

AVIS DE RÉUNION ☒

PROCÈS-VERBAL ☐

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 24 septembre 2018 à 09:00	
		Endroit :	Vidéoconférence	
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle	(Gilles)	
		Moncton : salle du conseil (local 2026)	(Lucille)	
Présidente :	Lucille Auffrey	Edmundston : salle 2281	(Lucie)	
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Grand-Sault : salle 0217	(Gaitan)	
		Tracadie : salle 1717	(Norma)	
		Téléconférence :	(Michelyne, Gisèle)	
Participants				
Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu		Lucille Auffrey Gaitan Michaud		Norma McGraw Michelyne Paulin
ORDRE DU JOUR				Documents
1. Ouverture de la réunion				
2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels				
3. Adoption de l'ordre du jour				
			D	✓
4. Résolution en bloc				
			D	✓
4.1	Adoption de la résolution en bloc			
4.2	Adoption du procès-verbal du 11 juin 2018			✓
4.3	Suivis de la dernière réunion tenue le 11 juin 2018			✓
4.4	Mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature			✓
4.5	Plan de travail 2018-19			✓
4.6	Plan de formation du Conseil d'administration 2018-19			✓
4.7	Changement officiel du nom de l'Hôpital de Tracadie-Sheila			✓
4.8	Lettres officielles – Commissariat à l'intégrité du N.-B. et Commissariat aux langues officielles du N.-B.			✓
4.9	Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration			✓
5. Autres				
5.1	Projet de recherche sur la gouvernance (Invitée : Stéphanie Collin)		I	✓
5.2	Démarche - Ressources humaines – constats		I	✓
6. Date de la prochaine réunion : le 14 novembre 2018 à 09:00				
			I	
7. 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 11 juin 2018 à 09:00
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Edmundston : salle 2281	(Gisèle, Lucie)
		Campbellton : salle 4002	(Sonia, Wesley)
Présidente	Lucille Auffrey	Téléconférence :	(Lucille, Gilles, Michelyne)
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 potentiels

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2018-06-11 / 01GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté avec l'ajout suivant :

5.4 Survey Monkey

Adopté à l'unanimité.

4. Résolution en bloc

4.1 Adoption de la résolution en bloc

4.2 Adoption du procès-verbal du 26 mars 2018

4.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 26 mars 2018

4.3.1 Règlements administratifs – Section médicale

4.4 Révision des politiques et procédures

4.5 Mandat du Comité professionnel consultatif

4.6 Nominations – Comité professionnel consultatif

4.7 Nominations – Comités médicaux consultatifs locaux

4.8 Nominations – Comité médical consultatif

4.9 Nominations – Comité d'éthique de la recherche

4.10 Nomination du médecin-chef régionale

4.11 Nomination de la présidente du Comité professionnel consultatif

4.12 Auto-évaluations, évaluation de la présidente du Conseil et des présidentes des divers comités, évaluations des pairs

4.13 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

La présidente demande aux membres si certains points de la résolution en bloc doivent être supprimés ou si la résolution en bloc est adoptée telle que présentée. Un membre demande que le point 4.13 soit retiré de la résolution en bloc.

MOTION 2018-06-11 / 02GMC

Proposé par Wesley Knight

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la résolution en bloc soit adoptée avec le retrait du point 4.13 « Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration ».

Adopté à l'unanimité.

4.13 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Un membre soulève que les commentaires ressortis sont positifs et pertinents, entre autres la visite du Centre hospitalier Restigouche a été très appréciée et les membres souhaitent poursuivre le même format dans les autres établissements. Nous tenterons dans la mesure du possible poursuivre cette nouvelle façon de faire, afin de mieux connaître les établissements du Réseau.

Pour ce qui est du bris de confidentialité du huis clos par deux membres, la présidente du Conseil d'administration a eu des discussions privées avec les deux membres concernés.

Gisèle Beaulieu commente que tous les commentaires ressortis lors des évaluations sont pris en note. En ce qui concerne le recrutement et le plan des ressources humaines, ces éléments font partie de son nouveau mandat et seront adressés durant les prochains mois. Une mise à jour pourra être effectuée au Conseil cet automne.

En ce qui a trait à la propreté des établissements, nous avons des normes à suivre à cet égard et nous travaillons actuellement à développer des audits pour mesurer le taux de propreté. Les résultats pourront être présentés à une réunion du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité. Aussi pour rassurer les membres, le Réseau de santé Vitalité obtient des taux d'infections nosocomiales sous les normes nationales.

5. Autres

5.1 Diverses définitions

Lors de la dernière réunion du Conseil d'administration, des questions ont été soulevées sur l'interprétation de certaines définitions. Celles-ci ont été ressorties dont :

Huis clos : une séance du conseil ou une partie de réunion à huis clos (en anglais in camera session) signifie « à porte fermée ». Elle est tenue sans la présence du public, afin de permettre aux administrateurs de discuter sans aucune contrainte de questions confidentielles et en toute liberté. Le public et les médias ne sont pas admis aux séances à huis clos et il n'y a aucune diffusion des délibérations. Une partie de la réunion sans la présence du PDG peut être tenue à huis clos avec tous les membres votants et non-votants du conseil. Ceci inclut la présidente du CMC et du CPC.

Séance de travail et de formation : rencontres entre les membres pour des situations particulières ou pour de la formation continue sur des sujets particuliers en lien avec les responsabilités de gouvernance. Une séance de travail ou de formation ne requiert pas la tenue d'un procès-verbal.

Les membres sont d'accord avec l'énoncé de ces définitions qui sont maintenant claires et précises.

5.2 Nominations des dirigeants, des présidents et des membres des comités

À chaque année, une grille est circulée aux membres du Conseil pour qu'ils fassent part de leurs choix/intérêts de siéger à des comités du Conseil. Certains critères sont utilisés pour établir la composition des comités :

- 1^{er} choix des membres ;
- Continuité dans les comités ;
- Tous les membres siègent à un comité ;
- 2^e et 3^e choix des membres pour combler les sièges ;
- Combinaison d'expérience et compétences ;
- Répartition équitable sur le territoire s'il y a lieu ;
- Répartition selon membre élu versus nommé si requis.

En ce qui concerne la composition des comités, les membres sont du même avis que lorsqu'un comité est composé de trois membres incluant le président, ceci pose un défi lorsqu'il y a une absence. Gisèle Beaulieu explique que la composition des comités est énumérée dans les règlements administratifs. D'ailleurs, la révision de la 2^e phase est prévue cet automne et cet élément sera réévalué et rapporté à une réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature lorsque la révision des règlements administratifs sera complétée.

Le Comité propose, de façon unanime, les personnes suivantes aux postes de dirigeants :

Vice-président

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Gabriel Godin à titre de vice-président.

MOTION 2018-06-11 / 03GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Gabriel Godin à titre de vice-président.

Adopté à l'unanimité.

Trésorier

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

MOTION 2018-06-11 / 04GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la nomination de Rita Godbout à titre de trésorière.

Adopté à l'unanimité.

Secrétaire

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

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

MOTION 2018-06-11 / 05GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Lucille Auffrey à titre de présidente au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2018-06-11 / 06GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la composition du Comité de gouvernance soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Lucille Auffrey, présidente
- Gaitan Michaud
- Norma McGraw

Adopté à l'unanimité.

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

MOTION 2018-06-11 / 07GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la composition du Comité de finances et vérification soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Rita Godbout, présidente
- Emeril Haché
- Wesley Knight
- Brenda Martin

Adopté à l'unanimité.

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

MOTION 2018-06-11 / 08GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Claire Savoie à titre de présidente au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2018-06-11 / 09GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la composition du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Claire Savoie, présidente
- Sonia A. Roy
- Anne Soucie

Adopté à l'unanimité.

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

MOTION 2018-06-11 / 10GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande Pauline Bourque à titre de présidente au Comité stratégique de la recherche et de la formation.

Adopté à l'unanimité

MOTION 2018-06-11 / 11GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la composition du Comité stratégique de la recherche et de la formation soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Pauline Bourque, présidente
- Gabriel Godin
- Jean-Marie Nadeau
- Denis Pelletier

Adopté à l'unanimité.

Le Comité exécutif est composé du président, vice-président, du trésorier, du secrétaire (PDG) et de 3 autres membres du Conseil ayant droit de vote.

MOTION 2018-06-11 / 12GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la composition du Comité exécutif soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous.

- Michelyne Paulin, présidente
- Gabriel Godin, vice-président
- Rita Godbout, trésorière
- Gilles Lanteigne, secrétaire
- Claire Savoie
- Lucille Auffrey
- Pauline Bourque

Adopté à l'unanimité.

5.3 Comité ad hoc du Conseil d'administration pour l'offre de services des hôpitaux et établissements communautaires

Le comité sera responsable de fournir au Conseil des recommandations, conseils, de la rétroaction concernant les préoccupations et les enjeux du Réseau en lien avec l'offre de service des hôpitaux et des établissements communautaires.

MOTION 2018-06-11 / 13GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande la mise sur pied d'un Comité ad hoc du Conseil pour l'offre de services des hôpitaux et établissements communautaires.

Adopté à l'unanimité.

Le comité ad hoc est composé de quatre membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence. Tous sont du même avis que la composition de ce comité tienne compte de la représentativité des membres où il y a un hôpital et/ou un établissement communautaire dans leur région.

MOTION 2018-06-11 / 14GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la composition du Comité ad hoc du Conseil d'administration pour l'offre de services des hôpitaux et établissements communautaires soit acceptée telle qu'indiquée ci-dessous :

- Gaitan Michaud
- Jean-Marie Nadeau
- Emeril Haché
- Sonia A. Roy

Adopté à l'unanimité.

Michelyne Paulin communiquera avec les membres ci-dessus pour savoir s'ils sont intéressés à siéger au Comité ad hoc du Conseil d'administration.

La présidence du comité sera déterminée lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration.

5.4 Survey Monkey

Madame Sonia A. Roy informe les membres qu'elle n'a pas réussi à évaluer tous les membres, puisqu'elle ne les voyait pas tous à l'écran. Gisèle Beaulieu commente qu'il y a eu des problèmes techniques quant au Survey Monkey, puis qu'elle n'est pas la seule à avoir eu de la difficulté. Nous tenterons d'éviter ces défis l'an prochain ou bien d'identifier une autre solution alternative.

