

AVIS DE RÉUNION ☒

PROCÈS-VERBAL ☐

Point 3

|   |                          |                        |  |           |                               |    |
|---|--------------------------|------------------------|--|-----------|-------------------------------|----|
| <b>Titre de la réunion :</b>  | Conseil d'administration | <b>Date et heure :</b> | Le 13 février 2018 à 13 heures                   |           |                               |    |
| <b>But de la réunion :</b>  | Réunion publique         | <b>Endroit :</b>       | Best Western Plus - Bathurst<br>Salle Tetagouche |           |                               |    |
| <b>Présidente :</b>   | Michelyne Paulin         |                        |  |           |                               |    |
| <b>Secrétaire :</b>   | Sonia Haché-Lanteigne    |                        |  |           |                               |    |
| <b>Participants</b>   |                          |                        |  |           |                               |    |
| <b>Membres</b>  |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        |  |           |                               |    |
| Lucille Auffrey   |                          | Wes Knight             |  |           | Michelyne Paulin (Présidente) |    |
| Pauline Bourque   |                          | Brenda Martin          |  |           | Denis M. Pelletier            |    |
| Rita Godbout (Trésorière)   |                          | Norma McGraw           |  |           | Sonia A. Roy                  |    |
| Gabriel Godin (Vice-président)  |                          | Gaitan Michaud         |  |           | Claire Savoie                 |    |
| Emeril Haché  |                          | Jean-Marie Nadeau      |  |           | Anne C. Soucie                |    |
| <b>Membres d'office</b>   |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        |  |           |                               |    |
| Gilles Lanteigne  |                          | Dre Nicole LeBlanc     |  |           | Janie Levesque                |    |
| <b>Équipe de leadership</b>   |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        |  |           |                               |    |
| Gisèle Beaulieu   |                          | Dre France Desrosiers  |  |           | Stéphane Legacy               |    |
| Réjean Bédard<br>(remplace Pierre Verret)   |                          | Jacques Duclos         |  |           | Johanne Roy                   |    |
| <b>ORDRE DU JOUR</b>  |                          |                        | Pour   | Documents |                               |    |
|   |                          |                        |  | NC        | NI                            | AD |
| <b>1. Ouverture de la réunion</b>   |                          |                        |  |           |                               |    |
| <b>2. Constatation de la régularité de la réunion</b>   |                          |                        |  |           |                               |    |
| <b>3. Adoption de l'ordre du jour</b>   |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        | D  |           |                               | ✓  |
| <b>4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b>   |                          |                        |  |           |                               |    |
| <b>5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 5 décembre 2017</b>                                  |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        | D  |           |                               | ✓  |
| <b>6. Questions découlant du procès-verbal et suivis</b>  |                          |                        |  |           |                               |    |
| 6.1 Privatisation des services  |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        | I  | ✓         |                               | ✓  |
| <b>7. Rapport du président-directeur général</b>  |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        | I  | ✓         |                               | ✓  |
| <b>8. Rapports des comités</b>  |                          |                        |  |           |                               |    |
| 8.1 Comité exécutif (aucune réunion)  |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        |  | ✓         |                               |    |
| 8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature (22 janvier 2018)                                 |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        | D  | ✓         |                               | ✓  |
| 8.3 Comité des finances et de vérification (23 janvier 2018)  |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        | D  | ✓         |                               | ✓  |
| 8.4 Comité du service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (23 janvier 2018) |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        | D  | ✓         |                               | ✓  |
| 8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation (aucune réunion)                            |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        |  | ✓         |                               |    |
| 8.6 Comité médical consultatif (rapport – 16 janvier 2018)  |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        | D  | ✓         |                               | ✓  |
| 8.7 Comité professionnel consultatif (rapport – 9 janvier 2018)                                       |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        | D  | ✓         |                               | ✓  |
| <b>9. Privilèges temporaires des médecins</b>   |                          |                        |  |           |                               |    |
|   |                          |                        | D  | ✓         |                               | ✓  |

Légende :

Pour :

Documents :

D = Décision

I = Information

C = Consultation

NC = Note couverture

NI = Note d'information

AD = Autres documents

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <b>10. Correspondance</b>  | I | ✓ |  | ✓ |
| <b>11. Documentation pour les membres</b>  |   |   |  |   |
| 11.1 Sustaining and growing a winning culture (Claire Savoie)                        | I | ✓ |  | ✓ |
| <b>12. Histoire d'une expérience d'un patient</b>                                    |   |   |  |   |
| 12.1 Vivre avec une douleur chronique - Présentation                                 | I | ✓ |  | ✓ |
| <b>13. Relations avec la communauté/services offerts</b>                             |   |   |  |   |
| 13.1 Transformation réussie vers un modèle de services communautaires - Présentation | I | ✓ |  | ✓ |
| <b>14. Autres points</b>   |   |   |  |   |
| 14.1 Horaire des réunions du Conseil d'administration de septembre 2018 à juin 2019  | D | ✓ |  | ✓ |
| <b>15. Levée de la réunion</b>   | D |   |  |   |
| <b>16. Évaluation de la réunion</b>  | C | ✓ |  | ✓ |
| <b>17. Dialogue avec le public</b>   |   |   |  |   |

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL  Point 5

|   |                          |   |                                |   |   |
|---|--------------------------|---|--------------------------------|---|---|
| <b>Titre de la réunion :</b>  | Conseil d'administration | <b>Date et heure :</b>  | Le 5 décembre 2017 à 13 heures |   |   |
| <b>But de la réunion :</b>  | Réunion publique         | <b>Endroit :</b> Four Points by Sheraton à Edmundston<br>Salle République |                                |   |   |
| <b>Présidente :</b>   | Michelyne Paulin         |   |                                |   |   |
| <b>Secrétaire :</b>   | Sonia Haché-Lanteigne    |   |                                |   |   |
| <b>Participants</b>   |                          |   |                                |   |   |
| <b>Membres</b>  |                          |   |                                |   |   |
| Lucille Auffrey   | √                        | Wes Knight  | √                              | Michelyne Paulin (présidente)             | √ |
| Pauline Bourque   | √                        | Brenda Martin   | x                              | Denis M. Pelletier                        | √ |
| Rita Godbout (trésorière)   | √                        | Norma McGraw  | √                              | Sonia A. Roy                              | √ |
| Gabriel Godin   | √                        | Gaitan Michaud  | √                              | Claire Savoie                             | √ |
| Emeril Haché  | √                        | Jean-Marie Nadeau   | √                              | Anne C. Soucie (vice-présidente)          | √ |
| <b>Membres d'office</b>   |                          |   |                                |   |   |
| Gilles Lanteigne  | √                        | Dre Nicole LeBlanc  | √                              | Janie Levesque                            | √ |
| <b>Équipe de leadership</b>   |                          |   |                                |   |   |
| Gisèle Beaulieu   | √                        | Jacques Duclos  | √                              | Johanne Roy                               | √ |
| Dre France Desrosiers   | √                        | Stéphane Legacy   | √                              | Réjean Bédard<br>(remplace Pierre Verret) | √ |
| <b>PROCÈS-VERBAL</b>  |                          |   |                                |   |   |
| <b>1. Ouverture de la réunion</b><br>La présidente du Conseil d'administration souhaite la bienvenue aux participants et elle déclare la réunion ouverte à 13 h 05.   |                          |   |                                |   |   |
| <b>2. Constatation de la régularité de la réunion</b><br>La réunion a été dûment convoquée et le quorum est atteint.  |                          |   |                                |   |   |
| <b>3. Adoption de l'avis de réunion</b><br>L'avis de réunion est présenté pour approbation.<br><br><b><u>MOTION 2017-12-05 / 01P</u></b><br>Proposé par Denis M. Pelletier<br>Appuyé par Sonia A. Roy<br>Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'avis de réunion.<br><b>Adopté à l'unanimité.</b>  |                          |   |                                |   |   |
| <b>4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b><br>Aucun conflit d'intérêts n'est signalé.  |                          |   |                                |   |   |
| <b>5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 17 octobre 2017</b><br>Le procès-verbal de la réunion du 17 octobre 2017 est présenté pour approbation.<br><br><b><u>MOTION 2017-12-05 / 02P</u></b><br>Proposé par Jean-Marie Nadeau<br>Appuyé par Gaitan Michaud<br>Et résolu que le Conseil d'administration adopte le procès-verbal de la réunion du 17 octobre 2017.<br><b>Adopté à l'unanimité.</b>                      |                          |   |                                |   |   |
| <b>6. Questions découlant du procès-verbal et suivis</b><br><b>6.1 Privatisation des services</b><br>Depuis la dernière rencontre, les appuis et la mobilisation citoyenne contre le transfert des services du PEM se sont généralisés. Plusieurs autres groupes, associations et citoyens ont signifié leur inquiétude. Quotidiennement, les journaux sont inondés de lettre au lecteur et articles dont la quasi-majorité est |                          |   |                                |   |   |

favorable au maintien des services du Réseau de santé Vitalité.

Sous le leadership de l'Association francophone des aînés du N.-B. et de Senior Coalition avec, respectivement M. Jean-Luc Bélanger et Cecile Cassista, de nombreuses rencontres dans plusieurs communautés ont été tenues. La participation à ces sessions d'information a été très importante. Des représentants du Réseau de santé Vitalité ont participé activement à ces rencontres en contribuant aux présentations. Il en a été de même de plusieurs associations. Plusieurs membres du Conseil d'administration ont aussi été très actifs dans les rencontres qui se tenaient dans leur communauté.

Sous l'initiative de la Présidente et avec le support de plusieurs membres, le Réseau a publié un communiqué de presse le 22 novembre dernier exprimant leurs inquiétudes au projet de Loi 5 et suite au refus du premier ministre de rencontrer le Conseil d'administration.

Des rapports de presse quotidienne sont partagés aux membres du Conseil d'administration et les autres correspondances pertinentes au Programme extra-mural.

Deux questions sont posées par Mme Norma McGraw, membre du Conseil d'administration : Jusqu'à quel point la Régie va-t-il mobiliser ses ressources afin de s'assurer que la population ne fasse pas les frais d'un tel transfert et jusqu'à quel point nous allons prioriser cette transition au détriment de la mise en œuvre de notre plan stratégique de nos communautés.

Une lettre d'appui du directeur de la santé des premières nations d'Eel River Bar est lue par le PDG.

On constate l'inquiétude de l'intensité de la participation du Réseau de santé Vitalité aux nombreux comités et la ressource mobilisée dans cette situation, au détriment des services livrés à nos patients.

Dre Nicole Leblanc, médecin-chef régionale, réitère l'inquiétude des médecins. La Société médicale disait que les médecins étaient pour ce transfert, mais Dre Leblanc affirme, comme présidente du Comité médical consultatif régional, n'avoir jamais été consultée face à cette décision, qui est très inquiétante. Décision prise par le Conseil de la Société médicale et qui ne représente pas le corps médical du Réseau de santé Vitalité qui, lui, maintient ses inquiétudes par rapport à la qualité de soins qui sera offerte aux patients.

Une préoccupation est également soulevée suite au projet loi 5 présentement à l'étude par les parlementaires.

Entre-temps, plusieurs personnes sont impliquées dans le processus de transition. Cependant, la position du Réseau de santé Vitalité demeure la même bien que plusieurs des intervenants doivent contribuer à la démarche. Les personnes qui contribuent aux travaux des nombreux comités mis en place par le ministère de la Santé pour supporter la réalisation du transfert de responsabilités, ont été invités à exprimer que le fait de participer aux travaux ne signifie pas que le Réseau de santé Vitalité est d'accord avec la décision, bien au contraire puisque le Conseil d'administration a réintégré à plusieurs reprises qu'il s'oppose au transfert du programme de l'extra mural.

La présidente mentionne que l'avocat d'Égalité Santé en Français inc. a demandé de rencontrer et d'interviewer le PDG du Réseau de santé Vitalité en soutien à la préparation de leur dossier. Ce serait important d'autoriser le PDG à accepter une telle rencontre.

#### **MOTION 2017-12-05 / 03P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Emeril Haché

Et résolu que le Conseil d'administration autorise le PDG du Réseau de santé Vitalité à rencontrer et être interviewé par l'avocat d'Égalité Santé en Français inc., dans leur préparation de leur dossier légal.

**Vote : 13 pour, 0 contre et 1 abstention**

**Adopté**

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

Le rapport couvre la période du 10 octobre au 17 novembre 2017. Il vise à informer les membres des principaux accomplissements liés à l'atteinte des objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau. Voici les sujets inclus :

- Engagement du personnel et du corps médical

- Engagement en matière de langues officielles
- Gestion des ressources financières et matérielles
  - Projets majeurs d'infrastructure
- Gestion des ressources humaines
  - Nominations pour les Prix de mérite
- Relations avec nos partenaires et groupes communautaires
  - Services de chimiothérapie à Grand-Sault et à Saint-Quentin
  - Relations avec les membres des Premières nations
  - Partenariats avec les fondations de l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent et de l'Hôpital de Tracadie-Sheila
- Gestion stratégique / Communication
  - Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats
- Mise en œuvre d'une culture de la qualité et de la sécurité des patients
  - Semaine nationale de la sécurité des patients
  - Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques
- Relations avec le Conseil d'administration
  - Rencontres et démarches de représentation
  - Vœux à l'occasion de la période des Fêtes

Le PDG mentionne qu'une rencontre a eu lieu le 31 octobre dernier avec tous les présidents et les directeurs des fondations du Réseau de santé Vitalité.

## **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. L'évaluation mi-année de l'évaluation du PDG a été faite par la présidente et le vice-président.

### **8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature**

Lucille Auffrey, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 14 novembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Dialogue avec le public (Motion 2017-11-14 / 03GMC)
- Plan de travail – Règlements administratifs – Section médicale
- Gabarit – Note d'information

#### **MOTION 2017-12-05 / 04P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 14 novembre 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

#### **MOTION 2017-12-05 / 05P**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Denis M. Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : Motion 2017-11-14 / 03GMC du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 14 novembre 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

### **8.3 Comité des finances et de vérification**

Rita Godbout, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 21 novembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Stratégies mises en place pour réduire les coûts – TSNB: États financiers au 31 juillet 2017 (MOTION 2017-09-26 / 04FV)
- Stratégies mises en place pour réduire les coûts – TSNB (suite)
- Budgets capitaux 2018-2019 (MOTION 2017-11-21 / 03FV)
- Fonds non partageables
- États financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2017 (MOTION 2017-11-21 / 04FV et MOTION 2017-11-21 / 05FV)

**MOTION 2017-12-05 / 06P**

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 21 novembre 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-12-05 / 07P**

Proposé par Emeril Haché

Appuyé par Denis M. Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-11-21 / 03FV, MOTION 2017-11-21 / 04FV et MOTION 2017-11-21 / 05FV du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 21 novembre 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

**8.4 Comité du service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité**

Norma McGraw, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 21 novembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Nominations – Membres cliniques réguliers au Comité d'éthique de la recherche (MOTION 2017-11-21 / 03SCGQS)
- Rapports

**MOTION 2017-12-05 / 08P**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 21 novembre 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-12-05 / 09P**

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2017-11-21 / 03SCGQS du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 21 novembre 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

**8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation**

Pauline Bourque, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 20 novembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Intégration des échéanciers pour le plan d'action de la mission universitaire
- Centre académique de santé
- Plan de communication du développement de la mission universitaire
- Réseaux apprenants
- Documents soumis à titre d'information:
  - Mise à jour du plan d'action Recherche 2016-2018
  - Mise à jour de la liste des projets de recherche

**MOTION 2017-12-05 / 10P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la réunion du 20 novembre 2017 du Comité stratégique de la recherche et de la formation.

**Adopté à l'unanimité.**

**8.6 Comité médical consultatif**

Dre Nicole LeBlanc présente son rapport à titre de médecin-chef régionale. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- L'implantation de la structure médicale du Réseau de santé Vitalité; la nomination des nouveaux chefs

de départements, de divisions et de services;

- Le processus de révision des exigences pour le processus d'octroi des privilèges.

Dre LeBlanc présente également, en tant que présidente du comité, le rapport. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Pas de réunion du CMCR depuis le dernier CA - réunion du 7 novembre annulée;
- Par contre, un vote électronique a eu lieu le 22 novembre pour nomination des nouveaux chefs de départements / divisions / services. On note que cette motion a été adoptée à l'unanimité et non à majorité;
- Nominations des chefs de départements locaux et division locale;
- Nomination des chefs de départements régionaux, division régionale et groupes cliniques régionaux.

**MOTION 2017-12-05 / 11P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la Médecin-chef régional et de la présidente du Comité médical consultatif.

**Adopté à l'unanimité.**

**8.7 Comité professionnel consultatif**

Janie Lévesque, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 19 septembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Nouveaux membres (MOTION 2017/11/15 03CPC)
- Rapport sur la prévention des infections – liste des infrastructures qui demande des rénovations
- Politique – Communication par texte et courriel (MOTION 2017/11/15 04CPC)
- Audit de dossier patient
- Politique GEN.3.40.65 Médicaments de niveau à alerte élevé
- Présentation des rapports suivants :
  - Satisfaction des patients hospitalisés
  - Satisfaction des patients à l'urgence
  - Tableau comparatif des plaintes
  - Agrément Canada
  - Gestion intégrée des risques (Données sur les incidents rapportés)

**MOTION 2017-12-05 / 12P**

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Wes Knight

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 15 novembre 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-12-05 / 13P**

Proposé par Denis M. Pelletier

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017/11/15 03CPC et MOTION 2017/11/15 04CPC du Comité professionnel consultatif du 15 novembre 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

**9. Privilèges temporaires des médecins**

La vice-présidente – Services médicaux, Formation et Recherche a octroyé des privilèges temporaires depuis la dernière réunion du Conseil d'administration (du 7 octobre au 17 novembre 2017). La liste est présentée pour ratification.

**MOTION 2017-12-05 / 14P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration entérine tel quel la liste des privilèges temporaires du du 7 octobre au 17 novembre 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

**10. Correspondance**

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

**11. Documentation pour les membres**

Trois articles sont distribués aux membres :

- An organizational model for Excellence in Healthcare Delivery (Janie Lévesque)
- Governance practices in an era of Healthcare transformation (Gilles Lanteigne)
- Strategic Clinical Networks in Alberta (Dre Desrosiers)

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

**12. Histoire d'une expérience d'un patient**

**12.1 L'importance de la présence de la famille**

Monsieur Pierre Paillard a nécessité des soins de santé à l'Hôpital régional d'Edmundston en mars 2016. Il partagera son expérience comme patient et l'importance de la présence de sa famille durant son hospitalisation, qui fut d'une durée de 6 semaines.

De plus, il a participé comme patient partenaire à la cybercollaboration « Meilleurs ensemble : Main dans la main avec la famille » offert par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Le but de cette collaboration était de mettre en place l'approche de la présence de la famille ou du partenaire de soins au sein du Réseau de santé Vitalité. Il a également participé au groupe de discussion sur l'expérience patient lors de la visite d'Agrément Canada de juin 2017.

De cette initiative a découlé la mise en place de la politique sur la présence de la famille / partenaire de soins. Cette nouvelle politique encourage la présence familiale et accorde à un proche ou à une autre personne désignée à titre de « partenaire de soins » le droit de participer à la prestation des divers soins de santé, à la prise décision ainsi que de demeurer au chevet du patient à toute heure du jour ou de la nuit afin d'offrir le soutien émotionnel et physique dont le patient a besoin.

Pour la rencontre, nous avons un témoignage direct de M. Paillard avec l'appui de Mme Mélanie Morin, conseillère à l'expérience patient. Une présentation était jointe à la documentation.

**13. Relations avec la communauté/services offerts**

Il n'y aura pas de présentation des relations avec la communauté ou des services offerts à cette réunion. Ce sujet est remis à la prochaine réunion.

**14. Autre sujet**

**14.1 Processus de priorisation et de financement des projets capitaux**

Monsieur Martin Pelletier, directeur principal des Services de soutien offre une présentation des projets capitaux du Réseau de santé Vitalité.

**15. Levée de la réunion**

Sonia A. Roy propose la levée de la réunion à 15 h 15.

**16. Évaluation de la réunion**

Les membres du Conseil d'administration sont invités à faire l'évaluation de la réunion.

**17. Dialogue avec le public**

Le dialogue avec le public a lieu.

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Questions découlant du procès-verbal et suivis du procès-verbal du 5 décembre 2017**

6.1 Privatisation des services

La gestion du Programme extra-mural vers Medavie a été transférée le 1er janvier 2018. À la demande du ministère de la Santé, les deux réseaux de santé ont accepté de collaborer afin d'assurer la transition de certains services de soutien. Ce support ne devrait pas s'étendre au-delà du 30 juin 2018 et pour l'instant rien ne laisse présager que cette collaboration sera requise plus longuement.

Toujours tel que convenu, les services de réadaptation scolaire ont été maintenus avec les réseaux de santé.

Pour ce qui est des services d'entretien ménager, alimentaire et de brancardiers, on se souviendra que la dernière mise à jour faisait état de la création de plusieurs chantiers de travail sous la gouverne de 5 ministres du gouvernement et de 3 leaders syndicaux. Un de ses chantiers se concentrait spécifiquement sur l'impartition de services publics au secteur privé.

Madame Gisèle Beaulieu fait partie de ce comité de travail. À ce jour, il y a eu quelques rencontres. Les travaux progressent normalement et ils devraient aboutir sur des recommandations au comité de gouvernance qui par la suite serait acheminée au gouvernement.

Entre-temps, le premier ministre a annoncé qu'il pourrait possiblement ne pas donner suite au projet de privatisation des services de l'entretien ménager, alimentaires et de brancardiers.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Rapport du président-directeur général**

Le rapport du président-directeur général ici-bas couvre la période du 18 novembre 2017 au 2 février 2018. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2017-2020 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau. Une courte présentation sur ce rapport sera faite à la réunion et les membres auront l'occasion de poser des questions.

# Rapport du PDG

## Rapport du président-directeur général au Conseil d'administration Réunion du 13 février 2018 Bathurst, Nouveau-Brunswick

Chers membres du Conseil d'administration,

Le rapport qui suit couvre la période du 18 novembre 2017 au 2 février 2018. Il vise à vous informer au sujet des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan stratégique 2017-2020, du Plan régional de santé et d'affaires 2017-2018 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau.

Après un certain ralentissement des activités durant la période des Fêtes, les différentes équipes se sont remises à pied d'œuvre avec enthousiasme au début de la nouvelle année. À la suite des séances de travail des 4 et 5 décembre 2017, l'équipe du secteur de la planification a poursuivi le travail visant à actualiser le Plan stratégique 2017-2020 et le plan opérationnel 2018-2019 qui en découle. Beaucoup de travail a été accompli ces dernières semaines dans le secteur des Affaires médicales, de la Formation et de la Recherche, notamment en ce qui a trait à la structure médicale et à la mission universitaire du Réseau. Plus de détails et des annonces intéressantes vont suivre au cours des prochaines semaines.

Au moment de rédiger ce rapport, le gouvernement provincial vient tout juste de déposer son budget 2018-2019 à l'Assemblée législative. On y prévoit un budget de 2,753 milliards de dollars pour le ministère de la Santé, soit une augmentation de 3,7 pour cent comparativement à l'année précédente.

Par ailleurs, la privatisation du Programme extra-mural s'est concrétisée comme prévu par le gouvernement, le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Il en sera question lors des suivis à l'ordre du jour de notre réunion.

Je vous souhaite une bonne lecture!

## 1. Engagement du personnel et du corps médical

---

### 1.1 Le Réseau est résolument engagé dans la lutte contre le tabagisme

Au cours des dernières semaines, plusieurs initiatives ont été mises de l'avant par les professionnels de la santé du Réseau pour appuyer nos efforts de lutte contre le tabagisme. Depuis janvier 2018, les thérapeutes respiratoires peuvent également administrer aux patients, dans certaines circonstances, des timbres transdermiques dans le cadre de la thérapie de remplacement de la nicotine. Bien que la responsabilité première de cet acte soit dévolue au personnel infirmier, il s'agit d'un élément positif pour assurer une plus grande flexibilité à nos professionnels de la santé.

Au cours des dernières semaines, le Service de santé au travail a mené une campagne afin d'encourager tout le personnel fumeur à se prévaloir des nombreuses ressources qui sont à leur disposition, dont le programme de cessation du tabac pour les employés. On mise sur les suivis individuels et l'appui de nos employés afin d'établir des objectifs et leur permettre de vivre une vie sans fumée.

## 2. Gestion des ressources financières et matérielles

---

### 2.1 Nouvel appareil de tomodensitométrie à l'Hôpital régional Chaleur

L'Hôpital régional Chaleur, à Bathurst, s'est récemment équipé d'un nouvel appareil de tomodensitométrie plus performant. Grâce à ce nouvel appareil, communément appelé appareil de TACO (ou « CT scan »), les patients peuvent maintenant bénéficier de services améliorés. L'achat et l'installation du nouvel appareil de tomodensitométrie ont nécessité des investissements d'un peu plus de 1,5 million de dollars.

## 3. Gestion des ressources humaines

---

Aucun élément particulier à signaler au chapitre de la gestion des ressources humaines pour la période couverte par ce rapport.

## 4. Relations avec nos partenaires et groupes communautaires

---

### 4.1 Services de chimiothérapie à Grand-Sault et à Saint-Quentin

Dans le dossier des services de chimiothérapie à Grand-Sault et à Saint-Quentin, le Réseau a poursuivi le travail dans le but de mettre en œuvre le nouveau modèle de prestation des services dès avril prochain. Entre-temps, il est important de préciser que les services sont toujours offerts localement dans les deux établissements hospitaliers. Par ailleurs, dans un souci de bien informer la population, nous avons publié dans les médias sociaux la liste

complète et à jour des services présentement offerts à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin. Un texte qui réitère les raisons pour lesquelles des changements doivent être apportés a également été publié dans les grands journaux quotidiens de la province, et ce, tant du côté francophone qu'anglophone.

#### **4.2 Journée portes ouvertes au Centre de santé communautaire St. Joseph**

Le Centre de santé communautaire St. Joseph de Dalhousie a tenu une journée portes ouvertes le 19 janvier dernier. Près de 100 personnes ont défilé à l'intérieur de l'établissement et ont pu assister à des présentations par les différents services et cliniques. Des visites guidées de l'établissement ont permis de mieux faire connaître au public les services offerts dans la région Restigouche. Le personnel en a également profité pour fournir de l'information et répondre aux questions des visiteurs concernant divers services, tels la vérification de la pression artérielle et de la glycémie. L'activité s'est avérée être un franc succès et sera répétée à Dalhousie et ailleurs dans le Réseau.

