vie, elle lui demande s'il veut obtenir de l'information à ce sujet. Si oui, elle lui remet un dépliant de renseignements ainsi que le formulaire « Testament de vie », annexe GEN.3.80.30 (1), et elle l'informe de l'importance de discuter à ce sujet avec son médecin traitant ainsi qu'avec sa famille.

2. Si le patient demande de l'aide au sujet de la préparation d'un testament de vie, le médecin :

   2.1 s'assure que le patient connaît son état de santé actuel;

   2.2 s'assure que le patient est apte à formuler des directives;

   2.3 s'assure que le patient comprend les limites de ce document;

   2.4 informe le patient de l'importance de rendre ses directives raisonnables et accessibles;

   2.5 informe le patient de l'importance de discuter de ses directives avec sa famille/ses proches.

3. Lorsque le testament de vie est apporté à l'admission ou préparé au cours du séjour à l'hôpital, il faut faire une copie et le verser au dossier, à la suite du formulaire « Non-réanimation cardiorespiratoire et niveaux de soins », le cas échéant.

4. Lors d'un transfert :

   4.1 Une copie du testament de vie est incluse dans les documents de transfert.

5. Au congé :

   5.1 Le testament de vie est mis sur le dessus du dossier médical par le personnel des archives, à la suite du formulaire « Non-réanimation cardiorespiratoire et niveaux de soins », le cas échéant.

6. Révision ou retrait :

   6.1 Le testament de vie peut être retiré du dossier à la demande du patient et il lui est remis.

   6.2 Dans le cas d'une révision, la nouvelle copie est placée à l'endroit prévu sur le dessus du dossier.

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS ADDITIONNELS

1. La procuration pour soins personnels a priorité sur le testament de vie, mais elle ne fournit pas de directives médicales. Ce sont donc des documents qui se complètent l'un l'autre.

RÉFÉRENCES

Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto : Testament de vie. Disponible à : http://www.jointcentreforbioethics.ca/tools/documents/jcb_testamentdevie.pdf

Remplace :	**Zone 1 : -**	**Zone 5 : -**
	Zone 4 : GEN-IV-C-100	**Zone 6 :** 2109

Information aux patients

Testament de vie

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Il est important de pouvoir décider des soins de santé que vous voulez recevoir. Il peut arriver un jour où, à cause d'un accident ou d'une maladie, vous ne pourrez plus dire vous-même ce que vous voulez.

En planifiant à l'avance, vous vous assurez que vos désirs sont connus et qu'ils seront respectés.

Tant que vous êtes capable de comprendre votre médecin et de communiquer avec lui, on vous demandera de décider vous-même mais si vous n'êtes plus capable de le faire, votre Testament de vie guidera votre médecin, votre famille et vos proches.

Les questions auxquelles il faut penser sont :

- Qui vous représentera pour prendre des décisions à votre place si vous ne pouvez plus le faire?
- Quels sont les traitements que vous voulez et ceux que vous ne voulez pas?
- Est-ce que vous voulez recevoir des traitements pour prolonger votre vie?

Planifier à l'avance vos soins en fin de vie, ça veut dire :

- En parler avec votre famille, vos proches et votre équipe de soins.
- Aider votre famille et vos proches en leur évitant d'avoir à décider pour vous sans connaitre vos désirs.
- Prévenir les conflits qui arriveraient si les membres de votre famille et vos proches ne s'entendent pas sur les traitements que devez ou ne devez pas recevoir.

Les décisions les plus difficiles portent sur les traitements pour prolonger la vie comme :

- la réanimation;
- le respirateur artificiel;
- l'hydratation par voie intraveineuse;
- l'alimentation artificielle par tube.

Qu'est-ce qu'un Testament de vie?

Le Testament de vie fait connaitre à l'avance vos désirs. Il vous permet de :

- préciser les soins que vous voulez recevoir;
- désigner votre mandataire;
- guider votre médecin, votre équipe soignante, votre famille et vos proches dans la prise de décisions.

Qu'est-ce qu'un mandataire?