6. Date de la prochaine réunion : le 24 septembre 2018 à 09:00.

7. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Sonia A. Roy à 10:10.

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 24 septembre 2018

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 11 juin 2018

Il n'y a aucun suivi à faire autre que ceux indiqués à l'ordre du jour de la rencontre.

Soumis le 14 septembre 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 24 septembre 2018

Objet : Mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature

Le mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature est présenté à titre d'information étant donné que le comité est constitué de nouveaux membres.

Soumis le 30 août 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 : 2018-06-26
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2018-04-17
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2018-06-26
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable d'orienter le Conseil sur les questions relatives 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 morale 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

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 24 septembre 2018

Objet : Plan de travail annuel 2018-19

Un plan de travail annuel est proposé afin que le Comité de gouvernance et de mise en candidature puisse s'acquitter de ses fonctions :

- Fonctionner efficacement en tant que Conseil;
- Définir clairement l'orientation de la Régie;
- Appuyer la Régie pour qu'elle réalise son mandat;
- Rendre compte et atteindre des résultats durables.

Proposé par

Appuyé

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature approuve le plan de travail pour l'année 2018-19

Adopté

Soumis le 30 août 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

PLAN DE TRAVAIL 2018-19

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date de la réunion	Activités
Septembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Recommande des séances de formation à l'intention du Conseil d'administration • Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA
Novembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des conseils sur la planification de la retraite du Conseil et de la révision annuelle du plan stratégique • Révision et approbation du plan de travail annuel du Conseil d'administration • Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA
Janvier 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Révision des outils d'évaluation du Conseil, des comités et des membres • Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA
Mars 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC • Évaluation de la performance du PDG, médecin-chef et présidente du CPC • Approbation des changements aux règlements administratifs (phase 2) • Conduite du sondage d'évaluation du Conseil et des membres. Révision des résultats • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA
Juin 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Révision du plan de travail et calendrier de réunions du Conseil d'administration • Approbation des mandats et des plans de travail des comités • Révision et approbation en bloc des politiques et procédures du Conseil d'administration • Recrutement et nomination des dirigeants et présidents des comités du Conseil • Soumet la sélection pour la mise en candidature pour les postes de vice-président et de trésorier, les membres de tous les comités du conseil ainsi que pour les postes au sein du CPC et du CMC • Détermination de la date de l'AGA • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA

2018 08 30

Note d'information

Plan de formation du Conseil d'administration 2018-19

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Item 4.6

Date : le 24 septembre 2018

Décision recherchée

- Approbation du plan de formation du Conseil d'administration 2018-19 qui est annexé à la présente note d'information.

Contexte

- Le plan de formation ci-joint est proposé afin que le Conseil d'administration puisse avoir accès à de la formation continue afin d'aider les membres à maintenir ou à améliorer leurs aptitudes et à mieux comprendre en quoi consiste le Réseau de santé Vitalité, ses secteurs et ses pratiques de Gouvernance.
- La formation vise à améliorer les connaissances des membres relatives à des sujets touchant entre autres la qualité et la sécurité des usagers dans les soins, la gouvernance, le processus de prise de décision dans l'allocation des ressources, etc.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Intérêt et identification des besoins des membres soulevés lors des évaluations des réunions du Conseil d'administration.
- Rôle du Conseil d'administration en fonction de la Loi sur les Régies régionales
- Rôle du Conseil d'administration en lien avec les Normes de Gouvernance d'Agrément Canada.

Considérations importantes

- Normes de Gouvernance d'Agrément Canada

Suivi à la décision

- Une révision annuelle sera effectuée suite à l'identification des besoins.

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le plan de formation du Conseil d'administration pour l'année 2018-19 soit approuvé.

Adoption

Soumis le 30 août 2018 par Gisèle Beaulieu, VP Performance, qualité et services généraux

Plan de formation du Conseil d'administration 2018-2019

Thème	Novembre 2018	Janvier 2019	Mars 2019	Juin 2019
Planification stratégique Exemples : <ul style="list-style-type: none"> • Révision annuelle • Cycle de planification • Allocation des ressources 	X			
Qualité et sécurité des usagers Exemples : <ul style="list-style-type: none"> • Rôle du CA • Patient-partenaire • Gestion des plaintes 		X		
Gouvernance Exemples : <ul style="list-style-type: none"> • Rôle en fonction de la Loi • Politique Code de conduite • Fonctionnement du Conseil • Rôle de mentor 			X	
Éthique				X

Note d'information

Changement officiel du nom de l'Hôpital de Tracadie-Sheila

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Item 4.7

Date : le 24 septembre 2018

Objet : Changement officiel du nom de l'Hôpital de Tracadie-Sheila.

Décision recherchée

Procéder aux consultations requises et obtenir l'appui du Conseil d'administration afin de changer le nom de l'Hôpital de Tracadie-Sheila à « Hôpital de Tracadie ».

Contexte / Problématique

Lors d'un plébiscite en décembre 2013, les citoyens ont voté majoritairement pour la création d'une grande municipalité qui regrouperait la ville de Tracadie-Sheila et 18 districts de services locaux (DSL) environnants. Les premières élections municipales de la nouvelle entité, nommée « Municipalité régionale de grand Tracadie-Sheila », ont eu lieu en mai 2014. À l'automne 2014, le conseil municipal a proposé le nom de « Municipalité régionale de Tracadie » et le changement législatif a été effectué en juin 2015 par le gouvernement provincial.

Officiellement, le nom de l'établissement hospitalier de Tracadie est « Hôpital de Tracadie-Sheila ». C'est l'appellation qui est utilisée par le Réseau dans toute notre documentation et nos communications. Mais dans les faits, surtout en matière d'affichage extérieur, le nom de « Hôpital de Tracadie » est celui que l'on retrouve encore aujourd'hui.

La fondation qui appuie l'établissement se nomme « Fondation Les amis de l'Hôpital de Tracadie inc. ».

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Le bulletin du système de santé AD3007 Nom et orthographe officiels des établissements (joint en annexe de cette note) établit les lignes directrices au sujet des noms et de l'orthographe officiels des établissements des régions régionales de la santé (RRS). On y stipule notamment que les RRS doivent aviser le ministère de la Santé lorsque le nom d'un établissement est changé ou ajouté, afin que les bases de données puissent être mises à jour.

Mise à jour des bases de données : SIG, BDCP, BDRH, Télé-soins, RASS, PtCT, HIRS, Medcontinuum, MedQM, SPSC, PPRCH, assurance-maladie, etc.

Le nom anglais sera « Tracadie Hospital ».

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Démarche proposée pour mener au changement de nom :

- Appui officiel de l'équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité;
- Consultation de la Fondation Les amis de l'Hôpital de Tracadie;
- Consultation du personnel médical de la Péninsule acadienne;
- Consultation du conseil municipal de Tracadie;
- Proposition du nouveau nom au Conseil d'administration pour approbation;
- Aviser le ministère de la Santé du changement de nom;
- Communiquer le changement à l'interne;
- Mettre à jour les bases de données, tableaux de bord, etc.

Le Service des communications et de l'engagement communautaire mettra à jour les différents gabarits de documents (en-tête de lettre, enveloppes, note de service, communiqués, etc.) pour refléter le changement de nom de même que le site Internet et le Boulevard.

Pour éviter le gaspillage, les documents imprimés portant l'ancien nom pourront être utilisés jusqu'à épuisement des stocks.

Proposition et résolution

Proposé par

Appuyé par

Et résolu que l'Hôpital de Tracadie-Sheila porte officiellement le nom de « Hôpital de Tracadie » afin de mieux refléter le nom de la nouvelle municipalité régionale dans laquelle il se trouve.

Adopté

Soumis le 30 août 2018 par Gisèle Beaulieu, VP Performance, Qualité et Services généraux

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 24 septembre 2018

Objet : Lettres officielles – Commissariat à l'intégrité du N.-B. et Commissariat aux langues officielles du N.-B.

Nous avons reçu dernièrement deux lettres provenant du Commissariat à l'intégrité du N.-B. dont une en français et l'autre en anglais.

Compte tenu le statut linguistique francophone du Réseau, nous nous sommes questionnés à savoir si la documentation provenant des différents Commissariats (aux langues officielles et à l'intégrité) devait être reçu en français.

Suite aux suivis effectués, il semble que la pratique des deux Commissariats est de rédiger les documents dans la langue du plaignant ou requérant. Une discussion a eu lieu avec le Commissariat à l'intégrité et ceux-ci communiqueront dorénavant avec nous en français dans les situations où la communication ne s'adresse pas directement au plaignant dont la langue de préférence est l'anglais ou que celui-ci ne soit pas mis en copie. Au niveau du Commissariat aux langues officielles, il semble que la pratique actuelle se poursuivra, c'est-à-dire que les communications soient toujours dans la langue de choix du plaignant, car à toutes les étapes du processus d'enquête, le plaignant est placé en copie conforme.

Le sujet est apporté pour discussion et obtenir l'avis des membres quant à cette pratique.

Soumis le 30 août 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Note d'information

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 24 septembre 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 séance de formation tenue le 26 juin 2018 ainsi que les résultats de la réunion à huis clos, de la réunion publique du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale annuelle du 26 juin 2018.
- Dans l'ensemble, le taux de participation aux diverses évaluations est très élevé, ce qui est très bien.
- Les membres semblent avoir apprécié la présentation sur les autochtones. Certains se questionnent sur le lien à en faire avec leur rôle de directeur. Une discussion sur le sujet pourrait être effectuée lors de la retraite du Conseil en décembre pour la mise à jour du plan stratégique. Une suggestion a également été faite d'intégrer la revue des articles à la session de formation.
- Les résolutions en bloc semblent avoir été appréciées de tous et permettent d'avoir plus de temps pour les discussions importantes.
- Il semble y avoir eu une amélioration quant à la satisfaction du déroulement de l'Assemblée générale annuelle comparativement à l'an passé. Toutefois il y a un questionnement sur la redondance de certains sujets discutés lors de la réunion publique. Ceci pourra être revu lors de la préparation de l'AGA l'an prochain.