#### **4.3 Programmes offerts dans les collectivités**

Depuis le début du mois de février, le Réseau offre le programme « Je cours, j'écrase » dans la région du Restigouche. Visant à appuyer les participants à cheminer « pas à pas vers une vie sans fumée », le programme, qui est gratuit, est offert à raison d'une rencontre hebdomadaire jusqu'à la fin du mois de mars 2018. Par ailleurs, le « Programme de marche/course pour fumeurs » sera offert dans la région de Moncton à compter du 3 avril 2018. D'une durée de 9 semaines, ce programme s'adresse aux fumeurs, ainsi qu'aux anciens fumeurs et à leurs supporteurs. Son objectif vise à améliorer la condition physique des participants et leur permettre de se préparer graduellement à parcourir un 5 km.

### **5. Gestion stratégique / Communication**

---

#### **5.1 Utilisation accrue des médias sociaux**

En plus des moyens conventionnels de communication, le Réseau mise davantage sur l'utilisation des médias sociaux afin de promouvoir ses activités, ses partenariats communautaires, le travail de ses fondations, ses services et ses réalisations. Depuis quelques mois, le Réseau dispose d'une page Facebook et d'un compte Twitter qui sont gérés par le Service des communications et de l'engagement communautaire.

**NOTE :** La liste des communiqués de presse publiés pendant la période couverte par ce rapport est présentée en annexe 2 et les activités sur les médias sociaux en annexe 3.

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

---

### 6.1 Slogan pour promouvoir l'amélioration continue de la qualité

Dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des patients qui s'est tenue du 30 octobre au 3 novembre dernier, le Réseau a lancé un concours afin de trouver un slogan en lien avec la qualité pour engager le personnel et les équipes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Le slogan gagnant devait être aligné avec la vision et la mission du Réseau, ainsi qu'avec les soins centrés sur le patient et la famille. Les membres du personnel ont soumis plus de 100 suggestions et suite à un processus de sélection, appuyé par l'équipe de leadership, le slogan retenu est «Ensemble pour des soins de qualité en toute sécurité!». L'auteur du slogan gagnant est Céline Marsh, infirmière au 2<sup>e</sup> Nord à l'Hôpital de Tracadie-Sheila.

## 7. Relations avec le Conseil d'administration

---

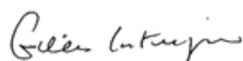
### 7.1 Rencontres et démarches de représentation

Pendant la période visée par ce rapport, j'ai participé à un peu plus d'une quinzaine de rencontres et discussions avec nos partenaires et plusieurs parties prenantes. Au nombre des dossiers qui ont retenu l'attention, je souligne notamment celui de la privatisation du Programme extra-mural de même que la tenue de plusieurs rencontres des intervenants du système de santé à l'échelle provinciale.

**NOTE :** La liste détaillée de mes rencontres et démarches de représentation est présentée en annexe 1 de ce rapport.

Voilà qui fait le tour des principaux dossiers du Réseau pour la période du 18 novembre 2017 au 2 février 2018.

Le président-directeur général,



Gilles Lanteigne

## ANNEXE 1 – Liste des rencontres et représentations du PDG (18 novembre 2017 au 2 février 2018)

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.

Le 20 novembre 2017 : Participation à la réunion pour le projet de Centre académique de santé (C.A.S.) – vidéoconférence

Le 20 novembre 2017 : Rencontre avec l'Association Catholique – Bathurst

Le 20 novembre 2017 : Participation à la rencontre : Non à la privatisation du PEM - Dieppe

Le 27 novembre 2017 : Participation à la visite de la délégation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (FMSSU) - Moncton

Le 28 novembre 2017 : Rencontre avec le député Chris Collins, député de Moncton-Centre – Moncton

Le 29 novembre 2017 : Participation à la rencontre : Non à la privatisation du PEM - Richibucto

Le 30 novembre 2017 : Participation à l'ouverture officielle du Centre Boréal - Dieppe

Le 30 novembre 2017 : Participation à un groupe de réflexion : Sujet PEM - Moncton

Le 4 et 5 décembre 2017 : Réunions du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité – Edmundston

Le 7 décembre 2017: Comité consultatif conjoint sur les services de santé mentale – Fredericton

Le 8 décembre 2017 : Participation à la réunion du Comité exécutif de Medavie – téléconférence

Le 11 décembre 2017 : Réunion avec la municipalité de Kedgwick – Kedgwick

Le 12 décembre 2017 : Participation à la conférence de presse : Non à la privatisation du PEM – Moncton

Le 14 décembre 2017 : Participation à la réunion du Comité de vérification et finances de Service N.-B. - vidéoconférence

Le 20 décembre 2017 : Participation à la réunion du Comité exécutif de Medavie – téléconférence

Le 18 janvier 2018 : Rencontre du Comité conjoint ministériel du système de santé – Fredericton

## ANNEXE 2 – Activités de communication - Liste des communiqués de presse publiés (du 18 novembre 2017 au 2 février 2018)

Tous les communiqués de presse sont diffusés aux médias de la province et publiés de manière simultanée sur le site Internet du Réseau.

| Date de publication | Titre du communiqué   |
|---------------------|---|
| 22 novembre 2017    | Les changements proposés à la Loi sur les régies régionales de la santé sont préoccupants                       |
| 4 décembre 2017     | Le Réseau de santé Vitalité surpris de la décision prise par la Société médicale du Nouveau-Brunswick           |
| 5 décembre 2017     | Réunion publique ordinaire du Conseil d'administration – faits saillants  |
| 8 décembre 2017     | Le Réseau de santé Vitalité inaugure un nouveau lieu de rassemblement pour les Premières nations à Campbellton  |
| 15 décembre 2017    | Visites interdites à l'Unité multifonctionnelle de l'Hôpital général de Grand-Sault                             |
| 20 décembre 2017    | Reprise des visites à l'Unité multifonctionnelle de l'Hôpital général de Grand-Sault                            |
| 15 janvier 2018     | Un nouvel appareil de tomodensitométrie plus performant est maintenant en fonction à l'Hôpital régional Chaleur |
| 19 janvier 2018     | Le Centre de santé communautaire St. Joseph accueille le public à sa journée portes ouvertes                    |
| 27 janvier 2018     | Oncologie à Grand-Sault et à Saint-Quentin : la qualité et la sécurité des soins doivent primer                 |

### Annexe 3 - Activités de communication – Médias sociaux (du 22 novembre au 31 janvier 2018)

| FACEBOOK   |   |
|--|---|
| Nombre d'adeptes :                               | Nombre d'adeptes le 31 janvier 2018 : 1530<br>(augmentation de 258 adeptes depuis le 22 novembre 2017)  |
| Nombre de messages publiés (durant la période) : | 137 messages ont été publiés sur la page Facebook du Réseau du 3 octobre au 21 novembre 2017  |
| Portée des activités:                            | 17 de ces messages ont atteint 1500 utilisateurs ou plus : Au total, ces 17 messages ont atteint 63 925 utilisateurs et ont suscité 1304 commentaires, réactions et partages. |

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Comité exécutif**

Il n'y a pas eu de réunion du Comité exécutif depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Comité de gouvernance et de mise en candidature**

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 22 janvier 2018. Ce rapport sera présenté par Lucille Auffrey, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption de trois motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 22 janvier 2018.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : Motion 2018-01-22 / 03GMC, Motion 2018-01-22 / 04GMC et Motion 2018-01-22 / 05GMC du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 22 janvier 2018.

# Comité de gouvernance et de mise en candidature

Rapport au Conseil d'administration  
13 février 2018

# Réunion régulière : 22 janvier 2018

## Sujets discutés :

Politique et procédure CA-225 « Communications et relations publiques » :

### Motion 2018-01-22 / 03GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la politique CA-225 « Communications et relations publiques » soit acceptée avec les modifications proposées.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 22 janv. 2018 (suite)

## Politique et procédure CA-210 « Orientation des nouveaux membres » :

Le processus de mentorat lors de l'arrivée de nouveaux membres est maintenu.

### Motion 2018-01-22 / 04GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la politique CA-210 « Orientation des nouveaux membres » soit acceptée avec les modifications proposées.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 22 janv. 2018 (suite)

## Code de conduite et morale à l'intention des membres :

Le document de travail a pour but de :

- refléter l'engagement du Réseau à l'égard de normes morales et de conduites élevées ;
- énoncer les normes minimales en ce qui a trait aux comportements et agissements des membres du Conseil du Réseau dans l'exercice de leur pouvoir et de leur fonction ;
- accroître la confiance du public dans l'intégrité, l'objectivité et l'impartialité du Réseau et de son Conseil d'administration.

Une session de formation sera planifiée pour les membres d'ici les prochains mois à ce sujet.

# Réunion régulière : 22 janv. 2018 (suite)

Code de conduite et morale à l'intention des membres (suite) :

## **Motion 2018-01-22 / 05GMC**

Proposé par Wesley Knight

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le document de travail portant sur le code de conduite et morale à l'intention des membres soit accepté avec les modifications suggérées.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 22 janv. 2018 (suite)

## Participation des membres aux comités :

D'ici la fin février, les membres du Conseil manifesteront leur préférence à faire partie de l'un ou l'autre des comités qui relèvent du Conseil.

La sélection des membres sur chacun des comités sera effectuée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature basée sur des critères de sélection et les recommandations seront acheminées au Conseil lors de l'Assemblée générale annuelle.

# Réunion régulière : 22 janv. 2018 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour la réunion tenue le 22 janvier 2018 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Lucille Auffrey

Présidente du Comité de gouvernance et de mise en candidature

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

Point 8.2

|                              |   |                            |                                   |
|------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|
| <b>Titre de la réunion :</b> | Comité de gouvernance et de mise en candidature | <b>Date et heure :</b>     | <b>Le 22 janvier 2018 à 09:00</b> |
|                              |   | <b>Endroit :</b>           | <b>Vidéoconférence</b>            |
| <b>But de la réunion :</b>   | Réunion régulière                               | Bathurst (siège social)    | (Gilles)                          |
|                              |   | Moncton : salle du conseil | (Michelyne, Lucille)              |
|                              |   | Edmundston : salle 2281    | (Gisèle, Lucie)                   |
| <b>Présidente</b>            | Lucille Auffrey                                 | Campbellton : salle 4002   | (Sonia, Wesley)                   |
| <b>Secrétaire</b>            | Lucie Francoeur                                 |                            |                                   |
| <b>Participants</b>          |   |                            |                                   |
| Lucille Auffrey              | ✓   | Michelyne Paulin           | ✓                                 |
| Gilles Lanteigne             | ✓   | Sonia A. Roy               | ✓                                 |
|                              |   | Wesley Knight              | ✓                                 |
|                              |   | Gisèle Beaulieu            | ✓                                 |
| <b>PROCÈS-VERBAL</b>         |   |                            |                                   |

**1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Lucille Auffrey à 09:00.

**2. Déclaration de conflits d'intérêts**

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2018-01-22 / 01GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté avec les ajouts suivants :

6.7 Correspondance reçue d'un membre du Conseil

6.8 Courriel reçu d'un membre du Conseil

**Adopté à l'unanimité.**

**4. Adoption du procès-verbal du 14 novembre 2017****MOTION 2018-01-22 / 02GMC**

Proposé par Wesley Knight

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 14 novembre 2017 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

**5. Suivis de la dernière réunion tenue le 14 novembre 2017****5.1 Politique et procédure CA-225 « Communications et relations publiques »**

Cette politique a été approuvée le 5 décembre dernier à la réunion du Conseil d'administration, par contre quelques modifications ont été apportées durant les dernières semaines, afin de clarifier davantage certains points. Entre autres, le communiqué de presse émis par le Service des communications après chaque réunion du Conseil recevra l'approbation du PDG ainsi que de la présidente du Conseil.

Dorénavant, une personne qui désire s'adresser au Conseil durant une réunion du Conseil doit soumettre un avis de demande écrit au secrétaire du Conseil au moins 10 jours ouvrables avant la réunion du Conseil. Les gens concernés ont déjà été informés en ce qui concerne le 10 jours ouvrables. Cette nouvelle procédure sera aussi publiée dans les journaux.

**MOTION 2018-01-22 / 03GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la politique et procédure CA-225 « Communications et relations publiques » soit acceptée

avec les modifications suggérées.

**Adopté à l'unanimité.**

## 6. Affaires nouvelles

### 6.1 Politique et procédure CA-210 « Orientation des nouveaux membres »

Il a été suggéré lors de la dernière session de formation du Conseil de maintenir le processus de mentorat établi lors de l'arrivée de nouveaux membres. Les commentaires ressortis sont indiqués dans la politique.

Après discussion, le point 3 à la page 2 s'inscrit comme suit : Activités qui pourraient être accomplies pendant la première année au sein du Conseil. Aussi, les membres sont d'accord de modifier l'en-tête du tableau à la page 3 par « Exemples d'activités de mentorat ».

#### **MOTION 2018-01-22 / 04GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la politique et procédure CA-210 « Orientation des nouveaux membres » soit acceptée avec les modifications suggérées.

**Adopté à l'unanimité.**

### 6.2 Code de conduite et morale à l'intention des membres

Un document de travail relié au code de conduite et morale à l'intention des membres a été élaboré dans le but de :

- refléter l'engagement du Réseau à l'égard de normes morales et de conduite élevées ;
- énoncer les normes minimales en ce qui a trait aux comportements et agissements des membres du Conseil d'administration du Réseau dans l'exercice de leur pouvoir et de leur fonction ;
- accroître la confiance du public dans l'intégrité, l'objectivité et l'impartialité du Réseau et de son Conseil d'administration.

Quelques modifications seront apportées à la section discrétion et confidentialité dans les règles de déontologie pour tenter de clarifier davantage lors de l'après-mandat d'un membre.

La prochaine étape consiste à réviser la politique et procédure existante sur le code de conduite et morale. Celle-ci sera apportée à la prochaine réunion pour consultation et approbation. Aussi, une session de formation sera planifiée d'ici les prochains mois à ce sujet.

#### **MOTION 2018-01-22 / 05GMC**

Proposé par Wesley Knight

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le document de travail portant sur le code de conduite et morale à l'intention des membres soit accepté avec les modifications suggérées.

**Adopté à l'unanimité.**

### 6.3 Calendrier des réunions du Conseil 18-19

Le calendrier des réunions du Conseil d'administration et de ses comités pour l'année 2018-2019 est présenté pour information et avis. Les membres sont d'accord avec les dates suggérées.

### 6.4 Participation des membres aux comités

Chaque année, les membres du Conseil doivent manifester leur préférence à faire partie de l'un ou l'autre des comités qui relèvent du Conseil d'administration. Nous enclencherons ce processus d'ici la fin février. Un tableau sous forme de grille sera circulé à chaque membre où celui-ci indiquera ses trois choix, ainsi que son intérêt à la vice-présidence du Conseil et à présider un comité permanent. La sélection des membres sur chacun des comités sera effectuée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature basée sur des critères de sélection. Les recommandations seront acheminées au Conseil pour approbation lors de l'Assemblée générale annuelle.

Quelques membres soulèvent l'importance de ne pas changer la présidence des comités chaque année, étant donné que ça prend un certain temps avant de devenir à l'aise avec le mandat et d'apporter une contribution notable au comité.

#### 6.5 Évaluation de la retraite du Conseil d'administration

Les résultats de l'évaluation de la retraite du Conseil sont soumis pour discussion et information. De façon générale, nous notons un taux élevé de satisfaction par rapport aux différents énoncés, sauf pour une personne qui semble avoir trouvé la session non profitable. Une suggestion soulevée est d'avoir une discussion ouverte après les sessions permettant ainsi de recueillir les commentaires.

Nous retenons des commentaires intéressants quant au rôle du Conseil, en ce qui a trait à la relation communautaire. Ce sujet pourra être traité dans une session de formation sur la gouvernance.

Cet été, nous mettrons sur pied un groupe de travail ad hoc dans le but de planifier la retraite du Conseil. Aussi, il est probable que celle-ci se déroule à Grand-Sault en décembre prochain, de même que le souper de Noël.

#### 6.6 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Les résultats de l'évaluation de la dernière réunion du Conseil sont soumis pour discussion et information. En ce qui a trait à la réunion à huis clos, le pourcentage de personnes satisfaites et très satisfaites est à 93 %, ce qui est excellent. Toutefois, des répondants semblent indécis ou se sont abstenus de répondre à certaines questions.

Le taux de satisfaction est très bon en ce qui concerne la réunion publique. Les commentaires sont positifs et les gens ont apprécié les échanges et informations transmises.

Lors de la distribution du prochain formulaire d'évaluation, la présidente du Conseil s'adressera aux membres à savoir s'ils ont bien saisi la compréhension des questions. La rétroaction des membres est importante, afin d'améliorer le fonctionnement des réunions.

#### 6.7 Correspondance reçue d'un membre du Conseil

Comme il y a des organismes qui n'allouent pas d'abstention, un membre se questionne si une personne peut s'abstenir de voter au sein du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité. Le président-directeur général soulève que selon le Code Morin les abstentions sont permises. Celui-ci validera tout de même cette information et, s'il y a lieu, la rectification sera inscrite au procès-verbal.

#### 6.8 Courriel reçu d'un membre du Conseil

Le 17 janvier dernier par le biais d'un courriel, un membre a demandé le point de vue de l'ensemble des membres du Conseil d'administration sur quelques sujets, dont :

- la possibilité d'organiser une brève visite des lieux (établissements), lors des réunions du Conseil tenues dans chacune des régions ;
- la possibilité d'organiser les rencontres du Conseil plus tôt les lundis, afin de se donner du temps et approfondir les échanges sur certains sujets d'intérêt ;
- la possibilité de rendre la réunion publique plus efficace en matière de gestion de temps, questions et échanges avec le public, partage d'informations, etc.

Nous avons examiné la faisabilité d'une brève visite du site de construction à Bathurst, mais compte tenu de la complexité (bottes de sécurité, casque, veste, etc.) nous avons plutôt choisi de faire une présentation PowerPoint. Par ailleurs, la réunion du Conseil d'administration prévue le 17 avril 2018 se déroulera entièrement au Centre Hospitalier Restigouche et nous profiterons de l'occasion pour planifier une visite guidée de l'établissement pour les membres.

Bien que l'Équipe de leadership assiste déjà à un nombre démesuré de réunions, il sera difficile de commencer les réunions du Conseil plus tôt les lundis, par contre nous regarderons toutes les modalités possibles.

Chaque année, un plan de formation est proposé pour que le Conseil puisse avoir accès à de la formation continue, afin d'aider les membres à mieux comprendre en quoi consiste le Réseau, ses secteurs et ses pratiques de gouvernance. Il y a peut-être lieu de revoir l'ensemble de ce volet et

d'identifier les besoins et les intérêts des membres soulevés lors des évaluations des réunions.

**7. Date de la prochaine réunion** : le 26 mars 2018 à 09:00.

**8. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Wesley Knight à 10:25.

---

Lucille Auffrey  
Présidente du comité

---

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

ÉBAUCHE



## Manuel : Conseil d'administration

|  |  |                                      |                    |
|--|--|--------------------------------------|--------------------|
| <b>Titre :</b>                         | ORIENTATION DES NOUVEAUX MEMBRES                         |                                      | <b>N° :</b> CA-210 |
| <b>Section :</b>                       | Orientation – Lignes directrices                         | <b>Date d'entrée en vigueur :</b>    | 2018-02-           |
| <b>Mandataire :</b>                    | Conseil d'administration                                 | <b>Date de révision précédente :</b> | 2017-06-19         |
| <b>Approbateur :</b>                   | Conseil d'administration<br>Michelyne Paulin, présidente | <b>Approuvée le :</b>                | 2018-02-           |
| <b>Établissement(s)/programme(s) :</b> |  |                                      |                    |

### BUTS

1. Permettre aux membres d'acquérir les connaissances nécessaires et d'avoir la compréhension indispensable à tout membre d'un conseil qui se veut efficace.
2. Raffermer les liens entre les nouveaux membres et ceux déjà en poste en leur permettant de s'entraider et de s'entendre sur la façon dont ils s'acquitteront de leurs tâches.

### POLITIQUE

1. Le manuel d'orientation des nouveaux membres et la liste de vérification du mentor sont approuvés par le Comité de gouvernance et de mise en candidature.
2. L'orientation des nouveaux membres est planifiée et organisée par le président du Conseil et le P.-D.G. Ces derniers ont recours à de l'expertise au sein du Réseau et à de l'expertise externe, s'il y a lieu, en fonction des besoins et des domaines d'intérêt particuliers des nouveaux membres.
3. Les membres en poste sont appelés à agir, ~~pendant un certain temps,~~ pendant la première année d'un nouveau membre du Conseil d'administration à titre de mentor, auprès de nouveaux membres.

Chaque nouveau membre (y inclus un nouveau médecin chef et nouveau président du Comité professionnel consultatif) reçoit une orientation complète selon les dispositions suivantes :

1. Orientation préalable à la première réunion du Conseil faisant suite à sa nomination
  - a. Il reçoit le Manuel d'orientation.

- b. Il participe à l'orientation avec le président du Conseil, le P.-D.G. et le mentor désigné.
  - c. Il rencontre le mentor désigné.
  - d. Il révisé les politiques du Conseil et les règles de bonne gouvernance.
  - e. Il révisé les rôles et les responsabilités des membres du Conseil et les responsabilités du personnel.
  - f. Il reçoit un aperçu de l'histoire du Réseau, de ses caractéristiques, de ses défis et de ses possibilités ainsi que des dossiers et des tendances qui semblent se dégager.
  - g. Il révisé les mandats des différents comités du Conseil et discute des intérêts et des compétences pour siéger à certains de ces comités.
  - h. Il examine les procès-verbaux des dernières réunions.
  - i. Il signe et retourne les documents suivants :
    - i. Énoncé de conflit d'intérêts;
    - ii. Gage de confidentialité;
    - iii. Code d'éthique;
    - iv. Intérêt à participer à certains comités;
    - v. Liste de vérification du mentor.
2. Orientation et formation continue pendant la première année
- a. Orientation sur le rôle et les responsabilités d'une gouvernance efficace
  - b. Orientation vers le monde des soins de santé et des hôpitaux
  - c. Orientation au Réseau de santé Vitalité en tant qu'organisation
3. Activités qui doivent **peuvent** être accomplies pendant la première année au sein du Conseil. **Le mentor est responsable de faire les premiers contacts avec le nouveau membre et d'établir un plan mutuel de rencontre, fréquence etc. en se basant sur les paramètres suivants :**

Phase 1 – Durant les 6 premiers mois, **le nouveau membre :**

- # Siéger au moins une fois à chaque comité **si nécessaire.**
- # Continue de rencontrer régulièrement son mentor avant chaque réunion du Conseil et accomplit les activités **énumérées jugées nécessaires** dans la ~~liste de vérification du mentor~~ **le tableau des activités de mentorat.**
- # Lit des références, des articles et des journaux sur la gouvernance.
- # Participe aux séances de formation continue offertes par le Conseil.

Phase 2 – Durant les 12 premiers mois, **le nouveau membre :**

- # Continue de rencontrer régulièrement son mentor et accomplit les activités **énumérées jugées nécessaires** dans la ~~liste de vérification du mentor~~ **le tableau des activités de mentorat.**
- # Continue de lire des journaux et des articles appropriés sur la gouvernance.
- # Participe aux séances de formation continue.
- # Assiste à l'assemblée générale annuelle.

|                   |                       |                       |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Remplace :</b> | <b>Zone 1 :</b> _____ | <b>Zone 5 :</b> _____ |
|                   | <b>Zone 4 :</b> _____ | <b>Zone 6 :</b> _____ |

**Liste de vérification ~~Cadre de référence~~ pour le mentor et le nouveau membre du Conseil**

La ~~liste de vérification~~ **Le cadre de référence** contient des exemples suggérés d'activités que le mentor et le nouveau membre du Conseil devraient participer ensemble dans le but de créer une expérience de mentorat enrichissante et structurée. ~~Cette liste peut~~ **Ces activités peuvent servir d'évaluation entre le mentor et le nouveau membre à tout moment, afin de documenter les activités accomplies et s'il y a lieu de poursuivre d'autres opportunités d'apprentissage.**

| <b>Tableau des activités de mentorat</b>   | <b>Date accomplie</b> |
|--|-----------------------|
| Un mentor est assigné à chaque nouveau membre du Conseil. Le mentor et le nouveau membre sont ensuite présentés lors d'une réunion initiale commune avec le président du Conseil et le P.-D.G. |                       |
| Le mentor et le nouveau membre partagent leur expérience professionnelle mutuelle, expertise et de l'expérience avec les soins de santé.   |                       |
| Le mentor planifie un appel initial ou une rencontre avec le nouveau membre.   |                       |
| Le mentor et le nouveau membre discutent et s'entendent sur comment ils vont travailler ensemble.  |                       |
| Le mentor et le nouveau membre participent à la session d'orientation pour les nouveaux membres du Conseil.  |                       |
| Le mentor attire l'attention aux éléments dans le manuel d'orientation qui portent sur les plus grands enjeux de l'organisation et du Conseil.   |                       |
| Le mentor travaille avec les présidents des comités pour s'assurer que le nouveau membre a la possibilité d'assister aux réunions des comités du Conseil au moins une fois.                    |                       |
| Le mentor s'assure que le nouveau membre a complété tous les programmes de formation requis.   |                       |
| Le mentor rencontre l'équipe de leadership pour examiner les questions et les défis actuels si besoin.   |                       |
| Le mentor rencontre le médecin-chef régional et les médecins qui sont membres du Conseil au besoin.  |                       |
| Le mentor et le nouveau membre rencontrent le P.-D.G. et le président du Conseil pour une discussion générale.   |                       |
| Le mentor travaille avec le nouveau membre pour identifier les besoins d'apprentissage supplémentaires.  |                       |

## Politique / Procédure N°: CA-210

---

|   |  |
|---|--|
| Le nouveau membre assiste à une réunion des présidents des comités du Conseil pour un aperçu de la portée de chaque comité.   |  |
| Le mentor et le nouveau membre donnent un suivi de l'intégration du nouveau membre à chaque réunion du Conseil en personne ou par téléconférence.                                 |  |
| Le mentor et le nouveau membre lient des articles éducatifs sur la gouvernance ou les soins de santé et discutent de la façon dont ils appliquent ceux-ci aux travaux du Conseil. |  |
| Après la première année, le mentor et le nouveau membre déterminent si une interaction continue serait bénéfique.   |  |
| Après la première année, le président du Conseil et le P.-D.G. convoquent une entrevue avec le mentor et le nouveau membre.   |  |



## Manuel : Conseil d'administration

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Titre :</b>                         | COMMUNICATIONS ET RELATIONS PUBLIQUES                    | <b>N° :</b> CA-225                              |
| <b>Section :</b>                       | Orientation – Lignes directrices                         | <b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-02-      |
| <b>Mandataire :</b>                    | Conseil d'administration                                 | <b>Date de révision précédente :</b> 2017-12-05 |
| <b>Approbateur :</b>                   | Conseil d'administration<br>Michelyne Paulin, présidente | <b>Approuvée le :</b> 2018-02-                  |
| <b>Établissement(s)/programme(s) :</b> |  |   |

### POLITIQUE

Ce document inclut toutes les politiques du Conseil d'administration (le « Conseil ») qui traitent des communications et des relations publiques :

- Communications internes du Conseil d'administration;
- Protocole au sujet des relations avec les médias;
- Réunions du Conseil;
- Relations avec le personnel, les partenaires et la collectivité.