Le mandataire est la personne que vous nommez pour prendre des décisions à votre place, en tenant compte de vos désirs, quand vous ne pourrez plus le faire vous-même.

Nommez une personne en qui vous avez confiance, qui fera respecter vos choix et qui accepte cette responsabilité.

Si vous avez une procuration pour soins personnels, vous devez nommer la même personne.

Votre testament de vie sera-t-il respecté?

Discutez de votre Testament de vie avec votre famille et vos proches. Prévenez les conflits qui peuvent arriver si un membre de votre famille s'oppose à votre testament de vie. Vous les aiderez à respecter vos volontés.

Le médecin et votre équipe de soins feront tout leur possible pour respecter vos volontés.

Notez que le testament de vie n'a pas de valeur légale au Nouveau-Brunswick. Si vous voulez un document légal, veuillez le faire en contactant un avocat pour rédiger une procuration pour soins personnels.

Avec qui devez-vous en parler?

Parlez de votre testament de vie à :

- votre médecin
- votre infirmière praticienne
- votre mandataire
- votre famille (conjoint, enfants) et vos proches.

Que devez-vous faire?

1. Demandez un formulaire de Testament de vie à votre médecin, votre infirmière ou un autre membre de votre équipe de soin. Le formulaire est également disponible sur le site web du Réseau de santé Vitalité à l'adresse **www.vitalitenb.ca**.
2. Signez le formulaire de Testament de vie.
3. Faites-le signer par votre mandataire et un témoin.
4. Donnez-en une copie :
   - à votre mandataire
   - à votre médecin
   - à votre famille
   - au service des archives clinique de l'hôpital pour votre dossier médical.
5. Pensez à réviser votre Testament de vie au moins une fois par année. Si vous le changez, remplacez toutes les anciennes copies par les nouvelles.
6. Votre Testament de vie demeure valide jusqu'à sa révision.

Testament de vie

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Directives pour les soins en fin de vie

Nom du patient :

Date de naissance : Numéro d'assurance-maladie :

État de santé actuel : ☐ Je suis en santé.

☐ Je suis atteint de maladie. Indiquez :

Prenez le temps de réfléchir avant de remplir ce formulaire. Pour chacune des cases, écrivez :

- « **Oui** » pour les traitements que vous **voulez** recevoir;
- « **Non** » pour les traitements que vous ne **voulez pas.**

Sachez que, quelles que soient vos décisions, vous recevrez toujours des soins de confort (soulagement de la douleur et de l'inconfort, accompagnement psychologique et spirituel).

	Maladie indiquée ci-haut	Maladie terminale	Atteinte cognitive (démence, Alzheimer, AVC, etc.)			Coma permanent
			légère	modérée	sévère	
Hydratation intraveineuse (IV)						
Alimentation artificielle						
Dialyse						
Réanimation cardiorespiratoire (RCR)						
Respirateur artificiel						
Transfusion sanguine						
Chirurgie de survie						
Antibiotiques de survie						
Autres						

Directives supplémentaires :

Signature du patient : Date :

Signature du témoin (autre que le mandataire) : Date :

Mandataire

Si je ne peux plus prendre de décisions sur mes traitements, je demande que mes volontés exprimées dans ce document soient respectées.

Pour des directives supplémentaires, j'autorise mon mandataire à prendre des décisions sur mes soins et traitements.

Nom du mandataire : Téléphone :

Signature du mandataire : Cell. :

Lien avec le patient :

Signature du patient : Date :

Signature du témoin (autre que le mandataire) :

Apportez une copie de ce document au Service des archives cliniques de l'hôpital et gardez l'original.

Donnez également une copie de ce document à votre mandataire, à votre médecin ainsi qu'à votre famille. Pensez à réviser votre testament de vie au moins une fois par année. Si vous le changez, remplacez toutes les anciennes copies par les nouvelles. Votre testament de vie demeure valide jusqu'à sa révision.

Définitions

Problèmes de santé

Maladie terminale : Maladie pour laquelle il n'y a pas de guérison connue et l'espérance de vie est de moins de six mois.

