

AVIS DE RÉUNION ☒

PROCÈS-VERBAL ☐

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 26 mars 2018 à 09:00	
		Endroit :	Vidéoconférence	
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle	(Gilles)	
		Moncton : salle du conseil (local 2026)	(Michelyne, Lucille)	
Présidente :	Lucille Auffrey	Edmundston : salle 2281	(Gisèle et Lucie)	
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Campbellton : salle 4002, 4 ^e étage	(Sonia, Wesley)	
Participants				
Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu		Lucille Auffrey Sonia Roy	Wesley Knight Michelyne Paulin	
ORDRE DU JOUR				Documents
1. Ouverture de la réunion				
2. Déclaration de conflits d'intérêts				
3. Adoption de l'ordre du jour				
			D	✓
4. Adoption du procès-verbal du 22 janvier 2018				
			D	✓
5. Suivis de la dernière réunion tenue le 22 janvier 2018				
5.1	Politique et procédure CA-135 « Code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil d'administration »		D	✓
6. Affaires nouvelles				
6.1	Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration (Invité : Jean-René Noël)		I	✓
6.2	Projet de recherche – Gouvernance et gestion des organisations de santé		I	✓
6.3	Politique et procédure CA-120 « Conseil d'administration et régime de gouvernance »		D	✓
6.4	Politique et procédure CA-410 « Cadre d'évaluation »		D	✓
6.5	Politique et procédure CA-320 « Comité de gouvernance et de mise en candidature »		D	✓
6.6	Règlements administratifs – Section médicale		I	✓
6.7	Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration		I	✓
7. Date de la prochaine réunion : le 11 juin 2018 à 09:00				
			I	
8. Levée de la réunion				

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

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

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

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 26 mars 2018

Objet : Politique et procédure CA-135 « Code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil d'administration »

Le code de conduite et morale a été approuvé lors de la dernière réunion. Vous trouverez ci-joint la politique et procédure qui se rattache à celui-ci pour votre approbation.

Une session de formation est également prévue lors de la prochaine réunion de Conseil d'administration sur le Code de conduite et morale afin de permettre des échanges quant aux rôles et responsabilités des membres et des normes minimales attendues.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure CA-135 « Code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil d'administration » soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 16 mars 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CODE DE CONDUITE ET MORALE À L'INTENTION DES MEMBRES		N° : CA-135
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2018-06-
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2017-06-19
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2018-06-
Établissement(s)/programme(s) :			

Le code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil d'administration retrouvé en annexe définit les normes minimales en ce qui a trait aux comportements et agissements attendus des membres du Conseil dans l'exercice de leurs fonctions. Il reflète l'engagement du Réseau de santé Vitalité à l'égard des normes morales et de conduites élevées.

Le Réseau s'engage à respecter ce code afin d'accroître la confiance du public dans l'intégrité, l'objectivité et l'impartialité de la Régie et de son Conseil d'administration.

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 26 mars 2018

Objet : Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration

Lors de la dernière Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration tenue en juin 2017, un des commentaires soulevés lors de l'évaluation de la réunion était de revoir le format des présentations PowerPoint pour qu'elles soient simplifiées et vivantes. Aussi, il semble que la réunion était beaucoup trop longue.

Nous voulons redynamiser l'Assemblée générale annuelle qui se déroulera le 26 juin 2018. M. Jean-René Noel, Directeur des services de communications et engagement, se joindra à la rencontre pour obtenir la rétroaction des membres, afin d'améliorer le déroulement de cette assemblée.

Soumis le 16 mars 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 26 mars 2018

Objet : Projet de recherche – Gouvernance et gestion des organisations de santé

L'an dernier, le Comité de gouvernance et de mise en candidature ainsi que le Conseil d'administration ont approuvé leur participation au projet de recherche intitulé : Gouvernance et gestion des organisations de santé : Impacts des réformes. Ce projet est piloté par Mme Stéphanie Collin, professeur au département d'administration publique de l'Université de Moncton.

Maintenant que le projet a obtenu les autorisations nécessaires des comités d'éthiques de la recherche des établissements concernés et des Conseils d'administration, l'équipe de chercheurs est maintenant prête à débiter le projet qui consiste aux chercheurs de rencontrer des gens, faire des observations et lire des procès-verbaux pour ensuite faire une triangulation des données et une analyse profonde.

Les résultats seront partagés aux membres du Conseil d'administration dès que l'étude est terminée.

Pour ceux qui ont oublié, la documentation pertinente sur le projet se retrouve sur « Worskpace ».

Soumis le 16 mars 2018 par Gisèle Beaulieu, VP Performance, Qualité et Services généraux

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 26 mars 2018

Objet : **Politique et procédure CA-120 « Conseil d'administration et régime de gouvernance »**

Vous trouverez ci-joint la politique et procédure CA-120 « Conseil d'administration et régime de gouvernance » pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure CA-120 « Conseil d'administration et régime de gouvernance » soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 16 mars 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CONSEIL D'ADMINISTRATION ET RÉGIME DE GOUVERNANCE		N° : CA-120
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2018-06-
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2017-06-19
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2018-06-
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Dispositions générales

Le Conseil d'administration (le « Conseil ») est responsable de la direction stratégique du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») et, par le biais du président-directeur général (le « P.-D.G. »), il s'assure que des processus de gestion appropriés sont mis en place pour réaliser cette direction stratégique.

Cette politique offre un sommaire de la structure de gouvernance et réfère le lecteur aux politiques spécifiques établies par le Conseil.

Taille du Conseil d'administration

Le Conseil est composé de quinze membres ayant droit de vote, dont sept membres nommés par le ministre et huit membres élus par la population, ainsi que de trois membres sans droit de vote : le P.-D.G., le président du Comité professionnel consultatif et le président du Comité médical consultatif.

Mandat des membres du Conseil d'administration

1. Les membres du Conseil que nomme le ministre sont nommés au gré du ministre pour un mandat renouvelable de quatre ans.
2. Les membres élus au Conseil acceptent leurs fonctions à la première réunion du Conseil qui suit le jour de l'élection. Ils demeurent en fonction jusqu'au jour où un successeur accepte lesdites fonctions.

Fonctions des membres du Conseil d'administration et directives pour les comités

1. Les fonctions du président du Conseil (CA-140), du vice-président (CA-150), du trésorier (CA-160) et du président-directeur général (CA-180), les responsabilités et obligations des membres du Conseil (CA-130) et les directives pour les comités du Conseil (CA-300) sont en place pour guider le Conseil dans l'exécution de son mandat.
2. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature s'assure que les fonctions et les directives mentionnées font l'objet d'une révision annuelle et propose des changements pour approbation par le Conseil d'administration, au besoin.

Responsabilités clés du Conseil d'administration

1. Le ministre nomme le P.-D.G., lequel occupe son poste au gré du ministre, et rend compte au Conseil de la gestion générale et de la conduite des affaires internes du Réseau.
2. Le Conseil, par le biais du président du Conseil et du Comité de gouvernance et de mise en candidature, doit s'assurer qu'une évaluation annuelle du P.-D.G. a lieu et qu'un plan de relève du P.-D.G. est en place en cas d'incapacité d'agir du P.-D.G.

Rôle du Conseil

1. Les membres supervisent la gestion des activités et des affaires de la régie régionale la santé :
 - a) Planification. Superviser l'élaboration et l'application des plans stratégiques, opérationnels et financiers, y compris les objectifs annuels.
 - b) Gestion du risque. Déterminer, gérer et surveiller les possibilités et les risques pour la régie régionale de la santé et s'assurer de la mise en œuvre adéquate de systèmes pour gérer ces risques.
 - c) Politiques. Approuver, modifier et surveiller la conformité avec l'ensemble des politiques importantes régissant les activités de la régie régionale de la santé.
 - d) Exécution. Évaluer régulièrement les progrès en matière d'atteinte des objectifs énoncés dans les plans stratégiques.
 - e) Finances. Approuver les rapports financiers et les décisions financières majeures.
 - f) Rapports. S'assurer que les résultats financiers sont déclarés de façon juste et en conformité avec les principes comptables généralement reconnus. S'assurer que le rendement financier de la régie régionale de la

santé est communiqué de façon adéquate au gouvernement, ponctuellement et régulièrement.

- g) Communications. S'assurer que le Conseil entretient des communications ouvertes et claires avec le personnel et les membres du personnel médical, de façon conforme aux règlements administratifs, afin d'offrir aux patients les meilleurs soins et services possible. S'assurer que la régie régionale de la santé communique efficacement avec le gouvernement, les intervenants et le grand public et offre à ces intervenants des moyens efficaces de soumettre des commentaires et de communiquer avec l'équipe de leadership et le Conseil.
2. Le Conseil n'a pas l'obligation de s'appuyer sur la seule expertise de ses membres ou de celle des gestionnaires pour prendre ses décisions. Il peut faire appel à des experts qui lui offriront des conseils, au besoin, afin de l'aider à prendre des décisions éclairées.

Rôle des membres

1. En vertu du droit public, un membre doit faire preuve du degré de diligence et de compétences qu'une personne raisonnablement prudente mettrait en œuvre dans des circonstances similaires. Cette norme dépend des caractéristiques particulières que le membre apporte à son poste en ce qui a trait aux problèmes devant être traités par le Conseil.
2. Un membre doit être présent aux réunions du Conseil, dans leur intégralité, et accorder le temps et l'attention nécessaires à la prise de décisions éclairées sur les questions traitées.
3. Un membre doit participer sans réserve et avec franchise aux délibérations et aux discussions du Conseil.
4. Un membre doit être présent aux comités créés par le Conseil, afin d'étudier de façon plus détaillée certains domaines de responsabilité importants.
5. Un membre doit offrir des conseils stratégiques et appuyer le P.-D.G., qui est nommé par le ministre et chargé d'assurer au quotidien le leadership et la gestion de la régie régionale de la santé. Un membre doit comprendre la différence entre gouvernance et gestion. Il ne doit pas empiéter sur les domaines de responsabilité du P.-D.G. ni du personnel.
6. Un membre doit s'assurer que la régie régionale de la santé est gérée correctement et en conformité avec les lois applicables.
7. Un membre doit participer à la surveillance et à l'évaluation de la réussite de la régie régionale de la santé et du P.-D.G.

Connaissances des membres

1. Un membre doit comprendre les activités de la régie régionale de la santé, sa structure de gouvernance et son orientation stratégique.
2. Un membre doit connaître les problématiques liées aux soins de santé et la façon dont la régie régionale de la santé s'intègre au sein du système de soins de santé provincial.
3. Un membre doit comprendre l'environnement réglementaire, juridique, social et politique de la régie régionale de la santé.
4. Un membre doit participer aux séances d'orientation et aux programmes de formation continue qui sont offerts.
5. Un membre doit arriver préparé aux réunions du Conseil en ayant lu l'ensemble des rapports et des documents nécessaires à l'avance.

Position de confiance des membres

1. Un membre doit agir honnêtement, de bonne foi et dans le meilleur intérêt de la régie régionale de la santé et de la province du Nouveau-Brunswick. Il doit faire preuve de normes éthiques élevées.
2. Un membre doit démontrer ses capacités de jugement, son ouverture à l'avis d'autrui et sa capacité à interagir de façon constructive et adéquate avec ses collègues et le personnel. Un membre doit avoir suffisamment de confiance pour prendre des décisions difficiles pour le bien de la province et le désir de prendre ces dernières.
3. Bien que le membre soit élu ou nommé pour qu'il puisse, lors des délibérations du Conseil, apporter ses connaissances ou son avis d'expert, l'intérêt fondamental de la régie régionale de la santé doit primer en tout temps. Un membre ne doit pas agir dans l'intérêt particulier d'une circonscription ou d'un groupe au sein de la régie régionale de la santé.
4. Un membre ne doit pas agir à des fins de profit personnel. Il doit dévoiler au Conseil tout intérêt personnel qu'il peut avoir dans une affaire examinée.
5. Un membre doit maintenir les exigences de confidentialité établies par le Conseil.
6. Lorsqu'une décision a été prise par le Conseil, le membre doit la soutenir.

Comités du Conseil d'administration

Les comités du Conseil sont des mécanismes qui permettent un examen plus approfondi des principaux domaines dont le Conseil d'administration a la responsabilité. Le rôle des comités est d'appuyer le Conseil dans l'exécution de ses responsabilités. **Les Comités du**

Politique / Procédure N°: CA-120

Conseil sont : 1) Comité des finances et de vérification, 2) Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité, 3) Comité de gouvernance et de mise en candidature et 4) Comité stratégique de la recherche et de la formation.

Par soucis de transparence et afin de tenir tous les membres du Conseil d'administration informés des travaux des comités, la documentation incluant les ordres du jour sont disponibles à tous les membres du Conseil d'administration en même temps qu'aux membres des comités.

Réunions et ordres du jour des réunions des comités du Conseil d'administration

1. Normalement, les comités du Conseil se rencontrent quelques semaines avant les rencontres régulières du Conseil d'administration.
2. Les comités acheminent un rapport d'activités au Conseil après chacune de ses rencontres.
3. Les présidents des comités, en consultation avec le VP assigné prépare l'ordre du jour de chaque réunion du comité.
4. L'ordre du jour et les documents afférents sont distribués au moins une semaine avant la réunion.
5. Les membres du comité d'administration peuvent proposer des ajouts à l'ordre du jour avant que celui-ci ne soit distribué aux membres. À moins d'une acceptation de tous les membres du comité aucun sujet ne peut être ajouté à l'ordre du jour pour les réunions.
6. Le « Code Morin » est utilisé en tant que guide d'Assemblée délibérante.

Comités spéciaux

Les comités spéciaux sont des comités établis pour une durée déterminée afin d'accomplir des tâches spécifiques et sont appelés à être dissous une fois leur mandat terminé.

Réunions et ordres du jour des réunions du Conseil d'administration

1. Le Conseil se réunit au moins quatre fois par année.
2. Le Conseil peut aussi tenir des réunions extraordinaires à la demande du président ou, en son absence, du vice-président ou à la demande écrite de trois membres du Conseil (indiquant les sujets à aborder).
3. Le président du Conseil, en consultation avec le P.-D.G. à titre de secrétaire du Conseil, prépare l'ordre du jour de chaque réunion du Conseil.
4. Dans le cas des réunions régulières **et des rencontres à huis clos** du Conseil, l'ordre du jour et les documents afférents sont distribués au moins une semaine avant la réunion.
 - a. À moins **d'une acceptation de tous les membres du Conseil aucun sujet ne peut être ajouté** de réunions spéciales, le sujet « autres » est indiqué à chaque **l'ordre du jour des** pour les réunions à huis clos et des comités du Conseil, à l'exception des réunions régulières (publiques). (Décision en 2012)
5. Les membres du Conseil d'administration peuvent proposer des ajouts à l'ordre du jour avant que celui-ci ne soit distribué aux membres.
6. **Le Conseil peut utiliser un agenda par consentement pour des items tels l'adoption de procès-verbal et leur suivi et ce, autant pour les rencontres du Conseil et de ses comités.**
7. Le « Code Morin » est utilisé en tant que guide d'Assemblée délibérante. (Décision en 2012)

Réunions publiques du Conseil d'administration

1. Les réunions du Conseil sont ouvertes au public.
2. Le Conseil peut tenir une réunion ou une partie d'une réunion à huis clos s'il considère que la réunion ou la partie de réunion pourrait révéler des renseignements spécifiques sur un individu identifiable, révéler des renseignements sur les questions de gestion des risques ou de soins aux patients, porter préjudice aux mesures de sécurité mises en place par le Réseau ou compromettre l'efficacité avec laquelle le Réseau exécute ses fonctions et responsabilités.

Réunions du Conseil d'administration sans la présence de l'équipe de leadership

1. Les pratiques permettant l'opportunité de bâtir des relations, la confiance et la

cohésion au sein des membres du Conseil sont essentielles pour permettre au Conseil de développer une compréhension de son rôle. Une de ces pratiques est la tenue régulière de séances sans la présence de l'équipe de leadership, normalement à un moment prédéterminé dans l'horaire des réunions régulières du Conseil et une autre sans la présence du P.-D.G.

2. De telles réunions peuvent être utilisées pour donner des commentaires au sujet des processus du Conseil, incluant la qualité et la nature de l'information fournie au Conseil, ou encore pour traiter de sujets qui peuvent être plus difficiles pour certains membres du Conseil à traiter en présence des membres de l'équipe de leadership. Elles peuvent aussi offrir l'occasion pour les membres de discuter de points où la performance des membres pourrait être améliorée.
3. Toute préoccupation au sujet de l'équipe de leadership ou du P.-D.G. soulevée lors de ces séances doit être rapidement communiquée directement au P.-D.G. par le président du Conseil.

Relations entre le Conseil d'administration et l'équipe de leadership

1. Les membres du Conseil peuvent faire part de leurs préoccupations ou de leurs questions au sujet de la performance de l'équipe de leadership au président du Conseil ou au P.-D.G.
2. Les membres du Conseil doivent respecter la structure de gestion organisationnelle et ne doivent s'immiscer d'aucune façon dans la gestion du personnel.

Orientation des nouveaux membres du Conseil d'administration et formation continue

1. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature et le P.-D.G. partagent la responsabilité de voir à ce qu'il y ait un programme d'orientation des nouveaux membres du Conseil et à ce que les membres du Conseil reçoivent de la formation continue au besoin.
2. Un programme d'orientation et de formation sera offert aux nouveaux membres du Conseil, lequel comprendra notamment de l'information écrite sur les responsabilités et obligations des membres du Conseil et sur les activités et opérations du Réseau, des procès-verbaux des récentes réunions du Conseil ainsi que des occasions de rencontres et de discussions avec l'équipe de leadership du Réseau.
3. Le programme d'orientation pour chaque nouveau membre sera adapté en fonction des besoins du membre et selon ses domaines d'intérêt particuliers.
4. Une composante éducative sera incluse à chaque réunion du Conseil et devra se concentrer sur les changements au sein de l'environnement dans lequel évolue le Réseau et sur les dossiers importants.

Évaluation du rendement du Conseil d'administration

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de voir à ce qu'il y ait un processus annuel d'évaluation du rendement du Conseil, de ses comités et de ses membres comportant également la possibilité d'identifier les moyens d'améliorer ce rendement.

Conseillers externes aux membres et aux comités du Conseil d'administration

Un comité ou un membre du Conseil peut à l'occasion avoir besoin des services d'un consultant ou d'un conseiller pour l'aider dans des dossiers dont la responsabilité lui est confiée. Un comité ou un membre du Conseil qui souhaite engager un conseiller externe aux frais du Réseau doit au préalable obtenir l'autorisation du président du Conseil, normalement en consultation avec le P.-D.G. qui se chargera de retenir ces services.

Révision du mandat du Conseil d'administration

Le Conseil doit réviser son mandat annuellement et le soumettre au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour vérification afin de s'assurer que le mandat est conforme aux lois, aux règlements et aux principes de bonne gouvernance d'organismes publics.