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 30 août 2018 par Gisèle Beaulieu, VP Performance, Qualité et Services généraux

Formulaire d'évaluation des réunions du Conseil d'administration

Questions Séance de formation – 26 juin 2018	Résultats					
	5	4	3	2	1	S/A
Nombre de répondants : 17						
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	11	5	0	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée.	11	6	0	0	0	0
3. La documentation permettait de comprendre les enjeux.	11	6	0	0	0	0
4. La direction était préparée et impliquée.	11	5	0	0	0	0
5. Les membres du conseil étaient préparés.	7	7	0	0	1	0
6. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	8	8	1	0	0	0
7. Les discussions étaient pertinentes.	9	7	0	0	0	0
<p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dû à la nature de la présentation, je crois que personne du Conseil n'était prêt pour cette incroyable présentation. Merci pour le réveil et la prise de conscience. Wow!! • Retour à nos valeurs; se réactualiser. • J'ai apprécié la rencontre des employés; à refaire! • Wow! Merci! Nous avons besoin de changer de paradigme face à la culture autochtone! Présentation – éveil. • Très belle et informative session. Belle présentation! • La présentation fut excellente, mais je suis encore confuse à savoir comment je dois intégrer ceci avec mon rôle sur le Conseil. • Très bonne présentation. On a beaucoup à apprendre du peuple autochtone. • Excellente présentation. • Belle présentation et intéressante. Nous sensibilise davantage. • Bravo! Quelle belle initiative pour toutes les parties. • A eye opener. What a learning curve. • Très bien et intéressant. Peut-être que l'on pourrait intégrer dans ce volet les textes de lecture (articles) sur des sujets en santé. • Excellente présentation du Dre LeBlanc et de son équipe. Une formation qui change la perception des états de faits préconçus. • Excellente présentation. <p>Discussions futures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il serait intéressant de maintenir une discussion avec ce projet. 						

Formulaire d'évaluation des réunions du Conseil d'administration

Questions Réunion à huis clos – 26 juin 2018	Résultats					
Nombre de répondants : 15	5	4	3	2	1	S/A
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	8	6	0	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	5	9	1	0	0	0
3. La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	5	8	0	0	1	0
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	5	10	0	0	0	0
5. La direction était préparée et impliquée.	5	10	0	0	0	0
6. Les membres du conseil étaient préparés.	5	10	0	0	0	0
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	5	10	0	0	0	0
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	5	9	0	0	1	0
9. Les discussions étaient pertinentes.	6	9	0	0	0	0
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	6	9	0	0	0	0
11. Les suivis identifiés étaient clairs.	6	9	0	0	0	0
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	6	9	0	0	0	0
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	6	8	0	0	0	1
14. Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés?	6	9	0	0	0	0
Commentaires : <ul style="list-style-type: none"> • Déroulement approprié! • Très bonne discussion. Belle participation du Conseil. • Bien d'avoir résolution par consentement. • Plaisant – approbation résolutions en bloc. • Great session. • Très bonne préparation. • Il ne faut pas trop restreindre le temps relié à cette réunion. Il y a toujours des sujets à discuter. 						

Formulaire d'évaluation des réunions du Conseil d'administration

Questions Réunion publique – 26 juin 2018	Résultats					
	5	4	3	2	1	S/A
Nombre de répondants : 14						
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	11	3	0	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	11	3	0	0	0	0
3. La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	11	3	0	0	0	0
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	11	3	0	0	0	0
5. La direction était préparée et impliquée.	10	4	0	0	0	0
6. Les membres du conseil étaient préparés.	10	4	0	0	0	0
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	8	6	0	0	0	0
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	10	4	0	0	0	0
9. Les discussions étaient pertinentes.	9	5	0	0	0	0
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	9	5	0	0	0	0
11. Les suivis identifiés étaient clairs.	9	4	0	0	0	0
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	9	5	0	0	0	0
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	11	3	0	0	0	0
14. Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés?	9	4	0	0	0	0
Commentaires : <ul style="list-style-type: none"> • J'aime bien les résolutions en bloc. • Un bel effort vers l'amélioration de nos réunions. • Très bonne réunion. • Bien aimé résolution par consentement. Je pense qu'on pourrait juste faire révision de 1 article et non 2; un peu long. Et on pourrait sauter ce point lors de l'AGA et réunion publique. • J'apprécie beaucoup les résolutions en bloc. • Très bonne réunion. • Cette réunion était un peu répétitive de l'AGA qui l'avait précédée. 						

Formulaire d'évaluation des réunions du Conseil d'administration

Questions Assemblée générale annuelle – 26 juin 2018	Résultats					
Nombre de répondants : 15	5	4	3	2	1	S/A
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	8	6	0	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	6	9	0	0	0	0
3. La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	8	7	0	0	0	0
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	7	8	0	0	0	0
5. La direction était préparée et impliquée.	8	7	0	0	0	0
6. Les membres du conseil étaient préparés.	7	8	0	0	0	0
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	6	8	1	0	0	0
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	7	8	0	0	0	0
9. Les discussions étaient pertinentes.	7	8	0	0	0	0
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	8	7	0	0	0	0
11. Les suivis identifiés étaient clairs.	8	7	0	0	0	0
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	8	6	0	0	0	0
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	7	7	0	0	0	1
14. Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés?	7	5	0	0	0	0
Commentaires : <ul style="list-style-type: none"> • Très bonne réunion pour l'assemblée générale annuelle du Conseil d'administration. • Un peu lourd... tous les rapports. • Merci de l'occasion de rencontrer le Ministre Bourque à notre AGA. Beaucoup apprécier le temps accordé pour la rencontre du personnel sur l'heure du midi. Bel échange. • Tout s'est bien déroulé. • Bonne formule de permettre à chacun des présidents du comité de présenter leurs résultats annuels. 						

2018-09-14

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 24 septembre 2018

Objet : Projet de recherche – Gouvernance

En février 2017, 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.

L'étude entre maintenant dans une nouvelle phase et les membres seront sollicités à participer à des entrevues. Il y aura aussi des observations en direct de certaines activités du conseil d'administration telles les réunions de conseil ou de ses comités. Enfin, la documentation des rencontres sera analysée. Le tout sera conforme au protocole de l'étude. Madame Collin impliquera des étudiants du programme de maîtrise en santé pour réaliser la cueillette de données. Cette dernière sera présente pour faire une mise à jour du projet et présenter les prochaines étapes ainsi que les modalités de mise en œuvre du projet. Elle pourra aussi répondre aux questions des membres.

Vous trouverez en annexe deux documents qui feront l'objet de discussions avec Madame Collin.

Soumis le 30 août 2018 par Gisèle Beaulieu, VP Performance, Qualité et Services généraux

GOUVERNANCE ET GESTION DES ORGANISATIONS DE SANTE : IMPACTS DES REFORMES

Chercheure principale : Lise Lamothe
Ph.D., professeure titulaire, ESPUM
710,1 avenue du Parc, Montréal, QC, H3N 1X9
514-343-7983
lise.lamothe@umontreal.ca

Personne ressource pour le CHUDrGLD : Stéphanie Collin
Candidate au Ph.D. Santé publique, ESPUM, et
Professeure à l'École des Hautes études publiques, Université de Moncton
18, avenue Antonine-Maillet, Moncton, NB, E1A 3E9
506-858-3726
stephanie.collin@umoncton.ca

Marie-Andrée Paquette
Ph.D. Santé publique et professionnelle de recherche
710,1 avenue du Parc, Montréal, QC, H3N 1X9
mandree.paquette@gmail.com
514-234-3534

François Lamy
candidat au Ph.D. Santé publique et consultant en gestion
710,1 avenue du Parc, Montréal, QC, H3N 1X9
francois.lamy@umontreal.ca
514-592-3672

Version 2, 14 février 2018

RÉSUMÉ

Ce projet de recherche vise, d'une part, à étudier les dynamiques de prise de décision entre les acteurs impliqués dans la gouvernance et, d'autre part, à identifier les principaux changements et impacts sur l'atteinte des objectifs fixés. Afin d'atteindre ces deux objectifs principaux, nous porterons notre attention sur les processus de gouvernance des conseils d'administration (CA) de deux CISSS québécois et d'un réseau de santé du Nouveau-Brunswick. En matière de cadre d'analyse, dans l'optique de caractériser les dynamiques de prise de décision, deux perspectives sont retenues. La première perspective est axée sur la recherche de pratiques prometteuses et reproductibles (*best practices*) quant à la gouvernance des établissements de santé. La deuxième perspective s'intéresse aux dynamiques et rapports entre les acteurs concernés (Crozier et Friedberg, 1992) lors de la prise de décision des CA des établissements de santé. Pour chacun des cas (3), trois (3) stratégies de collecte de données qualitatives seront mobilisées : l'analyse documentaire, les entretiens individuels semi-dirigés et l'observation non-participante.

PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Depuis plusieurs années, au Canada, il semble admis que la gouvernance des établissements de santé doit être réformée. L'*Institut sur la gouvernance des organisations publiques et privées* (IGOPP) s'est penché attentivement sur cette question, publiant deux rapports ainsi que deux mémoires entre 2008 et 2014. Outre le constat central d'une gestion insuffisamment centrée sur les patients, l'Institut relevait alors que la capacité des conseils d'administration (CA) à assurer adéquatement la gouvernance de ces établissements était minée par des problèmes de légitimité et de crédibilité ainsi que par une politisation importante de leurs dynamiques décisionnelles. En effet, certaines règles encadrant le fonctionnement et la nomination des membres des CA ont contribué à la présence, au sein de ces conseils, de nombreux administrateurs ayant une connaissance insuffisante de la réalité, des enjeux spécifiques au système de santé. Cela a généré un problème de légitimité et de crédibilité important, lui-même amplifié par la présence d'une grande proportion d'administrateurs internes à l'organisation ayant des intérêts directs dans la prise de décision. De plus, un manque de décentralisation de la part du gouvernement est dénoncé; les CA d'établissement n'auraient pas toute l'autonomie et les pouvoirs requis à l'exercice de leurs responsabilités (Allaire, Nadeau & Bédard 2014; IGOPP 2014, 2008; Nadeau 2011).