Atteinte cognitive : Perte progressive et irréversible des fonctions cérébrales. L'atteinte cognitive peut progresser graduellement au cours des mois et des années.

- Atteinte légère : La personne peut accomplir la majorité de ses activités de la vie quotidienne de façon autonome.
- Atteinte modérée : La personne peut vivre à son domicile mais a besoin d'aide quelques heures par jour.
- Atteinte sévère : La personne ne peut plus accomplir ses activités de la vie quotidienne. La personne a besoin d'aide jour et nuit.

Coma permanent : La personne est inconsciente d'une manière permanente.

Choix de traitement

Hydratation intraveineuse (IV) : Un petit tube est inséré dans le bras pour hydrater la personne à l'aide d'un soluté.

Alimentation artificielle (gavage) : Un tube est inséré dans l'estomac par le nez ou par un petit trou dans le ventre pour nourrir la personne.

Dialyse (rein artificiel) : Ce traitement remplace les fonctions normales du rein. Il faut être branché à une machine pendant plusieurs heures, plusieurs fois par semaine, par un tube qui entre dans le ventre ou dans les veines.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR) : Cette technique est utilisée pour faire repartir les battements d'un cœur qui a cessé de battre. La réanimation cardiorespiratoire peut impliquer que le patient soit maintenu en vie artificiellement par des machines, qu'il ne puisse pas parler et qu'il doive recevoir des médicaments pour rester endormi pendant qu'il est branché au respirateur.

Respirateur artificiel (machine à respirer) : Cet équipement est employé quand une personne ne peut plus respirer par elle-même.

Transfusion sanguine : Du sang est introduit dans une veine à l'aide d'une aiguille et d'un soluté.

Chirurgie de survie : Un large éventail de procédés qui nécessitent généralement une anesthésie. Sans intervention chirurgicale, le patient peut mourir en quelques heures ou quelques jours.

Antibiotiquesde survie : Médicaments utilisés dans le traitement d'infections potentiellement mortelles (ex. : pneumonie ou méningite). Ils sont parfois administrés par voie intraveineuse. Sans ces antibiotiques le patient peut mourir en quelques heures ou quelques jours.

Point 15.7

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 juin 2016

Objet : **Règles du personnel médical : 1ère partie – Sections 1 à 7**

Les sections 1 à 7 des Règles du personnel médical du Réseau de santé Vitalité, qui constituent la première partie d'une série de trois, ont été révisées légalement et soumises aux membres du personnel médical pour rétroaction. Cette première partie est maintenant soumise au Conseil d'administration pour approbation. Le processus de révision des parties deux et trois est en cours et elles seront soumises au Conseil d'administration pour approbation à l'automne 2016.

Proposition de résolution :
Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les sections 1 à 7 des Règles du personnel médical du Réseau de santé Vitalité, telles que présentées.

Soumis le 28 juin 2016 par Dre France Desrosiers, vice-présidente – Services médicaux, Formation médicale et Recherche.

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

RÈGLES DU PERSONNEL MÉDICAL

Ébauche le 26 mai 2016

Tables des matières

Contenu

Introduction....3

1. Conflit avec les règlements administratifs....3
2. Divisibilité....3
3. Procédures de réunion....3
   - 3.1 Avis de réunion régulière....3
   - 3.2 Réunions spéciales....4
   - 3.3 Ordre du jour des réunions....4
   - 3.4 Participation à distance....5
   - 3.5 Assiduité aux réunions....5
   - 3.6 Quorum....5
   - 3.7 Vote....5
   - 3.8 Preuve de vote....5
   - 3.9 Procès-verbaux....5
4. Comité médical consultatif (CMC)....6
   - 4.1 Composition du CMC....6
   - 4.2 Processus de sélection et nomination des membres du CMC....6
5. Comité médical consultatif local (CMCL)....6
   - 5.1 Composition du CMCL....6
   - 5.2 Processus de sélection des membres du CMCL....7
   - 5.3 Fonctions du CMCL....7
   - 5.4 Comités du CMCL....8
6. Médecin-chef local....8
   - 6.1 Nomination du médecin-chef local....8
   - 6.2 Mandat du médecin chef local....8
   - 6.3 Fonctions du médecin-chef local....8
7. Comité d'examen des titres (CET)....9
   - 7.1 Mandat du CET....9
   - 7.2 Composition du CET....10
   - 7.3 Réunions....10

Introduction

Tous les termes employés dans les présentes règles ont la même signification que ceux retrouvés dans la *Loi sur les régies régionales de la santé* et dans les règlements administratifs.