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

Consent Agenda

January 2018

A consent agenda is a meeting practice which packages routine committee reports, Board meeting minutes, and other non-controversial items not requiring discussion or independent action as one agenda item. This can save precious meeting time by allowing the Board to approve this 'package' of items together in one motion.

Reports and information can be grouped together under a consent agenda only if all Board Directors agree. If only one Director selects a specific item for discussion, it must be removed and placed on the regular Board meeting agenda. Depending upon the organization, a few minutes up to a half hour can be freed up for more substantial discussion on those items requiring strategic thought, decision making or action.

What types of items can be found on the consent agenda?

Typical consent agenda items are routine and should not require any Board discussion.

Typically the following things are considered for grouping in consent agenda.

- ★ Board and committee meeting minutes
- ★ Committee and staff reports
- ★ Updates or background reports provided for information only
- ★ Correspondence requiring no action
- ★ Staff appointment requiring Board confirmation
- ★ Final approval of proposals or reports that Directors have been dealing with for some time and are familiar with the implications
- ★ Routine contracts that fall within policies and guidelines.
- ★ Confirmation of documents or items that need no discussion but are required by the bylaws

How does a Board begin using a consent agenda?

The first step in using a consent agenda is to have the Board approve a motion to adopt the consent agenda format for Board meetings. The Board should also craft and approve a policy of what may or may not be included in the consent portion of the agenda.

It is important to make sure that all Directors know what items belong on the consent portion of the agenda, and how to move items to and from this overall consent area.

What is the process for using a consent agenda?

A consent agenda can only work if the reports and items are known in advance and distributed with the agenda package allowing sufficient time to be read by all Directors prior to the meeting. A typical process for developing and using a consent agenda is as follows:

- ★ The Board Chair, CEO and/or Committee Chairs decide what items will be placed into the consent portion of the agenda.
- ★ The full agenda, including consent items are disseminated prior to the Board meeting along with any documentation or back up information so that Board Directors can do their due diligence before voting.
- ★ Board members who may have questions about a report/information on a consent agenda are encouraged to contact the respective Committee Chair or CEO before the meeting to discuss their concern. If the Board member is comfortable with the explanation/discussion, the matter remains on the consent agenda. If the Board member wishes to pursue the discussion at the Board meeting, he/she may then request that the item be removed from the consent agenda and the Chair will ensure that the item is added to the agenda.
- ★ As the first item of business, the Board Chair asks Directors if any one wishes to remove any item under the consent portion of the agenda to be discussed. They can request to discuss the item, question the item or register a vote against the item.
- ★ If an item is removed from the consent portion, the Board Chair will place it on the regular meeting agenda.
- ★ The Chairperson then asks for a motion to accept the consent agenda.

The consent agenda items typically appear very near the beginning of the regular meeting. This allows any item to be removed and placed into the overall agenda for discussion and action late in the meeting. As with all formal Board action, a quorum must be present in order to have action on the consent agenda items that is legitimate and binding.

Sample of a Consent Agenda

- I. Welcome
- II. Consent Agenda
 - a. Board meeting minutes
 - b. Contract to retain HR Consultant
 - c. Marketing Committee meeting minutes and report
 - d. Executive Director's report
- III. Finance Committee Report
- IV. Discussion and Approval Items

As a single item on the agenda, the consent agenda is voted on with a single vote - to approve the consent agenda. The key to the Consent Agenda's effectiveness is that there is NO DISCUSSION of that item.

The motion sounds like this:

Dick: I move to approve the consent agenda.

Sue: I'll second that motion.

Chair: There is a motion and a second to approve the consent agenda. All in favor.

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 26 mars 2018

Objet : **Politique et procédure CA-410 « Cadre d'évaluation »**

Dans le cadre de la responsabilité du Conseil à l'égard de sa propre gouvernance, un conseil doit examiner et mettre en œuvre des processus d'évaluation de la gouvernance annuels qui peuvent contribuer à l'amélioration continue de sa gouvernance.

L'an dernier, les outils d'évaluation suivants ont été mis en œuvre :

- Auto-évaluation des membres
- Évaluation des présidents (du CA et des comités)
- Évaluation des pairs

Une révision du questionnaire sur l'évaluation des pairs a été effectuée afin d'améliorer la compréhension des questions et les rendre plus pertinentes à l'évaluation du membre du CA.

Vous trouverez ci-joint la politique et les diverses grilles d'évaluation pour vos commentaires et approbation.

Soumis le 16 mars 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CADRE D'ÉVALUATION		N° : CA-410
Section :	Processus de révision	Date d'entrée en vigueur :	2018-06-
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2017-06-19
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2018-06-
Établissement(s)/programme(s) :			

BUTS

1. Assurer une amélioration continue du Conseil d'administration, de ses comités/groupes de travail et de ses membres;
2. Obtenir une rétroaction pour la relève du Conseil, des administrateurs et des membres;
3. Déceler les besoins en formation et en développement;
4. Offrir la possibilité de fournir une rétroaction sur l'efficacité des réunions du Conseil et de ses comités.

POLITIQUE

1. Le Conseil d'administration (le « Conseil ») a recours à un protocole d'évaluation annuelle. Le protocole d'évaluation porte sur les processus et la structure du Conseil dans son ensemble et de ses comités/groupes de travail, ainsi que sur une auto-évaluation de chaque administrateur.
2. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature met en place le processus annuel d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses dirigeants basée sur :
 - le « Mandat du Conseil d'administration et régime de gouvernance » (CA-120);
 - les « Comités du Conseil d'administration » (CA-300);
 - Les « Fonctions du président du Conseil d'administration » (CA-140);
 - Les « Fonctions du vice-président du Conseil d'administration » (CA-150);
 - Les « Fonctions du trésorier du Conseil d'administration » (CA-160);
 - Les « Fonctions du secrétaire du Conseil d'administration » (CA-170).

2.1 Ce processus comprend:

- 2.1.1 Les principaux indicateurs définis par le Conseil selon lesquels l'efficacité et le rendement du Conseil peuvent être mesurés;
- 2.1.2 Des ressources externes, selon ce qu'il convient, afin d'assurer l'efficacité du processus;
- 2.1.3 L'évaluation du Conseil à l'aide d'un ou de plusieurs outils pour solliciter les commentaires, par exemple une évaluation écrite ou une séance de groupe;
- 2.1.4 Les outils et les processus d'auto-évaluation des membres du Conseil, y compris les occasions de déceler les besoins en formation et en développement et de déterminer si les membres souhaitent prendre en considération des postes d'administrateur;
- 2.1.5 Un rapport au Conseil sur les résultats des questions d'évaluation et les actions clés à accomplir pour assurer une amélioration continue du Conseil dans son ensemble et des administrateurs.

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

Questions	Échelle		
	Non	Un peu	Oui/D'accord
Je participe à la formation du Conseil.			
Je ai participé é à une visite des lieux ou d'un programme du Réseau de santé Vitalité avec un gestionnaire lorsqu'il y a lieu.			
J'ai une connaissance de la structure, de l'historique et de la mission du Réseau de santé Vitalité.			
Je connais le rôle législatif du Réseau de santé Vitalité.			
Je connais le rôle législatif du Conseil.			
Je connais la structure organisationnelle, les problèmes majeurs, les finances et les opérations du Réseau.			
Je connais les principaux intervenants, partenaires et clients du Réseau de santé Vitalité.			
Une fois que le Conseil formule une politique ou prend une décision, je suis prêt à l'appuyer et capable de le faire, peu importe mon vote sur la question.			
J'ai le temps et l'énergie nécessaire pour être un membre actif et engagé du Conseil, et je suis également prêt à m'engager au niveau requis au sein du Conseil.			
Je ne suis impliqué dans aucun conflit professionnel ou personnel qui peut sérieusement compromettre mes capacités d'agir dans l'intérêt véritable du Réseau et de ses parties prenantes.			
Ma principale responsabilité à titre de membre du Conseil est de servir l'ensemble des parties prenantes de l'organisation.			
Je respecte la nature confidentielle des affaires du Réseau (ex. : information liée aux clients, discussions à huis clos, etc.).			
Je communique de manière appropriée à toutes les réunions du Conseil.			
Je communique de manière appropriée entre les réunions du Conseil.			
J'écoute les idées des autres.			
J'affiche des comportements qui valorisent la diversité du Conseil, y compris le savoir, l'expérience et/ou les compétences de mes collègues.			
Je m'engage auprès du Conseil et je veille à ce qu'il reste axé sur la vision, la mission et les valeurs du Réseau.			
Je détecte des problèmes et je suggère des solutions potentielles.			
Je suis ouvert aux changements et aux nouvelles idées.			
J'évalue, au besoin, les solutions à court terme.			
J'évalue, au besoin, la vision et les résultats à long terme.			
J'examine soigneusement et minutieusement tous les documents d'information avant les réunions du Conseil.			
Je m'engage dans les discussions et les débats.			
J'indique clairement des avis et des observations sages et réfléchis.			
Je fournis le raisonnement à l'appui de mon point de vue.			
Je reste axé sur les politiques plutôt que sur les opérations.			
J'apporte une valeur ajoutée au Conseil, et je lui donne un aperçu et un point de vue uniques.			
1. Que considérez-vous comme votre plus forte contribution au Conseil?			
2. Autres commentaires ou suggestions			
Votre nom :			

Évaluation de la présidente du Conseil d'administration **ANNEXE CA-410 (2)**
 et des présidents des divers comités

Questions	Échelle		
	5- Fortement en accord 4- En accord 3- Plutôt d'accord 2- En désaccord 1- Fortement en désaccord 0- Aucun commentaire		
	Président du CA	Président du Comité : (indiqué le nom du comité)	Président du Comité : (indiqué le nom du comité)
Aviser et conseiller, en tant que membre du Conseil d'administration, le président-directeur général, notamment en aidant à définir les problèmes, à revoir la stratégie et à maintenir la reddition de comptes.			
Fournir un leadership fort au Conseil/Comité en l'assistant dans le suivi de la vision, de la stratégie et des plans du Réseau de santé Vitalité et dans la réalisation de ses objectifs.			
Veiller à ce que les réunions du Conseil/Comité soient gérées de manière efficace.			
Veiller à ce que suffisamment de temps soit autorisé pour les débats et que tous les aspects d'une question soient entendus.			
Évaluer périodiquement l'efficacité du Conseil/Comité et de ses membres, et examiner les résultats avec les membres individuels, le cas échéant, et avec le Conseil/Comité dans son ensemble.			
Le président du Conseil/Comité et le Conseil/Comité comprennent le rôle du président en tant que porte-parole du Conseil/Comité.			
Le président du Conseil représente le Conseil et le Réseau de santé Vitalité dans la communauté, et il aide à établir de solides relations avec les principaux acteurs.			
Je me sens à l'aise de présenter certaines questions au président.			
Je veux faire d'autres commentaires ou suggestions.			

N.B. Les résultats seront communiqués anonymement au président du Conseil et au vice-président, sauf si une indication est fournie ci-dessous. Je voudrais discuter de mes réponses à cette évaluation en privé.

Oui Non

Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité – Évaluation d'un pair des pairs							
	<p align="center">Échelle : Non – 1, Un peu – 2, Oui/D'accord – 3, S/O – Ne sais pas</p> <p>4. Exceptionnel/Au-dessus de la moyenne</p> <p>3. Entièrement satisfait</p> <p>2. Adéquat</p> <p>1. Pourrait améliorer</p> <p>S/O Ne peut évaluer l'individu sur cette question, manque d'exposition et de connaissance des comportements et traits manifestés</p>						
	Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3	Directeur 3	Directeur 4	Etc.	
Le membre lit les documents et vient aux réunions préparé.							
Le membre participe activement aux séances de formation du Conseil et aux discussions générales (p. ex. pose des questions, participe aux discussions, etc.). Le membre participe et est activement engagé aux réunions (participe aux discussions et débats).	2016 2017 2018						
Le membre démontre une connaissance de la structure, de l'historique et de la mission du Réseau de santé Vitalité. Le membre soutient et fait la promotion de l'organisation.							
Le membre démontre une connaissance du rôle législatif du Conseil. Le membre démontre constamment son intégrité et adhère à des normes éthiques élevées.							
Le membre démontre une connaissance du rôle législatif du Réseau. Le membre se conforme à la politique sur le conflit d'intérêts.							
Le membre démontre une connaissance de l'organisation – la structure, les défis majeurs, les finances et les opérations. respecte la confidentialité.							

<p>Le membre démontre une connaissance des parties prenantes du Réseau, de ses partenaires et de ses clients. Le membre communique efficacement des idées et des concepts.</p>							
Section B : Leadership							
Énoncé-							
<p>Une fois que le Conseil élabore une politique ou prend une décision, le membre est prêt à l'appuyer et capable de le faire, peu importe son vote sur la question. Le membre a un bon sens de l'écoute et respecte ceux qui ont des opinions divergentes.</p>							
<p>Le membre a le temps et l'énergie nécessaires pour être un membre actif et engagé du Conseil, et il est prêt à s'engager au niveau requis au sein du Conseil. Le membre pense indépendamment – il peut exprimer des idées contraires au groupe.</p>							
<p>Le membre n'est impliqué dans aucun conflit professionnel ou personnel qui compromettrait sérieusement sa capacité d'agir dans l'intérêt véritable du Conseil du Réseau de santé Vitalité et de ses intervenants. Le membre a un sens de la curiosité – il pose des questions appropriées et incisives.</p>							
<p>L'obligation principale du membre en tant que membre du Conseil est de servir l'ensemble des parties prenantes de l'organisation. Le membre fait preuve d'un jugement sain et équilibré au profit de toutes les parties prenantes.</p>							
Section C : Habiletés interpersonnelles							
Énoncé-							
<p>Le membre communique correctement à toutes les réunions du Conseil. Le membre développe et entretient des relations saines – il est un joueur d'équipe.</p>							

<p>Le membre écoute les idées des autres. Le membre démontre une connaissance du rôle législatif du Conseil et de ses comités.</p>							
<p>Le membre affiche des comportements qui valorisent la diversité du Conseil, y compris le savoir, l'expérience et/ou les compétences de ses collègues. Le membre démontre une connaissance et respecte le rôle du Président du Conseil.</p>							
<p>Section D : Pensée stratégique</p>							
<p>Énoncé-</p>							
<p>Le membre s'engage auprès du Conseil et veille à ce qu'il reste axé sur la vision, la mission et les valeurs du Réseau. Le membre démontre une littératie financière, mais pas nécessairement un expert dans le domaine.</p>							
<p>Le membre détecte des problèmes et suggère des solutions potentielles. Le membre applique et apporte ses compétences, connaissances ou talents particuliers aux problèmes.</p>							
<p>Le membre est ouvert aux changements et aux nouvelles idées. Le membre appuie les décisions du Conseil d'administration – agit comme un membre de toutes les actions du Conseil une fois qu'une décision a été prise.</p>							
<p>Section E : Contribution au Conseil</p>							
<p>Énoncé-</p>							
<p>Le membre montre qu'il a soigneusement et minutieusement examiné tous les documents d'information avant les réunions du Conseil. Le membre contribue effectivement à la performance du Conseil.</p>							

Le membre s'engage dans des discussions et des débats.												
Le membre indique clairement des avis et des observations sages et réfléchis.												
Le membre reste axé sur les politiques plutôt que sur les opérations.												
Le membre apporte une valeur ajoutée au Conseil, et il lui donne un aperçu et un point de vue uniques.												
Commentaires :												
<p>Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront seulement communiqués au membre touché et au président du Conseil. Les résultats sont anonymes.</p>												

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 26 mars 2018

Objet : **Politique et procédure CA-320 «Comité de gouvernance et de mise en candidature»**

Vous trouverez ci-joint la politique et procédure CA-320 « Comité de gouvernance et de mise en candidature » pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure CA-320 « Comité de gouvernance et de mise en candidature » soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 19 mars 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE GOUVERNANCE ET DE MISE EN CANDIDATURE	N° : CA-320
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2018-06
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2017-06-19
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2018-06
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de veiller à la structure et à la bonne gouvernance du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »), et d'appuyer et conseiller le Conseil d'administration (le « Conseil ») en la matière. Il voit notamment à l'adoption par le Conseil de politiques assurant la bonne gouvernance du Réseau, à la mise en place d'un processus d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses membres. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de proposer la sélection pour la mise en nomination et la présidence de chaque comité, et de la proposer lors de l'assemblée annuelle. Il propose également la mise en candidature des membres du Conseil à différentes fonctions au sein du Conseil.

Composition et fonctionnement

1. Le comité est composé de trois membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assumera la présidence du Comité.
2. Le comité fonctionne en respectant la politique sur les comités du Conseil d'administration (CA-300).
3. Le comité se réunit au moins quatre fois par année.

Responsabilités

1. Guider le Conseil et lui soumettre des recommandations par rapport à sa structure et à ses processus de gouvernance, de même qu'à son efficacité.
2. Voir à la mise en place d'un processus d'évaluation annuelle du Conseil et de ses comités.
3. Voir à la formation des membres du Conseil et à l'orientation des nouveaux membres du Conseil.

4. Voir à l'adoption d'un code de conduite et à sa révision périodique.
5. Soumettre lors de l'assemblée annuelle la sélection pour la mise en nomination aux postes de vice-président et de trésorier, les membres de tous les comités du Conseil ainsi que les nominations à des postes au sein du Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif, y compris les remplacements pour les postes devenus vacants avant la fin de leur mandat.
6. Recommander au Conseil les modifications qu'il juge nécessaire d'apporter aux règlements administratifs du Réseau, incluant les règlements administratifs médicaux.
7. S'acquitter de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

Rapport

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

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

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 26 mars 2018

Objet : Règlements administratifs – Section médicale

Vous trouverez ci-joint la révision des règlements administratifs pour la section disciplinaire au niveau médicale. Quelques petites modifications ont été apportées à d'autres sections en attendant la révision globale des règlements administratifs, soit l'ajout du mandat du comité de qualité et de la sécurité des patients dans les comités permanents du Conseil.

Une présentation power point est également jointe pour faciliter la compréhension des changements proposés et pour discussions.

La version antérieure des règlements administratifs se retrouve également sur "workspace".

Soumis le 16 mars 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux





Révision des règlements administratifs

20 mars 2018

Contexte

- La dernière version des règlements administratifs: adoptée 28 mai 2013 par CA et Ministre de la Santé le 22 octobre 2013;
- Section C.6.0 (Discipline): Règlements complexes et judiciarisés;
- Structure de résolution à multiples paliers;
- Résolution d'un conflit peut prendre plusieurs mois et années;
- Nouvelle version permet une plus grande marge de manœuvre pour résoudre le différend par l'entremise d'une médiation avant de débiter le processus formel;
- Beaucoup d'emphasis sur le processus de justice naturelle;
- Délais devraient être plus courts pour régler les situations.
- Bien que nous ayons débuté par la section C.6.0 (Discipline), quelques petites modifications dans d'autres sections ont été révisées en attendant la révision globale qui se poursuit dans la prochaine année.