Le dernier rapport de l'Institut affirme que le nécessaire recentrage sur le patient passe par une coordination, une communication, une transparence et une imputabilité accrues des acteurs responsables de la gouvernance des établissements. Il propose des pistes de solution afin de répondre aux problèmes précédemment soulevés, notamment :

1. Opter pour des mécanismes de désignation (plutôt que d'élections) s'appuyant sur des profils d'expérience et d'expertise déterminés
2. Limiter la taille des CA et en accroître la proportion de membres indépendants
3. Maintenir, voire renforcer/bonifier les comités statutaires en place au sein des CA, notamment en matière de gouvernance et d'éthique
4. Assurer une réelle décentralisation - du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vers les CA d'établissement - avec un redécoupage en régions de services (IGOPP 2014)

Au Québec, l'imposante réforme du système de santé mise en place en vertu de l'adoption, par le gouvernement, du projet de loi 10 à l'automne 2015 fait suite à bon nombre de ces recommandations (Nadeau 2011), comme en témoigne le tableau suivant :

Tableau 1. Comparaison des règles de fonctionnement des CA d'établissement¹

	Depuis 2011 (PL 127) jusqu'en 2015 (PL 10)	Depuis 2015 (PL 10)
Composition du CA	<p>DG d'établissement (CSSS)</p> <p>2 personnes indépendantes <i>élues par la population</i></p> <p>2 personnes désignées par le comité des usagers</p> <p>1 personne désignée par la fondation de l'établissement (le cas échéant)</p> <p>2 personnes désignées par le milieu universitaire (si affiliation universitaire)</p> <p><u>Communauté interne :</u></p> <p>1 personne désignée par le CMDP</p> <p>1 personne désignée par le CI</p> <p>1 personne désignée par le conseil des sages-femmes</p> <p>1 personne désignée parmi les membres du personnel de l'établissement, mais n'appartenant à aucun conseil</p> <p>[S/O]</p> <p>2 personnes indépendantes nommées par l'agence régionale</p> <p>6 personnes indépendantes cooptées par les membres du CA</p>	<p>PDG d'établissement (CISSS/CIUSSS)</p> <p>[S/O]</p> <p>1 personne désignée par le comité des usagers</p> <p>1 membre observateur (sans droit de vote) : président de la fondation de l'établissement (le cas échéant)</p> <p>1 personne nommée par le Ministre à partir d'une liste fournie par les universités (si affiliation universitaire)</p> <p><u>Communauté interne :</u></p> <p>2 médecins (1 omni + 1 spécialiste) nommés par le CMDP</p> <p>1 personne désignée par le CI</p> <p>1 personne désignée par le conseil multidisciplinaire</p> <p>[S/O]</p> <p>1 pharmacien d'établissement désigné par le conseil régional des services pharmaceutiques</p> <p>9 personnes indépendantes nommées par le Ministre</p>
Règles de désignation (précisions)	<p><u>Membres indépendants</u> : cooptés par les autres membres du CA sur la base de <i>profils de compétence et d'expérience</i> développés par le comité <i>Gouvernance et éthique</i> du CA et approuvé par ce dernier.</p> <p><u>Président du CA</u> : membre indépendant élu par le CA</p> <p>DG d'établissement : <i>nommé par le CA</i>, sur la base de <i>recommandations d'un comité de sélection et de profils de compétence et d'expérience</i> (voir précédemment)</p>	<p><u>Membres indépendants</u> : nommés par le Ministre sur la base de <i>profils de compétence et d'expérience</i> établis par le <i>Ministre</i> et spécifiés par la Loi (9) et de recommandations d'un <i>comité d'experts en gouvernance</i> formé par le Ministre</p> <p><u>Président du CA</u> : membre indépendant <i>nommé par le Ministre</i></p> <p>PDG d'établissement : <i>nommé par le gouvernement</i> sur la base de <i>recommandations du Ministre</i>, à partir d'une <i>liste fournie par les autres membres du CA</i></p>
Durée des mandats	<p>Pour tous (sauf DG) : 4 ans, 2 mandats consécutifs</p> <p>Président du CA : 1 an, 2 mandats consécutifs ?</p> <p>S/O pour la durée et les mandats consécutifs du DG</p>	<p>Pour tous (sauf PDG) : 3 ans ; S/O pour mandats consécutifs</p> <p>Président du CA : 2 ans ; S/O pour mandats consécutifs</p> <p>PDG : durée maximale de 4 ans ; S/O pour mandats consécutifs</p>

À la lecture de ce tableau, on constate que cette réforme a mené à la mise en place de changements importants concernant la composition et le fonctionnement des CA, qui laissent présager des impacts significatifs sur les rapports entre les différentes parties prenantes. Quatre (4) points de convergence avec les recommandations de l'IGOPP ressortent aussi particulièrement :

1. Les mécanismes d'élection par la population sont abolis;
2. Le concept d'indépendance est renforcé. En effet, malgré des ratios administrateurs indépendants /administrateurs internes quasi équivalents, le CA n'intervient plus que très indirectement dans la désignation de ces administrateurs indépendants;
3. Le comité en gouvernance et éthique est maintenu (mais il se voit enlevé la responsabilité de développer les profils d'expérience et d'expertise pertinents);
4. Un nouveau type d'établissement, les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), est créé. Pour la plupart, ces CISSS regroupent, au sein d'une même région de services, plusieurs anciens centres de santé et de services sociaux (CSSS).

¹ Dans le tableau I, l'acronyme « DG » signifie directeur général, l'acronyme « CMDP » signifie conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et l'acronyme « CI » signifie conseil des infirmières et infirmiers.

Il ressort également de cette comparaison un constat majeur, soit l'accroissement des pouvoirs du Ministre de la Santé et des Services sociaux en matière de désignation des administrateurs. S'ajoutent à cela certaines modifications apportées aux règles de fonctionnement du CA, qui octroient également au Ministre un droit de regard accru dans la gestion des établissements. En effet, en respect de la Loi 10, le Ministre peut 1) prescrire toute règle, structure ou mesure qu'il juge susceptible d'améliorer l'organisation ou la gestion de l'établissement; 2) donner des directives spécifiques à un établissement concernant les objectifs, orientations ou actions à entreprendre; 3) se prévaloir d'un droit particulier de gestion des ressources si les besoins d'optimisation le justifient; 4) assumer temporairement les responsabilités d'un CA d'établissement en cas d'incompatibilité CA/PDG/PDGA²; 5) établir les règles budgétaires des établissements et identifier les montants de dépenses de fonctionnement alloués par programme-service.

Ces changements à la gouvernance des établissements laissent présager des effets particuliers sur les rapports de négociation et les dynamiques de prise de décision sur la base desquelles se construit cette gouvernance. Or, il nous apparaît que ces répercussions, particulièrement celles sur les dynamiques de prise de décision, n'ont pas encore été étudiées. C'est ce que nous proposons de faire dans le cadre de notre étude. Plus précisément, son but est de caractériser les dynamiques de prise de décision entre les acteurs impliqués dans la gouvernance (enjeux discutés, orientations prises, relations avec la direction de l'établissement et les instances supérieures de décision, etc.) et, ainsi, d'identifier les principaux changements et impacts sur l'atteinte des objectifs fixés.

À cet effet, nous poursuivons les objectifs spécifiques suivants :

1. Identifier les thèmes et les enjeux qui sont (et ont été) abordés lors des séances de conseil;
2. Dégager la dynamique de la prise de décision autour de ces enjeux;
3. Expliquer l'impact de ces changements d'importance sur :
 - La représentation que se font les acteurs de la gouvernance d'un système de santé;
 - Les rôles et les responsabilités des parties prenantes (CA/MSSS; différents membres du CA); et enfin
 - La dynamique de prise de décision.

Afin d'atteindre ces objectifs, nous porterons notre attention sur les processus de gouvernance des conseils d'administration de deux CISSS québécois. Nous comptons également enrichir notre compréhension des impacts de telles réformes sur les dynamiques décisionnelles des CA par l'étude complémentaire d'un cas au Nouveau-Brunswick, où une réforme similaire de la gouvernance du système de santé a été implantée en 2008.

CADRES D'ANALYSE

Les processus de changement, de gouvernance et de pilotage de réformes en santé ont fait l'objet d'une littérature très vaste (voir par exemple : Cloutier et al. 2016; Denis 2002; Denis et al. 2015; Gilbert et al. 2007; Touati et al. 2007). Parmi celles-ci, deux (2) perspectives nous apparaissent particulièrement porteuses afin de répondre à nos objectifs, c'est-à-dire caractériser les dynamiques décisionnelles ayant cours au sein des CA d'établissement et identifier les changements qui sont survenus à cet égard.

1) La gouvernance des établissements de santé : leadership partagé, partenariats et alignements nécessaires

Le premier de ces créneaux de littérature est principalement axé sur la recherche de pratiques prometteuses et reproductibles (*best practices*) pour la gouvernance des établissements de santé. À cet égard, la

² L'acronyme « PDG » signifie président-directeur général, alors que « PDGA » signifie président-directeur général adjoint.

gouvernance des hôpitaux y est définie comme un ensemble de processus et d'outils de prise de décision qui permet d'orienter les activités de l'institution et d'influencer les comportements organisationnels pertinents (Duran et al. 2011). Une telle approche reconnaît donc la multiplicité des acteurs impliqués dans la gouvernance des établissements :

« In practice, many players can participate separately or simultaneously in the governance process: national, regional or local government, the Supervisory Board, the Management (or Executive) Board, senior management staff, physician heads of clinical departments, the medical staff organization, and also various types of patient groups, all of which create a complex mosaic of decision-making relationships among and between different actors, both within and beyond the hospital walls. » (Duran et al. 2011: 39; voir aussi Taylor 2000).