Dans les présentes règles, à moins que le contexte ne l'exige :

« CET » désigne le Comité d'examen des titres
« CHUDGLD » désigne le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
« FMC » désigne la formation médicale continue
« PPC » désigne le perfectionnement professionnel continu
« M-M » désigne morbidités et mortalités
« PEM » désigne le programme extra-mural
« POR » désigne la pratique organisationnelle requise
« PRSA » désigne le plan régional de santé et d'affaires
« Université » désigne l'université de Sherbrooke
« Réseau » désigne le Réseau de santé Vitalité

Un exemplaire des présentes règles doit être mis à la disposition du public dans les deux langues officielles, pendant les heures normales de bureau.

1. Conflit avec les règlements administratifs

S'il devait y avoir un conflit entre les présentes règles et les règlements administratifs, les règlements administratifs doivent avoir préséance.

2. Divisibilité

Si l'une des dispositions des présentes règles devait, pour quelque raison que ce soit, être déclarée invalide, illégale ou non exécutoire par un tribunal compétent, cette invalidité, illégalité ou non-applicabilité n'aura aucune incidence sur toute autre disposition ci-contre, et les présentes règles devront être interprétées comme si une telle disposition invalide, illégale ou non-exécutoire n'avait jamais fait partie de la présente.

3. Procédures de réunion

Le présent article s'applique aux réunions du CMC, du CMCL, CET, des départements/divisions/services ainsi que leurs comités respectifs. Aux fins du présent article, le terme « comité » réfère à tous ces comités, sauf indications contraires.

La conduite de toute réunion doit être réglée par le président de réunion en vertu des règlements administratifs, des présentes règles ou du code Morin, Procédures des assemblées délibérantes.

3.1 Avis de réunion régulière

Le calendrier des réunions du comité doit être établi et communiqué, dans un délai raisonnable, aux membres pour une période d'un an à l'avance.

Tout avis de réunion peut être communiqué par voie électronique, ou selon les modalités que le comité peut déterminer de temps à autre.

Sujet à l'article 3.3 des présentes règles, le président du comité est responsable d'établir l'ordre du jour.

3.2 Réunions spéciales

Les réunions spéciales se tiennent au besoin, à la demande du président du comité.

3.3 Ordre du jour des réunions

a) Ouverture ;
b) Adoption du procès-verbal de la réunion précédente ;
c) Affaires découlant du procès-verbal ;

Points permanents pour les départements :

d) Élaboration et suivi du plan de qualité ;
   - Revues M-M
   - Audits de révision de la qualité de l'acte médical
   - Mise en œuvre des meilleures pratiques
e) Tableau de bord PRSA et Qualité (objectifs cliniques) – obstacles et réussites ;
f) Suivi des POR ;
g) Réception des rapports du CMCL et du CMC ;
h) Réception des rapports du comité provincial de médicaments et thérapeutiques
i) Activités de FMC ou de PPC ;
j) Annuellement, procéder à la révision des attentes relativement aux comportements des médecins tel qu'il est prévu dans le Guide de gestion des plaintes et le Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick et les différentes politiques pertinentes au milieu du travail du Réseau de santé Vitalité (Santé et sécurité au travail, Harcèlement au travail, Violence en milieu de travail);
k) Tous les deux ans, procéder à la révision de la section du formulaire des exigences minimales pertinentes au département.