#### 1. Politiques en matière de communications internes au Conseil

Cette politique offre au Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») une marche à suivre concernant la communication de renseignements aux membres de son Conseil d'administration.

Les communications aux membres du Conseil se dérouleront selon le processus suivant :

#### **Renseignements à caractère extraordinaire**

Les renseignements de ce genre ont la caractéristique clé d'être à l'extérieur des limites des opérations régulières du Réseau. Certains de ces renseignements auront trait à des crises alors que d'autres seront de nature non récurrente. Ces renseignements seront communiqués aux membres du Conseil sur une base urgente :

- a. Les questions ayant trait aux postes du président et du président-directeur général (le « PDG ») qui touchent l'ensemble des opérations du Réseau (p. ex., une nomination ou une démission);
- b. Les crises majeures dans la prestation des services résultant potentiellement d'une erreur dans la prestation des services;

- c. Les questions ayant trait aux membres du Conseil (nomination, démission) ainsi que toute autre question jugée extraordinaire par le président du Conseil.

### **Renseignements sur les questions relatives aux opérations majeures du Réseau**

Les renseignements clés permettant d'informer les membres du Conseil au sujet des progrès du Réseau seront communiqués sur une base continue selon le processus et les échéanciers en place pour la communication des progrès et des rapports d'étapes acceptés par le Conseil en consultation avec le personnel.

### **Devoirs et responsabilités**

À l'exception des renseignements ayant trait au poste du PDG qui seront communiqués par le président ou son mandataire, il est de la responsabilité du PDG de s'assurer que les renseignements sont communiqués aux membres du Conseil dans des délais raisonnables selon le processus et les échéanciers ci-dessus.

On encourage les membres du Conseil à apporter à l'attention du président, du PDG et du directeur des Communications les préoccupations soulevées par les membres de la communauté.

### **Mise en œuvre et suivi**

Le PDG est responsable de mettre en place toute stratégie permettant la mise en œuvre de cette politique sur les communications et les relations publiques. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature fera le suivi quant aux activités visant la mise en œuvre de cette politique et à leur efficacité et fera des recommandations au Conseil pour des amendements lorsque jugé nécessaire.

## **2. Protocole au sujet des relations avec les médias**

Le protocole au sujet des relations avec les médias régit la façon dont les décisions du Conseil sont communiquées au public. Il comprend deux sections :

- a. Principes directeurs à l'intention des membres du Conseil;
- b. Devoirs et responsabilités en matière de communications – le président, les membres du Conseil, le PDG et le personnel des Communications et des relations publiques.

### **Principes directeurs à l'intention des membres du Conseil**

- a. Les membres du Conseil doivent représenter le meilleur intérêt du territoire entier du Réseau et non seulement leur communauté d'origine;
- b. Les membres du Conseil se doivent de respecter et d'appuyer les décisions et positions officielles du Conseil dans toute communication subséquente de ces décisions et positions adoptées par le Conseil.

## **Devoirs et responsabilités en matière de communications**

### *Le président du Conseil*

Le président du Conseil est le porte-parole officiel du Conseil. Le président du Conseil peut émettre des commentaires sur des questions touchant la gouvernance (décisions du Conseil, nominations/départs de membres du Conseil, etc.) et ayant trait à des dossiers provinciaux (réactions à une décision du gouvernement, les budgets, la nomination du ministre de la Santé, etc.).

Le président du Conseil peut aussi émettre des commentaires au nom du PDG en son absence. De même, en l'absence de celui-ci, le PDG peut émettre des commentaires au nom du président. Le vice-président ou un membre du Conseil peuvent aussi être désignés pour émettre des commentaires en l'absence du président du Conseil.

### *Le PDG*

Le PDG est le porte-parole principal pour les questions d'ordre opérationnel du Réseau. Ceci couvre les domaines tels que les établissements et les services, les ressources humaines, la communication en temps de crise, les relations de travail et la gestion financière. Le PDG peut nommer un mandataire parmi l'équipe de direction pour émettre des commentaires sur des dossiers précis.

### *Le personnel des Communications*

Le Service des communications est le principal point de contact des médias et détient l'autorité principale d'émettre des communiqués de presse au nom du Réseau. Tous les appels des médias doivent être dirigés au Service des communications afin d'assurer une réponse dans des délais raisonnables. Le personnel du Réseau doit s'efforcer de répondre aux demandes des médias rapidement en travaillant en collaboration avec le Service des communications.

Si nécessaire, le Service des communications peut aussi préparer le matériel de soutien tels les messages clés qui doivent être utilisés par le porte-parole traitant d'un sujet particulier.

### 3. Politique relative aux réunions du Conseil

Le Conseil se rencontre au moins quatre fois par année ou plus fréquemment si nécessaire. La fréquence des réunions peut changer à tout moment à la discrétion du Conseil.

Toute réunion publique comprendra, à la suite de la levée de l'assemblée, une période de dialogue avec le public.

Les réunions des comités du Conseil se tiennent à huis clos.

## Réunions du Conseil à huis clos

Afin de protéger la vie privée des particuliers, l'intérêt des affaires des particuliers et des entreprises ou l'intérêt public, certains points ou dossiers ne seront pas traités lors des séances publiques du Conseil, mais plutôt lors de séances à huis clos. Le Conseil déterminera les points qui doivent être mis à l'ordre du jour de la séance à huis clos. Le Conseil exercera sa discrétion pour traiter certains points à huis clos en tenant compte de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* et d'autres lois applicables à titre de guide. La communication des décisions prises par le Conseil lors de réunions à huis clos sera conforme aux dispositions de ces lois, mais pourra être étendue pour inclure la documentation relative à la prise de décisions.

## Réunions publiques du Conseil

Les réunions publiques du Conseil sont ouvertes à tous et, sous réserve des procédures établies par le Conseil, les personnes qui ne sont pas membres du Conseil sont autorisées à assister en personne aux réunions du Conseil à titre d'observateurs, et, dans des circonstances exceptionnelles, peuvent intervenir devant le Conseil.

Les réunions se dérouleront en accord avec les règlements administratifs et les politiques et procédures du Réseau. ~~Les décisions sont prises par consensus.~~

La participation aux discussions du Conseil durant la réunion est limitée aux membres du Conseil, au PDG et aux autres membres de l'équipe de leadership ou à une tierce partie pouvant être présente sur invitation du Conseil.

Les réunions publiques seront suivies d'un dialogue avec le public. Dans le but d'assurer le bon déroulement des échanges, de permettre la diversité des groupes et d'offrir à tous les intervenants un temps de parole équitable, il faut respecter ce qui suit :

## Procédures lors des réunions publiques du Conseil

Une personne qui désire s'adresser au Conseil durant une réunion du Conseil doit soumettre un avis de demande écrit au secrétaire du Conseil au moins 10 jours ouvrables avant la réunion du Conseil. La demande doit inclure une brève description écrite de la question précise à traiter et doit être accompagnée de tout document écrit que la personne voudra distribuer au Conseil. La personne ne sera autorisée à s'adresser au Conseil qu'en ce qui concerne les questions de gouvernance.

Les demandes adressées au Conseil seront examinées par le président du Conseil dans l'ordre de réception des demandes.

Les personnes qui demandent la possibilité de s'adresser au Conseil seront avisées de la décision du président au moins 3 jours ouvrables avant la réunion du Conseil.

Les personnes qui s'adressent au Conseil devront limiter la durée de leurs commentaires à 5 minutes.

## Politique / Procédure N° : CA-225

---

Trois présentations au plus seront entendues à une réunion donnée du Conseil. Les présentations seront faites à la fin de la réunion publique.

Le Conseil n'est pas obligé de répondre à une présentation.

Aucune personne ni aucun groupe ne peut s'adresser au Conseil concernant un point à l'ordre du jour ou une question qui n'est pas à l'ordre du jour si la personne ou le groupe a pris la parole devant le Conseil à ce sujet au cours des 12 mois précédents.

Les membres du public peuvent également s'adresser au Conseil en fournissant une lettre ou une note de service adressée au président du Conseil, à l'attention du secrétaire général du Conseil. Bien que le Conseil puisse examiner les questions soulevées dans une telle correspondance, il n'est pas obligé d'y répondre.

Dans certains cas, le président peut déterminer qu'il est plus approprié pour une personne ou un groupe d'adresser ses commentaires à un comité permanent du Conseil ou à un autre organisme. Dans ces situations, les arrangements pour les présentations seront facilités par le secrétaire du Conseil.

Si des personnes qui ne font pas partie du Conseil prévoient assister à une réunion du Conseil, elles sont priées d'en aviser le secrétaire du Conseil.

Les membres du public et des médias qui assistent aux réunions du Conseil peuvent être invités à établir leur identité et s'ils ont des affiliations formelles au Réseau de santé Vitalité (c'est-à-dire en fournissant le nom du média ou de l'organisme de santé).

Les personnes qui ne sont pas membres du Conseil peuvent assister aux réunions publiques du Conseil et en faire rapport; toutefois, aucun équipement photographique, de télévision et/ou d'enregistrement ne sera autorisé à une réunion, à moins que le Conseil ne l'ait autorisé au préalable.

Les personnes qui ne sont pas membres du Conseil peuvent être invitées à quitter une réunion du Conseil si le président du Conseil juge leur conduite inappropriée et s'ils dérangent le déroulement de la réunion. On peut également les empêcher d'assister à des réunions futures.

### **Disponibilité aux médias**

Puisque le Réseau est un employeur et un prestataire important de services, les réunions du Conseil intéressent particulièrement les médias des communautés auxquelles le Réseau offre des services.

Un avis sera publié dans les journaux au moins 5 jours ouvrables avant chaque réunion publique.

Un avis aux médias sera acheminé à tous les organismes de presse de la province au moins 3 jours ouvrables avant chaque réunion publique.

Tous les représentants des médias qui assistent à une réunion publique du Conseil doivent établir leur identité auprès d'un employé du Service des communications avant le début de la réunion.

Le Service des communications a la responsabilité d'assurer la distribution de tout rapport, document ou autre renseignement demandé par les médias.

L'équipement photographique et d'enregistrement vidéo ne peut être utilisé qu'avec l'autorisation préalable du président et du PDG. Bien entendu, les journalistes peuvent se servir d'un dictaphone de poche durant les entrevues suivant l'assemblée afin d'aider à la transcription.

Le président du Conseil et le PDG s'efforceront d'être disponibles pour les journalistes présents aux réunions du Conseil, à la suite des réunions publiques. Cette disponibilité permettra aux journalistes d'obtenir des mises à jour de la part du Conseil et de poser des questions pertinentes.

Le Service des communications émettra un communiqué de presse après chaque réunion du Conseil avec l'approbation **de la présidente du Conseil et du président PDG**. À la demande du **président PDG**, le Service des communications s'occupera également d'entrer en contact avec les médias régionaux qui n'auront pas pu assister à une réunion du Conseil après la tenue de la réunion.

#### **Langue de fonctionnement**

La langue de fonctionnement du Conseil est le français. Toutefois, les présentations publiques au Conseil par les particuliers ou les groupes ainsi que les questions posées lors du dialogue avec le public peuvent être adressées dans l'une ou l'autre des deux langues officielles.

Des services d'interprétation simultanée seront offerts à toutes les réunions publiques du Conseil.

#### **4. Relations avec le personnel, les partenaires et la collectivité**

Le Conseil collabore avec le PDG afin d'établir, de mettre en œuvre et d'évaluer un plan de communication général pour le Réseau. Ce plan comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages et de l'information au personnel, aux partenaires et à la collectivité, de même que les moyens pour en recevoir d'eux.

|                   |                       |                       |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Remplace :</b> | <b>Zone 1 :</b> _____ | <b>Zone 5 :</b> _____ |
|                   | <b>Zone 4 :</b> _____ | <b>Zone 6 :</b> _____ |

# Code de conduite et morale

À l'intention des membres du Conseil  
d'administration

Document de travail en vigueur le xx février 2018

Adopté par le Conseil d'administration le xx février 2018

## PRÉAMBULE

### **Mandat**

Le Réseau de santé Vitalité assure la prestation des services de santé et les administre dans la région pour laquelle elle est établie.

### **Conseil d'administration**

Le Réseau de Santé Vitalité est un leader francophone au service de ses collectivités. Il contribue de manière importante à la santé de la population grâce à la qualité des soins et services livrés, à la recherche et à la formation continue de son personnel. Le Réseau est déterminé à s'assurer que, dans tous les aspects de ses activités, il respecte les normes les plus élevées de confiance et d'intégrité du public. L'organisation évolue dans un environnement changeant et la population desservie est diversifiée. Les membres du conseil et des comités ont des expériences variées, une formation unique et une éducation très différente. Il est important d'obtenir un engagement commun pour améliorer la santé et la qualité de vie des clients, le développement et l'entretien de relations solides avec les partenaires de la Régie et les autres intervenants. La capacité à fournir des soins de haute qualité a été et continuera d'être possible grâce à la qualité et à l'intégrité des personnes qui font partie du Réseau.

L'organisation évolue dans un environnement complexe, où les enjeux réglementaires, politiques, sociaux, commerciaux et technologiques se renouvellent sans cesse. En adhérant aux principes d'éthique les plus élevés, nous réussissons à atteindre, voire dépasser, les résultats que nous visons et méritons la confiance de nos patients, clients, partenaires et fournisseurs.

Il appartient à tous les membres du Conseil de bien connaître le *Code de conduite et morale* et de mettre en pratique les principes d'éthique dont il découle. Les membres du Conseil doivent favoriser le respect de ces principes par leur conduite exemplaire. Préservons nos valeurs, en appliquant le *Code de conduite et morale* à chacune de nos actions et à chaque décision que nous prenons.

# TABLE DES MATIÈRES

|   |    |
|---|----|
| <b>1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>  | 4  |
| 1.1 Objet   | 4  |
| 1.2 Champ d'application   | 4  |
| 1.3 Adoption, révision et interprétation                                      | 4  |
| <b>2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE</b>   | 5  |
| 2.1 Mission, valeurs et principes généraux de la Régie                        | 5  |
| 2.2 Respect du droit et des lois applicables                                  | 5  |
| 2.3 Honnêteté, loyauté et intégrité   | 6  |
| 2.4 Compétence, prudence, diligence, efficacité et assiduité                  | 6  |
| 2.5 Relations professionnelles  | 6  |
| 2.6 Conduite respectueuse et décisions éclairées                              | 7  |
| <b>3. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE</b>   | 7  |
| 3.1 Discrétion et confidentialité   | 7  |
| 3.2 Solidarité d'entreprise   | 8  |
| 3.3 Conflits d'intérêts   | 8  |
| 3.4 Utilisation de biens et de ressources de la Régie à des fins personnelles | 10 |
| 3.5 Cadeaux, marques d'hospitalité et autres avantages                        | 11 |
| 3.6 Prestation de services conseils et d'autres services                      | 12 |
| 3.7 Considérations politiques et réserve                                      | 12 |
| 3.8 Communication avec les représentants des médias et le public              | 12 |
| 3.9 Obtention des conseils d'un avocat  | 13 |
| <b>4. MODALITÉS D'APPLICATION</b>   | 13 |
| 4.1 Déclaration obligatoire   | 13 |
| 4.2 Déclaration d'intérêts et du statut d'un membre du conseil                | 14 |
| 4.3 Défaut de conformité et sanctions   | 14 |
| 4.4 Signalement   | 15 |
| 4.5 Appel, suspension, décision de l'appel                                    | 17 |
| 4.6 Cessation des fonctions   | 18 |

# 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

---

## 1.1 OBJET

---

Le Code a pour objet de préserver et de renforcer la confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration du Réseau, de favoriser une saine gestion de ce dernier et de responsabiliser les membres du conseil.

Le Code établit des lignes directrices relatives aux questions suivantes :

- la discrétion et la confidentialité;
- l'indépendance;
- les conflits d'intérêts;
- l'utilisation de biens et de ressources de la Régie à des fins personnelles;
- les cadeaux, les marques d'hospitalité et les autres avantages;
- la prestation de services-conseils et d'autres services;
- les considérations politiques et la réserve;
- la communication avec les représentants des médias et le public.

## 1.2 CHAMP D'APPLICATION

---

Le présent code de conduite et morale s'applique à tous les membres du conseil d'administration, y compris les membres d'office.

## 1.3 ADOPTION, RÉVISION ET INTERPRÉTATION

---

Le conseil d'administration du Réseau de Santé Vitalité approuve le Code une fois que le comité de gouvernance et de mise en candidature lui en fait la recommandation.

Chaque membre du conseil d'administration y compris les membres d'office est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les valeurs du Réseau, les principes d'éthique et d'une bonne gouvernance et ainsi se conduire d'une manière qui lui est propre :

- Promeut le mandat, la mission, la vision et les valeurs du Réseau;
- Maintient l'engagement du Réseau à l'égard de la prise de décisions éthiques;
- Maximise sa contribution au Réseau;
- Assure l'intégrité et l'impartialité dans la prise de décision;
- Promeut la santé, la sécurité et le bien-être des clients et des employés ;
- S'assure du respect des règlements administratifs, des politiques et des procédures du Réseau ainsi que de la confidentialité de l'information (y compris verbale), des documents et des rapports du Réseau;
- Veille au respect des lois, règles et règlements et signale tout manquement au Code de conduite et morale ou tout comportement illégal ou contraire à l'éthique;
- Reflète positivement sur le Réseau; et
- prends en considération une approche ou une position globale du Réseau.

En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

Le membre du conseil doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Sa conduite doit pouvoir résister à l'examen public le plus minutieux.

Aux fins d'application du Code, l'interdiction de poser un geste inclut la tentative de poser ce geste et toute participation ou incitation à le poser.

## **2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE**

---

### **2.1 MISSION, VALEURS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DU RÉSEAU**

---

Le Réseau a pour mission d'exceller dans l'amélioration de la santé de la population. Dans le cadre de son mandat, le membre du conseil d'administration contribue à réaliser la mission de la Régie et s'engage ainsi à promouvoir les valeurs du conseil d'administration et les valeurs organisationnelles suivantes :

Valeurs du conseil d'administration :

- la vigilance;
- l'intégrité;
- la responsabilité.

Valeurs organisationnelles :

- le respect;
- la compassion;
- l'intégrité;
- l'imputabilité;
- l'équité;
- l'engagement

De plus, le membre du conseil s'engage à appliquer les principes de gestion suivants :

- s'appuyer sur la compétence des membres du conseil d'administration et du personnel de la Régie;
- veiller à la sécurité des personnes et à la protection des ressources matérielles de la Régie;
- favoriser des comportements professionnels et intègres en toute circonstance;
- favoriser la transparence de la gestion et le respect de principes d'éthique élevés.

---

### **2.2 RESPECT DU DROIT ET DES LOIS APPLICABLES**

---

La contribution du membre du conseil doit se faire, pendant toute la durée de son mandat, dans le respect des lois et règlements auxquels la Régie et lui-même sont assujettis.

---

## **2.3 HONNÊTETÉ, LOYAUTÉ ET INTÉGRITÉ**

---

Pendant toute la durée de son mandat, le membre du conseil doit agir avec honnêteté, loyauté et intégrité. Il doit prendre ses décisions indépendamment de toute considération incompatible avec la mission, la vision et les intérêts de la Régie.

Tous les membres du conseil et des comités entretiennent une relation fiduciaire avec la Régie régionale de la santé. En tant que fiduciaires, les membres doivent agir honnêtement, de bonne foi et dans le meilleur intérêt de l'organisation. Lorsqu'ils représentent le Réseau, les membres doivent différencier leur propre représentation de celle de l'organisation.

Tous les membres, y compris les membres d'office, sont tenus aux mêmes obligations et aux mêmes normes de diligence. Les membres qui cherchent à représenter un groupe, une région, une spécialisation ou une cause en particulier doivent agir dans le meilleur intérêt de l'organisation, même si cela est contraire aux intérêts du groupe qu'ils représentent.

---

## **2.4 COMPÉTENCE, PRUDENCE, DILIGENCE, EFFICACITÉ ET ASSIDUITÉ**

---

Dans l'exercice de ses fonctions, le membre du conseil doit faire preuve de compétence, de prudence, de diligence, d'efficacité et d'assiduité. Il doit maintenir à jour ses connaissances, avoir un jugement professionnel indépendant et impartial puis contribuer aux délibérations au meilleur de sa compétence pour être en mesure de servir les intérêts de la Régie et de ses clientèles, et ce, dans les meilleures circonstances possible.

Le membre du conseil a le devoir de prendre connaissance du présent code de conduite et morale ainsi que des politiques, des directives et des règles fixées par la Régie, de s'y conformer et d'en promouvoir le respect. Il doit également se tenir informé du contexte environnemental (économique, social et politique) dans lequel la Régie évolue et exerce sa mission.

Enfin, le membre du conseil doit s'engager à consacrer le temps nécessaire pour acquérir une connaissance de la mission et du fonctionnement de la Régie, de ses enjeux et des risques associés ainsi que des défis à relever. Il doit aussi consacrer le temps et l'attention nécessaires à la maîtrise des dossiers soumis au conseil d'administration.

---

## **2.5 RELATIONS PROFESSIONNELLES**

---

Le membre du conseil doit entretenir à l'égard de toute personne et de la Régie des relations fondées sur le respect, dans un esprit de travail collaboratif.

---

## **2.6 CONDUITE RESPECTUEUSE ET PRISE DE DÉCISIONS ÉCLAIRÉES**

---

Il est reconnu que les membres du conseil et des comités apportent au conseil des antécédents, des compétences et de l'expérience diversifiés. Les membres ne seront pas toujours d'accord sur toutes les questions. Tous les débats se dérouleront dans un climat de respect mutuel et de courtoisie. L'autorité du président doit être respectée par tous.

Les membres du conseil et des comités doivent:

- Parler des intérêts de l'ensemble des membres et de la communauté
- Parler pour eux-mêmes plutôt qu'en tant que représentant d'un groupe
- Exprimer des points de vue supplémentaires ou alternatifs et inviter les autres à le faire aussi.
- S'abstenir de toute conduite en dehors des réunions du conseil qui pourrait avoir pour effet de créer des factions et de limiter les discussions libres et ouvertes
- Être équilibré dans son effort de comprendre les autres et de se faire comprendre.
- Examiner à l'avance tous les documents requis pour les discussions et les décisions du Conseil d'administration.

Les cadres de prise de décisions du conseil d'administration fournissent également une orientation pour les discussions et la prise de décisions.

## **3. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE**

---

### **3.1 DISCRÉTION ET CONFIDENTIALITÉ**

---

Le membre du conseil est tenu à la discrétion quant à toute information dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et au respect, pendant son mandat, du caractère confidentiel de l'information reçue. En outre, les délibérations et les décisions du conseil d'administration, les positions défendues par les membres du conseil ainsi que les votes de ces derniers sont confidentiels.

Le membre du conseil ne peut pas non plus utiliser l'information confidentielle à son avantage personnel, ni à celui d'autres personnes (physiques ou morales), ni à celui d'un groupe d'intérêts.

Le membre du conseil a la responsabilité de prendre des mesures de sécurité visant à protéger la confidentialité de l'information à laquelle il a accès. Il doit notamment :

- I. ne pas laisser à la vue de tiers ou d'un membre du personnel non concerné les documents du conseil d'administration;
- II. ne pas télécharger sur un équipement utilisé à des fins personnelles, professionnelles de même que sur celui prêté par la Régie l'information transmise dans le cadre de la réalisation de son mandat;

- III. prendre des mesures appropriées pour assurer la protection matérielle des documents;
- IV. éviter toute discussion pouvant révéler des informations confidentielles;
- V. ne pas communiquer à une personne autre qu'un membre du conseil d'administration un document du conseil d'administration sans l'autorisation préalable de la Régie;
- VI. se départir de tout document confidentiel du conseil d'administration qui n'est plus nécessaire à l'exécution de son mandat en le déchiquetant ou en le remettant au secrétaire du conseil;
- VII. respecter le matériel mis à sa disposition;
- VIII. remettre, à la cessation de son mandat, sa tablette électronique, ainsi que tout document détenu concernant le conseil d'administration y compris le cahier du membre du conseil, au secrétaire du conseil.

---

### **3.2 SOLIDARITÉ D'ENTREPRISE**

---

Les membres du conseil et des comités reconnaissent que les actions dûment autorisées du conseil doivent être appuyées par tous les membres, le conseil s'exprimant d'une seule voix. Les membres qui se sont abstenus ou ont voté contre une motion doivent adhérer à la décision de la majorité des membres et l'appuyer.

Les membres du conseil et des comités doivent:

- Soutenir et expliquer toutes les décisions du conseil d'administration à l'environnement interne et externe, même si son point de vue est minoritaire.
- Ne pas divulguer ou discuter des divergences d'opinions sur le conseil en dehors des réunions du conseil, en particulier avec le personnel, les bénévoles ou les clients.
- S'abstenir de demander des renseignements au personnel pour contester une décision sans que le président du conseil d'administration ou le président-directeur général n'en ait connaissance.
- Transmettre les plaintes ou les questions relatives au Réseau au président-directeur général. Ce dernier fera part au membre du conseil d'administration de ses commentaires sur les mesures prises.

---

### **3.3 CONFLITS D'INTÉRÊTS**

---

Il relève de la responsabilité de chacun des membres du conseil de prendre les précautions nécessaires pour éviter de se placer dans une situation de conflit entre ses intérêts personnels et les obligations liées à la réalisation de son mandat. Le membre du conseil doit aussi éviter de se placer dans une situation pouvant jeter un doute raisonnable sur sa capacité à s'acquitter de ses devoirs avec honnêteté et impartialité. Lorsqu'une telle situation survient, même en dehors de sa volonté, il doit le divulguer

immédiatement au président du conseil d'administration et y remédier sans tarder.

Pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit d'une situation de conflit apparent<sup>1</sup> ou potentiel<sup>2</sup> ou d'une possibilité réelle, fondée sur des liens logiques, que l'intérêt personnel soit préféré à l'intérêt de la Régie. Il n'est pas nécessaire que le membre ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de la Régie. Le risque qu'un conflit d'intérêts se produise est suffisant, puisqu'il peut mettre en cause la crédibilité de l'organisation. Aux fins de précision, un membre du conseil est en conflit d'intérêts s'il permet, ou semble permettre que ses intérêts personnels ou ceux de sa famille, d'autres parents ou de personnes ayant des liens avec eux, compromettent sa capacité de remplir ses fonctions à la Régie de façon objective, impartiale et efficace.

Le membre du conseil doit, notamment, éviter de se trouver dans une situation où lui ou un membre de sa famille immédiate, d'autres parents ou d'autres personnes ayant des liens avec eux, puissent tirer profit, directement ou indirectement, d'un contrat conclu pour la Régie ou influencer la prise de décision.

Le membre du conseil qui assume des obligations envers d'autres entités peut parfois se trouver en situation de conflit d'intérêts. Dans le cas où le Code ne prévoit pas la situation dans laquelle il se trouve, il doit déterminer si son comportement respecte ce à quoi la Régie peut raisonnablement s'attendre de la conduite d'un membre du conseil dans ces circonstances. Le membre du conseil doit également déterminer si une personne raisonnablement bien informée conclurait que les intérêts qu'il détient dans l'autre entité risquent d'influencer ses décisions et de nuire à son objectivité, à son intégrité ou à son impartialité. À cet égard, il peut consulter le comité de gouvernance et de mise en candidature.

Les situations suivantes peuvent constituer des conflits d'intérêts :

- avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de la Régie;
- obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision de la Régie;
- avoir une réclamation litigieuse contre la Régie;
- se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

Les membres se conforment aux obligations énoncées dans l'article 25 de la Loi sur les régies régionales de la santé, L.R.N.-B. 2011, c. 217, dont copie figure à l'annexe B du Code de conduite et morale, et aux obligations énoncées à l'article B.10.0 des

règlements administratifs de la Régie.

Un membre divulgue ou déclare tout conflit d'intérêts dès qu'il en a connaissance et au plus tard :

- À la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est étudiée; ou
- À la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.

Tout membre doit, sans limiter la généralité de ce qui suit :

- Solliciter auprès du président du Conseil ou de toute autre personne les avis nécessaires pour déterminer l'existence ou non d'un conflit d'intérêts dans les situations où le membre soupçonne l'existence d'un conflit d'intérêts;
- Éviter d'utiliser sa position au sein du Conseil pour solliciter des clients dans le cadre de ses affaires personnelles ou des affaires dirigées par un frère, une sœur ou un enfant du membre ou une personne envers qui le membre a quelque obligation que ce soit;
- Dans des circonstances où il a des motifs raisonnables de croire que les intérêts d'un autre membre sont en conflit avec les intérêts de la Régie pour ce qui est de se conformer aux obligations de divulgation et de rapport énoncées dans le présent code.
- Un membre du Conseil qui a divulgué un conflit d'intérêts, à l'égard duquel un conflit d'intérêts a été déterminé ou qui se trouve effectivement en conflit d'intérêts :
  - Doit s'abstenir de prendre part aux discussions ou au vote portant sur le sujet en question, mais peut faire partie du quorum de la réunion du Conseil;
  - Peut demeurer dans la salle, si la réunion est publique, mais ne doit pas prendre part à cette partie de la réunion pendant laquelle le sujet donnant lieu à un conflit d'intérêts est discuté et doit quitter la salle avant tout vote portant sur ce sujet;
  - Si la réunion est à huis clos, doit quitter immédiatement la réunion et ne pas y retourner avant que toute discussion et tout vote sur le sujet donnant lieu au conflit d'intérêts ne soient complétés;
  - Doit s'abstenir d'influencer ou de tenter d'influencer les discussions ou le vote du Conseil sur la ou les questions afférentes au sujet donnant lieu au conflit d'intérêts.

### **3.4 UTILISATION DE BIENS ET DE RESSOURCES DE LA RÉGIE À DES FINS PERSONNELLES**

Le membre du conseil ne doit pas confondre les biens de la Régie avec les siens et ne peut pas utiliser les biens et les ressources de la Régie à son profit ou au profit de tiers.

Les biens et les ressources de la Régie incluent, notamment :

- les biens matériels, y compris les biens électroniques;
- le personnel;
- le travail accompli par le personnel ou par une tierce partie, les dirigeants et les membres du conseil de la Régie.

Chaque membre du conseil a l'obligation de protéger les biens et les ressources de la Régie et peut les utiliser seulement au profit de l'organisation.

---

### **3.5 CADEAUX, MARQUES D'HOSPITALITÉ ET AUTRES AVANTAGES**

---

La Régie est particulièrement sensible à la façon dont le public perçoit les cadeaux, les marques d'hospitalité et les autres avantages que peut recevoir un membre du conseil. Le membre du conseil du conseil doit donc faire preuve de jugement pour éviter les situations de conflits.

Sous réserve de l'exception mentionnée au paragraphe suivant, Le membre du conseil (y compris les membres de sa famille immédiate) ne peut, directement ou indirectement, accepter ou solliciter des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages (y compris une commission, des honoraires, un salaire, un paiement ou des articles comme des chèques-cadeaux, des titres, un abonnement ou des billets gratuits ou réduits pour des événements sportifs ou culturels). Il ne peut pas non plus, directement ou indirectement, accepter ou solliciter des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages qui pourraient compromettre ou sembler compromettre son objectivité, son intégrité ou son impartialité dans le cadre de la réalisation de son mandat, ou qui pourraient le rendre redevable envers la personne, l'entreprise ou l'organisation qui les donne. Il ne peut pas non plus accepter de traitements ou de prix préférentiels d'un fournisseur existant ou éventuel de la Régie en raison de son mandat.

Le membre du conseil peut accepter des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages seulement s'ils répondent aux critères suivants :

- ils découlent d'activités ou d'événements liés à la réalisation de son mandat;
- ils ne compromettent pas, ni ne semblent compromettre son objectivité, son intégrité ou son impartialité ni celles de la Régie ou de toute autre personne et, dans tous les cas, sont d'usage et d'une valeur modeste. S'ils ne sont pas d'usage et d'une valeur modeste, Le membre du conseil doit immédiatement demander conseil au président du conseil d'administration, qui indiquera la ligne de conduite à suivre.

Dans le cadre de ses actions, le membre du conseil doit, le cas échéant, prendre les mesures suivantes :

- dissuader les fournisseurs existants et éventuels de lui offrir des cadeaux, des marques d'hospitalité et d'autres avantages;
- aviser les fournisseurs existants et éventuels qu'ils ne peuvent maintenir une relation professionnelle avec lui que s'ils se conforment au Code, retourner les cadeaux, les marques d'hospitalité et les autres avantages inappropriés accompagnés d'un exemplaire du Code à titre de référence et toujours obtenir les conseils du président du conseil d'administration en cas d'incertitude.

En cas d'impossibilité de refuser des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages non conformes aux critères énoncés ci-dessus, le membre du conseil doit immédiatement demander conseil au président du conseil d'administration, qui lui indiquera la ligne de conduite à suivre.

---

### **3.6 PRESTATION DE SERVICES-CONSEILS ET D'AUTRES SERVICES**

---

Un membre du conseil ne doit pas offrir ni dispenser, sur une base contractuelle, un service-conseil ou d'autres services à la Régie, que ce soit à titre personnel ou par l'intermédiaire d'une organisation dans laquelle lui ou une personne qui lui est liée détient des intérêts.

---

### **3.7 CONSIDÉRATIONS POLITIQUES ET RÉSERVE**

---

Le membre du conseil doit prendre ses décisions indépendamment de toute considération politique partisane afin de préserver l'intégrité et l'impartialité de la Régie et pour s'assurer d'agir dans l'intérêt de la Régie et de ses clientèles. Par ailleurs, il doit toujours faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

---

### **3.8 COMMUNICATION AVEC LES REPRÉSENTANTS DES MÉDIAS ET LE PUBLIC**

---

Le Conseil a adopté une politique concernant la désignation d'un porte-parole au nom du Conseil afin de maintenir la cohérence des messages que l'organisation diffuse. Le président du conseil d'administration est le porte-parole au nom du Réseau pour les questions liées à la gouvernance et à la reddition de comptes du conseil d'administration. Le président-directeur général ou son représentant désigné, nommé par de temps à autre par le président-directeur général, est le porte-parole du Réseau pour les questions opérationnelles. Le président-directeur général et le président du conseil d'administration détermineront mutuellement leurs rôles respectifs, le cas échéant. Aucun membre du conseil d'administration ou d'un comité ne sera porte-parole du conseil d'administration, à moins que le président du conseil ne lui délègue expressément la responsabilité. Lorsqu'elles sont ainsi autorisées, les représentations du directeur ou du membre du comité doivent être conformes aux positions et aux

politiques acceptées du conseil.

Un membre du conseil est autorisé à faire des présentations devant d'autres groupes lors de séminaires publics, de conférences ou d'occasions similaires. Lors de ces séminaires, de ces conférences et de ces autres occasions, il doit préciser qu'il s'exprime à titre personnel et non pour le compte de la Régie. Ses remarques doivent être d'ordre général, et il doit éviter de faire des observations sur les activités de la Régie.

Seuls les porte-parole autorisés du conseil d'administration sont autorisés à communiquer avec les médias pour les affaires du Réseau. Tout directeur ou membre du comité qui est interrogé par des journalistes ou d'autres représentants des médias doit référer ces personnes au président-directeur général du Réseau.

Les membres du conseil sont également tenus d'éviter tous commentaires sur les médias sociaux impliquant les activités, décisions, positions du Réseau.

---

### **3.9 OBTENTION DES CONSEILS D'UN AVOCAT**

---

Les demandes visant à obtenir des opinions ou des conseils de l'extérieur au sujet de questions dont le conseil est saisi peuvent être présentées par l'entremise du président.

## **4. MODALITÉS D'APPLICATION**

---

### **4.1 DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

---

Le membre du conseil du conseil doit déclarer par écrit, au président du conseil d'administration et au ministre, toute situation susceptible d'affecter son statut.

De plus, le membre du conseil qui a un intérêt direct ou indirect dans une organisation, une entreprise, une association ou relativement à une affaire quelconque mettant en conflit son intérêt personnel et celui de la Régie doit, sous peine de révocation, le dénoncer préalablement à la séance ou dès qu'il en a connaissance au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur cette organisation, cette entreprise, cette association ou cette affaire.

Il doit, en outre, se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatifs à cette question afin de ne pas influencer la décision.

Le président du conseil d'administration doit, quant à lui, faire sa déclaration au secrétaire du conseil et au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Le procès-verbal doit faire état de son absence ou de son abstention de participer aux délibérations.

---

## **4.2 DÉCLARATION D'INTÉRÊTS ET DU STATUT D'UN MEMBRE DU CONSEIL**

---

Lorsqu'un membre du conseil entre en fonction à la Régie, il doit remplir le formulaire *Déclaration des membres du conseil d'administration* et le remettre au président du conseil d'administration.

Dans ce formulaire, il est, notamment demandé :

- de signer une déclaration officielle stipulant que le membre a lu et compris le Code et qu'il s'y conformera.
- de fournir les renseignements suivants :
  - le nom et l'adresse de l'organisme, de l'entreprise, de l'association ou de toute autre organisation pour lesquels il agit à titre de dirigeant ou d'employé ainsi que la fonction qu'il y occupe et la date de son entrée en fonction;
  - le nom et l'adresse des sociétés, des associations ou des organismes, à but lucratif ou sans but lucratif, des sociétés de personnes ou de toutes les autres organisations envers lesquels il est associé;
  - toute situation sur le plan personnel, professionnel ou philanthropique concernant un membre de sa famille ou lui-même, qui est susceptible de créer un conflit avec l'exercice de son mandat au conseil d'administration;
  - d'indiquer les renseignements relatifs à la qualification du statut d'indépendance.

En début d'année financière, le président du conseil d'administration demande aux membres du conseil de valider l'exactitude des renseignements apparaissant au formulaire de Déclaration des membres du conseil d'administration.

Par ailleurs, toute modification à la déclaration d'un membre du conseil doit être faite par la mise à jour du formulaire de Déclaration des membres du conseil d'administration et transmise au président du conseil d'administration. La déclaration du président du conseil d'administration est transmise au secrétaire du conseil.

Une déclaration de modification d'intérêts communiquée verbalement par un membre du conseil et consignée au procès-verbal d'une rencontre du conseil d'administration tient lieu de déclaration écrite. L'information sera consignée dans le dossier de déclaration d'intérêts du membre du conseil d'administration.

---

## **4.3 DÉFAUT DE CONFORMITÉ ET SANCTIONS**

---

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de la surveillance et du contrôle de la conformité du code de conduite et morale.

Les membres sont responsables de se conformer au présent code. Le défaut de se conformer au code de conduite et morale peut mener à la destitution du membre, selon les circonstances. Tout défaut de se conformer au présent code sera traité de la façon appropriée compte tenu des circonstances.

---

#### **4.4 SIGNALEMENT**

---

Le respect du Code est une responsabilité partagée par chacun des membres du conseil. Ainsi, Le membre du conseil qui connaît ou soupçonne l'existence d'une situation susceptible de contrevenir au Code doit la dénoncer au président du comité de gouvernance et de mise en candidature. L'omission de faire un rapport d'une infraction connue ou raisonnablement soupçonnée constitue en soi une infraction au présent code. Cette dénonciation doit être faite par écrit, de façon confidentielle, et contenir l'information suivante :

- I. l'identité de l'auteur ou des auteurs impliqués;
- II. la description de la situation;
- III. la date ou la période de la survenance ou de l'émergence de la situation;
- IV. une copie de tout document qui soutient le signalement.

Pour les fins du rapport exigé en vertu du présent code, tout rapport doit être communiqué au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature par courriel, par courrier ordinaire ou en personne à l'adresse indiquée ci-dessous. Dans l'éventualité où le rapport d'une infraction mettrait en cause le président du Comité de gouvernance et de mise en candidature, le rapport devrait être adressé au président du Conseil à l'adresse ci-dessous :

Réseau de santé Vitalité  
Siège social  
275, rue Main, bureau 600 Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature veillera à la mise en place de démarches appropriées pour l'enquête et le suivi de tout rapport reçu et il veillera à ce que tout rapport fasse l'objet d'une enquête prompte et approfondie par ledit Comité de gouvernance et de mise en candidature, un comité spécial du Conseil établi à cette fin ou un enquêteur externe. Si les circonstances l'exigent, le rapport pourra être adressé à la police ou à l'autorité réglementaire appropriée.

Les actions prises par le Comité de gouvernance et de mise en candidature et la partie ou les parties mandatées pour mener l'enquête pourront varier selon la nature du rapport et/ou de l'infraction alléguée. Sous réserve de toute divulgation nécessaire pour

mener l'enquête et la prise de mesures de redressement et sous réserve de toute règle de droit (obligeant la divulgation dans certaines circonstances), tous les renseignements faisant l'objet d'un rapport et divulgués pendant le cours d'une enquête demeureront confidentiels et seront rendus disponibles selon le principe d'accès sélectif seulement.

L'enquêteur mènera toutes les enquêtes jugées pertinentes et pourra consulter le membre, l'auteur du rapport et toute autre personne, au besoin, mais il n'aura aucune obligation de tenir une audience formelle. Le membre faisant l'objet du rapport doit recevoir un avis écrit de la nature de toute allégation à son encontre dans les dix (10) jours de la date du rapport et il pourra y répondre par écrit ou demander un entretien avec l'enquêteur dans les dix (10) jours suivant la réception de l'avis prévu dans le présent paragraphe. L'enquêteur doit compléter l'enquête dans les trente (30) jours suivant le début de son mandat d'enquête et :

- Prépare un rapport faisant état de ses conclusions et de ses recommandations (le « rapport d'enquête »), lequel sera soumis au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature dans les quinze (15) jours suivant l'achèvement de l'enquête;
- Sur réception du rapport d'enquête, le président convoque une réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature, qui fait l'étude du rapport dans les quinze (15) jours suivant sa réception :
  - Adopter le rapport d'enquête en tout ou en partie;
  - Si une infraction a été commise, décider quelle sanction, s'il y a lieu, devrait être imposée à l'endroit du membre faisant l'objet du rapport et du rapport d'enquête;
  - Les sanctions imposées par le Comité de gouvernance et de mise en candidature peuvent consister en une réprimande, une suspension, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de l'infraction.

La décision et, le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature sont communiquées par écrit au membre faisant l'objet du rapport d'enquête ainsi qu'au Conseil et la décision doit être communiquée au ministre, avec les motifs à l'appui, dans les cinq (5) jours suivant la date de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature, la sanction imposée au membre faisant l'objet du rapport d'enquête entre en vigueur à la date précisée dans la lettre de décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

---

## 4.5 APPEL, SUSPENSION, DÉCISION DE L'APPEL

---

Le membre faisant l'objet du rapport d'enquête, qui est en désaccord avec la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature, peut interjeter appel de cette décision auprès des membres du Conseil à une réunion spéciale du Conseil convoquée à cet effet en donnant au secrétaire du Conseil un avis écrit de son intention de le faire dans les trente (30) jours suivant la réception de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

### Suspension de la décision et de la sanction

- Si le membre faisant l'objet du rapport d'enquête donne l'avis de 30 jours, la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature sont suspendues jusqu'à la résolution des membres.

### Décision de l'appel

- En cas d'appel, la majorité (ou un pourcentage supérieur précisé dans les règlements administratifs) des membres présents à l'assemblée spéciale convoquée à cette fin confirment ou annulent, rétroactivement, par résolution, la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature.
- Il est entendu que le membre faisant l'objet du rapport d'enquête pourra, s'il le désire, faire des représentations auprès des autres membres lors de la réunion spéciale tenue.

### Calcul des délais

- Dans le présent code, à moins que le contexte n'indique une intention contraire, les normes suivantes régissent le calcul des délais prescrits :
  - Si le délai est exprimé en jours, il se calcule en excluant le premier jour, mais en y incluant le dernier;
  - Si le délai est inférieur à sept (7) jours, il ne faut pas tenir compte des jours fériés;
  - Si le délai prévu pour accomplir un acte ou pour entreprendre une étape de procédure expire un jour férié, l'acte peut être accompli ou l'étape entreprise le premier jour suivant qui n'est pas jour férié.

---

## 4.6 CESSATION DES FONCTIONS

---

Après avoir cessé d'être membre du conseil d'administration de la Régie, un membre du conseil ne peut pas agir de manière à tirer un avantage indu de sa charge antérieure. Il ne peut pas non plus donner à une personne ou à une organisation des conseils fondés sur des renseignements concernant la Régie qui n'étaient pas du domaine public et qu'il a obtenus pendant qu'il siégeait au conseil d'administration.

Il lui est également interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre activité à laquelle la Régie est partie et à propos de laquelle il détient de l'information qui n'est pas du domaine public.

Les membres du conseil de la Régie ne peuvent pas traiter, dans les circonstances qui sont prévues au paragraphe précédent, avec Le membre du conseil du conseil public qui y est visé dans l'année où celui-ci a quitté ses fonctions.

JE RECONNAIS avoir lu et compris le code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil du Réseau de Santé Vitalité, et j'accepte de m'y conformer en tout temps.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Date

## Déclaration des membres du conseil d'administration

### Statut de la déclaration

Initiale     Non modifiée     Modifiée

### 1. Déclaration des intérêts

#### a. Organisme, entreprise, association ou autre organisation pour lesquels vous agissez à titre de membre du conseil, de travailleur autonome, d'employé ou de bénévole

Inscrivez le nom et l'adresse de l'organisme, de l'entreprise, de l'association ou de toute autre organisation pour lesquels vous agissez à titre de membre du conseil, de travailleur autonome, d'employé ou de bénévole. Inscrivez également votre fonction, la date de votre entrée en fonction de même que la nature de votre intérêt en lien avec les responsabilités dévolues à la Régie.

Ne s'applique pas\*

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Date d'entrée en fonction : \_\_\_\_\_

Nature de l'intérêt : \_\_\_\_\_

[Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le + ci-contre apparaissant lors de la saisie](#)

#### b. Sociétés par actions, fiducies, sociétés de personnes ou autres organisations avec lesquelles vous avez des liens

Inscrivez le nom et l'adresse des sociétés par actions, des fiducies, des sociétés de personnes ou des autres organisations, à but lucratif ou sans but lucratif, pour lesquelles vous agissez à titre d'administrateur ou de fiduciaire, que vous contrôlez ou dont vous détenez plus de 5 % des droits de vote. Inscrivez également le nom et l'adresse des sociétés ou des autres organisations pour lesquelles vous offrez, sur une base contractuelle, un service-conseil ou d'autres services et dans lesquelles vous détenez des intérêts importants en lien avec les responsabilités dévolues à la Régie.

Ne s'applique pas\*

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Champ d'activité : \_\_\_\_\_

Nature de l'intérêt : \_\_\_\_\_

[Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le + ci-contre apparaissant lors de la saisie](#)

Inscrivez le nom et l'adresse des sociétés par actions, des fiducies, des sociétés de personnes ou des autres organisations, à but lucratif ou sans but lucratif, pour lesquelles vous ou un membre de votre famille immédiate, d'autres parents ou d'autres personnes ayant des liens avec vous, détenez des intérêts importants en lien avec les responsabilités dévolues à la Régie.

Ne s'applique pas\*

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Champ d'activité : \_\_\_\_\_

Nature de l'intérêt : \_\_\_\_\_

Lien à préciser : \_\_\_\_\_

[Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le + ci-contre apparaissant lors de la saisie](#)

### c. Autre situation

Inscrivez toute situation sur le plan personnel, professionnel ou philanthropique, pour laquelle vous ou un membre de votre famille immédiate, d'autres parents ou d'autres personnes ayant des liens avec vous, qui est susceptible de créer un conflit avec l'exercice de votre mandat au sein du conseil d'administration de la Régie.

Ne s'applique pas\*

Nom : \_\_\_\_\_

Champ d'activité : \_\_\_\_\_

Nature de l'intérêt : \_\_\_\_\_

Lien à préciser : \_\_\_\_\_

[Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le + ci-contre apparaissant lors de la saisie](#)

## 2. Déclaration du statut du membre du conseil

Indiquez votre statut du membre du conseil

Indépendant     non indépendant

Êtes-vous à l'emploi de la Régie ?

Oui    Non

Êtes-vous à l'emploi du gouvernement ou d'un organisme du gouvernement ?

Un membre de votre famille immédiate fait-il partie de la Haute direction de la Régie ?

### 3. Déclaration et signature

Je, soussigné(e), membre du conseil d'administration du Réseau de santé  
Vitalité :

- atteste que les déclarations ont été faites de bonne foi et au meilleur de mes connaissances;
- déclare avoir pris connaissance du Code de conduite et morale applicable aux membres du Conseil d'administration de la Régie, en comprendre le sens et la portée. Dans cet esprit, je m'engage à remplir avec impartialité, honnêteté et indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs et les responsabilités découlant de mon rôle du membre du conseil, en plus de faire preuve en tout temps d'une conduite empreinte d'éthique.

J'ai signé à ce \_\_\_\_\_e jour du mois de \_\_\_\_\_, 20 .

\_\_\_\_\_  
Signature du membre du Conseil

J'ai signé à ce \_\_\_\_\_e jour du mois de \_\_\_\_\_, 20 .

\_\_\_\_\_  
Signature du président du Conseil d'administration

**LOI SUR LES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ, L.R.N.B. 2011, c. 217  
PARTIE 3**

**Section B - Structure et administration**

**Conflit d'intérêts**

25(1) Il est interdit à tout membre d'un conseil de voter ou de se prononcer sur une question soumise au conseil si :

- a) le membre a un intérêt dans la question autre qu'un intérêt inhérent à ses fonctions de membre;
- b) le membre a un intérêt financier direct ou indirect dans la question;
- c) un parent, un conjoint, un frère, une sœur ou un enfant du membre a un intérêt dans la question;
- d) le membre est un dirigeant, un employé ou un représentant d'une personne morale ou d'une association non personnalisée, ou autre association de personnes qui a un intérêt dans la question.

25(2) Lorsqu'un membre est en conflit d'intérêts, il divulgue au conseil la nature et l'étendue de l'intérêt soit par écrit, soit en demandant que ce conflit soit mentionné au procès- verbal de la réunion du conseil.

25(3) Un membre divulgue tout conflit d'intérêts :

- a) à la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est étudiée;
- b) si le membre ne se trouve pas en conflit d'intérêts au moment décrit à l'alinéa a), à la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.  
2002, ch. R-5.05, art. 25.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Comité des finances et de vérification**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 23 janvier 2018. Ce rapport sera présenté par Rita Godbout, présidente du comité. De ce rapport découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption des quatre motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 23 janvier 2018.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2018-01-23 / 03FV, MOTION 2018-01-23 / 04FV, MOTION 2018-01-23 / 05FV et MOTION 2018-01-23 / 06FV du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 23 janvier 2018.

# Comité des finances et de vérification

Rapport au Conseil d'administration  
13 février 2018

# Réunion régulière : 23 janvier 2018

## Sujets discutés :

### Plan d'action – Recommandations des vérificateurs externes 2016-2017:

Les activités principales se poursuivent et toutes les recommandations soumises par les vérificateurs externes 2016-2017 seront complétées d'ici la fin mars 2018.

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

## Plan d'atténuation des risques :

La plan a été développé dans le cadre de l'amélioration de la performance du secteur financier et suite aux recommandations des vérificateurs externes. Bien que le plan compte 89 risques potentiels, aucun risque élevé n'a été identifié.

Toutes les recommandations seront complétées d'ici la fin décembre 2018. Un suivi du plan d'action sera présenté sur une base régulière.