En ce sens, on reconnaît que les CA d'établissement, même s'ils jouent un rôle central dans la gouvernance, n'en sont pas les seuls tributaires : une gouvernance efficace des établissements de santé implique un partenariat étroit entre plusieurs leaders interdépendants (Taylor 2000). En effet, la reconnaissance du caractère partagé de la gouvernance oblige à penser la capacité d'un conseil d'administration à fixer, réaliser et mesurer l'atteinte des objectifs de l'organisation comme s'appuyant pour une large part sur sa capacité à générer un alignement (stratégique) entre les valeurs, buts et activités poursuivis par l'organisation. Afin d'être en mesure de gouverner efficacement (d'atteindre les objectifs fixés), il apparaît donc important que le CA d'un établissement de santé :

1. Articule clairement la mission et la vision de l'organisation
2. Exerce un leadership proactif en matière de partenariat (intensité des interactions avec les leaders)
3. Définisse ses objectifs en termes des besoins auxquels l'organisation doit répondre, en collaboration avec les intervenants clés de l'organisation
4. S'appuie sur une chaîne / des règles d'autorité et d'imputabilité claire et unique (non-dédoublee : notamment, PDG redevable à un seul CA)
5. Adopte un mode de fonctionnement efficient, via 1) un recrutement uniquement basé sur la compétence; 2) la limitation de l'espace/temps occupé par les jeux politiques; 3) l'utilisation optimale de ses ressources (minimisation des coûts, notamment par la réduction de sa taille : « The smaller the individual boards are within a system, the higher the probability that they remain focused on the system and their role in it rather than organization-specific issues. » (Taylor 2000 : 119).

Parce qu'une telle approche permet de considérer les dynamiques décisionnelles (et les changements à cet égard) sous l'angle des moyens qui sont discutés et mis en œuvre par le CA pour atteindre les objectifs de l'organisation, il nous semble intéressant de caractériser les dynamiques décisionnelles prévalant au sein des CA d'établissement selon ces différentes dimensions d'une gouvernance efficace.

2) Marges de manœuvre, zones d'incertitude et stratégies : comment les acteurs répondent-ils au changement des règles du jeu ?

Les nouvelles modalités de fonctionnement imposées aux CA d'établissement par la Loi 10 peuvent être envisagées comme un changement majeur des « règles du jeu » en matière de gouvernance des établissements. À ce titre, il s'avère intéressant d'examiner les dynamiques décisionnelles, et plus particulièrement les changements qui sont survenus à cet égard suite à la réforme, sous l'angle des stratégies de contrôle de l'incertitude mises en place par les acteurs.

Examinant les dynamiques d'acteurs au sein de systèmes bureaucratiques, Michel Crozier (1961) postule que les règles émises à partir du sommet de la hiérarchie ne peuvent contrôler toutes les décisions. Partant, il demeure toujours des zones d'incertitude résiduelle, dont la maîtrise procure à « ceux qui les contrôlent [...] un pouvoir considérable sur ceux qui sont affectés par cette incertitude » (Lamothe 1999 : 133). Par conséquent,

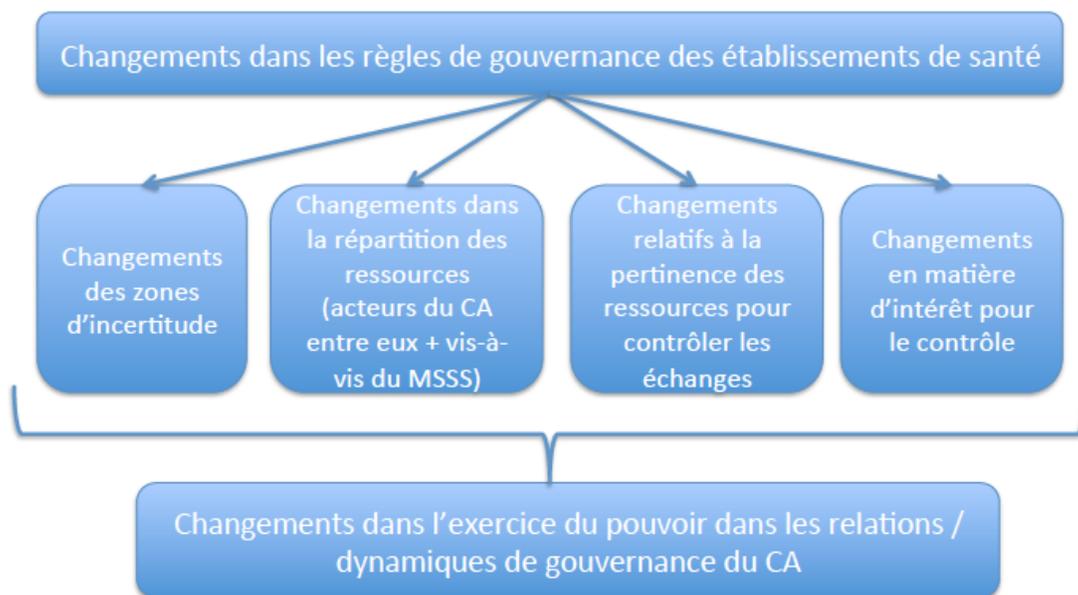
selon Crozier (1964), différents groupes vont chercher à obtenir un certain contrôle sur les décisions organisationnelles les affectant. À cet effet, ils adoptent des stratégies afin de maximiser leur champ d'influence, lui-même associé à une zone de contrôle de l'incertitude.

Cette approche peut s'avérer utile afin de caractériser les rapports qui se mettent en place à travers les dynamiques décisionnelles des CA d'établissement. Si les règles et la structure formelles de l'organisation ne dictent pas à proprement parler la conduite des acteurs qui la compose, elles demeurent, en fait, un déterminant majeur de l'exercice du pouvoir. En effet, en plus de mettre en relation les acteurs de l'organisation, ces règles et structures définissent en grande partie les lieux où peuvent se développer des relations de pouvoir, en créant et circonscrivant les zones d'incertitude que les acteurs « tenteront tout naturellement de contrôler pour les utiliser dans la poursuite de leurs propres stratégies, et autour desquelles se créeront donc des relations de pouvoir » (Crozier et Friedberg 1992). Ces règles et structures formelles encadrent par ailleurs l'exercice du pouvoir suivant trois (3) manières spécifiques :

- 1) Par l'asymétrie dans la distribution des ressources entre les acteurs : parce qu'elle définit les canaux de communication et accorde à certains de ses membres une autorité légitime sur les autres notamment, l'organisation affecte la manière dont ces ressources sont réparties.
- 2) Par les objectifs et activités de l'organisation qui valorisent certaines ressources par rapport à d'autres ;
- 3) Par les enjeux perçus : pour que les acteurs acceptent de s'engager dans une relation de pouvoir, ils doivent percevoir « des enjeux suffisamment pertinents au regard de leurs atouts et de leurs objectifs, et *suffisamment importants* pour justifier une mobilisation de leur part ». Les règles et structures formelles affectent cette volonté de mobilisation, cet intérêt à contrôler certaines zones d'incertitude, en encadrant considérablement les possibilités de gain de chacun (Crozier et Friedberg 1992).

Dans une telle perspective, l'effet d'un changement des règles formelles de gouvernance sur les dynamiques décisionnelles dans les CA d'établissement, et plus particulièrement sur les rapports de force qui les sous-tendent, pourrait être envisagé de la manière suivante :

Figure 1. Impact des règles et de la structure formelles sur les dynamiques relationnelles des CA d'établissement de santé (adaptée de Paquette 2006)



Une telle articulation de ces dimensions pourra s'avérer fort utile afin d'analyser et d'expliquer les répercussions de la réforme sur les dynamiques de prise de décision entre les acteurs impliqués dans la gouvernance.

MÉTHODOLOGIE

Devis de recherche

Dans la mesure où les effets des réformes du système de santé sur les dynamiques décisionnelles ayant cours au sein des CA d'établissement ont jusqu'ici été peu étudiées, notre recherche sera essentiellement de nature exploratoire. Afin d'atteindre nos objectifs, nous avons opté pour un devis d'étude de cas multiples sur trois (3) sites, dont deux (2) CISSS québécois, auquel s'ajoutera un cas néo-brunswickois. Les deux sites au Québec sont le CISSS de Laval et le CISSS des Laurentides, tandis que le site au Nouveau-Brunswick (NB) est le Réseau de santé Vitalité (RSV). Le choix des deux cas québécois sera effectué sur la base de leur capacité à révéler le plus grand nombre possible des effets potentiellement associés à la réforme sur les dynamiques de prise de décision prévalant au sein des CA d'établissement (Yin 2009).

Afin d'enrichir notre recherche d'une expérience hors province, notre compréhension des dynamiques décisionnelles faisant suite à la réforme québécoise, nous porterons également notre attention sur l'un des deux réseaux de santé néo-brunswickois. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le Nouveau-Brunswick a implanté en 2008 une réforme de son système de santé comportant un grand nombre de similitudes avec la réforme québécoise en ce qui concerne la gouvernance des établissements de santé. Son expérience plus longue d'une telle réforme contribuera à enrichir substantiellement les apprentissages qui pourront être faits au Québec.

Cette réforme néo-brunswickoise, comme celle du Québec, supposait au départ une réduction importante du nombre d'instances de gouvernance régionale : de huit (8) Régies régionales de la santé (RRS), on passe à deux (Réseau de santé Vitalité : RRS A et Réseau de santé Horizon : RRS B). Notons d'ailleurs que le réseau Vitalité est officiellement francophone et que son PDG a déjà démontré un intérêt à participer au projet. Ayant pour objectif un recentrage sur les intérêts généraux de la population et des patients, la *Loi sur les régies régionales de la santé* adoptée en 2008 prévoyait que tous les membres des CA seraient nommés par le ministre de la Santé, en fonction des habiletés et compétences requises, en plus d'être rémunérés. Cette décision s'appuyait sur des pratiques exemplaires dans le domaine de la gouvernance ministérielle ainsi que sur la nécessité d'une expertise particulière pour gérer les RRS. Les CA des RRS relevaient alors du ministère de la Santé et les PDG se rapportaient directement aux présidents des RRS (Nouveau-Brunswick 2008). En 2011, à la suite du mécontentement de certains acteurs clés du système de santé et des recommandations émises dans le rapport LeBlanc (2010), un nouveau gouvernement apportait des changements à la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Depuis ce temps, les CA des RRS sont composés de quinze membres ayant le droit de vote : huit (8) membres sont élus, tandis que sept (7) autres membres sont nommés par le ministre de la Santé. De plus, le PDG de la RRS est nommé par le ministre de la Santé et il occupe ce poste au gré de celui-ci.

Puisque cette étude se concentre sur la caractérisation des dynamiques de prise de décision entre les acteurs impliqués dans la gouvernance des établissements de santé, nos unités d'analyse seront les délibérations et décisions au sein des CA de chacun de ces établissements, après la réforme de 2015. Afin de délimiter le champ de notre analyse, nous nous concentrerons sur l'examen d'enjeux de délibérations apparaissant particulièrement importants pour chaque site et pour lesquels des décisions ont été prises. Ces traceurs seront identifiés à partir de discussions qui auront été menées, préalablement à l'amorce de la collecte des données, avec le président du CA et le PDG de chacun des CISSS ou réseau de santé à l'étude.