Points permanents pour les CMCL

l) Plans qualités ;
   - Révision, approbation et suivi des plans qualité par département ;
   - Tableau de bord PRSA et Qualité (objectifs cliniques) – obstacles et réussites
   - Suivi des POR
   - Réception des rapports des départements
   - Réception et suivi des recommandations des rapports de gestion des incidents des départements
m) Lecture des rapports du CMC ;
n) Réception des rapports de la direction médicale et du PDG ;
o) Privilèges et nominations ;
   - Nouvelles demandes
   - Suivi et évaluations des membres associés
   - Suivi et rappels des privilèges conditionnels
   - Révision et approbation des formulaires d'exigences minimales
   - Demande de changement ou de renouvellement de privilèges

Pour clôturer les réunions :

- Tableau des affaires en cours ;
- Affaires nouvelles ;
- Levée de la séance et date de la prochaine réunion.

3.4 Participation à distance

Lorsque la loi l'autorise, la participation aux réunions du comité peut se faire par téléphone ou par tout autre moyen de communication. Si une personne participe à une réunion conformément aux dispositions du présent article, elle est réputée être présente à la réunion.

3.5 Assiduité aux réunions

Les médecins actifs et les médecins associés doivent assister à un minimum de 50 p. 100 des réunions de leur département, division ou service, le cas échéant, entre le 1er juillet et le 30 juin de chaque année, faute de quoi, ils peuvent être assujettis à une rétrogradation de leurs privilèges avec avis au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

L'absence à une réunion ne peut être justifiée que par une maladie grave, une urgence familiale ou un relais de garde qui ne permettent aucune participation sur place ou à distance. Un médecin est dispensé de participer aux réunions en cas d'absence prolongée justifiée (p. ex, congé de maternité, année sabbatique).

Toute circonstance exceptionnelle pouvant justifier une absence peut être examinée par le président de réunion.

3.6 Quorum

La majorité des membres qui ont droit de vote lors de la réunion (50 p. 100 plus un) doivent être présents pour constituer le quorum. L'atteinte du quorum est nécessaire pour procéder au vote.

Si le quorum n'est pas atteint, le président peut, à sa discrétion, tenir une réunion d'information. Il est recommandé de dresser le procès-verbal de cette réunion d'information.

3.7 Vote

Les questions nécessitant l'approbation des membres du comité doivent être adoptées par la majorité des membres ayant droit de vote qui sont présents à la réunion (50% plus un). Les membres d'office n'ont pas droit de vote. Le président de réunion ne doit pas voter, sauf en cas d'égalité. Les membres peuvent voter par « oui » ou « non », ou à main levée. Le vote par procuration n'est pas autorisé.

3.8 Preuve de vote

Une déclaration du président d'une réunion d'un comité établissant qu'une résolution a été prise et une indication à cet effet dans le procès-verbal constituent la preuve de la résolution, sans qu'il y ait besoin de la preuve du nombre ou de la proportion de votes consignés pour ou contre une résolution. Les noms de l'auteur d'une motion et de la personne qui appuie chaque motion doivent être consignés dans les procès-verbaux.

3.9 Procès-verbaux

Les procès-verbaux originaux de toutes les réunions du CMC, des comités du CMC et des groupes cliniques doivent être conservés au siège social du Réseau, au bureau régional des services médicaux selon la *Loi hospitalière.* Une copie est distribuée à tous les membres du comité avant la réunion suivante et au médecin-chef pour la réunion suivante du CMC.

Les procès-verbaux originaux du CMCL, des départements, des divisions ou des services, et des comités du CMCL doivent être conservés au bureau des services médicaux locaux. Une copie est envoyée aux membres du comité avant la réunion suivante, et au médecin-chef local, pour la réunion suivante du CMCL, et au médecin-chef pour la prochaine réunion du CMC.

Tous les procès-verbaux sont mis à la disposition de tous les membres du personnel médical.

4. Comité médical consultatif (CMC)

4.1 Composition du CMC

Le CMC doit être composé d'un minimum de huit (8) membres et d'un maximum de quinze (15) membres ayant droit de vote, incluant le médecin-chef qui préside le CMC.