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

Politique et procédure « Recouvrement et radiation des mauvaises créances » :

**MOTION 2018-01-23 / 03FV**

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que la politique et procédure « Recouvrement et radiation des mauvaises créances » soit approuvée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

Politique et procédure « Limite d'autorisation de dépenses » :

**MOTION 2018-01-23 / 04FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que la politique et procédure « Limite d'autorisation de dépenses » soit approuvée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

## États financiers pour l'exercice se terminant le 30 novembre 2017:

Pour les huit premiers mois d'opération, du 1<sup>er</sup> avril au 30 novembre 2017, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 1,888,980 \$, soit une augmentation dans les revenus de 1,931,000 \$ et un excédant dans les dépenses de 42,019 \$.

Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 5,036,793 \$ sont considérées dans les états des résultats.

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

## MOTION 2018-01-23 / 05FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 30 novembre 2017 soient adoptés tels que présentés.

**Adopté à l'unanimité.**

## MOTION 2018-01-23 / 06FV

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 5,036,793 \$ soient adoptées pour tenir compte des changements financiers depuis le début d'exercice financier 2017-2018.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des finances et de vérification pour la réunion tenue le 23 janvier 2018 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Rita Godbout

Présidente du Comité des finances et de vérification

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

Point 8.3

|                              |  |                                 |                                   |
|------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Titre de la réunion :</b> | Comité des finances et de vérification | <b>Date et heure :</b>          | <b>Le 23 janvier 2018 à 10:00</b> |
|                              |  | <b>Endroit :</b>                | <b>Vidéoconférence</b>            |
| <b>But de la réunion :</b>   | Réunion régulière                      | Bathurst : (siège social)       | (Gilles)                          |
|                              |  | Moncton : salle à l'Auberge     | (Michelyne)                       |
|                              |  | Edmundston : salle 2281         | (Gisèle, Lucie, Richard)          |
| <b>Présidente :</b>          | Rita Godbout                           | Grand-Sault : salle 0217        | (Rita)                            |
| <b>Secrétaire :</b>          | Lucie Francoeur                        | Centre de santé comm. St.Joseph | (Brenda)                          |
|                              |  | Lamèque : salle multi           | (Émeril)                          |
|                              |  | Jabber:                         | (Denis)                           |
| <b>Participants</b>          |  |                                 |                                   |
| Rita Godbout                 | ✓                                      | Michelyne Paulin                | ✓                                 |
| Gilles Lanteigne             | ✓                                      | Brenda Martin                   | ✓                                 |
| Gisèle Beaulieu              | ✓                                      | Émeril Haché                    | ✓                                 |
|                              |  | Denis Pelletier                 | ✓                                 |
|                              |  | Richard Pelletier               | ✓                                 |
| <b>PROCÈS-VERBAL</b>         |  |                                 |                                   |

### Réunion conjointe avec le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité et le Comité des finances et de vérification

#### 1. Tableau de bord stratégique et opérationnel (novembre 2017)

Invitées : Mireille Lanouette et Sharon Smyth-Okana

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel.

Aujourd'hui, les indicateurs chirurgicaux seront discutés en détail par Sharon Smyth-Okana, mais avant de passer à cette étape, Mireille Lanouette cite quelques indicateurs qui ont été ajoutés au tableau de bord stratégique :

- Le nombre de projets de qualité mis en place ;
- Le pourcentage de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grand besoin qui reçoivent des services adaptés (Hôpital régional d'Edmundston seulement) ;
- Le nombre de visites dans les cliniques itinérantes ; le président-directeur général s'interroge sur la définition de cet indicateur ? Mireille Lanouette validera cette information.
- Le nombre de pratiques exemplaires des services aux aînés et aux clientèles ciblées ;
- Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant ;
- L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté ;
- Un programme de développement du leadership organisationnel sera initié.

Au niveau financier, les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible. Le taux de conformité aux audits de documentation 2016-2017 s'est amélioré comparativement à l'année 2015-2016. Aussi, le pourcentage de vaccination reliée à la grippe saisonnière surpasse la cible. Nous poursuivons les efforts pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

Sharon Smyth-Okana, directrice des Services de chirurgie présente par le biais d'une présentation électronique une analyse détaillée des indicateurs chirurgicaux en cours pour améliorer le rendement du secteur. Les principaux éléments de la présentation sont :

- % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) ;
- % de chirurgies d'arthroplastie de la hanche effectuées (26 semaines) ;
- Chirurgies en attente plus de 12 mois ;
- Comparaison des indicateurs chirurgicaux par zone, pour la province du N.-B. ;
- Défis, mesures prises à date et les actions à venir dans les zones 1B et 5.

Il est suggéré de partager la présentation aux médecins généralistes du Réseau, afin de les sensibiliser aux défis reliés aux chirurgies orthopédiques dans les zones 1B et 5. Sharon Smyth-Okana assurera le suivi adéquat à cet égard.

Les membres remercient Sharon Smyth-Okana pour cette présentation.

Pour faire suite à la question du président-directeur général précédemment, Mireille Lanouette décrit l'indicateur relié aux cliniques itinérantes comme suit : Clinique offerte dans un établissement hospitalier ou un centre de santé communautaire par un médecin spécialiste qui se déplace, mais dont le lieu de travail principal se situe dans une autre région (zone).

## 2. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Rita Godbout à 10:50. Elle souhaite à chacun une bonne et heureuse année.

## 3. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

## 4. Adoption de l'ordre du jour

### **MOTION 2018-01-23 / 01FV**

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

## 5. Adoption du procès-verbal du 21 novembre 2017

### **MOTION 2018-01-23 / 02FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 21 novembre 2017 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

## 6. Suivis de la dernière réunion du 21 novembre 2017

### 6.1 Plan d'action – Recommandations des vérificateurs externes 2016-2017

La mise à jour du plan d'action pour se conformer aux recommandations des vérificateurs externes 2016-2017 est présentée aux membres à titre d'information. Une réunion s'est tenue en décembre dernier avec les représentants de Service NB (SNB), l'équipe du secteur financier et de l'informatique et un représentant de la firme responsable de la vérification, afin de clarifier certains éléments en lien avec la sécurité informatique et identifier ce qui est requis pour régler les recommandations. Il y a eu beaucoup de progrès durant les derniers mois, puisque certaines recommandations sont complétées à 95 %. D'ailleurs, nous prévoyons que toutes les recommandations seront complétées d'ici la fin mars 2018.

### 6.2 Plan d'atténuation des risques

Un plan d'atténuation des risques a été développé dans le cadre de l'amélioration de la performance du secteur financier et suite aux recommandations des vérificateurs externes. Celui-ci est présenté aux membres à titre d'information.

Le plan d'atténuation des risques comprend douze catégories de risques, soit :

- |                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| - Achats                        | - Contrats d'achats et de services |
| - Approvisionnement stratégique | - Finances                         |
| - Assurance-maladie             | - Inventaire et distribution       |
| - Comptabilité générale         | - Réception des produits           |
| - Comptes payables              | - Revenus                          |
| - Comptes recevables            | - Salaires/Paies/Kronos            |

Bien que le plan d'atténuation des risques compte 89 risques potentiels, aucun risque élevé n'a été identifié. Un rapport trimestriel portant sur l'analyse des risques et des contrôles internes sera établi pour tenir compte de l'évolution.

Il est prévu que toutes les recommandations seront complétées d'ici la fin décembre 2018. Un suivi du plan d'action sera présenté sur une base régulière aux membres du Comité des finances et de vérification.

Un membre souligne le travail phénoménal de l'Équipe des finances, puis tient à féliciter l'équipe pour le beau travail accompli.

## 7. Affaires nouvelles

### 7.1 Politique et procédure « Recouvrement et radiation des mauvaises créances »

Le but de cette politique est d'énoncer les principes directeurs en matière de recouvrement et de radiation de mauvaises créances et de déterminer les obligations et les responsabilités qui incombent aux intervenants en matière de recouvrement.

\*\*Denis Pelletier quitte la réunion à 11:00, en raison d'obligation personnelle.

La négociation d'entente de paiement avec les débiteurs est la solution préconisée. L'envoi des états de comptes à tous les clients est fait mensuellement pour une période de trois mois. De façon générale, une entente de paiement devrait permettre que la créance incluant les arrérages et les intérêts soient entièrement payés dans un délai maximum de deux ans.

Les mauvaises créances du Réseau s'élèvent au montant d'environ 1,5 M\$ annuellement et celles-ci comprennent majoritairement les congés en attente de foyers de soins.

#### **MOTION 2018-01-23 / 03FV**

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que la politique et procédure « Recouvrement et radiation des mauvaises créances » soit approuvée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

### 7.2 Politique et procédure « Limite d'autorisation de dépenses »

Cette politique et procédure a été développée, afin de permettre au Conseil et au président-directeur général de s'acquitter de leurs responsabilités en lien avec la gestion des affaires de l'organisation. Elle précise aussi la délégation du pouvoir et limite de dépenses pour protéger l'organisation contre les pertes financières, matérielles, etc.

#### **MOTION 2018-01-23 / 04FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que la politique et procédure « Limite d'autorisation de dépenses » soit approuvée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

## 8. Rapports

### 8.1 États financiers pour l'exercice se terminant le 30 novembre 2017

Les états financiers au 30 novembre 2017 sont présentés. Pour les huit premiers mois d'opération, du 1<sup>er</sup> avril au 30 novembre 2017, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 1,888,980 \$, soit une augmentation dans les revenus de 1,931,000 \$ et un excédant dans les dépenses de 42,019 \$. Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 5,036,793 \$ sont considérées dans les états des résultats. Pour la période se terminant le 30 novembre 2017, les résultats financiers sont positifs.

Les membres passent en revue les explications des variances budgétaires au niveau du financement, par catégories de dépenses et par programmes. En ce qui concerne les services de soutien, le déficit est noté au niveau des accidents de travail et une augmentation dans les dépenses d'entretien de bâtiments/rénovation majeure. Ceci est contrebalancé par un surplus dans les salaires dans certains secteurs tels que : ressources humaines, entretien des installations et services financiers.

Pour les huit premiers mois d'opération, nous notons un déficit de 1,659,401 \$ dans le volet Travail sécuritaire NB (TSNB). Le secteur des ressources humaines suit de près le dossier.

En novembre dernier, une réallocation des ressources financières de l'ordre de 2 M\$ a été autorisée pour des projets d'amélioration d'infrastructures et d'installations, afin de satisfaire les besoins organisationnels. Les impacts financiers de ces dépenses seront notés lors des prochains mois.

Des initiatives sont toujours à l'étude et nous prévoyons utiliser une grande partie des surplus projetés. D'ailleurs, une retraite de l'Équipe de leadership est prévue la semaine prochaine puis cet élément sera discuté en profondeur.

**MOTION 2018-01-23 / 05FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 30 novembre 2017 soient adoptés tels que présentés.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2018-01-23 / 06FV**

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 5,036,793 \$ soient adoptées pour tenir compte des changements financiers depuis le début d'exercice financier 2017-2018.

**Adopté à l'unanimité.**

À ce jour, le transfert du Programme extramural vers Médavie s'effectue relativement bien. Certains comités poursuivent leur travail avec le ministère. En ce qui concerne la paie des employés du Programme extramural, celle-ci a été transférée à leur nouvel employeur en date du 10 janvier 2018.

**8. Date de la prochaine réunion :** 27 mars 2018 à 10:00.

**9. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Émeril Haché à 11:30.

---

Rita Godbout  
Présidente du comité

---

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



## Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Titre :</b>                            | RECouvreMENT ET RADIATION DES MAUVAISES CRÉANCES | <b>N° :</b> GEN.7.XX.XX                    |
| <b>Section :</b>                          | 7. Finances                                      | <b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-02- |
| <b>Mandataire :</b>                       | VP Performance, Qualité et Services généraux     | <b>Date de révision précédente :</b>       |
| <b>Approbateur :</b>                      | PDG  | <b>Approuvée le :</b> 2018-02-             |
| <b>Établissement (s) / programme(s) :</b> |  |  |

### BUTS

1. Énoncer les principes directeurs en matière de recouvrement et de radiation de mauvaises créances;
2. Déterminer les obligations et les responsabilités qui incombent aux intervenants en matière de recouvrement.

### CHAMP D'APPLICATION

La politique couvre l'ensemble des créances dues au Réseau et inclut la procédure administrative liée à la radiation des mauvaises créances.

### DÉFINITIONS

#### Comptes client :

Le compte clients regroupe la somme des encours facturés, mais non encore réglés, suite à une de prestations de service ou livraison de biens, auprès des clients.

#### Mauvaises créances :

Une créance irrécouvrable est une créance pour laquelle il existe une certitude de non-paiement.

#### Provision de créances douteuses :

Une créance qui présente un risque probable ou certain de non-recouvrement total ou partiel, mais dont il n'est pas prouvé qu'elle est définitivement perdue.

## POLITIQUE

1. Les frais de facturation sont établis par le bulletin du système de santé provincial (FN2002, FN2003, FN2004, FN2006, FN2012 et FN2013).
2. Le Réseau doit mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose afin de protéger et de recouvrer le plus rapidement possible ses créances.
3. Les mesures de recouvrement utilisées doivent être économiques et efficaces.
4. Les activités de recouvrement permettent d'assurer l'équité, en récupérant auprès des débiteurs les sommes dues. De plus, le traitement des créances doit être fait de façon équitable et impartiale.
5. La négociation d'entente de paiement avec les débiteurs est la solution préconisée. La négociation doit permettre de convenir d'un montant qui tient compte de sa capacité réelle de payer, mais doit être acceptable pour les deux parties. Cette négociation doit être empreinte d'objectivité, de respect et d'empathie envers le débiteur. De façon générale, une entente de paiement devrait permettre que la créance incluant les arrérages et les intérêts soient entièrement payés dans un délai maximum de deux ans.
6. Toute entente de paiement convenue avec un débiteur doit lui être confirmée par écrit.
7. Dans le cas du non-respect de l'un des engagements du débiteur, l'entente de paiement devient nulle et la totalité de la créance est due.
8. La radiation de mauvaise créance doit être approuvée selon la politique de délégation d'autorité des dépenses.

## PROCÉDURE

1. La production et l'envoi d'une facture du Réseau Santé Vitalité au client est fait suite à la livraison de prestations de service ou livraison des biens. Ceci est validé avec le système « Billing and Accounts Receivable » ou « B/AR » et le téléchargement des patients enregistrés du côté des admissions ainsi que les formulaires d'enregistrements signés par le patient indiquant leur accord d'assumer tous les coûts non couverts par une tierce partie, soit province de résidence, assurance, etc.
2. La production et l'envoi des états de comptes à tous les clients est fait mensuellement pour une période de trois mois.
3. Lors de l'épuisement des états de compte, après les trois mois, une lettre finale est envoyée au client afin d'aviser l'implication d'une agence de recouvrement s'il ne prend pas des arrangements à l'intérieur de 15 jours ouvrables.

## Politique / Procédure N°: GEN.7.XX.XX

---

4. Si aucun contact ou arrangement financiers n'est fait de la part du client après le 15 jours ouvrable, le compte du client sera envoyé à l'agence de collection.
5. Après une année fiscale que le solde est en souffrance, le solde sera mis en provision de créances douteuses.
6. Si l'agence de collection est incapable de recouvrer les fonds du compte, le solde impayé du compte client sera mis en mauvaises créances après deux années fiscales.
7. Lorsqu'une créance a été déclarée irrécupérable, soit après une année fiscale comptabilisée comme provision douteuse. Le solde en souffrance sera crédité.

|                   |                       |                       |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Remplace :</b> | <b>Zone 1 :</b> _____ | <b>Zone 5 :</b> _____ |
|                   | <b>Zone 4 :</b> _____ | <b>Zone 6 :</b> _____ |



## MANUEL : Conseil d'administration

|  |  |                                      |                 |
|--|--|--------------------------------------|-----------------|
| <b>Titre :</b>                         | LIMITE D'AUTORISATION DE DÉPENSES                        |                                      | <b>N° :</b> CA- |
| <b>Section :</b>                       | Orientation lignes directrices                           | <b>Date d'entrée en vigueur :</b>    | 2018-02-        |
| <b>Mandataire :</b>                    | Conseil d'administration                                 | <b>Date de révision précédente :</b> |                 |
| <b>Approbateur :</b>                   | Conseil d'administration<br>Michelyne Paulin, présidente | <b>Approuvée le :</b>                | 2018-02-        |
| <b>Établissement(s)/programme(s) :</b> |  |                                      |                 |

### BUT

Dans le cadre du cycle de planification et du processus de planification stratégique, le Conseil d'administration, après un examen attentif du plan opérationnel de la direction et du plan d'affaires (PRSA), approuve les budgets de fonctionnement et d'immobilisations annuels. La responsabilité de la mise en œuvre du plan incombe ensuite au Président-directeur général (le «PDG»).

Pour faciliter la mise en œuvre, le Conseil délègue des pouvoirs de dépenses au PDG. Le Conseil d'administration indique également que certaines commandes, contrats ou autres achats qui dépassent une limite monétaire déclarée ci-après, ne peuvent être conclus que sur autorisation du Conseil.

### POLITIQUE

#### 1. BUDGET D'EXPLOITATION ET FONCTIONNEMENT RÉGULIER

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Opérations de routine dans le cadre du budget approuvé et des contrats courants dans le cadre du fonctionnement régulier | Autorité illimitée du PDG |
|--|---------------------------|

## 2. BUDGET DU CAPITAL

|  |  |
|--|--|
| Dépenses budgétaires spécifiées dans le PRSA   | Autorité illimitée du PDG, sauf ce qui est noté plus bas |
| a) Les ensembles d'acquisitions d'actifs de plus de 2 000 000 \$, y compris les projets de technologie de l'information, seront approuvés par le Conseil                         |  |
| b) Besoins de capitaux d'urgence non budgétisés. Tout engagement supérieur à celui-ci sera soumis à la prochaine réunion régulière du Conseil d'administration pour approbation. | Plus de 1 000 000 \$ dessous                             |

## 3. COMMANDES ET AUTRES CONTRATS NÉCESSITANT L'APPROBATION DU CONSEIL

- Prêts hypothécaires / dette
- Contrats représentant un engagement de plus de 5 000 000 \$ par année
- Tout contrat d'une durée supérieure à 10 ans
- Plans de bénéfices
- Baux / Location d'espace et de biens représentant un engagement de plus de 1 000 000 \$ par année
- Contrats de services à la clientèle (nouveaux, résiliation, modifications importantes) représentant un engagement de plus de 5 000 000 \$ par année

Le conseil sera informé de tout contrat qui, de l'avis du PDG, pourrait présenter un intérêt particulier pour les membres du Conseil.

## 4. ACQUISITION OU ÉLIMINATION DE BIENS IMMOBILIERS

Tous les contrats d'acquisition ou de cession de biens immobiliers doivent être approuvés au préalable par le Conseil, sauf que les contrats d'aliénation d'actifs d'une valeur de 150 000 \$ ou moins peuvent être présentés à l'approbation du Conseil à la première réunion prévue suivant l'achèvement des travaux de la transaction.

## 5. DÉSIGNATIONS

- 5.1 Le Président-directeur général peut désigner des limites de pouvoir de signature pour le chef des finances, les vice-présidents et les autres membres de la haute direction ayant des responsabilités particulières. Une liste à jour de toutes ces

désignations est mise à la disposition du comité de vérification et des finances sur demande.

- 5.2 Les vice-présidents et les membres principaux du personnel du Réseau rempliront une délégation semblable de pouvoirs de signature spécifique pour les dépenses sous leur contrôle direct et feront approuver cette délégation et tout changement à celle-ci par le chef des Services financiers et la vice-présidente de la Performance, Qualité et Services généraux.

|                   |                       |                       |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Remplace :</b> | <b>Zone 1 :</b> _____ | <b>Zone 5 :</b> _____ |
|                   | <b>Zone 4 :</b> _____ | <b>Zone 6 :</b> _____ |

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 23 janvier 2018. Ce rapport sera présenté par Norma McGraw, présidente du comité. De ce rapport découlent deux propositions qui sont de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption d'une motion contenue dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 23 janvier 2018.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2018-01-23 / 03SCGQS du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 23 janvier 2018.

# Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Rapport au Conseil d'administration  
13 février 2018

# Réunion régulière : 23 janvier 2018

## Sujets discutés :

### État d'avancement des recommandations des Comités de revue :

L'équipe du secteur de la qualité suit de près les dossiers. Il reste quelques recommandations incomplètes, toutefois certaines progressent bien et seront complétées durant les prochains mois.

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

## Mise à jour – Agrément :

Le Réseau de santé Vitalité a reçu la lettre officielle d'Agrément Canada confirmant le statut « agréé » dans le cadre du Programme d'Agrément Qmentum.

Chaque équipe multidisciplinaire poursuit son plan de travail, afin de rencontrer les exigences requises et fournir les preuves d'ici le 6 juin 2018 pour conserver ce statut.

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

## Visite d'agrément IQMH-2017 des laboratoires du Réseau de santé Vitalité :

Les visites d'agrément de tous les laboratoires et centres de prélèvements du Réseau de santé Vitalité se sont échelonnées de la fin août au début octobre 2017.

Les quatre zones ont complété leurs suivis quant aux non-conformités, puis tous les plans de travail ont été acceptés tel que soumis.

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

Visite d'agrément IQMH-2017 des laboratoires du Réseau de santé Vitalité (suite) :

## MOTION 2018-01-23 / 03SCGQS

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu qu'une lettre de reconnaissance soit acheminée aux employés des laboratoires du Réseau de santé Vitalité, afin de souligner leur travail phénoménal entourant la visite d'agrément IQMH-2017.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

## Stratégie – Soins centrés sur le patient et la famille :

- Plan de communication (interne et externe) en décembre 2017 ;
- Processus de recrutement, sélection et orientation en janvier/février 2018 ;
- Mise sur pied du Comité consultatif des patients et familles à la fin février 2018 ;
- Engagement du personnel (formation, outils pour les équipes, etc.) en janvier/février 2018 ;
- Recrutement des bénévoles expérience patient pour participer aux équipes, projets, etc. en mars 2018 ;
- Processus de reconnaissance en avril 2018 ;
- Alignement des processus : ressources humaines, décisionnels, politiques, mesures de rendement en mai/juin 2018.

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

## Tableau de bord stratégique et opérationnel (novembre 2017):

Quelques indicateurs ont été ajoutés au tableau de bord stratégique, entre autres celui du nombre de visites dans les cliniques itinérantes qui est défini comme une clinique offerte dans un établissement hospitalier ou un centre de santé communautaire par un médecin spécialiste qui se déplace, mais dont le lieu de travail principal se situe dans une autre région (zone).

La performance des indicateurs liés aux finances est relativement bonne.

Le pourcentage de vaccination reliée à la grippe saisonnière surpasse la cible.

# Réunion régulière : 23 janv. 2018 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité pour la réunion tenue le 23 janvier 2018 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Norma McGraw

Présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

Point 8.4

|                              |   |  |   |
|------------------------------|---|--|---|
| <b>Titre de la réunion :</b> | Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité | <b>Date et heure :</b><br><b>Endroit :</b> | <b>Le 23 janvier 2018 à 08:30</b><br><b>Vidéoconférence</b> |
| <b>But de la réunion :</b>   | Réunion régulière   | Bathurst (siège social) : grande salle     | (Gilles, Claire, Nicole)                                    |
| <b>Présidente :</b>          | Norma McGraw  | Edmundston : salle 2281                    | (Gisèle, Lucie)   |
| <b>Secrétaire :</b>          | Lucie Francoeur   | Moncton : salle de l'Auberge               | (Janie, Michelyne)  |
|                              |   | Tracadie : salle à manger                  | (Norma)   |
|                              |   | Campbellton : salle de démonstration       | (Diane)   |
|                              |   | Téléconférence :                           | (Dre LeBlanc, Anne)   |
| <b>Participants</b>          |   |  |   |
| Norma McGraw                 | ✓   | Anne Soucie                                | ✓   |
| Gilles Lanteigne             | ✓   | Janie Levesque                             | ✓   |
| Gisèle Beaulieu              | ✓   | Dre Nicole LeBlanc                         | ✓   |
| Diane Mignault               | ✓   | Claire Savoie                              | ✓   |
|                              |   | Nicole Frigault                            | ✓   |
|                              |   | Michelyne Paulin                           | ✓   |
| <b>PROCÈS-VERBAL</b>         |   |  |   |

**1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Norma McGraw à 08:35.

**2. Déclaration de conflits d'intérêts**

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2018-01-23 / 01SCGQS**

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Janie Levesque

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

**4. Adoption du procès-verbal du 21 novembre 2017****MOTION 2018-01-23 / 02SCGQS**

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 21 novembre 2017 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

**5. Suivis de la dernière réunion du 21 novembre 2017****5.1 État d'avancement des recommandations des Comités de revue**

Le rapport présente l'état d'avancement des recommandations qui découlent des Comités de revue effectués en 2016 et 2017. Durant cette période, 44 revues ont été réalisées dont 22 incidents préjudiciables et 22 revues de suicide en communauté. L'équipe du secteur de la qualité suit de près les dossiers. Il reste quelques recommandations incomplètes, toutefois certaines progressent bien et seront complétées durant les prochains mois.

**6. Affaires nouvelles****6.1 Mise à jour - Agrément**

Nous avons reçu la lettre officielle d'Agrément Canada reconfirmant que le Réseau de santé Vitalité a le statut « agréé » dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum. Cependant, des mesures de suivi doivent être prises dans un délai précis pour conserver ce statut.

Chaque équipe multidisciplinaire poursuivra son plan de travail, afin de rencontrer les exigences requises et fournir les preuves d'ici le 6 juin 2018.

En ce qui concerne les preuves de conformités et les exigences requises qui se rattachent aux soins à domicile, Nicole Frigault a acheminé un courriel à la spécialiste d'Agrément Canada pour l'informer que la gestion du Programme extra-mural est passée au privé le 1<sup>er</sup> janvier dernier. Un suivi est attendu d'Agrément Canada à cet égard.

#### 6.2 Visite d'agrément IQMH-2017 des laboratoires du Réseau de santé Vitalité

Depuis 2011, les laboratoires de la province du N.-B. sont assujettis à une évaluation indépendante des normes et standards internationaux « International Standards Organization » (ISO). « L'Institute for Quality Management in Healthcare » (IQMH) est l'organisme choisi par la province pour effectuer l'évaluation de tous les laboratoires et centres de prélèvement aux deux ans. Les visites d'agrément de tous les laboratoires et centres de prélèvements du Réseau de santé Vitalité se sont échelonnées de la fin août au début octobre 2017. Les quatre zones ont complété leurs suivis quant aux non-conformités, et ce, depuis le 5 janvier 2018. L'IQMH a fait la vérification approfondie, puis tous les plans de travail ont été acceptés tels que soumis.