Collecte des données

Pour chacun des trois (3) cas, trois (3) stratégies de collecte de données qualitatives seront mobilisées, soit l'analyse documentaire, les entretiens individuels semi-dirigés et l'observation non-participante.

Nous procéderons d'abord à une analyse documentaire (Cellard 1997) des procès-verbaux des CA et de quelques documents d'orientation ministériels afin de faire ressortir les enjeux qui apparaissent prioritaires pour les parties impliquées et de faire émerger les rapports de négociation et le degré d'arrimage entre les acteurs (au sein du CA et par rapport au MSSS) dans leur manière de les concevoir. L'étude des procès-verbaux permettra par ailleurs de mettre en évidence les dynamiques internes du CA. Cette analyse sera réalisée à partir d'une grille de lecture qui sera élaborée par l'équipe de recherche à la suite d'une première lecture de quelques-uns de ces documents. Cette grille intégrera les différents concepts et dimensions que nous souhaitons examiner, c'est-à-dire les enjeux, thématiques, orientations, stratégies, relations et décisions ayant caractérisé jusqu'ici les dynamiques décisionnelles dans les CA étudiés. Cette étude documentaire se déroulera en 2018, avec le concours de la direction générale de l'établissement.

Des entretiens semi-dirigés (Poupart 1997) seront également réalisés avec les acteurs clés ayant œuvré au sein des CA. Les acteurs à interroger seront identifiés sur la base du matériel documentaire puis, une fois la collecte débutée, approche « boule de neige ». Quelques acteurs ayant siégé sur les CA avant la réforme seront rencontrés, afin de pouvoir caractériser les dynamiques antérieures, mais la majeure partie de nos participants sera constituée d'administrateurs actuels. En plus des administrateurs, nous chercherons également à rencontrer les acteurs occupant des postes clés (par exemple : PDG, président du CA, président du CMDP, de chacun des CISSS, et si, la situation est possible, nous aimerions prendre contact avec les mêmes acteurs des CSSS.). Les entrevues seront d'une durée maximale de soixante (60) minutes et se dérouleront au moment et à l'endroit qui conviendront aux participants. Elles seront réalisées jusqu'à saturation des données pour chacun des cas à l'étude. Deux rondes d'entrevues seront réalisées, à environ un an d'intervalle, avec ces mêmes participants afin de pouvoir capter, s'il y a lieu, l'évolution des dynamiques de gouvernance. Avec le consentement des participants, ces entretiens seront enregistrés, puis retranscrits afin d'en faciliter l'analyse. Ces entretiens porteront sur les mêmes dimensions que celles énoncées précédemment, c'est-à-dire les enjeux, thématiques, orientations, stratégies, relations et décisions caractérisant les dynamiques décisionnelles entourant les enjeux d'importance (cas traceurs) pour chacun des CA étudiés. Un schéma d'entrevue incluant ces différentes dimensions a été élaboré et sera mis à jour, au besoin, par l'équipe de recherche (Patton 2002). Ces entrevues constitueront une source de données particulièrement riche, qui nous permettra de recueillir les impressions et perceptions des acteurs tant de manière rétrospective qu'en temps réel. Pour l'ensemble de la recherche, nous ferons minimalement 20 entrevues. Nous choisirons les participants, par hasard, à partir d'une liste de personnes, qui nous aura été fournie par la direction générale de l'établissement. Pour préserver la confidentialité, nous assumerons tout le processus de prise de contact et de rendez-vous.

Afin d'obtenir une compréhension plus fine des dynamiques de prise de décision actuelles et des perceptions des enjeux par les acteurs impliqués dans ces délibérations, nous procéderons enfin à des observations non participantes de séances du conseil (Jacoud et Meyer 1997; Patton 2002). Idéalement, afin de bien saisir l'évolution des dynamiques de gouvernance, cet exercice sera répété à au moins deux reprises pour chacune des périodes (rondes) d'observation qui seront définies. Nous emploierons à cet effet une grille d'observation qui inclura les mêmes dimensions que la grille de lecture et le schéma d'entrevue précédemment évoqués, tout en offrant l'espace nécessaire pour faire émerger d'autres dimensions pertinentes. L'observation de ces séances sera une occasion privilégiée de mettre l'emphase sur le caractère dynamique des échanges au sein du CA, d'observer « en direct » l'expression de ces dynamiques et des rapports de force qui les sous-tendent. Considérant l'importance des éléments non verbaux pour la compréhension de ces dynamiques, deux membres de l'équipe de recherche seront présents afin de capter le plus d'information possible et de valider les impressions et interprétations de chacun.

Stratégies d'analyse

L'analyse de ce corpus de données nous permettra de caractériser plus précisément les dynamiques décisionnelles entourant les enjeux d'importance préalablement identifiés (cas traceurs) dans chacun des CA étudiés. En effet, ces analyses s'appuieront notamment sur les différentes dimensions identifiées dans l'état des connaissances. Ce faisant, nous tenterons de répondre plus particulièrement aux questions suivantes :

1. Comment le CA s'y prend-il pour gouverner (c'est-à-dire aligner les valeurs, buts et activités poursuivis par) l'organisation ? Quels moyens emploie-t-il afin d'atteindre les objectifs fixés ? Quelles décisions prend-il à cet effet ?
2. Quelles zones d'incertitude les acteurs cherchent-ils à contrôler, au moyen de quelles stratégies ? Dans quelle mesure y parviennent-ils ?

Les données seront analysées de manière qualitative à partir des grands concepts correspondants à chacune de ces questions. Ainsi, pour la première question concernant les moyens de gouvernance, notre analyse s'appuiera sur des dimensions et concepts tels que l'alignement stratégique, le type de leadership/partenariat, le travail de définition des objectifs, la nature et la perception des liens d'autorité et d'imputabilité et le mode de fonctionnement du CA. Parallèlement, nous ferons appel, aux concepts de zones d'incertitude et de stratégies de prise de contrôle afin d'approfondir notre compréhension des rapports de négociation et d'autorité émergeant du succès (ou de l'échec) relatif de ces stratégies. Cela nous permettra de mieux comprendre les dynamiques sous-jacentes à la construction des CA ou, autrement dit, au développement de règles (implicites et explicites) et de modes de délibération et de prises de décision qui leur sont propres. À cet effet, des techniques de compression et de présentation des données similaires à celles suggérées par Miles & Huberman (2003) (tableaux, matrices, etc.) seront employées et ce, pour chacune de périodes à l'étude (avant/après 2015 pour le Québec ; avant/après 2008 pour le Nouveau-Brunswick). Dans la mesure où la réforme néo-brunswickoise est déjà bien implantée et que nous détenons déjà certaines données afin d'en faire l'analyse, nous comptons pouvoir présenter certains résultats préliminaires relatifs à ce cas aux différents CA québécois qui accepteront de participer à l'étude, afin de discuter avec eux de cette dynamique particulière et des apprentissages qui pourraient en être tirés.

La validité des interprétations effectuées à partir de ces données sera assurée par un triple procédé de triangulation : 1) la triangulation des interprétations effectuées par l'ensemble des personnes impliquées dans la réalisation de ce projet; 2) la triangulation des sources d'information (entrevues / documentation / observations, entrevues entre elles, documents entre eux et observations entre elles) et la triangulation inter-cas.

Échéancier

Date	Description des étapes et des rôles
Janvier et février 2017	Rencontre avec les CA des trois organisations pour expliquer le projet Stéphanie Collin rencontre le CA du RSV et le PDG du RSV. Cette même personne sera en charge de faire un suivi avec ces instances tout au long du projet.
Printemps et été 2017	Écriture du protocole de recherche et du formulaire de consentement
Janvier 2018	Autorisation (convenance) du CISSS de Laval pour un projet multicentrique
Février 2018	Évaluation auprès du bureau d'appui à la recherche du RSV
Été 2018	Évaluation auprès du Comité d'éthique et de recherche de l'Université de Moncton

Automne 2018	1) Entrevues avec des membres des CA des trois sites Stéphanie Collin et les étudiants du cours <i>Projet d'intégration</i> effectuent au moins 8 entrevues avec des membres du CA du RSV 2) Analyse des procès-verbaux des réunions des CA des trois sites
Automne 2018	Observation non-participative de réunions des CA dans chacun des trois sites Stéphanie Collin et les étudiants du cours <i>Projet d'intégration</i> vont effectuer <u>une</u> première observation participative au CA du RSV
Printemps ou été 2019	Stéphanie Collin va effectuer <u>une deuxième observation non-participative</u> au CA du RSV Stéphanie Collin va effectuer <u>une deuxième ronde d'entrevues</u> avec les mêmes individus rencontrés en 2018
Année 2019	Analyse des données
Fin de l'année 2020	Publication des résultats de recherche avec approbation des CA des trois sites et du PDG du RSV

Budget

Pour l'instant, il n'y a pas de budget associé à ce projet de recherche. Les chercheurs faisant partie de l'équipe de recherche vont déboursier les frais y étant associés (frais de déplacement, fourniture et matériel, par exemple).

Considérations éthiques

Afin de permettre aux participants aux entretiens d'offrir un consentement éclairé, tous se verront présenter, oralement et par écrit, un formulaire de consentement décrivant les objectifs du projet ainsi que les risques et bénéfices potentiellement associés à une participation à ce dernier (Patton, 2002). Ce formulaire, dont les participants conserveront copie, aura comme particularité de permettre à ces derniers de consentir à participer à l'entrevue sans devoir nécessairement en autoriser l'enregistrement, permettant ainsi aux individus qui ne seraient pas confortables avec la présence d'un enregistrement vocal de tout de même contribuer au projet. La confidentialité des participants sera préservée via l'utilisation de codes numériques permettant d'anonymiser les verbatim d'entrevues et d'observation (Patton, 2002). Les renseignements seront conservés dans un classeur barré dans un bureau à l'Université de Montréal, par le chercheur principal. Les informations seront utilisées de manière à protéger l'identité des participants, pour une durée de conservation de cinq ans, après quoi, elles seront détruites. Le chercheur présentera les résultats pour préserver, s'il y a lieu la confidentialité des fonctions. Les données sociodémographiques seront présentées de telle sorte qu'on ne puisse reconnaître les personnes qui le demandent.