Les individus suivants sont membres du CMC :

- Médecin-chef, Zone 1B
- Médecin-chef, Zone 4
- Médecin-chef, Zone 5
- Médecin-chef, Zone 6

Le conseil nomme les autres membres du CMC en visant une représentativité équitable des quatre zones et des spécialités suivantes :

- Médecine de famille en milieu urbain
- Médecine de famille en milieu rural
- Médecine d'urgence
- Interniste (d'un centre tertiaire)
- Interniste 2
- Chirurgie 1
- Chirurgie 2
- Programme mère-enfant ou pédiatrie
- Psychiatrie
- Médecine diagnostique

En plus du président du CPC et du PDG, un représentant du Réseau qui est responsable de la qualité et un responsable de la pratique professionnelle sont nommés en tant que membre d'office, sans droit de vote.

Le CMC peut également inviter les chefs de départements régionaux et les chefs des groupes cliniques à assister et à participer aux réunions mais ceux-ci n'ont pas droit de vote.

4.2 Processus de sélection et nomination des membres du CMC

Le CMC fait ses propositions de nomination au conseil en tenant compte des consultations effectuées dans les zones par les médecins-chefs locaux, les directeurs médicaux et auprès des membres du CMC.

5. Comité médical consultatif local (CMCL)

Le CMCL se rapporte au CMC et il appuie ce dernier à l'intérieur de sa zone.

5.1 Composition du CMCL

Chaque CMCL doit comprendre au moins huit (8) membres et au plus quinze (15) membres ayant droit de vote, incluant le médecin-chef local qui préside le CMCL.

Les sept (7) personnes suivantes sont membres du CMCL :

- Chef de la médecine générale
- Chef de la médecine interne
- Chef de la chirurgie
- Chef de l'anesthésie
- Chef de mère-enfant
- Chef de la psychiatrie

- Chef des services diagnostiques
- Président de l'OPML

Le conseil nomme les autres membres du CMCL de façon à ce que les établissements ou les services suivants soient représentés :

- Pour la Zone 1B - l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent
- Pour la Zone 4 - l'Hôpital général de Grand-Sault et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin
- Pour la Zone 5 - le Centre communautaire St-Joseph
- Pour la Zone 6 - les hôpitaux de Caraquet, Tracadie et Lamèque
- Un ou des représentants provenant des services communautaires suivants ;
  - PEM;
  - Santé publique et Santé mentale communautaire;
  - Service de traitement des dépendances; ou
  - Tout autre département existant

Un représentant de la direction médicale et le PDG, ainsi qu'un un représentant des programmes cliniques sont nommés en tant que membre d'office, n'ayant pas de droit de vote.

5.2 Processus de sélection des membres du CMCL

Le CMC fait ses propositions de nomination au conseil en tenant compte des consultations effectuées dans les zones par les médecins-chefs locaux, les directeurs médicaux et le PDG et auprès du CMCL.

Sauf autorisation contraire explicite dans les règlements administratifs ou dans les règles ou sauf autorisation contraire du PDG un membre du CMCL n'occupera aucun autre poste majeur ou aucun poste au sein du personnel médical ou de toute autre organisation qui pourrait entrer en conflit avec ses fonctions de membre du CMCL.

5.3 Fonctions du CMCL

Le CMC peut déléguer au CMCL les fonctions suivantes :

a) conseiller le CMC sur la nomination du personnel médical et sur les privilèges des membres du personnel médical;
b) faire des recherches sur des questions exigeant de l'expertise médicale;
c) prendre les dispositions appropriées pour la supervision de tous les départements médicaux, les services des adjoints aux médecins, les services dentaires et les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale;
d) coordonner les activités et les politiques générales des divers départements/divisions/services;
e) recevoir les rapports de tous les comités du personnel médical et de tous les départements et agir conformément à ces rapports;
f) recevoir les rapports des activités de révision de la qualité de l'acte et faire le suivi des recommandations;
g) conseiller le PDG sur les questions concernant les normes relatives à l'exercice de la médecine au sein de la zone et superviser l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de ses départements, en s'assurant de suivre les meilleures pratiques et les indicateurs de performance recommandés par les groupes cliniques;
h) mettre en œuvre les politiques approuvées par le conseil en ce qui concerne l'exercice de la médecine, dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la zone;
i) conseiller le CMC sur les questions de qualité des soins médicaux et de sécurité;
j) prendre toutes les mesures raisonnables pour garantir une conduite professionnelle éthique de la part de tous les membres du personnel médical de la zone;