À titre d'exemple, nous placerons sur le portail Workspace de l'information additionnelle (tableau citant les non-conformités majeures par établissement/par section de normes) quant aux suivis faits en lien avec la visite d'IQMH.

Un appel d'offres est en cours présentement puisque le contrat avec IQMH est échu. Un critère précis a été ajouté à cet appel d'offres dont une évaluation réalisée aux quatre ans au lieu de deux ans. Ce qui permettra d'être sur un même cycle d'Agrément Canada.

L'équipe des laboratoires a effectué un travail remarquable. C'est pourquoi il est suggéré d'acheminer une lettre de reconnaissance aux employés de cette équipe pour souligner leur leadership et leur engagement lors de la visite d'agrément IQMH-2017.

#### **MOTION 2018-01-23 / 03SCGQS**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu qu'une lettre de reconnaissance soit acheminée aux employés des laboratoires du Réseau de santé Vitalité, afin de souligner leur travail phénoménal entourant la visite d'agrément IQMH-2017.

**Adopté à l'unanimité.**

#### 6.3 Stratégie – Soins centrés sur le patient et la famille

Une mise à jour est présentée sur le plan de déploiement de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille. Les principaux éléments sont :

- Plan de communication (interne et externe) en décembre 2017 ;
- Processus de recrutement, sélection et orientation en janvier/février 2018 ;
- Mise sur pied du Comité consultatif des patients et familles à la fin février 2018 ;
- Engagement du personnel (formation, outils pour les équipes, etc.) en janvier/février 2018 ;
- Recrutement des bénévoles expérience patient pour participer aux équipes, projets, etc. en mars 2018 ;
- Processus de reconnaissance en avril 2018 ;
- Alignement des processus : ressources humaines, décisionnels, politiques, mesures de rendement en mai/juin 2018 ;

Nous sommes en train de planifier une formation en février prochain sur les soins centrés sur le patient et la famille qui définira le rôle des membres du Conseil à cet égard.

\*\*Anne Soucie se joint à la réunion à 09:00.

Le mandat du Comité consultatif des patients et familles consiste à travailler en étroite collaboration avec la direction du Réseau dans le but de promouvoir et soutenir une culture de soins centrés sur les patients et les familles. Les membres du public seront sollicités pour siéger à ce comité.

Ce comité relèvera du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil. La composition du comité sera formée principalement des membres du public, puis ceux-ci seront choisis par l'Équipe de leadership.

Le rôle du bénévole expérience-patient est présenté aux membres à titre d'information. Cette personne qui a reçu des soins au Réseau de santé Vitalité au cours des deux dernières années ou un membre de sa famille travaillera en partenariat avec la direction et le personnel du Réseau pour soutenir l'excellence et l'amélioration des soins aux patients dans tout le continuum de soins. Quelques qualifications du profil du poste seront reformulées, afin de bien capter l'intérêt des gens.

Une première réunion du Comité consultatif des patients et des familles est prévue à la fin février 2018. La réunion se déroulera en français.

Gisèle Beaulieu présente Diane Mignault qui a commencé ses nouvelles fonctions le 3 janvier dernier à titre de directrice principale de la Performance, de la Qualité et de la Vie privée.

## **Réunion conjointe avec le Comité des finances et de vérification et le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité**

### **8. Affaires permanentes**

#### **8.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (novembre 2017)**

Invitées : Mireille Lanouette et Sharon Smyth-Okana

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel.

Aujourd'hui, les indicateurs chirurgicaux seront discutés en détail par Sharon Smyth-Okana, mais avant de passer à cette étape, Mireille Lanouette cite quelques indicateurs qui ont été ajoutés au tableau de bord stratégique :

- Le nombre de projets de qualité mis en place ;
- Le pourcentage de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grand besoin qui reçoivent des services adaptés (Hôpital régional d'Edmundston seulement) ;
- Le nombre de visites dans les cliniques itinérantes ; le président-directeur général s'interroge sur la définition de cet indicateur ? Mireille Lanouette validera cette information.
- Le nombre de pratiques exemplaires des services aux aînés et aux clientèles ciblées ;
- Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant ;
- L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté ;
- Un programme de développement du leadership organisationnel sera initié.

Au niveau financier, les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible. Le taux de conformité aux audits de documentation 2016-2017 s'est amélioré comparativement à l'année 2015-2016. Aussi, le pourcentage de vaccination reliée à la grippe saisonnière surpasse la cible. Nous poursuivons les efforts pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

Sharon Smyth-Okana, directrice des Services de chirurgie présente par le biais d'une présentation électronique une analyse détaillée des indicateurs chirurgicaux en cours pour améliorer le rendement du secteur. Les principaux éléments de la présentation sont :

- % de chirurgies d'arthroplastie du genou effectuées (26 semaines) ;
- % de chirurgies d'arthroplastie de la hanche effectuées (26 semaines) ;
- Chirurgies en attente plus de 12 mois ;
- Comparaison des indicateurs chirurgicaux par zone, pour la province du N.-B. ;
- Défis, mesures prises à date et les actions à venir dans les zones 1B et 5.

Il est suggéré de partager la présentation aux médecins généralistes du Réseau, afin de les sensibiliser aux défis reliés aux chirurgies orthopédiques dans les zones 1B et 5. Sharon Smyth-Okana assurera le suivi adéquat à cet égard.

Les membres remercient Sharon Smyth-Okana pour cette présentation.

\*\*Norma McGraw quitte la réunion à 10:45, en raison d'obligation personnelle. Anne Soucie accepte de présider la rencontre.

Pour faire suite à la question du président-directeur général précédemment, Mireille Lanouette décrit l'indicateur relié aux cliniques itinérantes comme suit : Clinique offerte dans un établissement hospitalier ou un centre de santé communautaire par un médecin spécialiste qui se déplace, mais dont le lieu de travail principal se situe dans une autre région (zone).

**9. Date de la prochaine réunion : 27 mars 2018**

**10. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Anne Soucie à 10:50.

---

Norma McGraw  
Présidente du comité

---

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Comité stratégique de la recherche et de la formation**

Il n'y a pas eu de réunion du Comité stratégique de la recherche et de la formation depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Comité médical consultatif (CMC)**

Vous trouverez ci-joint le rapport de la médecin-chef régional qui comporte deux volets 1) Médecin-chef régional; 2) Comité médical consultatif de la rencontre du 16 janvier 2018. Ce rapport et les motions seront présentés par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régional qui est également présidente du Comité médical consultatif. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption de six motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la Médecin-chef régional et de la présidente du Comité médical consultatif de la rencontre du 16 janvier 2018.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2018-01-16 / 02CMC, MOTION 2018-01-16 / 03CMC, MOTION 2018-01-16 / 04CMC, MOTION 2018-01-16 / 06CMC, MOTION 2018-01-16 / 08CMC et MOTION 2018-01-16 / 10CMC du Comité médical consultatif de la rencontre du 16 janvier 2018.

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

Rapport au Conseil d'administration  
13 février 2018

# Rapport de la médecin-chef régionale

Dre LeBlanc partage les dossiers en cours tels que :

- le nouveau processus d'octrois de privilèges avec échéanciers pour nominations 2018-2020;
- l'élaboration d'un plan d'optimisation des services médicaux;
- la révision des processus de certifications et d'octrois de privilèges;
- un plan d'implantation de la nouvelle structure médicale et l'impact sur la structure organisationnelle de la chefferie médicale; et
- le développement d'un plan d'action pour le développement de la mission universitaire;
- la révision du processus de plaintes.

# Réunion régulière : 16 janvier 2018

## Rapport de la présidente du Comité médical consultatif

- Rapports présentés aux membres du CMC
  - Validation des indicateurs actuels du tableau de bord du CMC
  - Rapports du CPC et CMPT
  - Rapport régional des plaintes médicales
  - Formulaire d'évaluation du médecin envers les exigences pour obtention de privilèges de pratique 2018-2020
  - Calendrier des échéances en prévision des privilèges 2018

# Réunion régulière : 16 janvier 2018

Rapport de la présidente du Comité médical consultatif

- Présentation
  - Vers l'établissement d'un Réseau universitaire : Plan d'action pour le développement de la mission universitaire

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

- Politiques
  - Politique GEN.3.80.85 : Exacerbation aiguë-maladie pulmonaire obstructive chronique

## **MOTION 2018-01-16 / 02CMC**

Proposé par Dr Éric Basque

Appuyé par Dr Ronald Robichaud

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation de la politique GEN.3.80.85 : Exacerbation aiguë-maladie pulmonaire obstructive chronique;

**Adoptée à l'unanimité**

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

- Politiques
  - Politique pharmacie : Prescription de médicaments

## **MOTION 2018-01-16 / 03CMC**

Proposé par Dre Anik Savoie

Appuyé par Dr Ronald Robichaud

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation de la politique - prescription de médicaments;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

- Politiques
  - Politique pharmacie : Tests cliniques

## **MOTION 2018-01-16 / 04CMC**

Proposé par Dr Michel D'astous

Appuyé par Dre Anik Savoie

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation de la politique - tests cliniques;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

- Dossier privatisation du programme extra-mural

## **MOTION 2018-01-16 / 06CMC**

Proposé par Dr Eric Basque

Appuyé par Dre Louise Thibault

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande qu'une lettre soit envoyée à la Société médicale du Nouveau-Brunswick au sujet du manque de consultation lors de leur prise de position en faveur de la privatisation du programme extra-mural;

**Adoptée à l'unanimité**

# Réunion régulière : 16 janvier 2018(suite)

## Demandes de nominations et de changements de nominations

- Les demandes de nomination et de changement de nomination des zones 4 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.

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

## Zone 4- Demande de nominations pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité de d'examen des titres le 1<sup>er</sup> novembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif local le 1<sup>er</sup> novembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 16 janvier 2018

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

| Médecins              | Statut     | Zone | Spécialité           | Privilèges         |
|-----------------------|------------|------|----------------------|--------------------|
| Dr David Bell         | Conseiller | 4    | Médecine familiale   | Médecine familiale |
| Dre Sameh Kefi        | Suppléant  | 4    | Médecine spécialisée | Pédiatrie          |
| Dr Vincent Moreau     | Suppléant  | 4    | Médecine familiale   | Médecine familiale |
| Dre Sophie Petitclerc | Suppléant  | 4    | Médecine Spécialise  | Radiologie         |

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

## Zone 4- Demande de nominations pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité de d'examen des titres le 6 décembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif local le 6 décembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 16 janvier 2018

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

| Médecins           | Statut    | Zone | Spécialité           | Privilèges |
|--------------------|-----------|------|----------------------|------------|
| Dr Jonathan Butler | Suppléant | 4    | Médecine spécialisée | Radiologie |
| Dr Dennis Janzen   | Suppléant | 4    | Médecine spécialisée | Radiologie |
| Dr Brandon Nadeau  | Suppléant | 4    | Médecine spécialisée | Radiologie |

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

## Zone 5- Demande de nominations pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité de d'examen des titres le 27 novembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif local le 28 novembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 16 janvier 2018

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

| Médecins                 | Statut   | Zone | Spécialité            | Privilèges         |
|--------------------------|--|------|-----------------------|--------------------|
| Dr Adedayo Adewale Taiwo | Suppléant  | 5    | Chirurgie             | OBS/GYN *          |
| Dr Rim Alkurdi           | Suppléant  | 5    | Chirurgie             | OBS/GYN *          |
| Dr Marc-Etienne Parent   | Suppléant  | 5    | Médecine              | Interniste *       |
| Dr Muhanad Y. Al Habash  | Associé  | 5    | Médecine              | Interniste         |
| Dr Chabane Ait Yahia     | Suppléant<br>14/09/2017<br>Associé<br>06/11/2017 | 5    | Médecine<br>familiale | Médecine familiale |

\*Conditionnel à recevoir preuve d'ACPM et permis du Collège des médecins et chirurgiens du NB lors de remplacement.

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

## Zone 4- Demande de changement de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité de d'examen des titres le 1<sup>er</sup> novembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif local le 1<sup>er</sup> novembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 16 janvier 2018

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de changement de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 4 jusqu'à la réunion annuelle du conseil d'administration en juin 2018.

| Médecins                   | Statut présent | Statut demandé | Zone | Spécialité           | Privilèges         |
|----------------------------|----------------|----------------|------|----------------------|--------------------|
| Dr Jorge Escobar           | Associé        | Actif          | 4    | Médecine spécialisée | Pathologie         |
| Dr Gabriel Martin St-Amant | Associé        | Actif          | 4    | Médecine familiale   | Médecine familiale |
| Dr André Tanel             | Suppléant      | Associé        | 4    | Médecine familiale   | Médecine familiale |

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

## Zone 5- Demande de changement de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 27 novembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif local le 28 novembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 6 décembre 2017

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de changement 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 générale annuelle du Conseil d'administration en juin 2018.

| Médecins  | Statut présent | Statut demandé | Zone | Spécialité         | Privilèges         |
|---|----------------|----------------|------|--------------------|--------------------|
| Dr Oscar Diaz Noriega<br><b>Date de la demande :</b><br>31 juillet 2017 | Suppléant      | Associé        | 5    | Médecine           | Interniste         |
| Dr Xuejiao Li<br><b>Date de la demande :</b><br>31 octobre 2017         | Associé        | Actif          | 5    | Médecine familiale | Médecine familiale |
| Dr Martin Robichaud<br><b>Date de la demande :</b><br>31 octobre 2017   | Associé        | Actif          | 5    | Médecine           | Imagerie médicale  |
| Dr Lind Grant Oyeye<br><b>Date de la demande :</b><br>7 octobre 2017    | Associé        | Actif          | 5    | Psychiatrie        | Psychiatrie        |
| Dr Nadia Caron<br><b>Date de la demande :</b><br>1 août 2017            | Associé        | Actif          | 5    | Médecine familiale | Médecine familiale |

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

## **MOTION 2018-01-16 / 08CMC**

Proposé par Dr Mohammed Benlamlih

Appuyé par Dr Marc Lagacé

Et résolu que le Comité médical consultatif adopte en bloc les demandes suivantes :

demandes de nominations pour les privilèges de la zone 4 adoptées au CMCL du 1<sup>er</sup> novembre 2017 et 6 décembre;

demandes de nominations pour les privilèges de la zone 5 adoptées au CMCL du 28 novembre 2017;

demandes de changement de nomination pour les privilèges de la zone 4 adoptées au CMCL du 1<sup>er</sup> novembre 2017;

demandes de changement de nomination pour les privilèges de la zone 5 adoptées au CMCL du 28 novembre 2017;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

- Nomination de chefs de départements

## **MOTION 2018-01-16 / 10CMC**

Proposé par Dr Éric Basque

Appuyé par Ronald Robichaud

Et résolu que le Comité médical consultatif adopte la nouvelle nomination du Dre Geneviève LeBlanc en tant que chef de département de la pédiatrie de la zone 1B;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 16 janvier 2018 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité médical consultatif pour la réunion tenue le 16 janvier 2018 et de la médecin-chef régionale et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Dre Nicole LeBlanc  
Médecin-chef régionale

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Comité professionnel consultatif (CPC)**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 9 janvier 2018. Ce rapport sera présenté par Janie Levesque, présidente du comité. De ce rapport découlent deux propositions qui sont de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption de deux motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 9 janvier 2018.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2018/01/09 03CPC et MOTION 2018/01/09 04CPC du Comité professionnel consultatif du 9 janvier 2018.

# Comité professionnel consultatif

Rapport au Conseil d'administration  
13 février 2018

# Réunion régulière : 9 janvier 2018

## Sujets discutés :

- Présentation du nouveau modèle de soins au Centre Hospitalier Restigouche (CHR) - Caroline Drolet : Mme Drolet présente le plan de transformation au CHR et explique les cinq grandes phases. Des discussions s'ensuivent. Plusieurs questions sont soulevées et les explications sont fournies.
- Révision du Code d'éthique (Isabelle Dugas) : Les membres proposent certaines améliorations lors de cette consultation. Les améliorations proposés seront intégrées à la nouvelle version. Selon Mme Dugas, le processus de consultation achève.

# Réunion régulière: 9 janvier 2018 (suite)

- Politique (ébauche) – Prescription de médicaments (Luc Jalbert) : À la suite de maintes discussions, la proposition suivante est faite :

## **MOTION 2018/01/09 03CPC**

Proposé par Dre Nicole Leblanc

Appuyé par Justin Morris

*Que les responsabilités du pharmacien versus celles du médecin soient clarifiées.*

**Adopté à l'unanimité**

# Réunion régulière: 9 janvier 2018 (suite)

- Comité d'abréviations : La politique GEN.1.40.106 Mandat du Comité régional d'abréviations est publiée à titre d'information. À la suite de discussions, la proposition suivante est faite :

## **MOTION 2018/01/09 04CPC**

Proposé par Gilles Lanteigne

Appuyé par Annie Robichaud

*Que le nombre de médecins soit réduit à un et que le mandat du comité soit passé en revue.*

**Adopté à l'unanimité**

# Réunion régulière : 9 janvier 2018 (suite)

- Présentation des rapports suivants :
  - Rapport sur la satisfaction relativement aux soins de santé primaires

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

Janie Levesque

Présidente du Comité professionnel consultatif

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Privilèges temporaires**

Cette note a pour but de présenter le tableau des privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité pour approbation en date du 18 novembre 2017 au 29 janvier 2018. Docteure Desrosiers le soumet à l'attention du Conseil d'administration pour adoption. Elle sera présente pour répondre aux questions des membres et offrir les explications selon le cas.

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 18 novembre 2017 au 29 janvier 2018.

## TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES – 29 janvier 2018

| Médecins                    | Spécialité                 | Catégorie  | Date de privilèges |                 | Zones       |
|-----------------------------|----------------------------|------------|--------------------|-----------------|-------------|
|                             |                            |            | Du                 | Au              |             |
| BEN AMOR, Dre Ibtihel Mouna | Génétique médicale         | Associé    | 9 décembre 2017    | 4 mars 2018     | 1B          |
| BRADY, Dre Jolene           | Radiologie                 | Conseiller | 3 février 2018     | 28 avril 2018   | 1B          |
| BROWN, Dr Douglas           | Radiologie                 | Conseiller | 3 février 2018     | 28 avril 2018   | 1B          |
| BUYUKDERE, Dr Hakan         | Hémato-pathologie          | Conseiller | 16 décembre 2017   | 11 mars 2018    | 1B          |
| ELLIS, Dr Ralph G.          | Radiologie                 | Conseiller | 6 janvier 2018     | 31 mars 2018    | 1B          |
| FOWLIE, Dr Frank E.         | Radiologie                 | Conseiller | 13 janvier 2018    | 7 avril 2018    | 1B          |
| DOUGLAS, Dr Stephen C.      | Neurologie                 | Conseiller | 2 janvier 2018     | 31 mars 2018    | 1B          |
| ISA, Dre Ahaoiza Diana      | Orthopédie                 | Conseiller | 3 février 2018     | 28 avril 2018   | 1B          |
| KYDD, Dr David              | Radiologie                 | Conseiller | 6 janvier 2018     | 31 mars 2018    | 1B          |
| LÉGER, Dre Mélanie Pauline  | Médecine générale-urgence  | Suppléant  | 9 décembre 2017    | 4 mars 2018     | 1B, 4, 5, 6 |
| MAILHOT, Dr Sylvain         | Hémato-pathologie          | Conseiller | 16 décembre 2017   | 11 mars 2018    | 1B          |
| MOHANDAS, Dr Rajender       | Ophtalmologie              | Suppléant  | 29 janvier 2018    | 27 avril 2018   | 1B          |
| MOWAT, Dr Jeffrey John      | Radiologie                 | Conseiller | 6 janvier 2018     | 31 mars 2018    | 1B          |
| POIRIER, Dr André           | Chirurgie vasculaire       | Conseiller | 18 janvier 2018    | 13 avril 2018   | 1B          |
| PRASAD, Dr Vikash           | Radiologie                 | Conseiller | 3 février 2018     | 28 avril 2018   | 1B          |
| PUNNA, Dr Satish            | Radiologie                 | Conseiller | 3 février 2018     | 28 avril 2018   | 1B          |
| TANG, Dr Ying               | Radiologie                 | Conseiller | 6 janvier 2018     | 31 mars 2018    | 1B          |
| TRIDER, Dre Carrie-Lee      | Pédiatrie                  | Suppléant  | 12 janvier 2018    | 6 avril 2018    | 1B          |
| BAZ, Dr Rami                | Pédiatrie                  | Suppléant  | 21 janvier 2018    | 13 avril 2018   | 4           |
| BELL, Dr David              | Médecine familiale         | Conseiller | 16 décembre 2017   | 9 mars 2018     | 4           |
| BUTLER, Dr Jonathan         | Radiologie                 | Suppléant  | 15 novembre 2017   | 9 février 2018  | 4           |
| EZZAT, Dr Jumana            | Radiologie                 | Suppléant  | 15 janvier 2018    | 6 avril 2018    | 4           |
| JANZEN, Dr Dennis           | Radiologie                 | Suppléant  | 1er décembre 2017  | 23 février 2018 | 4           |
| KEFI, Dr Sameh              | Pédiatrie                  | Suppléant  | 20 décembre 2017   | 16 mars 2018    | 4           |
| MOREAU, Dr Vincent          | Médecine familiale-urgence | Suppléant  | 6 janvier 2018     | 30 mars 2018    | 4           |
| NADEAU, Dr Brandon          | Radiologie                 | Suppléant  | 4 décembre 2017    | 23 février 2018 | 4           |
| PETITCLERC, Dre Sophie      | Radiologie                 | Suppléant  | 25 novembre 2017   | 9 février 2018  | 4           |
| POZDNYAKOV, Dr Sergey       | Pathologie                 | Suppléant  | 8 janvier 2018     | 30 mars 2018    | 4           |

| Médecins                      | Spécialité               | Catégorie  | Date de privilèges |                 | Zones  |
|-------------------------------|--------------------------|------------|--------------------|-----------------|--------|
|                               |                          |            | Du                 | Au              |        |
| AIT YAHIA, Dr Chabane         | Médecine familiale       | Associé    | 27 janvier 2018    | 20 avril 2018   | 5      |
| AL HABASH, Dr Muhanad Y.      | Médecine interne         | Associé    | 16 décembre 2017   | 9 mars 2018     | 5      |
| BERLE, Dre Muriel             | Médecine familiale       | Associé    | 11 novembre 2017   | 2 février 2018  | 5      |
| DIAZ NORIEGA, Dr Oscar        | Médecine interne         | Associé    | 13 janvier 2018    | 6 avril 2018    | 5      |
| DURAIRAJ, Dre Priya           | Ophtalmologie            | Suppléant  | 11 décembre 2017   | 2 mars 2018     | 5 et 6 |
| FINN, Dre Céline              | Psychiatrie              | Actif      | 8 janvier 2018     | 30 mars 2018    | 5      |
| KHOROCHKOV, Dre Eugenia       | Radiologie               | Suppléant  | 22 décembre 2017   | 16 mars 2018    | 5      |
| TAIWO, Dr Adedayo Adeinale    | Obstétrique/gynécologie  | Suppléant  | 20 novembre 2017   | 9 février 2018  | 5      |
| IMBAULT, Dre Gabrielle        | Médecine familiale       | Suppléant  | 24 janvier 2018    | 17 avril 2018   | 6      |
| LÉGARÉ, Dr Jean-François      | Chirurgie cardiaque      | Conseiller | 6 janvier 2018     | 30 mars 2018    | 6      |
| MUTSINZI, Dr Edison           | Ophtalmologie            | Suppléant  | 8 janvier 2018     | 2 avril 2018    | 6      |
| OSMAN ABDELGHANY, Dr Sameh M. | Anesthésie               | Suppléant  | 24 novembre 2017   | 16 février 2018 | 6      |
| POZEG, Dr Zlato I.            | Chirurgie                | Conseiller | 5 janvier 2018     | 30 mars 2018    | 6      |
| ROBERT, Dre Marie-Claude      | Ophtalmologie            | Suppléant  | 23 décembre 2017   | 10 mars 2018    | 6      |
| SANDERSON, Dre Susan          | Pédiatrie-endocrinologie | Conseiller | 5 janvier 2018     | 30 mars 2018    | 6      |
| WALSH, Dr Caolan              | Chirurgie                | Suppléant  | 15 décembre 2017   | 9 mars 2018     | 6      |

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Correspondance**

Vous trouverez ci-joint le tableau et les correspondances reçues depuis la dernière rencontre.

Cette documentation est pour information.

**Correspondance du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité - 2017-2018 (Point 10)**

|       | Date             | Destinataire                                     | Expéditeur  | Objet  | Réception | Réponse |
|-------|------------------|--|---|--|-----------|---------|
| No. 1 | 30 novembre 2017 | Ministre Bourque                                 | Mr. Dean Vicaire, Dir. Of Health Eel River Bar First Nation | Privatisation des services   | √         |         |
| No. 2 | 4 décembre 2017  | Gilles Lanteigne et Dre France Desrosiers        | Hon. Ginette Petitpas - Taylor                              | Soutien de financement de la recherche en santé  | √         |         |
| No. 3 | 10 décembre 2017 | Gilles Lanteigne                                 | Johanne Fortin  | Solution à long terme pour le maintien des services d'oncologie à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin | √         | √       |
| No. 4 | 14 décembre 2017 | Dr Hubert Dupuis, Égalité Santé en Français inc. | Michelyne Paulin et Gilles Lanteigne                        | Appui de clarifier rôle du ministère de la Santé et du gouvernement  |           | √       |
| No. 5 | 4 janvier 2018   | Michelyne Paulin                                 | Égalité Santé en Français                                   | Langue de travail du Réseau  | √         | √       |
| No. 6 | 4 janvier 2018   | Michelyne Paulin                                 | Égalité Santé en Français                                   | Rôle du Conseil d'administration et communiqué   | √         | √       |
| No. 7 | 18 janvier 2018  | Michelyne Paulin                                 | Comité communautaire de la santé - HGGS                     | Suivi de la dernière réunion du Conseil d'administration - échange avec le public                            | √         | √       |



# Ugpi'ganjig Health Centre

9A Main Street  
Eel River Bar, NB  
E8C 1A1

Phone: 506.684.5002  
Fax: 506.684.4862  
www.ugpi-ganjig.ca

November 30, 2017

Honorable Benoit Bourque  
Minister of Health,

It has come to the attention of the NB First Nations Chiefs and Health Directors that the Extra Mural Program that has been provided to the First Nation Communities will now be offered through an insurance provider. The Extra Mural Program has greatly assisted First Nations home and community care coordinators with outpatient care following hospital discharge. With out the added support of the Extra Mural Program, our client care will be compromised.

Having an insurance provider with no fiduciary relationship with First Nation Communities providing the Extra Mural service raises many questions. For example: Will this be a fee for service? Will there be a limit on access and/or coverage? Will the care that First Nations have seen in the past continue with the new administration of extra mural?

As the Health Director for Ugpi'ganjig First Nation I do no support the decision to have an insurance provider gain control of the Extra Mural Program. As a small community with limited access to Health Facilities we greatly depend on the added support of the Extra Mural Program. I strongly request a meeting with NB First Nation Chiefs/Health Directors and the Health Minister to get answers and a renewed commitment to shared decision making. The NB Health Minister needs to restate the commitment of the Extra Mural Program to First Nations, regardless of where it is housed.

Thank you

Mr. Dean Vicaire. B.Arts. B.Educ.  
Director of Health  
Eel River Bar First Nation

Minister of Health



Ministre de la Santé

DEC 04 2017

Ottawa, Canada K1A 0K9

Monsieur Gilles Lanteigne  
Président-directeur général  
Docteure France Desrosiers  
Vice-présidente des Services médicaux  
Réseau de santé Vitalité  
Sonia.HacheLanteigne@vitalitenb.ca

Monsieur le Président-Directeur général,  
Madame la Vice-Présidente,

Je vous remercie pour votre correspondance du 5 septembre 2017 portant sur le soutien pour le financement de la recherche en santé. Je regrette de n'avoir pu vous répondre plus tôt.

Le gouvernement reconnaît l'importance d'un milieu de recherche vigoureux. C'est pourquoi nous avons annoncé dans le budget de 2016 qu'il y aurait un réinvestissement important dans la recherche, y compris 30 millions de dollars accordés aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour appuyer la recherche axée sur la découverte.

Le budget de 2017 a octroyé de nouveaux fonds aux IRSC pour les aider à répondre à de grandes priorités en matière de santé, comme la crise actuelle des opioïdes et l'adaptation aux changements climatiques. De plus, six millions de dollars ont été investis dans le Réseau de cellules souches pour l'année 2018-2019 afin de soutenir la mise au point de nouveaux traitements contre des maladies débilitantes, et 51 millions de dollars sur trois ans ont été accordés à la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé à partir de 2019-2020, puis 17 millions par la suite, pour accélérer les innovations en matière de santé dans l'ensemble des régions canadiennes.

Également dans le budget de 2016, l'honorable Kirsty Duncan, ministre des Sciences, s'est vu confier la tâche de diriger un examen du soutien fédéral à la science fondamentale. L'examen, dirigé par le Dr David Naylor et un comité consultatif indépendant de chefs de file et d'innovateurs de premier plan, servait à évaluer les mécanismes des programmes actuels au service des sciences et des scientifiques au Canada.

.../2

Plusieurs recommandations judicieuses sont présentées dans le rapport de l'examen du soutien fédéral aux sciences sur la façon de renforcer l'écosystème de recherche du Canada. Selon ces recommandations, le gouvernement a annoncé le 26 septembre 2017 la nomination de madame Mona Nemer comme nouvelle conseillère scientifique en chef du Canada. Dans son rôle, madame Nemer fournira des avis scientifiques impartiaux au premier ministre et à la ministre des Sciences pour éclairer les décisions du gouvernement en matière de santé et de problèmes environnementaux qui touchent tous les Canadiens et Canadiennes. Elle formulera des recommandations pour s'assurer que la science gouvernementale est pleinement accessible au public. La création de ce nouveau poste sera essentielle à la promotion d'une culture de l'excellence scientifique au Canada.

Le 27 octobre 2017, le gouvernement a également annoncé la création du Comité de coordination de la recherche au Canada (CCRC). Le CCRC a pour mandat d'améliorer la collaboration entre les organismes subventionnaires et la Fondation canadienne pour l'innovation au profit des chercheurs et des étudiants partout au pays.

De plus, le 2 novembre 2017, la ministre Duncan a annoncé une série de changements au Programme des chaires de recherche du Canada fondés sur l'examen du soutien fédéral aux sciences. Ces changements ont été proposés en réponse à la sous-représentation persistante des femmes, des Autochtones, des personnes handicapées et des personnes qui font partie des minorités visibles. En outre, dans le cadre de cet exercice, on a demandé aux universités de préparer un plan d'action en matière d'équité et de diversité. Nous sommes convaincus que ces changements favoriseront la diversité dans le domaine des sciences et feront en sorte que tous les Canadiens et Canadiennes qui souhaitent faire carrière en recherche aient l'occasion de contribuer au secteur canadien des sciences.

Je vous assure que je travaille avec mes collègues, la ministre des Sciences et le ministre de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique, pour passer en revue les recommandations du rapport et élaborer la position du gouvernement à l'examen du soutien fédéral aux sciences.

Encore une fois, je vous remercie d'avoir pris le temps de m'écrire au sujet de cette importante question, et je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.



L'honorable Ginette Petitpas Taylor, C.P., députée

Le 10 décembre 2017

M. Gilles Lanteigne  
Président-directeur général  
Réseau de Santé Vitalité  
275, rue Main, suite 600  
Bathurst, (N.-B) E2A 1A9

Monsieur Lanteigne,

Par la présente, les membres du Regroupement des soins de santé de la région de Saint-Quentin, désirent réitérer leur demande en vous proposant comme solution à long terme, le maintien des services d'oncologie à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin (HDSJSQ).

D'autant plus que cette proposition n'entraîne pas d'investissements supplémentaires au Réseau de santé Vitalité nous sommes convaincus des bénéfices positifs pour la population de St-Quentin

Pour ce faire, nous croyons qu'il est important d'apporter des améliorations au système de transports afin de respecter les protocoles de sécurité et de poursuivre la formation continue des infirmières et infirmiers de l'HDSJSQ afin de permettre le maintien, l'actualisation et le développement des compétences propices à l'exercice de leurs fonctions.

Dans l'attente d'une réponse favorable de votre part, veuillez recevoir, Monsieur Lanteigne, mes cordiales salutations.

Joanne Fortin, présidente  
Regroupement des soins de santé de la région de Saint-Quentin

c.c. Honorable Benoît Bourque, Ministre de la Santé  
Honorable Gilles LePage, Député Restigouche-Ouest et Ministre du Travail, de  
l'Emploi et de la Croissance démographique  
Madame Nicole Somers, Maire de la Ville de Saint-Quentin

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.vitalitenb.ca

Le 11 janvier 2018

Madame Joanne Fortin  
Présidente du Regroupement des soins  
de santé de la région de Saint-Quentin  
Envoi par courriel : joannefortin57@gmail.com

*Objet:* Solution à long terme pour le maintien des services d'oncologie à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

Madame Fortin,

Tout d'abord, je profite de l'occasion de vous souhaiter une très bonne et heureuse année 2018 à vous et à tous les membres du Regroupement des soins de santé de la région de Saint-Quentin.

J'ai bien reçu votre correspondance en date du 10 décembre 2017 que vous m'avez fait parvenir au nom du Regroupement des soins de santé de la région de Saint-Quentin et j'en profite également pour vous féliciter de votre nomination.

Le Réseau de santé Vitalité est engagé à offrir des services de qualité sur l'ensemble de son territoire et c'est pourquoi vous trouverez en annexe, une copie de notre plan stratégique.

Pour ce qui est des éléments spécifiques qui sont soulevés dans votre correspondance, Monsieur Gilles Lanteigne inscrira ce sujet à l'ordre du jour de la prochaine rencontre régulière qui se tiendra, comme vous le savez, le 6 février prochain. De plus, son adjointe administrative communiquera avec vous environ 10 jours avant la rencontre, afin de vous proposer un ordre du jour et valider si vous avez des sujets à ajouter.

Encore une fois merci et soyez assuré de mon entière collaboration. Je vous prie d'accepter, Madame Fortin, mes salutations distinguées.



Michelyne Paulin, CPA, CGA  
Présidente du Conseil d'administration

.../2

c.c. Honorable Benoît Bourque, ministre de la Santé  
Honorable Gilles LePage, député Restigouche-Ouest et ministre du Travail, de l'Emploi et  
de la Croissance démographique  
Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité  
Nicole Labrie, gestionnaire des soins Santé primaires - zone Nord-Ouest  
Membres du Regroupement des soins de santé de la région de Saint-Quentin

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

[www.santevitalitehealth.ca](http://www.santevitalitehealth.ca)

Le 14 décembre 2017

Docteur Hubert Dupuis  
Président d'Égalité Santé en Français N.-B. Inc.  
449, Chartersville  
Dieppe, N.-B. E1A 5H1  
[jacques.verge@egalitesante.com](mailto:jacques.verge@egalitesante.com)  
Envoie par courriel

Dr Dupuis,

Le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité a pris position dans le dossier de l'impartition du service du Programme extra mural et des services alimentaires et environnementaux lors de sa rencontre le 19 juin 2016. Cette position, pour le maintien de ces services sous l'égide du Réseau de santé Vitalité a été réaffirmée à plusieurs reprises depuis.

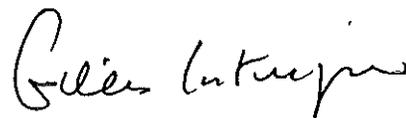
Le Réseau de santé Vitalité a aussi fait de nombreuses représentations et a demandé que ses rôles et responsabilités légales soient clarifiés lors de rencontres avec le ministre et les hauts fonctionnaires.

C'est pourquoi le Réseau de santé Vitalité appuie votre initiative de demander à la Cour du banc de la Reine de clarifier le rôle du ministre de la Santé et du gouvernement en ce qui a trait à leurs responsabilités en matière de service à la communauté francophone et aux responsabilités du Réseau de santé Vitalité.

Espérant que ce qui précède clarifie bien la position du Réseau de santé Vitalité. Nous vous prions d'agréer, Dr Dupuis, l'expression de nos salutations les meilleures.



Michelyne Paulin, CPA, CGA  
Présidente du Conseil d'administration



Gilles Lanteigne, Ph. D.  
Secrétaire du Conseil d'administration

2018 01 04

Madame Michelyne Paulin, présidente  
Conseil d'administration  
Réseau de santé Vitalité  
275, rue Main, Bureau 600  
Bathurst (Nouveau-Brunswick)  
E2A 1A9

Envoi par courriel : [michelyne.paulin@vitalitenb.ca](mailto:michelyne.paulin@vitalitenb.ca)

Objet : Langue de travail du réseau

Madame la présidente

Dans le cadre d'une demande d'informations en vertu de la Loi sur les échanges de correspondance entre le réseau et le ministère de la santé sur la fin des traitements en oncologie dans les hôpitaux de Grand-Sault et de St-Quentin, j'ai reçu du ministère de la Santé une série de documents qui me laissent perplexes. Je joins d'ailleurs ces documents en annexe pour votre information.

J'ai été abasourdi de constater, dans la documentation en provenance du ministère de la Santé le 21 décembre dernier, que des employés du réseau de santé Vitalité dont l'image de marque est « Leader francophone au service de ses collectivités » correspondent avec des gens du ministère dans la langue anglaise. Pourtant, non seulement le réseau est reconnu comme un réseau francophone mais l'article 19(1) de la **Loi sur les régies régionales de la santé** confirme que la langue de travail de la régie est le français et ceci suite à une poursuite de notre organisme en 2008.

Non seulement, ces personnes savent mieux mais elles devraient être des exemples pour tous les autres employés du réseau. Ces personnes sont Gilles Lanteigne, directeur général de la régie, Jean-René Noël, directeur Communications et engagement communautaire, et enfin Linda Savoie, directrice Services d'oncologie.

Vous avancerez sans doute que les personnes avec qui elles correspondaient ne parlent pas ou ne comprennent pas le français. Je vous rappellerai que la seule responsabilité de ces trois personnes est de respecter la langue de travail du réseau : le français.



Comme les personnes avec qui vos employés correspondaient travaillent pour le ministère de la Santé, je vous rappelle que la responsabilité du ministère et de tout le gouvernement est d'assurer le respect de la **Loi sur les langues officielles** et donc de s'assurer que le réseau est desservi dans sa langue de travail : le français.

Si les personnes occupant des postes de responsabilité au sein du réseau ne respectent pas la langue de travail du réseau, il est difficile de croire que le réseau est « chef de file francophone ». Il n'est donc pas surprenant que les personnes occupant des postes subalternes ne soient pas conscientes qu'elles travaillent dans un milieu francophone.

Si le réseau Vitalité ne communique pas en français avec le ministère, il ne faut pas se surprendre que celui-ci ne communique avec vous qu'en anglais. Le réseau n'agit pas comme une institution francophone, alors pourquoi le ministère vous traiterai-il comme francophone ?

Dans tout le débat sur la privatisation de la gestion du Programme Extra-Mural, nous avons abondamment parlé des inquiétudes de nous faire servir dans notre langue. Vous avez vous-même insisté sur le caractère francophone du réseau Vitalité pour contester la privatisation du Programme Extra-Mural.

Espérant que le Conseil d'administration prendra les mesures requises pour que tous ses employés respectent la langue de travail du réseau : le français, je vous prie d'agréer, madame la présidente, mes sincères salutations.

Jacques Verge  
Secrétaire

PJ : 22860 Documents.pdf  
CC : Conseil d'administration Vitalité

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.santevitalitehealth.ca

No. 5 (accusé de réception)

Le 17 janvier 2018

Monsieur Jacques Verge  
Égalité Santé en Français inc.  
449, chemin Chartersville  
Dieppe, N.-B. E1A 5H1  
Envoi par courriel : [info@egalitesante.com](mailto:info@egalitesante.com)

Objet : Langue du travail du Réseau

Cher Monsieur Verge,

J'ai bien reçu votre correspondance du 4 janvier 2018 ayant pour objet la langue de travail du Réseau et je vous en remercie.

Encore une fois, je désire vous souhaiter à vous et à vos proches, une bonne et heureuse année.

En juin dernier, le Conseil d'administration a révisé sa politique en matière de langues officielles, pour encore mieux refléter son image de marque. Un rappel a été effectué auprès des leaders administratifs du Réseau de santé Vitalité et des principaux acteurs/partenaires afin de s'assurer de renforcer l'usage de la langue française.

Je suis pleinement consciente que l'usage et la promotion du français dans toutes nos communications avec le ministère de la Santé et dans nos établissements est un travail que nous devons constamment prioriser et qui ne sera peut-être jamais parfait; toutefois nous devons toujours viser faire des progrès.

Je vous remercie encore une fois et veuillez agréer, Monsieur Verge, mes sentiments les meilleurs.



Michelyne Paulin, CPA, CGA  
Présidente du Conseil d'administration

c.c. Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité  
Membres du Conseil d'administration

2018 01 04

Madame Michelyne Paulin, présidente  
Conseil d'administration  
Réseau de santé Vitalité  
275, rue Main, Bureau 600  
Bathurst (Nouveau-Brunswick)  
E2A 1A9

Envoi par courriel : [michelyne.paulin@vitalitenb.ca](mailto:michelyne.paulin@vitalitenb.ca)

Objet : Conseil d'administration

Madame la présidente

Le 5 décembre dernier, nous avons voyagé pendant plusieurs heures comme d'autres d'ailleurs, pour assister à la réunion publique du Conseil d'administration qui avait lieu à Edmundston. Nous prenons la peine de nous déplacer parce que nous croyons que la réunion publique est le lieu et le moment de discussion pour les décisions importantes qui relèvent du Conseil d'administration.

Nous avons été surpris et déçus de constater que le nouvel employé au niveau des communications distribuait, le 5 décembre 2017 à 13h38, le communiqué de presse du réseau sur les faits saillants de la réunion publique du réseau. Après seulement 38 minutes de réunion, tout était décidé. J'ai moi-même vérifié à savoir quel document était distribué et pour qui. La réponse a été le communiqué et c'est seulement pour les journalistes.

Quel manque de respect flagrant pour les citoyens et citoyennes qui se déplacent, souvent à leurs frais, pour entendre les discussions et savoir pourquoi et comment telle ou telle décision a été prise.

Quels constats pouvons-nous faire de ce manque de considération envers la population ? Il y en a sans doute plusieurs mais je partagerai avec vous ceux que j'ai faits lors de mon retour. Ce sont les suivants :

- Tout est décidé lors de rencontres secrètes et la politique sur la transparence n'est que de la poudre aux yeux ;
- Le seul point qui compte dans l'ordre du jour est le rapport de la direction, semble-t-il ;
- Toute la réunion tourne autour des décisions prises par la direction générale et l'équipe de leadership, décisions prises sans l'aval du Conseil d'administration ;
- Deux sujets auraient dû être discutés lors de la réunion du Conseil d'administration en public : la privatisation de la gestion du programme Extra-Mural et la fin des services d'oncologie aux hôpitaux de Grand-Sault et de St-Quentin ;
- Il faut même se demander quel est le rôle du Conseil d'administration et quels sont ses pouvoirs par rapport aux activités et les affaires internes de la régie comme indiqué dans l'article 201(1) de la ***Loi sur les régies régionales de la santé.***

Les seules discussions ont lieu lors de la session avec le public et cette session ne fait même pas partie de la rencontre publique du Conseil d'administration. Alors que les échanges devraient avoir lieu entre le public et les membres du Conseil d'administration, nous vous entendons parfois répondre aux questions ou commentaires du public mais trop souvent les réponses sont accaparées par la direction générale comme si elle était le porte-parole du Conseil. C'est vous madame la présidente la porte-parole du Conseil d'administration.

Le commentaire du maire de Saint-Quentin au sujet des « discussions » avec la direction générale était très décevant. Elle a clairement dit que c'était un monologue. D'ailleurs sa réponse aux demandes de celle-ci était assez claire : « Nous ne reviendrons pas sur notre décision ». Monsieur Lanteigne aurait dû dire « c'était ma décision mais elle est sujette à l'approbation du Conseil d'administration ».



Il me semble de plus en plus évident que le fait que le Bureau de direction ou le comité exécutif ne se rencontre jamais depuis le début de votre mandat laisse trop de temps entre les réunions, et a permis à la direction générale de « prendre le contrôle » de la régie. Il me semble anormal que le Conseil d'administration d'une organisation ayant à gérer un budget de quelques 664 millions et quelques 7200 employés ne se réunisse que quatre (4) fois par année. Le Conseil municipal de plus petits villages se réunit une fois par mois pour gérer moins de fonds sur un territoire plus petit et avec moins d'employés.

Personnellement et à mon humble avis, le Conseil d'administration doit se questionner sur son rôle et sur celui de sa direction générale. Il est clair que la ligne penche constamment vers la direction générale ce qui ne laisse aucun pouvoir de décision au Conseil d'administration.

Veillez agréer, madame la présidente, mes sincères salutations.

Jacques Verge  
Secrétaire

CC : Conseil d'administration Vitalité

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

[www.santevitalitehealth.ca](http://www.santevitalitehealth.ca)

Le 17 janvier 2018

Monsieur Jacques Verge  
Égalité Santé en Français inc.  
449, chemin Chartersville  
Dieppe, N.-B. E1A 5H1  
Envoi par courriel : [info@egalitesante.com](mailto:info@egalitesante.com)

Objet : Fonctionnement du Conseil d'administration

Cher Monsieur Verge,

J'ai bien reçu votre correspondance du 4 janvier 2018 ayant pour objet le Conseil d'administration et je vous en remercie.

Tout d'abord, j'en profite pour vous souhaiter à vous et à vos proches, une bonne et heureuse année.

Le communiqué de presse qui fait suite aux réunions du Conseil d'administration est un outil stratégique de communication qui n'est pas uniquement basé sur les faits saillants de la réunion publique. Le communiqué de presse porte sur les éléments principaux d'intérêt public.

De plus, le fonctionnement du Conseil d'administration passe par les comités établis par le Conseil d'administration et qui se rencontrent, sauf exception, avant chacune des rencontres. C'est pourquoi il est souvent possible de prévoir l'aboutissement de plusieurs des items discutés lors des réunions publiques.

Je constate que vos constats, quoique sincères, ne reflètent absolument pas les valeurs et le fonctionnement du Conseil d'administration et de ses comités. La réalité est tout autre puisque tous les documents de travail des comités et du Conseil d'administration sont rendus publics selon le cadre de transparence établi en avril 2016.

Le Conseil d'administration s'est doté de politiques et procédures en matière de communication, qui établit son fonctionnement.

Le nombre de rencontres du Conseil d'administration et de ses comités se compare avantageusement à ce qui se fait dans des organisations similaires, tant au Nouveau-Brunswick que dans les autres provinces.

.../2

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

[www.santevitalitehealth.ca](http://www.santevitalitehealth.ca)

Veillez agréer, Monsieur Verge, mes sentiments les meilleurs.



Michelyne Paulin, CPA, CGA  
Présidente du Conseil d'administration

c.c. Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité  
Membres du Conseil d'administration

Comité Communautaire de la Santé / HGGS  
385 Broadway Blvd. Suite 10  
Grand-Sault N.B.  
E3Z 2K5

Le 18 janvier 2018

Madame Michelyne Paulin, présidente  
Conseil d'administration  
Réseau de santé Vitalité  
275, rue Main, Bureau 600  
Bathurst, NB  
E2A 1A9

Envoi par courriel : [michelyne.poulin@vitalitenb.ca](mailto:michelyne.poulin@vitalitenb.ca)

Madame la présidente,

La présente lettre se veut un suivi à la dernière réunion du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité tenue à Edmundston le 5 décembre dernier. Comme vous avez certainement pu le constater, plus d'une vingtaine de membres de notre comité ont sacrifié leur après-midi, certaines personnes ont même pris congé de leur travail et tous se sont déplacés à Edmundston afin d'y assister.

Compte tenu du fait que la partie échange « dialogue avec le public » soit tenue après la levée de votre réunion, est-ce donc dire qu'aucune archive n'est conservée des ces soi-disant dialogues? C'est à se questionner sur l'importance que votre Conseil d'administration accorde aux points de vue de ses clients, usagers et partenaires.

Les membres de notre comité présents ont été étonnés de constater le manque de connaissances de la part des membres du Conseil d'administration concernant le dossier des services en oncologie offerts dans les hôpitaux ruraux de la région. Très peu de membres du Conseil d'administration ont pris la parole pour réagir aux diverses questions posées par des membres de notre comité. Ce manque d'intervention de la part des membres du Conseil d'administration nous porte à croire que les réponses aux questions soulevées lors du « dialogue avec le public » sont préparées par l'Équipe de leadership sans input de la part des membres du Conseil d'administration. Nous avons eu l'impression de prêcher dans le désert. Quelle perte de temps!

Nous questionnons également le quasi manque de gouvernance de la part du Conseil d'administration sur des questions très pertinentes comme les soins et services en santé prodigués aux patients et patientes acadiennes ainsi que la gouvernance de nos hôpitaux, réduction de: personnel, techniciens/techniciennes, etc. Citons comme exemple le cas hypothétique suivant : est-ce possible que l'Équipe de leadership puisse à la limite modifier, voir même enlever le statut d'hôpital à une institution sans que le Conseil d'administration en soit consulté. Voilà des questions reliés à la santé qui nous préoccupent énormément.

Nous avons tout autant déploré le monologue du président-directeur général, monsieur G. Lanteigne. Les propos tenus par celui-ci étaient à sens unique et n'incitaient nullement à la discussion. À titre d'exemple, il a donné comme réponse à la question d'une intervenante : « Nous ne reviendrons pas sur notre décision ». Qui plus est, nous nous questionnons à savoir si monsieur G. Lanteigne agissait comme porte-parole du Conseil d'administration alors que ce rôle relève de la présidente. (réf : Réseau de santé Vitalité, Politique du Conseil CA-140-1 ; « Le rôle du président est d'assurer la présidence... »)

Suite à cette dernière réunion du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité, le Comité communautaire de la santé de l'Hôpital général de Grand-Sault estime tout de même qu'il a été entendu concernant ses doléances entourant le retrait des services d'oncologie dans son institution. Mais la vraie question, a-t-il été ÉCOUTÉ ? Est-ce que sa présence à cette rencontre aura permis d'ouvrir un dialogue pour trouver d'autres pistes de solution que celle imposée par la direction général ? Sachez, madame la présidente, que tel était notre désir et que nous attendons une réaction officielle de la part du Conseil d'administration aux points soulevés. Nous demeurons disponibles pour vous rencontrer afin de tenir un réel dialogue cette fois. Nous refusons toujours la solution imposée et nous désirons ardemment avoir l'occasion de discuter avec les membres du Conseil d'administration et exploiter les diverses solutions possibles.

Tout en vous remerciant de l'attention portée à cette lettre et dans l'attente d'une réponse de votre part dans un avenir rapproché, je vous prie d'agréer, madame la présidente, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Guido Godbout, président

Comité communautaire de la santé de l'Hôpital général de Grand-Sault

CC : membres du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité.

Monsieur Benoit Bourque, ministre de la Santé

Monsieur Tom Maston, sous-ministre de la Santé

Monsieur Charles Chiasson, Député Grand-Sault, Drummond, Saint-André

Monsieur Blaine Higgs, chef du parti Conservateur

Monsieur David Coon, chef du parti Vert

Madame Jennifer McKenzie, chef du NPD

Médias

GUILDO GODBOUT PRÉSIDENT  
COMITÉ COMMUNAUTAIRE DE LA SANTÉ / HGGS

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

[www.santevitalitehealth.ca](http://www.santevitalitehealth.ca)

Le 30 janvier 2018

Monsieur Guido Godbout  
Président du Comité communautaire de la Santé - Hôpital général de Grand-Sault  
Envoi par courriel : [gil@lpgodbout.com](mailto:gil@lpgodbout.com)

Objet : Services de chimiothérapie à l'Hôpital général de Grand-Sault

Monsieur Godbout,

J'aimerais tout d'abord vous remercier, ainsi que les membres de votre comité, pour votre participation à la rencontre du Conseil d'administration du 5 décembre dernier. Le Conseil d'administration accueille favorablement les questions du public et des membres des groupes communautaires.

Chaque réunion publique du Conseil d'administration se termine par une période d'échange avec le public qui débute immédiatement après la levée de la séance. Cette façon de procéder est courante dans plusieurs organismes publics tant au Nouveau-Brunswick qu'ailleurs au pays. Bien que les échanges ne soient pas consignés au procès-verbal officiel, je peux vous assurer que si des suivis sont requis, ils sont faits de façon systématique.

Votre correspondance soulève plusieurs questions pertinentes, mais je m'attarderais sur trois éléments qui me semblent être de la plus haute importance, soit 1) le rôle de gouvernance, 2) le rôle de la gestion et 3) les services de chimiothérapie à l'Hôpital général de Grand-Sault.

En ce qui a trait à vos commentaires au sujet du rôle de gouvernance du Réseau de santé Vitalité par le Conseil d'administration, je voudrais préciser que ce rôle consiste d'abord et avant tout à établir et à approuver les grandes orientations de l'organisation, notamment le biais d'un plan stratégique, d'un plan des services cliniques et d'un plan de santé et d'affaire, ce dernier étant exigé par la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

Quant au rôle de la gestion d'une régie régionale de la santé, celui-ci est dévolu à son équipe de leadership et de gestionnaires qui assurent la mise en œuvre de ces grandes orientations par le développement de plans d'action et de plans opérationnels.

Pour ce qui est des services de chimiothérapie à l'Hôpital général de Grand-Sault, la direction a effectué son travail à l'intérieur des balises approuvées par le Conseil d'administration. Grâce au travail de nos professionnels, il a été possible de trouver un équilibre entre la qualité et la sécurité des services tout en maintenant leur accessibilité et leur pérennité dans votre communauté. Nous sommes heureux que le ministère de la Santé ait accepté d'injecter des fonds supplémentaires afin de mettre en œuvre un nouveau modèle de prestation des services, assurant ainsi le maintien des traitements de chimiothérapie à l'Hôpital général de Grand-Sault.

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

[www.santevitalitehealth.ca](http://www.santevitalitehealth.ca)

Le 30 janvier 2018  
Monsieur Guido Godbout  
Page 2

Je puis vous assurer que le Conseil d'administration prend son rôle et ses responsabilités très au sérieux. D'ailleurs, je vous invite à vous référer au Rapport d'agrément suite à la visite des experts d'Agrément Canada de juin dernier dans lequel le Conseil d'administration a reçu une note presque parfaite. Le rapport est dans la section des publications du site Internet du Réseau de santé Vitalité ([www.vitalitenb.ca](http://www.vitalitenb.ca))

En terminant, je vous remercie de participer au comité conjoint de votre comité avec l'équipe de gestion du Réseau de santé Vitalité. Ces rencontres trimestrielles sont l'endroit idéal pour traiter des questions opérationnelles. Soyez assuré que nous suivons avec intérêt les travaux de ce comité.

Encore une fois merci à vous et à vos membres pour votre implication à améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité des services dans nos collectivités.

Recevez, Monsieur Godbout, l'expression de nos salutations distinguées.



Michelyne Paulin, CPA, CGA  
Présidente du Conseil d'administration

c.c. Membres du Comité communautaire de la Santé - Hôpital général de Grand-Sault  
Monsieur Benoit Bourque, ministre de la Santé  
Monsieur Tom Maston, sous-ministre de la Santé  
Monsieur Charles Chiasson, Député Grand-Sault, Drummond, Saint-André  
Monsieur Blaine Higgs, chef du parti Conservateur  
Monsieur David Coon, chef du parti Vert  
Madame Jennifer McKenzie, chef du NPD

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Documentation pour information aux membres**

Un article pertinent est partagé aux membres pour leur réflexion :

- Sustaining and Growing a Winning Culture (Claire Savoie)

L'article **Sustaining and Growing a Winning Culture** a été soumise par Madame Claire Savoie. Madame Savoie fera un bref résumé de l'article et facilitera les échanges s'il y a des questions ou commentaires des membres au sujet des articles. Il est important que les membres soient préparés pour discuter en ayant lu et réfléchi sur le document.

Rappel; nous invitons tous les membres à suggérer des articles pour nos prochaines rencontres.

Bonne lecture!

## *Sustaining and Growing a Winning Culture*

*Char Ryan, CPXP, chief patient experience and employee engagement officer, Keck Medicine of USC (University of Southern California), Los Angeles*

**T**he field of patient experience in healthcare has grown tremendously over the past few years, with a global movement emerging to bring the experience of patients and families to the center of care. This movement—and its importance to transforming healthcare—is described in the Beryl Institute white paper titled *State of Patient Experience 2015* (Wolf, 2015).

In 2012, Keck Medicine of USC (University of Southern California) in Los Angeles embarked on a strategy to improve the patient experience and transform patient care. An employee engagement survey had revealed the need to establish a foundational culture with expected service behaviors and to improve communication. The strategic goal was to provide Keck colleagues, patients, and patients' families with a consistent experience that exceeds their expectations.

The high correlation between employee engagement and patient experience has been documented in Press Ganey research (Reilly, 2016). Keck's executive leaders, who understood the value of this correlation, created the chief patient experience and employee engagement officer position to reinforce the importance of culture in driving the patient experience.

As we embarked on a 7-month journey to develop and implement a foundational culture, and with the CEO leading the effort, the entire organization focused on this strategy. Keck brought together a cadre of physicians, leaders, and staff to design and create the culture, and their work led to our Cardinal and Gold Standards for service. These standards reflect Keck's mission statement; 10 values derived from the mission statement; the KNOWN Service Standards, which consist of Kind Greeting, Notice Needs, Own It, Wow Them, and Next Steps; and a service credo, "We are the USC family, working together to serve the lives entrusted to us." To engage all staff in the process, participation was encouraged via opportunities to vote on elements of the Cardinal and Gold Standards.

As we soon learned, establishing a culture and training 3,700 staff members were the easy parts of the journey. The real work lay ahead in the implementation of the many

For more information about the concepts in this column, contact Ms. Ryan at [cryan@med.usc.edu](mailto:cryan@med.usc.edu).

The author declares no conflicts of interest.

© 2017 Foundation of the American College of Healthcare Executives

DOI: 10.1097/JHM-D-17-00161

tactics intended to grow and sustain the patient experience culture. The tactics making the most significant impact were (a) instituting new employee and annual training; (b) scheduling daily huddles; (c) engaging staff through rewards and recognition; and (d) modeling the way forward using culture champions, known as the Keck Service Culture Ambassadors.

## ONBOARDING AND ANNUAL TRAINING

The foundation of the organizational culture for Keck is sustained in part through the training efforts of the Employee Engagement Team.

All new employees learn about the Keck service culture during their onboarding process. A senior leader introduces the Cardinal and Gold Standards, as well as the chief patient experience and employee engagement officer, on Day 1 of onboarding. All new employees also attend a 1½-hour class that explains the expected behaviors of the Cardinal and Gold Standards.

In addition to this initial training, all employees attend an annual culture training workshop. The content is developed in collaboration with multiple departments across the health system and supports our culture journey. "Compassionate, Connected Care," the highlighted topic in 2016, covered active listening skills and empathy. The leadership coaching component was rolled out to all managers with the KNOWN Coaching Tool to reference during coaching conversations, and a leadership KNOWN lunch-and-learn was offered for managers to hone their coaching skills. We consistently align culture-related activities with the KNOWN Service Standards throughout the organization to reinforce the culture.

The 2017 annual training, "Becoming KNOWN: Transformation from Patient to Person," centered on interacting with a patient as a person and not just a diagnosis. Nursing leadership workshops used a communication model of caring and the "2-Minute Sit to Connect." This workshop was then adapted to clinical and nonclinical roles and included creating a rounding tool to measure and monitor implementation and consistency. The nurse leaders were given time to implement what they learned and train their teams, thus embedding a level of accountability.

Culture tune-ups provided in interactive, skill-building workshops allow departments and employees to enhance their knowledge, awareness, and competency for exceptional patient care and impactful performance. The following workshops are customized to the needs of the requesting departments:

- Empathy and Compassionate Care
- Mentoring
- Cross-Generational Engagement
- Compassion Burnout
- Strengths Finder
- Teambuilding
- Language of the Listener
- Crucial Conversations
- Workplace Bullying
- Resilience in the Workplace

## **COMMUNICATION: DAILY HUDDLES AND DAILY HUDDLE SHEET**

Communication is key to our culture development. Daily huddles take place across the organization in all work areas and units. The huddles are brief, and topics include what is working well, ongoing improvement activities, department priorities, and a review of the daily huddle sheet. Keck's Patient and Family Experience Department produces the huddle sheet in collaboration with the internal communications staff to ensure that communication methods are consistent throughout the organization. The Cardinal and Gold Standards section of the sheet includes an area for documenting stories and recognizing exceptional staff and emphasizes one of the 10 organizational values, a service credo, or a KNOWN Service Standard as an additional way to keep the culture alive.

## **REWARDS AND RECOGNITION**

The rewards and recognition program is vital to the ongoing growth and sustainability of Keck's service culture. It recognizes physicians, staff, volunteers, and departments that exhibit expected behaviors. The program underscores the concept that we must first take care of employees and physicians before we can take care of patients. In a white paper published by Press Ganey (Clark et al., 2005, p. 1), the authors note: "Reward and recognition programs reinforce a healthcare organization's commitment to service excellence. Systematic reward and recognition benefits not only individual performance but influences overall employee satisfaction, employee loyalty, retention, and patient satisfaction."

Throughout the year, Keck's program reinforces commitment to the organization, peer-to-peer recognition, and reward of behaviors representing our service culture. We recognize our colleagues for a variety of reasons, including years of service to the organization at 5-year milestones, positive patient feedback, or going above and beyond the call of duty. In addition, the employee of the month program recognizes staff from various departments who go that extra mile to provide exceptional care both directly and indirectly to patients. Once an employee of the month is selected by the Rewards and Recognitions Committee (composed of staff members from all over the health system), he or she becomes eligible for employee of the year status (selected by executive leadership).

In addition to these programs, Keck provides staff with opportunities for on-the-spot, peer-to-peer recognition with Trojan Bucks and Trojan Points. These programs, named after USC's sports teams, allow staff to be empowered and authentic in their work by encouraging them to recognize and reward one another. Using a mobile phone app or desktop interface developed by Keck's IT staff, employees can award Trojan Points to each other and receive points for recognizing their colleagues. Points can be redeemed for various prizes, which include gift cards and Keck Medicine of USC-branded items.

With colleague participation increasing 225% from a baseline measured at the inception of these programs, opportunities for recognition and reward play an important role in sustaining our service culture and encouraging employee engagement.

## **KECK SERVICE CULTURE AMBASSADORS**

The Keck Service Culture Ambassadors are staff who recognize excellence across the organization. They inspire others to embrace the behaviors of service excellence and elevate our Cardinal and Gold Standards to sustain the culture. They are a diverse group of

**TABLE 1**  
**Keck Medicine of USC Annual HCAHPS Scores**

| HCAHPS<br>Domain/<br>Question | 2011                          |                        | 2012                          |                        | 2013                          |                        | 2014                          |                        | 2015                          |                        | 2016                          |                        | 2017 *                        |                        |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|
|                               | Keck<br>Top-Box<br>Percentage | National<br>Percentile |
| Rate This<br>Hospital         | 71.5                          | 63                     | 77.9                          | 84                     | 77.2                          | 77                     | 79.8                          | 86                     | 80.5                          | 85                     | 80.1                          | 82                     | 83.4                          | 94                     |
| Recommend<br>This<br>Hospital | 79.3                          | 75                     | 81.7                          | 81                     | 82.9                          | 82                     | 83.6                          | 86                     | 84.3                          | 86                     | 83.8                          | 82                     | 85.4                          | 89                     |

*Note.* Keck top-box percentage = respondents who selected the most positive response category in the HCAHPS survey; national percentile = University HealthSystems Consortium/Vizient metrics for academic medical centers.  
 \* Results through July 12, 2017.  
 Source: Press Ganey.

colleagues from all entities of the organization who share a passion for personal growth and leadership development. They are the catalysts and change agents who advocate for a shared vision of care in their own departments or units.

The ambassadors help sustain the culture by exhibiting the expected behaviors, promoting service excellence in their units, and volunteering at employee engagement activities. They encourage colleagues to participate in our annual Patient Experience Week and to recognize others through our rewards and recognition program; they support training efforts that reinforce service excellence; and they take the lead on spirit committee activities within their work area.

A recent survey of ambassadors revealed why this program is important to them: It offers opportunities for networking, modeling the KNOWN Service Culture, and receiving professional development training, as well as other opportunities during the organization's bimonthly ambassador meetings.

## CONCLUSION

Our mission at Keck is to create an intentional work environment that demonstrates respect, professionalism, and compassionate care to colleagues, patients, families, and visitors. As a living and breathing entity, our culture continues to grow to meet all the needs of our staff. Identified and created by our physicians and other professional colleagues, the Keck Commitment was developed and implemented in 2016 to reinforce the expected behaviors of professionalism. The commitment states:

We commit to delivering high quality care with kindness and consideration. We will do this by exhibiting **excellence** in all we do, incorporating sound **judgment** in our decisions, practicing **civility** in our interactions, and communicating with **respect** to patients, families, and coworkers.

Continuous adaptation by leadership and staff to the needs of the organization's culture at Keck has resulted in an exceptional patient experience, as evidenced by our upward-trending results in the "rate this hospital" and "recommend this hospital" domains of the HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) survey (Table 1).

Our culture journey can best be described by our patients. As an academic medical center, we serve many long-term inpatients. Sara, a patient of the past 7 years, visited me and described her experience: "I don't know what you have done over the last several years, but keep it up! The energy, level of care, service and compassion have grown tremendously. I truly feel like I am KNOWN and part of the Trojan Family."

## REFERENCES

- Clark, P. A., Drain, M., Malone, M. P., Pointer, B., Peterson, C., Ryan, J., ... Wojciechowski, S. (2005). *Reward and recognition in the health care industry*. Press Ganey. Retrieved from <http://www.pressganey.com.au/snapshots/RewardandRecognitionBestPractice.pdf>
- Reilly, B. (2016, January 14). *Building a high-performing workforce*. Press Ganey. Retrieved from <http://www.pressganey.com/resources/white-papers/building-a-high-performing-workforce>
- Wolf, J. A. (2015, August). *State of patient experience 2015: A global perspective on the patient experience movement*. Beryl Institute. Retrieved from [http://c.ymcdn.com/sites/www.theberylinstitute.org/resource/resmgr/Benchmarking\\_Study/2015-Benchmarking-Study.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.theberylinstitute.org/resource/resmgr/Benchmarking_Study/2015-Benchmarking-Study.pdf)

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

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

12.1 Vivre avec une douleur chronique

Dans le cadre de la stratégie des soins centrés sur le patient et sa famille, nous aurons l'occasion d'entendre l'expérience d'un patient qui vit au quotidien avec une douleur chronique. Il présentera son histoire, l'impact que cette condition a eu sur sa vie et les difficultés encourues en naviguant à travers le système de santé. Il partagera comment la clinique de la douleur lui a permis d'améliorer sa condition et mieux vivre avec sa douleur.

Dans les années antérieures, les patients vivant avec une douleur chronique étaient desservis par la clinique de la douleur au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont. Le temps d'attente pour obtenir des services était long et les fréquents déplacements à Moncton pour recevoir des traitements étaient pénibles pour les patients souffrant de douleurs chroniques.

La clinique de la douleur de la région Acadie-Bathurst a ouvert ses portes en 2016. L'ajout de cette clinique a permis de réduire l'attente pour des traitements et les nombreux déplacements effectués par les patients. Mme Lucie Aubé McIntyre, infirmière coordonnatrice de la clinique fera également un survol des services offerts à la Clinique de la douleur.

La présentation est jointe à cette note couverture.

# **Vivre avec une douleur chronique**

**Présentation au Conseil d'administration  
Le 13 février 2018**

# L'histoire du patient

- Douleur chronique depuis plusieurs années
- Navigation difficile à travers le système de santé
- Consulter divers médecins et professionnels
- Déplacements fréquents à l'extérieur de la région pour des services
- Visites multiples à l'urgence
- Impact sur la qualité de vie et le travail

# Historique

- Les patients de la région Acadie-Bathurst souffrant de douleur chronique devaient se déplacer à Moncton pour recevoir des traitements.
- Dû à l'achalandage à la clinique, le temps d'attente pour les patients référés augmenta en flèche.
- Les démarches pour mettre sur pieds une clinique de douleur dans la Zone Acadie-Bathurst ont débuté à l'automne 2015.
- Des cliniques de douleur seront également implantées dans les autres zones (Restigouche et Nord-Ouest) dans le but d'améliorer l'accessibilité pour la population du nord.

# L'équipe

- La Clinique de la douleur vise une approche interdisciplinaire.
- L'équipe est formée de:
  - deux anesthésistes spécialisés en douleur chronique,
  - trois infirmières,
  - deux physiothérapeutes,
  - deux psychologues et
  - un soutien administratif.

# Services offerts

- Prise en charge de la médication
- Points gâchettes
- Épidurales de cortisone
- Blocs facettaires
- Blocs périmerveux
- Blocs sympathiques intraveineux
- Infiltrations des articulations
- Prolothérapies
- Perfusion de Lidocaïne / Kétamine
- Santé psychologique et support moral (services de psychologie)
- Exercices personnalisés (services de physiothérapie)

# Systeme de triage

La priorité est accordée aux patients:

- Admis (dans un contexte de douleur chronique)
  - Palliatifs
  - De jeune âge
  - SDRC / CRPS
  - Hernie discale invalidante
- 
- 306 patients actifs
  - 506 patients en attente

# Impact sur les patients de la région

- Patients n'ont plus besoin de se déplacer sur de longues distances pour recevoir les services d'une clinique de douleur
- Diminution du temps d'attente pour voir un médecin spécialiste en douleur chronique
- Personnel infirmier disponible pour répondre aux questions et inquiétudes des patients
- Patients ont accès aux services de psychologie et de physiothérapie selon leur plan de traitement
- Accessibilité à un groupe de support offert par un psychologue de notre équipe

# L'équipe



**Questions?**

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Relations avec la communauté/services offerts**

13.1 Transformation réussie vers un modèle de services communautaires

Madame Shelley Robichaud, directrice régionale des soins de santé primaire du Réseau de santé Vitalité a été invitée afin de vous présenter la petite histoire du Comité aviseur communautaire de l'Hôpital et CSC de Lamèque. Le temps estimé de la présentation est de 15 minutes. Vous trouverez une copie de la présentation dans la documentation de la rencontre.

Des membres du Comité aviseur communautaire de l'Hôpital et CSC de Lamèque seront aussi présents pour apporter des explications supplémentaires et répondre aux questions.

# **Transformation réussie vers un modèle de services communautaires**

## **La petite histoire du Comité aviseur communautaire de l'Hôpital et CSC de Lamèque**

**Présenté au  
Conseil d'administration du  
Réseau de santé Vitalité**

**Le 13 février 2018**

# Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque



# Carte de la région (située dans la P. Acadienne)



# Historique et mise en contexte

- 1949, Religieuses hospitalières de St-Joseph fondèrent l'Hôtel Dieu St-Joseph (12 lits adultes ; 6 lits enfants et 6 bassinets)
- 1963, ouverture officielle de l'Hôpital actuel (43 lits)
- 1972, l'Hôpital de Lamèque devient un hôpital public
- 1992, réforme majeure, l'Hôpital est incorporé à la région et il devient un établissement de 12 lits de soins aigus
- En octobre 2002, le PM de l'époque annonce l'implantation de 4 Centres de santé communautaires
  - Lamèque
  - Minto
  - Doaktown
  - Saint-Jean

# Nouvelle mission pour l'Hôpital de Lamèque

appuyé d'un

## Comité aviseur communautaire

En 2003, il devient un CSC avec les objectifs suivants:

- Offrir des services en fonction des besoins des communautés
- Améliorer l'accès aux services de santé primaires
- Mettre l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que sur la gestion des maladies chroniques
- Encourager l'implication des personnes, des familles et les communautés dans la santé et dans la prestation des soins de santé
- Établir des liens à l'interne comme à l'externe et travailler en équipe
- Améliorer la santé de la communauté

# Comité du Centre de santé communautaire de Lamèque (changé de nom par après en 2004)

2003

- Buts: gérer les activités de développement continu liées au Centre de santé communautaire.
  - Évaluation des besoins communautaires en matière de santé pour la région
  - Identifier les priorités et faire des recommandations sur les programmes et services requis pour rencontrer les besoins de la communauté.

# Fonctionnement du comité depuis 2003

- Le comité est associé à l'établissement (un mandat d'établissement)
- Les membres viennent des différentes communautés du territoire donc, communauté bien représentée
- L'horaire des rencontres est connu à l'avance
- Les réunions se font après le travail et le souper est inclus (16h30 à 19h00)



2016

## 2003 Le comité aviseur s'implique et pas à peu près!

- choisi la consultante qui procédera avec la démarche
- développe le questionnaire (différents secteurs autour de la table) et publicité sur la radio et journaux
- identifie les groupes à rencontrer et participe dans les groupes focus
- affichent leurs numéros de téléphone pour aider les gens à remplir leur questionnaire
- priorités identifiées
  - Gestion des maladies chroniques
  - Tabagisme et exposition à la fumée secondaire
  - Embonpoint et obésité; mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité et manque d'exercices
  - Faible estime de soi et faible résilience; stress (santé mentale)

# 2003 Le comité aviseur s'implique et pas à peu près!

- participe à deux jours d'analyse/priorisation des besoins.
- Identification des ressources voulues (ajout de 3 ETP prévu)
  - 1 ETP Travailleuse social
  - 0.6 ETP Physiothérapeute
  - 0.4 ETP Diététiste
  - 1 ETP Agente de développement communautaire
- présentation de ses recommandations au C.A. de la Régie de la santé Acadie-Bathurst

# Réalisations (suite)

- Avril 2005: Participation aux consultations pour l'élaboration d'un plan de stabilisation suite au décès d'un médecin de l'établissement (urgence devenue une clinique sans r.v.)
- 2009-2010: **Étude des besoins phase 2** (\$10,000 SSMEFNB)
- Mars-Avril 2010: Rencontre des Maires, représentants des DSL et des députés de la région (Inkerman à Miscou)
- Mai 2010: Rencontre Madame Suzanne Robichaud Vice-Présidente des services des soins de santé primaires

# Réalisations (suite)

- Juin 2010: Rencontre Stéphane Robichaud et Michelina Mancuso du Conseil de la santé du N.-B.
- Avril 2011: Rencontre du Vice-président des services diagnostiques (M. Stéphane Lagace) et la directrice régionale des services de laboratoire (Mme Tamim Yamama) re: IStat
- Mars 2013: Rencontre de planification stratégique avec des partenaires de la communauté (32 partenaires un samedi ensoleillé!)
- Septembre 2013: Participation \$ à la réalisation d'après-midi mieux-être dans quatre centres de santé de la zone 6 (sous l'initiative de Miscou)

# Évolution du système qui a eu un impact sur le comité

- 2008: Changement de Régie de santé Acadie-Bathurst à Réseau de santé Vitalité (régionalisation)
- Mandat des études de besoin est maintenant donné aux régies de santé
- Conseil de la santé du N.-B. développe maintenant les Profils de nos communautés
- Mars 2016: Changement de la structure de gestion vers une gestion régionale (sans direction d'établissement et plusieurs gestionnaires a l'extérieur de l'édifice)
- Plan stratégique du Réseau parle maintenant de Promotion de la santé et la prévention (avant c'était surtout les CSC)

# Le quorum est atteint a chaque rencontre depuis 2003...pourquoi?

- Les membres ont un intérêt dans la promotion de la santé, la prévention et l'Empowerment de leur population
- Les sujets sont très locaux, sur le terrain
- Les membres ressentent un réel écoute de la part des employés du réseau. (des problèmes se règlent souvent très rapidement)
- Transparence dans les communications (les bons coups et les défis sont discutés)
- Ces bénévoles n'ont pratiquement aucune dépense
- Les réunions sont informelles, l'atmosphère est détendue et agréable.

# Défis actuels d'un comité qui est en place depuis presque 15 ans!

- Comment maintenir un mandat d'établissement dans une structure régionale?
- Pouvoir décisionnel est moins local alors comment maintenir un pouvoir d'influence?
- Le comité est à la recherche d'un mandat adapté à la nouvelle réalité.

**MERCI!**

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

Objet : **Horaire des réunions du Conseil d'administration (septembre 2018 à juin 2019)**

L'horaire des réunions du Conseil d'administration (septembre 2018 à juin 2019) est présenté pour approbation.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'horaire des réunions du Conseil d'administration de septembre 2018 à juin 2019.



## Horaire des réunions du Conseil d'administration 2018-2019

| <b>Dates et lieux</b>  | <b>Réunions à huis clos</b>                                     | <b>Réunions publiques</b>         |
|--|---|-----------------------------------|
| 15 et 16 octobre 2018<br>Zone Beauséjour<br>(à Moncton)                                      | 15 octobre 2018 de 15 h à 19 h<br>16 octobre 2018 de 8 h à 12 h | 16 octobre 2018 de 13 h à 16 h 30 |
| 3 et 4 décembre 2018<br>Zone Nord-Ouest<br>(à Grand-Sault)                                   | 3 décembre 2018 de 15 h à 19 h<br>4 décembre 2018 de 8 h à 12 h | 4 décembre 2018 de 13 h à 16 h 30 |
| 11 et 12 février 2019<br>Zone Acadie-Bathurst<br>(à Bathurst)                                | 11 février 2019 de 15 h à 19 h<br>12 février 2019 de 8 h à 12 h | 12 février 2019 de 13 h à 16 h 30 |
| 15 et 16 avril 2019<br>Zone Restigouche<br>(à Campbellton)                                   | 15 avril 2019 de 15 h à 19 h<br>16 avril 2019 de 8 h à 12 h     | 16 avril 2019 de 13 h à 16 h 30   |
| 17 et 18 juin 2019<br>(assemblée générale annuelle)<br>Zone Acadie -Bathurst<br>(à Bathurst) | 17 juin 2019 de 15 h à 19 h<br>18 juin 2019 de 8 h à 12 h       | 18 juin 2019 de 13 h à 16 h 30    |

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 13 février 2018

**Objet : Évaluation de la séance**

Une évaluation doit être complétée par les membres du Conseil d'administration après chaque réunion. Le but consiste à évaluer l'efficacité globale de la réunion du Conseil d'administration.

Cette évaluation sera partagée au Comité de gouvernance et de mise en candidature lors de leur prochaine rencontre afin de déterminer si des changements peuvent être effectués dans le but d'accroître le fonctionnement du Conseil d'administration.

Vous trouverez ci-joint le formulaire d'évaluation de la séance que vous devez compléter et remettre à Sonia avant de quitter.

## 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 |  | Sans objet |
|--|----------------------|---|------------------------|---|-------------------------------|--|------------|
|  | 5                    | 4 | 3                      | 2 | 1                             |  |            |
| 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!