Version de 2013

Médecin chef

- Reçoit plainte
- Informe PDG
- Tentative de régler l'affaire avant procédures officielles

Processus alternatif de règlement du différend

- Soumis au Médecin chef, PDG, CMC et CA si en accord avec résolution

Comité d'enquête

- Adhoc (3 membres pas du CMC)
- Rapport soumis au MD chef, PDG, CMC, CA

Commission d'examen

- 8 membres du CMC
- Peut avoir recours consultants externes
- Peut tenir audience
- Rapport au MD chef, PDG, CMC, CA

Comité médical consultatif

- Reçoit l'avis du MD chef si modification aux privilèges
- Étudie rapport de la Commission d'examen
- Membre peut ou pas être présent
- Recommandations au CA

Conseil d'administration

- Reçoit recommandations du CMC et rapport de la Commission d'examen
- Membre peut être présent ou non
- Audience formelle peut être tenue
- Décision définitive et exécutoire

Nouvelle version

Médecin chef

- Reçoit plainte
- Informe PDG
- Tentative de régler l'affaire avant procédures officielles

Processus alternatif de règlement du différend

- Médecin chef nomme un médiateur qui convient aux parties
- PDG informé, CMC, CA selon résultat et décision de la médiation

Audience

- Sous comité Adhoc du CMC (3 membres du CMC dont un sera le remplaçant désigné du MD chef et qui présidera l'audience)
- Membre peut être présent et peut se faire représenter
- Rapport soumis au membre, au MD chef et PDG
- Si modification des privilèges, rapport soumis au CMC pour recommandations aux PDG et CA

Comité médical consultatif

- Reçoit l'avis du MD chef si modification aux privilèges
- Étudie rapport
- Membre peut ou pas être présent mais n'aura pas droit à une audience
- Recommandations au membre, PDG et CA

Conseil d'administration

- Reçoit recommandations du CMC
- Étudie rapport et recommandations
- Membre peut être présent ou non mais n'aura pas d'audience formelle
- Décision définitive et exécutoire

Autres modifications

- Ajout du Comité de qualité et sécurité des patients dans les comités permanents du CA

Prochaines étapes

- Présentation au Comité de gouvernance le 26 mars 2018 pour recommander l'approbation au CA le 17 avril 2018;
- Acheminer la recommandation du CA au Ministre de la Santé pour approbation finale;
- Poursuivre les démarches de révision de l'ensemble des règlements administratifs au courant de l'année.





Réseau de santé Vitalité

(Régie régionale de la santé A)

RÈGLEMENTS ADMINISTRATIFS

Révision

Mars 2018

Table des matières

SECTION A – GÉNÉRALITÉS	1
A.1.0 Définitions	1
A.2.0 Règlements administratifs, accès public	3
A.3.0 Modification aux règlements administratifs	3
A.4.0 Confidentialité	4
A.4.1 Information confidentielle et documents	4
A.4.2 Manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité	4
A.5.0 Dossiers.....	4
A.6.0 Divisibilité	4
A.7.0 Valeur juridique	5
SECTION B – ADMINISTRATION	6
B.1.0 Conseil d'administration.....	6
B.2.0 Membres – Admissibilité, service maximum.....	6
B.3.0 Conseil d'administration – Vacance.....	6
B.4.0 Réunions – Procédures, avis, quorum, accès public.....	7
B.4.1 Services de traduction	7
B.5.0 Procès-verbaux	7
B.5.1 Procès-verbaux, accès public.....	8
B.6.0 Réunions du conseil.....	8
B.6.1 Réunions spéciales du conseil	8
B.6.2 Assemblées annuelles du conseil	8
B.6.3 Ordre du jour de l'assemblée annuelle	8
B.7.0 Dirigeants du conseil	9
B.7.1 Fonctions du président.....	9
B.7.2 Fonctions du vice-président	9
B.7.3 Fonctions du trésorier	9
B.7.4 Fonctions du secrétaire	10
B.8.0 Comités permanents du conseil	10
B.8.1 Comité exécutif.....	10
B.8.2 Comité des finances et de vérification	11

B.8.3	Comité de gouvernance et de mise en candidature	11
B.8.4	Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients.....	11
B.8.5	Comité stratégique de la recherche et de la formation	12
B.9.0	Comités spéciaux du conseil.....	13
B.10.0	Conflit d'intérêts.....	13
B.11.0	Comités consultatifs	14
B.11.1	Comité professionnel consultatif	14
B.11.2	Composition du comité professionnel consultatif.....	15
B.11.3	Comité médical consultatif.....	15
B.11.4	Composition du comité médical consultatif.....	16
B.11.5	Comité médical consultatif local	17
B.11.6	Comité d'examen des titres et autres comités locaux	17
B.12.0	Président- directeur général (PDG)	17
B.12.1	Fonctions du PDG	17
B.13.0	Médecin-chef.....	18
B.13.1	Compétences du médecin-chef.....	18
B.13.2	Poste rémunéré à temps partiel.....	18
B.13.3	Processus de sélection.....	18
B.13.4	Durée du mandat.....	19
B.13.5	Responsabilités du médecin-chef.....	19
B.13.6	Médecin-chef intérimaire.....	21
B.14.0	Politiques du conseil.....	21
B.15.0	Plan régional de santé et d'affaires	21
B.16.0	Rapport annuel au ministre.....	21
B.17.0	Année financière.....	21
B.18.0	Opérations bancaires.....	22
B.19.0	Signataires	22
B.20.0	Cautionnement.....	22
B.21.0	Sceau.....	22
B.22.0	Vérificateurs	22
B.23.0	Associations auxiliaires.....	23
SECTION C – PERSONNEL MÉDICAL.....		24
C.1.0	Administration médicale	24
C.1.1	Un seul personnel médical	24

C.1.2	Structure administrative médicale	24
C.1.3	Division des départements	24
C.1.4	Responsabilités des départements au sein de la RRS ou de la zone	24
C.1.5	Formation de nouveaux départements.....	25
C.1.6	Modification du statut du département	25
C.1.7	Chefs de départements	25
C.2.0	Groupes cliniques	26
C.2.1	Responsabilités des groupes cliniques	26
C.2.2	Composition des groupes cliniques.....	26
C.2.3	Chefs des groupes cliniques	27
C.3.0	Droits et obligations des catégories de personnel médical.....	27
C.3.1	Personnel médical actif	27
C.3.2	Personnel médical associé.....	28
C.3.3	Personnel médical consultant	29
C.3.3.1	Membres-conseils exerçant dans la province	29
C.3.3.2	Membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province.....	30
C.3.4	Personnel médical suppléant (Locum Tenens).....	30
C.3.5	Personnel médical invité	30
C.3.6	Assistant clinique.....	31
C.3.7	Fellow clinique	32
C.3.8	Stagiaire en médecine clinique.....	32
C.4.0	Personnel affilié	33
C.4.1	Apprenants en médecine	33
C.4.2	Personnel scientifique	33
C.4.3	Personnel médical honoraire.....	34
C.5.0	Nominations et délivrance de titres au personnel médical	34
C.5.1	Code de déontologie	34
C.5.2	Assurance et protection de responsabilité.....	34
C.5.3	Compétences.....	34
C.5.4	Nouvelles nominations – Délivrance de titres et octroi de privilèges.....	34
C.5.5	Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels.....	36
C.5.6	Processus – Renominations.....	36

C.5.7	Nominations conjointes.....	37
C.5.8	Refus, réduction ou suspension des privilèges.....	37
C.5.9	Privilèges temporaires.....	38
C.5.10	Absence autorisée.....	38
C.5.11	Restriction/suspension d'urgence.....	39
C.6.0	Discipline.....	39
C.7.0	Conduite passible de mesures disciplinaires.....	40
C.8.0	Plainte contre un membre du personnel médical.....	41
C.9.0	Processus alternatif de règlement des différends.....	41
C.10.0	Audience.....	43
C.11.0	Processus d'audience.....	43
C.12.0	Procédure à suivre lors des audiences.....	43
C.13.0	Processus d'examen du comité médical consultatif et du conseil d'administration.....	44
C.14.0	Notification.....	45
C.15.0	Prolongation du délai.....	46
C.16.0	Responsabilité en matière de consignation au dossier.....	46
C.17.0	Situations d'urgence.....	46
C.18.0	Organisation du personnel médical (OPM).....	46
C.5.12	Une seule organisation du personnel médical.....	46
C.5.13	Énoncé de l'objectif.....	47
C.5.14	Philosophie.....	47

SECTION A – GÉNÉRALITÉS

A.1.0 Définitions

Les présents règlements administratifs ont été élaborés de manière à être non sexistes. En conséquence, les formulations qui renvoient au genre telles que ils/leur/eux visent à la fois les hommes et les femmes.

Tous les termes employés dans ces règlements administratifs qui sont également employés dans la *Loi sur les régies régionales de la santé* et dans ses règlements ont la même signification que ceux retrouvés dans ladite loi et lesdits règlements.

Dans ces règlements administratifs, à moins que le contexte ne l'exige:

« agente principale des soins infirmiers » désigne l'agente principale des soins infirmiers de la régie régionale de la santé;

« audience » désigne l'opportunité pour un membre du personnel médical ou la RRS de présenter de la preuve dans un contexte tel que décrit à l'article C.12, contrairement au droit de se présenter, qui désigne une comparution personnelle seulement et qui peut être effectuée avec des observations écrites;

« chef de département médical » désigne le médecin nommé par le conseil pour gérer un département médical ou son délégué;

« chef des opérations » (CDO) désigne la personne responsable de la gestion des opérations et de la prestation des soins et services d'une zone;

« chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial » désigne un dentiste dont le nom est inscrit dans le registre des dentistes spécialistes et qui est titulaire d'un permis de spécialiste en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale délivré conformément à la *Loi dentaire du Nouveau Brunswick* de 1985 et s'entend également d'un dentiste militaire des Forces armées canadiennes en service dans la province, spécialiste en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale. Dans ces règlements on utilise chirurgien buccal et maxillo-facial;

« CMC » désigne le comité médical consultatif;

« CMCL » désigne le comité médical consultatif local;

« comité CMC » désigne un comité du comité médical consultatif qui relève du CMC;

« conseil » désigne le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé A (Réseau de santé Vitalité) nommé conformément aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé* et de ses règlements;

« CPC » désigne le comité professionnel consultatif;

« dentiste » désigne une personne qui a légalement le droit de pratiquer l'art dentaire dans la province et s'entend également d'un dentiste militaire des Forces canadiennes en service dans la province;

« département », sauf indication contraire, désigne un département médical;

« Directeur médical » désigne le directeur médical d'une zone de la RRS;

« doyen » désigne le doyen nommé par le programme de formation médicale de l'université affiliée;

« établissement » désigne tout édifice ou locaux dans lesquels ou à partir desquels des services de santé sont fournis;

« établissement hospitalier » désigne tout hôpital exploité par la régie régionale de la santé qui offre des soins à des patients hospitalisés;

« FMC » désigne la formation médicale continue;

« médecin » désigne une personne qui a légalement le droit de pratiquer la médecine dans la province et s'entend également d'un médecin militaire des Forces canadiennes en service dans la province;

« médecin-chef » désigne le médecin nommé par le conseil comme médecin-chef de la régie régionale de la santé en vertu de l'article B.13 de ces règlements administratifs;

« médecin-chef local » désigne le médecin nommé par le médecin-chef, comme médecin-chef local en vertu de l'article B.13.5 b) de ces règlements administratifs;

« membre du conseil » désigne un membre du conseil d'administration de la RRS nommé conformément aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé et de ses règlements*;

« ministre » désigne le ministre de la Santé;

« personnel médical » désigne les médecins, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et les dentistes nommés par le conseil d'administration au sein du personnel médical d'une régie régionale de la santé et auxquels le conseil accorde des privilèges;

« personnel professionnel » désigne les professionnels de la santé qui sont auto réglementés conformément à une loi d'intérêt privé de l'Assemblée législative, qui sont employés par la régie régionale de la santé, qui sont sous contrat avec cette dernière ou qui ont des privilèges pour exercer leur profession dans la régie de la santé, ainsi que le personnel médical;

« PPC » désigne le perfectionnement professionnel continu;

« président- directeur général (PDG) » désigne la personne nommée directeur général conformément

aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé* et en vertu de l'article B.12 de ces règlements administratifs ou son délégué;

« privilèges » désigne les permissions accordées par le conseil à un membre ou à un membre potentiel du personnel médical pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques et thérapeutiques de la régie régionale de la santé;

« région de la santé » désigne une région de la santé établie conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*;

« règles des règlements administratifs » désigne les règles régissant la conduite de la régie régionale de la santé telles qu'elles sont adoptées de temps à autre par le conseil en vertu de ces règlements administratifs;

« règles d'un département » désigne les règles régissant la conduite d'un département médical telles qu'elles sont adoptées de temps à autre par le CMC;

« représentant du comité médical consultatif local » désigne un médecin nommé pour jouer le rôle de représentant local en vertu des règles de ces règlements administratifs;

« RRS » désigne une régie régionale de la santé tel que décrit dans la *Loi sur les régies régionales de la santé*;

« structure de l'organisation du personnel médical » désigne la structure administrative gérée par le personnel médical et régissant les activités de ce dernier tel qu'il est mentionné dans les règles de ces règlements administratifs;

« zone » désigne les régions géographiques au sein de la régie régionale de la santé qui sont composées d'un hôpital ou d'un groupe d'hôpitaux ou d'autres types d'établissements ou de programmes.

A.2.0 Règlements administratifs, accès public

Un exemplaire des règlements administratifs de la RRS doit être mis à la disposition du public dans les deux langues officielles, pendant les heures normales de bureau.

A.3.0 Modification aux règlements administratifs

Avant d'être transmis au Ministre pour approbation, un avis de motion visant à créer un nouveau règlement administratif ou à modifier ces règlements administratifs doit être donné dans l'avis de convocation à la réunion du conseil pendant laquelle sera présenté le règlement administratif ou la modification. Cet avis de motion doit être distribué au moins quatorze (14) jours avant la réunion au cours de laquelle il sera abordé.

A.4.0 Confidentialité

A.4.0.1 Chaque membre du conseil d'administration, cadre supérieur, employé, membre du personnel médical, personnel non employé de la RRS ou agent doivent respecter et se conformer à tous les statuts, à toutes les lois et à tous les règlements pertinents ainsi qu'aux politiques et procédures de la RRS concernant la confidentialité et la vie privée.

A.4.1 Information confidentielle et documents

Tous les renseignements et tous les documents fournis aux membres du conseil d'administration, aux cadres supérieurs, aux employés, aux membres du personnel médical, au personnel non employé et aux agents de la RRS ou obtenus par ces derniers, y compris et sans restreindre la portée générale de ce qui précède, tous les renseignements relatifs aux patients, toutes les questions relatives au personnel, tous les dossiers du personnel médical et tous les documents et les renseignements de nature confidentielle sont réputés être et doivent demeurer confidentiels. Tous les renseignements et documents utilisés lors des sessions privées du conseil sont également réputés être confidentiels et doivent demeurer confidentiels. Les renseignements ou les documents qui ont été évoqués ou présentés lors d'une séance publique du conseil ou qui ont été publiés d'une autre manière par le conseil ne sont plus réputés être confidentiels.

A.4.2 Manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité

Tout soupçon de manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité fera l'objet d'une enquête conformément aux politiques de la RRS A (Réseau de santé Vitalité) sur la protection de la vie privée et la confidentialité. Le PDG doit aviser le Ministre de toute infraction à cette confidentialité par un cadre supérieur, employé, membre du personnel médical, personnel non-employé ou agent de la RRS et le président du conseil doit aviser le Ministre de toute infraction à cette confidentialité par un membre du conseil.

A.5.0 Dossiers

La RRS doit tenir à jour tous les dossiers médicaux, administratifs et financiers qui peuvent être nécessaires de temps à autre en vertu de la loi applicable ou qui peuvent être exigés par le ministre, ou qui représentent des exigences en vertu de la *Loi hospitalière* ou de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

A.6.0 Divisibilité

Si l'une des dispositions des présents règlements administratifs devait, pour quelque raison que ce soit, être déclarée invalide, illégale ou non exécutoire par un tribunal compétent, cette invalidité, illégalité ou non-applicabilité n'aura aucune incidence sur toute autre disposition ci-contre, et les présents règlements administratifs devront être interprétés comme si une telle disposition invalide, illégale ou non exécutoire n'avait jamais fait partie de la présente.

A.7.0 Valeur juridique

Un règlement administratif ou amendement adopté lors d'une réunion du conseil dûment constitué est inopérant jusqu'à ce qu'il soit approuvé par le Ministre, conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

SECTION B – ADMINISTRATION

B.1.0 Conseil d'administration

Les activités et les affaires internes d'une régie régionale de la santé sont dirigées et gérées par un conseil formé de quinze membres ayant droit de vote dont sept que nomme le ministre et huit membres élus et de trois membres sans droit de vote: le PDG, le président du CMC et le président du CPC.

B.2.0 Membres – Admissibilité, service maximum

- B.2.0.1** La personne nommée ou élue au conseil ne doit pas être, à l'exception du PDG, du président du CPC et du président du CMC, l'employé d'une RRS, une personne qui jouit de privilèges au sein d'une RRS, l'employé du ministère de la Santé, le membre élu de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, de la Chambre des Communes du Canada ou du Sénat, le dirigeant, l'administrateur ou l'employé d'Ambulance Nouveau-Brunswick Inc., l'employé, le directeur-général ou le membre du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, le dirigeant, l'administrateur ou l'employé de FacilicorpNB Ltée., un juge à la Cour d'appel, à la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick ou à la Cour provinciale ou la personne qui n'a pas le droit de voter conformément aux règlements sous la *Loi sur les régies régionales de la santé*.
- B.2.0.2** La personne qui est élue membre d'un conseil accepte sa fonction en souscrivant le serment d'entrée en fonction au moyen de la formule que lui fournit le Ministre à la première réunion du conseil qui suit le jour de l'élection et demeure en fonction jusqu'à ce que son successeur souscrive ce serment.
- B.2.0.3** Un membre du conseil accepte par écrit toute déclaration d'objectifs généraux que le conseil approuve et remplit ses fonctions conformément à l'esprit et à l'objet de cette déclaration.
- B.2.0.4** Chaque membre d'un conseil, avant d'entrer en fonction, doit accepter par écrit de préserver la philosophie, les valeurs et la déclaration d'objectifs généraux associées à la prestation de services hospitaliers dans un établissement hospitalier appartenant intégralement ou partiellement à un ordre religieux.
- B.2.0.5** Un membre nommé en vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé* occupe son poste au gré du Ministre pour un mandat renouvelable de quatre ans.

B.3.0 Conseil d'administration – Vacance

Un poste vacant devra être pourvu de la même façon que le poste qu'il remplace au conseil. Dans le cas où aucun candidat n'a posé sa candidature ou si le candidat élu se désiste ou décède avant d'entrer en fonction, le Ministre nommera un membre pour combler le poste.