k) aider le PDG à respecter les normes requises par les programmes d'agrément;
l) entendre les griefs et les différends entre les membres du personnel médical et agir en tant que médiateur entre les parties concernées, sauf dans les cas qui traitent de compétence professionnelle, mauvaise conduite, de négligence, de discipline, ou à tout autre cas prévu à l'article C.7 et dans l'alinéa B.11.3.2 m) des règlements administratifs;
m) remplir les fonctions établies dans les règlements administratifs relativement aux programmes d'agrément;
n) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux plaintes et à la discipline;
o) recevoir les rapports de gestion des incidents des départements et faire le suivi des recommandations;
p) informer régulièrement le personnel médical des activités du CMCL;
q) si nécessaire, établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions;
r) conseiller le PDG et la direction médicale locale en ce qui a trait à la planification des ressources et de l'équipement;
s) remplir d'autres fonctions dictées par le CMC.

5.4 Comités du CMCL

Un CMCL peut nommer, à l'occasion, les sous-comités qu'il juge appropriés. Le président, les membres, le mandat et les fonctions des comités d'un CMCL doivent être déterminés par le CMCL.

6. Médecin-chef local

6.1 Nomination du médecin-chef local

Le médecin-chef nomme le médecin-chef local en tenant compte des consultations effectuées dans la zone, incluant le PDG, un représentant médical, un ou des représentants du CMCL et un représentant de l'OPML.

6.2 Mandat du médecin chef local

Le médecin-chef local est nommé pour un mandat de cinq (5) ans et doit être admissible pour un autre mandat ne devant pas dépasser cinq (5) ans. Annuellement, la nomination du médecin-chef local est soumise à un examen et à la confirmation par le conseil.

6.3 Fonctions du médecin-chef local

Chaque médecin-chef local est responsable devant le médecin-chef de la qualité des soins prodigués par le personnel médical dans les établissements, les programmes et les services de sa zone. Le médecin-chef local appuie le médecin-chef dans ses fonctions. Notamment, il doit :

a) présider le CMCL;
b) dans les limites permises par les ressources du Réseau, veiller à ce que le personnel médical maintienne un niveau élevé de soins aux patients dans tous les établissements conformément aux lois et à leurs règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles des départements, aux normes de délivrance des permis et d'agrément ainsi qu'aux normes des facultés de médecine affiliées;
c) travailler par l'intermédiaire des chefs de département et en collaboration avec ces derniers, et superviser les soins dispensés par le personnel médical à tous les patients de la zone;
d) recevoir tous les rapports du personnel médical ou de l'administration concernant des situations qui pourraient avoir un effet défavorable sur les soins aux patients dans un établissement et y réagir par l'entremise des canaux appropriés;
e) exercer un pouvoir de supervision sur les membres du personnel médical en ce qui concerne les soins aux patients;