Les procédures de consentement pour les observations varieront quelque peu de celles adoptées pour les entretiens. En effet, le descriptif du projet et les modalités de consentement seront envoyés d'avance, afin que les membres du CA puissent discuter ensemble de leur intérêt à participer au projet de cette manière. Un des membres de l'équipe de recherche ira également présenter le projet aux membres du CA et, le cas échéant, répondre à leurs questions. Le conseil sera ensuite appelé à consentir à l'observation en tant que groupe (prise de vote dont les modalités seront établies à l'interne). Tout membre individuel qui ne voudrait pas se soumettre à l'observation aura néanmoins l'opportunité de se retirer, afin que leurs propos ne soient pas intégrés au corpus de données (et donc pris en considération pour l'analyse).

Excluant le temps requis pour l'entrevue, la participation à cette étude ne suscite aucun risque ou inconfort. Les participants à l'étude ne retireront cependant aucun avantage direct de leur participation, hormis que des résultats préliminaires pourront leur être acheminés sur demande. Toutefois, la caractérisation des dynamiques de prise de décision, telle que nous l'envisageons, permettra aux membres de différents CA, ainsi qu'au MSSS, de poser un regard sur les processus, procédures, modalités de gouvernance des établissements de santé Québécois et, ainsi, de générer un apprentissage pertinent sur les effets de ce changement.

Avant toute chose, ce projet aura obtenu les autorisations nécessaires des comités d'éthiques des établissements concernés.

Références

Allaire, Y, M Nadeau et G Bédard (2014) *Mémoire de l'Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP). Projet de loi no.10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Montréal : Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP).

Cellard, A (1997) « L'analyse documentaire », in J Poupart, JP Deslauriers, LH Groulx et al. (éds.) *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin : 251-271.

Cloutier, C, JL Denis, A Langley, L Lamothe (2016) « Agency at the Managerial Interface: Public Sector Reform as Institutional Work » *Journal of Public Administration Research and Theory* 26(2) : 259-276.

Crozier, M (1964) *De la bureaucratie comme système d'organisation*. Archives européennes de sociologie.

Crozier, M (1961) *The Bureaucratic Phenomenon*. Chicago : University of Chicago Press.

Crozier, M et E Friedberg (1992) *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil.

Denis, J-L (2002). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (étude 36).

Denis, JL, L Brown, PG Forest, JM Normandin, C Cambourieu, V Cannizzaro et J Préval (2015) *Policy Capacity for Health System Reform*. Montréal, Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé (GETOSS), ENAP, 2015, 46 p. (Rapport présenté à la Nova Scotia Health Research Foundation).

Duran, A, RB Saltman et HFW Dubois (2011) « A framework for assessing hospital governance », in RB Saltman, A Duran et HFW Dubois (eds.) *Governing Public Hospitals Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, Copenhague: European Observatory on Health Systems and Policies.

Gilbert, F, I Brault & M Breton (2007). «Le pilotage des réformes». *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*. M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (éd). Montréal : Gaëtan Morin; pp.39-49.

IGOPP (2014) *Faire mieux autrement : Propositions pour une gouvernance axée sur le patient*. Rapport du Groupe de travail de l'IGOPP sur la gouvernance du réseau de la santé, Montréal : Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP).

IGOPP (2008) *Pour s'assurer d'une gouvernance en santé*. Rapport du Groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Montréal : Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP).

Jaccoud, M et R Meyer (1997) « L'observation en situation et la recherche qualitative » in J Poupart, JP Deslauriers, LH Groulx et al. (éds.) *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin : 211-249.

Lamothe, L (1999) « La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel » *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 6(2) : 132-148.

LeBlanc, G. (2010) *Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-Brunswick : rapport présenté au premier ministre du Nouveau-Brunswick*, Fredericton : ministère de la Santé.

Miles, MB et AM Huberman (2003) *Analyse des données qualitatives* (2^e édition). Paris : De Boeck.

Nadeau, M (2011) *Mémoire relatif au projet de loi no.127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*. Montréal : Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP).

Nouveau-Brunswick (2008) *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé 2008-2012 Initiatives majeures*. Fredericton : province du Nouveau-Brunswick.

Paquette, MA (2006) *Analyse socio-politiques des impacts de l'implantation des GMF sur les échanges d'information et de connaissances entre médecins et infirmiers* (mémoire de maîtrise), Ste-Foy : Université Laval (Département de médecine sociale et préventive).

Patton, MQ (2002) *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd edition). Thousand Oaks : Sage.

Poupart, J (1997) « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques » in J Poupart, JP Deslauriers, LH Groulx et al. (éds.) *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin : 173-209.

Taylor, DW (2000) « Facts, myths and monsters: understanding the principles of good governance » *International Journal of Public Sector Management* 13(2) : 108-124.

Touati, N, D Roberge, J-L Denis, R Pineault & L Cazale (2007). « Governance, Health Policy Implementation and the Added Value of Regionalization ». *Healthcare Policy* 2(3) : 97-114.

Yin, RK (2009) *Case Study Research: Design and Methods* (Fourth Edition). Thousand Oaks : Sage.

GUIDE D'ENTREVUE

I. L'individu membre du CA

Intro : inviter la personne à se présenter et à nous résumer brièvement son parcours professionnel (ce qu'elle fait / a fait hors de sa participation au CA

1. Quel est votre statut au sein du CA ?
 - a. Quelles sont les tâches/responsabilités associées à ce statut ?
 - b. Comment concevez-vous (et exercez-vous) le rôle associé à ce statut ?
2. Comment en êtes-vous venu à siéger sur ce CA ?
 - a. Comment s'est déroulé le processus de nomination ? (De qui relevait-il ?)
 - b. Qu'est-ce qui vous a amené à y participer ? Quelles étaient vos motivations ?
3. Avant la réforme, étiez-vous (ou avez-vous été) membre du CA d'une Régie régionale de santé (RRS) ?

→ Section II : se référer à la colonne correspondante selon la réponse du participant.

II. Composition des CA

1. Que pensez-vous de la composition actuelle des CA ?
2. Que pensez-vous de l'éventail des profils d'expérience et d'expertise ?

III. La dynamique décisionnelle du CA

II(a) Aucune expérience au sein d'un CA-RRS	II(b) Expérience préalable au sein d'un CA-RRS
4. De votre point de vue, quels sont les enjeux, objets de discussion importants pour le CA ?	4. De votre point de vue, en comparaison de ce qui prévalait avant la réforme de 2008, quelles sont les principales différences en matière d'enjeux et d'objets de discussion importants pour le CA ?
5. Quels sont ses objectifs ?	5. Dans quelle mesure les objectifs du CA diffèrent-ils de ce qui prévalait avant la réforme et depuis 2010 ? Quels sont-ils ?
6. Plus particulièrement, comment le CA envisage-t-il son rôle en matière de responsabilité populationnelle ?	6. Plus particulièrement, comment le CA envisage-t-il son rôle en matière de responsabilité populationnelle ?
7. Comment ces enjeux/objets ont-ils été amenés à l'agenda ? Par qui ?	7. Ces enjeux/objets sont-ils amenés à l'agenda de la même manière et/ou par les mêmes personnes qu'auparavant ?
8. Comment (par quels mécanismes) le CA convient-il du caractère prioritaire de certains	8. Les modalités selon lesquelles le CA établit ses priorités et ses objectifs diffèrent-elles

<p>enjeux/questions et des objectifs à atteindre ? <i>(Leadership / imposition vs consensus)</i></p>	<p>significativement de celles qui prévalaient avant 2008? Depuis 2010 ?</p> <p>a) Si oui, de quelle manière ? b) Quelles sont les modalités actuelles ?</p> <p><i>(Leadership / imposition vs consensus)</i></p>
<p>9. Quels mécanismes et règles de fonctionnement ont été mis en place par le CA pour atteindre ses objectifs ?</p> <p>10. Dans quelle mesure ces moyens vous semble-t-il appropriés ? Pourquoi ?</p>	<p>9. Quels mécanismes et règles de fonctionnement ont été mis en place par le CA pour atteindre ses objectifs ?</p> <p>a) Dans quelle mesure se distinguent-ils de ceux qui prévalaient avant la création de la RRS (Vitalité) ?</p> <p>10. Dans quelle mesure ces moyens vous semblent-il appropriés ? Pourquoi ?</p>
<p>11. Globalement, comment les décisions sont-elles prises par le CA ? <i>(Leadership / imposition vs consensus)</i> <i>(Partir des questions prioritaires évoquées précédemment pour creuser plus en détails sur des décisions précises)</i></p> <p>12. Comment vous impliquez-vous dans ces décisions ? Quel est votre rôle ? Pour quels motifs vous impliquez-vous de la sorte ?</p>	<p>11. De votre point de vue, la façon dont les décisions sont prises par le CA diffère-t-elle significativement de ce qui se faisait à l'époque des huit RRS ? Différence entre 2008 et 2010 et 2010 et maintenant ?</p> <p>a) Si oui, de quelle manière ? b) Comment cela se passe-t-il concrètement ?</p> <p><i>(Leadership / imposition vs consensus)</i> <i>(Partir des questions prioritaires évoquées précédemment pour creuser plus en détails sur des décisions précises)</i></p> <p>12. Votre implication et votre rôle dans ces décisions diffère-t-elle de ce qu'elle était auparavant ? Si oui, de quelle manière ? Pour quelles raisons ? Quelle forme cette implication prend-elle concrètement ?</p>
<p>13. Comment entrevoyez-vous les rapports du CA vis-à-vis du ministre et du Ministère ?</p>	<p>13. De votre point de vue, les modifications apportées à la <i>Loi sur les régions régionales de la santé</i> en 2010 a-t-elle modifié les rapports du CA avec le ministre et le Ministère ? Si oui, de quelle manière ?</p>

IV. Évolution de la dynamique décisionnelle

14. Considérez-vous que les enjeux, règles, mécanismes et dynamiques décisionnelles ont évolué depuis que vous avez commencé à siéger sur ce CA ? Si oui, de quelle manière ?

15. De votre point de vue, comment ces dynamiques sont-elles appelées à évoluer dans les prochaines années ? Pourquoi ?

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 24 septembre 2018

Objet : Démarche – Ressources humaines

En mai 2018, la vice-présidente, Performance, Qualité et Services généraux du Réseau de santé Vitalité s'est fait confier la responsabilité intérimaire du dossier des ressources humaines en l'absence prolongée du vice-président des ressources humaines.

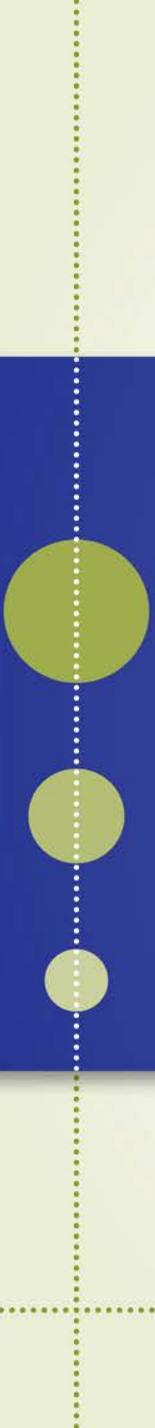
Peu de temps après, l'équipe de leadership a pris conscience qu'il fallait accorder une attention particulière à certains aspects au sein de ce service. Il a été convenu qu'une analyse détaillée de la situation s'avérait nécessaire pour obtenir le point de vue global des membres de la haute direction de l'ensemble du Réseau au sujet du milieu existant.

Une démarche a été entreprise avec l'aide d'une consultante externe pour connaître la satisfaction et les besoins de la clientèle au sein du Réseau. À cet effet chaque vice-président a été rencontré avec son équipe de gestion ainsi que le groupe des ressources humaines.

La présentation ci-jointe vous présente les constats et les recommandations émises à titre d'information et pour avis.

Soumis le 30 août 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux





Analyse contextuelle

Service des ressources humaines

Août 2018

Aperçu

- Méthodologie
 - Recherche
 - Renseignements généraux
 - Consultations
- Constatations
- Statistiques
- Recommandations
- Prochaines étapes

Renseignements et recherche

- Plan stratégique 2017-2020
- Objectifs et principes directeurs des RH (sept 2017)
- Programme de développement du leadership
- Organigramme des RH (février 2018)
- Profil des RH (mars 2017)
- Restructuration des RH (2016)
- Fiche de pointage des RH de 2017
- Plan d'optimisation des services médicaux (2017)
- Processus prioritaires établis en 2016 (dotation, relations de travail, onboarding)
- Modèles nationaux en RH

Consultations

- PDG
- Services médicaux
- Santé mentale et Santé publique
- Services professionnels et Cliniques externes
- Services de soutien
- Services cliniques
- Performance, Qualité, Finance
- Équipe RH

Constations

- Dotation, recrutement, rétention, conseils
- Relations de travail
- Santé et sécurité au travail
- Apprentissage
- Développement organisationnel

Dotation

- Application non équitable
- 2440 affiches en 2017
- Variété de délais – obstacles
- Rigidité
- Candidats qui postulent à tous postes vacants
- Références – appropriation du gestionnaire
- Exigences – scolarisation
- Salaires – promotion interne vs recrutement externe
- Amélioration avec l'informatisation
- Volume de transferts internes
- Uniformité – interprétation et processus
- Classification

Recrutement

- Manque de candidats qualifiés
- Recrutement ciblé et personnalisé
- Programme d'emploi pour étudiants
- Stratégie passive et réactive
- Recrutement futur
- Modernisation des services et planification à long terme
- Incitatifs
- Approche marketing
- Secteur privé, recrutement international
- Nombre élevé de postes vacants
- Impact des transferts internes

Rétention des employés

- Planification de la relève
- Impact du nombre de retraités prévus
- Administration des salaires
 - Volume de PDQ
 - Responsabilité provinciale
 - Compétition externe
- Reconnaissance
 - Précepteurs – charge de travail additionnel
- Compétition

Relations de travail

- Volume de griefs
 - Approche prudente
 - Processus légal
- Compétences des conseillers
- Aucun processus défini
- Situations à risques élevées
 - CHR
 - Interventions – services policiers
- Variété d'interprétation
- Disponibilité de réponses – agir seul
- Recherche de solutions
- Manque de leadership
- Services médicaux

Santé et sécurité au travail

- Programme d'assiduité
- Manque d'uniformité dans l'application
- Participation et leadership
- Uniformité des interprétations
- Augmenter la présence et programmation
- Nombre élevé de professionnels
- Rôle du gestionnaire

Apprentissage

- Modules en ligne – félicitations
- Manque d'engagement – ressources
 - Tâches administratives
 - Développement de contenus
 - Facilitation
- Programme Harvard
- Budgets réduits – impact sur la rétention
- Abandon – services cliniques
- Plus grande importance nécessaire
- Annulation des formations internes

Développement organisationnel

- Manque d'uniformité
 - Politiques et régionalisation
 - Interprétation – zones
- Accent essentiel sur l'uniformité
- Développement d'un plan à long terme

Autres commentaires

- Programme de reconnaissance
- Mentorat, coaching et programme de préceptorat
- Clartés des rôles
- Culture de partenariat
- Stratégie de communication efficace
- Approche uniforme
- Variété de compétences et d'expérience
- Structure organisationnelle – ambiguïté
- Appréciation – ressource RH pour les services médicaux

Satisfaction des clients

- Gestion des RH 2.5
- Relations de travail 2.9
- Santé et sécurité 2.75
- Apprentissage 3.0
- Développement organisationnel 2.75

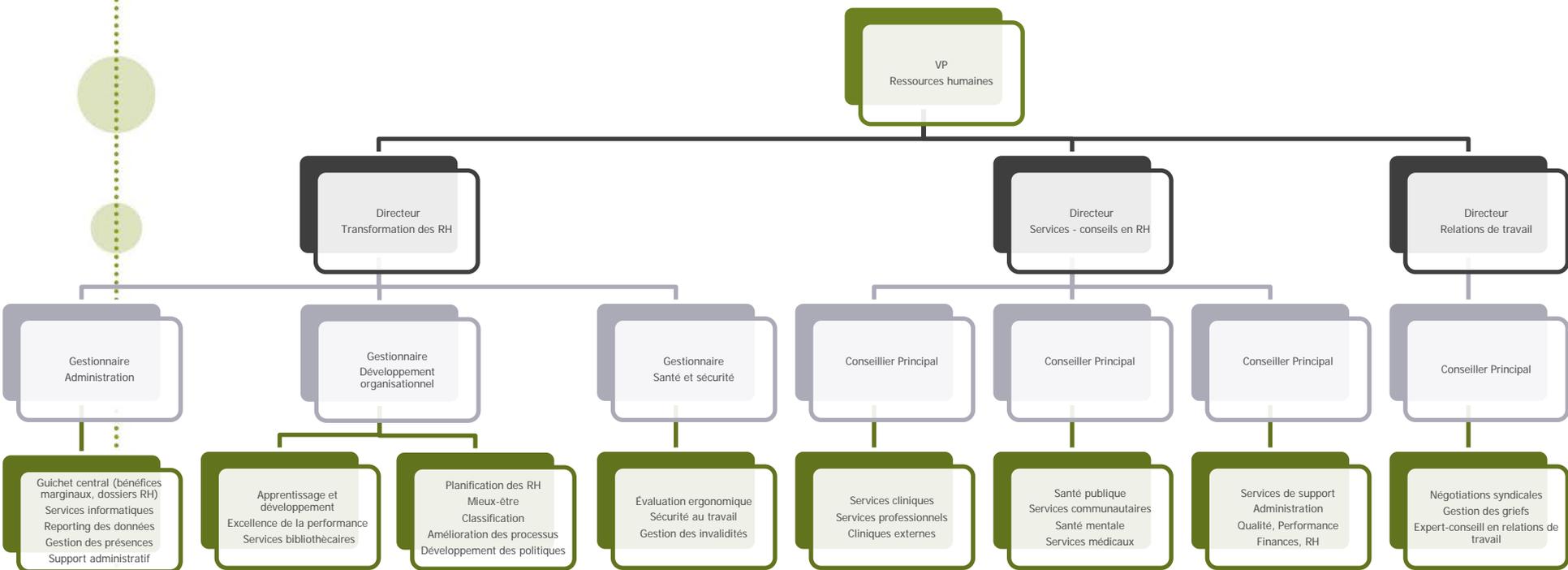
Statistiques 2017

• Employés	7 226 (6 020.68 ETP)
• Postes affichés	2440
• Postes vacants	160 par mois
• Transferts internes	323
• Recrutement externe	1 071
• Départs	524
• Accidents de travail	1 305
• 15% entraîne une absence	
• Invalidité à long terme	66
• Nouvelle réclamations	
• Griefs	79

Recommandation

- Développer une structure régionale
 - Maximiser la dotation, le recrutement, la rétention
 - Fournir un soutien actif et participatif pour les relations de travail
 - Fournir un niveau de service équitable
 - Transformer les services RH pour soutenir les besoins des clients
 - Attention particulière aux besoins du CHR

Nouvelle structure proposée



Recommandation

- Évaluer les compétences
 - Favoriser une structure régionale
 - Assurer les besoins de formation
 - Revoir les besoins en Santé et Sécurité au travail et en Apprentissage

Recommandation

- Mettre sur pied des groupes de travail pour
 - Standardiser les politiques, protocoles et normes de services
 - Moderniser (transformer) les pratiques RH
 - Dotation, recrutement
 - Relations de travail
 - Communication
 - Succession
 - Compensation

Recommandation

- Développer un plan réparti sur deux ans pour répondre aux attentes supplémentaires
 - Iniquités en classement
 - Technologie
 - Programme de reconnaissance

Recommandation

- Intégrer les responsabilités RH pour les services médicaux
 - Poursuivre le développement du plan d'optimisation établi en 2017

Prochaines étapes

- Rencontre avec les directeurs RH
- Rencontre avec l'équipe RH
- Recrutement – Directeur Transformation RH
- Avancer les recommandations
- Évaluer l'état actuel des processus prioritaires établis en 2016 (dotation, relations de travail, onboarding etc.)
- Débuter la transformation des RH en septembre