B.4.0 Réunions – Procédures, avis, quorum, accès public

- B.4.0.1** Chaque membre du conseil doit assister de façon assidue aux réunions du conseil.
- B.4.0.2** Le président doit définir les règles de toutes les réunions, sous réserve des présents règlements administratifs et de la *Loi sur les régies régionales de la santé* ou de ses règlements.
- B.4.0.3** Les questions soulevées lors des réunions du conseil et des comités doivent être décidées par voix majoritaire des membres présents ayant droit de vote. Le président ne doit pas voter sauf en cas d'égalité des voix, où il doit trancher. Tous les votes doivent être émis au scrutin si un membre présent en fait la demande, mais dans le cas contraire le vote doit être effectué de la manière habituelle, par approbation ou désapprobation.
- B.4.0.4** Un avis concernant les réunions du conseil et des comités doit être donné dans un délai raisonnable aux moments et de la façon déterminés par le conseil ou les comités de temps à autre.
- B.4.0.5** Pour toute réunion du conseil ou des comités permanents ou spéciaux du conseil, le quorum doit être constitué d'une majorité des membres du conseil ou du comité ayant droit de vote.
- B.4.0.6** Toutes les réunions du conseil doivent être ouvertes au public. Une réunion ou une partie de réunion peut être tenue à huis clos si le conseil pense que la discussion pourrait révéler:
- (a) des renseignements spécifiques sur un particulier identifiable;
 - (b) des renseignements sur les questions de la gestion des risques ou aux soins des patients;
 - (c) porter préjudice aux mesures de sécurité mises en place par la RRS ; ou
 - (d) compromettre l'efficacité avec laquelle la RRS exerce ses fonctions et ses responsabilités.

B.4.1 Services de traduction

La RRS doit s'assurer que des services de traduction simultanée dans les deux langues officielles sont fournis au public qui assiste à une réunion du conseil ouverte au public ou à toute réunion tenue par la RRS qui est ouverte au public.

B.5.0 Procès-verbaux

Les procès-verbaux de toutes les réunions du conseil et des comités doivent être conservés et tous ces procès-verbaux doivent être distribués à tous les membres du conseil ou des comités à la suite de ces réunions. Lorsqu'un conseil tient une réunion, ou une partie d'une réunion, à huis clos, il doit s'assurer que le procès-verbal de la réunion indique la nature du sujet qui doit être discuté à huis clos et les raisons pour lesquelles le conseil estime qu'il est nécessaire de tenir la réunion, ou la partie de réunion, à huis clos. Un conseil doit envoyer la copie du procès-verbal adopté de chaque réunion au Ministre dans les sept (7) jours qui suivent la réunion à laquelle le procès-verbal a été adopté et doit lui fournir le procès-verbal de toute réunion, ou partie de réunion, tenue à huis clos.

B.5.1 Procès-verbaux, accès public

Le conseil doit s'assurer que le procès-verbal adopté, autre que le procès-verbal d'une réunion, ou d'une partie de réunion, tenue à huis clos pour des motifs valables est mis à la disposition du public dans les deux langues officielles pendant les heures normales de bureau.

B.6.0 Réunions du conseil

B.6.0.1 Le conseil doit tenir des réunions ordinaires au moins quatre (4) fois par année financière à une date, à une heure et à un endroit au Nouveau-Brunswick qui seront établis par le conseil. Entre les réunions du conseil, le conseil peut déléguer au comité exécutif les pouvoirs nécessaires à l'exploitation de la RRS et les fonctions essentielles qui ne peuvent être reportées jusqu'à la prochaine rencontre du conseil.

B.6.0.2 Un membre du conseil de la RRS peut participer à une réunion du conseil ou d'un comité du conseil par téléphone ou par d'autres moyens de communication permettant à toutes les personnes qui participent à la réunion de s'entendre et si tous les membres présents du conseil ou du comité y consentent. Un administrateur qui participe à une réunion par ces moyens est réputé être présent à la réunion.

B.6.1 Réunions spéciales du conseil

Les réunions spéciales du conseil doivent être convoquées par le secrétaire à la demande du président ou, en son absence, du vice-président, ou à la demande écrite de trois (3) membres (dont la demande doit contenir les détails du sujet à aborder).

B.6.2 Assemblées annuelles du conseil

La RRS doit tenir une assemblée annuelle ouverte au public. Cette assemblée annuelle doit être tenue au cours du mois de juin de chaque année à une date, à une heure et à un endroit établie par le conseil.

B.6.3 Ordre du jour de l'assemblée annuelle

Les activités menées lors de l'assemblée annuelle doivent inclure:

- (a) adoption du procès-verbal de l'assemblée annuelle précédente;
- (b) présentation du rapport annuel de la RRS;
- (c) rapport du président du conseil;
- (d) rapport du PDG;
- (e) rapport du président du comité médical consultatif;
- (f) rapport du président du comité professionnel consultatif;

- (g) rapport du trésorier;
- (h) rapport des vérificateurs;
- (i) rapport du comité de gouvernance et de mise en candidature;
- (j) élection des dirigeants;
- (k) nomination des présidents des comités permanents;
- (l) nomination des membres des comités permanents;
- (m) nomination des vérificateurs.

B.7.0 Dirigeants du conseil

B.7.0.1 Les dirigeants du conseil doivent être le président, le vice-président, le trésorier et le secrétaire ainsi que d'autres dirigeants si telle est la volonté du conseil.

B.7.0.2 Le président doit être nommé par le Ministre parmi les membres du conseil ayant droit de vote. Le conseil doit élire le vice-président et le trésorier, parmi les autres membres ayant droit de vote, à l'assemblée annuelle du conseil. Le secrétaire doit être le PDG.

B.7.1 Fonctions du président

Le président doit:

- (a) présider toutes les réunions du conseil;
- (b) être président du comité exécutif;
- (c) être un membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du conseil;
- (d) faire un compte rendu des activités de la RRS à chaque assemblée annuelle;
- (e) remplir d'autres fonctions déterminées par le conseil.

B.7.2 Fonctions du vice-président

Le vice-président doit avoir tous les pouvoirs et remplir toutes les fonctions du président en cas d'absence ou d'incapacité de ce dernier ainsi que d'autres fonctions définies de temps à autre par le conseil.

B.7.3 Fonctions du trésorier

Le trésorier doit:

- (a) assurer la garde et le contrôle de tous les dossiers de titres, de fonds et financiers;
- (b) soumettre un rapport financier au conseil lors de chaque réunion ordinaire et un rapport

annuel lors de l'assemblée annuelle du conseil;

(c) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.7.4 Fonctions du secrétaire

Le secrétaire doit:

(a) veiller à ce qu'un procès-verbal soit consigné pour chaque réunion;

(b) veiller à ce que la correspondance du conseil soit traitée;

(c) veiller à ce que tous les rapports requis en vertu des lois et des règlements du Nouveau-Brunswick soient préparés;

(d) être le gardien de tous les registres de procès-verbaux, documents et registres de la RRS;

(e) être le gardien du sceau de la RRS;

(f) veiller à ce que les avis de réunion du conseil et des comités du conseil soient envoyés aux membres;

(g) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.8.0 Comités permanents du conseil

Sauf indication contraire des présents règlements administratifs, les présidents et les membres des comités permanents du conseil doivent être nommés par le conseil lors de l'assemblée annuelle ou à tout autre moment autorisé par le conseil.

Les comités suivants doivent être les comités permanents du conseil:

(a) comité exécutif;

(b) comité des finances et de vérification;

(c) comité de gouvernance et de mise en candidature;

(d) comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients;

(e) comité stratégique de la recherche et de la formation

B.8.1 Comité exécutif

Le comité exécutif doit être composé du président, du vice-président, du trésorier, du secrétaire et de trois (3) autres membres du conseil ayant droit de vote. Le comité exécutif doit avoir le pouvoir de régler toutes les activités habituelles pendant la période séparant les réunions ordinaires du conseil, sous réserve des limites énoncées dans ces règlements administratifs ou sauf indication contraire du conseil. Le comité doit signaler toutes ces activités au conseil lors de sa prochaine réunion et accomplir d'autres fonctions conformément aux directives du conseil.

Le président du conseil doit être le président du comité exécutif.

B.8.2 Comité des finances et de vérification

Le comité des finances et de vérification doit être constitué de quatre (4) membres du conseil ayant droit de vote, y compris du trésorier qui doit être le président. Le comité des finances doit:

- (a) recommander l'adoption du budget annuel et surveiller les résultats opérationnels de manière continue;
- (b) recommander au conseil l'adoption de mesures découlant du rapport de vérification annuel de la RRS;
- (c) informer et orienter le conseil en matière de finances;
- (d) orienter le conseil sur l'investissement de fonds pour lequel il a une responsabilité fiduciaire;
- (e) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.8.3 Comité de gouvernance et de mise en candidature

B.8.3.1 Le comité de gouvernance et de mise en candidature doit être constitué d'au moins trois (3) membres du conseil ayant droit de vote, dont un en sera le président. Le conseil nomme le président du comité. Le comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable:

- (a) d'orienter le conseil sur les questions relatives à la structure et aux processus de gouvernance du conseil, à l'évaluation de l'efficacité du conseil, à la formation et à l'évaluation des membres du conseil;
- (b) de recruter et de nommer des dirigeants et des présidents des comités du conseil;
- (c) de soumettre, lors de la réunion annuelle du conseil des nominations pour les postes de vice-président et de trésorier, pour les membres de tous les comités du conseil, sauf mention contraire dans les règlements administratifs, ainsi que des nominations pour des postes au sein du CPC et du CMC, y compris des nominations pour les remplacements de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat;
- (d) de s'acquitter d'autres fonctions que le conseil pourrait lui confier.

B.8.4 Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients

B.8.4.1 Le comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients doit être constitué d'au moins trois (3) membres ayant droit de vote, dont un en sera le président. Les présidents (es) du Comité médical consultatif régional et Comité professionnel consultatif sont membres permanents avec droits de vote. Le comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients est responsable:

- (a) de surveiller et rendre compte au conseil sur les enjeux de sécurité et de qualité et sur la qualité générale des services offerts au sein du réseau, relativement aux données utiles dont :
 - indicateurs de rendement et d'amélioration de la performance utilisés pour mesurer la qualité des soins et des services et la sécurité des patients ;

- rapports reçus du Comité médical consultatif, du Comité professionnel consultatif, du Comité de gestion de la qualité de la régie régionale de la santé et du Comité consultatif des patients et familles faisant état de problèmes systémiques ou récurrents quant à la qualité ou aux soins et contenant des recommandations;

- indicateurs sur la sécurité des patients, la prévention et le contrôle des infections, etc. du domaine public;

- rapports sur les incidents critiques et événements sentinelles, etc. ;

(b) d'examiner et formuler des recommandations au conseil sur les initiatives et les politiques d'amélioration de la qualité;

(c) de veiller à ce que l'information relative aux pratiques exemplaires qui s'appuient sur les études scientifiques disponibles est transposée sur du matériel mis à la disposition des employés, des membres du personnel professionnel et des personnes qui dispensent des services dans les établissements de la régie régionale de la santé, et en surveiller l'utilisation qu'ils en font;

(d) d'encadrer la préparation du plan annuel d'amélioration de la qualité de la régie régionale de la santé; et

(e) de s'acquitter d'autres responsabilités pouvant découler de règlements ou de normes ou qui lui sont attribuées par le Conseil, etc.

B.8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation (s'applique au Réseau de santé Vitalité seulement)

B.8.5.1

Le comité stratégique de la recherche et de la formation doit être constitué d'au moins quatre (4) membres du Conseil d'administration nommés par le Conseil, dont l'un assume la présidence du comité. Le doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke/Directeur du Centre de formation médicale du N.-B., est membre d'office sans droit de vote. Le comité stratégique de la recherche et de la formation est responsable :

a) d'exercer les fonctions de gouvernance reliées au secteur de la formation et de la recherche afin d'assurer la réalisation des engagements du Réseau en cette matière, c'est-à-dire promouvoir et développer la recherche et fournir aux étudiants un encadrement et un environnement propice à la formation;

b) de favoriser la synergie entre la mission universitaire et la mission de soins et de service en santé du Réseau;

c) d'assurer que les priorités et les actions retenues en matière de formation et de recherche sont conformes aux orientations stratégiques priorisées par le Réseau;

d) de faire rapport au Conseil d'administration sur les grandes orientations, les priorités et les initiatives stratégiques en matière de formation et de recherche;

e) d'examiner les résultats des activités de formation et de recherche en s'assurant que les objectifs stratégiques fixés en cette matière sont atteints et en évaluer l'impact sur la qualité des soins et services du Réseau;

f) d'évaluer et soutenir les stratégies visant à assurer la pérennité financière de la mission universitaire;

g) de présenter au Conseil des recommandations sur toute matière ayant une incidence sur le développement et l'innovation en formation et en recherche (opportunités de concertation entre les intervenants hospitaliers, universitaires, gouvernementaux et du secteur privé pour du financement ou le développement d'infrastructure de recherche, relation avec les différents établissements d'enseignement, contrats d'affiliation interinstitutionnels, etc.).

B.9.0 Comités spéciaux du conseil

Le conseil peut mettre en place des comités spéciaux et nommer les membres et le président de ces comités pour faire face aux situations qui peuvent survenir de temps à autre et qui seraient mieux gérées par de tels comités. Le comité exécutif peut également nommer des comités spéciaux sous réserve d'une ratification par le conseil lors de sa prochaine réunion.

B.10.0 Conflit d'intérêts

B.10.0.1 Il est interdit à tout membre de voter sur une question ou de parler d'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; un parent, un conjoint, un frère, une sœur ou un enfant du membre a un intérêt dans la question;
- (c) Le membre est un dirigeant, un employé ou un agent d'une corporation ou d'une association non constituée en corporation, ou autre association de personnes qui a un intérêt dans la question.

B.10.0.2 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. Un membre divulgue tout conflit d'intérêts à la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est étudiée, ou si le membre ne se trouve pas en conflit d'intérêts au moment où la question est étudiée pour la première fois, il déclare le conflit à la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.

B.10.0.3 Tout membre ayant déclaré un conflit d'intérêts ou un intérêt concernant un contrat ou une transaction proposée ou tout autre intérêt financier relatif à la RRS ou autre et qui est abordé doit s'absenter pendant la discussion et le vote sur la question, et cette absence sera consignée dans le procès-verbal.

B.11.0 Comités consultatifs

Le conseil constitue un comité professionnel consultatif et un comité médical consultatif conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et définit le mandat pour d'autres comités, si cela est jugé nécessaire pour la bonne gouvernance de la RRS.

B.11.1 Comité professionnel consultatif

B.11.1.1 Le comité professionnel consultatif (CPC) doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote (excluant les membres d'office) nommés par le conseil, qui doivent être des membres du personnel professionnel de la RRS.

B.11.1.2 Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Les membres du CPC ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent, par la suite, être renommés après une absence de trois ans du CPC.

B.11.1.3 Le comité professionnel consultatif doit:

- (a) se réunir au moins quatre (4) fois par an ainsi qu'à la demande du président et doit tenir à jour un dossier permanent de ses travaux et de ses mesures;
- (b) pouvoir convoquer, à la demande du président ou par écrit par trois (3) membres (dont la demande doit contenir les détails du sujet à aborder), des réunions spéciales à tout moment;
- (c) orienter le conseil sur les questions de santé et de soins cliniques;
- (d) orienter le conseil sur les critères d'admission et de congé des patients;
- (e) orienter le conseil sur les recommandations découlant des problèmes liés à l'assurance de la qualité et à la gestion des risques;
- (f) orienter le conseil sur les services offerts par la RRS et les options multidisciplinaires pour la prestation de services;
- (g) orienter le conseil sur les normes de services et la pertinence du placement du patient;
- (h) surveiller les normes d'agrément;
- (i) assurer la délivrance annuelle des titres à tous les professionnels de la santé réglementés autres que les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux-dentaires et maxillo-faciaux;
- (j) lorsque nécessaire, peut établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions;
- (k) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.11.2 Composition du comité professionnel consultatif

- (a) La composition représente les disciplines de la santé dans la RRS et les régions géographiques qui permettront au comité d'accomplir son mandat. Le comité sera composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote parmi lesquels figureront au moins cinq (5) membres de différentes professions de la santé qui sont auto réglementées conformément à une loi d'intérêt privé et au moins un (1) membre qui exerce habituellement dans chacun des domaines suivants: services hospitaliers, services extra-muraux, services communautaires de santé mentale et santé publique, services de soins primaires et services de traitement des dépendances.
- (b) Le conseil nomme le président sur recommandation du CPC et du PDG. Le président du CMC et le PDG sont des membres d'office sans droit de vote du CPC. Le PDG doit assister à chaque réunion du comité professionnel consultatif.

B.11.3 Comité médical consultatif

B.11.3.1 Le comité médical consultatif (CMC) doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote (excluant les membres d'office) nommés par le conseil, qui doivent être des membres du personnel médical. Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Les membres du CMC ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent, par la suite, être renommés après une absence de trois ans du CMC.

B.11.3.2 Le comité médical consultatif doit:

- (a) se réunir au moins quatre (4) fois par an ainsi qu'à la demande du président et tenir à jour un dossier permanent de ses travaux et de ses mesures;
- (b) pouvoir convoquer, à la demande du président du CMC, des réunions spéciales à tout moment;
- (c) conseiller le conseil sur les nominations du personnel médical et sur les privilèges des membres du personnel médical;
- (d) faire des recherches, à la demande du conseil, sur des questions exigeant de l'expertise médicale et rendre compte au conseil;
- (e) prendre les dispositions appropriées pour la supervision de tous les départements médicaux, les services des adjoints aux médecins, les services dentaires et les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale fournis par la RRS;
- (f) coordonner les activités et les politiques générales des divers départements;
- (g) recevoir les rapports de tous les comités du personnel médical et de tous les départements et agir conformément à ces rapports;

- (h) conseiller le PDG et le conseil sur les questions concernant les normes relatives à l'exercice de la médecine au sein de la RRS et superviser l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la RRS;
- (i) mettre en œuvre les politiques approuvées du conseil en ce qui concerne l'exercice de la médecine, dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la RRS;
- (j) conseiller le conseil sur les questions de qualité des soins médicaux et de sécurité;
- (k) prendre toutes les mesures raisonnables pour garantir une conduite professionnelle éthique de la part de tous les membres du personnel médical;
- (l) aider le conseil et le PDG à respecter les normes requises par les programmes d'agrément;
- (m) écouter les griefs et les différends entre les membres du personnel médical et agir en tant que médiateur entre les parties concernées, sauf dans les cas qui traitent de compétence professionnelle, mauvaise conduite, négligence, discipline, ou à tout autre cas prévu à l'article C.7;
- (n) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux programmes d'agrément;
- (o) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux plaintes et à la discipline;
- (p) aviser le personnel médical des activités du CMC de façon régulière;
- (q) lorsque nécessaire, établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions;
- (r) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.11.4 Composition du comité médical consultatif

- (a) L'adhésion doit être représentative de la structure de gestion clinique et refléter les régions géographiques et les domaines spécialisés qui permettront au comité d'accomplir son mandat et de refléter la composition indiquée dans les règles des règlements administratifs.
- (b) Le conseil doit appointer le médecin-chef comme président du comité. De plus, le président du CPC et le PDG seront des membres d'office sans droit de vote du CMC. Un médecin-hygiéniste, nommé par le médecin-hygiéniste en chef et un représentant de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, doit également être un membre d'office sans droit de vote du CMC. Le PDG doit assister à toutes les réunions du CMC.

B.11.5 Comité médical consultatif local

- (a) Le conseil peut, après avoir consulté le CMC, créer ou supprimer un comité médical consultatif local (CMCL) dans chaque zone. Le CMCL doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote qui doivent être membres du personnel médical des zones pour lesquelles le CMCL est créé. Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Les membres du CMCL ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent, par la suite, être renommés après une absence de trois (3) ans du CMCL, sauf disposition contraire du conseil.
- (b) Le médecin-chef local sera le président du comité. De plus, le PDG, le directeur médical de la zone, le Chef des opérations local et un représentant des soins infirmiers, recommandé par le PDG, seront des membres d'office sans droit de vote du CMCL.
- (c) Le CMCL doit s'acquitter de toutes les tâches assignées par le conseil ou le CMC.

B.11.6 Comité d'examen des titres et autres comités locaux

Le CMCL doit créer un comité d'examen des titres et tout autre comité prévu dans les règles des règlements administratifs. La composition et le mandat desdits comités doivent être précisés dans les règles des règlements administratifs.

B.12.0 Président- directeur général (PDG)

- B.12.0.1** Le Ministre nomme un directeur général, lequel occupe son poste au gré du Ministre et rend compte au conseil de la gestion générale et de la conduite des affaires internes de la régie régionale de la santé dans le cadre des règlements administratifs, des règles des règlements administratifs, des politiques et des directives du conseil. Dans ces règlements administratifs, Président-Directeur Général (PDG) renvoie au directeur général ou à son délégué.

B.12.1 Fonctions du PDG

Sans restreindre le caractère général de ce qui précède et sauf disposition contraire des présents règlements administratifs ou de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, de la *Loi hospitalière*, de la *Loi sur les services hospitaliers* ou de toute autre loi ou tout autre règlement découlant de ces lois, le PDG doit notamment, dans le cadre de ses fonctions:

- (a) être responsable de la gestion de la RRS;
- (b) être responsable de la sélection, de l'embauche, du contrôle, du perfectionnement, de l'orientation et du renvoi de tous les employés;
- (c) assister à toutes les réunions du conseil et des comités du conseil à moins d'en être exempté par le conseil;

- (d) être un membre d'office sans droit de vote de tous les comités de la RRS, y compris tous les comités ou sous-comités du conseil;
- (e) être responsable de prendre les mesures nécessaires pour répondre aux exigences du plan de santé et d'affaires approuvé de la RRS, de la *Loi sur les régions régionales de la santé*, de la *Loi hospitalière* et des règlements découlant de ces lois, d'appliquer les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les politiques du conseil et de veiller à ce que le personnel de la RRS respecte toutes les lois applicables à la RRS;
- (f) nommer un délégué à sa discrétion.

B.13.0 Médecin-chef

B.13.1 Compétences du médecin-chef

Le médecin-chef doit être un médecin praticien qui est membre en règle du personnel médical actif de la RRS et qui exerce activement la médecine.

B.13.2 Poste rémunéré à temps partiel

Le poste de médecin-chef est un poste rémunéré et peut être à temps partiel. Le conseil doit de temps à autre établir le temps minimal que le médecin-chef doit consacrer à ce poste et le montant de la rémunération qu'il doit offrir pour ses services.

Sauf autorisation contraire explicite dans les règlements administratifs ou dans les règles des règlements administratifs ou sauf autorisation contraire du PDG, le médecin-chef n'occupera aucun autre poste majeur ni aucun poste au sein du personnel médical ou de toute autre organisation qui pourrait entrer en conflit avec ses fonctions de médecin-chef ou y nuire.

B.13.3 Processus de sélection

Le médecin-chef sera nommé par le conseil après avoir reçu et pris en considération les recommandations d'un comité de recherche formé des personnes suivantes, à savoir:

- (a) un directeur médical nommé par le PDG;
- (b) le PDG;
- (c) un représentant de l'organisation du personnel médical;
- (d) l'agente principale des soins infirmiers ou un autre membre des cadres supérieurs;
- (e) deux (2) représentants du CMC nommés par ce dernier;
- (f) le doyen de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke ou son délégué.

À leur première réunion, le comité choisira un président parmi ses membres.

B.13.4 Durée du mandat

Le médecin-chef doit être nommé pour un mandat de cinq (5) ans et doit être admissible pour un autre mandat ne devant pas dépasser cinq (5) ans. La nomination du médecin-chef est soumise à un examen annuel et à la confirmation du conseil.

B.13.5 Responsabilités du médecin-chef

Le médecin-chef est responsable devant le conseil de la qualité des soins prodigués par le personnel médical dans tous les établissements de la RRS. Il travaille avec le PDG et relève directement du conseil et il doit assister régulièrement aux réunions du conseil. Les fonctions du médecin-chef peuvent être déléguées au président d'un CMCL ou à un chef de département au besoin afin d'assurer une prise en charge en temps opportun. Les responsabilités du médecin-chef sont les suivantes:

- (a) dans les limites permises par les ressources de la RRS, veiller à ce que le personnel médical maintienne un niveau élevé de soins aux patients dans tous les établissements conformément à la loi et à leurs règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles des départements, aux normes de délivrance des permis et d'agrément ainsi qu'aux normes des facultés de médecine affiliées;
- (b) après consultation auprès des membres locaux du personnel médical, nommer le médecin-chef local pour chacun des CMCL de la RRS comme il est décrit dans les règles de ces règlements administratifs;
- (c) travailler par l'intermédiaire des chefs de département et en collaboration avec ces derniers, et superviser les soins dispensés par le personnel médical à tous les patients de la RRS;
- (d) avoir l'autorité lorsque nécessaire ou approprié de retirer la responsabilité à un membre les soins d'un patient qui, selon le médecin-chef, ne reçoit pas les soins appropriés, et l'attribuer à un autre membre du personnel médical;
- (e) recevoir tous les rapports du personnel médical ou de l'administration concernant des situations qui pourraient avoir un effet défavorable sur les soins aux patients dans un établissement et y réagir par l'entremise de canaux appropriés;
- (f) exercer un pouvoir de supervision et un pouvoir disciplinaire sur les membres du personnel médical en ce qui concerne les soins aux patients;
- (g) entreprendre les fonctions prévues dans ces règlements administratifs concernant les plaintes déposées à l'encontre des membres du personnel médical;
- (h) faire en sorte que chaque nouveau membre du personnel médical le rencontre ou rencontre son chef de département afin de veiller à ce qu'il possède les connaissances nécessaires des lois et des règlements pertinents en ce qui concerne les soins aux patients;

- (e) recevoir tous les rapports du personnel médical ou de l'administration concernant des situations qui pourraient avoir un effet défavorable sur les soins aux patients dans un établissement et y réagir par l'entremise de canaux appropriés;
- (f) exercer un pouvoir de supervision et un pouvoir disciplinaire sur les membres du personnel médical en ce qui concerne les soins aux patients;
- (g) entreprendre les fonctions prévues dans ces règlements administratifs concernant les plaintes déposées à l'encontre des membres du personnel médical;
- (h) faire en sorte que chaque nouveau membre du personnel médical le rencontre ou rencontre son chef de département afin de veiller à ce qu'il possède les connaissances nécessaires des lois et des règlements pertinents en ce qui concerne les soins aux patients;
- (i) veiller, par l'entremise des chefs de département, à ce que le personnel médical soit tenu informé des changements aux politiques, aux objectifs et aux règlements de la RRS relatifs aux soins des patients;
- (j) conjointement avec les CMCL et le CMC, veiller à ce que tous les membres du personnel médical participent aux séances de formation médicale continue et de perfectionnement professionnel continu;
- (k) documenter et tenter de résoudre les questions importantes concernant des membres individuels du personnel médical, en collaboration avec le directeur médical de la zone;
- (l) promouvoir et maintenir une organisation clinique efficace et efficiente du personnel médical;
- (m) promouvoir et maintenir une communication productive et coopérative entre le personnel médical, l'administration et le conseil;
- (n) aider l'administration à établir une planification à court terme et à long terme;
- (o) être président du comité médical consultatif;
- (p) être un membre d'office du comité professionnel consultatif;
- (q) être un membre d'office de tous les sous-comités du comité médical consultatif, de tous les CMCL et de leurs sous-comités respectifs;
- (r) être membre du comité des ressources médicales et aider les directeurs médicaux à planifier et à gérer les exigences en matière de ressources médicales des divers départements;
- (s) veiller, en collaboration avec les directeurs médicaux, à ce qu'un examen annuel de la performance clinique des chefs de département soit mené et formuler des

recommandations sur la renomination des chefs de département au personnel médical;

- (t) assumer des fonctions et des responsabilités autres, pouvant parfois lui être attribuées par le PDG ou étant établies dans les règles.

B.13.6 Médecin-chef intérimaire

Avec l'approbation du PDG, le médecin-chef doit désigner un membre du CMC pour le remplacer et agir en son nom en son absence.

B.14.0 Politiques du conseil

Le conseil doit veiller à ce que soient établies des politiques conformes à la *Loi sur les régies régionales de la santé*, à la *Loi sur les services hospitaliers*, à la *Loi hospitalière* et aux règlements découlant de ces lois en ce qui concerne l'admission et les soins des patients, ainsi que d'autres politiques et procédures nécessaires pour l'exploitation efficace de la RRS. Les politiques approuvées par le conseil sont des politiques du conseil et elles ne peuvent être modifiées qu'avec l'approbation du conseil.

B.15.0 Plan régional de santé et d'affaires

La RRS doit préparer et soumettre au Ministre un projet de plan régional de santé et d'affaires tenant compte du plan provincial de la santé, comme le prévoit la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

B.16.0 Rapport annuel au ministre

La RRS doit soumettre au Ministre un rapport annuel incluant les états financiers vérifiés et le rapport du vérificateur sur les états financiers avant le 30 juin, chaque année, pour l'exercice précédent. Le rapport annuel doit contenir:

- (a) des rapports sur les activités de la RRS et sur le rendement de cette dernière relativement aux objectifs de rendement fixés par le ministre;
- (b) un sommaire des états financiers vérifiés de la RRS;
- (c) un sommaire des revenus prévus au budget et effectifs de la RRS ainsi que ses dépenses prévues et effectives;
- (d) un rapport sur les salaires payés aux cadres supérieurs de la RRS;
- (e) tout autre renseignement prescrit par la *Loi sur les régies régionales de la santé*, la *Loi hospitalière*, la *Loi sur les services hospitaliers* ou toute autre loi ou tout autre règlement découlant de ces lois.

B.17.0 Année financière

L'année financière de la RRS commence chaque année le 1er avril et se termine le 31 mars de l'année suivante.

B.18.0 Opérations bancaires

Le conseil doit désigner de temps à autre des banques à charte, des sociétés de fiducie ou des coopératives de crédit dans lesquelles les fonds de la RRS seront déposés et il peut autoriser l'ouverture de ces comptes selon les besoins. Le conseil peut, par résolution, autoriser un ou plusieurs dirigeants ou employés, pour le conseil ou au nom du conseil, à :

- (a) déposer au crédit de la RRS dans une banque, une société de fiducie ou une coopérative de crédit désignée par le conseil, toutes les sommes reçues par la RRS;
- (b) effectuer un retrait par chèque des fonds de la RRS nécessaires pour le paiement des comptes par la RRS;
- (c) emprunter de l'argent de temps à autre pour répondre aux besoins de la RRS avec l'approbation du Ministre.

B.19.0 Signataires

Le PDG et le directeur des services financiers doivent signer au nom de la RRS et apposer le sceau de la RRS à tous les contrats, toutes les ententes, tous les transferts, toutes les hypothèques ou tous les autres documents nécessitant le sceau. Le conseil peut autoriser par résolution le PDG ou d'autres employés à exécuter tout contrat, accord ou autre document si le conseil le juge nécessaire.

B.20.0 Cautionnement

Les directeurs, les dirigeants et les employés de la RRS désignés par le conseil doivent souscrire à une assurance contre les détournements auprès d'une société de cautionnement d'un montant approuvé par le conseil. À la discrétion du conseil, il est possible de répondre aux exigences susmentionnées grâce à un cautionnement global du personnel. Les frais rattachés à toute assurance contre les détournements souscrite en vertu de cet article seront pris en charge par la RRS.

B.21.0 Sceau

Le sceau de la RRS doit avoir la forme du sceau imprimé dans le présent document.

B.22.0 Vérificateurs

Les comptes, les dossiers et les opérations financières de la RRS doivent être vérifiés chaque année par un vérificateur externe nommé par le conseil lors de son assemblée annuelle. Le vérificateur ne doit pas être un dirigeant ni un membre du conseil et ne doit pas être un employé de la RRS. Le vérificateur ne doit pas avoir ou avoir eu un intérêt direct ou indirect dans une entente ou un contrat conclu par la RRS, autre qu'un contrat concernant la vérification. Le vérificateur ne doit pas être un membre de la famille immédiate d'un dirigeant ou d'un membre du conseil, ou encore d'un employé de la RRS. Le vérificateur doit soumettre son rapport au conseil lors de sa prochaine assemblée annuelle et doit faire rapport de son travail au conseil lorsque ce dernier lui en fait la demande.

B.23.0 Associations auxiliaires

- B.23.0.1** Le conseil peut approuver la formation d'associations auxiliaires appuyant les initiatives de la RRS lorsque cela est jugé utile. De telles associations doivent être dirigées sur l'avis du conseil pour le bien-être général et à l'avantage de la RRS et de ses patients.
- B.23.0.2** Ce type d'association doit élire ses propres dirigeants et formuler ses propres règlements administratifs et les employés de ces associations ne sont pas considérés comme des employés de la RRS, mais les objectifs, les activités et les règlements administratifs de chaque association doivent être assujettis à l'examen et à l'approbation du conseil à tout moment. Une association auxiliaire doit, en vertu de cet article, fournir un rapport annuel au conseil et à tout moment jugé utile par le conseil.
- B.23.0.3** Une association auxiliaire approuvée en vertu de cet article ou tout membre d'une telle organisation doit se trouver sous le contrôle et la direction du PDG lorsqu'il pénètre dans un établissement de santé. Chaque association auxiliaire doit faire examiner ses opérations financières par un vérificateur. Le vérificateur pour la RRS peut être le vérificateur pour l'association auxiliaire citée dans cet article.
- B.23.0.4** Aucune association ne peut utiliser le nom de la RRS ou de ses établissements pour toute activité sans le consentement écrit du conseil.

SECTION C – PERSONNEL MÉDICAL

C.1.0 Administration médicale

C.1.1 Un seul personnel médical

Il ne doit y avoir qu'un seul personnel médical pour l'ensemble de la RRS, et ce, peu importe le nombre d'établissements et de programmes administrés par cette dernière. Malgré ce qui précède, les privilèges accordés aux membres du personnel médical par le conseil peuvent être restreints à un ou à plusieurs établissements ou programmes et peuvent varier d'un établissement ou d'un programme à l'autre.

C.1.2 Structure administrative médicale

Le personnel médical doit être organisé en un certain nombre de départements à l'échelle de la RRS ou de la zone tel qu'il peut être requis et approuvé de temps à autre par le conseil. Ces départements constitueront à leur tour les divisions à l'échelle de la zone et peuvent être sous-divisés en services au sein des zones telles qu'il peut être requis et approuvé par le CMC de temps à autre.

C.1.3 Division des départements

- C.1.3.1** Le chef de département peut, de temps à autre, avec l'approbation du CMC, subdiviser son département en divisions et services afin de faciliter l'organisation et la formation. Le chef de département doit, avec l'approbation du CMC, nommer des chefs pour chaque division ou service et peut accorder différents degrés d'autonomie, reconnaissant que chaque division ou service fait partie d'un département et est responsable devant le chef de département, qui est lui-même responsable du rendement de toutes les divisions ou services au sein de son département.
- C.1.3.2** Si une division ou un service n'est plus nécessaire, le chef de département peut, avec l'approbation du CMC, annuler la division ou le service et l'assigner à un département existant approprié.

C.1.4 Responsabilités des départements au sein de la RRS ou de la zone

Chaque département a la responsabilité de faire approuver sa structure organisationnelle par le CMC et doit présenter les avis de ses membres au PDG, aux comités pertinents et aux autres départements cliniques et autres secteurs de services de la RRS. Chaque département est responsable de la mise en œuvre de toutes les politiques du CMCL, du CMC et de l'administration dans la mesure où elles s'appliquent au département. Chaque département doit:

- (a) examiner et surveiller les données statistiques précises pertinentes pour les activités du département;

- (b) veiller à une prestation des soins de la meilleure qualité possible;
- (c) vérifier régulièrement les activités des membres relatives aux soins des patients;
- (d) maintenir et promouvoir un programme de FMC ou de PPC pour ses membres;
- (e) contribuer à une expérience d'apprentissage adéquate pour les apprenants;
- (f) collaborer et coopérer avec d'autres départements, divisions et services et tous les autres secteurs de service de la RRS;
- (g) travailler en respectant l'alignement stratégique proposé par le conseil;
- (h) créer et maintenir les règles du département;
- (i) assumer d'autres responsabilités établies à l'occasion par le département, le médecin-chef, le PDG ou leurs représentants.

C.1.5 Formation de nouveaux départements

Si un groupe de médecins ayant un intérêt commun indique que ou lorsqu'il devient évident pour le PDG que:

- (a) le service à la RRS et à ses patients serait amélioré si un département distinct était créé;
- (b) et que le groupe des médecins est prêt à assumer les responsabilités d'exploitation d'un département distinct;

le PDG peut, après avoir consulté le chef de département actuel, le médecin-chef, le CMCL et le CMC, recommander au conseil qu'un nouveau département soit créé.

C.1.6 Modification du statut du département

Si un département en fait la demande ou si, à tout moment, il devient évident pour le PDG qu'un département est:

- (a) considéré comme incapable de demeurer autonome de façon efficace;
- (b) ou incapable de trouver un chef de département intéressé à assumer les responsabilités d'un tel poste et capable de les assumer,

le PDG peut, après avoir consulté le médecin-chef, le CMCL et le CMC, recommander au conseil que le département fasse partie d'un département existant, de façon temporaire ou permanente.

C.1.7 Chefs de départements

Le conseil doit nommer un chef pour chaque département du personnel médical et le conseil ou le PDG doit, à l'occasion, définir les fonctions et les responsabilités de chacun. Le chef de département

doit:

- (a) être membre du personnel médical actif;
- (b) exercer la médecine principalement au sein de la RRS;
- (c) être responsable devant le PDG de l'organisation adéquate et du bon fonctionnement de son département;
- (d) si le département est à l'échelle de la zone, être responsable devant le président du CMCL de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients;
- (e) si le département est à l'échelle de la RRS, être responsable devant le président du CMC de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients;
- (f) avoir l'autorité de déléguer les responsabilités d'un département telles que décrites à l'article C.1.4 à une division ou à un service.

Les modalités de nomination des chefs de département doivent être indiquées dans les règles des règlements administratifs.

C.2.0 Groupes cliniques

Si des départements sont présents dans plus d'une zone, le CMC peut recommander au Conseil d'approuver la création de groupes cliniques à l'échelle de la RRS.

C.2.1 Responsabilités des groupes cliniques

Chaque groupe clinique doit:

- (a) élaborer des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et suivre de près ces indicateurs;
- (b) faire son possible pour mettre en œuvre les meilleures pratiques;
- (c) recommander des initiatives d'amélioration de la qualité.

Chacun des médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux membres des groupes cliniques relève de la structure organisationnelle de son propre département, mais les chefs des groupes cliniques doivent rendre compte au CMC.

C.2.2 Composition des groupes cliniques

Chaque groupe clinique au sein d'une spécialité ou d'une sous-spécialité sera composé d'un ou de plusieurs représentants de chaque zone, là où elles existent. Des membres du personnel ou de la direction des programmes cliniques de la RRS peuvent être ajoutés aux groupes cliniques, au besoin,

pour remplir leur mandat.

C.2.3 Chefs des groupes cliniques

Le CMC doit nommer un chef pour chaque groupe clinique du personnel médical et le PDG doit, de temps à autre, définir les fonctions et les responsabilités de chacun. Le chef d'un groupe clinique doit:

- (a) être membre du personnel médical actif;
- (b) exercer principalement au sein de la RRS;
- (c) être responsable devant le CMC et mener à bien le mandat du groupe clinique.

Les modalités de nomination des chefs des groupes cliniques doivent être indiquées dans les règles des règlements administratifs.

C.3.0 Droits et obligations des catégories de personnel médical

Chaque département doit définir, dans ses règles et ses politiques, les responsabilités précises de chaque catégorie de personnel médical. Les membres doivent respecter les responsabilités associées à leurs privilèges; sinon, le conseil pourrait réduire ou suspendre lesdits privilèges du membre ou y mettre fin. Le conseil détient l'autorité ultime d'octroyer des privilèges.

C.3.1 Personnel médical actif

C.3.1.1 Le personnel médical actif doit être constitué des médecins, des dentistes et des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qui ont été nommés par le conseil au personnel médical, qui exercent activement la médecine, la médecine dentaire ou la chirurgie buccale et maxillo-faciale dans la RRS, qui normalement y résident et qui souhaitent aider la RRS à atteindre sa mission. Travailler en tant que membre du personnel médical associé de la RRS représente une condition préalable à la nomination au personnel médical actif. Un membre du personnel médical actif :

- (a) doit assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et du département ou des départements auxquels il est nommé;
- (b) doit être admissible pour voter aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions des département(s) et comité(s) desquels il est membre, pour occuper un poste (sauf indication contraire) et pour être nommé à tout comité;
- (c) peut siéger aux comités tel que demandé par le conseil, le PDG, le CMCL, le médecin-chef, le CMC ou le chef de son département;
- (d) peut participer aux activités éducatives et cliniques du département;
- (e) peut participer à la formation du personnel médical, d'autres membres du personnel de la RRS, des étudiants en médecine et des stagiaires en médecine clinique tel que déterminé

par son chef de département;

- (f) peut superviser de façon générale les membres du personnel associé conformément à la demande du chef de son département;
 - (g) doit maintenir un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine, en médecine dentaire ou en chirurgie buccale et maxillo-faciale et de capacité dans son domaine d'exercice;
 - (h) doit bénéficier de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil;
 - (i) doit aider la RRS à acquérir ou à conserver l'agrément;
 - (j) doit assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL, le chef de son département ou étant établies dans les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département.
- C.3.1.2** À la recommandation du chef de département approprié et du médecin-chef, un médecin qui est engagé dans une pratique communautaire clinique complète au sein de la RRS peut être nommé au personnel médical actif sans bénéficier du droit d'admission; ce médecin est alors désigné comme étant actif – sans droit d'admission.

C.3.2 Personnel médical associé

- C.3.2.1** Le personnel médical associé doit être constitué de médecins, de dentistes et de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ayant exprimé vouloir être nommés au personnel médical actif. Cette nomination est considérée comme une période de probation devant durer au maximum un (1) an, au cours de laquelle le rendement du médecin, dentiste ou chirurgien buccal et maxillo-facial et ses compétences cliniques seront évalués. Deux (2) évaluations officielles peuvent être effectuées et le ou les rapports d'évaluation doivent être présentés au comité de vérification des titres. La première évaluation doit avoir lieu avant six (6) mois de service et la seconde avant la fin de la période de douze (12) mois. Si la première évaluation s'avère non favorable, la période de probation peut être annulée selon l'article c.3.2.4 et ce sans la nécessité d'une deuxième évaluation
- C.3.2.2** Sauf s'il s'agit des dentistes, un membre du personnel médical associé doit travailler sous la supervision générale du chef du département auquel il a été assigné par le conseil. Les dentistes doivent tenir leur chef du département informé de tous les traitements prévus et, si ce dernier en fait la demande, ils doivent donner un préavis d'au moins quarante-huit (48) heures pour tout traitement réel.
- C.3.2.3** Sauf disposition contraire, les membres du personnel médical associé doivent bénéficier de tous les privilèges et avoir toutes les responsabilités d'un membre du personnel médical actif, y compris la présence aux réunions, mais ne peuvent être admissibles à:

- (a) voter lors des réunions du personnel médical;
- (b) être membres du CMCL, du CMC ou du comité de vérification des titres;
- (c) jouer le rôle de président de tout comité ou occuper un poste.

C.3.2.4 Durant la période de probation, le comité d'examen des titres doit passer en revue le ou les rapports d'évaluation et, après consultation avec le chef de département, recommander au conseil, par l'entremise du CMCL et du CMC:

- (a) que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif;
- (b) qu'il reste membre du personnel médical associé pour une période supplémentaire n'excédant pas un (1) an;
- (c) que sa nomination soit annulée;
- (d) qu'il soit suspendu en attente des résultats d'une évaluation.

C.3.2.5 Lorsqu'un membre du personnel médical associé est resté membre du personnel médical associé pendant une période supplémentaire, le comité de vérification des titres doit, après consultation avec le chef de département, recommander au conseil, par l'entremise du CMCL et du CMC, que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif ou que sa nomination soit annulée.

C.3.3 Personnel médical consultant

Le personnel médical consultant doit être constitué de médecins, dentistes ou chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qualifiés faisant preuve d'une capacité professionnelle reconnue et nommés par le conseil. Le personnel consultant doit être constitué personnel consultant « exerçant dans la province » et de personnel consultant « exerçant à l'extérieur de la province ».

C.3.3.1 Membres-conseils exerçant dans la province

Les membres-conseils exerçant dans la province sont des membres du personnel médical actif ou associé dans au moins un (1) établissement qui peuvent être nommés au personnel consultant de tout autre établissement d'une RRS du Nouveau-Brunswick et, à ce titre, ont le privilège d'offrir des services de consultation et de traitement, mais ne bénéficient pas du droit d'admission, sauf dans l'établissement principal où ils exercent et sauf si le CMC juge que cela est nécessaire et que ce droit est approuvé par le conseil.

Les membres-conseils exerçant dans la province peuvent assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du département et peuvent siéger à des comités, mais ils ne peuvent voter ou occuper un poste, sauf s'ils sont des membres actifs ou associés.

C.3.3.2 Membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province

Les membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province doivent être des membres de la profession médicale, dentaire ou de la chirurgie buccale et maxillo-faciale autorisés à exercer dans la province du Nouveau-Brunswick à qui le conseil, à la recommandation du CMC, donne le privilège d'offrir des services de membres-conseils qui, le plus souvent, ne sont pas offerts par le personnel médical de la RRS. Les membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province ont le privilège d'offrir des services de consultation et de traitement, mais ne bénéficient pas du droit d'admission, sauf si le CMC juge cela nécessaire et si le conseil donne son approbation.

Les membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province peuvent assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du département, mais ne peuvent pas voter, ni siéger à des comités ou occuper un poste.

C.3.4 Personnel médical suppléant (Locum Tenens)

C.3.4.1 Le CMCL peut, à la demande d'un membre ou d'un certain nombre de médecins du personnel médical actif ou associé et après avoir étudié la candidature suivant les règles des règlements administratifs, recommander au conseil, par l'entremise du CMC, la nomination d'un suppléant comme remplacement prévu du ou des médecins pendant une période précise n'excédant pas celle qui est autorisée dans les règles des règlements administratifs. Si une prolongation est demandée, elle ne doit pas dépasser le 30 juin ou l'assemblée annuelle du conseil et elle peut être accordée, par le conseil, suite à la recommandation du chef de département et du ou des médecins responsables. Le rendement et la pratique clinique du suppléant doivent être évalués par le chef de département au cours de son premier mandat, comme le prévoient les règles.

C.3.4.2 Un suppléant:

- (a) doit avoir des privilèges et des responsabilités cliniques qui sont déterminés par le chef de département et approuvés par le conseil;
- (b) ne peut pas voter lors des réunions du personnel médical ou des réunions de département;
- (c) peut être membre des comités (autres que le comité de vérification des titres), mais ne doit pas y jouer le rôle de président;
- (d) doit avoir d'autres responsabilités, comme le prévoient les règles des règlements administratifs et les règles du département.

C.3.5 Personnel médical invité

C.3.5.1 Le personnel médical invité doit être constitué de membres de la profession médicale, de la profession de dentiste ou de la profession de chirurgie buccale et maxillo-faciale autorisés à exercer au Nouveau-Brunswick. Le conseil peut nommer un médecin, un dentiste ou un chirurgien buccal et maxillo-facial au personnel médical invité dans une ou plusieurs des circonstances suivantes:

- (a) le candidat est engagé activement au sein d'une autre RRS ou d'un autre établissement à l'extérieur de la province;
- (b) le candidat a déjà un engagement envers une autre organisation ou a déjà une relation contractuelle avec une autre organisation et n'est pas rémunéré par l'Assurance-maladie.

C.3.5.2 Le conseil peut accorder des privilèges au personnel médical invité, dans un ou tous les établissements de la RRS, tels que:

- (a) demander des examens diagnostics et d'autres services offerts aux patients externes pour ses propres patients;
- (b) aiguiller vers un autre médecin de la RRS;
- (c) offrir des services de consultation par l'entremise des technologies de télémédecine.

C.3.5.3 Les membres du personnel médical invité peuvent, sur invitation du chef de département, assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions de département, mais ils ne peuvent pas voter, ni occuper un poste ou être membre d'un comité.

C.3.6 Assistant clinique

Un assistant clinique est un médecin autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick et nommé par le conseil pour une tâche précise, selon la recommandation du chef de département. Les demandes de privilèges doivent être effectuées par l'entremise du processus habituel. Les descriptions de postes seront élaborées pour chaque candidat par leur chef de département respectif et soumises au comité de vérification des titres avec la candidature. Un assistant clinique doit:

- (a) assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du ou des départements auxquels il est nommé, mais il ne peut voter qu'à la fin d'une période de probation de douze (12) mois et ne doit pas occuper de poste;
- (b) siéger aux comités auxquels il est nommé par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL ou le chef de son département, mais il ne doit pas y jouer le rôle de président;
- (c) participer aux activités éducatives et cliniques du service;
- (d) maintenir un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine ou en médecine dentaire et de capacité dans son domaine d'exercice;
- (e) bénéficier de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil;
- (f) aider la RRS à acquérir ou à conserver l'agrément;
- (g) assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL, le chef de son département ou étant établies dans les

règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département.

C.3.7 Fellow clinique

C.3.7.1 Un fellow clinique est un médecin qui a satisfait aux exigences minimales pour obtenir les qualifications en formation de spécialiste du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou les qualifications du Collège des médecins de famille du Canada, et qui est autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick. Une telle nomination devrait être réservée à un médecin:

- (a) pour qu'il consacre une période donnée à enseigner ou à faire de la recherche;
- (b) pour qu'il approfondisse sa formation de spécialiste en préparation aux examens;
- (c) qui est déjà un spécialiste qualifié exerçant la médecine, afin qu'il suive à nouveau une formation et un enseignement plus approfondis pendant une certaine période.

Ses fonctions, privilèges et affectations doivent être définis par le chef de département. Un fellow clinique ne doit pas occuper de poste dans l'établissement de résidence. La durée de sa nomination est d'un (1) an, mais elle peut être renouvelée pour une seconde année dans des circonstances exceptionnelles. Les fellows cliniques ne doivent pas travailler en dehors des établissements de la RRS sauf si le chef du département concerné et le PDG les y autorise.

C.3.7.2 Ils peuvent être invités à assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions de département, mais ils ne peuvent pas voter, ni siéger à des comités ou occuper un poste.

C.3.8 Stagiaire en médecine clinique

Un stagiaire en médecine clinique est un médecin autorisé à exercer la médecine au Nouveau-Brunswick ou possédant une carte de stage du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick qui peut être accepté comme stagiaire en médecine clinique par le PDG dans plusieurs services dans le but:

- (a) d'évaluer son expertise;
- (b) ou de renforcer son expertise.

Les privilèges du stagiaire en médecine clinique doivent être définis par écrit par le chef du département concerné et approuvés par le conseil à la recommandation du CMCL et du CMC. Le stagiaire en médecine clinique est supervisé par un membre du département auquel il est affecté, mais il ne bénéficie pas du droit d'admission. Il peut assister aux réunions de département sur l'invitation du chef de département, mais il ne peut pas voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Les stagiaires en médecine clinique doivent travailler sous la direction et la discipline du chef du département auquel ils sont affectés et du PDG.

C.4.0 Personnel affilié

Le personnel affilié est composé de médecins, de personnes n'étant pas médecins, mais possédant des compétences liées à la médecine ou de personnes autres ayant contribué à la prestation des soins de santé. Bien que ces personnes ne fassent pas partie de l'effectif régulier du personnel médical, elles contribuent à la prestation des soins aux patients. Les membres du personnel affilié ne peuvent admettre ou traiter des patients, voter lors des réunions du personnel médical ou occuper un poste et sont notamment des apprenants en médecine, des scientifiques et des membres honoraires du personnel médical.

C.4.1 Apprenants en médecine

Un apprenant en médecine est un diplômé en médecine ayant une carte de stage du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou un étudiant de premier cycle en médecine que le PDG inscrit dans un établissement hospitalier aux fins de formation à la demande d'une faculté de médecine canadienne. Les apprenants en médecine sont notamment des stagiaires du premier cycle et des cycles supérieurs. Ils ne doivent pas bénéficier du droit d'admission, mais ils peuvent traiter les patients sous la supervision du médecin traitant du patient. Ils peuvent assister aux réunions de département sur l'invitation du chef de département, mais ne peuvent pas voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Les apprenants en médecine doivent être sous la direction et la discipline du chef du département auquel ils sont affectés, du doyen ou de son délégué et du PDG. Les mesures disciplinaires imposées aux apprenants en médecine le seront sous réserve des dispositions de l'entente entre la RRS et l'université.

C.4.2 Personnel scientifique

- C.4.2.1** Un scientifique ou tout autre travailleur de la santé qui n'est pas qualifié du point de vue médical, mais qui, en raison de ses connaissances ou compétences spéciales participe étroitement à la gestion clinique des patients, peut être invité à déposer une demande de nomination au personnel affilié en tant que membre du personnel scientifique à la suite d'un vote affirmatif du CMCL et du CMC. Un membre du personnel scientifique doit habituellement détenir un diplôme universitaire d'études supérieures dans un domaine scientifique pertinent et jouer un rôle important dans les soins aux patients. Le cas échéant, il devra répondre aux normes établies par les organismes de réglementation professionnelle et les associations professionnelles. Le CMC peut, à sa discrétion, inviter un travailleur de la santé ayant une formation technique plutôt qu'une formation universitaire. Un membre du personnel scientifique ne doit pas bénéficier du droit d'admission. Il peut donner des conseils concernant les soins des patients, assister aux réunions du personnel médical et siéger à des comités, au besoin, mais il ne peut ni voter ni occuper un poste.
- C.4.2.2** Aucune disposition de ces règlements administratifs ne doit remplacer ou annuler la relation professionnelle ou contractuelle qui existe entre la RRS et un membre du personnel scientifique.

C.4.3 Personnel médical honoraire

- C.4.3.1** Le personnel médical honoraire doit être constitué de médecins ou d'autres personnes qui ont fait d'importantes contributions dans le domaine des soins de santé et à qui le conseil, à la recommandation du CMC, peut vouloir donner le titre honoris causa. Dans le cas des médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux, affiliés à la RRS, ils sont à la retraite et n'exercent plus la médecine, la dentisterie ou la chirurgie buccale et maxillo-faciale dentaire au moment de recevoir l'honneur.
- C.4.3.2** Le personnel médical honoraire n'a pas de fonctions assignées. Il ne doit pas bénéficier de privilèges. Il peut assister aux réunions du personnel médical en tant qu'invité sans droit de vote et peut être invité à participer aux comités à titre de conseiller, mais ne peut occuper un poste.

C.5.0 Nominations et délivrance de titres au personnel médical

C.5.1 Code de déontologie

Chaque membre du personnel médical doit respecter le code de déontologie de l'Association médicale canadienne ou le code de déontologie de l'Association dentaire canadienne ainsi que le code de déontologie qui peut à l'occasion être établi ou cité dans les règles des règlements administratifs.

C.5.2 Assurance et protection de responsabilité

Tous les membres du personnel médical doivent souscrire à une police d'assurance de responsabilité professionnelle valide que le conseil de la RRS juge acceptable et la conserver ou veiller à être membres d'une organisation couvrant sa responsabilité civile que le conseil de la RRS juge acceptable.

C.5.3 Compétences

La qualité de membre du personnel médical doit être limitée aux diplômés des écoles de médecine qui détiennent un permis délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, dans le cas de la dentisterie, aux personnes qui détiennent un permis délivré par la Société dentaire du Nouveau-Brunswick ou dans le cas de la chirurgie buccale et maxillo-faciale, les titulaires d'un permis de spécialiste en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale délivré conformément à la *Loi dentaire du Nouveau Brunswick* de 1985.

C.5.4 Nouvelles nominations – Délivrance de titres et octroi de privilèges

- C.5.4.1** Le conseil peut nommer une personne au personnel médical après qu'une candidature à la nomination sur un formulaire établi par le conseil aura été soumise au PDG, que la candidature aura été examinée par le comité d'examen des titres du CMCL approprié et qu'une recommandation aura été reçue de la part du chef de département concerné, du comité d'examen des titres, du CMCL et du CMC.

C.5.4.2 Le formulaire de demande du conseil doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte d'effectuer des tâches de service de garde, de couverture en salle d'urgence et d'assistance chirurgicale telle que déterminé par le chef de son département.

C.5.4.3 L'examen d'une candidature pour une nouvelle nomination et pour l'obtention de privilèges ou pour une demande de privilèges supplémentaires:

(a) doit prendre en considération les exigences en matière de ressources médicales, dentaires ou de chirurgie buccale et maxillo-faciale du service concerné; et

(b) la candidature sera évaluée en fonction:

- i. des ressources disponibles et des capacités physiques de la RRS;
- ii. des titres de compétence et de l'expérience du candidat pour les privilèges demandés;
- iii. du caractère, de la compétence et de l'aptitude de la pratique du candidat;
- iv. d'autres facteurs que le conseil peut de temps à autre jugé pertinents ou qui sont définis dans les règles des règlements administratifs.

C.5.4.4 Tous les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux nommés au personnel médical doivent accepter par écrit l'énoncé de mission et de philosophie de la RRS et doivent accepter par écrit de se conformer à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et à ses règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques de la RRS. Ils doivent aussi accepter de fournir une décharge écrite autorisant la RRS à obtenir d'autres renseignements que pourrait exiger le conseil, de temps à autre, relativement à la compétence, la capacité et la conduite.

C.5.4.5 La nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit comprendre des responsabilités cliniques clairement définies pour tous les départements auxquels le médecin, le dentiste ou le chirurgien buccal et maxillo-facial est nommé. Un médecin, un dentiste ou un chirurgien buccal et maxillo-facial ne sera pas autorisé à modifier ses responsabilités cliniques, telles que décrites dans sa nomination, sans l'approbation préalable du conseil, à la recommandation du chef de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des responsabilités cliniques définies de la part d'un médecin ou d'un dentiste sera considéré comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C6 et C7 des règlements administratifs. Chaque nouvelle personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

C.5.4.6 Dans le cas des départements d'enseignement, la nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités éducatives et cliniques bien définies. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne seront pas autorisés à modifier leur responsabilité d'enseignement ou leur responsabilité clinique, telles que décrites dans sa nomination, sans l'approbation préalable du conseil, à la recommandation du chef

de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des obligations susmentionnées sera considéré par le conseil comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C6 et C7 des règlements administratifs. Chaque nouvelle personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

C.5.5 Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels

C.5.5.1 Toutes les candidatures pour de nouvelles nominations au personnel médical ou pour l'obtention de privilèges supplémentaires doivent être soumises au PDG. Le PDG ne doit pas transmettre une candidature au CMCL (qui la fera parvenir au comité d'examen des titres pertinent aux fins de considération), à moins qu'il n'ait d'abord établi, après avoir consulté le chef du département concerné, qu'un poste au sein du personnel médical correspondant au poste pour lequel la candidature a été effectuée est vacant ou qu'il est nécessaire d'accorder des privilèges supplémentaires.

C.5.5.2 Les autres procédures de candidature à la nomination et à la renomination au personnel médical doivent être telles qu'elles sont établies de temps à autre par le conseil et décrites dans les règles des règlements administratifs.

C.5.6 Processus – Renominations

C.5.6.1 Tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux doivent soumettre leur candidature au PDG pour une renomination au personnel médical sur une base biennale. L'année où la nomination se termine, la candidature doit être soumise avant la date fixée par le conseil, sur un formulaire prévu par le conseil.

Le formulaire doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte d'effectuer des tâches de service de garde, de couverture en salle d'urgence et d'assistance chirurgicale telle que déterminé par le chef de son département.

C.5.6.2 L'examen d'une candidature pour une renomination et l'obtention de privilèges doivent prendre en considération:

(a) les exigences en matière de ressources médicales, dentaires ou de chirurgie buccale et maxillo-faciale du service concerné;

(b) la candidature sera prise en considération et sera évaluée en fonction:

- i. des ressources disponibles et des capacités physiques de la RRS;
- ii. des titres de compétence du candidat pour les privilèges demandés;
- iii. de l'expérience du candidat et de son rendement antérieur, incluant toute matière disciplinaire;
- iv. du caractère, de la compétence et des aptitudes de la pratique du candidat;

- v. de la recommandation du chef de département;
- vi. d'autres facteurs que le conseil peut de temps à autre jugés pertinents ou qui sont définis dans les règles des règlements administratifs.

C.5.6.3 La renomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités cliniques bien définies pour chaque département auquel le médecin, le dentiste ou le chirurgien buccal et maxillo-facial est nommé. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne seront pas autorisés à modifier leurs responsabilités cliniques, telles que décrites dans sa nomination, sans l'approbation préalable du conseil, à la recommandation du chef de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des responsabilités cliniques définies par un médecin ou un dentiste sera considéré comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C6 et C7 des règlements administratifs. Chaque personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

C.5.6.4 Dans le cas des départements d'enseignement, la renomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités éducatives et cliniques bien définies. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne seront pas autorisés à modifier leur responsabilité d'enseignement ou leur responsabilité clinique, telles que décrites dans sa nomination, sans l'approbation préalable du conseil, à la recommandation du chef de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des obligations susmentionnées sera considéré par le conseil comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C6 et C7 des règlements administratifs. Chaque personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

C.5.6.5 Tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux renommés au personnel médical doivent accepter par écrit l'énoncé de mission et de philosophie de la RRS et doivent accepter par écrit de se conformer à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et à ses règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques de la RRS.

C.5.7 Nominations conjointes

Un membre qui souhaite exercer dans plus d'un département doit présenter une demande de nomination conjointe. Le membre doit respecter les exigences de chaque département pour lesquels il a présenté une demande. Le conseil peut de temps à autre nommer des membres du personnel médical à plus d'un département, conformément aux procédures de nomination habituelles. Lorsque le conseil procède à une nomination conjointe, il doit désigner le département qui sera le département principal du membre.

C.5.8 Refus, réduction ou suspension des privilèges

C.5.8.1 Les dispositions de cet article ne s'appliquent qu'aux membres du personnel médical.

Si, à une étape du processus de vérification des titres, le CMCL ou le CMC recommande:

(a) le refus partiel ou complet des privilèges revendiqués par un membre du personnel médical;
ou

(b) une suspension des privilèges d'un membre du personnel médical, la procédure suivante doit s'appliquer.

C.5.8.2 La recommandation doit être remise au PDG, au médecin-chef et au membre du personnel médical concerné en leur remettant la recommandation en main propre ou en l'envoyant par tout moyen d'obtenir un accusé de réception dans les plus brefs délais possible.

C.5.8.3 La recommandation doit spécifier les raisons justifiant le refus d'octroyer les privilèges revendiqués ou de suspendre les privilèges et doit être envoyé au CA qui a la décision finale.

C.5.9 Privilèges temporaires

Après consultation avec le médecin-chef ou le directeur médical concerné et le chef de département concerné, le PDG peut accorder des privilèges temporaires pour une durée ne dépassant pas douze (12) semaines consécutives et dans un but précis à un médecin, à un dentiste ou à un chirurgien buccal et maxillo-facial qui n'est pas membre du personnel médical. Dans l'exercice de ces privilèges, le bénéficiaire devra rester sous la supervision générale du chef de département concerné. Le comité exécutif du conseil peut approuver la prolongation des privilèges temporaires pour une autre période de douze (12) semaines. Le conseil doit être mis au courant de l'octroi de privilèges temporaires. L'octroi de privilèges temporaires n'accorde pas l'adhésion au personnel médical.

C.5.10 Absence autorisée

C.5.10.1 Après consultation avec le département concerné, le PDG peut, pour n'importe quelle raison et selon n'importe quelle modalité, accorder un congé à un membre du personnel médical pour une période de douze (12) mois consécutifs au maximum. Si l'absence d'un membre du personnel médical se prolonge au-delà de la durée autorisée par le PDG, il en sera déduit que le membre a démissionné du personnel médical.

C.5.10.2 Cette section ne doit pas régir les congés pour raisons médicales.

C.5.10.3 Les conditions relatives au retour du membre après le congé doivent être régies par les règles du département.

C.5.11 Restriction/suspension d'urgence

- C.5.11.1** Dans le cas où le PDG et / ou le médecin-chef remarque un problème grave ou un problème potentiel qui, à son avis, nuit ou peut nuire aux soins des patients ou à la sécurité des patients ou du personnel, et où la prise de mesures immédiates est nécessaire à la protection de la sécurité et des intérêts des patients ou du personnel, le PDG peut, après avoir consulté le médecin-chef, restreindre ou suspendre les privilèges d'un membre du personnel médical par voie de procédure sommaire en avisant ce membre par écrit.
- C.5.11.2** Le PDG doit signaler au conseil, au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou à l'Association dentaire du Nouveau-Brunswick, à toute autre RRS au Nouveau-Brunswick et, si cela est nécessaire en vertu de dispositions législatives, à la Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé, toutes les restrictions et suspensions d'urgence de privilèges.
- C.5.11.3** Si le PDG impose une suspension à un membre, il doit immédiatement veiller à ce que des dispositions soient prises pour assurer la qualité des soins prodigués aux patients touchés par la suspension dudit membre et à ce qu'un médecin traitant remplaçant soit nommé et figure sur le dossier clinique du patient, au besoin.
- C.5.11.4** Dans les cas de restrictions ou de suspensions sommaires d'un membre du personnel médical, le médecin-chef doit prendre les mesures appropriées pour veiller à ce que ces restrictions ou suspensions soient traitées conformément à la procédure prévue aux règlements administratifs.

C.6.0 Discipline

Tous les membres du personnel médical sont visés par les procédures disciplinaires et les dispositions des présentes. Les mesures disciplinaires doivent être proportionnelles à la gravité de l'infraction et tenir compte de tous les facteurs pertinents, y compris le dossier disciplinaire antérieur du membre. Voici certaines des mesures disciplinaires et des sanctions possibles:

- (a) une réprimande verbale ou écrite;
- (b) l'obligation de respecter des conditions;
- (c) une suspension ou probation temporaire, avec ou sans conditions;
- (d) une supervision obligatoire ou un test obligatoire de dépistage des drogues et de l'alcool;
- (e) une formation obligatoire;
- (f) une modification, une réduction, un retrait ou une révocation des privilèges;
- (g) le renvoi du personnel médical;
- (h) toute autre mesure disciplinaire pouvant être considérée comme appropriée.

C.7.0 Conduite passible de mesures disciplinaires

C.7.0.1 Une conduite passible de mesures disciplinaires comprend notamment les gestes, les omissions, les énoncés, les comportements et la conduite professionnelle ou personnelle qui:

- (a) exposent ou sont raisonnablement susceptibles d'exposer les patients ou le personnel à des dangers ou à des blessures;
- (b) nuisent ou sont raisonnablement susceptibles de nuire aux patients ou au personnel ou à la prestation de soins de qualité aux patients au sein de la RRS;
- (c) constituent ou sont raisonnablement susceptibles de constituer de l'abus, incluant le comportement du membre
- (d) entraînent l'imposition de sanctions par un collègue;
- (e) sont contraires aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques et procédures de la RRS, ou à toute loi ou exigence législative pertinente et applicable;
- (f) constituent le non-respect d'un contrat ou lettre d'emploi, conditions d'emploi ou lettre d'offre d'emploi.**

C.7.0.2 Sans restreindre le caractère général de ce qui précède, les énoncés suivants sont des exemples de conduite passible de mesures disciplinaires:

- (a) comportement non professionnel ou contraire à l'éthique, comme le définit de temps à autre le code de déontologie de l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, la Société dentaire du Nouveau-Brunswick, l'Association dentaire canadienne ou tout autre organisme professionnel d'attribution des permis pour la province du Nouveau-Brunswick pour le personnel dentaire, ou comme le prévoit toute loi en vigueur dans la province du Nouveau-Brunswick;
- (b) incompétence ou lacunes manifestes en pratique clinique;
- (c) plainte traitée dans le cadre de toute directive sur les comportements en milieu de travail de la RRS, mais qui n'a pu être résolue aux termes de cette directive;
- (d) violation des règlements administratifs, des règles des règlements administratifs, des règles du département ou de toute entente officielle avec la RRS, des politiques et procédures existantes de la RRS ou de toute directive ou politique du Conseil de gestion ou d'un ministère;
- (e) comportement qui est non professionnel ou qui perturbe les activités de la RRS. Les comportements perturbateurs en milieu de travail sont notamment les comportements verbaux ou non verbaux qui, de par leur nature, peuvent:
 - i. faire preuve de non-respect à l'endroit d'autres personnes dans le lieu de travail;
 - ii. nuire ou avoir le potentiel de nuire aux soins prodigués aux patients;

- iii. refléter le mauvais usage d'un déséquilibre du pouvoir entre les parties;
- (f) défaut de se conformer aux conditions de toute mesure disciplinaire, sanction ou mesure corrective imposée à un membre;
- (g) défaut d'entreprendre les engagements administratifs, d'enseignement clinique et de recherche assignés et convenus de façon mutuelle;
- (h) défaut répété de procéder à la consignation des notes au dossier comme l'exige la *Loi hospitalière* et comme le prévoient les règles des règlements administratifs et les règles du département;
- (i) toute autre affaire qui, selon le PDG ou le médecin-chef, doit faire l'objet d'une enquête conformément aux dispositions des présents règlements administratifs.

C.8.0 Plainte contre un membre du personnel médical

- C.8.0.1** Toute plainte contre un membre du personnel médical relativement à toute question prévue à l'article C.7 ou toute autre plainte doit être déposée auprès du chef de département ou du médecin-chef ou leur être acheminée.
- C.8.0.2** Le chef de département et le médecin-chef doivent se tenir informés et doivent informer le PDG et le VP services médicaux si l'un ou l'autre reçoit une plainte contre un membre relativement à une affaire exposée à l'article C.7 ou toute autre plainte, ou s'ils sont au courant d'une affaire exposée à l'article C.7.
- C.8.0.3** Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il peut mettre en place les étapes initiales pour régler l'affaire avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux présentes et le membre du personnel médical doit être informé de la nature de toute plainte et avoir la possibilité de répondre.
- C.8.0.4** Si le médecin-chef n'est pas en mesure de régler l'affaire dans les trente (30) jours après avoir reçu la plainte ou après avoir été mis au courant de toute affaire prévue à l'article C.7, il peut, après avoir consulté le chef de département, renvoyer l'affaire au processus de règlement des différends avec le consentement du membre du personnel médical et si aucun consentement a une audience.

C.9.0 Processus alternatif de règlement des différends

- C.9.0.1** Le processus alternatif de règlement des différends adopté en vertu de l'article C.8.0.4 est une tentative pour obtenir par médiation le règlement de tout différend avec le consentement mutuel des parties et, aux termes de l'article C.9.0.2, il doit être mené sans porter atteinte aux parties dans les soixante (60) jours suivant la nomination du médiateur.

C.9.0.2 Pour le processus alternatif de règlement des différends, le médecin-chef doit nommer un médiateur qui convient aux parties.

C.9.0.3 Toutes les communications et les discussions au cours du processus alternatif de règlement des différends sont privilégiées et ne doivent pas être divulguées dans le cadre des procédures disciplinaires subséquentes, le cas échéant.

Si l'affaire est résolue par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends:

(a) l'affaire et le règlement proposé doivent être rapportés au médecin-chef aux fins d'étude;

(b) si le règlement proposé n'est pas approuvé par le médecin-chef après consultation avec le chef de département, la plainte sera renvoyée pour audience.

C.9.0.4 Si l'affaire n'est pas réglée, ou si selon l'opinion du médiateur l'affaire ne peut être réglée par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends, la plainte doit être envoyée à une audience.

C.9.0.5 Si le règlement proposé à la suite du processus alternatif de règlement des différends suppose la modification ou le retrait des privilèges du membre, la procédure suivante doit être appliquée:

(a) le règlement proposé doit être présenté au PDG;

(b) si le PDG est d'accord avec le règlement proposé et la modification des privilèges, il doit soumettre le règlement au CMC;

(c) si le PDG n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef pour audience.

(d) si le CMC est d'accord avec le règlement proposé, le PDG doit soumettre l'affaire au conseil de la RRS pour décision finale;

(e) si le conseil approuve le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui procèdera à l'adoption du règlement et des modifications;

(f) si le CMC n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef pour audience.

C.10.0 Audience

- C.10.0.1** L'audience doit être un sous-comité *ad hoc* du CMC, qui comptera trois (3) membres du CMC, dont l'un sera un remplaçant désigné du médecin-chef qui présidera l'audience.
- C.10.0.2** Les membres de l'audience doivent être nommés par le médecin-chef ou son remplaçant désigné dans les trente (30) jours suivant la demande d'audience. Aucun membre de l'audience ne doit avoir participé au processus alternatif de règlement des différends. La majorité des membres de l'audience doivent provenir de zones de santé autre que la zone principale dans laquelle le membre, qui fait l'objet de l'enquête, exerce la médecine.

C.11.0 Processus d'audience

- C.11.0.1** Dès qu'une affaire est acheminée aux termes de l'article C8 ou C9, le comité doit déterminer la date, l'heure et le lieu de l'audience qui devra avoir lieu dans les soixante (60) jours suivant le réception, par le comité, que l'affaire est acheminée.
- C.11.0.2** Le comité doit étudier tout document qu'il juge pertinent. Le comité peut engager des consultants externes incluant un conseiller juridique.
- C.11.0.3** Le membre doit être avisé de la tenue de l'audience trente (30) jours à l'avance ainsi que de la date, de l'heure et du lieu de l'audience et se voir remettre une liste ou des copies de tous les documents qui sont alors en possession du comité et qu'il a l'intention de consulter lors de l'audience.
- C.11.0.4** Lors de l'audience, le comité doit suivre les procédures stipulées à l'article C12. En ce qui concerne les cas pour lesquels aucune disposition n'est prévue dans cet article, le comité doit adopter les règles de procédure qu'elle considère propices à un règlement juste et rapide des différends.
- C.11.0.5** Dans les trente (30) jours suivant la fin de l'audience, le comité doit préparer un rapport écrit contenant ses conclusions ainsi que ses recommandations et les motifs y afférents et présenter son rapport au membre, au médecin-chef et au PDG.
- C.11.0.6** Si la décision et les recommandations du comité ne comprennent pas la modification des privilèges du membre, la décision est finale et exécutoire et le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du comité.
- C.11.0.7** Si la décision et les recommandations mises de l'avant par le comité impliquent la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit envoyer le rapport au CMC pour recommandation au PDG et le conseil.

C.12.0 Procédure à suivre lors des audiences

La procédure à suivre lors d'une audience comporte les éléments suivants:

- (a) le membre concerné peut comparaître à l'audience et peut être représenté par un avocat ou un mandataire;
- (b) la RRS peut être une partie à l'audience, être représentée par un avocat et présenter des éléments de preuve;

(c) le comité peut procéder à l'audience en l'absence du membre concerné, de son avocat ou de son mandataire, à condition qu'un avis de la tenue de l'audience ait été remis au membre comme l'exigent les dispositions des présents règlements administratifs;

(d) le comité peut ajourner l'audience en tout temps et, le cas échéant, doit fixer la date, l'heure et le lieu de la reprise de l'audience et doit envoyer au membre, s'il est absent au moment de l'ajournement, un avis écrit comportant ces renseignements;

(e) l'audience doit se dérouler à huis clos;

(f) aucune preuve n'est admissible devant le comité à moins que, au moins sept (7) jours avant l'audience, le membre ou la RRS:

i. dans le cas de preuves documentaires écrites, n'ait eu la possibilité d'examiner les éléments de preuve;

ii. dans le cas de preuves produites par un expert, n'ait obtenu une copie du rapport d'expert écrit ou, s'il n'y a aucun rapport écrit, un résumé écrit des éléments de preuve;

iii. dans le cas de preuves produites par un témoin, n'ait été mis au courant de l'identité du témoin ainsi que d'un résumé de la preuve du témoin;

(g) nonobstant l'article C.12(f), le comité peut, à sa discrétion, permettre la présentation d'éléments de preuve qui seraient autrement inadmissibles en vertu de l'article C.12(f) et donner les orientations qu'elle jugera nécessaires pour veiller à ce que le membre ou la RRS ait la possibilité de répondre;

(h) toutes les actions du comité doivent être décidées par le vote d'une majorité des membres présents;

(i) aucun membre du comité ne doit prendre part à une décision à la suite d'une audience, à moins qu'il n'ait été présent durant toute l'audience.

C.13.0 Processus d'examen du comité médical consultatif et du conseil d'administration

C.13.0.1 Dans un délai de trente (30) jours suivant la réception d'un avis du médecin-chef aux termes de l'article C.11.0.7, le CMC doit fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations de l'audience et en aviser le membre.

C.13.0.2 Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du CMC aux termes de l'article C.13.0.1, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le CMC, mais ils n'ont pas droit à une audience. Le CMC a l'unique discrétion d'entendre le membre et la RRS.

- C.13.0.3** Si le membre décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C.13.0.1, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire. Si la RRS décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C13.0.1, elle pourra être accompagnée d'un avocat ou d'un mandataire.
- C.13.0.4** Le CMC peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations du comité en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.
- C.13.0.5** Après avoir examiné le rapport et les recommandations du comité, le CMC doit faire parvenir ces documents au conseil, ainsi que ses recommandations, et, en même temps, donner ses recommandations au membre.
- C.13.0.6** Dès que le conseil reçoit les recommandations du CMC, il peut fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations du comité et des recommandations du CMC et doit en aviser le membre.
- C.13.0.7** Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du conseil aux termes de l'article C.13.0.6, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience. Le conseil a l'unique discrétion d'entendre le membre et la RRS
- C.13.0.8** Si le membre décide de se présenter devant le conseil en vertu de l'article C.13.0.6, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire. Si la RRS décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C13.0.6, elle pourra être accompagnée d'un avocat ou d'un mandataire.
- C.13.0.9** Le conseil peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations du comité et des recommandations du CMC en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.
- C.13.0.10** Dès qu'il a examiné le rapport et les recommandations du comité et les recommandations du CMC, le conseil doit rendre une décision, décision qui sera définitive et exécutoire. Le conseil a la décision ultime et n'est pas lié par le CMC et le comité. La décision du conseil sera communiquée au membre du personnel médical, au PDG et à tous autres individus qui doivent mettre en œuvre les recommandations.
- C.13.0.11** Si le conseil n'est pas convaincu de disposer de toute l'information dont il a besoin pour rendre une décision, il peut demander qu'une audience soit tenue devant le conseil.

C.14.0 Notification

- C.14.0.1** Lorsque les privilèges du membre sont réduits, suspendus ou non renouvelés, le médecin-chef doit aviser le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et toute autre RRS du Nouveau-Brunswick. Cette notification doit indiquer la nature et les détails de la plainte, la décision finale et toute recommandation en ce qui a trait aux mesures disciplinaires. Le médecin-chef doit aviser la Direction de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé lorsque les privilèges d'un membre sont suspendus ou non renouvelés.

- C.14.0.2** Lorsqu'un membre du personnel médical a des privilèges et que la Régie régionale de la santé reçoit un avis d'une autre Régie régionale de la santé que les privilèges de ce membre dans cette Régie régionale de la santé ont été suspendus ou substantiellement réduits pour incompétence, négligence ou mauvaise conduite ou que le membre a démissionné alors que ses compétences, ou sa conduite font l'objet d'une enquête, le PDG, après consultation avec le médecin-chef, peut suspendre les privilèges dudit membre du personnel médical en vertu de la section C.5.11 et par la suite les règlements administratifs seront suivis. **Le membre du personnel médical à la responsabilité d'aviser la RRS de toute suspension de privilège peut importe où.**

C.15.0 Prolongation du délai

Le PDG et le médecin-chef peuvent prolonger toute période à laquelle il est fait référence dans les présents règlements administratifs lorsqu'ils déterminent ou lorsqu'un des deux détermine que la période ne peut raisonnablement être respectée, et un avis de cette prolongation doit être transmis au membre, par écrit, ainsi qu'au président de tout comité qui pourrait être touché par la prolongation du délai.

C.16.0 Responsabilité en matière de consignation au dossier

- C.16.0.1** Tous les membres du personnel médical doivent assumer leurs responsabilités en matière de consignation au dossier conformément aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé* ou de la *Loi hospitalière* et de leurs règlements, sinon il y aurait lieu de procéder à une suspension, à une réduction ou à un retrait de leurs privilèges.
- C.16.0.2** Un membre du personnel médical peut faire l'objet d'une suspension lorsqu'il ne remplit pas le dossier d'un patient dans la période prévue dans les règles des règlements administratifs.
- C.16.0.3** Le PDG doit donner au membre du personnel médical, au président du CMCL et au chef de département du membre un avis de suspension temporaire de ses privilèges en vertu des présents règlements administratifs. Des dispositions doivent être prises par le membre pour trouver un remplaçant, au besoin.

C.17.0 Situations d'urgence

Quel que soit le statut du personnel ou du département, un médecin doit en cas d'urgence faire tout ce qui est en son pouvoir pour sauver la vie ou les organes vitaux d'un patient, y compris demander toute l'assistance pouvant être disponible. Aux fins du présent article, une urgence est définie comme une situation où la vie ou un organe vital d'un patient sont directement menacés et où un retard de traitement renforcerait ce danger. Dès la première occasion, le médecin-chef sera avisé de la situation d'urgence et des actions prises.

C.18.0 Organisation du personnel médical (OPM)

C.18.1 Une seule organisation du personnel médical

Il ne doit y avoir qu'une seule organisation du personnel médical pour l'ensemble de la RRS, et ce, peu importe le nombre d'établissements et de programmes administrés par cette dernière. L'organisation du personnel médical peut être sous divisée tel que décrit dans les règles des règlements administratifs.

L'organisation du personnel médical a pour objectifs:

- (a) de veiller à ce que tous les patients admis ou traités dans un établissement reçoivent les meilleurs soins possible dans le cadre des ressources de la RRS;
- (b) de veiller à un niveau de rendement professionnel élevé de la part de tous les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux autorisés à pratiquer dans un établissement quelconque par le truchement d'un examen et d'une évaluation continue du rendement de chaque membre;
- (c) de fournir des directives, de promouvoir des normes éducatives élevées généralement parmi le personnel médical et d'encourager la participation à la recherche médicale;
- (d) de prendre les dispositions nécessaires pour respecter les exigences des programmes de formation de premier, deuxième et troisième cycles gérés conjointement par une université ou un autre établissement technique ou universitaire, avec lequel la RRS a conclu une entente à des fins éducatives et formatives;
- (e) de participer au maintien et à l'amélioration de la santé communautaire;
- (f) de donner des conseils d'ordre médico-administratif au PDG et au conseil;
- (g) de créer une structure organisationnelle et d'examiner les procédures nécessaires afin de promouvoir l'atteinte des objectifs susmentionnés.

C.18.2 Énoncé de l'objectif

Les membres de l'OPM travailleront en collaboration avec la RRS afin d'offrir des services efficaces et efficaces à leurs patients. Les membres de l'OPM seront toujours conscients de la nécessité d'enseigner et de découvrir d'autres méthodes dont leurs patients pourraient bénéficier.

C.18.3 Philosophie

Les membres de l'OPM médical offriront leurs services de manière responsable et dans un esprit de compassion, et seront toujours conscients des besoins du patient et de la dignité des personnes et des familles.

Note d'information

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 26 mars 2018

Objet : Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration**Décision recherchée**

Les résultats de l'évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration sont soumis à l'attention du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour discussion et information.

Contexte / Problématique

- Vous trouverez ci-joint la compilation des résultats de la session de formation tenue le 12 février 2018 ainsi que les résultats de la réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration du 13 février 2018.
- Dans l'ensemble, les commentaires sont positifs. Les membres semblent avoir apprécié les sujets de formation. Certains auraient souhaités plus de temps pour discuter et assimiler les informations reçues. Nous retenons également les commentaires pour d'autres sessions de formation futures soit en lien avec les compétences avancées du personnel et les soins primaires.
- Concernant la réunion à huis clos, les membres réclament plus de temps pour discuter des enjeux, du rapport du PDG etc. Ceci sera tenu compte lors de la préparation de la prochaine réunion du Conseil.
- Quant à la réunion publique, les membres apprécient toujours l'histoire d'un patient et d'apprendre davantage sur les services, programmes du Réseau.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

L'importance d'obtenir la rétroaction des membres du Conseil d'administration afin d'améliorer le fonctionnement des réunions.

Considérations importantes

L'évaluation régulière du fonctionnement du Conseil d'administration contribue à la qualité de la gouvernance de l'organisation, car il permet d'établir dans quels domaines des améliorations sont nécessaires et peut par conséquent servir d'outil de perfectionnement pour son conseil d'administration. Répétée régulièrement, cette pratique garantit que le conseil dans son ensemble et que chacun de ses administrateurs examine régulièrement les structures et procédures existantes, vérifient l'efficacité des pratiques afin de déterminer celles qu'il convient de conserver et procurent des occasions de discuter des domaines d'amélioration continue.

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

Suivi à la décision

- Poursuivre l'évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration
- Assurer la mise en œuvre des actions recommandées par le Comité de gouvernance.

Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 8 mars 2018 par Gisèle Beaulieu, VP Performance, Qualité et Services généraux

Formulaire d'évaluation des réunions du Conseil d'administration

Questions Session de formation – 12 février 2018	Résultats					
	5	4	3	2	1	S/A
Nombre de répondants : 16						
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	10	6	0	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	8	6	1	0	0	0
3. La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	3	0	1	0	0	9
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	9	4	0	0	0	2
5. La direction était préparée et impliquée.	8	4	0	0	0	3
6. Les membres du conseil étaient préparés.	9	7	0	0	0	0
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	8	7	1	0	0	0
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	6	6	0	0	0	4
9. Les discussions étaient pertinentes.	11	5	0	0	0	0
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	8	3	0	0	0	3
11. Les suivis identifiés étaient clairs.	5	3	0	0	0	6
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	10	4	1	0	0	0
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	7	1	0	0	0	7
14. Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés?	4	0	0	0	0	11
<p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Excellentes présentations et conférenciers. Bonnes discussions. • Excellent! J'aime beaucoup cette convergence de tous les intervenants. • Très informatif. Tout un changement de culture en médecine! Réforme du bas vers le haut. Nous avons du chemin à faire. • Conférencier très intéressant. Très bon contenu. • Realy interestig – both presentations. • Très belles sessions – pertinentes et très informatives. • Très belle présentation du Dr Hébert sur les cliniques apprenantes. J'avais apprécié plus de temps pour discuter sur le sujet. Très intéressant!! Présentation de M. Dumez, approche intéressante avec les cliniques apprenantes, Désolée que M. Dumez n'était pas sur place... possible une rencontre face à face prochainement. • Excellente participation des deux présentateurs. • Dr Hubert et M. Dumez – toutefois, manque de temps. <p>Discussion future :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propose de présenter sur les compétences avancées (suite aux discussions des infirmières en oncologie de Grand-Sault pour expliquer les enjeux/considérations lors d'une pratique avancée ou spécialisée). • De très bons sujets – mais peut-être plus de temps pour l'assimilation. On fait quoi avec toutes ces informations. 						

Formulaire d'évaluation des réunions du Conseil d'administration

Questions Session de formation – 13 février 2018	Résultats					
Nombre de répondants : 14	5	4	3	2	1	S/A
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	8	5	0	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	5	6	1	1	0	0
3. La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	3	0	0	0	0	9
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	8	4	0	0	0	1
5. La direction était préparée et impliquée.	7	3	1	0	0	1
6. Les membres du conseil étaient préparés.	6	5	0	0	0	0
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	7	6	0	0	0	0
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	6	3	0	0	0	1
9. Les discussions étaient pertinentes.	8	5	0	0	0	0
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	6	1	0	0	0	5
11. Les suivis identifiés étaient clairs.	6	2	0	0	0	4
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	7	4	1	0	0	0
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	5	1	0	0	0	6
14. Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés?	3	0	0	0	0	8
<p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • J'ai bien apprécié les deux présentations sur le projet de l'HRC et le Conseil de la santé du NB. Cependant les deux sujets ont pris un peu plus de temps que prévu. La réunion à huis clos a donc commencé avec du retard. • Très informatif! Beaucoup apprécier la présentation de Stéphane. • Très bonne conférence. • J'aimerais qu'on se donne plus d'espace (physique). • Great subject. • Martin nous a fait un update intéressant. Bien informatif. • Deux bonnes présentations informatives, il serait agréable d'avoir une autre présentation avec M. Robichaud pour connaître davantage sur les défis de soins primaires au NB. Temps très limité... <p>Discussion future :</p> <ul style="list-style-type: none"> • On devrait peut-être alléger le temps alloué à la formation la deuxième journée pour s'assurer qu'il y ait assez de temps pour la réunion à huis clos. 						

Questions Réunion à huis clos – 13 février 2018	Résultats					
	5	4	3	2	1	S/A
Nombre de répondants : 16						
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	10	5	1	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	2	7	5	1	1	0
3. La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	4	6	1	0	1	3
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	8	7	0	0	0	0
5. La direction était préparée et impliquée.	10	5	0	0	0	0
6. Les membres du conseil étaient préparés.	6	7	2	0	0	0
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	6	9	1	0	0	0
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	8	4	2	0	0	1
9. Les discussions étaient pertinentes.	8	8	0	0	0	0
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	9	6	0	0	0	0
11. Les suivis identifiés étaient clairs.	7	7	0	0	0	2
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	7	6	2	1	0	0
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	9	6	1	0	0	0
14. Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés?	9	6	1	0	0	0

Commentaires :

- Souvent les membres du CA sont appelés à prendre de grosses décisions et exprime ne pas avoir suffisamment d'information pour être à l'aise de le faire. Avec le temps limité, la lecture de documents pertinents à faire avant les rencontres pourrait être bénéfique.
- Si on avait pu commencer à 10 h 00, nous aurions eu assez de temps. Il faudrait essayer d'éclaircir et/ou de répondre aux attentes des quelques membres du CA qui réclament plus de temps. Je crois que l'horaire actuel convient, mon pourrait probablement voir à ce qu'il soit moins chargé.
- Pas assez de temps; mauvais pour la digestion. Pa de temps de discuter des enjeux importants pour le conseil.
- Bonne réunion! Intéressant! Pas assez de temps pour la discussion avec le PDG.
- Il serait apprécié de modifier l'ordre du jour pour plus de temps discussion.
- Plus de temps pour discuter ad lib.
- Conférencier très intéressant, les échanges étaient très bons.
- Manque de temps.
- Manque de temps pour discussion approfondie sur divers sujets. Revoir la structure des rencontres et ajouter du temps pour les rencontres (ex. lundi matin).
- Beaucoup apprécié échange avec PDG. Même si celui-ci n'a pas eu le temps de nous informer. Malheureusement pas temps d'échange entre membres CA plus précisément. 1) Changer horaire/agenda et placer période avec PDG et présidente en premier lieu; 2) changer l'heure de début de la rencontre du CA à 13 heures au lieu de 15 heures.
- Plus de temps pour discussion au Conseil.
- Manque de temps pour les discussions. Sujet très pertinent et important.
- Pas assez de temps pour discuter des sujets présentés. Pas assez de temps avec PDG. Pas assez de temps avec présidente.

- Il faudra voir de quelle façon on peut mieux atteindre les attentes de tous les membres du Conseil

Discussion future :

- Plus de temps pour le conseil pour discuter leurs sujets d'intérêt sans restriction.
- Séjour longue durée.
- Changer horaire/agenda et placer période avec PDG et présidente en premier lieu
- Changer l'heure de début de la rencontre du CA à 13 heures au lieu de 15 heures.

Formulaire d'évaluation des réunions du Conseil d'administration

Questions Réunion publique – 13 février 2018	Résultats					
	5	4	3	2	1	S/A
Nombre de répondants : 15						
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	9	5	1	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	8	6	1	0	0	0
3. La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	9	5	1	0	0	0
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	9	5	1	0	0	0
5. La direction était préparée et impliquée.	9	5	1	0	0	0
6. Les membres du conseil étaient préparés.	8	6	1	0	0	0
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	7	7	1	0	0	0
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	9	5	1	0	0	0
9. Les discussions étaient pertinentes.	9	5	1	0	0	0
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	9	5	1	0	0	0
11. Les suivis identifiés étaient clairs.	9	5	1	0	0	0
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	9	5	1	0	0	0
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	9	5	1	0	0	0
14. Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés?	9	5	1	0	0	0
Commentaires <ul style="list-style-type: none"> • Très bonne réunion. • Un follow-up sur le dossier des séjours à longue durée. • Très belle réunion! Intéressant et informatif. C'est bizarre que les intervenants de la Clinique de douleur à Bathurst ne savait pas que Campbellton avait une clinique de douleur. Problème de communication entre régions (lacune – communication interne). • On a eu droit à de très belles présentations. Les membres du Conseil d'administration ont pu apprendre beaucoup de chose. • Présentations très intéressantes. Témoignage de patients toujours informatif et apprécié!! • Sujet de discussion (présentations) très intéressantes et pertinentes dans l'évolution de notre stratégie et soins axés sur le patient. Merci • Le dialogue avec le public a bien été, les nouvelles règles semblent fonctionner. 						

2018-03-19