f) remplir les fonctions prévues dans les règlements administratifs concernant les plaintes déposées à l'encontre des membres du personnel médical;
g) rencontrer chaque nouveau membre du personnel médical ou faire en sorte qu'il rencontre son chef de département afin qu'il possède les connaissances nécessaires relativement aux lois et à leurs règlements, aux règlements administratifs, aux présentes règles et aux politiques pertinents en ce qui concerne les soins aux patients;
h) veiller, par l'entremise des chefs de département, à ce que le personnel médical soit tenu informé des changements aux politiques, aux objectifs, aux règlements et aux règles du Réseau relatifs aux soins des patients;
i) veiller à ce que tous les membres du personnel médical participent aux séances de formation médicale continue et de perfectionnement professionnel continu;
j) documenter et tenter de résoudre les questions importantes concernant des membres individuels du personnel médical, en collaboration avec le directeur médical de la zone;
k) promouvoir et maintenir une organisation clinique efficace et efficiente du personnel médical;
l) promouvoir et maintenir une communication productive et coopérative entre le personnel médical et l'administration locale;
m) aider l'administration locale à établir une planification à court terme et à long terme;
n) être membre avec droit de vote de tout comité local sur les services cliniques, la qualité et l'utilisation;
o) être membre d'office de tous les sous-comités du CMCL, établis selon la structure médicale, sauf du CET, où il peut être invité au besoin.
p) être membre du comité des ressources médicales et aider le directeur médical à planifier et à gérer les exigences en matière de ressources médicales des divers départements;
q) veiller, en collaboration avec le directeur médical à ce qu'un examen annuel de la performance des chefs de département soit mené et formuler des recommandations sur le renomination des chefs de département au personnel médical;
r) assumer des fonctions et des responsabilités autres, pouvant parfois lui être attribuées par le médecin-chef régional ou étant établies dans les règles;
s) assurer la gestion de certains groupes cliniques;
t) rendre compte au médecin-chef au moyen d'un rapport annuel écrit.

7. Comité d'examen des titres (CET)

7.1 Mandat du CET

Relevant du CMCL, le CET examine les demandes de tous les candidats qui désirent devenir membres du personnel médical et dentaire. Il examine également toutes les demandes relatives à la modification, au renouvellement et à l'ajout de privilèges. Il formule ensuite ses recommandations à l'intention du CMCL.

Advenant le cas qu'il n'y ait pas de CMCL dans une zone donnée, le CMC a la responsabilité de former un CET qui relève du CMC.

Dans l'éventualité de la dissolution ou de l'impossibilité de nommer un CET, le médecin-chef local a la responsabilité de nommer un CET ad hoc d'urgence constitué d'au moins deux (2) membres et d'au plus quatre (4) membres.

7.2 Composition du CET

Le CET est composé d'au moins trois (3) membres votants du personnel médical/dentaire nommés par le CMCL. Les membres du CET ne peuvent faire partie d'un autre comité touchant l'organisation du personnel médical, tel que le CMCL, le CMC et le comité exécutif de l'OPM.

Le CMCL nomme l'un des membres du CET comme président pour un mandat de deux (2) ans. Le président peut être nommé pour un second mandat de deux (2) ans.

7.3 Réunions

Les réunions du CET doivent se tenir avant chaque réunion du CMCL ou du CMC afin d'assurer la bonne conduite du processus de nomination et de renomination.

La révision linguistique et la traduction des nos 1 à 7 sont finalisées.

Formulaire d'évaluation

Réunion publique du Conseil d'administration

Le but de ce formulaire est d'évaluer l'efficacité globale du processus de la réunion publique du Conseil d'administration. Veuillez s.v.p. classer les éléments suivants sur une échelle de 1-5, où un "1" ne répond pas à vos attentes et un "5" dépasse vos attentes. Cette évaluation nous guidera afin de savoir où les changements peuvent être effectués dans le but d'accroître notre productivité.

	Dépasse vos attentes		Rencontre vos attentes	Ne réponds pas à vos attentes	
1) Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	5	4	3	2	1
2) La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	5	4	3	2	1
3) La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	5	4	3	2	1
4) La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	5	4	3	2	1
5) La direction était préparée et impliquée.	5	4	3	2	1
6) Les membres du conseil étaient préparés.	5	4	3	2	1
7) Les membres du conseil ont participé aux discussions.	5	4	3	2	1
8) Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	5	4	3	2	1
9) Les discussions étaient pertinentes.	5	4	3	2	1
10) La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	5	4	3	2	1
11) Les suivis identifiés étaient clairs.	5	4	3	2	1
12) Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	5	4	3	2	1
13) Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	5	4	3	2	1
14) Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés ?	5	4	3	2	1

Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour plus amples commentaires :

_____

_____

_____

Veuillez nous fournir des idées au niveau de l'éducation ou des discussions génératives pour des sujets de discussion futurs :

_____

_____

_____

Remettre le formulaire complété à l'adjointe administrative du P.-D.G. Merci!

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK